



# การศึกษาภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

## A Study of Post-traumatic Stress in Patients after Acute Myocardial Infarction

เอี่ยมเดือน นิลพฤษ\* ชนกพร จิตปัญญา\*\* ระพิน ผลสุข\*\*\*

Ueamduean Nilpruk, R.N.,\* Chanokporn Jitpanya, R.N., Ph.D.,\*\* Rapin Polsook, R.N., Ph.D.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1 - 3 เดือน จำนวน 126 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินความสิ้นหวัง และแบบประเมินภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76, 0.96 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square วิเคราะห์ความแปรปรวนด้วย Anova และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Biserial ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 25.40 ( $\bar{X} = 28.03$ ,  $SD = 9.79$ ) รายได้ สถานะบุตรและการประกอบอาชีพ การนัดหมายรักษาเพิ่มเติม และการมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความวิตกกังวลและความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ( $r = 0.20$  และ  $0.33$ )

**คำสำคัญ :** กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง ภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

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

E-mail: auamdoen@gmail.com

\*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

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

## Abstract

The objective of this study was to determine the relationship between sociodemographic of patients, anxiety, helplessness, and post-traumatic stress symptoms 1 - 3 months after Myocardial Infarction (MI). One hundred twenty six patients were recruited using multistage sampling technique. The assessments included sociodemographic questions, Spielberger State Anxiety Inventory, The Learned Helplessness Scale (LHS), and The Posttraumatic checklists specific version (PCL-S). Cronbach's alpha for reliability were 0.76, 0.96 and 0.88, respectively. Statistical analysis included Chi-square test, Anova and Biserial correlation coefficient. The study found that 32 patients (25.40%) reported post-traumatic stress symptoms ( $\bar{X} = 28.03$ ,  $SD = 9.79$ ). Income level, child status, further treatments and multimorbidity were significantly related to post-traumatic stress symptoms at level of .05. Anxiety and helplessness were significantly related to post-traumatic stress symptoms at level of .05 ( $r = 0.20$ , and  $0.33$ ).

**Keywords :** acute myocardial infarction, anxiety, helplessness, post-traumatic stress symptoms

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยจัดเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินเนื่องจากการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงหัวใจ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับสภาพของหลอดเลือด และความต้องการการใช้ออกซิเจนของร่างกาย เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกลักษณะอาการปวดแบบแน่นๆ เหมือนถูกกดทับด้วยของหนักๆ ที่กลางอก อาจมีอาการเจ็บแน่นเหมือนหายใจไม่ออก และอาจมีอาการร้าวไปที่อื่นได้ โรคนี้จะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และผลกระทบต่อจิตใจ เนื่องจากกลัวการเสียชีวิต กลัวว่าจะพิการ วิตกกังวลว่าจะทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้เหมือนเดิม กลัวครอบครัวจะขาดผู้ดูแล กลัวการกำเริบของโรค ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ได้ ในด้านการรักษา เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาการมักเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และผู้ป่วยจัดอยู่ในภาวะฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน<sup>1</sup> ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงจัดว่าเป็นเหตุการณ์รุนแรงอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรค เนื่องจากลักษณะของโรคเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตและการคุกคามยังคงเกิดขึ้นได้ซ้ำๆ นับตั้งแต่การมีอาการเจ็บหน้าอก<sup>3</sup> การที่ผู้ป่วยได้รับฟังคำวินิจฉัยโรคจากแพทย์ การพยากรณ์โรค กระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การรักษาโรคในระยะยาว<sup>4</sup> เป็นต้น จากลักษณะและผลกระทบจากโรคสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ โดยพบความชุกของภาวะนี้ได้ถึงร้อยละ 20<sup>5</sup> ลักษณะอาการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ<sup>6</sup> ได้แก่



1. การเกิดภาพเหตุการณ์ขณะเผชิญกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในรูปแบบต่างๆ เช่น ผื่นร้าย การเกิดมโนภาพเกี่ยวกับเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือมีความรู้สึกกราวกับว่ากำลังอยู่ในเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นอีกครั้ง ซึ่งความทรงจำเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานใจร่วมด้วย
2. การที่ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงความทรงจำที่เลวร้าย หลีกเลี่ยงบุคคล สถานที่ที่จะกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงนั้น
3. การมีภาวะตื่นตัวสูง เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ หวาดระแวง มีอาการกระวนกระวาย

ภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน อันเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติและแกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล<sup>6</sup> ซึ่งเป็นผลด้านพยาธิสรีรวิทยาาร่วมกับผลจากอาการของภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเตือนให้นึกถึงเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา และมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม<sup>7</sup> จึงเป็นปัจจัยที่ร่วมกันส่งเสริมให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ หัวใจเต้นผิดปกติ<sup>8</sup> อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง<sup>7</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในประเทศไทย มีการศึกษาในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนใต้และในกลุ่มผู้ประสบภัยสึนามิ ยังไม่พบว่ามีการศึกษาภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นอกจากนี้ภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้ มักจะถูกมองข้ามและไม่ได้รับการวินิจฉัย จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวมและผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอีกด้วย<sup>7</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปประเมินและวางแผนการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

## สมมติฐานการวิจัย

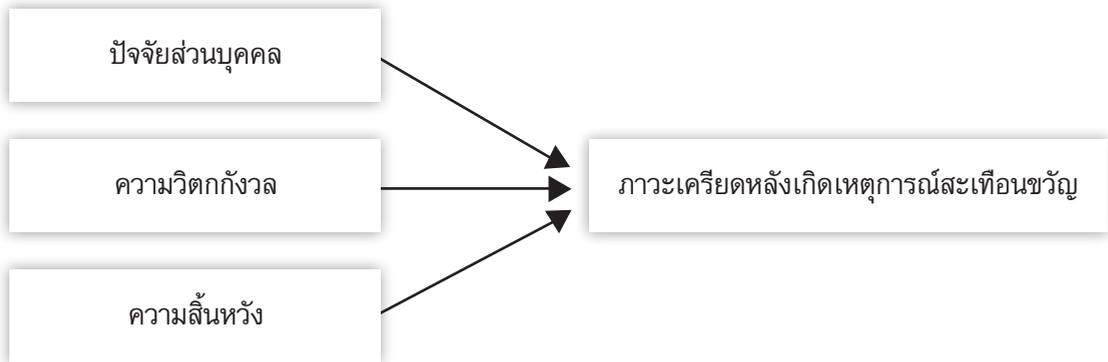
1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานะบุตรและการประกอบอาชีพ และข้อมูลด้านโรคและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลา การเจ็บป่วย จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตัน จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดการรักษา การนัดหมายรักษาเพิ่มเติม การได้รับยานอนหลับ การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต การได้รับยาปิดกั้นบีต้า การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ความวิตกกังวลและความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประยุกต์แนวคิดการรู้คิดของภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญของ Ehlers, Clark<sup>๑</sup> ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ได้แก่ การประเมินค่าของเหตุการณ์ไปในแง่ลบของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกันขององค์ประกอบต่างๆ ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ความแตกต่างของบุคคลในการประเมินเหตุการณ์และผลของเหตุการณ์ 2) บุคคลมีความแตกต่างในการสร้างความทรงจำเหตุการณ์รุนแรงที่เชื่อมโยงไปถึงความทรงจำในอดีตชีวิตประวัติของตนเอง โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ดังนี้

ความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดจากการประเมินว่า ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะทำให้เกิดความสูญเสียหรือเสียหาย โดยความวิตกกังวลขณะเผชิญเหตุการณ์จะทำให้ไม่มีสติเพียงพอในการรับรู้และตัดสินใจเหตุการณ์ การรับรู้เหตุการณ์ไม่ครบถ้วนหรือไม่เป็นขั้นตอน ส่งผลให้การสร้างมโนภาพเหตุการณ์ไม่สมบูรณ์ รบกวนกระบวนการเก็บความทรงจำ และส่งผลให้เกิดภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ<sup>๑</sup>

ความสิ้นหวัง เป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกหมดพลังอำนาจในการควบคุม เชื่อว่าไม่มีความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ได้ โดยผู้ป่วยรับรู้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคเรื้อรัง ต้องมีการรักษาต่อเนื่องยาวนาน การดำเนินของโรคไม่แน่นอน<sup>๒</sup> รวมทั้งผลกระทบต่างๆ จากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงประเมินเหตุการณ์เป็นด้านลบและร้ายแรงเกินความสามารถจะจัดการได้ ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ<sup>๑</sup>



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 126 คน ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน **เกณฑ์ในการคัดเลือก** ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในช่วงเวลา 1 - 3 เดือน และมีอายุตั้งแต่ 35 - 59 ปี 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของจิตประสาทหรือได้รับยาทางจิตเวช 3) ไม่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิตอื่นๆ เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง 4) สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้ 5) ไม่มี ความผิดปกติในการมองเห็นหรือการได้ยิน 6) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย **เกณฑ์ในการคัดออก** คือ มีอาการของร่างกายหรือสัญญาณชีพไม่คงที่ **การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง** คำนวณจากค่าประมาณการความซุกที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ค่าความซุกของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีค่าความซุกประมาณร้อยละ 20<sup>3,5</sup> จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยต้องการนำเสนอข้อมูลในแบบอัตราหรือร้อยละ และมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ทำการศึกษา 126 คน สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$N = \frac{Z^2 \alpha/2 (pq)}{d^2}$$

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านโรคและการรักษา จำนวน 18 ข้อ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานะบุตรและการประกอบอาชีพ และข้อมูลด้านโรคและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลา การเจ็บป่วย จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตัน จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดการรักษา การนัดหมายรักษาเพิ่มเติม การได้รับยานอนหลับ การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต การได้รับยาปิดกั้นบีต้า การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการมีโรคร่วม

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ สร้างโดย Speilberge, Lushene ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกคาทร, มาลี นิสสัยสุข จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่มีความหมายทางบวกและทางลบอย่างละ 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราวัดลิเกิร์ต 4 คะแนน รวมระหว่าง 20 - 80 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง แบ่งคะแนนความวิตกกังวลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 20 - 39 หมายถึง มีระดับความวิตกกังวลต่ำ คะแนน 40 - 59 หมายถึง มีระดับความวิตกกังวลปานกลาง คะแนน 60 - 80 หมายถึง มีระดับความวิตกกังวลสูง<sup>10</sup>

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินความสิ้นหวัง (The Learned Helplessness Scale : LHS) ของ Quinless, Nelson<sup>11</sup> ผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันภาษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย องค์ประกอบของรูปแบบการระบุเหตุแห่งความสิ้นหวัง 3 รูปแบบ ได้แก่ ความเชื่อด้านความคงที่หรือไม่เปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา (Stable attritional style) ความเชื่อด้านผลกระทบเสียหายด้านเดียวหรือหลายด้าน (Global attritional style) และองค์ประกอบด้านความเชื่อว่าจะเกิดจากด้านปัจจัยภายในหรือภายนอกตัวบุคคล (Internal attritional style) คะแนนอยู่ในช่วง 20 - 80 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความสิ้นหวังมาก การแบ่งคะแนนความสิ้นหวังเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 20 - 40 คะแนน หมายถึง มีระดับความสิ้นหวังต่ำ 41 - 60 คะแนน หมายถึง มีความสิ้นหวังปานกลาง และ 61 - 80 คะแนน หมายถึง มีความสิ้นหวังสูง<sup>11</sup>

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (The Posttraumatic Stress Disorder Checklist Specific Version : PCL-S) สร้างโดย Weathers, Herman, Huska, Keane มี 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ใช้กับกลุ่มทหาร (Military version) ชุดที่ใช้กับประชาชนทั่วไป (Civilian version) และชุดที่ใช้ในกลุ่มจำเพาะเจาะจง (Specific version) ผู้วิจัยใช้ Specific version เนื่องจากสามารถระบุชนิดของเหตุการณ์สะเทือนขวัญในข้อคำถามได้และมีความสอดคล้องกับความหมายของภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญชุดที่ใช้ในกลุ่มจำเพาะเจาะจง มาแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันภาษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และนำมาใช้เป็นครั้งแรกในประเทศไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ ประเมินอาการที่เกิดในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ตามเกณฑ์คู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-IV)



ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และอาการตื่นตัวสูง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 ไม่มีอาการเลย ถึง 5 รบกวนมากที่สุด มีค่าคะแนนตั้งแต่ 17 - 85 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 36 คะแนนขึ้นไปจัดเป็นผู้ที่มีอาการของภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คะแนนรวมน้อย หมายถึงมีอาการของภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในระดับต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึงอาการของภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในระดับสูง<sup>12</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินความสิ้นหวัง และแบบประเมินภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ไปหาค่าความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) เป็น 0.76, 0.96 และ 0.88 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบ 126 ชุด

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เอกสารเลขที่ COA-NMD-REC 022/59 รหัสโครงการ RPO 021/59 วันที่รับรอง 8 สิงหาคม พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลตำรวจ เอกสารเลขที่ วจ.52/2559 วันที่รับรอง 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 และโรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 168/2559 รหัสโครงการวิจัย 59163 วันที่รับรอง 15 กันยายน พ.ศ. 2559

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านโรคและการรักษาโดยใช้ Chi-square test, Independent sample t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนด้วย One way ANOVA และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง และภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บิเซอเรียล (Biserial correlation coefficient)

## ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้

### 1. การศึกษาภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-Traumatic Stress : PTS) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีอาการภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (n = 126)

กลุ่ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีอาการ PTS	94	74.60
มีอาการ PTS	32	25.40
รวม	126	100.00

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คิดเป็นร้อยละ 74.60 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คิดเป็นร้อยละ 25.40

### 2. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 126)

ข้อมูล	กลุ่มมีอาการ PTS		กลุ่มไม่มีอาการ PTS		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>					
ชาย	30	23.80	85	67.47	0.728
หญิง	2	1.58	9	7.15	
<b>อายุ (ปี)</b>					
35 - 40	3	2.40	7	5.55	0.507
41 - 50	10	7.93	20	15.88	
51 - 59	19	15.07	67	53.17	

(อายุเฉลี่ย 52.5 ปี, SD = 6.24, Min = 35, Max = 59)



**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 126) (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มมีอาการ PTS		กลุ่มไม่มีอาการ PTS		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
<b>สถานภาพสมรส</b>					
คู่	29	23.02	71	56.35	0.720
หม้าย/หย่า/แยก	3	2.38	6	18.25	
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ประถมศึกษาถึงน้อยกว่า	10	7.93	25	19.84	0.878
มัธยมศึกษา	10	7.93	31	24.62	
อนุปริญญาถึง ป.ตรี ขึ้นไป	12	9.52	38	30.16	
<b>อาชีพ</b>					
รับจ้าง	16	12.69	41	32.54	0.073
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	6.36	20	15.87	
ส่วนตัว/ค้าขาย/เกษตรกร	8	6.36	16	12.69	
ไม่ได้ทำงาน	0	0.00	17	13.49	
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>					
0 – 20,000	16	12.69	68	53.97	0.009*
20,001 – 50,000	14	11.12	16	12.70	
50,001 – 170,000	2	1.59	10	7.93	
(รายได้เฉลี่ย 24,430.79 บาท, SD = 27,279, Min = 0, Max = 170,000)					
<b>สถานะบุตรและการประกอบอาชีพ</b>					
ไม่มีบุตร	1	0.79	10	7.93	0.000*
ยังไม่ได้ทำงาน	26	20.63	35	27.78	
ทำงานแล้ว	5	3.97	49	38.90	

\*p < .05

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานะบุตรและการประกอบอาชีพ พบว่า รายได้ สถานะบุตรและการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านโรคและการรักษากับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 126)

ข้อมูล	กลุ่มมีอาการ PTS		กลุ่มไม่มีอาการ PTS		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
<b>การวินิจฉัยโรค</b>					
STEMI	15	11.90	44	34.92	0.995
NSTEMI	17	13.49	50	39.69	
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>					
1 เดือน	10	7.93	30	23.81	0.922
2 เดือน	10	7.93	26	20.64	
3 เดือน	12	9.53	38	30.16	
<b>จำนวนหลอดเลือดที่มีการอุดตัน</b>					
1 เส้น	8	6.35	12	9.52	0.23
2 เส้น	15	11.90	56	44.45	
3 เส้น	9	7.15	26	20.63	
<b>จำนวนครั้ง PCI</b>					
1 ครั้ง	26	20.64	70	55.56	0.43
มากกว่า 1 ครั้ง	6	4.76	24	19.04	
<b>จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา</b>					
1 ครั้ง	27	21.42	64	50.80	0.076
มากกว่า 1 ครั้ง	5	3.97	30	23.81	
<b>ชนิดการรักษา</b>					
PCI อย่างเดียว	29	23.01	90	71.42	0.369
PCI ร่วมกับ CABG	3	2.39	4	3.18	
<b>การนัดหมายรักษาเพิ่มเติม</b>					
ไม่มี	11	8.73	60	47.62	0.004*
มี	21	16.67	34	26.98	
<b>ยานอนหลับ</b>					
ได้รับ	25	19.84	79	62.70	0.446
ไม่ได้รับ	7	5.56	15	11.90	
<b>ยากระตุ้นความดันโลหิต</b>					
ได้รับ	4	3.20	7	5.56	0.469
ไม่ได้รับ	28	22.22	87	69.04	



**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านโรคและการรักษากับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 126) (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มมีอาการ PTS		กลุ่มไม่มีอาการ PTS		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
<b>ยาปิดกั้นบีตา</b>					
ได้รับ	30	23.80	91	72.22	0.600
ไม่ได้รับ	2	1.59	3	2.31	
<b>การใช้เครื่องช่วยหายใจ</b>					
ไม่ใช้	28	22.22	89	70.63	0.230
ใช้	4	3.18	5	3.94	
<b>การมีโรคร่วม</b>					
ไม่มี	2	1.59	10	7.93	0.049*
1 - 2 โรค	17	13.49	66	52.38	
3 โรคขึ้นไป	13	10.32	18	14.29	

\*p < .05

PTS : posttraumatic stress, PCI : percutaneous coronary intervention, CABG : coronary artery bypass graft, SD : standard deviation

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลด้านโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การนัดหมายรักษาเพิ่มเติมและการมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 4** คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุดของตัวแปร ความวิตกกังวล และความสิ้นหวัง (n = 126)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	Min	Max
ความวิตกกังวล	41.58	6.09	20	56
ความสิ้นหวัง	40.20	10.73	20	67

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยเป็น 41.58 (SD = 6.09) และคะแนนความสิ้นหวังเฉลี่ยเป็น 40.20 (SD = 10.73) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

### 3. การศึกษาภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 5 คะแนนรายข้อของภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (n = 126)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	Observed		Range	
			Min	Max	Min	Max
<b>ด้านที่ 1 อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Re-experiencing)</b>						
1. มีความทรงจำที่รบกวน (จิตใจ) ซ้ำๆ ความคิดหรือภาพของประสบการณ์เกี่ยวกับ กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ตึงเครียด	1.80	0.9	1	4	1	5
2. มีปฏิกิริยาทางกาย (เช่น หัวใจเต้นแรง ปัญหาในการหายใจ หรือเหงื่อออก)	1.74	0.96	1	5	1	5
3. มีความรู้สึกหงุดหงิดมากเมื่อมีบางสิ่งมาทำให้ คุณนึกถึงประสบการณ์เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ตึงเครียด	1.70	0.89	1	5	1	5
4. มีการกระทำแบบทันทีทันใด หรือความรู้สึกราวกับว่า ประสบการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายกำลังเกิดขึ้นอีกครั้ง	1.53	0.85	1	4	1	5
5. มีความฝันเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ตึงเครียดมารบกวน (จิตใจ) ซ้ำๆ	1.31	0.59	1	3	1	5
<b>คะแนนรวมรายด้านที่ 1</b>	<b>8.07</b>	<b>3.41</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>25</b>
<b>ด้านที่ 2 อาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Avoidance)</b>						
1. หลีกเลี่ยงการคิดถึงหรือพูดถึงประสบการณ์เกี่ยวกับ กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือหลีกเลี่ยงการมีความรู้สึก ที่เกี่ยวข้องกับมัน	1.83	0.94	1	4	1	5
2. หลีกเลี่ยงกิจกรรมและสถานการณ์ต่างๆ เพราะมันทำให้คุณนึกถึงประสบการณ์กล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันในอดีตที่ตึงเครียด	1.72	0.91	1	4	1	5
3. มีความรู้สึกราวกับว่าอนาคตของคุณอาจจะถูกตัดให้สั้นลง	1.60	0.97	1	5	1	5
4. สูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆ ที่คุณเคยเพลิดเพลิน (กับมัน)	1.60	0.74	1	4	1	5
5. มีปัญหาในการจำส่วนสำคัญของประสบการณ์เกี่ยวกับ กล้ามเนื้อหัวใจตาย	1.56	0.77	1	4	1	5
6. มีความรู้สึกเฉยชาทางอารมณ์ หรือ ไม่สามารถแสดง ความรู้สึกรักต่อคนที่ใกล้ชิดคุณ	1.38	0.74	1	5	1	5
7. มีความรู้สึกห่างเหินหรือตัดขาดจากคนอื่นๆ	1.35	0.62	1	4	1	5
<b>คะแนนรวมรายด้านที่ 2</b>	<b>11.04</b>	<b>3.94</b>	<b>7</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>35</b>



**ตารางที่ 5** คะแนนรายข้อของภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (n = 126) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	Observed		Range	
			Min	Max	Min	Max
<b>ด้านที่ 3 อาการตื่นตัวสูง (Hyperarousal)</b>						
1. มีปัญหาในการหลับยากหรือหลับไม่สนิท	1.90	1.10	1	5	1	5
2. ตื่นตัวเกินธรรมดา หรือ คอยเฝ้าระวังความปลอดภัย	1.84	1.05	1	5	1	5
3. มีสมาธิได้ยาก	1.77	0.91	1	5	1	5
4. รู้สึกสะดุ้งหรือตกใจง่าย	1.71	0.95	1	5	1	5
5. มีความรู้สึกไม่สบายหรือมีอาการระคายเคือง	1.71	0.86	1	5	1	5
<b>คะแนนรวมรายด้านที่ 3</b>	<b>8.92</b>	<b>3.71</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>25</b>
<b>คะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 3 ด้าน</b>	<b>28.03</b>	<b>9.79</b>	<b>17</b>	<b>61</b>	<b>17</b>	<b>85</b>

เนื่องจากคะแนนรวมรายด้านแต่ละด้านไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบคะแนนรวมรายด้านโดยคิดคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ดังนี้

**ตารางที่ 6** คะแนนเฉลี่ยรายด้านและคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามรายด้าน

ด้าน	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ยรายด้าน	คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก
<b>ด้านที่ 1</b> อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Re-experiencing)	5	25	8.07	1.64
<b>ด้านที่ 2</b> อาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Avoidance)	7	35	11.04	1.57
<b>ด้านที่ 3</b> อาการตื่นตัวสูง (Hyperarousal)	5	25	8.92	1.78
<b>รวม</b>	<b>17</b>	<b>85</b>	<b>28.03</b>	

จากตารางที่ 5 - 6 แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญเท่ากับ 28.03 (SD = 9.79) จากคะแนนรวมทั้งหมด 85 คะแนน คะแนนรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มีปัญหาในการหลับยากหรือหลับไม่สนิท ( $\bar{X} = 1.90$ , SD = 1.10) รองลงมา

คือ ตื่นตัวเกินธรรมดาหรือคอยเฝ้าระวังความปลอดภัย ( $\bar{X} = 1.84, SD = 1.05$ ) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ มีความผันเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ตึงเครียดมารบกวน (จิตใจ) ซ้ำๆ ( $\bar{X} = 1.31, SD = 0.59$ ) เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มของอาการภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่าด้านที่มีคะแนนรวมรายด้านสูงสุด คือ ด้านที่ 3 อาการตื่นตัวสูง (Hyperarousal) คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักเป็น 1.78 ( $\bar{X} = 8.92, SD = 3.71, \min = 5, \max = 25$ ) รองลงมา คือ อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Re-experiencing) คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักเป็น 1.64 ( $\bar{X} = 8.07, SD = 3.41, \min = 5, \max = 18$ ) อาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Avoidance) คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักเป็น 1.57 ( $\bar{X} = 11.04, SD = 3.94, \min = 7, \max = 23$ ) ตามลำดับ

**ตารางที่ 7** ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความสิ้นหวังและภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (n = 126)

ตัวแปร	ภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ	p-value
ความวิตกกังวล	0.20	.01*
ความสิ้นหวัง	0.33	.00**

\* p < .05, \*\* p < .01

จากตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความสิ้นหวังกับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.20$ ) และความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 52.50 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 51 - 59 ปี การมีโรคร่วม 1 - 2 โรค ร้อยละ 65.87 และการมีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 24.61 โดยโรคร่วมเหล่านี้เป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับการศึกษาพบมากที่สุด คือ อนุปริญญาและปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 39.68 และอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 45.23 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 24,430.79 บาทต่อเดือน (SD = 27,279 บาท) และสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 79.37



เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านโรคและการรักษา พบว่า รายได้ สถานะบุตรและการประกอบอาชีพ การนัดหมายรักษาเพิ่มเติม และการมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Malinauskaite, Slapikas, Courvoisier, Mach, Gencer<sup>13</sup> พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ สถานภาพของบุตร ในด้านการสำเร็จการศึกษาและการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการรักษา พบว่า ชนิดของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค จำนวนหลอดเลือดที่อุดตัน จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือด จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา การได้รับยานอนหลับ ยากระตุ้นความดันโลหิต ยาปิดกั้นบีตา การใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiedemar และคณะ<sup>14</sup> ที่พบว่า ปัจจัยในด้านการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับรู้ส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Self-perception of MI) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากกว่าปัจจัยด้านลักษณะพื้นฐานและด้านการรักษา การมีการนัดหมายในการรักษาเพิ่มเติมและระดับรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการนัดหมายรักษาเพิ่มเติม มีการรับรู้ว่าตนเองมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงและหลอดเลือดหัวใจมีความเสียหายเป็นอย่างมาก รวมทั้งมีความกลัวและวิตกกังวลในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยรับรู้ว่าการผ่าตัดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีการกระทำโดยตรงต่อหัวใจ ซึ่งเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญสูงสุด ส่วนรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับรายได้ต่ำ คือ กลุ่มที่มีรายได้ 0 – 20,000 บาท เป็นกลุ่มที่มีอาการภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 16 คน หรือร้อยละ 12.69 การมีโรคร่วม พบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนโรคประจำตัวหลายโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากจะต้องระมัดระวังในการดูแลสุขภาพ การรับประทานยาเฉพาะโรค และยาที่มากขึ้นตามจำนวนโรค รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ตามมา

## 2. การศึกษาภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 25.40 จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความชุกของภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหัวใจมีความหลากหลายอยู่ระหว่างร้อยละ 0 – 22 ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแบบแผนการวิจัย ระยะเวลาที่ศึกษา ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bennette, Owen, Koutsakis, Bisson<sup>3</sup> พบร้อยละ 22 การศึกษาของ Malinauskaite และคณะ<sup>13</sup> พบร้อยละ 26.7 โดยจำนวนที่ใกล้เคียงกันนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากการศึกษาในกลุ่มประชากรเดียวกันที่มีรูปแบบของอาการ ระยะเวลาที่เป็นโรค ความรุนแรง วิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรายด้านของกลุ่มอาการภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เป็นดังนี้ตามลำดับ คือ กลุ่มอาการตื่นตัวสูง ( $\bar{X} = 8.92$ ,  $SD = 3.71$ ) (คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก = 1.78) กลุ่มอาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ( $\bar{X} = 8.07$ ,  $SD = 3.41$ ) (คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก = 1.64) และกลุ่มอาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ( $\bar{X} = 11.04$ ,  $SD = 3.94$ ) (คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก = 1.57) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bennette และคณะ<sup>3</sup> พบว่า กลุ่มอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอาการตื่นตัวสูง และการศึกษาของ Castilla, Vazquez<sup>15</sup> พบว่า ที่ระยะ 5 เดือนหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างมีอาการ hyperarousal มากที่สุด รองลงมา คือ อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์รุนแรง และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า อาการตื่นตัวสูง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่มีต่อสภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง เนื่องจากเหตุการณ์รุนแรงทำให้การควบคุมร่างกาย และจิตใจให้สงบหรือผ่อนคลายได้ยาก จึงมีอาการตื่นตัวระงับงัยและนอนหลับได้ยาก<sup>13</sup>

### 3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

#### 3.1 ความวิตกกังวลและภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.20$ ,  $p < .05$ ) โดยความวิตกกังวลหรือสภาวะอารมณ์ในระหว่างเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและขณะเข้ารับการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ<sup>16</sup>

ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งขณะเผชิญหรือภายหลังการเกิดเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน<sup>6</sup> โดยเป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่า เป็นสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงของร่างกาย<sup>4</sup> ทำให้ประเมินค่าเหตุการณ์เป็นลบ<sup>6</sup> นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในด้านความทรงจำ โดยความวิตกกังวลจะรบกวนกระบวนการรับรู้ระหว่างเผชิญเหตุการณ์ ทำให้ไม่มีสติเพียงพอที่จะรับรู้และเข้าใจเหตุการณ์ เกิดความทรงจำทางอารมณ์ด้านลบหรือความทรงจำที่ไม่ดีต่อเหตุการณ์<sup>9</sup>

การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 41.58$ ,  $SD = 6.09$ ) อธิบายได้ว่า ในระหว่างเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและปัจจัยในการต้านความวิตกกังวล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงและความเคร่งเครียดของสถานการณ์รวมทั้งผลกระทบต่อด้านต่างๆ ของชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ลักษณะอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจลำบาก มีความอ่อนเพลียเหนื่อยล้า ความสามารถในการทำกิจกรรมด้านร่างกาย กิจกรรมทางเพศ ข้อจำกัดในการดำรงชีวิต กังวลต่อการเสียชีวิต พิกัด ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค<sup>2</sup> รวมทั้งกระบวนการรักษาพยาบาลต่างๆ ด้วย<sup>17</sup> ในด้านการรักษา การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตที่ส่งผลให้ระยะการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยยาวนานออกไป<sup>18</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตจึงมีจำนวนไม่มาก (จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8.76) ในกลุ่มที่มีอาการภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า มีผู้ป่วย



ที่ไม่ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตและมีอาการภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 22.22 ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตและมีอาการภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 3.20 การใส่เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาอันเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ<sup>18</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 7.12 ในกลุ่มที่มีภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 3.18 ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 22.22

ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีผลต่อความวิตกกังวล จากการเก็บข้อมูลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 91.27 อายุระหว่าง 51 - 59 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 68.24 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 79.37 (อายุเฉลี่ย 52.50 ปี, SD = 6.24) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ยังอยู่ในวัยทำงาน มีบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัวมีการเลี้ยงดูครอบครัวและบุตร บุตรยังอยู่ในวัยศึกษาและยังอยู่ในระหว่างเลี้ยงดูและให้การอุปการะบุตร ร้อยละ 48.41 ทำให้มีการในด้านค่าใช้จ่ายในการศึกษาของบุตร ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 45.23 โดยมีอาการภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 12.69 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีรายได้ในช่วง 0 - 20,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 66.66 (รายได้เฉลี่ย = 24,430.79 บาท, SD = 27,279) มีความกังวลว่าเมื่อเกษียณจากงานแล้วอาจไม่ได้รับยาที่ได้มาตรฐานเท่าเดิม เนื่องจากต้องเปลี่ยนสิทธิการรักษาจากประกันสังคมเป็นการใช้สิทธิบัตรทอง มีผลให้ยาบางรายการอาจจะเบิกไม่ได้หรือต้องมีการสำรองเงินจ่ายเองก่อน ทำให้มีปัญหาค่าใช้จ่ายทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล

การมีโรคร่วม จากการศึกษาศึกษาของ Atik และคณะ<sup>19</sup> พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลและภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบในคนที่ทำงาน การมีโรคเรื้อรัง จากการศึกษาศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มที่มีโรคร่วมเรื้อรัง 3 ชนิด คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 24.61 และมีโรคร่วม 1 - 2 ชนิด ร้อยละ 65.87 อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีจำนวนโรคประจำตัวหลายโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากจะต้องระมัดระวังในการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหารเฉพาะโรค และยาที่มากขึ้นตามจำนวนโรค รวมทั้งได้รับทราบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ตามมา เมื่อมีโรคประจำตัวหลายโรค จำนวนครั้งการขยายหลอดเลือด 1 ครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 76.20 รองลงมาคือ 2 ครั้ง การที่จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาน้อยกลับทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเนื่องจากการสวนหัวใจหรือการฉีดสีและขยายหลอดเลือดหัวใจในครั้งแรกนั้น เป็นทั้งการวินิจฉัย การรักษาโรค และเป็นการช่วยในการตัดสินใจการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย<sup>17</sup> โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.65 มีนัดทำการรักษาเพิ่มด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการที่ต้องเข้ารับการรักษาลำบากโดยวิธีการผ่าตัด ปัจจัยด้านความวิตกกังวล เช่น การได้รับยานอนหลับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ได้รับยานอนหลับ ร้อยละ 82.54 เพื่อลดอาการหดเกร็งของหลอดเลือดหัวใจ โดยให้ในขนาดน้อยๆ (Lighting sedation) ยานอนหลับที่นิยมใช้ ได้แก่ Midazolam หรือ Dormicum เนื่องจากการออกฤทธิ์เร็ว<sup>20</sup> Deftereos และ Benzodiazepines แต่มีรายงานว่า Benzodiazepines จะมีผลในการทำให้มีอาการลืม (Amnesic effect) ซึ่งอาการลืมมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด

จากเหตุการณ์รุนแรง<sup>18</sup> นอกจากนี้ภายหลังรักษาผู้ป่วยเข้าพักฟื้นในหอผู้ป่วยหากมีอาการนอนไม่หลับจะได้รับยานอนหลับชนิดเม็ดเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน การได้รับยาปิดกั้นบีตาเพื่อรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดโดยให้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามใช้ ยาปิดกั้นบีตามีผลยับยั้ง Fear conditioning โดยขัดขวางตัวรับ Catecholamine ในสมองส่วน Amygdala ทำให้ความทรงจำต่อเหตุการณ์ร้ายแรงน้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาชนิดนี้<sup>21</sup> จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับยาปิดกั้นบีตาถึงร้อยละ 96.02 นอกจากนี้ในระหว่างการรักษากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาในทุกๆ ระยะทั้งในด้านการปลอบโยนให้กำลังใจจากทั้งแพทย์และพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรักษาคลายจากความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ Trotter, Gallagher, Donoghue<sup>17</sup> พบว่า การได้รับข้อมูลการรักษาจากทีมสุขภาพทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง โดยสรุปคือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีทั้งปัจจัยด้านส่งเสริมและปัจจัยด้านความวิตกกังวลในระหว่างเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงทำให้ระดับความวิตกกังวลเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

ความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางแต่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในระดับต่ำ อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยบางประการที่แตกต่างกัน ที่มีผลให้คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของเหตุการณ์ เช่น การรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยแต่ละคนไม่เท่ากัน อาการเจ็บหน้าอกทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดที่รุนแรง ทำให้หายใจไม่ออก ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมาน กลัวตาย<sup>22</sup> ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบอาการนำแบบเจ็บหน้าอกรุนแรงเพียงร้อยละ 30 นอกจากนั้นเป็นอาการแสดงแบบอื่นๆ เช่น อาการแสดงในระบบทางเดินอาหาร แสบยอดอกหรือลิ้นปี่ ไม่สบายหน้าอกเหมือนอาหารไม่ย่อย บางรายมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจไม่สะดวกหรือบางรายที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกในระดับต่ำ<sup>1</sup> หรือมีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ไม่อาจรับรู้ความรุนแรงแรงๆ ของเหตุการณ์ได้ เช่น ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติ ปัจจัยอื่นๆ ที่แตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน เช่น ในระหว่างเข้ารับการรักษาในผู้ป่วยรู้สึกเป็นห่วงครอบครัว เนื่องจากตนเองต้องแยกจากครอบครัวมานอนโรงพยาบาล หรือมีกังวลใจเกี่ยวกับการต้องหยุดงาน และความแตกต่างในด้านการรักษาเนื่องจากความรุนแรงของโรคที่ไม่เท่ากัน ผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน การต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่บางรายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องมือพิเศษอื่นๆ ได้รับการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างเดียว อาการต่างๆ ก็ทุเลาได้ จึงมีผลให้ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน และมีผลต่อค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความวิตกกังวลกับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญให้อยู่ในระดับต่ำ

### 3.2 ความสิ้นหวังและภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ความสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = 0.33$ ) กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Driel, den Velde<sup>16</sup> พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ความวิตกกังวล ความทุกข์และความสิ้นหวังในระหว่างเข้ารับการรักษา หรือมีภาวะแทรกซ้อน



เกิดภายหลังจากนั้น ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างน้อย 1 อาการ และยังคงมีอาการเช่นนั้นไปจนถึง 1 ปี ความสิ้นหวังเป็นการที่บุคคลรู้สึกหมดพลังอำนาจในการควบคุมตนเองหรือสถานการณ์ โดยเชื่อว่าไม่อาจเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมสถานการณ์หรือผลลัพธ์จากเหตุการณ์ ต้องพบกับความล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำอีก เป็นผลให้บุคคลเกิดความสิ้นหวัง ยุติความพยายาม ขาดแรงจูงใจในการค้นหาหรือการเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์เลวร้ายต่างๆ ของชีวิต ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และสูญเสียการควบคุมตนเอง ส่งผลให้เกิดอารมณ์ด้านลบ เช่น เกิดภาวะซึมเศร้าได้<sup>23</sup> บทบาทของความสิ้นหวังต่อภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คือ เป็นความเชื่อหรือแนวโน้มที่แต่ละบุคคลใช้ในการประเมินค่าเหตุการณ์ว่าอยู่ในวิสัยที่ไม่อาจควบคุมได้ ทำให้ประเมินเหตุการณ์ว่าร้ายแรงเกินความสามารถจะจัดการได้ จึงทำให้การประเมินเหตุการณ์เป็นด้านลบ (Negative appraisal)<sup>9</sup> ความสิ้นหวังจึงเป็นลักษณะของบุคคลที่อ่อนไหวต่อการเกิดภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ง่าย บทบาทในด้านการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพและบทบาทต่อความเรื้อรังของอาการ<sup>23</sup> ความสิ้นหวังในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคเรื้อรัง ต้องมีการรักษาต่อเนื่องยาวนาน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ความก้าวหน้าของโรค ความไม่แน่นอนของโรคทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง<sup>2</sup> ผลกระทบต่างๆ จากโรคเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical dysfunction) และความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ (Psychological distress) ความสิ้นหวังในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประกอบด้วย ปัจจัยภายในถูกคุกคาม ได้แก่ ความรู้สึกเป็นอิสระ ตัดดีศรี ความเป็นตัวของตัวเอง ความเข้มแข็ง และความสมบูรณ์ เช่น การสูญเสียอวัยวะ และปัจจัยภายนอกถูกคุกคาม ความไม่สุขสบายเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว การใส่สายสวนคาต่างๆ การต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ การรับรู้ประสบการณ์การรักษาของตนเองหรือผู้อื่นว่าเป็นสิ่งเลวร้าย เป็นอันตรายต่อชีวิต ทำให้รับรู้ว่าตนเองไม่อาจควบคุมสถานการณ์ได้เอง<sup>24</sup> ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ต้องมีการปรับรูปแบบในการใช้ชีวิต การต้องเปลี่ยนมารับประทานอาหารเฉพาะโรค การปรับตารางการดำเนินชีวิตและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าไม่มีทางเลือก การไม่สามารถควบคุมหรือไม่อาจทำนายการเปลี่ยนแปลงของอาการได้ทำให้เกิดความสิ้นหวัง<sup>25</sup>

นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสิ้นหวังมีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บหน้าอก โดยเกิดร่วมกับอาการเหนื่อยล้า อาการเจ็บหน้าอกส่งผลให้มีความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ท้อแท้และสิ้นหวัง

เมื่อพิจารณาคะแนนความสิ้นหวัง มีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 40.20$ ,  $SD = 10.73$ ) อธิบายได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสิ้นหวัง ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหรือเหตุการณ์ โดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นไม่ได้มีอาการนำแบบเจ็บแน่นหน้าอกที่รุนแรงทุกราย หรือมีอาการนำแบบ Typical chest pain ที่พบประมาณร้อยละ 30<sup>1</sup> จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งมาโรงพยาบาลด้วยอาการนำแบบอื่นๆ เช่น อาการทางระบบทางเดินอาหาร คือ จุกเสียดท้อง อาหารไม่ย่อย ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะรับรู้อาการเจ็บหน้าอกน้อยหรือไม่เจ็บหน้าอกเลยหรืออ่อนเพลียแน่นหน้าอกเล็กน้อย จึงรับรู้ว่าเป็นโรค

มีความรุนแรงไม่มาก ไม่อันตราย ในด้านการรักษา ได้แก่ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ร้อยละ 72.22 ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 ครั้ง ร้อยละ 76.20 จำนวนหลอดเลือดที่อุดตัน 2 เส้น ร้อยละ 56.35 ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 7.12 ได้รับการกระตุ้นความดันโลหิต ร้อยละ 8.76 จากข้อมูลต่างๆ ดังกล่าวนี้นำส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของความสิ้นหวังให้อยู่ในระดับต่ำ

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเผยแพร่ความรู้เรื่องภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในแก่บุคลากรที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยทราบ เพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเนื่องจากภาวะนี้ยังไม่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและแก้ไขอย่างทันที่ ไม่ให้เกิดความเรื้อรังของอาการ
2. ควรนำข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มาใช้ในการประเมินและค้นหาปัญหาตั้งแต่ในระยะแรก ระยะก่อนจำหน่าย รวมทั้งระยะตรวจติดตามการรักษา เพื่อวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. ควรมีการป้องกันหรือลดความวิตกกังวลและความสิ้นหวังในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความก้าวหน้าของโรค การให้กำลังใจและประคับประคองทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย
4. ควรมีการศึกษาปัจจัยหรือตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



## เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี 2557. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2557.
2. Wattanakitkriear D. Psychosocial problems in patients with heart and lung disease and nursing care. *J Nurs Sci* 2009;27(2):22-31. (in Thai).
3. Bennette P, Owen RL, Koutsakis S, Bisson J. Personality, social cortex and cognitive predictor of posttraumatic stress in myocardial infarction patients. *Psychology and Health* 2002;17(4):489-500.
4. Alonzo AA. The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: the consequence of cumulative adversity. *Soc Sci Med* 2000;50(10):1475-84.
5. Pedersen SS, Middel B, Larsen ML. Posttraumatic stress in first-time myocardial infarction patients. *Heart Lung* 2003;32(5):300-7.
6. Tulloch H, Greenman PS, Tassé V. Post-traumatic stress disorder among cardiac patients: prevalence, risk factors, and considerations for assessment and treatment. *Behav Sci (Basel)* 2014;5(1):27-40.
7. Shemesh E, Yehuda R, Milo O, Dinur I, Rudnick A, Vered Z, et al. Posttraumatic stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction. *Psychosom Med* 2004;66(4):521-6.
8. Wood SL, Froelicher ES, Motzer SU, Bridges EJ. *Cardiac nursing*. China: Wolters Kluwer Health Lippincott William and Wilkins; 2010.
9. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000;38(4):319-45.
10. Mesuwun P, Naka K. Perception of severity of the illness, information required, and anxiety among preoperative ENT patients in Songklanagarind Hospital. *Songkla Med J* 2008;26(2):185-93. (in Thai).
11. Quinless FW, Nelson MA. Development and measurement of learn helplessness scale. *Nurs Res* 1988;37(1):11-5.
12. National Center for PTSD. Using the PTSD checklist (PCL). [Internet]. [cited 2015 April 18]. Available from: <https://sph.umd.edu/sites/default/files/files/PTSDChecklistScoring.pdf>.
13. Malinauskaite I, Slapikas R, Courvoisier D, Mach F, Gencer B. The fear of dying and occurrence of posttraumatic stress symptoms after an acute coronary syndrome: A prospective observational study. *J Health Psychol* 2015:1-10.



14. Wiedemar L, Schmid J-P, Müller J, Wittmann L, Schnyder U, Saner H, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction. *Heart and Lung* 2008;37(2):113-21.
15. Castilla C, Vazquez C. Stress-related symptoms and positive emotion after myocardial infarction: a longitudinal study. *European Journal of Psychotraumatology* 2:1, 8082, DOI: 103402/ejptv2i08082 2011.
16. van Driel RC, den Velde WO. Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1995;8(1):151-9.
17. Trotter R, Gallagher R, Donoghue J. Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart Lung* 2011;40(3):185-92.
18. Warlan H, Howland L. Posttraumatic stress syndrome associated with stays in the Intensive Care Unit: importance of nurses' involvement. *Crit Care Nurse* 2015;35(3):44-52.
19. Atik D, Neşe A, Çakır M, Ünal A, Yüce UÖ. Post traumatic stress and anxiety in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Research in Medical Sciences* 2015;3(8):1778-884.
20. Deftereos S, Giannopoulos G, Raisakis K, Hahalis G, Kaoukis A, Kossyvakis C, et al. Moderate procedural sedation and opioid analgesia during transradial coronary interventions to prevent spasm: a prospective randomized study. *JACC* 2013;6(3):267-73.
21. Krauseneck T, Padberg F, Roozendaal B, Grathwohl M, Weis F, Hfmann D, et al. A  $\beta$ -adrenergic antagonist reduces traumatic memories and PTSD symptoms in female but not in male patients after cardiac surgery. *Psychol Med* 2010;40(5):861-9.
22. Jerlock M, Gaston-Johansson F, Danielson E. Living with unexplained chest pain. *J Clin Nurs* 2005;14(8):956-64.
23. Maier SF, Seligman ME. Learned helplessness: theory and evidence. *Experimental psychology* 1976;105(1):3-46.
24. Johansson A, Dahlberg K, Ekebergh M. Living with experiences following a myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003;2(3):229-36.
25. Smallheer BA. Learned helplessness and depressive symptom in patients following acute myocardial infarction. Nashville, Tennessee: the Faculty of the Graduate School of Vanderbilt University; 2011.