

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO POSTTRAUMATIC STRESS IN PATIENTS
WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Lieutenant Commander Ueamduean Nilpruk



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์
	รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
โดย	นาวาตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (SELECTED FACTORS RELATED TO POSTTRAUMATIC STRESS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข,
 182 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 126 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคาม แบบสอบถามความกลัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยทรงคุณวุฒิและหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ 0.99, 0.92, 0.89, 0.83 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบพอยซ์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจำนวน 32 คนคิดเป็นร้อยละ 25.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง 28.03 คะแนน (SD = 9.79) และมีคะแนนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง 11 คน (คิดเป็นร้อยละ 8.7)
2. การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .34, .59$ และ $.43$) ตามลำดับ
3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5777212536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: CHEST PAIN / THREAT / FEAR / SOCIAL SUPPORT / POST TRAUMATIC STRESS

UEAMDUEAN NILPRUK: SELECTED FACTORS RELATED TO POSTTRAUMATIC STRESS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION. ADVISOR: ASST. PROF. DR.CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., CO-ADVISOR: POL.CAPT. DR.RAPIN POLSOOK, Ph.D., 182 pp.

The objectives of this study were to determine relationships among perceived chest pain, perceived threatened, fear, social support and post-traumatic stress in patients after myocardial infarction. One hundred and twenty six patients were recruited using a multi stage sampling technique. The assessments included a socio-demographic questionnaire, a perceived chest pain questionnaire, the cardiac threat questionnaire, the cardiac fear questionnaires, the ENRICHED social support Instrument, and the Posttraumatic Stress Checklists Specific Version (PCL – S). All questionnaires were tested for their content validity by 5 experts. Test retest reliability was 0.99 and Cronbach's alpha were 0.99, 0.92, 0.89, 0.83 and 0.87, respectively. Statistical analysis included mean, standard deviation and Point Biserial correlation coefficient.

Major findings were as follows

1. Thirty two patients (25.4 %) reported posttraumatic stress with the mean equal to 28.03, and SD=9.79. Eleven patients met the criteria of presumptive diagnosis of PTSD.
2. Perceived chest pain, perceived threatened and fear were significantly related to post-traumatic stress in patients with acute myocardial infarction. ($r = .34, .59$ and $.43$ $p < .05$)
3. Social support were not significantly related to post-traumatic stress in patients with acute myocardial infarction.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษาเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีระ สินเดชาธิกร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และประสบการณ์มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย ด้วยความรัก ความห่วงใย ตลอดระยะเวลาการศึกษา

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี ที่กรุณาอำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และกองทัพอากาศที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาและเวลาในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนๆร่วมรุ่นและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยสำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจ ที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักและห่วงใย ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว ที่คอยเป็นกำลังใจ และให้การช่วยเหลืออย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอื้อนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	13
2. แนวคิดความเครียด ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง....	24
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน.....	47
4. ผลกระทบของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	61
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	62
6. กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย	67
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	68

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70
การรวบรวมข้อมูล	83
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	85
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	99
สรุปผลการวิจัย.....	100
อภิปรายผลการวิจัย.....	101
ข้อเสนอแนะ	112
รายการอ้างอิง	115
ภาคผนวก.....	128
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา	129
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล วิจัย	131
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	145
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	167
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	182

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้และสถานะบุตร.....	88
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนหลอดเลือดที่อุดตัน จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา ชนิดการรักษา การนัดหมายรักษาเพิ่มเติม ยาที่ได้รับระหว่างเข้ารับการรักษา(ยานอนหลับ ยากระตุ้นความดันโลหิต ยาปิดกั้นบีต้า) และการมีโรคร่วม	89
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและไม่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของกลุ่มตัวอย่างกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n=126 คน).....	92
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน (n= 126 คน).....	93
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน (n=126 คน).....	93
ตารางที่ 6 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นของโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและจำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน (n = 32 คน).....	94
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกในมิติด้านความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกและคะแนนความถี่ 2 มิติของกลุ่มตัวอย่าง 126 คน.....	95
ตารางที่ 8 แสดงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกระหว่างกลุ่มที่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (PTS) และกลุ่มที่ไม่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง	95

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระดับความรุนแรงและระดับความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก (n=126 คน).....	96
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะคุกคามของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน (n=126 คน).....	96
ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความกลัวรายด้านของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n=126 คน)	97
ตารางที่ 12 สรุปค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว การสนับสนุนทางสังคมและภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง..	97
ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคามความกลัว การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเขตกรุงเทพมหานคร (n=126 คน).....	98

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แนวคิดการรู้จักของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง.....	37
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	67



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกโดยเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน เช่น ความพิการ การไร้ความสามารถ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต การเสียชีวิตและเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Braunwald et al., 2000) ข้อมูลสถิติด้านสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่า แนวโน้มของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2556-2558 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีจำนวน 67,427, 67,472 และ 81,706 คนตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างปี 2556-2558 เท่ากับ 26.9, 27.8 และ 29.9 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการอุดตันอย่างกะทันหันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ระดับความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับสภาพของหลอดเลือด และความต้องการการใช้ออกซิเจนของร่างกาย (สุจินดา ริมทองและคณะ, 2556; Riegel et al., 2010) เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ลักษณะอาการเป็นแบบเจ็บแน่นๆ เหมือนถูกกดหรือทับด้วยของหนักๆ ที่กลางอก หรือออกด้านซ้าย และอาจมีอาการร้าวไปที่อื่นเช่น กราม แขนซ้าย และลำคอใต้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557) ผลของอาการเจ็บหน้าอก ทำให้มีการตอบสนองของร่างกายและอารมณ์ ได้แก่ การมีอาการเจ็บหน้าอกมักมีอาการร่วมอื่นเช่น อาการหายใจไม่ออก ไม่มีแรง เหนื่อย ล้า ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม (ชวนพิศ ทำนอง, 2541) อาการเจ็บหน้าอกจะไปกระตุ้น Vaso vagal response ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ต่างๆตามมา เช่น ความกลัว วิดกกังวล ความรู้สึกสิ้นหวัง (Hari et al., 2010) ผู้ป่วยมักจะรู้สึกถึงความทุกข์ทรมาน รู้สึกกลัวตายคนเดียว กลัวไม่มีคนช่วยเหลือ และกลัวว่าอาจต้องตายได้ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541)

ด้านการรักษา เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ให้มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อลดการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วด้วยเช่นกัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้ประสบกับ

อาการแสดงของโรค การได้รับฟังคำวินิจฉัยโรคหรือพยากรณ์โรคจากแพทย์ กระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค เช่น การทำหัตถการ การสวนหัวใจ การฉีดยาและขยายหลอดเลือด การได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆเช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อกที่มีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณกว้าง ทำให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อควบคุมโรคและป้องกันการตีบหรืออุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Folkman & Lazarus, 1988; Angelo & Reynolds, 1998) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงนับเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต แบบแผนการดำเนินชีวิต ครอบครัวและการทำงานของผู้ป่วย (Bennette et al., 2001) จึงเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ (Rocha et al., 2008)

ความเครียดเป็นสภาวะกดดันหรือการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาคุกคามหรือทำอันตรายต่อบุคคล (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ได้แก่ ความเป็นอันตราย คุกคาม ความต้องการ (Lazarus & Folkman, 1984) และในผู้ที่ได้เผชิญเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอย่างรวดเร็วและรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างมากมายที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่อง ไม่สงบลงด้วยตัวเอง และเกิดอาการต่างๆ ได้หลายระบบ ได้แก่ ซีด คทางจิตใจ เจ็บเฉย งุนงง สับสน อารมณ์ไม่ร่าเริงแจ่มใส ขาดการตอบสนอง อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นในวันแรกๆ อาการตกใจง่ายและหวาดกลัว รู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีก กลัวและหลีกเลี่ยง ไม่กล้าเผชิญกับสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์รุนแรง ถ้าเกิดขึ้นใน 4 สัปดาห์แรกหลังเหตุการณ์ เรียกว่า Acute Stress Disorder หากภายหลัง 4 สัปดาห์แล้วอาการยังมีอยู่ เรียกว่า ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (พนม เกตุมาน, 2547)

จากลักษณะอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อันได้แก่ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบปัจจุบันทันด่วน ไม่ได้คาดการณ์มาก่อน มีภาวะคุกคามต่อชีวิตและความตาย ทำให้รู้สึกสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่าง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการวางแผนเกี่ยวกับอนาคต (Bennette, Owen, Koutsakis, & Bisson, 2002) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากโรคหรือมีอาการกำเริบซ้ำ (Ginzburg, 2006) ดังนั้นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาความเครียดได้อย่างทันทีและต่อเนื่อง (Rocha et al., 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ (Ginzburg et al., 2003; Rocha et al., 2008; Wiedemar et al., 2008; Alonzo, 2000)

ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress) เป็นแบบแผนการตอบสนองของจิตใจที่เกิดขึ้นกับบุคคลหลังเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง หรือตกอยู่ในภาวะกดดันที่มากกว่าจะพบได้ใน

ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะมีอาการนึกถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ พยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่ระลึกถึงเหตุการณ์นั้นๆ และพยายามที่จะทำอารมณ์ให้เฉยชาเพื่อยับยั้งความรู้สึกที่เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ ไม่อยากจดจำ มีภาวะตื่นตัวมากกว่าปกติและทำให้ผ่อนคลายได้ยาก (รณชัย คงสกนธ์, 2548; Maynard & Torres, 1997; Ehlers & Clarks, 2000)

โรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress Disorder) หมายถึงรูปแบบการตอบสนองของจิตใจต่อภัยอันตรายที่รุนแรงทุกๆชนิด ได้แก่ เหตุการณ์ที่มีผลให้เกิดความตาย การคุกคามต่อร่างกายและชีวิต การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่รุนแรง (Maynard & Torres, 1997) ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM - IV) ประกอบด้วยกลุ่มอาการต่างๆ 3 กลุ่มได้แก่ การหวงรำลึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงนั้นซ้ำๆ (Criteria B 1 ข้อขึ้นไปจากจำนวน 5 ข้อ) การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกี่ยวกับเหตุการณ์หรือการมีอารมณ์เฉยชา (Criteria C 3 ข้อขึ้นไปจากจำนวน 7 ข้อ) และภาวะตื่นตัวสูงและทำให้ผ่อนคลายได้ยาก (Criteria D 2 ข้อขึ้นไปจากจำนวน 5 ข้อ) โดยมีอาการตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป (Criteria E) และอาการทำให้บุคคลมีความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยยะสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงานหรือด้านอื่นๆกพร่อง (Criteria F) (APA, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในต่างประเทศ พบความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตั้งแต่ร้อยละ 4 (Rocha et al., 2008) ถึงร้อยละ 35 (Abbas et al., 2009) เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 20 (Bennette et al., 2002; Hari et al., 2010; Malinauskaite, Slapikas, Courvoisier, Mach, & Gencer, 2017; Pedersen, Middel, & Larsen, 2003) ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้ถึงแม้จะมีความชุกไม่มาก แต่ก็มีความสำคัญกับผู้ป่วยหลายประการ (Shemesh et al., 2004) ได้แก่ ทำให้ผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ไม่ดี การกำเริบซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Wikman, 2009) รวมทั้งในผู้ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงแม้มีเพียงบางอาการ ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจได้ (Owen, Koutsakis, & Bennett, 2001)

ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจำแนกเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะเฉียบพลัน เมื่อมีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงน้อยกว่า 3 เดือนหลังเผชิญเหตุการณ์ 2) ระยะเรื้อรัง เมื่อเกิดอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปและ 3) ระยะเกิดล่าช้า เมื่อเกิดอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงอย่างน้อย 6 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ (APA, 2000) โดยการประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในช่วงเวลา 1-3 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นการประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในระยะเฉียบพลัน ซึ่งหากผู้ป่วยล่วงเลยเข้าสู่ระยะเรื้อรัง จะทำให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงและความเรื้อรังของอาการภาวะ

เครียดจากเหตุการณ์รุนแรงยาวนานออกไป (Rocha et al, 2008) ยากแก่การแก้ไขรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพได้ยาก (Roberge Dupuis & Marchand, 2010; Bennette et al, 2001)

ลักษณะอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย การเกิดภาพเหตุการณ์ขณะเผชิญกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในรูปแบบต่างๆ เช่น ฝันร้าย การเกิดมโนภาพเกี่ยวกับเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือมีความรู้สึกราวกับว่ากำลังอยู่ในเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายนั่นอีกครั้ง ซึ่งความทรงจำเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานใจร่วมด้วย (Re-experiencing) นอกจากนี้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงความทรงจำที่เลวร้าย หลีกเลี่ยงบุคคลหรือสถานที่ ที่จะกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงนั้น (Avoidance) เช่น หลีกเลี่ยงการมาโรงพยาบาล การรับประทานยารักษาโรคหัวใจ หรือสถานการณ์ที่จะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางเพศ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยยังมีภาวะตื่นตัวสูง (Hyperarousal) เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ หวาดระแวง กระวนกระวาย โดยอาการต่างๆเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ภายหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรงตั้งแต่ 1 เดือนเป็นต้นมา (Hari et al., 2010; Tulloch, Greenman, & Tassé, 2014)

ผลกระทบของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีด้วยกันหลายด้าน อันเป็นผลมาจากการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและแกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัลที่ทำงานผิดปกติ (Bremner, 2000; Howard & Crandall, 2007; Johnson, McGuire, Lazarus, & Palmer, 2012; Sherin & Nemeroff, 2011; Yehuda, 2009) ได้แก่ การกระตุ้นกระบวนการอักเสบของร่างกายและการทำงานของเกร็ดเลือด ร่วมกับความไม่สมดุลกันในการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) (Steptoe, 2011; Gander & Känel, 2006) นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเตือนให้นึกถึงเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษาและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม (Shemesh, Yehuda, Milo, Rudnick, & Cotter, 2004) จึงเป็นปัจจัยที่ร่วมกันส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Mcmillan & Burr, 2010) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Doerfler, Paraskos, & Piniarski, 2005)

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้แก่ วิจิตา ไชยศรี (2549) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญของข้าราชการครูอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา เวทีนิ สตะเวทิน (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ต่อการให้ความหมายต่อสถานการณ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเรื้อรังในกลุ่มเด็กผู้ประสบภัยสึนามิ ในเขตอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา และกังสดาล เพ็งล่อง (2556) ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังเหตุการณ์ภัยอันตรายของผู้ป่วยทหารที่รับการรักษาใน

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และวิเชียร ศรีภูธรและคณะ (2558) ศึกษาความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจากการบาดเจ็บทางสมองของกำลังพลกองทัพเรือที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ชายแดนใต้ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงสำหรับในประเทศไทยยังมีจำนวนไม่มาก และไม่พบว่ามีการศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งอาจมีสาเหตุจาก นักวิจัยส่วนใหญ่เน้นปัจจัยภายนอก (External traumatic events) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงมากกว่าปัจจัยเหตุการณ์รุนแรงจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุจากปัจจัยภายใน (Owen et al., 2001; Wikman, 2009) นอกจากนี้ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักจะถูกมองข้ามและไม่ได้รับการวินิจฉัย จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการแก้ไขรักษาอย่างทันที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวมและผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Romberge, Dupuis, & Marchand, 2010) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการแพทย์ วางแผนการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ในการป้องกันการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำถามการวิจัย

- 1.ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างไร
- 2.ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการเจ็บอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการประยุกต์แนวคิดรูปแบบการรู้จักของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Ehlers & Clark, 2000) ที่ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ได้แก่ กระบวนการให้ความหมายของเหตุการณ์ไปในแง่ลบของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกัน ขององค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ ลักษณะของเหตุการณ์ ผลของเหตุการณ์ ประสบการณ์เดิมของผู้เผชิญเหตุการณ์ ความเชื่อ การเผชิญปัญหา การแก้ไขปัญหาของผู้เผชิญเหตุการณ์ในแต่ละคน ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการคิดระหว่างเผชิญเหตุการณ์ ความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรง การประเมินเหตุการณ์ไปในด้านลบของผู้เผชิญเหตุการณ์ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม อันนำไปสู่การเกิดอาการและความคงอยู่ของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดนี้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และปัจจัยดังกล่าวพยายาลมีบทบาทที่อิสระและสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไขได้โดยตรง

ปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษา ได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก เป็นปัจจัยด้านลักษณะพื้นฐานของเหตุการณ์รุนแรง การรับรู้ความทุกข์ เป็นปัจจัยด้านการประเมินเหตุการณ์ ความกลัวเป็นปัจจัยด้านการประเมินเหตุการณ์แล้วเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยภายนอกที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการต้านความเครียดและเป็นสื่อกลางที่นำไปสู่การปรับตัว ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยที่พยายาลมีบทบาทที่อิสระ และสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไขได้โดยตรง สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้

การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก เป็นลักษณะพื้นฐานของเหตุการณ์รุนแรง อาการเจ็บหน้าอกเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอกับความต้องการ (จรรยา ตันติธรรม, 2548) อาการเจ็บหน้าอกมีลักษณะแบบเจ็บแน่นๆเหมือนถูกบีบหรือมีของหนักทับบริเวณหน้าอก ร่วมกับมีอาการช็อก ซีด เหงื่อออกเป็นลม ความดันโลหิตต่ำลงอย่างรวดเร็ว บางรายอาจไม่รู้สึกร้าว อาจมีอาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บหน้าอกเป็นภาวะที่อันตรายต่อชีวิต และอาจทำให้เสียชีวิตได้ (ชวนพิศ ทานอง, 2547; Hari et al., 2010) นอกจากนี้อาการเจ็บหน้าอกจะทำให้การรับรู้เหตุการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยลดลงเนื่องจากสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลงหรือในระหว่างการรักษาผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดประสาท (อุไร ศรีแก้ว, 2543: 79) การรับรู้อาการเจ็บหน้าอกจึงส่งผลต่อการประเมินค่าเหตุการณ์ ผู้ป่วยมองสถานการณ์เป็นด้านลบและกระบวนการรับรู้เหตุการณ์ จึงทำให้เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

Wikman และคณะ (2012) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้ปัจจัยคือ กลุ่มอาการเจ็บหน้าอก (Pain symptoms cluster) กลุ่มอาการหายใจเหนื่อย (Dyspnea symptoms cluster) และกลุ่มอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียเล็กน้อย (Diffuse symptoms cluster) พบว่ากลุ่มอาการเจ็บหน้าอก (Pain symptoms cluster) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ที่ระยะ 6 เดือนภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Hari และคณะ (2010) ศึกษาอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง โดยมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างในระยะยาว และเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ช่วงเวลาได้แก่ ขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลครั้งแรก ระยะ 2 เดือนและ 32 เดือนภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า การรับรู้อาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงที่ระยะ 2 เดือน และ Wiedemar และคณะ (2008) ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 190 คน พบว่า การรับรู้ความทุกข์ทรมานส่วนบุคคลในระหว่างเผชิญเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกระหว่างเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถทำนายภาวะภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ ($\beta = .15, p = .019$)

การรับรู้ภาวะคุกคาม คือการที่บุคคลประเมินสถานการณ์ว่ากำลังประสบกับสิ่งที่รบกวนความคิดตนเอง มีการคาดหมายว่าอาจเกิดความสูญเสียหรือเสียหายได้ในอนาคตแต่ยังไม่ได้เกิดขึ้นจริงในขณะนี้ และไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบตามมา (Lazarus & Folkman, 1984) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามจากโรค ได้แก่การรับรู้ความเป็นอันตรายของโรค เช่น อาการเหนื่อย หายใจไม่ออก อ่อนเพลีย และการรับรู้ผลกระทบจากโรคต่อด้านต่างๆ ของชีวิตเช่น การที่ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในหลายๆด้านเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ (Florez, 2013) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ภาวะคุกคามได้ตั้งแต่ เมื่อเริ่มเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การวินิจฉัยโรค กระบวนการการรักษาโรค (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ., 2009) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ภาวะคุกคามแล้วจะทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบตามมาได้แก่ ความวิตกกังวล และสูญเสียการควบคุม (Angelo & Reynolds, 1998; Wiedemar et al., 2008) การรับรู้ภาวะคุกคามส่งผลต่อการตัดสินใจ การเลือกวิธีการเผชิญปัญหาและอาจทำให้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984: 168) ทำให้อาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงนั้นยังคงอยู่ จากการศึกษาของ Ozer และคณะ (2003) พบว่าบุคคลที่รับรู้ภาวะคุกคามของชีวิตในช่วงขณะเผชิญเหตุการณ์สูงสามารถทำนายการเกิดอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ในระดับสูง

ความกลัว เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ ที่เป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์และผลของเหตุการณ์ โดยประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นอันตราย จึงเกิดความรู้สึกกลัว (Ehlers & Clark, 2000) ความกลัวรบกวนกระบวนการคิดระหว่างเหตุการณ์ที่มีผลในการสร้างมโนภาพต่อเหตุการณ์ และการเก็บข้อมูลความทรงจำในระบบความทรงจำอัตโนมัติของตัวบุคคลของตนเอง ผลทางด้านชีววิทยาคือความกลัวส่งผลให้มีการหลั่งของ cortisol ทำให้กระบวนการเข้ารหัสข้อมูลความทรงจำของเหตุการณ์มีความบกพร่องและการค้นคืนข้อมูลทำได้ยาก (intentional recall) ความกลัวมีผลต่อการหลั่ง Norepinephrine ทำให้ความทรงจำของเหตุการณ์รุนแรงและความทรงจำด้านอารมณ์จากเหตุการณ์รุนแรงเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ภาพเหตุการณ์รุนแรงชัดเจนขึ้น เกิดอาการภาพติดตา (flashback) อาการตื่นตัวสูงและอาการหวาดระแวง (Bremner, 2000) เมื่อเกิดความกลัว ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งๆ ที่กระตุ้นความกลัวทำให้ขัดขวางการแก้ไขการประเมินค่าเหตุการณ์ (Reappraisal) ซึ่งทำให้ความทรงจำที่ไม่ดีของเหตุการณ์รุนแรงยังคงอยู่ ส่งผลให้อาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงนั้นยังเรื้อรังต่อไป (Ehlers & Clark, 2000)

Bennett และ Brook (1999) ศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 6-12 เดือนหลังเกิดอาการ พบว่าประสบการณ์ความกลัวในระหว่างการเผชิญเหตุการณ์กลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ Steptoe และคณะ (2011) ศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ความรู้สึกกลัวตายของผู้ป่วยในระหว่างเกิดเหตุการณ์ของโรคกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนหรือประคับประคอง เป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ช่วยลดความตึงเครียดของอารมณ์และส่งเสริมการประเมินค่าเหตุการณ์เป็นด้านดี (Lazarus & Folkman, 1984) การช่วยเหลือและสนับสนุนมีหลายด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์งาน ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านประเมินค่า (House, 1981 cited in Virginia Hill Rice, 2000) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทต่อภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงทั้งด้านลดความตึงเครียดของอารมณ์ และส่งเสริมการประเมินค่าเหตุการณ์เป็นด้านดี ถ้าผู้ป่วยประเมินว่าคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ไม่แสดงออกถึงความสนใจ ผู้ป่วยอาจรู้สึกแปลกแยกไปจากบุคคลอื่นหรือแยกตัวจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการปรึกษาร่วมกับบุคคลอื่น ผู้ป่วยจึงไม่เกิดการประเมินค่าใหม่หรือมองเห็นในด้านอื่นๆของเหตุการณ์และสังคม ทำให้อาการของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงยังคงอยู่ (Ehlers & Clark, 2000) ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการประเมินค่าใหม่ จะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้

Bennette และคณะ (2002) ศึกษาเรื่องภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 75 คนทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 3 เดือน การขาดการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และการขาดการประคับประคองด้านอารมณ์เป็นปัจจัยทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Marke & Bennett (2013) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก 150 คน ทำการศึกษา 3 ช่วงเวลาคือระยะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะตรวจติดตามการรักษา 1 เดือนและ 6 เดือน พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ โดยพบในระยะการตรวจติดตามการรักษา 1 เดือนและ 6 เดือน

จากแนวคิดและผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกเพศ อายุระหว่าง 35-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร
2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย การรับรู้อาการเจ็บอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม และภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งทางความคิด ความทรงจำและพฤติกรรม ดังนี้ การทวนรำลึกถึงเหตุการณ์เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายนั่นซ้ำๆ (Re-experiencing) เช่น มีความคิดซ้ำๆหรือฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตาย รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากเมื่อนึกถึงเหตุการณ์รุนแรง การพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Avoidance) ได้แก่การมีอาการเฉื่อยชา และการมีภาวะตื่นตัวมากกว่าปกติ (Hyperarousal) เช่น ใจสั่น นอนไม่หลับ หายใจลำบาก ประเมินได้จากแบบประเมิน The Posttraumatic stress Disorder Checklist ฉบับ Specific version (PCL – S) สร้างโดย Weathers และคณะ (1993) ผู้วิจัยนำมาแปลเป็น

ภาษาไทย จำนวนคำถาม 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 36 คะแนนขึ้นไป จัดเป็นผู้ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก หมายถึงการรับรู้อาการผิดปกติ ไม่สุขสบายบริเวณอกหรือบริเวณใกล้เคียง ได้แก่ แขนข้างเดียวหรือสองข้าง กราม หลัง หรือจุกแน่นลิ้นปี่ แบ่งออกเป็น 2 มิติ ได้แก่ มิติด้านการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการและมิติด้านการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ ประเมินโดยแบบสอบถาม 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น numeric rating scale 0-10 คะแนน โดยคะแนนรวมที่มากหมายถึงมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกมาก

การรับรู้ภาวะคุกคาม หมายถึง การที่ผู้ป่วยกลัวล้มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประเมินสถานการณ์ว่ากำลังประสบกับสิ่งที่รบกวนความคิดตนเอง คาดหมายว่าอาจเกิดความเสี่ยงหรือเสียหายได้ในอนาคต และไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคามในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (The Cardiac threat questionnaires) สร้างโดย Bennett และคณะ (1996) มีข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้ภาวะคุกคาม 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามด้านร่างกายและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ภาวะคุกคามด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ภาวะคุกคามด้านอาการที่จำเพาะกับโรค การรับรู้ภาวะคุกคามด้านการทำงานและการรับรู้ภาวะคุกคามด้านครอบครัว ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 1- 4 คะแนน คะแนนรวมที่มากหมายถึงมีการรับรู้ภาวะคุกคามมาก

ความกลัว หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าจะเกิดเหตุคุกคามที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ประเมินจากแบบสอบถามความกลัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็นความกลัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 3 ด้าน ได้แก่ความกลัวการมีปฏิสัมพันธ์ ความกลัวการได้รับการเจ็บปวดทางด้านร่างกายและความกลัวสูญเสียการควบคุมแบบสอบถามนี้มีข้อคำถาม 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 1- 5 คะแนน โดยคะแนนรวมที่มากหมายถึงมีความรู้สึกกลัวมาก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ว่าได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านต่างๆได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุแรงงาน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านประเมินค่า เพื่อให้สามารถปฏิบัติตนและจัดการความเครียดได้ ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The Enrich Social Support Questionnaire) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พวงผกา กรีทอง (2550) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 1-5 คะแนน คะแนนรวมที่มากหมายถึงมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรที่มีสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในมิติทางการแพทย์พยาบาลครบถ้วนทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มักจะถูกมองข้ามและไม่ได้รับการวินิจฉัย

2. บุคลากรที่มีสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมซึ่งหากบุคลากรที่มีสุขภาพได้เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ จะเปรียบเสมือนมีความเข้าใจในสาเหตุ ซึ่งส่งผลให้บุคลากรที่มีสุขภาพวางแผนพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. มีแนวทางการวิจัยทางการแพทย์ โดยนำผลการวิจัยที่ได้ไปศึกษาต่อยอดในตัวแปรหรือปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

- 1.1 ความหมายและชนิดของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.5 การตรวจวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.6 การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.8 ผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. แนวคิดความเครียด ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

- 2.1 ความเครียด
- 2.2 ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง
- 2.4 อาการและอาการแสดงของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง
- 2.5 การรักษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง
- 2.6 การประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง
- 2.7 ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 2.8 อาการและอาการแสดงผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะเครียดจาก

เหตุการณ์รุนแรง

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

- 3.1 การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก
- 3.2 การรับรู้ภาวะคุกคาม

3.3 ความกลัว

3.4 การสนับสนุนทางสังคม

4. ผลกระทบของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลัน โดยมีรายละเอียด นำเสนอดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหมายถึง ภาวะที่มีการอุดตันอย่างสมบูรณ์ของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยความรุนแรงขึ้นอยู่กับสภาพของหลอดเลือดและความต้องการการใช้ออกซิเจนของร่างกาย (เฉลิมศรี สุวรรณเจตีย์, 2550; Thygesen, et al. , 2007) เป็นพยาธิสภาพที่มีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เนื่องจากการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเป็นเวลานาน (Thygesen et al., 2007) ทำให้เมตาบอลิซึมของเซลล์ต้องหยุดลง เป็นผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ซึ่งสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งยุโรป (European Society of cardiology) กล่าวว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะหรือสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต มีสาเหตุมาจากการปริแตกของคราบพลัคในผนังเส้นเลือดของหลอดเลือดแดงหัวใจ แล้วมีการเกาะตัวกันของเกร็ดเลือดเป็นก้อนเลือดไปอุดตันทางเดินหลอดเลือดหัวใจทั้งหมดอย่างกะทันหัน เป็นผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือหยุดชะงักและผู้ป่วยจะแสดงอาการได้แก่ เจ็บหน้าอก (O'Donovan, 2011)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบ่งได้เป็น 2 ชนิด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; กรมการแพทย์, 2547) คือ

1. STEMI หรือ ST elevation acute coronary syndrome หมายถึงผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ 100 % มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment elevation ที่ติดต่อกันอย่างน้อย 2 lead ที่เกี่ยวเนื่องกัน หากไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด ST elevation MI หรือ acute Trans mural MI หรือ Acute Q wave MI)

2.NSTEMI หรือ Non ST elevation acute coronary syndrome เป็นผลจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดไม่พบ ST elevation แต่คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะเกิดเป็น ST depression หรือ T wave inversion

1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้และไม่สามารถควบคุมได้ ดังนี้

1.2.1 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและพบบ่อยที่สุด ค่าความดันโลหิตที่สูงกว่า 140/90 mmHg เรื้อรัง เสี่ยงต่อการเกิดโรค เพิ่มการทำงานของเวนทริเคิลซ้าย ทำให้หัวใจโต และหนาตัวขึ้น (Hypertrophy) ทำให้หลอดเลือดหัวใจบีบตัว ทำให้ผนังชั้นในหลอดเลือดถูกทำลาย และเกิดอาเธอโรสเคอโรซิส (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

1.2.2 ระดับไขมันในเลือดสูงมีส่วนทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้ คือ LDL-C, VLDL, Triglyceride ส่วน HDL สูงๆ จะเป็นตัวป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

1.2.3 การสูบบุหรี่ โดยบุหรี่มีผลเพิ่มความสามารถในการซึมผ่านได้ของผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดภายในได้รับอันตราย คนที่สูบบุหรี่จะมีค่า HDL ต่ำ LDL สูงเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้บุหรี่ยังมีผลต่อปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด และหน้าที่ของเกร็ดเลือด สารคาร์บอนมอนนอกไซด์ จะไปจับกับเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงจับกับออกซิเจนได้น้อยลง และออกซิเจนในเลือดต่ำลงและสารนิโคตินในบุหรี่ยังเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งอิพิเนพริน (Epinephrine) และนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ความต้องการการใช้ ออกซิเจนเพิ่มขึ้น อาจพบหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

1.2.4 เพศ เพศชายที่มีอายุ 35-45 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า แต่จะใกล้เคียงกันในช่วงอายุ 54 ขึ้นไปเนื่องจากเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจน ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ และเพศชายมีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าหญิง 2 เท่า (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

1.2.5 อายุ อุบัติการณ์ของอายุที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดในเพศหญิงและชายแตกต่างกัน คือเพศชายมักเกิดโรคหัวใจขาดเลือดก่อนอายุ 40 ปีและในเพศหญิงมักเกิดโรคเมื่ออายุมากกว่า 55 ปีหรือหลังหมดประจำเดือน

1.2.6 โรคเบาหวาน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะไปปรับเปลี่ยนโมเลกุลขนาดใหญ่ เช่น advance glycation end products จะไปกระตุ้นการสร้าง cytokine และกระบวนการอักเสบในผนังหลอดเลือด (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเสื่อม (Atherosclerotic) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้มากในผู้ป่วยเบาหวานและเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหัวใจขาด

เลือด มีการกำหนดว่าผู้ที่เป็นเบาหวานนานกว่า 8 ปี นับปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเป็น 2 ชนิดคือ เบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด (แม้ไม่เคยมีอาการมาก่อนเลยก็ตาม) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมักมีเส้นเลือดตีบตันหลายเส้น และกายวิภาคของเส้นเลือดที่ตีบตันมักไม่เหมาะสมกับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจและมีอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานเท่า (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

1.2.7 ความอ้วน ดัชนีที่บ่งชี้ว่าอ้วนคำนวณได้จาก ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index) ค่าปกติควรน้อยกว่า 24 ความอ้วนมีผลการการเพิ่มของไขมันเกือบทุกชนิด (ยกเว้น HDL) (จรรยา ตันติธรรม, 2557) ภาวะอ้วนก่อให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน และเบาหวาน ส่งเสริมให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โดยพบว่าปริมาณ free fatty acid จาก visceral fat ที่ส่งต่อไปยังตับกระตุ้นการสร้าง VLDL และ VLDL จะไปลดการสร้าง HDL นอกจากนี้ adipose tissue ส่งผลให้สร้าง cytokines ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบโดยภาพรวมภาวะอ้วนทำให้เกิดการอักเสบและกระบวนการหลอดเลือดแดงแข็ง

(วิจิตรา กุสุมภ์, 2556)

1.2.8 ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะช่วยทำให้ HDL สูงและ LDL ลดต่ำลง ลดความดันโลหิต เพิ่ม myoglobin ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดการเกาะกันของเกร็ดเลือด ลด fibrinolytic activity และช่วยให้ผ่อนคลาย (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

1.2.9 กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติกรรมพันธุ์ในครอบครัว และจะมีความเสี่ยงมากขึ้นหากมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง อ้วน เครียด เป็นต้น (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

1.2.10 ยาคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิดจะมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้เร็วกว่าปกติ และรบกวนการเผาผลาญไขมัน เพิ่มความดันโลหิต รวมทั้งทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและอุบัติการณ์การเกิด stroke หรือ Thromboembolism จะพบในหญิงทุกวัยที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานเป็นเวลาดูติดต่อกันนาน (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556)

1.2.11 บุคลิกภาพแบบ A (Personality type A) เป็นลักษณะของคนเอาจริงเอาจังกับงาน มุ่งมั่น เคร่งครัด ตรงต่อเวลา ทะเยอทะยาน คาดหวังในความสำเร็จมาก ชอบทำงานที่แข่งขัน ชอบเอาชนะ ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย พุดเร็ว ใจร้อน ไม่มีความอดทนในการรอคอย ทำงานเร่งรีบ หมกมุ่นในการทำงานให้เสร็จทันเวลา บางคนอาจก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ บุคลิกภาพแบบเอ จัดเป็นความเครียดแบบเรื้อรัง มีผลทำให้เพิ่มการหลั่ง catecholamine กระตุ้น sympathetic activity เร่ง

และเพิ่มการเกาะกันของเกร็ดเลือด เพิ่มการสะสมของไขมัน เพิ่มความดันโลหิต เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เร่งการเกิดโรคหัวใจและหัวใจขาดเลือด (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นผลมาจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงจากการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของหลอดเลือดแดง หรือเรียกว่าเป็นขบวนการการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือดแดง จากปัจจัยด้านเมตาบอลิก กายภาพ สิ่งแวดล้อม หรือพันธุกรรม เป็นกระบวนการที่เกิดจากการทำปฏิกิริยาระหว่าง endothelium cell, เม็ดเลือดขาว (monocyte, T – lymphocyte), smooth muscle cell และเกร็ดเลือดโดยมี growth factor และ cytokine ที่เป็นตัวเชื่อมโยงจนก่อตัวเป็น atherosclerotic plaque ที่ผนังหลอดเลือดแดง และสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น plaque rupture และ thrombosis การปริแตกของหลอดเลือดแดงมีสาเหตุจาก Plaque rupture และ Thrombosis ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน Acute coronary syndrome) ปัจจัยที่มีผลต่อการปริแตกของ fibrous cap ของ vulnerable plaque เป็นการเสียสมดุลระหว่างแรงที่กระทำต่อ cap (ความดันโลหิต, LV eject force, ความหนืดของเลือด) และความแข็งแรงของ plaque (คือความหนาหรือบางของ cap โดยขึ้นอยู่กับระดับ collagen ใน fibrous cap) เมื่อ collagen บางและลดลงจะเกิด plaque rupture ได้ในที่สุด Plaque ที่เสี่ยงต่อการเกิด plaque rupture มักเป็น eccentric plaque คือ เป็น plaque ที่มีขนาด lipid core ขนาดใหญ่ (ประกอบด้วย มี lipid laden macrophage หรือ foam cell จำนวนมาก) และ fibrous tissue ที่กั้นระหว่าง lipid core และ Lumen ของหลอดเลือดบาง บริเวณที่ปริแตกมากที่สุดมักเป็น shoulder of fibrous cap ส่วน plaque เสี่ยงต่อการปริแตกน้อยคือ concentric plaque หรือ thick fibrous cap และมีการอักเสบน้อย

การปริแตกของ plaque จะทำให้สารใน plaque แตกออกมาสัมผัสกับเลือด เกิดกระบวนการกระตุ้นให้เกิด thrombosis ได้แก่ การกระตุ้นเกร็ดเลือดและการเกาะกันของเกร็ดเลือด บริเวณที่มีการปริแตกของ plaque ร่วมกับการกระตุ้นการแข็งตัวของเลือด เกิดก้อนเลือด (thrombosis) อุดตันหลอดเลือดแดง ทำให้มีอาการแสดงของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับระดับการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ (วศิน พุทธาริ, 2550) หากการอุดตันของหลอดเลือดแดงมากกว่าร้อยละ 60-70 ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย และหากการอุดตันหลอดเลือดทั้งหมดจนเลือดไม่สามารถไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เป็นเวลานานทำให้เกิด acute ST elevation myocardial infarction (วศิน พุทธาริ, 2550; จรรยา ตันติธรรม, 2547) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

เช่น หัวใจวาย ซ็อกจากหัวใจ ซึ่งนำไปสู่ความพิการเรื้อรังหรือคุณภาพชีวิตลดลง (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

อาการเจ็บเค้นอกเป็นอาการที่สำคัญของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้มีอาการเจ็บเค้นอกที่ชัดเจน เช่น ในผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีอาการนำอื่นๆที่สำคัญ 5 กลุ่ม (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557) ดังนี้

- 1) กลุ่มอาการเจ็บเค้นอก
- 2) เหนื่อยง่ายขณะออกแรง
- 3) กลุ่มอาการหัวใจล้มเหลวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง
- 4) อาการเนื่องจากโลหิตต่ำเฉียบพลัน
- 5) อาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้น

1.5 การตรวจวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่สำคัญได้แก่ การซักประวัติอาการเจ็บหน้าอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเจาะเลือดหาค่า cardiac enzyme การทำ Exercise EKG test และการสวนหัวใจ

1.5.1 อาการเจ็บเค้นอกหรืออาการเจ็บหน้าอก อาการเจ็บหน้าอกที่มีลักษณะสำคัญ ได้แก่ อาการไม่สุขสบายอกหรือปวด แน่นหน้าอก เหมือนถูกบีบกด รัดหรือแน่นๆ ในอก มีอาการร้าวไปที่แขน หลังคอ ขากรรไกร หรือกระเพาะอาหาร หายใจไม่ออก เหงื่อออก คลื่นไส้ (Riegel et al., 2010) โดยอาการเจ็บหน้าอกนี้ มักมีอาการปวดมากกว่า 15-20 นาที (กระทรวงสาธารณสุขกรมการแพทย์สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547) และไม่ดีขึ้นแม้จะนอนพักหรืออมยาไนโตรกลีเซอรีน (สุจินดา ริมทอง, 2556) ถ้ามีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างผู้ป่วยจะมีอาการเหงื่อออกมาก ซีด หัวใจเต้นเร็ว ผิวน้ำเย็นฟังเสียงหัวใจได้เสียง S3 หรือ S4 gallop หรือพบว่ามีความดันโลหิตต่ำมาก ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะมีปัจจัยกระตุ้นก่อน เช่น ออกกำลังกายอย่างมาก ความเครียดทางอารมณ์ มีความเจ็บป่วย หรือได้รับการผ่าตัดมาก่อน อาการมักปรากฏในช่วงเช้าหลังตื่นนอน ภายใน 1-2 ชั่วโมง (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

1.5.2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่สำคัญ ได้แก่ ST segment ยกขึ้น หรือลดลง หรือ Q wave, T wave ที่ผิดปกติ ใน STEMI ที่มี ST segment ยกขึ้นแสดงถึงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจการบาดเจ็บ (injury) หากได้รับการแก้ไขเปิดหลอดเลือดได้ ST segment จะกลับสู่ปกติ แต่หากมีการอุดตันของหลอดเลือดอยู่นานจะพบว่ามี Q wave ปรากฏขึ้นแสดงถึง มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจทั้ง 3 ชั้น (Endocardium, Myocardium และ Pericardium) เรียกว่า Trans mural infarction) ผู้ป่วยที่มี STEMI จะกระทบการบีบตัวของหัวใจห้องล่างให้ลดลง

และเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจล้มเหลว ในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบ Non – STEMI จะพบว่า ST segment เป็นแบบ Depression หรือ T wave หัวกลับ หรือพบทั้งสองแบบ นอกจากนี้คลื่นไฟฟ้าหัวใจยังสามารถบอกตำแหน่งการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ ตามตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลง ST segment , T wave หรือ Q wave ใน lead ต่างๆ (สุจินดา ริมทอง, 2556)

1.5.3 Serum cardiac Biomarker คือการตรวจสารบางอย่างในเลือด ที่บอกถึงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากภาวะหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีหลายชนิดได้แก่

1.5.3.1 Troponin การตรวจ Troponin –T หรือ Troponin – I มีความไวในการตรวจจับ ภาวะเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นอย่างมาก และใช้ Troponin ในการจำแนกความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดด้วย (กระทรวงสาธารณสุขกรมการแพทย์สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547) โดย Troponin –T จะมีระดับสูงขึ้นใน 3-4 ชั่วโมงแรกขึ้นสูงสุดถึง 4-24 ชั่วโมง และกลับสู่ปกติใน 1-3 สัปดาห์ (กระทรวงสาธารณสุขกรมการแพทย์สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547; สุจินดา ริมทอง, 2556)

1.5.3.2 ค่า Creatinine phosphokinase (CK) จะขึ้นภายใน 3-12 ชั่วโมง มักลดระดับลงเป็นปกติ ภายใน 48-72 ชั่วโมง แต่ค่า CK จะไม่เฉพาะเจาะจงต่อภาวะ ST elevation MI เนื่องจากพบว่าการสูงขึ้นได้ในกรณีที่มีการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อลาย เช่น การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การผ่าตัด รวมทั้งโรคทางสมอง เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุขกรมการแพทย์สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547)

1.5.4 Cardiac imagine

1.5.4.1 Echocardiography เพื่อประเมินความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของผนังห้องหัวใจที่ขาดเลือด สภาพของลิ้นหัวใจ เช่นลิ้นหัวใจรั่ว ลิ้นหัวใจตีบ และเพื่อประเมินการบีบตัวของหัวใจ ซึ่งสามารถใช้ในการพยากรณ์โรคได้ (Scirica, 2010)

1.5.4.2 การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหัวใจ (Cardiac Magnetic resonance) ให้ข้อมูลด้าน ventricular function สภาพการขาดเลือดหรือการไหลเวียนหลอดเลือด การประเมินตำแหน่งที่มีการขาดเลือดทั้งระยะแรกหรือระยะหลัง รวมทั้งกายวิภาคหลอดเลือดหัวใจ แยกสภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่าเกิดขึ้นใหม่หรือเกิดมานานแล้ว (old or new infarction) (Scirica, 2010)

1.5.5 Exercise stress test (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss) เป็นวิธีการวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจเมื่อโดยออกกำลังกาย เช่น การถีบจักรยาน หรือการวิ่งบนเครื่องวิ่งที่มีสายพาน (Treadmill exercise testing) เป็นข้อบ่งชี้ความสามารถในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจ (functional capacity) หรือภาวะของเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยเปรียบเทียบคลื่นหัวใจในขณะพักและขณะออกกำลังกาย แล้วดูว่ามีอาการเหนื่อยเพียงใด หรือมีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้า

หัวใจอย่างไร เป็นการประเมินความทนในการทำกิจกรรม และประเมินการเต้นหัวใจผิดปกติเมื่อออกกำลังกาย (สุจินดา ริมทอง, 2556)

1.5.6 การสวนหัวใจ (Cardiac catheterization หรือ angiography)

เป็นการตรวจที่เสี่ยงต่ออันตราย (invasive procedure) เพื่อใช้ตรวจและประเมินความรุนแรง รอยโรคของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้าย ความพิการของหัวใจ การวัดความดันของหัวใจ cardiac output และระดับออกซิเจนที่หัวใจ โดยการใส่สายสวนเข้าทางหลอดเลือดแดง femoral artery หรือ radial artery หรือ Brachial artery โดยการฉีดสารทึบแสงผ่านเข้าไปในหลอดเลือดขณะทำการสวนหัวใจ และถ่ายภาพรังสีไว้ ทำการประเมินการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ เป็นการประเมินวินิจฉัยทั้งผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดหัวใจหรือผู้ที่มีอาการเจ็บหน้าอกบ่อย (สุจินดา ริมทอง, 2556)

1.6 การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เป้าหมายในการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (จรรยา ตันติธรรม, 2547) ได้แก่

1. เพื่อลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจโดยการเปิดเส้นเลือด (ด้วยยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ)
2. เพื่อป้องกันและลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน เช่น antiplatelet anticoagulant
3. เพื่อลดปัจจัยกระตุ้น การเกิดโรคซ้ำ ด้วยการพัก ลดความเครียด ควบคุมความดันโลหิต เช่น การให้ยา beta blocker เป็นต้นจัดการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยการให้ยาลดและควบคุม เช่น ยา Cordarone, beta – blocker เป็นต้น เพิ่มการช่วยให้ หลอดเลือดหัวใจขยายตัวด้วยยา เช่น ยา Nitrate, calcium blocker
4. ส่งเสริมการฟื้นหายของหัวใจและชะลอการเกิดโรคเช่น ACEI, statin, Beta Blocker โดยทั่วไปมีแนวทางการรักษา 3 แนวทางดังนี้ (เสาวนีย์ เนาวพานิชย์, 2552) การรักษาด้วยยา (Pharmacologic therapy) การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention) และการรักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft)

1.6.1 การรักษาด้วยยา (Pharmacologic therapy)

ในผู้ป่วย STEMI หรือ new left Bundle Branch Block (LBBB) ที่มีอาการภายในระยะเวลา 12 ชั่วโมงหลังมีอาการ ระยะเวลาที่ดีที่สุดคือใน 3 ชั่วโมง ยาละลายลิ่มเลือดที่นิยม ได้แก่ Streptokinase, t-PA และ Reteplase มีภาวะแทรกซ้อนที่ควรระวังได้แก่ภาวะเลือดออกในสมอง ทำให้ความดันโลหิตต่ำหรือเกิดอาการแพ้ได้ มีการกำหนดตัวชี้วัดการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time) ไม่เกิน 30 นาทีหลังผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุขกรมการแพทย์ สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547) ยาละลายลิ่มเลือดที่นิยมใช้ (จรรยา ตันติธรรม, 2547) ได้แก่

1.6.1.1 ยา streptokinase (SK)

เป็นยาละลายลิ่มเลือดที่สกัดมาจากเชื้อแบคทีเรีย group C beta-hemolytic streptococci ที่มีคุณสมบัติเป็น indirect activator of plasminogen ออกฤทธิ์โดยจับกับ plasminogen ในเลือดเป็น SK plasminogen complex จะกระตุ้น plasminogen ในกระแสเลือด และลิ่มเลือดให้เปลี่ยนเป็น plasmin ทำให้เกิดกระบวนการละลายลิ่มเลือดในร่างกาย มี half-life 18-23 นาที ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ systemic hypocoagulable state ได้นาน 24-36 ชม. (ในระยะเวลาดังกล่าวจึงควรเลี่ยงหัตถการต่างๆเพราะจะทำให้เลือดหยุดยาก) ขนาดของยา 1.5 ล้านยูนิตผสมกับสารน้ำหยดเข้าทางเส้นเลือดดำนาน 1 ชม. หรือฉีดเข้าทางหลอดเลือดแดงโคโรนารีโดยตรง ผลข้างเคียงจากยาคือ อาการแพ้ ความดันโลหิตต่ำ (ระหว่างได้ยานี้ควรหยุดยาขยายหลอดเลือดชนิดอื่นก่อน)สามารถช่วยเปิดเส้นเลือดที่ 90 นาที ราคาถูกหากเทียบกับยาตัวอื่นๆ

1.6.1.2 Tissue plasminogen activator

เป็นยาที่สังเคราะห์จากผนังด้านในสุดของหลอดเลือด (vascular endothelium) สร้างโดยวิธีพันธุวิศวกรรม (Recombinant DNA technology) เป็นเอนไซม์ธรรมชาติจึงไม่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ มีฤทธิ์ละลายลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ จึงไม่ทำให้เกิดเลือดออกที่อวัยวะอื่นๆ ยา t-PA ออกฤทธิ์ โดยการเปลี่ยน plasminogen เป็น plasmin ที่บริเวณผิวของลิ่มเลือดกลายเป็นสารประกอบ t-PA fibrin ซึ่งจะเปลี่ยน plasminogen เป็น plasmin และเกิดการละลายลิ่มเลือดขึ้น มี half-life 3-5 นาที ประสิทธิภาพในการเปิดเส้นที่ 90 นาที ภาวะเลือดออกและความดันโลหิตพบได้น้อยกว่า SK แต่มีโอกาสเส้นเลือดตีบซ้ำได้มากกว่า ต้องให้ยานานถึง 3 ชม. ขนาดเริ่มต้นฉีด 10 มก. ตามด้วย หยดเข้าเส้นเลือด 50 มก. ใน 1 ชม. ตามต่อด้วย 20 มก. หยดต่ออีก 2 ชม. และตามด้วยยา Heparin drip หรือ LMWH

1.6.2 การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention) (เสาวนีย์ เนาวพานิชย์, 2552)

การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention) เป็นหัตถการตกแต่งหลอดเลือดหัวใจ การสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีทางผิวหนังผ่านผิวหนังเข้ารูหลอดเลือดโดยเจาะผ่านผิวหนังแล้วสอดสายสวนชนิดพิเศษเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดที่ตีบนั้น และอาจต้องใช้วัสดุพิเศษเพื่อกำยั้นหลอดเลือดนั้นให้คงสภาพ ไม่ให้หลอดเลือดหดกลับมาใหม่ เช่น stent

จุดมุ่งหมายในการรักษาด้วย Percutaneous Coronary Intervention

1. เพื่อลดอัตราการการเสียชีวิตและการเกิด Recurrence MI
2. เพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก
3. เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตำแหน่งการใส่สาย Femoral artery และ Radial arterial

1. Femoral artery โดยทั่วไปภายหลังการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจเสร็จ แพทย์จะดึงสายตรวจ ท่อนำออกจากหลอดเลือดแล้วกดตรงตำแหน่งที่แทงหลอดเลือด เป็นบริเวณขาหนีบให้เลือดหยุดเป็นเวลา 10 -15 นาที ผู้ป่วยต้องนอนราบที่เตียง ห้ามขยับขาข้างที่แทงหลอดเลือด โดยมีหมอนทรายทับที่บริเวณขาหนีบต่ออีก 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะสามารถพับขา งอขาหรือเดิน หลังจากครบ 4-6 ชั่วโมง ภายหลังการทำการถ่างขยายหลอดเลือด ผู้ป่วยจะได้รับยาป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดขณะทำการรักษา ซึ่งจะทำให้เกิดเลือดออกได้ง่าย โดยเฉพาะจากแผลที่แทงหลอดเลือด ดังนั้น ต้องรออีก 4 ชั่วโมง เพื่อรอให้ยาที่ใช้ในการรักษาหมดฤทธิ์เสียก่อนจึงจะสามารถดึงท่อนำออกและกดแผลได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนที่เตียงไม่ต่ำกว่า 8-12 ชั่วโมง

2. Radial artery การฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดข้อมือ หากสภาพผู้ป่วยเหมาะสมแพทย์สามารถใช้หลอดเลือดแดงที่บริเวณข้อมือเป็นทางเลือก ในการสอดสายตรวจ เพื่อทำการฉีดสีหรือสารนำในการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดแดงที่ใช้คือ หลอดเลือดแดง Radial artery เนื่องจากหลอดเลือดข้อมือ เป็นหลอดเลือดขนาดเล็กและอยู่ตื้น แพทย์สามารถดึงสายสวนและนำท่อนำออกจากหลอดเลือดได้ทันที หลังเสร็จสิ้นการตรวจรักษา ไม่ควรพับข้อมือที่ใช้สวนหัวใจเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมง การสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดข้อมือ พบปัญหาอันตรายต่อหลอดเลือดและการเสียเลือดน้อยกว่าที่ขาหนีบ ข้อจำกัดของวิธีนี้คือขนาดของหลอดเลือดข้อมือมีขนาดเล็กหรือหลอดเลือดมีความคดโค้ง หรือผู้ที่เคยผ่าตัดเส้นเลือดที่แขนและผู้ที่มมีปัญหาของหลอดเลือดส่วนปลายที่แขน

1.6.3 การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

เป็นการเปลี่ยนเส้นทางการไหลเวียนของเลือด โดยผ่านทางหลอดเลือดที่ต่อเข้าไปใหม่โดยผ่าตัดเพื่อให้เลือดที่ผ่านหลอดเลือดโคโรนารีที่เกิดการอุดตัน ผ่านมาทางหลอดเลือดใหม่ หลอดเลือดที่ใช้ในการทำทางเบี่ยงนี้นิยมใช้หลอดเลือดดำ Saphenous และหลอดเลือดแดง internal mammary ข้อบ่งชี้ในการทำได้แก่การเจ็บหน้าอกรื้อรังที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล มีการอุดตันที่ left main coronary artery ซึ่งทำให้การทำงานของ ventricle เสียไป มี unstable angina , acute myocardial infarction, left ventricular failure ที่ทำให้มีภาวะหัวใจวาย การรักษาด้วย PTCA แล้วไม่ได้ผล (สุจินดา ริมทอง, 2556)

1.6.4 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

เป้าหมายในการรักษาด้วยยาเพื่อลดความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้หัวใจได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การใช้ยาเพื่อจะควบคุมและป้องกันอาการเจ็บหน้าอก ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ ยาในกลุ่มในเบตา, Beta – Adrenergic blocking agent, calcium channel blocker และยาด้านเกร็ดเลือด

1.6.4.1 ยาในกลุ่มในเตรท มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดโดยทำให้ smooth muscle ของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงคลายตัว จึงเพิ่มการไหลเวียนเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น อาการเจ็บหน้าอกลดลง รักษาอาการเจ็บหน้าอก โดยการอมไว้ใต้ลิ้น ยาจะออกฤทธิ์ภายใน 30 วินาที เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดจึงมีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการปวดศีรษะได้

1.6.4.2 ยาในกลุ่มปิดกั้นเบต้า Beta – Adrenergic blocking agent ได้แก่ Propranolol, Timolol และ Nalodol ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการยับยั้ง การตอบสนองต่อการกระตุ้น Adrenergic โดยจะไปแย่งจับกับ Adrenergic Receptors โดยไปแย่งจับ Beta -1 receptors ที่พบที่หัวใจ หรือ Beta -2 receptors มีผลให้การเต้นของหัวใจช้าลง จึงต้องเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจที่ช้าลงและการนำกระแสไฟฟ้า AV node ถูกขัดขวาง ภาวะหัวใจล้มเหลว และหลอดเลือดหดเกร็ง

1.6.4.3 ยาในกลุ่ม calcium channel blocker ได้แก่ Nifedipine, Verapamil, Diltiazem และ Amlodipine ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์กั้นไม่ให้ Calcium ion ผ่านเข้า Cellular membrane และ smooth muscle cell ในหลอดเลือดขยายตัว จึงมีผลเพิ่มการไหลเวียนเลือด และออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ลดแรงต้านในหลอดเลือด ลดการทำงานของหัวใจและลดการใช้ ออกซิเจน ลดอาการเจ็บหน้าอกได้ ข้อควรระวังในการใช้ยานี้คือ เฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลงความดันโลหิตต่ำ หัวใจล้มเหลวและอาการบวมที่อวัยวะส่วนปลาย

1.6.4.4 ยาในกลุ่มต้านเกร็ดเลือด ได้แก่ ยา Aspirin เพื่อป้องกันการสร้าง thrombus ที่มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ถ้ากลุ่มเกร็ดเลือดนี้มาก จะอุดตันในหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงทันที และ Clopidogrel ที่ให้ใน Non STEMI เป็นยาที่ไปขัดขวาง Adenosine Diphosphate receptors ป้องกันการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ป้องกันการยุบตัวของหลอดเลือด

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

หลักการพยาบาลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงระยะของการเจ็บป่วย ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยมักจะมีอาการไม่คงที่และอันตรายมาพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการค้นหาเฝ้าระวังอาการที่ไม่ปกติหรือภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้การบำบัดที่ถูกต้อง ทันเหตุการณ์ก่อนที่อาการจะแย่งลง การดูแลระยะนี้ได้แก่ การติดตามการเฝ้าระวัง การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และประเมินสภาพผู้ป่วยทุกๆ (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2556) การให้ความรู้เกี่ยวกับการลดและป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคซ้ำ ป้องกันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (ยี่สุ่น ข่อยพานิชย์, ยศวรรณ นิพัฒน์ศิริผลและสุนัน สุตติ, 2547) หลังจากผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้ว ควรมีการให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพภายหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การฟื้นฟู

สมรรถภาพหัวใจ สามารถเริ่มทำได้หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมงหากไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติใดๆ วัตถุประสงค์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติโดยเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือสามารถประกอบอาชีพของตนได้ มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต แก้ไข และป้องกันการเกิดซ้ำหรือภาวะแทรกซ้อนโดยการสอนหรือให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ช่วยลดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายและลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ (วาสิณี เมธาประภามร, 2547) นอกจากนี้แล้วบทบาทที่สำคัญอีกประการหนึ่งของพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ คือการลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย โดยการรับฟังปัญหาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ความหมายของโรคแล้วมักมีอาการต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะเครียด โกรธ เกลียด กลัว กังวล อารมณ์ซึมเศร้าและรู้สึกว่าคุณชีวิตนี้สิ้นหวัง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

1.8 ผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดภาวะคุกคามแก่ผู้ป่วยครอบครัว สังคมและหน้าที่การงานหรือการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นโรคนีจึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายๆด้าน ดังนี้

1.8.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆมากมาย เกิดเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ร่างกาย ทั้งทางโครงสร้าง การสร้างและการนำไฟฟ้า และการสูบฉีดโลหิต ภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อกจากหัวใจ ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ภาวะหัวใจทะลุ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

1.8.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะของโรคที่ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์คุกคามต่อชีวิต เช่น ผู้ป่วยต้องประสบกับความเจ็บปวดที่รุนแรงจากอาการเจ็บหน้าอก (O'Keefe-McCarthy, 2015) กลัวการเสียชีวิต (Trotter, Gallagher, & Donoghue, 2010) กลัวว่าจะพิการ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต. การลดลงของสมรรถภาพทางกาย (Horowitz, 1986 cited in Bennett et al., 2001) การสูญเสียภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่ลดลง และอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรม ซึ่งมีผลต่อการประกอบอาชีพต้องปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม (ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนากัด, 2013) ทำให้เกิดความวิตกกังวล (O'Keefe-McCarthy, 2015) นอกจากนี้ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบปัจจุบันทันด่วน ไม่ได้มีการคาดการณ์มาก่อน ไม่มีการเตรียมการล่วงหน้า

มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ความตาย รู้สึกสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่าง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการวางแผนเกี่ยวกับอนาคต ทำให้เกิดความเครียดฉับพลันหรือภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ (Horowitz, 1986 cited in Bennett et al., 2001)

1.8.3 ผลกระทบด้านสังคม ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรัง มีการลดลงของสมรรถภาพทางกายจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่ลดลง และอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรม ซึ่งมีผลต่อการประกอบอาชีพต้องปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม (ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนาภัก, 2013)

1.8.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้นส่วนใหญ่เป็นชายซึ่งเป็นวัยแรงงาน การมีข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากภาวะของโรค อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ รวมทั้งโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังต้องเข้ารับการตรวจและติดตามการรักษาทำให้การต้องใช้บริการด้านการแพทย์ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Oxford Textbook of medicine., 2015)

1.8.5 ผลกระทบด้านคุณภาพชีวิต เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคนี้เป็นโรคที่ไม่หายขาด ผู้ป่วยมีโอกาสเผชิญ ภาวะคุกคามจากอาการต่างๆ ทั้งอาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อย อาการหัวใจเต้นผิดจังหวะทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนาภัก, 2013)

2. แนวคิดความเครียด ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

ก่อนจะกล่าวถึงภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ผู้วิจัยจะกล่าวถึงแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง เป็นลำดับ ดังนี้

2.1 ความเครียด

2.1.1 ความหมายของความเครียด

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึงแรงกดดันหรือแรงกระตุ้นต่างๆทั้งภายในและภายนอก ที่มารุกเร้า รุกราม คุกคามหรือทำอันตรายต่อบุคคล มีผลทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ซึ่งปฏิกิริยาโต้ตอบนี้มีได้หลายลักษณะและความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง

Selye (1956 cited in Szabo, Tache, & Somogy 1992) ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึง การตอบสนองที่ไม่จำเพาะเจาะจงของร่างกายต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย หรือเป็นอาการการปรับตัวโดยทั่วไป

Lazarus & Folkman (1984) ได้แบ่งความหมายของความเครียดออกเป็น 2 ประเภทคือ

1) ความหมายด้านการตอบสนองและการกระตุ้นความเครียดคือเหตุการณ์หรือตัวก่อความเครียด ความหมายด้านการตอบสนองความเครียด เป็นการตอบสนองหรือตอบโต้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคาม หรือเป็นความหมายด้านการเป็นตัวก่อความเครียด ได้แก่ ความเป็นอันตราย คุกคาม ความต้องการ ถ้ามีการตอบสนองต่อความเครียดขึ้นแสดงถึงเกิดภาวะความไม่สมดุลขึ้น

2) ความหมายด้านความสัมพันธ์ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมคือ ประสพการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์นั้นทำให้เกิดความต้องการมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

สรุปความหมายของความเครียด หมายถึง สภาวะกดดันหรือการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาคุกคามหรือทำอันตรายต่อบุคคล ทำให้เกิดความไม่สมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

2.1.2 ปัจจัยที่มีผลระดับความเครียด (Jusmin & Trystad , 1979)

2.1.2.1 ความรุนแรงของความเครียด (Severity) หากเหตุการณ์หรือ สิ่งที่ทำให้รู้สึกเครียดมากจะทำให้มีพฤติกรรมแสดงออกที่เบี่ยงเบนจากปกติมาก

2.1.2.2 ระยะเวลาที่เกิดความเครียด (Chronicity) ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานทำให้อารมณ์ถูก กระตุ้นน้อยตลอดเวลาร่างกายและจิตใจจะมีการสนองตอบอย่างต่อเนื่อง บุคคลก็จะรู้สึกว่ามีเครียดมาก

2.1.2.3 การเกิดของความเครียดเป็นไปอย่างไม่คาดฝัน (Unexpectedness) เมื่อจิตใจและอารมณ์ไม่ได้เตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ จะทำให้บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์อย่างรุนแรงกว่าปกติ เช่น การตายของบุคคลใกล้ชิดอย่างกะทันหัน การไม่ได้เตรียมทางด้านจิตใจ ร่างกาย จะถูกกระตุ้นมากทำให้มีความแปรปรวนมากกว่าปกติได้มีอาการนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้

2.1.2.4 ความเคลือบแคลงของสาเหตุความเครียด (Ambiguity) ถ้าเหตุความเครียดนั้นไม่กระจ่างแจ้ง แยกแยะไม่ได้ทำความเข้าใจไม่ได้ความเครียดจะเกิดได้มาก เพราะบุคคลจะรู้สึกทรมานใจแต่อธิบายไม่ได้ว่าเป็นเพราะอะไรและไม่สามารถจะเล่าเหตุการณ์ได้ จึงมีสภาพเหมือนกับ มีเรื่องไม่สบายใจแล้วต้องเก็บกดไว้คนเดียว ไม่ได้เล่าให้คนอื่นฟัง

2.1.3 อาการของผู้ที่มีความเครียด

2.1.3.1 การรับรู้จะเสื่อมลง อาจรับรู้ได้บิดเบือน ผลต่อระดับสติปัญญาคือ สติปัญญาจะเสื่อมลง การแก้ปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ

2.1.3.2 มีความคิดอ่านต่างๆ สับสน คิดวนเวียน ในเรื่องเดิม ความคิดชะงัก สติปัญญาและความสามารถทางด้านสมองลดลง ความจำเสื่อมลง

2.1.3.3 การรวมความสนใจไม่ดีการจำแนกแยกแยะเหตุการณ์ต่างๆ ไม่ดี

2.1.3.4 มีการบิดเบือนการรับรู้ความเป็นจริง เชื่อในสิ่งที่ไม่น่าจะเป็นไปได้เชื่อสิ่งเหนือธรรมชาติซึ่งเป็นความพยายามของบุคคลในการที่จะลดภาวะความเครียด

2.1.3.5 มีความท้อแท้ หมกมุ่นตายอยากในชีวิต

2.1.3.6 มีพฤติกรรมสับสนวุ่นวาย (Disorganization) ถ้าในระดับไม่รุนแรงก็อาจจะ Neurotics และถ้าพฤติกรรมแปรปรวนมากๆ คือ Psychotic ได้ในที่สุด

2.1.4 ผลของความเครียดทำให้เกิดโรคร่างกายและโรคทางจิต

ภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอย่างรวดเร็วและรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างมากมายที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องไม่สงบลงด้วยตัวเอง และเกิดอาการต่างๆ ได้หลายระบบ ได้แก่ ซ้อคทางจิตใจเจ็บเฉย งุนงง สับสน อารมณ์ไม่แจ่มใส ขาดการตอบสนอง อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นในวันแรกๆ อาการตกใจง่ายและหวาดกลัว รู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีก กลัวและหลีกเลี่ยง ไม่กล้าเผชิญกับสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์รุนแรง การตอบสนองต่อความเครียดที่รุนแรง จะเกิดเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมและร่างกาย (พนม เกตุมาน, 2547) และความเรื้อรังเกิดจากความยึดเชื้อของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในตอนแรก (Yehuda & McFarlane, 1995) ร่วมกับความล้มเหลวในการปรับตัว จนนำไปสู่การป่วยเป็นโรค (Horowitz, 1986) โดยภาวะเครียดที่เป็นอยู่นานเรียกว่า Chronic Stress จะมีผลทำให้เกิดความไม่สมดุลของ ระบบฮอร์โมนที่สำคัญของร่างกายฮอร์โมนช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายใน ร่างกายเมื่อร่างกายเกิดภาวะฮอร์โมนไม่สมดุล การทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายก็จะบกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบไหลเวียนโลหิต ให้เกิดความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ผลต่อระบบการสร้างภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย โดยที่ความเครียดจะกดระบบการสร้างภูมิคุ้มกัน ทำให้เจ็บป่วยง่าย

สรุปได้ว่าความเครียดทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจอารมณ์และพฤติกรรม คือ ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวน ความคิดอ่านสับสน ความจำเสื่อม การรับรู้บกพร่องและบิดเบือน ความเครียดเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ พฤติกรรมบ่งบอกความแปรปรวนของจิตใจอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล พฤติกรรมถอยกลับ เศร้า หวาดระวาง ต้องการพึ่งพาบุคคลอื่น ความวิตกกังวลที่สูงๆ และมีอยู่เป็นเวลานานทำให้เกิดโรคประสาทและโรคจิตในที่สุด

2.2 ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ทำศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ซึ่งมีความเหมือนและความแตกต่างกับโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง โดยอธิบายไว้ดังนี้

ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress) หมายถึง แบบแผนการตอบสนองของจิตใจต่อภัยอันตรายที่รุนแรงทุกชนิด เป็นกลุ่มอาการที่ตอบสนองการรับรู้ทางอารมณ์และร่างกายที่รุนแรงจากเหตุภัยอันตรายคือ เป็นเหตุการณ์ที่มีผลให้เกิดความตาย การคุกคาม การ

บาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่รุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการนี้ถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ พยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่ระลึกถึงเหตุการณ์นั้นๆ การทำอารมณ์ให้เฉยชาเพื่อยับยั้งความรู้สึกที่ไม่ดีที่เกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงนั้นหรือไม่อยากจดจำ รวมทั้งการมีภาวะตื่นตัวมากกว่าปกติและทำให้ผ่อนคลายได้ยาก

โรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง หมายถึง ผู้ที่มีอาการเข้าเกณฑ์ของเป็นการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000) ดังนี้

- Criteria A บุคคลหรือพยานผู้พบเห็นเหตุการณ์ / ปฏิบัติการตอบสนองต่อเหตุการณ์ ประกอบด้วย หวาดกลัว รู้สึกหมดหวัง หรือหวาดผวา
- Criteria B 1 ซ้ำขึ้นไป
- Criteria C 3 ซ้ำขึ้นไป
- Criteria D 2 ซ้ำขึ้นไป
- Criteria E โดยมีอาการ (Criteria B, C และ D) ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป
- Criteria F อาการทำให้บุคคลมีความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยยะสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงานหรือด้านอื่นๆบกพร่อง รวมทั้งการที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์

โดยสรุปคือ ความเครียดเป็นการตอบสนองที่ไม่จำเพาะเจาะจงของร่างกาย ต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย หรือสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาคุกคามหรือทำอันตรายต่อบุคคล ทำให้เกิดสภาวะกดดันหรือความไม่สมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ส่วนภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงนั้น สิ่งกระตุ้นมีสาเหตุจากเหตุการณ์รุนแรง (Trauma events) ได้แก่ เหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือทำให้บาดเจ็บรุนแรงและเหตุการณ์ภัยอันตราย (APA, 2000) มีลักษณะเด่นคือ ผู้เผชิญเหตุไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (lack of controllability) การรับรู้ต่อเหตุการณ์เป็นด้านลบ (Perception of the event as negative) และเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน (suddenness) (Carlson & Dalenberg, 2000) รวมถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลทางใจอื่น ๆ (Figley, 2012)

อาการแสดงของความเครียด เป็นผลจากปฏิกิริยาตอบสนองได้หลายลักษณะ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) แต่สำหรับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง จะมีอาการที่เป็นลักษณะเฉพาะที่สำคัญได้แก่ มีความรู้สึกเหมือนเหตุการณ์รุนแรงนั้นหวนกลับมาอีกซ้ำๆ หรืออาจอยู่ในรูปของฝันร้าย (Re-experiencing) หรือความรู้สึกที่มีลักษณะมินๆๆ อาจเฉยเมยหรือไม่สนใจสิ่งแวดล้อมต่างๆ ต่อสิ่งต่างๆรอบตัว และมักหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่ทำให้หวนนึกถึงเหตุการณ์นั้น (Avoidance) ในบางครั้งอาจเกิดอารมณ์พลุ่งพล่าน หวาดกลัว หรือก้าวร้าวอย่างกะทันหัน เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น (Hyperarousal) (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

ระยะเวลาที่เกิดอาการในส่วนของผู้ที่มีความเครียด อาการจะเกิดขึ้นได้ทันทีเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า ส่วนภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นหลังเผชิญเหตุการณ์ 1 เดือนเป็นต้นไป (APA, 2000)

ความแตกต่างระหว่างภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ได้แก่ ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง คือผู้มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเมื่อได้คัดกรองอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงตามเกณฑ์การคัดกรองภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (National Center for PTSD, 2012) ส่วนโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจะต้องมีอาการครบถ้วนตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000)

โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อาศัยกลไกของโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเพื่อมาอธิบายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

แนวคิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงมีประวัติมานานกว่า 10 ปี โดยมีชื่อเรียกต่างๆ เช่น shell shock, traumatic neurosis, rape trauma syndrome และถูกกำหนดครั้งแรกใน DSM –III ในปี 1980 โดย ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ได้ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม anxiety disorder ที่เกิดภายหลังผู้ป่วยเผชิญเหตุการณ์อันตราย ใน DSM-IV ได้กำหนดคำจำกัดความของคำว่า trauma เป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บรุนแรง การถูกคุกคามต่อความตายหรือต่อร่างกายทั้งเป็นผู้ประสบเหตุการณ์ด้วยตนเองหรือทั้งได้พบเห็นเหตุการณ์ ใน ICD -10 จัดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงอยู่ในกลุ่ม Neurotic, stress related and somatoform disorder และใน DSM-V ได้มีการจัดกลุ่มภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงใหม่เป็น Trauma- and stress-Related Disorders โดยเน้นที่เหตุการณ์อันตราย ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยภายหลังเหตุการณ์ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Andrew P. Levin, Stuart B. Kleinman, & John S. Adler, 2014) โดยมีอาการการตอบสนองอันเป็นผลกระทบต่อทั้งความคิด ความทรงจำ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ ก่อให้เกิดการตอบสนองต่างๆตามมาได้แก่ การหวนรำลึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงนั้นซ้ำๆ อาการภาวะตื่นตัวสูง และการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกี่ยวกับเหตุการณ์หรืออารมณ์เฉยชา (Ehlers & Clarks, 2000)

2.3.1 ความหมายของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

Maynard and Torres (1997) ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงหมายถึง แบบแผนการตอบสนองของจิตใจต่อภัยอันตรายที่รุนแรงทุกชนิด เป็นกลุ่มอาการที่ตอบสนองการรับรู้ทางอารมณ์และร่างกายที่รุนแรงจากเหตุอันตราย เป็นเหตุการณ์ที่มีผลให้เกิดความตาย การคุกคาม การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่รุนแรง ปฏิกริยาที่ตอบสนองนั้นๆ ได้แก่ ความกลัวที่รุนแรง รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกหวาดกลัวเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีอาการนี้ถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ พยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่ระลึกถึง

เหตุการณ์นั้นๆ และพยายามที่จะทำอารมณ์ให้เฉยชา เพื่อยับยั้งความรู้สึกที่ดีที่เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ ไม่อยากจดจำผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง จะอยู่ในภาวะตื่นตัวมากกว่าปกติและทำให้ผ่อนคลายได้ยากจากภาวะวิตกกังวล

Ehlers & Clarks (2000) ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ภัยอันตราย เช่น การถูกทำร้าย ภัยพิบัติ การประสบอุบัติเหตุรุนแรง ที่ประกอบด้วยอาการต่างๆ ได้แก่ การหวนรำลึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงนั้นซ้ำๆ (re-experiencing) อาการภาวะตื่นตัวสูง (hyperarousal) และการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ (avoidance) หรืออารมณ์เฉยชา (emotional numbing)

รณชัย คงสกotch (2548) ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุวินาศภัย หมายถึง ความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดขึ้นกับบุคคลหลังเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง หรือตกอยู่ในภาวะกดดันที่มากกว่าจะพบได้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่มักจะเกี่ยวข้องกับความตาย หรือความปลอดภัย เช่น การถูกข่มขืน การถูกจับเป็นตัวประกัน หรืออุบัติเหตุร้ายแรงทั้งจากธรรมชาติและการกระทำของมนุษย์ เช่น แผ่นดินไหว วากระเบิด ซึ่งบุคคลอาจเผชิญเหตุการณ์ด้วยตนเองหรือเป็นพยานรู้เห็นเหตุการณ์นั้น

เวทีนิ สตะเวทีน (2551) ได้ให้ความหมายของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ว่าเป็นกลุ่มอาการที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยมีอาการระลึกถึงเหตุการณ์สะเทือนใจนั้นอย่างต่อเนื่อง มีอาการแสดงถึงการถูกปลุกเร้าเพิ่มขึ้น ทำให้มีความทุกข์ทรมานใจอย่างมีนัยยะสำคัญทางคลินิก หรือทำให้เกิดการเสื่อมหน้าที่ด้านสังคม ด้านอาชีพหรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญของผู้ป่วย

สรุปความหมายของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งทางความคิด ความทรงจำและพฤติกรรม ได้แก่ การหวนรำลึกถึงเหตุการณ์เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นซ้ำๆ เช่น มีความคิดซ้ำๆหรือฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยรู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากเมื่อนึกถึง และการพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งทางการคิดและพฤติกรรม ได้แก่ การมีอารมณ์เฉยชา การมีภาวะตื่นตัวมากกว่าปกติ เช่น ใจสั่น นอนไม่หลับ หายใจลำบาก เมื่อนึกถึงเหตุการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.3.2 แนวคิดทฤษฎีของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

แนวคิดหรือทฤษฎีต่างๆที่อธิบายเกี่ยวกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง มีหลายทฤษฎีด้วยกัน ทั้งทฤษฎีด้านชีววิทยา ทฤษฎีด้านจิตวิทยาและทฤษฎีด้านสังคม เช่น Emotional Processing Theory, Dual Representation theory และ Cognitive Behavior Theory โดยทฤษฎีของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในยุคล่าสุด เป็นการผสมผสานกันระหว่างปัจจัยกระตุ้น การตอบสนอง การแปลความหมายและการประเมินเหตุการณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนทฤษฎีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ดังนี้

2.3.2.1 Neuro Biological Theory

ทฤษฎีด้านชีววิทยานี้เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากการทดลองในสัตว์ที่มีต่อความเครียดและวัดผลด้านชีววิทยา การตอบสนองต่อความเครียดของร่างกายเป็นการทำงานร่วมกันของระบบต่างๆที่สำคัญได้แก่ ประกอบด้วย Hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis และ the locus ceruleus / Norepinephrine-Sympathetic nervous system (LC / NE-SNS) (Pervanidou, 2008) ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวของร่างกายและพฤติกรรมเพื่อความอยู่รอด การที่ร่างกายต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นความเครียดที่รุนแรงหรือเป็นระยะเวลาที่ยาวนานนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ระบบประสาทชีววิทยาที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง(Bremner, 2000; Sherin & Nemeroff, 2011) ได้แก่

1) วงจรการทำงานของสมอง เป็นโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่างๆภายในสมองที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ได้แก่ ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) อะมิกดาลา (Amygdala) มีเดียล พรีฟรอนทอลคอร์เท็กซ์ (Medial prefrontal cortex) คอร์ติซอล (Cortisol) วงจรการทำงานของสมอง (Brain circuitry) ความแปรปรวนของส่วนต่างๆในสมองที่ทำงานร่วมกันในการปรับตัวต่อความเครียดและสภาวะกลัว ได้แก่ Hippocampus amygdala cortical (Anterior cingulate insularและ orbitofrontal) การเปลี่ยนแปลงวงจรการทำงานของสมอง ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

- **Hippocampus** เป็นอวัยวะที่มีหน้าที่ในการเรียนรู้และความจำ มีส่วนที่เกี่ยวกับความทรงจำระยะยาวชนิด Declarative memory ลักษณะที่สำคัญของ Hippocampus ต่อภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง คือ การลดขนาดของ Hippocampus โดยเป็นผลจากการที่ Cortisol สัมผัสโดยตรงกับ Hippocampus ทำให้ความยาวของเซลล์ประสาทใน Hippocampus ลดลงและการสร้างเซลล์ประสาท Hippocampus บกพร่อง ความผิดปกติของ Hippocampus จะส่งผลต่อการหยุดการตอบสนองต่อความเครียดคือ โดยจะทำให้ไม่อาจแยกแยะได้ว่าสิ่งใดเป็นอันตรายหรือไม่ (Extinction of conditioned fear) ดังนั้น จึงมีส่วนที่มีผลให้เกิด ความพร่องต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ พร่องต่อความจำชนิด Declarative memory การขาดหายไปในส่วนบางตอนของความจำในแต่

ละเรื่อง (Fragmentation) เป็นส่วนที่รวบรวมข้อมูลความจำจากจาก Multiple sensory มารวม เป็นหนึ่งเดียวแล้วเก็บไว้ ในขณะที่เดียวกันก็มีส่วนสำคัญต่อการค้นคืนข้อมูลความจำด้วย ความทรงจำ จากเหตุการณ์ย้อนตรายอาจรูล้ำความมีสติรู้ตัว นำไปสู่การเกิดอาการ intrusive memory และ flashback (Bremner, 2000)

- **Amygdala** รูปร่างคล้ายถั่วอลันท์ ตั้งอยู่ที่ส่วนกลางของสมอง (Bremner, 2000) เป็นส่วนโครงสร้างของลิมบิกที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางด้านอารมณ์ การตอบสนองต่อ ความเครียดและอารมณ์ Amygdala มีหน้าที่ในการเรียนรู้และความจำ บทบาทของ Amygdala ได้แก่ การประเมินตรวจจับภาวะคุกคามแล้วเกิดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและการกระตุ้น การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อผ่านทาง HPA -axis ปฏิบัติการทำงานของ amygdala ส่งผลต่อการ เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Sherin & Nemeroff, 2011) มีบทบาทต่อ fear conditioning ใน Amygdala มีเซลล์อยู่หลายชนิดที่มีความแตกต่างทั้งความหนาแน่นและ องค์ประกอบด้านเคมีที่หลากหลาย และเป็นส่วนที่เชื่อมโยงไปยังส่วนอื่นๆเซลล์ประสาทอื่นๆที่อยู่ใน Amygdala ได้แก่

- **The lateral nuclei** เป็นส่วนที่รับข้อมูลนำเข้า เช่น เสียง ภาพ กลิ่น การรับ สัมผัส จาก thalamus และ cortex การถูกรบกวนหรือทำลายในบริเวณนี้จะป้องกันสถานะที่ทำให้ เกิดความกลัว (fear conditioning)

- **The central nucleus** เป็นส่วนของ amygdala ที่ทำหน้าที่ในการสั่งการ จะ ควบคุมการแสดงออกต่อความกลัว ทั้งระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อ และ CE จะสั่งการ ทำงานมายัง locus coeruleus ให้ปล่อย Norepinephrine

- **Median Prefrontal Cortex** มีบทบาทในการยับยั้งการตอบสนองต่อ ความเครียดและอารมณ์ที่มากเกินไป ยับยั้งการตอบสนองต่อความกลัว ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ amygdala การลดการทำงานของสมองในส่วน Median Prefrontal Cortex มีผลต่อการเกิดภาวะ เครียดจากเหตุการณ์รุนแรง และ ในการรักษาผู้ป่วยภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงโดยการให้ SSRI มีผลในด้านการคงไว้ของการทำงานของ Median Prefrontal Cortex (Bremner, 2000)

2) ระบบต่อมไร้ท่อ

ระบบไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) พิทูอิทารี (Pituitary) และต่อมหมวกไต (adrenal gland) เป็นการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อความเครียด ในการหลั่ง cortisol เมื่อเกิด ความเครียดจะมีการกระตุ้น hypothalamus Paraventricular nucleus (PVN) ให้หลั่ง Neuropeptide corticotrophin releasing factor (CRF) เกิดการสังเคราะห์ Adrenocorticotrophic releasing hormone (ACTH) จาก anterior pituitary ไปกระตุ้นให้ต่อม หมวกไตหลั่ง glucocorticoid ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีความสำคัญต่อกระบวนการสลายพลังงาน การ

ทำงานของสมอง การทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน โดย glucocorticoid มีส่วนสำคัญต่อเซลล์ประสาทใน hippocampus โดยมีผลให้ลดความยาวของ dendrites รบกวนการสร้างเซลล์ประสาทในส่วน of hippocampus โดยจะพบว่ามี การลดขนาดของ hippocampus ในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในที่สุด ซึ่งมีผลการศึกษาขนาดของ hippocampus โดยวิธี การตรวจคลื่นสะท้อนแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance Imagine) บทบาทของ glucocorticoid ต่อการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้แก่ รบกวนกระบวนการนึกย้อนถึงภาพเหตุการณ์รุนแรงโดยเป็นตัวที่จะยุติกระบวนการความเครียด ซึ่งผลจาก glucocorticoid อาจช่วยในการป้องกันหรือลดอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ (Sherin & Nemeroff, 2011)

3) สารสื่อประสาท สารสื่อประสาท ได้แก่ catecholamine, serotonin, amino acid, peptide และ opioid ซึ่งจะพบในวงจรการทำงานของสมองโดยมีหน้าที่ร่วมกันในการควบคุมหรือจัดการความเครียดและการตอบสนองต่อความกลัว โดย Catecholamine เป็นสารที่ประกอบ dopamine และ norepinephrine

- **Dopamine** เป็นสารสื่อประสาท ซึ่งเป็นผลจากสภาวะกลัวเมื่อร่างกายเผชิญสภาวะกลัวจะทำให้มีการหลั่ง DA จาก mesolimbic บทบาทของ DA โดยจะควบคุมการทำงานของ HPA axis (Sherin & Nemeroff, 2011)

- **Norepinephrine** เป็นองค์ประกอบสำคัญในการอธิบายพยาธิสภาพของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง สร้างจาก locus caeruleus (ตั้งอยู่ในบริเวณก้านสมอง) และจะกระจายไปยังส่วนต่างๆในสมอง ได้แก่ PFC , amygdala, hippocampus, hypothalamus บทบาทของ Norepinephrine คือ ทำงานร่วมกับ CRH ทำให้เกิด fear conditioning การเข้ารหัสความทรงจำด้านอารมณ์ การเกิดความรู้สึกว่าเหตุการณ์รุนแรงนั้นได้เกิดขึ้นมาอีก (flashback) เกิดการกระตุ้นและเกิดอาการระแวงระวัง และผลสงานการทำงานของต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ ในการตอบสนองต่อความเครียด มีการศึกษาว่าการให้ B -adrenergic receptor antagonist หรือ propranolol ช่วยลดอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ (Sherin & Nemeroff, 2011)

- **Serotonin** เป็นสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญสร้างจากบริเวณ median และ dorsal raphe' ของก้านสมองโดยมีหน้าที่ควบคุมการนอนหลับ การอยากอาหาร พฤติกรรมทางเพศ การทำงานของกล้ามเนื้อ การควบคุมให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล ความก้าวร้าว อารมณ์ซึมเศร้า การเกิดอาการถูกรบกวนทางความคิด Serotonin ทำงานร่วมกับ CRF และ NE ในการตอบสนองต่อความเครียดและอารมณ์ รวมทั้งภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงด้วย โดยมีผลต่ออารมณ์ก้าวร้าว โกรธ ซึมเศร้าและมีความคิดในการทำอัตวินิบาตกรรม (Sherin & Nemeroff, 2011)

- **Opioid** ได้แก่ endorphin 1 และ enkalaphine การแปรปรวนของ endogenous opioid จะส่งผลให้อาการเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงยังคงอยู่ เช่น อาการเฉาอาการ dissociation (การลืมช่วงสำคัญของเหตุการณ์) โดยมีการศึกษาพบว่า การได้รับ Morphine จะลดการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ (Sherin & Nemeroff, 2011)

4) กระบวนการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด

เมื่อเกิดการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก เช่น ภาพ เสียง การสัมผัส เช่น ความปวด จะส่งกระแสประสาทไปยัง thalamus และ cortex ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยัง lateral nucleus ใน amygdala ที่จัดเป็น sensory gateway to amygdala แล้วส่งต่อไปยัง central nucleus ใน amygdala ที่เป็นส่วนควบคุม สั่งการปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งเร้า ได้แก่ การแสดงออกของพฤติกรรม การทำงานของต่อมไร้ท่อ ในการหลั่ง stress hormone และการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยวิธีสั่งการลงมายังอวัยวะปลายทาง ดังนั้นการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดจึงแบ่งออกเป็น 2 ทางได้แก่

- การกระตุ้น Locus ceruleus โดย Central nucleus สั่งการไปยัง Medial peri locus ceruleus dendritic region เป็นผลให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท ได้แก่ Norepinephrine, Dopamine, Serotonin รวมทั้งสาร Monoamine (Rodrigues, LeDoux, & Sapolsky, 2009) Norepinephrine สร้างจาก เซลล์ประสาทใน LC และนอกจากนี้ความเครียดยังไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้กระตุ้นการหลั่ง norepinephrine และ epinephrine จากต่อมหมวกไตส่วน medulla โดย Norepinephrine เป็นองค์ประกอบสำคัญในการอธิบายพยาธิสภาพของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง มีความสำคัญต่อปฏิกิริยาสู้หรือถอยหนี (fight or flight) ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะเตรียมพร้อม โดยมีอาการแสดง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้นหัวใจเต้นเร็ว เหงื่อแตก หน้าซีด คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ หรือเป็นลม (Bremner, 2000) บทบาทของ Norepinephrine ต่อ ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้แก่ การเกิดภาพความทรงจำต่อเหตุการณ์รุนแรง การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่มากเกินไป ผลต่อกระบวนการเข้ารหัสความจำ ทำให้ความทรงจำของเหตุการณ์รุนแรง รวมทั้งความทรงจำด้านอารมณ์จากเหตุการณ์รุนแรงเพิ่มขึ้น จึงเป็นเป็นผลให้ภาพเหตุการณ์รุนแรงชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ (Sherin & Nemeroff, 2011) รวมทั้งมีความรู้สึกที่เหตุการณ์รุนแรงนั้นได้เกิดขึ้นมาอีก (flashback) ไวต่อการกระตุ้น (hyperarousal) และอาการหวาดระแวง (vigilance) (Sherin & Nemeroff, 2011) และผลสานการทำงานของต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ ในการตอบสนองต่อความเครียด มีการศึกษาว่าการให้ B₂-adrenergic receptor antagonist หรือ propranolol ช่วยลดอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ (Sherin & Nemeroff, 2011; (Bremner, 2000)

- การกระตุ้นระบบ HPA axis ทำให้เกิดการหลั่ง cortisol ได้แก่ มีการส่งสัญญาณข้อมูลของสิ่งกระตุ้นความเครียดจาก hypothalamus และ cortex ไปยัง hypothalamus เกิดการหลั่ง corticotrophin releasing hormone ไปกระตุ้น pituitary ให้หลั่ง Adrenocorticotrophic releasing hormone (ACTH) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตและหลั่ง glucocorticoid หรือ cortisol (Bremner, 2000; Rodrigues et al., 2009) ผลของ glucocorticoid โดยทั่วไป ได้แก่ ควบคุมความดันโลหิต การเต้นของหัวใจ กระบวนการสร้างพลังงานของร่างกาย รักษาระดับอินซูลินในร่างกาย (Sherin & Nemeroff, 2011) การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายและการทำงานของระบบสืบพันธุ์ (Bremner, 2000) เป็นต้น และผลของ cortisol ต่อการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง เป็นผลต่อการเรียนรู้และความจำบกพร่องโดย cortisol จะรบกวนประสิทธิภาพความทรงจำชนิด verbal memory ทำให้การค้นคืนความจำได้ยาก (Howard & Crandall, 2007) และทำให้อาการของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเพิ่มขึ้น (Sherin & Nemeroff, 2011) สาเหตุจากการที่ Hippocampus ได้สัมผัสกับ Cortisol โดยตรงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการเสียหายต่อความยาวของเส้นใยประสาท ชนิด dendrite ทำให้การสังเคราะห์หรือการสร้างเซลล์ประสาทใหม่บกพร่อง และขนาดของ Hippocampus เล็กลง โดยจะพบว่าขนาดของ hippocampus ในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงลดลง ที่ยืนยันด้วยการศึกษาขนาดของ hippocampus โดยวิธีการตรวจคลื่นสะท้อนแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance Imagine) (Bremner, 2000; Sherin & Nemeroff, 2011; Yehuda, 2009)

2.3.2.2 Cognitive and Behavior Theory

ทฤษฎีนี้เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญปัญหาและการปรับตัว หลักการสำคัญคือความคิดและสติปัญญาที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายการเผชิญปัญหาและการควบคุมอารมณ์ของบุคคลด้วย (Lazarus & Folkman cited in Maynard & Torres, 1997) ทฤษฎีกล่าวว่าบุคคลที่มีภาวะ ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวหรือตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เมื่อพบเหตุการณ์ที่เข้ามากระตุ้น มักจะพยายามหลีกเลี่ยงความรู้สึกโดยการหลีกเลี่ยง การทำความเข้าใจหรือตีความหมายของเหตุการณ์ที่ไม่สะท้อนความเป็นจริง หากกระบวนการคิดถูกบิดเบือนไปโดยพยายามปรับเปลี่ยนการรับรู้เหตุการณ์ และสมองพยายามจัดการกับข้อมูลที่เกิดขึ้นมากมายจาก trauma จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และเพิกเฉยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (รณชัย คงสกุล, 2548)

2.3.2.3 Emotional Processing Theory

ปัจจัยสัมพันธ์ต่อการเกิด ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง คือความเชื่อก่อนเกิดเหตุการณ์ภัยอันตราย ระหว่างเผชิญภัยอันตรายและภายหลังภัยอันตราย บุคคลที่เปราะบางต่อการเกิด

ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง เป็นบุคคลประเมินมีความเชื่อมั่นเป็นอย่างยิ่งว่าโลกนี้เต็มไปด้วยความปลอดภัย และเมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์อันตรายกลับรู้สึกว่าการโลกนี้ช่างโหดร้าย รวมทั้งเน้นการตอบสนองและพฤติกรรมต่อเหตุการณ์เป็นเชิงลบ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นผู้ขาดความสามารถ โดยขอบเขตของการประเมินเกี่ยวข้องตั้งแต่ช่วงเวลาที่เผชิญกับเหตุการณ์รุนแรง จนกระทั่งถึงอาการที่เกิดต่อเนื่องจากเหตุการณ์รุนแรงนั้น ครอบคลุมการทำกิจกรรมประจำวัน และการตอบสนองด้านอื่นๆ ความเชื่อก่อนเผชิญเหตุการณ์ ความเชื่อระหว่างเผชิญเหตุการณ์รุนแรงเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกขาดความสามารถหรือเป็นอันตราย จะนำไปสู่ ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงแบบเรื้อรัง (Foa et al, 1998 cited in Brewin & Holmes, 2003)

ในด้านความทรงจำ สิ่งเร้า (Stressor) เป็นสิ่งรบกวน Fear network ทำให้การเชื่อมโยงความทรงจำถูกรบกวน ความสามารถในการปรับตัวหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง ขึ้นอยู่กับการประเมินเหตุการณ์เป็นด้านลบ (Negative appraisal of response) และพฤติกรรมที่นำไปสู่การทำให้บุคคลที่เผชิญเหตุการณ์มีมุมมองต่อตนเองเป็นด้านลบ (Negative self-view) ทฤษฎีนี้เน้นว่า เหตุการณ์รุนแรงจะรบกวนกระบวนการรู้คิดทั้งความทรงจำและสมาธิ โดยรูปแบบความกลัวจะเป็นตัวรบกวนกระบวนการรู้คิดแต่ทฤษฎีนี้จะมีข้อจำกัดคือไม่สามารถอธิบายได้ หากผู้เผชิญเหตุการณ์อันตรายไม่มีปัญหาด้านความทรงจำ

2.3.2.4 Dual Representation Theory

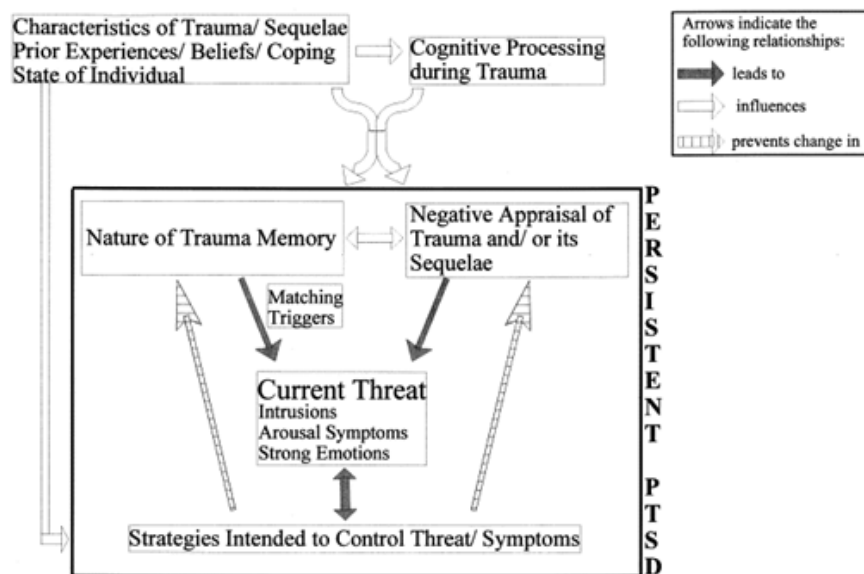
ทฤษฎีนี้จะแตกต่างจากทฤษฎี Emotional processing theory ที่กล่าวถึงระบบความทรงจำที่มีเพียงระบบเดียวแต่ทฤษฎีนี้ กล่าวถึงระบบความทรงจำ 2 ระบบ ได้แก่ VAM system (Verbal Accessible memory) และ SAM (Situational Accessible memory)

VAM system เป็นระบบบันทึกความทรงจำที่มีการรับรู้ในช่วงที่บุคคลอยู่ในช่วงจิตสำนึก (conscious) ก่อน และหลังการเผชิญเหตุการณ์อันตราย เมื่อบุคคลมีการรับรู้เหตุการณ์ เกิดเป็นความทรงจำโดยจะถูกนำไปเก็บโดยอัตโนมัติในระบบความทรงจำอัตโนมัติของบุคคล และสามารถนึกถึงหรือเรียกความทรงจำนี้ออกมาได้เมื่อตั้งใจที่จะระลึกถึง SAM system เป็นความทรงจำในช่วงเกิดเหตุการณ์อันตรายที่จดจำเกี่ยวกับรายละเอียด เช่น เสียง ภาพ การตอบสนองของร่างกาย จะเก็บไว้ในระบบความทรงจำ การหวนกลับมาของเหตุการณ์นั้นทางความคิด จะเกิดขึ้นเองเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเตือนทั้งจากสิ่งกระตุ้นภายนอก (external reminder) สิ่งกระตุ้นภายใน (internal reminder) และความทรงจำด้านอารมณ์ขณะเผชิญเหตุการณ์เท่านั้น (Primary emotion) ไม่รวมถึงความทรงจำภายหลังเหตุการณ์ (Secondary emotion) ทฤษฎีนี้เน้นที่บทบาทของความทรงจำอารมณ์ และการประเมินค่า แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ มีข้อจำกัดที่การไม่สามารถอธิบายภาวะความเฉยชาทางอารมณ์ (Emotion numbing) หรือการลืมนึกช่วงสำคัญของเหตุการณ์ (dissociation) ได้ (Brewin & Holmes, 2003)

2.3.2.5 Cognitive model of Posttraumatic stress disorder

ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองภายหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรงตามธรรมชาติ ผู้เผชิญเหตุการณ์สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เองประเมินหนึ่งเดือน แต่มีบางรายที่ยังไม่อาจทุเลาลงได้ การที่ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงไม่สามารถทุเลาหรือฟื้นสภาพและเกิดเป็นภาวะที่เรื้อรังเนื่องจาก ผู้เผชิญเหตุการณ์ประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นภาวะคุกคาม อันเป็นผลมาจาก 1) การประเมินเหตุการณ์และผลของเหตุการณ์เป็นด้านลบอย่างมาก 2) เกิดการรบกวนความจำ อัดชีวะประวัติของแต่ละบุคคล พฤติกรรมและความคิดในแนวทางที่ไม่เหมาะสมจะทำให้การประเมินเหตุการณ์เป็นลบและความจำในเหตุการณ์รุนแรงยังคงอยู่ แนวคิดนี้อาการหลักของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง การอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและแนวทางในการบำบัดผู้ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Ehlers & Clark, 2000)

ภาวะเครียดจากเหตุการณ์เป็นการตอบสนองของร่างกายภายหลังได้เผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงต่างๆ เช่น การถูกทำร้ายร่างกาย การประสบภัย หรืออุบัติเหตุที่มีความรุนแรง ผู้ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจะมีอาการแสดงต่าง ๆ ดังนี้ มีความรู้สึกที่เหตุการณ์รุนแรงที่เคยผ่านพบเกิดขึ้นมาอีกครั้งโดยไม่ต้องการ มีอาการตื่นตัวมากกว่าปกติ มีอารมณ์เฉยชา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆที่จะทำให้หวนกลับมานึกถึงเหตุการณ์รุนแรงนั้นอีก ผู้ที่เผชิญเหตุการณ์รุนแรงอาจจะปรากฏอาการเหล่านี้ขึ้นได้ทันทีภายหลังจากเหตุการณ์ได้ผ่านไป และสามารถที่จะกลับสู่สภาวะปกติได้ใน 2-3 สัปดาห์หรือ 1 เดือนถัดไป แต่ในบุคคลบางกลุ่มอาการเหล่านี้อาจใช้เวลาเป็นปีจึงจะทุเลาลงได้ และจำเป็นต้องได้รับการรักษา โดยภาวะนี้จะส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาทางด้านสังคม หน้าที่การทำงาน



ภาพที่ 1 แนวคิดการรู้คิดของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

(A cognitive model of posttraumatic stress disorder)

(Ehlers & Clark, 2000)

2.3.2.5.1 บทนำ

ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจัดเป็นความวิตกกังวลผิดปกติภายใต้บริบทของแนวคิดการรู้คิดนี้ ความวิตกกังวลมีสาเหตุมาจากการประเมินที่เกี่ยวข้องกับภาวะคุกคามที่กำลังจะเกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงนี้ก็เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความทรงจำที่มีต่อเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นและสิ้นสุดไปแล้ว การที่ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจะคงอยู่นั้นเป็นเพราะว่าบุคคลประเมินเหตุการณ์และผลจากเหตุการณ์เป็นไปในลักษณะที่คุกคามและตึงเครียด โดยมีประเด็นสำคัญต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงอยู่ 2 กระบวนการด้วยกันคือ

- 1) ความแตกต่างของบุคคลในการประเมินเหตุการณ์และผลของเหตุการณ์เป็นด้านลบ
- 2) ความแตกต่างของบุคคลในการเกิดความทรงจำต่อเหตุการณ์รุนแรงที่เชื่อมโยงไปถึงความทรงจำในอดีตชีวิตของตนเอง

เมื่อเกิดการรับภาวะคุกคามที่ประกอบไปด้วยความคิดถูกรบกวนและเป็นอาการที่เหมือนกับว่าเกิดเหตุการณ์รุนแรงนั้นซ้ำอีก อาการตื่นตัวมากกว่าปกติและมีการตอบสนองด้านอารมณ์ต่างๆ เช่น วิตกกังวล และอาการเหล่านี้เองที่จะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมและการคิดเพื่อลดการรับรู้ภาวะคุกคามและความทุกข์ซึ่งจะดูเหมือนว่าจะได้ผลดีในระยะสั้น แต่ผลที่จะตามมานั้นกลับเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการคิด ซึ่งทำให้อาการของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงยังคงอยู่ โดยมีคำอธิบายดังนี้

2.3.2.5.2 การประเมินเหตุการณ์และ / หรือผลจากเหตุการณ์

ในที่นี้จะกล่าวถึงบุคคลที่ไม่อาจทุเลาจากภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้โดยบุคคลที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจะมองว่าเหตุการณ์รุนแรงไม่มีทางสิ้นสุดลงได้ ทำให้บุคคลเหล่านี้มองภาพรวมอนาคตของตนเองเป็นลบภาวะคุกคามอาจมาจากปัจจัยภายนอก เช่น บุคคลจะมองว่าโลกนี้ช่างเต็มไปด้วยอันตรายหรือจากปัจจัยภายใน เช่น ภาวะคุกคามนี้ที่มีผลการมองตนเองถึงความสามารถหรือการเห็นว่าตนเองสามารถที่จะบรรลุเป้าหมายของชีวิต

1) การประเมินเหตุการณ์รุนแรง บุคคลจะมีวิธีการประเมินเหตุการณ์รุนแรงว่าเป็นภาวะคุกคามได้ในหลายรูปแบบ ประการแรกบุคคลจะประเมินเหตุการณ์รุนแรงและผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงมากเกินไปกว่าความเป็นจริง รวมทั้งความกลัวที่มีต่อเหตุการณ์รุนแรงและการหลีกเลี่ยงสิ่งทีกลัวจะยิ่งทำให้ความกลัวรุนแรงขึ้นกว่าปกติ ตัวอย่างเช่น ผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์พยายามหลีกเลี่ยงการขับรถเนื่องจากเชื่อว่าตนเองอาจจะประสบอุบัติเหตุอีก ประการที่สอง การประเมินค่าความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดในระหว่างเผชิญเหตุการณ์จะให้คุกคามในระยะยาว เช่นผู้หญิงที่เคยถูกรักร้างเราโดยคนรู้จักทำให้ เธอละทิ้งอาชีพนักจิตวิทยาเนื่องจากเธอคิดว่าเธอไม่สามารถในการอ่านใจคนอื่นได้

2) การประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง การประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรงเป็นด้านลบ นำไปสู่การรับรู้ภาวะคุกคามและนำไปสู่การเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงที่เรื้อรัง ได้แก่ การที่บุคคลมีอาการเบื้องต้นของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง การประเมินปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้างภายหลังจากประสบเหตุการณ์และการประเมินผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อด้านอื่นๆของชีวิต เช่น ความเจ็บปวดด้านร่างกาย ผลต่อสภาวะการเงินหรือผลต่ออาชีพการงาน เช่น อาการที่เกิดภายหลังจากที่บุคคลได้เผชิญเหตุการณ์รุนแรง เช่นการเกิดภาพหรือรู้สึกว่เหตุการณ์รุนแรงมาปรากฏให้เห็นอีก การมีอาการแปรปรวนไปจากเดิม การขาดสมาธิ อารมณ์เฉยชา เป็นปฏิกิริยาที่สามารถเกิดขึ้นภายหลังจากเผชิญเหตุการณ์รุนแรงในช่วงสั้นๆ นั้นหากบุคคลที่เผชิญเหตุการณ์พิจารณาว่า อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นกับพวกเขาตลอดไปและเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความผาสุกทั้งทางร่างกายและจิตใจ การประเมินค่าหลายๆแบบที่ทำให้อาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์ยังคงอยู่โดยตรงโดยทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบ (เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้าหรือโกรธ) หรือโดยเป็นการส่งเสริมให้บุคคลใช้กลวิธีการจัดการปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น เชื่อว่าการถูกรบกวนทางความคิด หรือการเกิดภาพหรือรู้สึกว่เหตุการณ์รุนแรงมาปรากฏให้เห็น หมายถึงการที่พวกเขามีการสูญเสียการควบคุมจิตใจตนเอง และเป็นการยากที่จะผลักดันอาการเหล่านี้ออกไปจากจิตใจ แต่โชคร้ายที่การทำเช่นนั้นจะยิ่งเป็นการทำให้อาการการเกิดภาพหรือรู้สึกว่เหตุการณ์รุนแรงมาปรากฏให้เห็นเพิ่มมากขึ้น ความไม่มั่นใจของครอบครัวหรือเพื่อนสนิทว่าจะตอบสนองหรือแสดงท่าทีต่อเหตุการณ์รุนแรง กับผู้เผชิญเหตุการณ์รุนแรงอย่างไร โดยอาจจะ

หลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงเหตุการณ์รุนแรง หรือการที่ผู้เผชิญเหตุการณ์รุนแรงประเมินบุคคลเหล่านั้น ไม่ได้ให้ความสนใจหรือใส่ใจในผู้เผชิญเหตุการณ์ การที่ผู้เผชิญเหตุการณ์รุนแรงรู้สึกแตกต่างหรือแยกตัวจากสังคม เป็นผลโดยตรงให้ผู้เผชิญเหตุการณ์รุนแรงไม่ได้อภิปรายเหตุการณ์ร่วมกับคนอื่นๆ ซึ่งกลับเป็นการลดโอกาสในการรักษาให้อาการทุเลาลง และการป้อนกลับข้อมูลของเหตุการณ์รุนแรงจากบุคคลอื่นๆ จะช่วยแก้ไขมุมมองด้านลบของเหตุการณ์รุนแรงได้ และหากผู้เผชิญเหตุการณ์ไม่ได้รับความสนใจดูแลหรือผู้เผชิญเหตุการณ์ได้รับคำตำหนิจากบุคคลอื่น ผู้เผชิญเหตุการณ์จะไม่สามารถมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆได้ การเกิดผลกระทบกับผู้เผชิญเหตุการณ์ในระยะยาว และในหลายๆ ด้าน เช่น สุขภาพกาย การเงิน ภาพลักษณ์ การงานอาชีพ ทำให้ผู้เผชิญเหตุการณ์รุนแรง มีมุมมองต่อชีวิตเป็นด้านลบหรือเลวร้ายตลอดไป

3) การให้ความหมายและการตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ที่ผู้เผชิญเหตุการณ์รุนแรง ขึ้นอยู่กับการประเมินที่จำเพาะ หากประเมินว่าจะได้รับอันตราย นำไปสู่ความรู้สึกกลัว (เช่น ไม่มีแห่งใดความปลอดภัย) การประเมินว่าจะถูกละเมิดหรือไม่ได้รับความยุติธรรมนำไปสู่ความรู้สึกโกรธ ประเมินว่าต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อเหตุการณ์ไปสู่ความรู้สึกผิด ประเมินว่ามีความสูญเสีย นำไปสู่อารมณ์ความเศร้าเสียใจ โดยผู้เผชิญเหตุการณ์ส่วนใหญ่ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจะมีอารมณ์ด้านลบหลายๆอย่าง นอกจากนี้การตอบสนองทางอารมณ์ยังแตกต่างกันออกไปตามช่วงเวลา เช่นประเมินว่าอาจจะเกิดการสูญเสีย นำไปสู่ความวิตกกังวล และการรับรู้ว่าได้สูญเสียไปแล้วนำไปสู่ความซึมเศร้า

2.3.2.5.3 ความทรงจำในเหตุการณ์รุนแรง

ผู้ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงมีลักษณะของความจำ ได้แก่ ความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงที่สัมพันธ์กับการเกิดความทรงจำที่ไม่ต้องการ คือ เป็นการยากในการตั้งใจที่จะค้นคืนความทรงจำเหตุการณ์รุนแรงได้ทั้งหมด คือความทรงจำที่มีต่อเหตุการณ์จะไม่สมบูรณ์ ไม่ปะติดปะต่อกัน ไม่เป็นขั้นตอน รายละเอียดบางส่วนอาจจะหายไปและเป็นการยากที่จะนึกถึงบริบทข้างเคียงกับเหตุการณ์รุนแรง และอีกด้านหนึ่งคือผู้ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจะรายงานว่ามักเกิดความรู้สึกว่าภาพเหตุการณ์รุนแรงได้ปรากฏขึ้น และจะมีความชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ ทั้งภาพเหตุการณ์และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างเหตุการณ์ และต่อไปนี้เป็น การอธิบายลักษณะของความทรงจำในผู้ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

1) ภาพเหตุการณ์รุนแรงที่ปรากฏขึ้นมานั้นผู้เผชิญเหตุการณ์จะความรู้สึกฝังใจมากกว่าที่จะเป็นความคิด ความรู้สึกฝังใจจะปรากฏในหลายๆแบบ เช่น การรับรู้ทางร่างกาย แต่จะมีความเด่นที่สุดในด้านการเห็นภาพ

2) ความรู้สึกฝังใจในเหตุการณ์รุนแรงเป็นความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้น ณ ปัจจุบันมากกว่าเป็นเพียงความจำเหตุการณ์ในอดีตรวมถึงอารมณ์ด้วย เช่น ชายผู้หนึ่งถูกลักพาตัวและถูกขัง

ในกระท่อม หลังจากได้รับการปล่อยตัว ประสบการณ์ที่น่าหวาดกลัวยังหลอกหลอนเขาอยู่ เขารู้สึกว่าเขาได้ถูกจับและขังไว้ในกระท่อมโดยที่มันไม่ได้เป็นความรู้สึกเหมือนถูกขับไปขัง

3) การเกิดความรู้สึกโดยปราศจากความทรงจำต่อเหตุการณ์หรือไม่มีความทรงจำของเหตุการณ์ ผู้เผชิญเหตุการณ์ บางรายจะมีลักษณะมีความรู้สึกทางร่างกายหรืออารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์รุนแรงโดยที่จำเหตุการณ์รุนแรงไม่ได้

4) การเกิดภาพเห็นการณ์รุนแรงปรากฏขึ้นมา อาจโดยสิ่งกระตุ้นหลายๆอย่างและหลายๆ สถานการณ์ เช่นพบเห็นบุคคลที่มีลักษณะ เช่น รูปร่าง ท่าทาง น้ำเสียงคล้ายๆกับบุคคลที่ทำให้เกิดเหตุการณ์รุนแรง

ลักษณะของการเกิดภาพเหตุการณ์รุนแรงปรากฏขึ้นซ้ำและรูปแบบลักษณะของเด่นของความทรงจำในผู้ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ได้แก่ การค้นคืนความจำได้ยาก เกิดภาพเหตุการณ์รุนแรงปรากฏขึ้นโดยไม่ตั้งใจและชัดเจนขึ้นโดยมีลักษณะที่เป็นเหมือนกำลังเกิดขึ้นเนื่องจากเหตุการณ์ความรุนแรง เป็นการเข้ารหัสความจำและวางไว้ในความทรงจำ

2.3.2.5.4 ความทรงจำต่อเหตุการณ์รุนแรงมีความสัมพันธ์กับการให้ความหมายต่อเหตุการณ์

ความทรงจำต่อเหตุการณ์รุนแรงมีความสัมพันธ์กับการให้ความหมายต่อเหตุการณ์เกิดขึ้น เพราะผู้ป่วยจะนำความทรงจำที่มีอยู่เลือกมาตีความในเรื่องนั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นผู้ป่วยไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์โดยรายละเอียดบางส่วนจะหายไป และยากที่จะระลึกได้แต่ก็มีรายงานว่าผู้ป่วยที่กระตุ้นความทรงจำที่เกี่ยวข้องกับ ความทรงจำเหตุการณ์รุนแรงและการให้ความหมายต่อเหตุการณ์รุนแรงมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันดังจะเห็นได้จากผู้ที่ประสบภัยมักจะให้ความหมายหรือตีความจากเหตุการณ์ ความทรงจำในระหว่างเหตุการณ์เกิดขึ้นซึ่งไม่สามารถจำได้ทั้งหมดก็จะเลือกจำบางเหตุการณ์แล้วนำมาตีความหมาย และผู้ป่วยมักจะเลือกแนวโน้มการตีความไปในทางลบ เช่นผู้ประสบเหตุมักให้ความหมายว่าไม่มีใครสนใจแต่ไม่ได้จำเหตุการณ์ที่คนพยายามช่วยเหลือ ในขณะที่เดียวกันอารมณ์และการอยู่กับปัจจุบัน (Here and now) ของผู้ประสบภัยก็จะเป็นไปในแง่ลบด้วยเช่นกัน เช่นผู้คนส่วนมากที่ประสบเหตุการณ์มักจะรู้สึกโดดเดี่ยวในระหว่างเผชิญเหตุการณ์และมักจะนำความทรงจำนั้นมาให้ความหมายว่าตนไม่สามารถที่จะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ และตนเองต้องตกอยู่ในสภาพเช่นนี้ตลอดไป นอกจากความทรงจำและการให้ความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงผู้เผชิญเหตุการณ์ยังนำไปสู่กระบวนการคิดและพฤติกรรมเป็นไปในทางลบด้วยเช่นกัน

2.3.2.5.5 พฤติกรรมการปรับตัวในทางลบและรูปแบบกระบวนการคิดของผู้ที่

เผชิญเหตุการณ์รุนแรง

เมื่อผู้ประสบเหตุการณ์รุนแรงรู้สึกว่าคุณเองมีอาการที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์รุนแรงนั้นจะพยายามควบคุมอาการ โดยการใช้เผชิญปัญหา (coping) โดยผู้ป่วยจะเลือกใช้วิธีการใดขึ้นอยู่กับทำให้ความหมายต่อเหตุการณ์และผลที่เกิดขึ้นของเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งการใช้พฤติกรรมที่จะพยายามควบคุมอาการต่างๆเป็นผลให้เกิดอาการของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ยังคงอยู่โดยพฤติกรรมที่พยายามควบคุมอาการของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงนั้นมีหลายพฤติกรรม โดยสรุปดังนี้

- การพยายามเก็บความคิดนั้นไว้ในใจ (thought suppression) แต่เมื่อทำพฤติกรรมนั้นนานๆ ก็อาจทำให้ความคิดต่อเหตุการณ์นั้นเพิ่มมากขึ้น การพยายามควบคุมอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง เช่น การพยายามหลีกเลี่ยงฝันร้ายโดยการเข้านอนให้ตึก หรือการตื่นเช้ามากๆ ซึ่งการกระทำแบบนี้ จะเพิ่มอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงให้เพิ่มมากขึ้น เช่น การไม่มีสมาธิ โกรธง่าย หงุดหงิดง่าย และแปลกแยก เลือกลงใจบางเหตุการณ์

- มีพฤติกรรมระแวงระวัง เกิดจากการที่ผู้เผชิญเหตุการณ์รู้สึกไม่ปลอดภัย โดยจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมต่างๆ

- การพยายามไม่นึกถึงเหตุการณ์นั้นๆโดยโดยพยายามเก็บความคิดและอารมณ์เอาไว้ เช่นพยายามทำงานบ้านเพื่อไม่ให้มีเวลาคิด

- การพยายามหลีกเลี่ยงโอกาสที่จะทำให้นึกถึงเหตุการณ์หรือโอกาสที่จะให้ความจำนั้นกลับมา เช่นหลีกเลี่ยงการไปสถานที่เกิดเหตุ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำก่อนเกิดเหตุ

- การคิดซ้ำไปซ้ำมาถึงเหตุการณ์และผลของเหตุการณ์ เช่นการคิดย้อนไปเกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น การคิดตัดสินถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นการทำลายชีวิตตนเป็นเหตุให้อาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง นั้นคงอยู่

- กระบวนการทางความคิดที่มีผลให้ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเรื้อรัง ได้แก่ กระบวนการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ และผลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรง โดยสรุปได้ว่า

- กระบวนการให้ความหมายต่อเหตุการณ์มีผลต่อความเรื้อรังของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง จะได้รับอิทธิพลจากจิตใจที่ท้อแท้ โดยจะให้ความหมายต่อเหตุการณ์ไปในแง่ลบ และมีแต่ความสูญเสีย ความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงจะขึ้นกับระดับมโนภาพ (conceptual) ของผู้ประสบเหตุการณ์และให้ความหมายต่อเหตุการณ์ ซึ่งในระหว่างที่เกิดเหตุการณ์นั้นผู้ประสบเหตุการณ์อาจไม่มีสติพอที่จะตัดสินหรือให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงกระบวนการทางความคิดของผู้ประสบเหตุการณ์จะมีปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1) ลักษณะของเหตุการณ์รุนแรง เช่น ระยะเวลา การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ประสบเหตุ
- 2) ประสบการณ์เดิมของผู้ประสบเหตุ
- 3) ระดับสติปัญญาของผู้ประสบเหตุ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับระดับมโนภาพของผู้ประสบเหตุ
- 4) ความเชื่อเดิมของผู้ประสบเหตุ เช่น เชื่อว่าไม่มีใครมาทำร้ายตนเองได้ แต่เมื่อเป็นผู้ประสบเหตุจะไม่สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้
- 5) สภาพของผู้ประสบเหตุ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์

2.3.2.5.6 กระบวนการทางความคิดระหว่างเผชิญเหตุการณ์รุนแรง (Cognitive processing during trauma) ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดและภาวะคุกคาม เช่นกัน

1) กระบวนการทางความคิดที่มีอิทธิพลต่อการให้ความหมายเหตุการณ์ เช่น การไม่สามารถควบคุมจิตใจตนเอง หรือมีอำนาจเหนือจิตใจตนเองได้ (mental defeat) ทำให้รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสูญเสียตลอดไป

2) กระบวนการทางความคิดที่มีอิทธิพลต่อความทรงจำ เกิดจากกระบวนการในการสร้างมโนภาพของเหตุการณ์ (conceptualization) แล้วจัดเรียงเข้าสู่ระบบความทรงจำ (Data driving processing) โดยการเก็บเป็นรหัสข้อมูล (Encode) การเก็บข้อมูลที่เป็นระเบียบและมโนภาพของเหตุการณ์ที่ชัดเจน ทำให้ทำให้สามารถระลึกถึงบางสิ่งที่ต้องการนึกให้ออกได้ อาการ dissociation และ numbing จะขัดขวาง การจัดเรียงข้อมูล มโนภาพเข้าสู่ระบบความทรงจำ

2.4 อาการและอาการแสดงของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

อาการและอาการแสดงของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มอาการดังนี้

2.4.1 อาการทวนรำลึกถึงเหตุการณ์รุนแรง (Re-experiencing)

เป็นอาการของผู้ที่รอดจากเหตุการณ์รุนแรงไม่สามารถปลดปล่อยความคิดจากเหตุการณ์นั้น ภาพความรุนแรงยังทวนกลับมาในความคิดอย่างไม่ได้ตั้งใจในรูปแบบของมโนภาพ (image) ความทรงจำที่ไม่พึงปรารถนา (Unwanted memory) ฝันร้าย (nightmare) ไม่สามารถควบคุมการเกิดอาการได้ มีความทุกข์ทรมานจิตใจอย่างรุนแรงเมื่อพบสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น การทวนคิดถึงเหตุการณ์นั้นมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการทางกาย เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น หายใจสั้น และหวาดวิตกเมื่อคิดถึงอาการนั้น อาการเหล่านี้ เรียกว่า Intrusive หรือ Re-experience

2.4.2 การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ (Avoiding symptoms)

ผู้ป่วยพยายามที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้นึกถึง เหตุการณ์เหล่านั้นตัวอย่างเช่น ผู้รอดจากเหตุการณ์ที่กระทบอารมณ์อย่างรุนแรงจะหลีกเลี่ยง บุคคล สถานที่หรือสิ่งกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น โดยไม่สนใจ ไม่ดู หรือไม่อ่านสิ่งเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นในอดีต โดยพฤติกรรม

นี้จะส่งผลกระทบต่อที่สำคัญ เช่นผู้หญิงที่ถูกปล้นบนรถ เมื่อต้องขึ้นรถ เธอจะนึกถึงเหตุการณ์นั้นทุกครั้ง หากเธอมีอาชีพขับรถจะส่งผลต่ออาชีพของเธอ รูปแบบพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงอีกรูปแบบหนึ่งคือ ความรู้สึกเฉยชา (numbing) หรือการไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม เช่น เหี่ยวที่ถูกข่มขืนจะไม่มีอารมณ์ตอบสนองทางเพศต่อสามีของตนเองเนื่องจากกลัวการมีเพศสัมพันธ์ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ให้นึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้แก่ ความพยายามหลีกเลี่ยง การคิด ความรู้สึกหรือพูดถึงต่อเหตุการณ์ กิจกรรมสถานที่ บุคคล การไม่สามารถนึกถึงช่วงสำคัญของเหตุการณ์นั้น ความรู้สึกในการเข้าร่วม กิจกรรมสำคัญต่าง ๆ ลดลง ความรู้สึกแยกตัวหรือห่างเหินจากผู้อื่น การจำกัดการแสดงออก (เช่น ไม่สามารถรู้สึกถึงความรัก) ความรู้สึกที่ไม่มีอนาคต (เช่น ไม่คาดหวังในอาชีพ การงาน การแต่งงาน การมีครอบครัว หรือการมีอายุยืนยาว) กลุ่มอาการนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ การหลีกเลี่ยงอย่างแท้จริง (actual avoidance) และความเฉยชาต่อการสนองตอบทั่วไป (numbing to general responsiveness) กลุ่มอาการเหล่านี้ความสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อการตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดแบบ fight and flight

2.4.3 อาการภาวะตื่นตัวสูง (Hyperarousal symptoms)

ผู้ที่รอดจากเหตุการณ์รุนแรงมักมีความผิดปกติทางสรีรวิทยา โดยมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ และหวาดระแวงตลอดเวลา กลุ่มอาการนี้เรียกว่า Hyperarousal ซึ่งประกอบด้วย มีปัญหาการนอนหลับหรือไม่สามารถนอนหลับได้นาน มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โหม่งง่าย ไม่มีสมาธิ มีอาการหวาดระแวง (Hypervigilance) มีอาการตกใจกลัวเกินความเป็นจริง

2.5 การรักษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (รณชัย คงสกุล, 2548)

ในการรักษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ต้องคำนึงถึงเป้าหมาย 2 ประการที่สำคัญคือ เป้าหมายในการรักษา คือการลดอาการทางกายและพฤติกรรม รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ดีขึ้น เป้าหมายที่สองคือการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์ สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ดังนี้

2.5.1 การจัดกลุ่มและเลือกวิธีการรักษา

2.5.1.1 การรักษาเริ่มแรกแนะนำให้ใช้การทำจิตบำบัด และการใช้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณีที่ผู้ป่วยเป็นเรื้อรังและมีอาการมาก โดยมักเริ่มจิตบำบัดเป็นอันดับแรกแต่ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาด้วยยาจะใช้วิธีร่วมกันทั้งสองแบบ

2.5.1.2 แนวทางการรักษาเมื่อมีโรคร่วมอื่น (comorbidity) แนะนำให้ใช้ทั้งการทำจิตบำบัดและการใช้ยาตั้งแต่แรกเริ่มเลยและถ้ามีเรื่องการใช้สารเสพติด ก็อาจรักษาการติดยาก่อนก็ได้เพราะถ้าทิ้งไว้การรักษาจะยากขึ้น ระยะเวลาในการรักษา ช่วงแรก (3 เดือนแรกหรือจนกว่าอาการจะคงที่) แนะนำให้ทำจิตบำบัดสัปดาห์ละครั้งแบบตัวต่อตัว ครั้งละประมาณ 60 นาทีและการให้ยาให้สัปดาห์ละครั้งในช่วงเดือนแรกหลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นทุก 2 สัปดาห์

2.5.1.3 แนวทางการเลือกทำจิตบำบัด จิตบำบัดสำหรับอาการเฉพาะ เป็นจิตบำบัดที่ใช้มากและมีประโยชน์ที่สุด ได้แก่ Exposure therapy, Cognitive therapy และ anxiety management ส่วน Psycho - educational therapy จะเป็นทางเลือกรองขึ้นอยู่กับผู้เชี่ยวชาญนั้น ในเด็กใช้ play therapy จิตบำบัดสำหรับ PTSD ที่มีโรคร่วม แนะนำให้ใช้ cognitive therapy เมื่อ PTSD ร่วมกับปัญหาด้านอารมณ์หรือความวิตกกังวล หรือ Cluster B personality disorder ร่วมด้วย แนะนำให้ใช้ anxiety management เมื่อมี anxiety ร่วมกับ PTSD หรือมีปัญหาการติดสารเสพติด และอาจใช้ exposure therapy ใน anxiety disorder ด้วย เลือกชนิดจิตบำบัดโดยพิจารณาอายุผู้ป่วย เช่น Play therapy มีประโยชน์ในเด็กเล็ก และอาจใช้ร่วมกับวัยรุ่น สำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุใช้ Exposure therapy เลือกจิตบำบัดโดยพิจารณาประสิทธิภาพความปลอดภัย การยอมรับ และประสิทธิผล การบำบัดที่ใช้ได้กับ trauma ทุกชนิดคือ cognitive therapy , exposure therapy และ anxiety management ระยะเวลาที่ใช้ในการทำจิตบำบัด สำหรับ PTSD แบบเฉียบพลันใช้เวลา 3 เดือน และ Booster session ทุก 2-4 สัปดาห์ และกรณี PTSD แบบเรื้อรัง ใช้เวลา 6 เดือนและ Booster session ทุก 2-4 สัปดาห์ ในช่วงหลังอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความต้องการ และอาการที่ยังมีข้อบ่งชี้คือ สิ่งกระตุ้นในชีวิตประจำวัน ความช่วยเหลือทางสังคมต่ำ มีประวัติฆ่าตัวตายในอดีต มีประวัติความรุนแรง อาการบางอย่างยังคงอยู่ยาวนานเป็นเดือน เมื่อมีอาการไม่สามารถควบคุมตนเองได้หรือมีโรคร่วมทั้ง Axis I

2.6 การประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

เครื่องมือในการประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง มีหลายชนิด ได้แก่ การประเมินตนเอง (Self-report) เช่น Impact Event scale (IES), Posttraumatic stress symptom scale – self report version (PSS-SR), The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS), The Posttraumatic stress -Disorder checklist (PCL) และแบบสัมภาษณ์ (Structural interview) เช่น Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I (SCID-R) , Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) ซึ่งการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างทดสอบโดยจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาที่ผ่านการอบรม

2.6.1 Impact Event scale (IES) ประกอบด้วย 15 ข้อถาม สร้างครั้งแรกโดย Horowitz และคณะ (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) เป็นการวัดการตอบสนองต่อเหตุการณ์ตึงเครียด ประกอบด้วยการวัดอาการของ ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง 2 ด้านได้แก่ การรบกวนทางความคิด (Intrusive cognition) และการพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเตือนใจ (Avoidance) ซึ่งจะประเมินความถี่ของอาการและประเมินอาการที่เกิดในช่วง 7 วันที่ผ่าน คะแนนอยู่ในช่วง 0-75

2.6.2 Posttraumatic stress symptom scale – self report version (PSS-SR) สร้างโดย Foa และคณะ (Foa, Cashman, Lisa, & Kevin, 1997) ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม ระบุความถี่ของอาการ ระดับคะแนน 0-3 (ไม่มีอาการเลย ถึง มีอาการตั้งแต่ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป) ข้อความคล้ายตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV ทั้ง 3 ด้านคือ Intrusion, Avoidance และ arousal มีความไว 62% และ ความจำเพาะ 100% เกณฑ์การวินิจฉัยมีอาการอย่างน้อย 1-2 ข้อของ intrusions, 3 ข้อ Avoidance และ 3 ข้อ ของ Arousal

2.6.3 The Posttraumatic Stress Disorder -checklist (PCL) สร้างโดย Weathers และคณะ (1993) เครื่องมือประเมิน PCL นี้มีการพัฒนาให้มี 3 version คือ The Posttraumatic Stress Disorder checklist Civilian Version (PCL-C) , The Posttraumatic Stress Disorder checklist Military version (PCL –M) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการมีอาการ อันมีสาเหตุมาจากเหตุการณ์สงครามหรือในกลุ่มทหารและ The Posttraumatic Stress Disorder checklist Specific version (PCL –S) ข้อคำถามสามารถระบุประเภทของเหตุการณ์รุนแรงได้ แต่ละ Version ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อเท่ากันและประเมินอาการที่เกิดในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ตาม DSM-IV-TR ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ 1 ไม่มีอาการเลย ถึง 5 รบกวนมากที่สุด มีคะแนนตั้งแต่ 17 -85 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 36 คะแนนขึ้นไปเป็นผู้ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (National center for PTSD, 2012)

สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ PCL – S เนื่องจากเครื่องมือนี้มีความสอดคล้องกับความหมายของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือเป็นการรับรู้ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และมีประสิทธิภาพในการประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ซึ่งมีประโยชน์ในการนำไปประเมินผลคนที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (ผดุงเกียรติ เขาวนกระสินธุ์ และคณะ, 2554) โดย McPherson (1998) ได้ศึกษาเรื่องภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 56 คน ใช้เครื่องมือ PCL-S ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 เครื่องมือนี้จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.7 ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เหตุการณ์รุนแรงหมายถึงเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือทำให้บาดเจ็บรุนแรง (APA, 2000) มีลักษณะเด่นสำคัญ 3 ประการคือ ผู้เผชิญเหตุการณ์รับรู้ว่าจะไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (lack of controllability) มีการรับรู้ต่อเหตุการณ์เป็นด้านลบ (Perception of the event as negative) และเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน (suddenness) (Carlson & Dalenberg, 2000) นอกจากนี้ยังหมายถึงการเผชิญหรือการประสบกับเหตุการณ์ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้ง

ทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เป็นการรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อความปลอดภัยหรือความรู้สึกมั่นคง เหตุการณ์รุนแรงมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้ในหลายรูปแบบเช่น การย้ายที่อยู่ใหม่ การจากไปหรือการตายของบุคคลที่ใกล้ชิด การหย่าร้าง การได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การได้รับบาดเจ็บ ประสบภาวะสงคราม ภัยธรรมชาติ การถูกทอดทิ้ง การแยกจากครอบครัว พ่อแม่ หรือการได้รับความเจ็บปวด

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจัดเป็นเหตุการณ์ภัยอันตรายหรือเหตุการณ์รุนแรงอย่างหนึ่ง ที่แตกต่างจากเหตุการณ์ภัยอันตรายอื่นๆ เช่น การประสบกับภัยธรรมชาติหรือสงคราม ที่เหตุการณ์รุนแรงนั้นจะเกิดขึ้นและสิ้นสุดลงไปแล้ว (Wikman, 2009) แต่เหตุการณ์ภัยอันตรายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรค เนื่องจากลักษณะของโรคเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต การคุกคามยังคงเกิดขึ้นได้ซ้ำๆ ได้ นับตั้งแต่การมีอาการเจ็บหน้าอก การที่ผู้ป่วยได้รับฟังคำวินิจฉัยโรคจากแพทย์หรือการพยากรณ์โรค (Lazarus & Folkman, 1984) กระบวนการรักษา กระบวนการวินิจฉัยโรค เช่น การทำหัตถการ การสวนหัวใจ หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อควบคุมโรค การต้องเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การรักษาโรคในระยะยาว เป็นต้น (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2009; Alonzo et al, 1998) ผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความคุกคาม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ต่างๆตามมา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล และความสิ้นหวัง (Bennett et al, 1996; Alonzo et al, 1998) อารมณ์ด้านลบจะส่งผลต่อการปรับตัว การเลือกวิธีการเผชิญปัญหา ซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Folkman & Lazarus, 1998) ทำให้อาการของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงนั้นยังคงอยู่ (Ehlers & Clarks, 2000)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเปรียบเสมือนเป็นเหตุการณ์รุนแรง และทำให้เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Angelo & Reynolds, 1998; Alonzo, 2000) ดังนี้

1) Primary trauma หรือระยะแรกของเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงโรค ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก อาการรบกวนทางเดินอาหาร หายใจลำบาก ปวดศีรษะ วิงเวียน อาการความไม่คงที่ของหัวใจ เหนื่อยอ่อน วิตกกังวล ความดันโลหิตต่ำ ภาวะช็อกจากหัวใจวาย ซึ่งจะกระตุ้นระบบ Vaso vagal response ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยาและด้านจิตใจ ซึ่งจะทำให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่างๆตามมาทันทีหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น รู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองและสถานการณ์ และความคาดหวังในอนาคต และการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การทำหัตถการที่มีการใส่สายสวนต่างๆเข้าสู่ร่างกาย การผ่าตัดทางเบี่ยงหัวใจ การใส่เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ การฉีดยา การวินิจฉัยโรค เช่น การเดินสายพาน ผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต

2) Secondary trauma เป็นภาวะคุกคามที่เกิดต่อเนื่องจากระยะแรก ได้แก่ การเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การเปลี่ยนงานและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ

3) Tertiary trauma เป็นปัญหาความยุ่งยากใจอื่นๆ ที่สะสมเรื่อยมาหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพในระยะยาว

2.8 อาการและอาการแสดงผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Tulloch et al., 2015) มีดังนี้

2.8.1 อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์ (Re-experiencing) เป็นอาการที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไม่สามารถปลดปล่อยความคิดจากภาพเหตุการณ์ร้ายแรงได้ ภาพความรุนแรงยังคงวนกลับคืนมาในความคิดอย่างไม่ตั้งใจ ในรูปของมโนภาพ ความทรงจำที่ไม่พึงปรารถนา หรือฝันร้าย โดยผู้ป่วยจะหวนรำลึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงของโรคหัวใจ เช่น การได้รับการช็อกหัวใจ เพื่อกู้ชีพ ความฝันถึงเหตุการณ์หัวใจหยุดเต้น ภาพเหตุการณ์ที่ตนได้รับการรักษา การทำหัตถการ การผ่าตัด เป็นต้น

2.8.2 อาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับอาการของโรค การรักษาหรือสถานที่ที่เกี่ยวข้อง คือการที่ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยง ความทรงจำที่เลวร้าย ผู้ป่วยเลือกที่จะหลีกเลี่ยงบุคคล สถานที่ที่จะกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงนั้น เช่น หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้นึกถึงขณะเกิดอาการโรคหัวใจ เช่น หลีกเลี่ยงการมาโรงพยาบาล การรับประทานยารักษาโรคหัวใจ สถานการณ์ที่ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น

2.8.3 ภาวะตื่นตัวสูง โดยผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางสรีรวิทยา เช่นมีปัญหาการนอนหลับ หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ และหวาดระแวง ผู้ป่วยจะมีอาการหัวใจเต้นเร็ว อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ได้แก่

พันธุกรรม ความแตกต่างระหว่าง neurobiological system ที่มีผลต่อการตอบสนองต่อความเครียดหรือต่อเหตุการณ์รุนแรง เช่น ความแตกต่างในขนาดของ hippocampus หรือ การทำงานของ amygdala ที่มากเกินไปของแต่ละพันธุกรรม การ DA transmission, การเคลื่อนย้ายของ

serotonin, การมีเอ็นส์ของบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวง่าย (neurotism) แอบแฝง Glucocorticoid receptor

เพศ เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ปัจจุบันนี้ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน และมักจะพบว่าเหตุการณ์รุนแรงที่พบในเพศหญิงและเพศชายเป็นคนละชนิดกัน เช่น เหตุการณ์รุนแรงที่พบในเพศหญิง และระดับความรุนแรงที่ได้รับ แต่พบว่า การตอบสนองต่อความเครียดของ neurobiological system ในเพศหญิงและชายแตกต่างกัน โดยเพศหญิงจะมีการตอบสนองต่อความเครียดที่มากกว่าเพศชายทั้ง ระยะเวลาการตอบสนอง และระดับความรุนแรงในการตอบสนองต่อความเครียดที่มากกว่าเพศชาย ฮอร์โมนเอสโตรเจน ในเพศหญิง จะทำปฏิกิริยากับสารสื่อประสาท ที่มีผลต่อการตอบสนองต่อความเครียด และรวมทั้งผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงที่มีแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงด้วย

ปัจจัยด้านอายุ การประสบกับเหตุการณ์รุนแรงตั้งแต่ในช่วงอายุน้อย มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง โดยพบว่าการเผชิญความเครียดตั้งแต่อายุในครรภ์ หรือในวัยเด็ก ส่งผลต่อการตอบสนองความเครียดในระยะต่อมา โดยส่งผลต่อการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการของ neurobiological systems การไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากมารดาในวัยเด็ก หรือการมีประวัติได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเปราะบางของระบบประสาทชีววิทยาที่มีความอ่อนไหวต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

ด้านการได้รับบาดเจ็บทางร่างกายและระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ การได้รับบาดเจ็บทางร่างกายมักเกิดควบคู่กับความรู้สึกบาดเจ็บทางด้านจิตใจ ที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ถึง 2 เท่า ทั้งจากการสูญเสียหน้าที่การทำงานในระบบประสาทโดยตรง เช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บทางสมอง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง สารสื่อประสาทหรือสารเคมีในสมอง หรือการบาดเจ็บมีผลให้ความพิการหรือขาดสมรรถภาพที่จะดูแลตนเอง แล้วที่ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง

ความรุนแรงของเหตุการณ์ เหตุการณ์รุนแรงที่มีระดับความรุนแรงสูงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้มากกว่าในกลุ่มที่เผชิญเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงต่ำ โดยพบความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้รอดชีวิตจากเหตุสงครามสูงกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000) โดยพบว่าความชุกของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันเฉียบพลัน (ความชุกร้อยละ 19-38) มีความชุกสูงกว่าในกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ความชุกร้อยละ 0 – 22) (Spindler & Pedersen, 2005)

การมีประวัติเคยเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงมาก่อน จากการศึกษาของ Bargai และคณะ (2007) พบว่า ผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงหลังถูกทำร้ายร่างกายมีประวัติการถูกทำร้ายร่างกายเมื่อครั้งเป็นเด็ก

ปัจจัยด้านการรู้คิดและอารมณ์ ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงมีปัญหาคือเน้นไปที่บทบาทของความทรงจำในการเกิดขึ้นและการคงอยู่ของอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงระหว่างและภายหลังเหตุการณ์รุนแรง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านการทำงานของความทรงจำ ซึ่งอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงด้านความทรงจำ ได้แก่ การมีภาพเหตุการณ์รุนแรงหรือการนึกถึงภาพเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ตั้งใจ อาการรู้สึกเหมือนกำลังอยู่ในเหตุการณ์รุนแรงนั้นอีก การลืมรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรง ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การมีสติปัญญาต่ำ (Brewin & Holmes, 2003; Ehlers & Clark, 2000) การเลือกจดจำรายละเอียดบางอย่าง (Attention Bias หรือ Selection to bias) (Ehlers & Clark, 2000)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัวและการสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์แนวคิดการรู้คิดของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนี้

3.1 การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก

3.1.1 ความหมายของอาการเจ็บหน้าอก

อาการเจ็บหน้าอก หมายถึงอาการเจ็บแน่นหรืออึดอัดหรือไม่สุขสบายบริเวณหน้าอก ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกคล้ายแบบแองเจน่าแต่มีความรุนแรงและระยะเวลานานกว่า ผู้ป่วยจะรายงานตนเองว่าอาการเจ็บหน้าอกแบบเจ็บเหมือนถูกบีบหรือถูกแทง เหมือนมีของหนักๆมาทับหรือรัดบริเวณกลางหน้าอกกลางกระดูกหรือเจ็บบริเวณหัวใจ อาจมีอาการร้าวไปที่คอ กราม ไหล่ทั้งสองข้าง ปวดเมื่อยหัวไหล่หรือกราม หรือจุกลิ้นปี่ โดยอาการเจ็บหน้าอกเป็นผลจากการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (จรรยา ตันติธรรม, 2547) (จรรยา ตันติธรรม, 2547) เป็นมากหากออกกำลังกายหรือออกแรง ในกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาการเจ็บหน้าอกต้องรุนแรงและนานกว่า 20 นาทีหรือมียาได้ลิ้นแล้วไม่ได้ผล (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557)

3.1.2 สาเหตุของอาการเจ็บหน้าอก

อาการเจ็บหน้าอกเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจ ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอกับความต้องการ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนที่ใช้ในกระบวนการ metabolism ให้มีการหลั่งสารเคมีต่าง ๆ เช่น Kinin, Bradykinin, adenosine ไปกระตุ้นปลาย

ประสาทรับความรู้สึกตรงผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี และกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดและส่งผ่านไป Cardiac plexuses ไปตาม Cervical และ Thoracic Spinal Segment โดยส่งผ่านทาง Substantia Gelatinosa (SG) และ T-cell ส่งกระแสประสาทเข้าสู่สมองส่วน Thalamus และ Cortex เกิดการรับรู้และแปลความรู้สึกต่าง ๆ คือ ความรู้สึกไม่สบาย ปวดแน่นในทรวงอกเป็นแนวกว้างตามแขนของเส้นประสาทสันหลัง ตั้งแต่ระดับทรวงอกลงไปถึงบริเวณท้อง และอาจมีอาการร้าวไปที่บริเวณไหล่ หรือต้นแขนด้านในซึ่งเป็นบริเวณที่มีปลายประสาทรับความรู้สึกที่ผิวของร่างกาย (somatic pain) และระดับ C8 ถึง T2 (อยู่ใต้ rib 2 ลงมา) ซึ่งจะเป็นระดับเดียวกันกับปลายประสาทรับความรู้สึกจากกล้ามเนื้อหัวใจ หรือเยื่อหัวใจ (visceral pain) เข้าสู่สมองส่วนกลาง แปลความรู้สึกผ่านผิวหนังที่เรียกว่า Refer pain ทั้งนี้การรับรู้ถึงความปวดจะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ (จริยา ตันติธรรม, 2547)

3.1.3 ลักษณะและผลลัพธ์จากอาการเจ็บหน้าอก

ลักษณะของอาการเจ็บหน้าอกผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีอาการแสดงที่สำคัญคือ ลักษณะของอาการเจ็บหน้าอกโดยเจ็บเหมือนถูกบีบหรือมีของหนักทับ ร่วมกับมีอาการช็อก ซีด เหงื่อออกเป็นลม ความดันโลหิตต่ำลงอย่างรวดเร็ว บางรายอาจไม่รู้สึกตัว อาจมีอาการหอบเหนื่อย เขียว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ผู้ป่วยจะรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวดได้มากถึงระดับสูงสุดของชีวิตโดยรายงานว่ามีระดับความปวดที่รุนแรงที่สุด คือ 10 คะแนน ร่วมกับความรู้สึกว่าตนเองกำลังจะตาย (จริยา ตันติธรรม, 2546) และลักษณะของเหตุการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบปัจจุบันทันด่วนหรือเกิดขึ้นในเพียงไม่กี่นาที ไม่ได้มีการคาดการณ์มาก่อน และมีภาวะคุกคามต่อชีวิตและความตาย (Horowitz, 1986 อ้างถึงใน Bennette et al., 2001) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจัดเป็น เหตุการณ์รุนแรง โดยมีการตอบสนองของร่างกายและอารมณ์ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ทำให้หายใจไม่ออก ไม่มีแรง ผู้ป่วยจะมีความทรมาณ กลัวตายคนเดียว กลัวไม่มีคนช่วยเหลือ และอาจเสียชีวิตได้ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541) อาการเจ็บหน้าอกจะไปกระตุ้น Vaso vagal response ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านทั้งด้านจิตใจและการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย เกิดเป็นอารมณ์ ต่างๆตามมา เช่น ความกลัว ความรู้สึกสิ้นหวัง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้อาการเจ็บแน่นหน้าอก จะให้ความหมายต่ออาการเจ็บหน้าอก ว่ามีความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต เป็นโรคร้ายแรงและน่ากลัว มีการรับรู้ว่าร่างกายได้ถูกคุกคามและหัวใจกำลังได้รับอันตราย (Hari et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การได้รับบาดเจ็บทางร่างกายและระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ การได้รับบาดเจ็บทางร่างกายมักเกิดควบคู่กับความรับรู้บาดเจ็บทางด้านจิตใจ ที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ถึง 2 เท่า ทั้งจากการสูญเสียหน้าที่การทำงานในระบบประสาทโดยตรง เช่น การบาดเจ็บทางร่างกาย ที่มีผลให้เกิดความพิการหรือขาด

สมรรถภาพที่จะดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบตามมา เช่น ความรู้สึกหมดหวัง (Sherin & Nemeroff, 2011)

ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการศึกษาของ Ledwich (1977) ทำการวิจัยเรื่องอาการเจ็บหน้าอกและขนาดของการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ระยะเวลาของอาการเจ็บหน้าอก อุณหภูมิกายสูง และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบ Transmural MI หรือ มีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจทุกชั้น มีความสัมพันธ์โดยตรง กับขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3.1.4 เครื่องมือในการประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก

พิมลรัตน์ พิมพดี (2553) สร้างแบบประเมินสภาวะอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยประเมินครอบคลุมความถี่ (frequency) ระดับความรุนแรง (intensity) ระยะเวลา (duration) และการใช้ยาไนโตรกลีเซอริน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบที่ตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้มาตรวัดความรู้สึกเจ็บปวดด้วยตัวเลข (numeric pain intensity scale หรือ numeric rating scale, NRS) การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (content validity index) ไตคา CVI ทั้งฉบับเท่ากับ .88 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาความคงที่ (stability) ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และวัดซ้ำอีก 7 วัน นำมาหาค่าเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ไตคาความเชื่อมั่นที่ระดับ .89

นิติญา ฤทธิเพชร (2554) สร้างแบบประเมินกลุ่มอาการของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบโดยประยุกต์จากแบบประเมิน Cardiac symptoms survey ของ Nieveen และคณะ (2002) มีการประเมินอาการใน 3 มิติ คือ ด้านความรุนแรง ความถี่หรือด้านเวลาและด้านการตอบสนองต่ออาการหรือด้านความทุกข์ทรมาน การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่ ความตรงของเครื่องมือ (Content validity) ทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 ค่าความเที่ยงเฉพาะรายข้ออาการเจ็บหน้าอกเมื่อใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่า Cronbach alpha เท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงเฉพาะรายข้ออาการเจ็บหน้าอกภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 126 คนได้ค่า Cronbach alpha เท่ากับ .88

แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Whitehead et al., 2006; Hari et al., 2010; Wiedemar et al., 2008; Wikman et al., 2012) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Nieveen และคณะ (2008) ซึ่งแบ่งการประเมิน 2 มิติ คือ 1) แบบประเมินมิติด้านความรุนแรงของอาการ (Evaluation

of symptom) 2) แบบการประเมินด้านการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานของอาการ (Response to symptom)

การประเมินทั้ง 2 มิติโดยใช้มาตราวัดความรู้สึกแบบตัวเลข (numeric rating scale, NRS) มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอนยาว 10 เซนติเมตรและระบุตัวเลข 0-10 โดยปลายสุดของด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน ซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่มีอาการ” 1 หมายถึง “มีความรุนแรงน้อยที่สุด” และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 10 หมายถึง “มีความรุนแรงมากที่สุด” โดยรวมทั้ง 2 มิติ คือมิติด้านความรุนแรง ด้านความทุกข์ทรมาน จะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-20 คะแนน คะแนนน้อยหมายถึงผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานน้อยและคะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานมาก

3.2 การรับรู้ภาวะคุกคาม

3.2.1 ความหมายของการรับรู้ภาวะคุกคาม

Lazarus & Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของภาวะคุกคามว่าเป็นการที่บุคคลประเมินสถานการณ์ว่า กำลังประสบกับสิ่งที่รบกวนความคิดตนเองตลอดเวลา เนื่องจากมีการคาดหวังว่าอาจเกิดความสูญเสียหรือเสียหาย ได้ในอนาคตแต่ยังไม่ได้เกิดขึ้นจริงในขณะนี้ และไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบตามมาได้ (Lazarus & Folkman, 1984)

รุ่งทิพย์ เบ้าต๋น (2546) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะคุกคามหมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตีความว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อตนเองได้ในอนาคต ส่งผลต่อความผาสุกของตนเองและทำให้เกิดความรู้สึกกลัว (รุ่งทิพย์, 2546) สรุปความหมายของการรับรู้ภาวะคุกคาม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตีความว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อตนเองได้ในอนาคต ส่งผลต่อความผาสุกของตนเองและทำให้เกิดความรู้สึกกลัว โดย Bennette และคณะ (1992) ได้อธิบายคุณลักษณะของภาวะคุกคามตามแนวคิดปรากฏการณ์ความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ของการรับรู้ภาวะคุกคามเป็น 3 คุณลักษณะคือ ภาวะคุกคามเป็นในลักษณะที่กล่าวถึงอนาคตที่บุคคลคาดว่าจะเกิดความสูญเสียหรือเกิดอันตราย มักเกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางอารมณ์ที่เป็นด้านลบ และเป็นกระบวนการจากการรู้คิดที่เกิดการการรับรู้ ความคิด ความทรงจำ การเรียนรู้ และการตัดสินใจ

การรับรู้ภาวะคุกคาม เป็นผลจากการประเมินซึ่งหมายถึง กระบวนการทางปัญญาของแต่ละบุคคลในการแยกแยะสถานการณ์ที่ดีหรือเป็นอันตราย บุคคลจะตัดสินใจว่ามีสิ่งใดที่รบกวน

ความผาสุกของตนเอง และเมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นความเครียดในลักษณะที่รับรู้ภาวะคุกคามคือมีการคาดการณ์ว่าจะเกิดความเสียหายกับตนเองและไม่อาจควบคุมสถานการณ์ได้ (Lazarus and Folkman, 1984) ตามทฤษฎีของ Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่าความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย มีกระบวนการที่เป็นสื่อกลาง ได้แก่ การประเมินเหตุการณ์หรือสถานการณ์ (cognitive appraisal) รวมทั้งการประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นภาวะคุกคาม (threat appraisal) กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping strategies) และทรัพยากรที่ใช้ในการเผชิญปัญหา (Coping resources) ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจมีการประเมินเหตุการณ์กล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่าเป็นภาวะคุกคามได้จากหลายๆเหตุการณ์ที่เป็นผลจากกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นภาวะคุกคามมีผลต่อ ความทุกข์ทรมานในจิตใจ การเลือกวิธีการเผชิญปัญหา ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวเมื่อเจ็บป่วย การประเมินเหตุการณ์เป็นกระบวนการด้านการรู้คิด โดยการประเมินเหตุการณ์หรือผลของเหตุการณ์เป็นด้านลบ มีผลต่อภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Ehlers & Clark, 2000)

เหตุการณ์รุนแรงที่มีระดับความรุนแรงสูงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้มากกว่าในกลุ่มที่เผชิญเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงต่ำ โดยเหตุการณ์รุนแรงที่มีระดับความรุนแรงสูง ทำให้บุคคลต้องใช้ความสามารถเพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ และมีผลต่อภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Lazarus and Folkman, 1984) ซึ่งจะพบความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้รอดชีวิตจากเหตุสงครามสูงกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000) การวิจัยของ Spindler & Pedersen (2005) ที่ศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ พบว่าความชุกของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันเฉียบพลัน (ความชุกร้อยละ 19-38) มีความชุกสูงกว่าในกลุ่มภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ความชุกร้อยละ 0 - 22)

3.2.2 การรับรู้ภาวะคุกคามในผู้ป่วยภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การรับรู้ภาวะคุกคามในผู้ป่วยภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนับตั้งแต่การเริ่มมีอาการแสดงของโรค ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกซึ่งเป็นอาการสำคัญของภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจะรับรู้ว่าร่างกายได้ถูกคุกคามและหัวใจกำลังได้รับอันตราย (Hari et al., 2010) นอกจากนี้การรับรู้ภาวะคุกคาม ยังมีสาเหตุจากอาการอื่นๆ เช่น อาการหายใจลำบาก อาการกำเริบซ้ำของโรค การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ำเนื้อหัวใจ และการรักษาต่างๆ เช่น การทำหัตถการ การผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ว่าจะเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต (ดวงรัตน์ & วัฒนกิจไกรเลิศ., 2009) และยังมีภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย เช่น ความกลัวที่เกี่ยวกับการรักษา การรอดชีวิตจากโรค ซึ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามที่สามารถเกิดขึ้นซ้ำๆและคงอยู่ยาวนาน (Wikman, 2009)

Bennette (1992) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ภาวะคุกคามในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดย โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้จำแนกการรับรู้ภาวะคุกคามของผู้ป่วย ไว้ 5 ด้านดังนี้

1.ด้านร่างกายและภาวะแทรกซ้อน เป็นการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่มีต่อร่างกาย การทำงานของร่างกาย การสูญเสียการทำงานของอวัยวะ อาการอ่อนเพลีย เช่น ความตระหนักว่าเส้นเลือดหัวใจอุดตัน หรืออาจเกิดอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ ความไม่แน่ใจเกี่ยวกับอนาคต อาการเจ็บแน่นหน้าอก

2.ด้านภาวะสุขภาพทั่วไปเป็นภาวะสุขภาพโดยรวมทั้ง สภาวะร่างกายโดยทั่วไป สถานการณ์ด้านการเงิน รวมทั้งการสูญเสีย

3.ด้านอาการจำเพาะจากโรค เป็นอาการที่เกิดขึ้นเฉพาะในผู้ป่วยโรคภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยไม่รวมอาการในกลุ่มอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เช่น ความเจ็บปวดในหน้าอกของฉับหรือ จังหวะการเต้นของหัวใจของฉับผิดปกติ

4.ด้านการงาน การเจ็บป่วยด้วยโรคภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสิ่งคุกคามต่อการทำงานและอาชีพ เช่น เป็นการที่ผู้ป่วยมีความตระหนักต่อการทำงานหนัก หรือการขอให้ทำงานที่ผู้ป่วยคิดว่าหนักเกินไป หรือการที่แพทย์ได้ให้รายงานผลการรักษากับหน่วยงานในเรื่องงาน แต่หน่วยงานไม่ได้ให้ความสำคัญ

5.ด้านครอบครัว เป็นการคุกคามต่อบทบาทด้านสังคมที่มี เช่น ผู้ป่วยไม่อาจดูแลหรือแสดงความรัก การเลี้ยงดูหรือดูแลบุตรได้ การไม่อาจกลับไปดำรงบทบาทหน้าที่ได้เหมือนเดิม

3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะคุกคาม

เครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะคุกคามต่างๆ มีดังนี้

เครื่องมือการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบย่อ (Brief-Illness Perception Questionnaires) สร้างโดย Broadbent และคณะ (2006) เป็นแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค ถูกนำมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตอย่างกว้างขวาง เช่น การประเมินพฤติกรรมภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มะเร็ง รุมตอยด์ เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเพียงสั้นๆ ประเมินการรู้คิดและการตอบสนองทางอารมณ์ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 0-10 คะแนน ข้อถามเกี่ยวกับการรู้คิดการรับรู้โรค 5 ข้อ ได้แก่การรับรู้ผลกระทบจากโรค ระยะเวลา การควบคุมตนเอง การควบคุมการรักษา และอัตลักษณ์ การรับรู้การตอบสนองด้านอารมณ์ 2 ข้อคำถาม การรับรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวม 1 ข้อและ การรับรู้สาเหตุของโรค

แบบสอบถามการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูงของ สมจิตร สุทธนะ (2543) สร้างตามกรอบแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูง 4 ลักษณะ คือ อันตราย/สูญเสีย คุกคาม ทำทนาย และ

เกิดผลดี จำนวน 18 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเนียร์ อะนาลอกสเกล มีความยาว 100 มิลลิเมตร ค่าตั้งแต่ 0 -100 คะแนน โดย 0 หมายถึงไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย และ 100 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด หาค่าความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .08, .81, .77 และ .72 ตามลำดับ

เครื่องมือแบบวัดการประเมินภาวะคุกคามของรุ่งทิพย์ เบ้าตุน (2546) ที่สร้างตามกรอบแนวคิดการประเมินความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่ประเมินความเครียดออกเป็น 3 แบบคือ 1) อันตราย/สูญเสีย จำนวน 9 ข้อ 2) ความคุกคามจำนวน 6 ข้อ และ 3) ความทำลาย จำนวน 6 ข้อ จำนวนข้อคำถามทั้งหมดรวม 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้ .81 ได้หาค่าความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 30 รายและใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันจำนวน 130 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .87 และ .83

โดยแบบสอบถามของรุ่งทิพย์ เบ้าตุนมีการประเมินเหตุการณ์ในด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินที่เป็นการรับรู้ความคุกคามทั้งหมด คือการประเมินด้านความทำลาย และเมื่อพิจารณาข้อคำถามเฉพาะในด้านความคุกคามจำนวน 6 ข้อ พบว่าไม่ครอบคลุมรายละเอียดของการรับรู้ภาวะคุกคามของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านครอบครัว และอาการที่จำเพาะกับโรครวมทั้งการมีข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องคือด้านความกลัว

แบบประเมินภาวะคุกคามในผู้ป่วยโรคหัวใจ (The Cardiac threat questionnaires หรือ CTQ) เครื่องมือประเมินภาวะคุกคามที่ใช้ในผู้ป่วยโรคภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สร้างโดย Bennette และคณะ (1996) (Bennett, Paula, Nancy, & Nancy, 1996) เครื่องมือ CTQ มี 32 ข้อคำถาม ประกอบด้วย องค์ประกอบ 5 ด้านได้แก่ ด้านที่ 1 การรับรู้ภาวะคุกคามด้านร่างกายและภาวะแทรกซ้อน ด้านที่ 2 การรับรู้ภาวะคุกคามด้านสุขภาพทั่วไป ด้านที่ 3 การรับรู้ภาวะคุกคามด้านอาการที่จำเพาะกับโรค ด้านที่ 4 การรับรู้ภาวะคุกคามการทำงานและด้านที่ 5 การรับรู้ภาวะคุกคามต่อครอบครัว นำไปหาค่าความตรงและความเที่ยงในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 270 คน ได้ค่าความสอดคล้องภายในเป็น 0.69-0.89 หาค่าความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำเป็น 0.62- 0.92 ความตรงเชิงโครงสร้างด้วย factor analysis โดย ClausVögele และคณะ (2012) นำมาใช้ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 31 คนได้ค่าครอนบาคแอลฟา 0.91

โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะคุกคามในผู้ป่วยโรคหัวใจ (The Cardiac threat questionnaires) ของ Bennette และคณะ (1996) เนื่องจากข้อคำถามมีความครอบคลุม

องค์ประกอบของการรับรู้ภาวะคุกคามในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุดและมีความจำเพาะเจาะจงกับการศึกษาครั้งนี้ทั้งในด้านกลุ่มตัวอย่าง และด้านช่วงเวลาการศึกษา

3.3 ความกลัว

ความกลัวเป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่คุกคามตนเอง ซึ่งสามารถรับรู้ทางประสาทสัมผัส เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคามนั้นทางด้านสรีระวิทยา ด้านสติปัญญา และด้านพฤติกรรม (Moors A., 1987) ความกลัวเป็นสภาวะทางด้านจิตใจและรูปแบบการตอบสนองของร่างกาย ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคาม (Rodrigues, LeDoux, & Sapolsky, 2009)

3.3.1 ความหมายของความกลัว

ความกลัวหมายถึงความรู้สึกไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว รู้สึกหวาดเพราะคาดว่าจะประสบภัย รู้สึกไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว เช่น กลัวบาป กลัวถูกตีเตียน รู้สึกหวาดเพราะคาดว่าจะประสบภัย เช่น กลัวเสือ กลัวไฟไหม้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) พจนานุกรมศัพท์แพทย์ได้ให้ความหมายของความกลัวไว้ว่า ความกลัวเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา โดยมีการตอบสนองทางจิตวิทยาและสรีระวิทยาของร่างกายต่อสิ่งที่ทำให้กลัวหรืออันตรายที่มีจริง (จิตต์มิตรภาพและคณะ, 2552)

โดยสรุปความหมายของความกลัว หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าจะเกิดเหตุคุกคามตนเอง ทำให้เกิดการตอบสนองสรีระวิทยา ด้านสติปัญญา และด้านพฤติกรรม

3.3.2 กลไกความกลัว

ความกลัวเป็นสภาวะที่เกิดจากการถูกสิ่งแวดล้อมเข้ามาคุกคาม เกี่ยวข้องกับระบบประสาทลิมบิก (Limbic system) โดยเฉพาะอมิกดาลา (Amygdala) ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการรับด้านสภาวะอารมณ์ (Emotional stage) และการตอบสนองทางสรีระวิทยาที่เกี่ยวข้องการอารมณ์ เป็นผลจากการทำงานของอมิกดาลา ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และก้านสมอง (Brain stem) ในการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ (Automatic nervous system) ระบบกล้ามเนื้อ Muscular system และระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ทำให้เกิดการตอบสนองทางร่างกายอย่างรวดเร็วและตัดสินใจว่าจะต่อสู้หรือถอยหนีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการเตรียมตัวในการเอาชีวิตรอด ร่างกายที่มีการตอบสนองต่อความเครียดในรูปแบบต่างๆ เช่น ความกลัวนี้ จะส่งสัญญาณเตือนไปที่ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อ ให้มีการตอบสนอง ได้แก่ การหลั่ง Glucocorticoid จากต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal cortex) และ Catecholamine จากต่อมหมวกไตส่วนเมดัลลลาและระบบประสาทอัตโนมัติ โดย Glucocorticoid จะย้อนกลับเข้าสู่ระบบ

ประสาทส่วนกลาง ในสมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของเซลล์ประสาท ที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์และความคิด

การตอบสนองต่อความเครียดเหล่านี้แม้จะเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ แต่ในกรณีที่เกิดการกระตุ้นให้มีการตอบสนองต่อความเครียดที่เรื้อรัง จะพัฒนาไปสู่การเกิดพยาธิสภาพได้ เช่น ความวิตกกังวล (Anxiety) ความกลัวที่รุนแรง (Panic) ภาวะซึมเศร้า (Depression) และภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress disorder) (Rodrigues, LeDoux, & Sapolsky, 2009)

3.3.3 ปฏิกริยาที่แสดงออกถึงความกลัว

ความกลัวส่งผลให้การแสดงออก 3 ด้าน คือ ด้านสรีระวิทยา ด้านความคิดสติปัญญา และด้านพฤติกรรม ตามแนวคิด The three system model of fear and emotion (Moors, 1987)

3.3.3.1 ระบบสรีระวิทยา (Physiological system) เมื่อบุคคลได้เผชิญหน้ากับสิ่งที่คุกคามต่อร่างกาย ร่างกายจะเกิดกลไกที่เรียกว่ากลไกการป้องกัน หรือ Defense mechanism ทำให้มีการหลั่ง adrenaline ออกมาเพื่อให้เกิดปฏิกริยาสู้หรือถอยหนี (Fight or Flight) โดยจะมีอาการหัวใจเต้นเร็ว หน้าซีด ตัวสั่น ม่านตาขยาย อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อเกร็งปวดศีรษะจุกแน่นหน้าอก อ่อนเพลียเหงื่อออกมาก

3.3.3.2 ระบบความรู้คิด (Cognitive System) การเผชิญสิ่งที่น่ากลัวหรือความเครียด จะทำให้เกิดความคิดด้านลบ ไม่เหมาะสมและไม่เกิดประโยชน์ และเกิดอารมณ์ด้านลบตามมาในที่สุด ในสองข้อแรกนี้ จะส่งผลต่อการจิตใจของบุคคลต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ และระดับในการกระตุ้นทางร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกายจะทำให้ความคิดและการทำนายเหตุการณ์เป็นด้านลบ และเกิดความกลัวขึ้นมาพร้อมกัน

3.3.3.3 ระบบพฤติกรรม หมายถึงพฤติกรรมตอบสนองเมื่อได้เผชิญสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกกลัว พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้รู้สึกกลัว เหล่านี้จะเป็นการเพิ่มความกลัวการไม่แสดงปฏิกริยาตอบโต้ เช่นการทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงลักษณะนิสัยหรือพฤติกรรมที่ถดถอย เช่นแบบแผนการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ การแสดงพฤติกรรมความกลัวต่อการพูด เช่น การกล่าวด้วยคำพูดหรือถ้อยคำที่สื่อความหมายว่ากลัว

3.3.4 เครื่องมือประเมินความกลัว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกลัว พบว่างานวิจัยที่ศึกษาความกลัว นิยมศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นเด็กและผู้สูงอายุ เช่น ความกลัวเกี่ยวกับการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (กัญญาวิรุ้ เกิดมงคล, 2554) การกลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก (ชนิษฐา ผลพฤกษ์, 2549) ในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความกลัวการหกล้ม (ลักษณะ มะรังกา, 2549) และใน

กลุ่มประชากรอื่น ๆ เช่น การกลัวจากการคลอดบุตร (ธวัชรรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย , นันทพร แสนศิริพันธ์ และกรรณิการ์ กันธะรักษา, 2556) ซึ่งแบบประเมินที่ใช้เป็นแบบประเมินความกลัวที่ใช้การสังเกต พฤติกรรมและแบบสอบถาม ซึ่งยังไม่มีการศึกษาความกลัวในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบประเมินความกลัวในขณะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดย ใช้ข้อมูลของ (Allen, 1998) ที่ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความกลัวและผลของความกลัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะ 3 วันแรกในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ (Coronary care Unit) การวิจัยเชิงสำรวจหาชนิดและระดับความรุนแรงของความกลัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 วันแรก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ประเมินความกลัว เป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบ แบบสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความกลัว และแบบสอบถามปลายเปิดโดยให้ผู้ป่วยเติมคำตอบด้วยตนเอง รายละเอียดของการประเมินได้แก่ ระยะเวลาที่กลัว ระดับความกลัว อาการทางกายและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระหว่างที่กลัว ความสามารถในการควบคุมความกลัว การระบุชนิดความกลัวตามการรับรู้ ความสามารถในการควบคุมความกลัวตามการรับรู้ และสิ่งที่ช่วยลดความกลัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในระหว่าง 3 วันแรกในหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือดหัวใจได้แก่

- 1) ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ เป็นระยะเวลาความกลัวนานตั้งแต่ 1 ถึงหลายชั่วโมง ระดับความกลัว มีตั้งแต่ ไม่มากถึงมากที่สุด
- 2) ความกลัวเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาเป็นนาทีถึง 1 ชั่วโมง ระดับความกลัวมีตั้งแต่ปานกลางถึงมาก
- 3) ความกลัวตาย ระยะเวลาตั้งหลายนาทีถึงหลายชั่วโมง ระดับความกลัว ปานกลางถึงมาก
- 4) ความกลัวภาวะแทรกซ้อนจากโรค ระยะเวลาตั้งหลายนาทีถึง 1 ชั่วโมงระดับความกลัวปานกลางถึงมาก
- 5) กลัวเจ็บปวด ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ระดับความกลัว ตั้งแต่ ปานกลางถึงมาก
- 6) กลัวการไม่ได้รับยาตามปกติ ระยะเวลาหลายชั่วโมง ระดับความกลัวมาก
- 7) กลัวจะมีผลกระทบต่อครอบครัว ระยะเวลาความกลัวตลอดเวลา ระดับความกลัวมาก
- 8) ความกลัวที่จะสูญเสียความเป็นอิสระ ระยะเวลาที่กลัว หลายชั่วโมง ระดับความกลัวปานกลาง

เมื่อนำมาจำแนกให้เป็นหมวดหมู่ตามประเภทของความกลัวในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามประเภทความกลัวในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของ Chaiyawat (2000) เป็นดังนี้ คือ

- 1.ความกลัวด้านการปฏิสัมพันธ์ (Interpersonal fear) ได้แก่ความกลัวที่ต้องแยกจากบ้านและบุคคลอันเป็นที่รัก

2. ความกลัวการได้รับการเจ็บปวดทางด้านร่างกาย เช่น ความกลัวที่เกี่ยวกับกาเจ็บปวด ความบาดเจ็บ ความพิการ และเชื่อมโยงไปถึงความกลัวตาย และความกลัวที่เกิดจากกิจกรรมการรักษาพยาบาล เช่น การตรวจ การทำหัตถการ

3. ความกลัวที่จะสูญเสียความควบคุม เช่น ความกลัวในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เสียงเครื่องมือ อุปกรณ์ การได้รับการดูแลรักษาจากบุคคลที่แปลกหน้า การถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ กฎระเบียบของโรงพยาบาล ขาดความเป็นอิสระและรู้สึกไร้ความสามารถ ทำให้รู้สึกสูญเสียความควบคุม แล้วจำแนกประเภทของความกลัวในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามหมวดหมู่ของการจำแนกประเภทความกลัวในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของ Chaiyawat (2000)

แบบสอบถามความกลัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้มีข้อความจำนวน 11 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 1- 5 คะแนนโดยคะแนน 1 หมายถึงไม่มีความรู้สึกกลัวเลย และ 5 หมายถึงมีความรู้สึกกลัวมากที่สุด และคะแนนรวมมากหมายถึงมีความรู้สึกกลัวมาก

3.4 การสนับสนุนทางสังคม

3.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Lazarus and Folkman (1984) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองทั้งด้านอารมณ์และข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข้อมูลในเรื่องการช่วยเหลือด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การช่วยเหลือด้านเงินทุนจากบุคคลากรในทีมผู้ให้บริการของรัฐ ยอมทำให้บุคคล สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและจัดการความเครียดได้ดีขึ้น แหล่งประโยชน์ในการจัดการความเครียด ซึ่งแบ่งเป็น แหล่งประโยชน์ด้านตัวบุคคล (personal resource) และแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อม (environment resource) ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ

House (1981 cited in Virginia Hill Rice, 2000) หมายถึง ปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ความรักใคร่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน ด้านข้อมูลข่าวสาร การประเมินหรือการให้ข้อมูลย้อนกลับ

สรุปความหมายของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านต่างๆได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ แรงงาน ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านประเมินค่า เพื่อให้สามารถปฏิบัติตนและจัดการความเครียดได้

3.4.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981 cited in Virginia Hill Rice, 2000) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภทคือ

3.4.2.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับ การแสดงออกถึงความห่วงใย

3.4.2.2 การสนับสนุนด้านการประเมินผล (Appraisal Support) เช่นการให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้การรับรอง ผลการปฏิบัติหรือบอกให้ทราบถึงผลดีผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3.4.3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่นการให้คำแนะนำ ตักเตือน สั่งสอน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารในรูปแบบต่างๆ

3.4.3.4 การสนับสนุนด้านเครื่องมือแรงงาน เช่น แรงงาน เงินและเวลา เป็นต้น

3.4.3 เครื่องมือในการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

Social support questionnaires (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะ (1983) ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มี ประกอบด้วยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีจำนวนข้อคำถาม 27 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มีหรือ ไม่มี และถ้าตอบว่าไม่มีต้องต้องประเมินระดับความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในข้อนั้นๆ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับคือ 1 คะแนนหมายถึงไม่พึงพอใจมาก จนถึง 6 คือพึงพอใจมากที่สุด หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.94

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช เป็นการวัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีได้จำแนกแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ครอบคลุมคุณลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการให้ความหมาย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่วัดแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ มีมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่เลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลาและตลอดเวลา โดยประเมินจากผู้ป่วยในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา (Vigilo, et al., 2004)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริชมีการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรก โดย จันทนา หล่อจตะกุล (2548) ข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่มีเลยหมายถึงไม่เคยได้รับการสนับสนุนนั้นๆ หรือน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ มีบ้างเล็กน้อยหมายถึงได้รับการสนับสนุนนั้นๆ 1-2 วันต่อสัปดาห์ บางครั้งหมายถึง ได้รับการสนับสนุนนั้นๆ 3-4 วันต่อสัปดาห์ เกือบตลอดเวลาหมายถึง ได้รับการสนับสนุนนั้นๆ 5-6 วันต่อสัปดาห์ และตลอดเวลา หมายถึง ได้รับการสนับสนุนนั้นๆ 7 วันต่อสัปดาห์

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริชฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พวง ผกา กรีทอง (2550) จำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับคือไม่มีเลยหมายถึงไม่เคยได้รับการสนับสนุนนั้นเลยในความรู้สึกท่าน มีบ้างเล็กน้อยหมายถึง เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นบ้างเล็กน้อย มีปานกลางหมายถึงเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง เกือบตลอดเวลาหมายถึงเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นบ่อยครั้งแต่

ไม่ใช่ทุกครั้ง และตลอดเวลาหมายถึง เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นทุกครั้งในความรู้สึกของท่าน และนำมาใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจวาย 442 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจของ พวงผกา กรีทอง (2550) เพราะเป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย รวมถึงลักษณะคำตอบที่เป็นข้อความให้เลือกตอบนั้น คล้อยตามแนวคิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงคือ เน้นการรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยและการเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย

4. ผลกระทบของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลกระทบต่อของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากทั้งอาการของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและจากการถูกระงับระบบการทำงานของร่างกายเมื่อต้องเผชิญความเครียดต่างๆ ดังนี้

4.1 การขาดความร่วมมือในการรักษาโรค เนื่องจากผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น โดยการไม่รับประทานยา (Shemesh et al., 2004) ซึ่งส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค การกำเริบของอาการ การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ลดลงทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านบทบาทหน้าที่ (Doerfler et al., 2005)

4.2 ผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการโรคหัวใจกำเริบซ้ำหรือหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ (Shemesh et al., 2004) ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีการรบกวนการทำงานของระบบภายในร่างกาย ได้แก่ เมื่อบุคคลเผชิญความเครียดที่รุนแรงและต่อเนื่องจะเกิดผลกระทบต่อร่างกาย ในส่วนแรกคือผลต่อความแปรปรวนของร่างกายจากสิ่งเร้าภายนอกเรียกว่าภาวะ Allostatic load ระบบประสาทอัตโนมัติและสมองคือ Hypothalamus- Pituitary และ Adrenal Axis (HPA) จะถูกระงับ ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ (arrhythmia) และมีการเปลี่ยนแปลงจังหวะการเต้นของหัวใจ (Heart rate variability หรือ HRV) (Tulloch et al., 2015) โดย HRV เป็นค่าที่แสดงความสมดุลของ sympathetic และ parasympathetic low Heart rate variability ระบบ sympathetic ทำงานมากและ parasympathetic น้อยกว่าปกติ การเปลี่ยนแปลงนี้ เสี่ยงต่อการเกิด Atherosclerosis, Ventricular arrhythmia, Plaque disruption ในโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดหัวใจหยุดเต้น (Mcmillan & Burr, 2010)

การศึกษาของ Fiola และคณะ (2011) พบว่าผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงมีความสัมพันธ์ต่อภาวะแทรกซ้อนของการเต้นของหัวใจ

ผิดปกติภายในปีแรกที่เกิดโรคภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนผลกระทบจากการที่ร่างกายถูกกระตุ้นโดยความเครียดอีกประการหนึ่งคือทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายอ่อนแอ มีกระตุ้นการอักเสบ (Pro inflammatory activity) มีการหลั่งสารการอักเสบ ได้แก่ IL6, TNF α , CRP ส่งผลให้ endothelial dysfunction กระตุ้นให้เกิดอาการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Tulloch et al., 2015)

4.3 พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การติดสารเสพติดซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจ (Wikman, et al., 2008)

4.4 เพิ่มความเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเป็นผลจากการขาดความร่วมมือในการรักษา การหลีกเลี่ยงการรับประทานยา พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและระบบ Pro-inflammatory state (Ladwig et al., 2008)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

เวทีนิ สตะเวทิน (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ของการให้ความหมายต่อสถานการณ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเรื้อรังในเด็กผู้ประสบภัยสึนามิ ในจังหวัดพังงา โดยศึกษาเด็กที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง มา 1-2 ปีจำนวน 86 คนแล้วติดตามความเรื้อรังของโรค ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ การประเมินเหตุการณ์ ความทรงจำต่อเหตุการณ์ และสภาวะการเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่า ในเวลา 4 ปีหลังเหตุการณ์ผู้ป่วยเด็กหายจากภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ร้อยละ 72.1 และยังมีอาการอยู่ร้อยละ 23.9 เพศหญิง การให้ความหมายต่อเหตุการณ์ทุกด้าน ได้แก่ การตีความในแง่ลบ การมองอนาคตในแง่ลบ การคิดว่าการเปลี่ยนแปลงจะคงอยู่ตลอดไป และการรู้สึกแปลกแยกจากคนอื่น ความทรงจำที่สับสน ไม่สามารถจำเหตุการณ์ระหว่างเกิดเหตุการณ์ได้และการเผชิญปัญหา ได้แก่ การคิดซ้ำไปมา การพยายามไม่คิดถึงเหตุการณ์ มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

Driel และ Velde (1995) ศึกษาความชุก ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง และความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะคุกคามของชีวิตและภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ที่ระยะเวลา 2 ปี กลุ่มตัวอย่าง 23 คน ผลการวิจัยพบว่า ความชุกในผู้ป่วยที่ศึกษาที่ระยะ 2 ปี เป็นร้อยละ 5 การประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในระยะครั้งแรกพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล หรือสิ้นหวัง เท่าๆกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลหรือสิ้นหวัง

Bennette และ Brooke (1999) ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร ด้านบุคลิกภาพ การตระหนักรู้ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง รูปแบบการวิจัยแบบการศึกษาที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) หลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 6-12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง 69 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสุขของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเป็นร้อยละ 10 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -0.36$) กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ช่วยลดผลกระทบทางอารมณ์ด้านลบที่เกิดภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Pedersen, Middel, และ Larsen (2003) ศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 4-6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง 112 คน ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ การศึกษา สถานะการทำงาน การสูบบุหรี่ ข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ การได้รับปิดกั้นบีต้า การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 22 ตัวแปรด้านข้อมูลส่วนบุคคล และการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

O'Reilly, Grubb และ O'Carroll (2004) ศึกษา ผลกระทบด้านอารมณ์ในระยะยาวหลังในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและผู้ป่วยภายหลังหัวใจหยุดเต้น กลุ่มตัวอย่าง 27 คนระยะเวลาที่ศึกษาในช่วง 3 -18 เดือนหลังเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขร้อยละ 17 ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

Pendersen, Domburg และ Larsen (2004) ศึกษาเรื่องการปรับตัวด้านจิตสังคม การสนับสนุนทางสังคม การกำเริบซ้ำของโรคหัวใจในระยะ 4-6 สัปดาห์โดยเปรียบเทียบกับระยะ 9 เดือน หลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มตัวอย่าง 112 คน ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่ระยะ 9 เดือนลดลงจากระยะแรกของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้เพิ่มความความทุกข์ทรมานทางจิตใจรวมทั้งภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงด้วย

Doerfler และคณะ (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิต การรับรู้การควบคุม กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 3-6 เดือน พบว่า ความสุขของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นร้อยละ 7.7 ความเจ็บปวดหรือการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้การควบคุมต่ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในระยะ 3 - 6 เดือนหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะ

เครียดจากเหตุการณ์รุนแรง มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = -0.32$ ถึง -0.79) และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ($r = 0.35-0.57$)

Whitehead และคณะ (2006) ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ระยะ 3 เดือน รูปแบบการวิจัยแบบระยะยาว กลุ่มตัวอย่าง 135 คน ผลการวิจัย พบว่าความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ระยะ 3 เดือน เป็นร้อยละ 14.8 ระดับการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก และปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดเฉียบพลัน อารมณ์ด้านลบ ความโกรธ และภาวะซึมเศร้าในระหว่างเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ($R^2 = 0.495$, $p < .001$) ส่วนปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล โรคและการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

Rocha และคณะ (2008) ศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1-2 เดือน กลุ่มตัวอย่าง 31 คน ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1-2 เดือนร้อยละ 16 ปัจจัยด้านอายุน้อย ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัว การรับรู้ภาวะคุกคาม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ส่วนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยอื่น เนื่องศึกษาในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้หรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

Wiedemar และคณะ (2008) ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เก็บข้อมูลด้วยการส่งจดหมายแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะหลังมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 40 วัน จำนวน 190 คน ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 17.9 ปัจจัยด้านการรับรู้ส่วนบุคคลที่ความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ได้แก่ อายุ (น้อย) ($r = .19$) อาการเจ็บหน้าอก ($r = .31$) ความกลัวตาย ($r = .56$) ความรู้สึกสิ้นหวัง ($r = .64$) มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ส่วนปัจจัยด้านโรคและการรักษา ได้แก่ ชนิดของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระยะเวลาล่วงเป็น ระดับค่า cardiac enzyme ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

Wikman และคณะ (2009) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ระยะ 12 เดือนและ 36 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 61 ปี ผิวดำ การศึกษาน้อย STEMI พบมากที่สุด GRACE score ระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าพบมากใน 7-10 วันหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความชุก

ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง เดือนที่ 12 เป็น 12.2% และเดือนที่ 36 เป็น 12.8% ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในเดือนที่ 12 ได้แก่ อายุน้อย เศรษฐฐานะต่ำ มีอาการกำเริบของโรคหัวใจ มีภาวะซึมเศร้าระหว่างเข้ารับการรักษา มีอารมณ์ก้าวร้าว บุคลิกภาพชนิดดี (D) เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ($R^2 = 0.507$) และที่ระยะ 36 เดือน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($R^2 = 0.635$)

Romberge และคณะ (2010) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้กรอบแนวคิดด้านปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง 3 ระยะ ได้แก่ ปัจจัยก่อนเผชิญเหตุการณ์รุนแรง ปัจจัยในระหว่างเผชิญเหตุการณ์รุนแรงและปัจจัยภายหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง โดยเก็บข้อมูลในระยะเข้ารับการรักษาและหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 477 คน เครื่องมือคือการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 4 และความชุกที่พบว่ามีบางอาการของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเป็นร้อยละ 12 และเมื่อแบ่งระดับความรุนแรงภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง พบว่ามีอาการเพียงเล็กน้อยร้อยละ 9 อาการในระดับปานกลางร้อยละ 6 และอาการในระดับรุนแรงร้อยละ 5 เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ตัวแปรด้านโรค การรักษา ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

Hari และคณะ (2011) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ใน 1 ปีภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเป็นร้อยละ 19 และเมื่อเวลาผ่านไปพบว่ามีอาการของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงลดลง โดยมีสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความเจ็บปวดที่ลดลง ความกลัวที่ลดลง นอกจากนี้พบว่าความกลัวมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวด ($r=0.35$)

Marke & Bennett (2013) ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงภายหลังการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง 150 คน รูปแบบการวิจัยแบบระยะยาว 3 ช่วงเวลาคือ ระยะในโรงพยาบาล ระยะภายหลังหลุดรอดหัวใจเฉียบพลัน 1 เดือนและ 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของผู้ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเป็นร้อยละ 19 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ได้แก่ อายุน้อย การรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โรค การเผชิญปัญหาทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

Wikman และคณะ (2012) ศึกษากลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยจำแนกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มอาการเจ็บหน้าอก (Pain symptom) กลุ่มอาการหายใจเหนื่อย (Dyspnea symptom) และ กลุ่มอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียเล็กน้อย (Diffuse symptom) กับภาวะเครียด

จากเหตุการณ์รุนแรง เก็บข้อมูลในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง 156 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชายอายุ 60 ปี, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดที่พบมากที่สุดคือ STEMI กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกที่ระดับสูง และกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง (Pain symptom) ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 6 เดือน

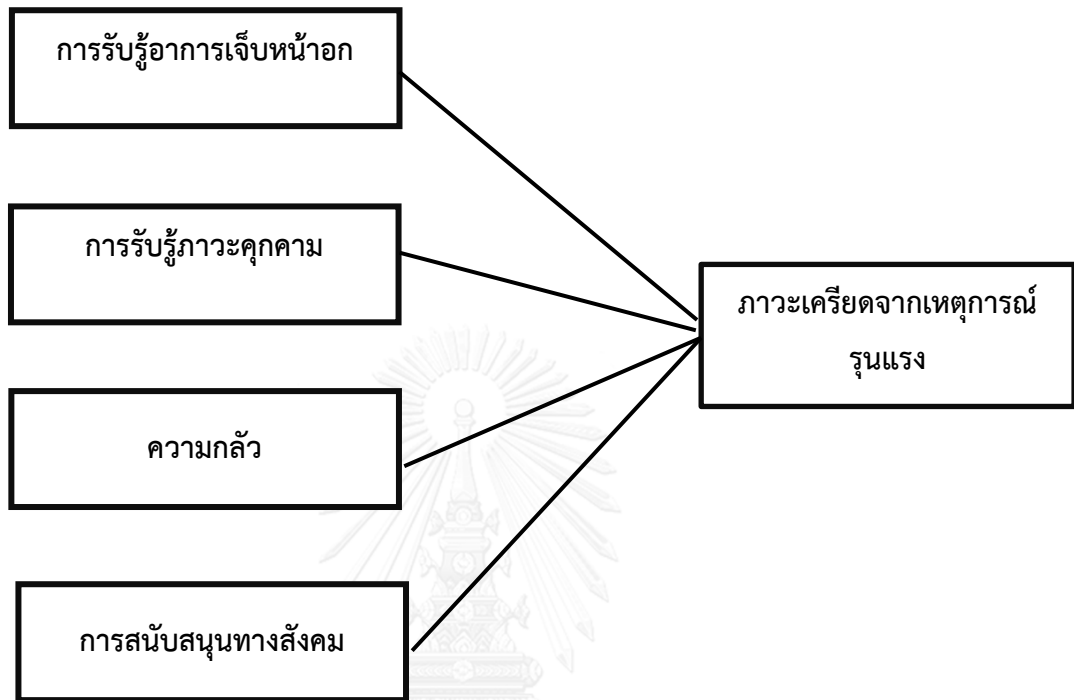
Atik และคณะ (2015) ศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รูปแบบการวิจัยแบบระยะยาว กลุ่มตัวอย่าง 215 คน ระยะเวลาที่ศึกษาในช่วง 1 เดือนแรกหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ สถานภาพการแต่งงาน อาชีพ ระดับการศึกษา อายุ ระดับไขมันในเลือด การมีโรคเรื้อรัง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ระดับดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด และความวิตกกังวล ผลการวิจัยพบ ความชุกร้อยละ 10. 2 กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อยู่ในวัยทำงาน ระดับดัชนีมวลกายสูง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า มีความชุกระหว่าง ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 22 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยชนิด การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเพื่อเป็นการวินิจฉัยโรคจะพบความชุกที่ต่ำกว่าในเครื่องมือแบบการรายงานตนเองเนื่องจากเครื่องมือที่เป็นการรายงานตนเองนั้นจะเป็นการคัดกรองผู้ที่มีอาการเข้าเกณฑ์ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง รวมทั้งจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาที่ประเมินภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระยะเวลาที่ทำการวิจัยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่ ระหว่าง 1 เดือนครึ่งถึง 2 ปี โดยช่วงเวลาที่ศึกษามากที่สุดคือ 4-6 สัปดาห์, 1-2 เดือนและ 3 เดือนตามลำดับ รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้าในระยะเวลาต่าง ๆ กัน (Prospective design) และรองลงมาคือ การศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional Design) กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยระหว่าง 23 คนถึง 477 คน

ตัวแปรที่ทำการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือการรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Subjective perception) ได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอกจำนวน 5 งานวิจัย การรับรู้ภาวะคุกคาม 3 งานวิจัย ความกลัว 3 งานวิจัย และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ส่วนการสนับสนุนทางสังคม 3 งานวิจัย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ส่วนข้อมูลส่วนบุคคล โรคและการรักษา ส่วนใหญ่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

จึงสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

6. กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว การสนับสนุนทางสังคมและภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อายุระหว่าง 35-59 ปีที่เข้ารับการตรวจเพื่อติดตามการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการตรวจเพื่อติดตามการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochrane (1977) ดังนี้

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

โดย n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$Z^2 \alpha/2$ = ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% = 1.96

p = ความชุกเฉลี่ยของการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องคือร้อยละ 20 (Bennette et al, 2002; Pedersen et al, 2003; Hari et al, 2010; Malinauskaite et al, 2017)

q = (1-p)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 7% (ปิยะรัตน์ แสงบำรุง, 2551).

แทนค่าจากสูตร $n = \frac{1.96^2 \times 0.8 \times 0.2}{(0.07)^2} = 125.44$

ได้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 126 คน

หลังจากนั้นผู้วิจัยสุ่มเลือกโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างใน 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) สุ่มสังกัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่มีทั้งหมด 6 สังกัด ได้แก่ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ สังกัดองค์กรอิสระ และสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without Replacement) มา 3 สังกัด ได้โรงพยาบาลของสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี สังกัดกระทรวงกลาโหมและสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2) ผู้วิจัยทำการสุ่มโรงพยาบาลจากแต่ละสังกัดที่สุ่มได้ ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

2.1 คุณสมบัติในการคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเป็นผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจ วินิจฉัย และรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในช่วงเวลา 1-3 เดือนภายหลังการเกิดโรค ซึ่งผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ว่าเป็นช่วงเวลาที่พบความชุกได้มากที่สุด รวมทั้งการประเมินในระยะนี้มีความสำคัญกับผู้ป่วยเนื่องจาก เป็นการประเมินก่อนที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนจากระยะเฉียบพลันเป็นระยะเรื้อรัง (Bennette et al, 2001; Rocha et al, 2008; Roberge Dupuis & Marchand, 2010)

2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของจิตประสาทหรือได้รับยาทางจิตเวช

3) ไม่มีการเจ็บป่วยหรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคที่คุกคามต่อชีวิตโรคอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคไตวายเรื้อรัง

4) สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้

5) ไม่มีความผิดปกติในการมองเห็นหรือการได้ยิน

6) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.2 คุณสมบัติการคัดออก (Exclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยมีอาการด้านร่างกายไม่คงที่ คือมีอาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อย ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนและขณะเก็บข้อมูล

2) ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่นความดันโลหิตต่ำกว่า 90/ 60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 50 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้งต่อนาที และมีไข้อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นทำการเก็บข้อมูลในวันและเวลาที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บข้อมูล จนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 126 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2559 ถึงพฤศจิกายน 2559 โดยมีรายละเอียดในการเก็บข้อมูลดังนี้

โรงพยาบาลตำรวจ วันพุธ เวลา 0700 – 1600 น.

โรงพยาบาลราชวิถี วันจันทร์ เวลา 1300 -1600 น.และวันศุกร์ 0700 - 1200 น.

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า วันอังคาร 0700 – 1200 น. และวันศุกร์ 0700 – 1200 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคาม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความกลัว

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษา

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลนี้ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนแรกให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ และสถานะบุตร และส่วนที่สองผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลแฟ้มประวัติผู้ป่วย ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรักษาที่ได้รับ จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตัน จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การได้รับยาที่มีผลต่อการรับรู้ในระหว่างเข้ารับการรักษา การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจและการมีโรคร่วม ลักษณะข้อคำถามมีทั้งแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก

แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกและข้อที่ 2 การรับรู้ความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก ดังนี้

มิติด้านความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ข้อคำถามมีลักษณะให้เลือกตอบ (Numeric rating scale) ตั้งแต่ 0-10 โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง “0” หมายถึงไม่มีการอาการเจ็บหน้าอกเลย “1” หมายถึงมีอาการเจ็บหน้าอกน้อยที่สุดและ “10” หมายถึงมีอาการเจ็บหน้าอกมากที่สุด

มิติด้านความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก ข้อคำถามมีลักษณะให้เลือกตอบ (Numeric rating scale) ตั้งแต่ 0-10 โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง “0” หมายถึงไม่ทุกข์ทรมานเลย “1” หมายถึงมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดและ “10” หมายถึงมีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

หลังจากนั้นนำคะแนนทั้ง 2 ข้อนี้มารวมกัน โดยคะแนนที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0 – 20 คะแนน คะแนนน้อยหรือไม่มีเลยแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกและทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอกน้อยหรือไม่มีเลย และคะแนนมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกมาก (วิธีการประเมินคือ ให้ผู้ป่วยบันทึกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงเวลาที่มีอาการเจ็บหน้าอก)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก แบ่งตามเกณฑ์ของ Krebs และคณะ (2007) ดังนี้

มิติด้านความรุนแรงจากอาการเจ็บหน้าอก

คะแนน	ความหมาย
0	หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกเลย
1-3	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกเล็กน้อย
4-7	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้มีอาการเจ็บหน้าอกปานกลาง
8-10	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้มีอาการเจ็บหน้าอกมาก

มิติด้านความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก

คะแนน	ความหมาย
0	หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีการรับรู้ความทุกข์ทรมานเลย
1-3	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานเล็กน้อย
4-7	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานปานกลาง
8-10	หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานมาก

เกณฑ์การแปลระดับคะแนน

การแปลระดับคะแนนโดยการนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มารวมกันหาค่าเฉลี่ย ทั้งรายด้านและรายรวม คะแนนรวมแต่ละคนจะอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน และแบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานทางสถิติในการแบ่งกลุ่ม คือ คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม ลบ คะแนนต่ำสุด จะได้ค่าพิสัยแล้วหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการประเมิน (สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก
0 - 6.66	ต่ำ
> 6.66 - 13.2	ปานกลาง
> 13.2 - 20	สูง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความถูกต้องของเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนดังนี้

- 1.1.1 อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน
- 1.1.2 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน
- 1.1.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน
- 1.1.4 อาจารย์แพทย์สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) และใช้เกณฑ์ค่า CVI ≥ 0.80 ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ของแบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก เท่ากับ 1

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปหาค่าความเที่ยงโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest

reliability) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและวัดซ้ำอีก 14 วันต่อมา ได้ค่าความเที่ยงเป็นดังนี้

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ของการวัดซ้ำ 2 ครั้ง (ทดลองใช้ 30 คน)
การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก	.99
ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก	.99

ส่วนที่ 3 เครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคามของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคามที่ใช้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (The cardiac threat questionnaires หรือ CTQ) สร้างโดย Bennette และคณะ (1996) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันภาษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดยใช้เทคนิคแปลย้อนกลับ เครื่องมือ CTQ มี 32 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ฉันไม่รับรู้หรือไม่รู้สีกังวลเลย ฉันรับรู้เล็กน้อยหรือฉันกังวลเล็กน้อย ฉันรับรู้มากหรือฉันกังวลมากและ ฉันรับรู้มากที่สุดหรือฉันกังวลมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 32-128 คะแนน เครื่องมือ CTQ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะคุกคามของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งหมด 5 ด้าน ดังนี้

- ด้านที่ 1 การรับรู้ภาวะคุกคามด้านร่างกายและภาวะแทรกซ้อนมีข้อความ 10 ข้อ คือข้อที่ 1-10
- ด้านที่ 2 การรับรู้ภาวะคุกคามด้านสุขภาพทั่วไปมีข้อความ 9 ข้อ คือข้อที่ 11 -19
- ด้านที่ 3 การรับรู้ภาวะคุกคามด้านอาการที่จำเพาะกับโรคมีข้อความ 6 ข้อ คือข้อที่ 20-25
- ด้านที่ 4 การรับรู้ภาวะคุกคามการทำงานข้อความ 4 ข้อ คือข้อที่ 26-29
- ด้านที่ 5 การรับรู้ภาวะคุกคามต่อครอบครัวข้อความ 3 ข้อ คือข้อที่ 30-32

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 4 ระดับกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ความหมาย	คะแนน
ฉันไม่รับรู้/ไม่รู้สีกังวลเลย	1
ฉันรับรู้เล็กน้อย/ฉันกังวลเล็กน้อย	2
ฉันรับรู้มาก/ฉันกังวลมาก	3
ฉันรับรู้มากที่สุด/ฉันกังวลมากที่สุด	4

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยการนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มารวมกันหาค่าเฉลี่ย ทั้งรายด้านและรายรวม คะแนนรวมแต่ละคนจะอยู่ในช่วง 32-128 คะแนน และแบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานทางสถิติในการแบ่งกลุ่ม คือ คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม ลบ คะแนนต่ำสุด จะได้ค่าพิสัยแล้วหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการประเมิน (สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ, 2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ด้าน	คะแนนรวม รายด้าน	ช่วง คะแนน	ระดับคะแนน
ด้านที่ 1 ความไม่สุขสบายด้านร่างกาย และภาวะแทรกซ้อน	10-40	10-20	ต่ำ
		21-30	ปานกลาง
		31-40	สูง
ด้านที่ 2 ภาวะสุขภาพทั่วไป	9-36	9-18	ต่ำ
		19-27	ปานกลาง
		28-36	สูง
ด้านที่ 3 อาการจำเพาะกับโรค	6-24	6-12	ต่ำ
		13-18	ปานกลาง
		19-24	สูง
ด้านที่ 4 การทำงาน	4-16	4-8	ต่ำ
		9-12	ปานกลาง
		13-16	สูง
ด้านที่ 5 ครอบครัว	3-12	3-6	ต่ำ
		7-9	ปานกลาง
		10-12	สูง
คะแนนเฉลี่ยรวม	32-128	32-64	ต่ำ
		65-96	ปานกลาง
		97-128	สูง

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคามของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน

1.การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคามของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความถูกต้องของเกณฑ์ให้คะแนน และการแปลความหมายโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน

1.1.2 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน

1.1.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน

1.1.4 อาจารย์แพทย์ภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินการรับรู้ภาวะคุกคามของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา ผลการคำนวณได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคามของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเท่ากับ 0.71 โดยเครื่องมือ CTQ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาใหม่และมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรก จึงใช้เกณฑ์ความตรงที่ยอมรับได้ที่ .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553: 232)

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะคุกคามของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปหาความความเที่ยงโดยทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายและจากการรวบรวมข้อมูล 126 คนที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbarch' alpha coefficient) ดังนี้

ตัวแปรการรับรู้ภาวะคุกคาม	สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
	ทดลองใช้ 30 คน
การรับรู้ภาวะคุกคามโดยรวม	0.92

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความกลัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แบบสอบถามความกลัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมสาเหตุของความกลัวและภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การสร้างแบบสอบถามความกลัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แบบสอบถามความกลัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า สภาวะอารมณ์ขณะเผชิญเหตุการณ์รุนแรงหรือระหว่างเผชิญเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะส่งผลหรือมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้คัดเลือกประเภทของความกลัวตั้งแต่ระดับรู้สึกกลัวรุนแรงปานกลางถึงรู้สึกกลัวที่รุนแรงมากที่สุด ดังนี้

1. ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ เช่น ฉันไม่รู้ว่าจะไรกำลังจะเกิดขึ้น, ฉันรู้สึกหวาดหวั่นต่อความเจ็บป่วยและไม่รู้ว่ามันเกิดอะไรขึ้นกับฉัน, ฉันรู้สึกกลัวในสิ่งทีอาจเกิดขึ้นกับฉัน, การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสิ่งที่ใครๆก็ต้องรู้สึกหวาดหวั่นและฉันเองก็ไม่รู้จะไรเกี่ยวกับมันเลย, ฉันรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้และรู้ว่ามันเป็นสิ่งที่ตึงเครียด แต่ฉันไม่รู้ว่าฉันจะต้องประสบสิ่งใดอีก
2. ความกลัวสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เช่น ขนาดของห้อง ICU, เสียง, เครื่องมืออุปกรณ์ในการติดตามอาการผู้ป่วย การฉีดยา เครื่องจักรกลต่างๆ
3. กลัวตาย เช่น ฉันรู้สึกกลัวตาย ฉันกลัวตาย ฉันกลัวว่าพระเจ้าจะมารับฉันไปจากโลก ความรู้สึกกลัวตายมันยังคงฝังแน่นในใจฉัน
4. กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น ฉันกลัวว่าจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีก ฉันกลัวว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เนื่องจากฉันอายุมากแล้ว
5. กลัวความเจ็บปวด เช่น ฉันรู้สึกกลัวมากเมื่อฉันมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกฉันรู้สึกกลัวและตื่นตระหนกมาก
6. กลัวการไม่ได้รับยา เช่น กลัวว่าหากไม่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดอาจเกิดการเกิดภาวะหลอดเลือดตีบซ้ำ
7. ความกลัวที่จะต้องพึ่งพา เช่น ฉันกลัวว่าเมื่อตอนที่ฉันป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้ ฉันจะดูแลตนเองได้อย่างไร
8. กลัวว่าจะมีผลกระทบกับครอบครัว เช่น กลัวว่าครอบครัวจะวิตกกังวล กลัวว่าครอบครัวจะขาดคนดูแล

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำรายละเอียด สาเหตุของความกลัวต่างๆ มาจัดหมวดหมู่ความกลัว ในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในระยะแรกไว้ 3 ด้าน ได้แก่ ความกลัวการมีปฏิสัมพันธ์ ความกลัว การได้รับการเจ็บปวดทางด้านร่างกายและความกลัวสูญเสียการควบคุมได้ข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ จำแนกเป็นองค์ประกอบได้ 3 ด้าน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือไม่รู้สึกลัวเลย รู้สึกกลัวเล็กน้อย รู้สึกกลัวปานกลาง รู้สึกกลัวมากและรู้สึกกลัวมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 11-55 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ความหมาย	คะแนน
ไม่มีเลย / ไม่รู้สึกกลัวเลย	1
มีบ้าง / รู้สึกกลัวเล็กน้อย	2
มีปานกลาง / รู้สึกกลัวปานกลาง	3
มีมาก / รู้สึกกลัวมาก	4
มีมากที่สุด / รู้สึกกลัวมากที่สุด	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยการนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มารวมกันหาค่าเฉลี่ย ทั้งรายด้านและรายรวม คะแนนรวมแต่ละคนจะอยู่ในช่วง 11-55 คะแนน และแบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานทางสถิติในการแบ่งกลุ่ม คือ คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม ลบ คะแนนต่ำสุด จะได้ค่าพิสัยแล้วหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการประเมิน (สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์, 2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ด้าน	จำนวน ข้อ	คะแนน รวม รายด้าน	ช่วงคะแนน	ระดับคะแนน
				ความกลัว
1. ความกลัวด้านปฏิสัมพันธ์	3	3-15	3 - 7	ต่ำ
			>7-11	ปานกลาง
			>11-15	สูง
2. ความกลัวการเจ็บปวด	5	5-25	5-11.66	ต่ำ
			>11.66-18.32	ปานกลาง
			>18.32-25	สูง
3. ความกลัวสูญเสียการควบคุม	3	3-15	3 - 7	ต่ำ
			>7-11	ปานกลาง
			>11-15	สูง
คะแนนเฉลี่ยรวม	11	11-55	11-25.6	ต่ำ
			>25.6-40.2	ปานกลาง
			>40.2-55	สูง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความกลัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามความกลัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหา และความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน

1.1.2 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน

1.1.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน

1.1.4 อาจารย์แพทย์ภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน

นำแบบสอบถามความกลัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา ผลการคำนวณค่า

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบประเมินความกลัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเท่ากับ 0.81

2.การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความกลัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปหาความความเที่ยงโดยทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 126 รายผู้วิจัยได้คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient)) ดังนี้

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทดลองใช้ 30 คน
ความกลัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	0.89

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พวงผกา กรีทอง (2550) ครอบคลุมคุณลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการให้ความหมาย ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม มีมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย มีบางครั้ง มีเกือบทุกครั้ง และมีทุกครั้ง โดยประเมินจากผู้ป่วยในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา (Vigilo, et al., 2004)

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมี 6 ข้อ มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์ในการคะแนนดังนี้

ความหมาย	คะแนน
ไม่มีเลย / ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเลยในความรู้สึกของท่าน	1
มีบ้างเล็กน้อย / ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆบ้างเล็กน้อย	2
ปานกลาง / ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นบางครั้ง	3
เกือบตลอดเวลา/ ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นบ่อยครั้งแต่ไม่ใช่ทุกครั้ง	4
ตลอดเวลา / หมายถึงท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นทุกครั้งในความรู้สึกของท่าน	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลระดับคะแนนโดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมแต่ละคนจะอยู่ในช่วง 6-30 คะแนน และแบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานทางสถิติในการแบ่งกลุ่ม คือ คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม ลบ คะแนนต่ำสุด จะได้ค่าพิสัยแล้วหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการประเมิน (สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน	ระดับคะแนน
6 -13	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ
> 13-22	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
> 22-30	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านดังนี้

- 1.1.1 อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน
- 1.1.2 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน
- 1.1.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน
- 1.1.4 อาจารย์แพทย์ภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน

ผลการคำนวณค่าความตรงของเครื่องมือการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 1.00

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่เรียบร้อยแล้วไปหาความความเที่ยงโดยทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายและหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 126 รายผู้วิจัยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbarch' alpha coefficient) ดังนี้

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทดลองใช้ 30 คน
การสนับสนุนทางสังคม	0.83

ส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

แบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (The PTSD - checklist :PCL) สร้างโดย Weathers และคณะ (1993) ผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันภาษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดยเทคนิคแปลย้อนกลับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อประเมินอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับคือ 1 ไม่มีอาการเลย ถึง 5 รบกวนมากที่สุด มีค่าคะแนนตั้งแต่ 17 -85 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่มีอาการเลย มีเล็กน้อย มีปานกลาง มีมากและมีมากที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ความหมาย	คะแนน
ไม่มีอาการเลย	1
มีเล็กน้อย	2
มีปานกลาง	3
มีมาก	4
มีมากที่สุด	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

. การแปลผลระดับคะแนน โดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมแต่ละคนจะอยู่ในช่วง 17-85 คะแนน และแบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานทางสถิติในการแบ่งกลุ่ม คือ คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม ลบ คะแนนต่ำสุด จะได้ค่าพิสัยแล้วหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการประเมิน (สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ, 2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

ด้าน	จำนวนข้อ	คะแนนรวม รายด้าน	ช่วงคะแนน	ระดับ คะแนน
1. อาการหวนรำลึกถึง เหตุการณ์รุนแรง	5	5-25	5-11.66	ต่ำ
			>11.66-18.32	ปานกลาง
			>18.32-25	สูง
2.อาการหลีกเลี่ยง สิ่งกระตุ้น	7	7-35	7-16.3	ต่ำ
			>16.3-25.6	ปานกลาง
			>25.6-35	สูง
3.อาการตื่นตัวสูง	5	7-25	5-11.66	ต่ำ
			>11.66-18.32	ปานกลาง
			>18.32-25	สูง
คะแนนเฉลี่ยรวม	17	17-85	17-39.66	ต่ำ
			>39.66-62.32	ปานกลาง
			>62.32-82	สูง

2.เกณฑ์การแปลผลผู้ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ การคัดกรองผู้ที่มีอาการเข้าเกณฑ์มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและผู้ที่มีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเบื้องต้น (Presumptive Diagnosis) ว่าอาจจะเป็นโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (National center for PTSD, 2012) ดังนี้

ส่วนที่ 1 การคัดกรองผู้ที่มีอาการเข้าเกณฑ์มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง โดยใช้คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ซึ่งมีค่าคะแนนตั้งแต่ 17-85 ใช้จุดตัดคะแนนตั้งแต่ 36 คะแนนขึ้นไปจัดเป็นผู้ที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

ส่วนที่ 2 การประเมินการวินิจฉัยเบื้องต้น (Presumptive Diagnosis) ว่าอาจจะเป็นโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ตามเกณฑ์ของ National center for PTSD (2012) ดังนี้

1.ด้านอาการหวนรำลึกเหตุการณ์รุนแรง มีคะแนนรายข้อใดข้อหนึ่งที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป จากจำนวนข้อคำถามในด้านนี้ 5 ข้อ

2.ด้านอาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น มีคะแนนรายข้อใดข้อหนึ่งที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปจากจำนวนข้อคำถามในด้านนี้ 7 ข้อ

3.ด้านอาการตื่นตัวสูง มีคะแนนรายข้อใดข้อหนึ่งที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปจากจำนวนข้อคำถามในด้านนี้ 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านดังนี้

- 1.1.1 อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน
- 1.1.2 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน
- 1.1.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน
- 1.1.4 อาจารย์แพทย์ภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน

1.2 นำแบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา ผลการคำนวณได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง เท่ากับ 0.82

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไปหาความความเที่ยงโดยทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายและหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 126 รายผู้วิจัยได้คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbarch' alpha coefficient) ดังนี้

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง	ทดลองใช้ 30 คน 0.87

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนต่างๆดังนี้

ขั้นการเตรียมเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาล

ตำรวจและโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่คลินิกหัวใจและหลอดเลือดหัวใจของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ เพื่อกำหนดวันเวลาและสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจจากเวชระเบียนที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้าก่อนการนัดตรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling)

3.2 วันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ และให้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30- 45 นาทีหรือจนกว่าจะแล้วเสร็จและกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสายตาผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามในแบบสอบถามให้ฟัง

5.หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอซักถามเพิ่มเติม และกล่าวแสดงความขอบคุณแก่กลุ่มตัวอย่าง

6.ผู้วิจัยดำเนินการดังเช่นข้อ 3 ถึงข้อ 5 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาลแล้วจำนวนทั้งสิ้น 126 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ในกรณีขณะทำการเก็บข้อมูลพบผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น อาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 50 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 28/นาที และมีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส เป็นต้น แก้ไขโดยการ

ริบยูติการเก็บข้อมูลแล้วรายงานให้พยาบาลรับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ทันที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่เข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในคนของโรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการวิจัยเลขที่ 59163 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า รหัสโครงการวิจัยเลขที่ RP021/59 และโรงพยาบาลตำรวจ เลขที่หนังสือรับรองโครงการวิจัย วจ.52/2559 จากนั้นผู้วิจัยได้แนะนำตัวและขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นลายลักษณ์อักษร เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการวิจัย ซึ่งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของผู้เข้าร่วมวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นดีในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ และผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมว่าผู้ร่วมการวิจัยสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ได้ เมื่อไม่สะดวกใจในข้อความหรือสามารถยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยในขั้นตอนใดๆก็ตามของงานวิจัย โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาตามปกติของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลตามปกติ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะไม่อ้างถึงชื่อของผู้ร่วมวิจัยและจะนำเสนอในเชิงวิชาการในภาพรวม ระหว่างตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีความไม่พร้อม ไม่ว่าจะทั้งทางด้านร่างกายหรือจิตใจ เช่น เหนื่อย เจ็บหน้าอกหรือใจสั่นหรือมีความผิดปกติใดๆ ไม่สบายใจหรือไม่พร้อมในการตอบ รวมทั้งอาการผิดปกติที่สังเกตเห็น สามารถแจ้งผู้วิจัยให้ทราบได้ทันที โดยผู้วิจัยได้มีการเตรียมการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. หากพบอาการผิดปกติใดๆ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูล จัดให้ผู้ป่วยพักพร้อมทั้งรายงานให้พยาบาลทราบเพื่อรายงานแพทย์ต่อไป
2. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ผู้วิจัยจะดำเนินการดังนี้ ยุติการเก็บข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้นตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจในความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น
3. ในกรณีที่ผู้ร่วมการวิจัยมีภาวะวิกฤตทางด้านอารมณ์และจิตใจมากเกินความช่วยเหลือผู้วิจัยจะประสานงานให้พยาบาลในแผนกนั้นๆทราบและให้การช่วยเหลือต่อไป

4. หากพบว่าผู้ร่วมวิจัยมีอาการเข้าเกณฑ์ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ผู้วิจัยจะรายงานให้เจ้าหน้าที่ทีมการรักษาพยาบาลในแผนกนั้นๆทราบและให้การช่วยเหลือต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่

1.1 เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา โคร่วม อาชีพ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการมีบุตรและการอุปการะบุตร การวินิจฉัยโรค การนัดหมายรักษาเพิ่มเติม การรักษาที่ได้รับไปแล้ว จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตัน จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การใส่เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่และร้อยละ

1.2 อายุและรายได้ต่อเดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอกการรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม และภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยซ์ไบซีเรียล

เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Cohen (1998) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.10-0.29	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.30-0.49	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.50-1.0	มีความสัมพันธ์กันสูง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว และการสนับสนุนทางสังคมกับ ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วย ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่าง 1 -3 เดือน อายุ 35 -59 ปีที่ได้รับการตรวจรักษาใน แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาล ตำรวจและโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 126 คน ผู้วิจัยนำเสนอโดยใช้ตารางประกอบการบรรยาย มี รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แสดงผลดังตารางที่ 1-2

ตอนที่ 2 การศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะ คุกคาม ความกลัว และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แสดงผลดังตารางที่ 3 - 12

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแสดงผลดังตารางที่ 13

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้และสถานะบุตร

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n = 126)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	115	91.3
หญิง	11	8.7
อายุ (ปี)		
35-40	10	7.9
41-50	30	23.8
51-59	86	68.3
(mean = 52.50, SD = 6.24, Min= 35,Max=59 ปี)		
สถานภาพสมรส		
คู่	100	79.4
โสด	17	13.5
หม้าย/หย่า/แยก	9	7.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	1.6
ประถม	35	27.8
มัธยม	41	32.5
อนุปริญญา	20	15.9
ปริญญาตรี	20	15.9
สูงกว่าปริญญาตรี	8	6.3
อาชีพ		
รับจ้าง	57	45.23
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	28	22.22
ส่วนตัว/ค้าขาย/เกษตรกร	24	19.05
ไม่ได้ทำงาน	17	13.50

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n = 126)	ร้อยละ
ระดับรายได้		
0-20000	84	66.7
20001 -50000	30	23.8
50001-170000	12	9.5
(รายได้เฉลี่ย 24,430.79 บาท, SD= 27,279, Min=0,Max=170,000)		
สถานะบุตร		
ไม่มีบุตร	11	8.7
บุตรยังไม่ได้ทำงาน	61	48.4
บุตรทำงานแล้ว	54	42.9

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 91.9 อายุระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.3 (อายุเฉลี่ย 52.50, SD = 6.24, Min= 35, Max=59 ปี) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 73.4 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 32.5 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 45.2 ระดับรายได้ 0 – 20000 บาท ร้อยละ 66.7 (รายได้เฉลี่ย 24,430.79 บาท, SD= 27,279, Min=0, Max=170,000) สถานะบุตร ยังไม่ได้ทำงานหรือยังต้องอุปการะเลี้ยงดูบุตรร้อยละ 48.4

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนหลอดเลือดที่อุดตัน จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา ชนิดการรักษา การนัดหมายรักษาเพิ่มเติม ยาที่ได้รับระหว่างเข้ารับการรักษา(ยานอนหลับ ยากระตุ้นความดันโลหิต ยาปิดกั้นบีต้า) และการมีโรคร่วม

ข้อมูลโรคและการรักษา	จำนวน (n = 126 คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
NSTEMI	67	53.2
STEMI	59	46.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลโรคและการรักษา	จำนวน (n= 126 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1 เดือน	40	31.7
2 เดือน	36	28.6
3 เดือน	50	39.7
หลอดเลือดที่อุดตัน		
1 เส้น	20	15.9
2 เส้น	71	56.3
3 เส้น	35	27.8
จำนวนครั้ง PCI		
1	96	76.2
2	26	20.6
3	1	0.8
4	3	2.4
จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา		
1	91	72.2
2	31	24.6
3	1	0.8
4	3	2.4
ชนิดการรักษา		
PCI อย่างเดียว	119	94.4
PCI ร่วมกับ CABG	7	5.6
การนัดหมายรักษาเพิ่มเติม		
ไม่มี	71	56.3
มี	55	43.7

ข้อมูลโรคและการรักษา	จำนวน (n= 126 คน)	ร้อยละ
ยาที่ได้รับระหว่างเข้ารับการรักษา		
ยานอนหลับ		
ได้รับ	104	82.5
ไม่ได้รับ	22	17.5
ยากระตุ้นความดันโลหิต		
ได้รับ	11	8.7
ไม่ได้รับ	115	91.3
ยาปิดกั้นบีต้า		
ได้รับ	121	96
ไม่ได้รับ	5	4
การใช้เครื่องช่วยหายใจ		
ไม่ใช้	117	92.9
ใช้	9	7.1
การมีโรคร่วม*		
DM	3	2.4
HTN	11	8.7
DLP	5	4
DM+HTN	21	16.7
DM+DLP	1	0.8
HTN+DLP	41	32.5
DM+HT+DLP	30	23.8
อื่นๆ(HDP, Stroke)	2	1.6

*กลุ่มตัวอย่าง 1 คนมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคชนิด NSTEMI จำนวน 67 คนคิดเป็นร้อยละ 53.2 และ STEMI จำนวน 59 คนคิดเป็นร้อยละ 46.8 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 3 เดือนร้อยละ 39.7 จำนวนครั้งที่ได้ขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 ครั้งร้อยละ 76.2 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา 1 ครั้งร้อยละ 72.2 ชนิดการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างเดีย্বর้อยละ 94.4 ไม่มีการนัดหมายรักษาเพิ่มเติมหรือสิ้นสุดการรักษาไปแล้ว ร้อยละ 56.3 ได้รับยานอนหลับยาในระหว่างเข้ารับการ

รักษาร้อยละ 82.5 ไม่ได้รับได้รับยานอนหลับยาในระหว่างเข้ารับการรักษาร้อยละ 17.5 ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตร้อยละ 8.7 ไม่ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตร้อยละ 91.3 ได้รับยาปิดกั้นบีต้าร้อยละ 96 ไม่ได้รับได้รับยาปิดกั้นบีต้าร้อยละ 4 มีการใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 7.1 ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 92.9 และ การมีโรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 32.5 รองลงมาคือ การมีโรคร่วม 3 โรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 23.8

ตอนที่ 2 การศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง การรับรู้อาการเจ็บอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว และการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 2.1 การศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและไม่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้เพื่อหัวใจตายเฉียบพลัน (n=126 คน)

กลุ่ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง	94	74.6
มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง	32	25.4
รวม	126	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 74.6 และกลุ่มตัวอย่างที่อาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 25.4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน (n=126 คน)

องค์ประกอบภาวะเครียดจากเหตุการณ์			
รุนแรง	mean	SD	Possible range
อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์รุนแรง	8.07	3.41	5-25
อาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น	11.03	3.94	7-35
อาการตื่นตัวสูง	8.92	3.71	5-25
คะแนนเฉลี่ยรวม	28.03	9.79	17-85

จากตารางที่ 4 แสดงกลุ่มตัวอย่างคะแนนเฉลี่ยของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเท่ากับ 28.03 (SD = 9.79) จากคะแนนรวมทั้งหมด 85 คะแนน เมื่อพิจารณาองค์ประกอบภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง พบว่าด้านที่มีคะแนนรวมรายด้านสูงสุดคือ ด้านที่ 3 อาการตื่นตัวสูง (Hyperarousal) (mean= 8.92, SD=3.71, min=5, max=21) รองลงมาคือ อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์รุนแรง (Re-experiencing) (mean = 8.07, SD=3.41, min=5, max=18) อาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (Avoidance) (mean =11.03, SD=3.94, min=7, max=23) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน (n=126 คน)

องค์ประกอบรายด้าน	กลุ่มมีอาการ PTS (32 คน)		กลุ่มไม่มีอาการ PTS (94 คน)		Possible Range
	mean	SD	mean	SD	
อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์รุนแรง	12.66	2.81	6.52	1.84	5-25
อาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น	16.06	3.1	9.32	2.45	7-35
อาการตื่นตัวสูง	13.28	2.86	7.45	2.65	5-25
คะแนนเฉลี่ยรวม	42	8.77	23.29	6.94	17-85

จากตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง จำนวน 32 คน มีค่าเฉลี่ยรายด้านเป็นดังนี้ อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์รุนแรง (mean = 12.66, SD= 2.81) อาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (mean = 16.06, SD = 3.1) และอาการตื่นตัวสูง (mean = 13.28, SD = 2.86) คะแนนเฉลี่ยรวม 42 คะแนน (SD = 8.77) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจำนวน 94 คน มีค่าเฉลี่ยรายด้านเป็นดังนี้ อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์รุนแรง (mean = 6.52, SD= 1.84) อาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (mean = 9.32, SD = 2.45) และอาการตื่นตัวสูง (mean = 7.45, SD = 2.65) คะแนนเฉลี่ยรวม 23.29 คะแนน (SD = 6.94)

ตารางที่ 6 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นของโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและจำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน (n = 32 คน)

กลุ่มอาการ	จำนวน (คน)
อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์รุนแรง (Criteria B)	27
อาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (Criteria C)	18
อาการตื่นตัวสูง (Criteria D)	23
มีคะแนนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นของโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง	11

จากตารางที่ 6 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเข้าเกณฑ์และจำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน เป็นดังนี้ ผู้ที่มีคะแนนครบตามเกณฑ์ในด้านอาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์รุนแรง (Criteria B) 27 คน ผู้ที่มีคะแนนครบตามเกณฑ์อาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (Criteria C) 18 คน ผู้ที่มีคะแนนครบตามเกณฑ์อาการตื่นตัวสูง (Criteria D) 23 ผู้ที่มีคะแนนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นของโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง 11 คน

ตอนที่ 3.2 การศึกษาการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกในมิติด้านความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกและคะแนนความถี่ 2 มิติของกลุ่มตัวอย่าง 126 คน

อาการเจ็บหน้าอก	Mean	SD.	Possible range	ระดับคะแนน
1.มิติด้านความรุนแรง	4.98	3.718	0-10	ปานกลาง
2.มิติด้านความทุกข์ทรมาน	5.00	3.629	0-10	ปานกลาง
คะแนนรวมทั้ง 2 มิติ	9.98	7.116	0-20	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงเนื้อหาหัวใจตายเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกในมิติด้านระดับความรุนแรงในระดับปานกลางคือ 4.98 คะแนน (SD= 3.718) (คะแนนสูงสุด 10 คะแนน) และมิติด้านความทุกข์ทรมานในระดับปานกลางคือ 5.00 (SD= 3.629) (คะแนนสูงสุด 10 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยโดยรวมทั้งสองมิติอยู่ในระดับปานกลางคือ 9.98 คะแนน (SD= 7.116, คะแนนต่ำสุด = 0, คะแนนสูงสุด 20 คะแนน)

ตารางที่ 8 แสดงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกระหว่างกลุ่มที่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (PTS) และกลุ่มที่ไม่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

กลุ่ม	จำนวน		Possible		
	(คน)	Mean	SD	range	ระดับ
กลุ่มไม่มีอาการ PTS	94	8.55	6.928	0-20	ปานกลาง
กลุ่มมีอาการ PTS	32	14.19	5.981	0-20	สูง
รวม	126			0-20	

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกเป็น 14.19 (SD=5.981) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และกลุ่มที่ไม่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกเป็น 8.55 (SD=6.928) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระดับความรุนแรงและระดับความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก (n=126 คน)

ระดับ (คะแนน)	มิติความรุนแรง		มิติความทุกข์ทรมาน	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่เลย (0)	23	18.3	17	13.5
น้อย (1-3)	36	28.6	43	34.1
ปานกลาง (4-6)	16	12.7	12	9.5
มาก (8-10)	51	40.5	54	42.9
รวม	126	100	126	100

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกในมิติด้านความรุนแรงระดับมากจำนวน 51 คนหรือร้อยละ 40.5 และคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกในมิติด้านความทุกข์ทรมานในระดับมากจำนวน 54 คนหรือร้อยละ 42.9

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะคุกคามของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามองค์ประกอบรายด้าน (n=126 คน)

การรับรู้ภาวะคุกคามรายด้าน	Mean	SD.	Possible range	ระดับคะแนน
1.ด้านร่างกายและภาวะแทรกซ้อน	16.57	5.793	10-40	ต่ำ
2.ด้านภาวะสุขภาพทั่วไป	14.92	5.496	9-36	ต่ำ
3.ด้านอาการจำเพาะกับโรค	8.55	2.878	6-24	ต่ำ
4.ด้านการทำงาน	6.11	2.310	4-16	ต่ำ
5.ด้านครอบครัว	4.85	2.276	3-12	ต่ำ
คะแนนเฉลี่ยรวม	50.97	15.74	32-128	ต่ำ

จากตารางที่ 10 พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ภาวะคุกคามของกลุ่มตัวอย่างกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยรวมเป็น 50.97 (SD = 15.74) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบรายด้านของ การรับรู้ภาวะคุกคามเป็นดังนี้ ด้านร่างกายและภาวะแทรกซ้อน (mean = 16.57, SD = 5.793) ด้านภาวะสุขภาพทั่วไป (mean = 14.92, SD = 5.496) ด้านอาการจำเพาะกับ

โรค (mean = 8.55, SD = 2.878) ด้านการทำงาน (mean = 6.12, SD = 2.31) และด้านครอบครัว (mean = 4.86, SD = 2.276)

ตอนที่ 3.4 การศึกษาความกลัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความกลัวรายด้านของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n=126 คน)

ความกลัวรายด้าน	Mean	SD.	Possible range	ระดับ
ความกลัวด้านปฏิสัมพันธ์	7.41	3.148	3-15	ปานกลาง
ความกลัวการเจ็บปวด	13.02	5.641	5-25	ปานกลาง
ความกลัวสูญเสียการควบคุม	6.06	2.618	3-15	ต่ำ
คะแนนความกลัวเฉลี่ย	26.49	10.175	11-55	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่า ความกลัวด้านการเจ็บปวดมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านสูงสุด คือ 13.02 (SD = 5.64) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือความกลัวด้านปฏิสัมพันธ์ 7.41 (SD = 3.14) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และความกลัวสูญเสียการควบคุม (mean = 6.06, SD = 2.618) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนความกลัวทุกด้านเป็น 26.49 (SD = 10.175) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 12 สรุปค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว การสนับสนุนทางสังคมและภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

ตัวแปร	Mean	SD.	Possible range	ระดับ
การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก	9.98	7.11	0-20	ปานกลาง
การรับรู้ภาวะคุกคาม	50.97	15.74	32-128	ต่ำ
ความกลัว	26.49	10.17	11-55	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	22.37	4.61	6-30	สูง
ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง	28.04	9.79	17-85	ต่ำ

จากตารางที่ 12 สรุปคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มตัวอย่างกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้แก่ตัวแปร คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกอยู่ระดับปานกลาง (mean = 9.98, SD = 7.11) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะคุกคามอยู่ระดับต่ำ (mean = 51.03, SD = 15.74) คะแนนเฉลี่ยความกลัวอยู่ระดับปานกลาง (mean = 26.49, SD = 10.17) คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทาง

สังคมอยู่ระดับสูง (mean = 22.37, SD=4.61) และคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง อยู่ระดับต่ำ (mean= 28.04, SD = 9.79)

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ หัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคามความกลัว การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกลุ่มนี้ หัวใจตายเฉียบพลัน ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=126 คน)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์	p - value
การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก	0.34	0.000
การรับรู้ภาวะคุกคาม	0.59	0.000
ความกลัว	0.43	0.000
การสนับสนุนทางสังคม	-0.11	0.217

*p < .05

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยซ์ไบซีเรียล ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า การรับรู้อาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = .34$) การรับรู้ภาวะคุกคามมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = .59$) ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = .43$) และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยคือ

1. เพื่อศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อายุระหว่าง 35 -59 ปีที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลราชวิถี ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2560 โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1. คุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่
 - 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในช่วงเวลา 1 -3 เดือนและมีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี
 - 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของจิตประสาทหรือได้รับยาทางจิตเวช
 - 3) ไม่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิตอื่นๆ เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง หรือไตวายเรื้อรัง
 - 4) สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้
 - 5) ไม่มีความผิดปกติในการมองเห็นหรือการได้ยิน
 - 6) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
2. คุณสมบัติในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่
 - 1) ผู้ป่วยมีอาการด้านร่างกายไม่คงที่ คือมีอาการ คือมีอาการเจ็บหน้าอก อากาศเหนื่อย ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนและขณะเก็บข้อมูล
 - 2) ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่นความดันโลหิตต่ำกว่า 90/ 60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 50 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้งต่อนาที และมีใช้ออกซิเจนมากว่า 38 องศาเซลเซียส

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษา แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคาม แบบสอบถามความกลัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของเอนริชและแบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนและหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ดังนี้ ความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .99 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคาม แบบสอบถามความกลัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.92, 0.89, 0.83, และ 0.87. ตามลำดับ และภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 126 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94, 0.92, 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โรคและการรักษา ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและค่าพิสัย

2.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point - Biserial Correlation)

สรุปผลการวิจัย

1.กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจำนวน 32 คนคิดเป็นร้อยละ 25.4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง 28.03 คะแนน (SD = 9.79) และกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าอาจมีการวินิจฉัยเบื้องต้น (Presumptive Diagnosis) เป็นโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8.7

2.การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคามและความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .34, .59$ และ $.43$ ตามลำดับ)

3.การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1.การศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจำนวน 32 คนคิดเป็นร้อยละ 25.4 โดยเมื่อนำแบบสอบถามภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (PCL -S) มาประเมินตามเกณฑ์การวินิจฉัยเบื้องต้น (Presumptive Diagnosis) ในจำนวนนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาจมีการวินิจฉัยเบื้องต้น (Presumptive Diagnosis) เป็นโรคเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจำนวน 11 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 8.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Bennette และคณะ (2002) ที่ศึกษาตัวแปรด้านบุคลิกภาพ บริบททางสังคมและปัจจัยด้านการรู้คิดกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 89 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 22 การศึกษาของ Malinauskaite และคณะ (2017) ศึกษาความกลัวตายและโอกาสเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มตัวอย่าง 90 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 26.7 และ Pendersen และคณะ (2003) ศึกษาความชุกในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 4 – 6 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่าง 112 คน พบความชุกร้อยละ 22 Spindler และคณะ (2005) ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ โดยงานวิจัยที่ศึกษาความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 9 เรื่อง พบว่าภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงมีความชุกแตกต่างกัน โดยพบความชุกได้ตั้งแต่ร้อยละ 0 ถึงร้อยละ 22 ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยแต่ละเรื่องนั้นมีความแตกต่างกันในรูปแบบการวิจัย ได้แก่ แบบแผนการวิจัย ระยะเวลาที่ทำศึกษา ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน (Castilla & Vazquez, 2011)

ส่วนผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับการงานวิจัยเรื่องอื่นๆ ที่ได้ทำการศึกษามาก่อน อธิบายได้ว่าเนื่องจากการศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวกันที่มีรูปแบบของอาการ ระยะเวลาที่เป็นโรค ความรุนแรงของโรค และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยและรักษาตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่กำหนดโดยสมาคมแพทย์ผู้ทำการรักษาโรคหัวใจต่างๆ เช่น สมาคมแพทย์โรคหัวใจอเมริกา American Heart Association (AHA) หรือสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งยุโรป European Society of cardiology (ESC)

แต่หากเปรียบเทียบภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในสาเหตุจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่ามีความชุกน้อยกว่าในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากสงคราม หรือจากเหตุอาชญากรรมที่พบ

ความชุกระหว่างร้อยละ 12.1 ถึง ร้อยละ 30.9 เนื่องจากเหตุการณ์สงครามมีระดับความรุนแรงของเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดจากสงครามที่มากกว่า (Edmondson & Känel, 2017) แต่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก็มีอิทธิพลเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้เนื่องจากโรคนี้อาจรบกวนการดำเนินชีวิตและความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคต (Driel & Velde, 1995)

การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในระดับต่ำ (Mean = 28.03, SD = 9.79) อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการรักษาที่เหมาะสม ทำให้เกิดผลกระทบในด้านจิตใจและอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในระดับต่ำ (Castilla & Vazquez, 2011) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรายด้านของกลุ่มอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง เป็นดังนี้ตามลำดับ คือ กลุ่มอาการภาวะตื่นตัวสูง (Mean = 8.92, SD = 3.71, possible range 5-25 คะแนน) อาการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์รุนแรง (Mean = 8.07, SD = 3.41, possible range 5-25 คะแนน) และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์รุนแรง (Mean = 11.03, SD = 3.94, possible range 7-35 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bennett และคณะ (2002) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มอาการที่พบมากที่สุดได้แก่ hyperarousal หรือกลุ่มอาการตื่นตัวสูง และการศึกษาของ Castilla และ Vazquez (2011) ศึกษาอารมณ์ด้านบวกและภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รูปแบบการวิจัยแบบระยะยาว (Longitudinal study) เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ช่วงเวลา คือ ระยะที่ 1 ในระหว่างเข้ารับการรักษา 24 – 48 ชั่วโมงแรก ระยะที่ 2 เดือนที่ 5 และระยะที่ 3 เดือนที่ 13 หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าที่ระยะ 5 เดือนกลุ่มตัวอย่างมีอาการ hyperarousal พบมากที่สุดรองลงมาคือ Re-experience และ Avoidance ตามลำดับ อธิบายได้ว่า hyperarousal เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่มีต่อสภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง นอกจากนี้ในการศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในกลุ่มประชากรอื่น เช่น การศึกษาของ วิเชียร ศรีภูธรและคณะ (2558) ที่ศึกษาความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในการบาดเจ็บทางสมองของกำลังพลกองทัพเรือที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ชายแดนใต้ พบอาการ hyperarousal มากที่สุดเช่นกันเนื่องจากการประสบเหตุการณ์รุนแรงจากการสู้รบทำให้การควบคุมร่างกายและจิตใจให้สงบหรือผ่อนคลายนั้นทำได้ยากผู้ป่วยจึงมีอาการตื่นตัวและระวังภัยตลอดเวลา

เมื่อพิจารณาข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือพบว่าข้อที่ 13 ได้แก่ การมีปัญหาในการหลับยากหรือหลับไม่สนิท (Mean = 1.9, SD = 1.01) อธิบายได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหล่านี้มักมีปัญหาในการหลับยากหรือหลับไม่สนิทรวมทั้งตื่นขึ้นมากลางดึกบ่อยๆ เนื่องจากมีความวิตกกังวลใจในด้านต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีนัดทำการรักษาเพิ่มเติม เช่น กลัวการผ่าตัด กลัวความ

เจ็บปวดและพบว่าบางรายมีอาการฝืนว่ากำลังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ทำให้สะดุ้งตกใจตื่นและนอนไม่หลับ รองลงมาคือข้อที่ 16 การตื่นตัวเกินธรรมดาหรือคอยเฝ้าระวังความปลอดภัย (Mean = 1.84, SD = 1.04) เนื่องจากกลัวว่าจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้นมาอีกโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้จึงพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมใดๆที่อาจส่งผลต่อให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกหรือทำให้เหนื่อย จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในกลุ่มที่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงพบว่า มีลักษณะของอาการดังนี้ การมีความทรงจำที่รบกวนซ้ำๆ หรือมีภาพประสบการณ์เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การหวนนึกถึงเหตุการณ์เจ็บแน่นหน้าอก และการได้ฟังการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ อาการฝืนถึงเหตุการณ์รุนแรง ได้แก่ ฝืนว่าได้เผชิญอาการเจ็บหน้าอก ส่วนสิ่งกระตุ้นให้หวนนึกถึงเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Reminder) ได้แก่ ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล และใบนัดตรวจรักษาในครั้งต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tulloch และคณะ (2015) ที่ศึกษาเชิงสำรวจเรื่องอาการแสดงของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ความกลัว การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.1 การรับรู้อาการเจ็บหน้าอกกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การรับรู้อาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .34$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาของ Wiedemar และคณะ (2008) ที่ศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คนพบว่าการรับรู้ความทุกข์ทรมานส่วนบุคคลในระหว่างเผชิญเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง โดยอาการเจ็บหน้าอกนี้ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการถูกคุกคามต่อร่างกายส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ซึ่งการตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบนี้จะพัฒนาไปสู่ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ Hari และคณะ (2010) ศึกษาปัจจัยการรับรู้ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกในระหว่างกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง โดยติดตามกลุ่มตัวอย่างในระยะยาว เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ช่วงเวลาได้แก่ ครั้งที่หนึ่งขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลครั้งแรก ครั้งที่สองภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2 เดือนและครั้งที่สามภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 32 เดือนจากการวิจัยพบว่าการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงที่ระยะภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2 เดือนโดยในระยะแรกไม่ปรากฏอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง และ Wikman et al.,(2012) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้ปัจจัยด้านอาการนำที่แตกต่างกัน 3 กลุ่มอาการคือ กลุ่มอาการเจ็บหน้าอก (Pain symptoms cluster) กลุ่มอาการเหนื่อย (Dyspnea

symptoms cluster) และกลุ่มอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียเล็กน้อย (Diffuse symptoms cluster) พบว่ากลุ่มอาการเจ็บหน้าอก (Pain symptoms cluster) สามารถทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ที่ระยะ 6 เดือนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนอีก 2 กลุ่มคือกลุ่มอาการเหนื่อย (Dyspnea symptoms cluster) และกลุ่มอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียเล็กน้อย (Diffuse symptoms cluster) ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง นอกจากนี้พบว่ากลุ่มอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์กับอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงทั้งในด้านอาการถูกรบกวนทางความคิดหรืออาการหวงรำลึกถึงเหตุการณ์รุนแรง (Intrusion) และอาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเตือนให้นึกถึงเหตุการณ์รุนแรง (Avoidance)

อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการแสดงที่สำคัญและทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยอาการแสดงนี้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการตีบของหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557) อาการเจ็บหน้าอกเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอกับความต้องการ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนที่ใช้ในกระบวนการ metabolism ทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่าง ๆ ไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกตรงผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี แล้วส่งกระแสประสาทเข้าสู่สมองเกิดการรับรู้และแปลความรู้สึกต่าง ๆ คือ ความรู้สึกไม่สบาย ปวดแน่นในทรวงอกหรือบริเวณใกล้เคียง (จริยา ตันติธรรม, 2547) ลักษณะเหตุการณ์ของอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและทันทีทันใด ไม่ได้คาดการณ์มาก่อน (Horowitz, 1986 อ้างถึงใน Bennette, 2002) มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน (จริยา ตันติธรรม, 2547) อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงเปรียบเสมือนกับภาวะการบาดเจ็บ (Trauma) ที่มีความหมายว่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว กะทันหัน การบาดเจ็บชอกช้ำหรือเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย และมีปัญหารบกวนความทรงจำหรือเป็นความทรงจำที่ทำให้ไม่สบายใจ (Figley, 2012)

อาการเจ็บหน้าอกจัดเป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นลักษณะเฉพาะของเหตุการณ์รุนแรง (Trauma Characteristics) ในที่นี้หมายถึงเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ ความสามารถในการควบคุมหรือทำนายและระยะเวลาที่เผชิญเหตุการณ์ จากแนวคิดการรู้จักของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของ Ehlers & Clark (2000) กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของเหตุการณ์รุนแรง (Trauma Characteristics) ว่ามีอิทธิพลต่อการประเมินค่าเหตุการณ์เป็นด้านลบ ได้แก่ ความคุกคาม ความสูญเสีย ความมีอันตราย อาการเจ็บหน้าอกทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดที่รุนแรง ทำให้หายใจไม่ออก ไม่มีแรง ผู้ป่วยจะมีความทรมาณและกลัวตาย (ชวนพิศ ทำนอง, 2541) รู้สึกกลัว วิดกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน รู้สึกเครียดและสูญเสียความเข้มแข็ง (Jerlock, Gaston-Johansson, & Danielson, 2005) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจึง

รับรู้ว่าร่ากายได้ถูกคุกคามและหัวใจกำลังได้รับอันตราย (Hari et al, 2010) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วย ประเมินเหตุการณ์เป็นลบหรือด้านร้ายแรงและส่งผลให้เกิดอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ (Ehlers & Clark, 2000)

โดยผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของกลุ่มที่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงมีระดับการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง คือคะแนนเฉลี่ยอาการเจ็บหน้าอกของกลุ่มที่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงเป็น 14.19 คะแนน (SD= 5.91) และคะแนนเฉลี่ยอาการเจ็บหน้าอกของกลุ่มที่ไม่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยเป็น 8.55 คะแนน (SD= 6.92) สรุปคือกลุ่มที่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกทั้งมิติด้าน ความความรุนแรง (Mean = 4.98, SD = 3.98) และมิติด้านความทุกข์ทรมาน (Mean= 5.00, SD= 3.62) ในระดับปานกลาง อธิบายด้วยเหตุผลสำคัญ 2 ประการคือ 1) กลุ่มตัวอย่างกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่ได้มีอาการแสดงของโรคแบบอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรง (Typical chest pain) ทุกราย จากข้อมูลของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (2557) กล่าวว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอาการนำแบบ Typical chest pain หรืออาการเจ็บหน้าอกเพียงร้อยละ 30 ส่วนที่เหลือคือกลุ่มที่มีอาการแสดงแบบอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มอาการเหนื่อยง่าย กลุ่มอาการหัวใจล้มเหลวทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง กลุ่มอาการเนื่องจากความดันโลหิตต่ำเฉียบพลัน หรือกลุ่มอาการแสบไม่สบายบริเวณหน้าอก เช่น ลิ้นปี หลัง แขนซ้าย หรือเหมือนอาหารไม่ย่อย เรียกว่า Atypical chest pain (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557) จากข้อมูลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บหน้าอกในระดับรุนแรงคือ pain scale 8-10 คะแนนจำนวน 51 คนคิดเป็นร้อยละ 40.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wikman และคณะ (2012) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามอาการแสดงนำที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล 3 กลุ่มพบว่า กลุ่มอาการเจ็บหน้าอก (Pain symptoms cluster) มีจำนวน 121 คนหรือร้อยละ 41.3 กลุ่มอาการหายใจเหนื่อย (Dyspnea symptoms cluster) และกลุ่มอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียเล็กน้อย (Diffuse symptom cluster) มีจำนวนรวมกัน 173 คน (ร้อยละ 58.8) และจากข้อมูลด้านการรักษาและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างได้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยบางรายจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติหรือไม่รู้สีกตัว หรือในบางรายมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น จุกเสียดท้อง คลื่นไส้อาเจียนหรืออาหารไม่ย่อยในกลุ่มนี้ผู้ป่วยจะรับรู้อาการเจ็บหน้าอกน้อยหรือไม่รู้สึกเจ็บหน้าอกเลย ดังนั้นเมื่อนำคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของกลุ่มตัวอย่างทุกรายมาหาค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกจึงมีผลให้คะแนนการรับรู้อาการ

เจ็บหน้าอกของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ได้แก่การมีโรคร่วมเบาหวาน (Junghans et al., 2015) เพศหญิงและผู้สูงอายุ (Braunwald et al., 2000) ที่มักจะมีอาการนำแบบ Atypical Chest pain จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคเบาหวานเป็นโรคร่วมจำนวน 55 คน (ร้อยละ 43.6) ทำให้การรับรู้อาการเจ็บหน้าอกในระดับต่ำกว่าหรือพบอาการนำในแบบ Atypical chest pain ได้มาก เนื่องจากโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะ diabetic autonomic neuropathy มีอิทธิพลต่อ pain thresholds ส่งผลต่อการรับรู้ความรู้สึกของหัวใจน้อยลง (Junghans, 2015 ; Marchant, Umachandran, Sreven, & Kopelman, 1993) การรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยเบาหวานจึงไม่รุนแรง ปัจจัยด้านเพศหญิงกล่าวคือเพศหญิงมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกน้อยกว่าเพศชาย (Braunwald et al., 2000; Hari et al., 2010) โดยเมื่อจำแนกคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกพบว่าในกลุ่มเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยรวม 10.21 (SD = 7.28) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง (Mean = 6.55, SD = 3.77) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Florez (2013) พบว่ากลุ่มอาการนำแบบเจ็บหน้าอก (Typical chest pain) พบในเพศชายร้อยละ 86.6 ซึ่งมากกว่าเพศหญิงคือพบร้อยละ 76.6

รับรู้ภาวะคุกคามกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรับรู้ภาวะคุกคามมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .59$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Romberge และคณะ (2010) ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าการรับรู้ภาวะคุกคามต่อชีวิตในระหว่างเผชิญเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง Driel และ Velde (1995) ศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่รับรู้ว่าจะภาวะของโรคเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจะไม่เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงตามมา

การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) เป็นปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factor) เป็นกระบวนการประเมินค่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ (Appraisal) โดยใช้ความคิด ความรู้ สติปัญญาและประสบการณ์ในการประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์ว่ามีความหมายอย่างไร กระทบต่อตนเองหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างไร ซึ่งการประเมินเหตุการณ์หรือสถานการณ์เป็นด้านลบ ได้แก่ เป็นอันตราย เป็นความสูญเสียและเป็นความคุกคามซึ่งเกิดจากบุคคลรับรู้การสูญเสียความปลอดภัยทางอารมณ์ จะส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะหากขาดปัจจัยในการต้านความเครียดต่างๆ จะทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่เรื้อรังได้ (Lazarus & Folkman, 1984) การเกิดอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและการคงอยู่ของอาการนี้ เป็นผลสืบ

เนื่องมาจากการประเมินเหตุการณ์และผลกระทบจากเหตุการณ์ของแต่ละบุคคลว่าได้เกิดความ
 คุกคาม (Perceived threats) ขึ้น (Ehlers & Clark, 2000)

ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับการรับรู้ภาวะคุกคามจาก
 โรค ได้แก่ 1) การรับรู้ความอันตรายของโรค ที่รับรู้ได้จากอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
 เฉียบพลัน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานจากอาการ เช่น เหนื่อย
 หายใจไม่ออก อ่อนเพลีย 2) การรับรู้ผลกระทบจากโรคต่อด้านต่างๆ ของชีวิตเช่น การที่ผู้ป่วยต้อง
 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในหลายๆด้านเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ 3) การรับรู้ความสามารถใน
 การควบคุมเป็นผลจากการรับรู้ประโยชน์ในที่นี่ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์จากการรักษาโดยเป็นการ
 ได้รับความรู้ถึงผลจากการกระทำหรือการรักษาว่าจะสามารถควบคุมโรคได้หรือไม่อย่างไร เช่น
 ประเมินว่าการรักษาที่จะได้รับมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการรักษาโรคและสามารถควบคุมอาการได้
 จะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคต่ำ (Florez, 2013)

ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเริ่มต้นตั้งแต่ การรับรู้
 อาการของโรคที่สำคัญ ได้แก่อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อย หายใจไม่ออกพร้อมกับมีความคิดว่า
 ตนเองจะตาย (จรรยา ตันติธรรม, 2546) การได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ การได้ฟังคำวินิจฉัยโรคและ
 การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (Lazarus & Folkman, 1984) การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat)
 นอกจากจะส่งผลต่อความทุกข์ทรมานของจิตใจและอารมณ์ด้านลบ (ClausVögele et al., 2012)
 เช่น เกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล และสูญเสียการควบคุม (Angelo & Reynolds, 1998;
 Wiedemar et al., 2008) แล้วยังส่งผลต่อการเลือกวิธีการเผชิญปัญหา โดยมักทำให้บุคคลเลือก
 วิธีการเผชิญปัญหาแบบเน้นการจัดการด้านอารมณ์ (Emotional focus coping) เช่น การรำพึง
 รำพันคร่ำครวญ (Rumination) ซึ่งวิธีการนี้เป็นการให้ความสำคัญกับอาการความทุกข์ทรมานทาง
 จิตใจมากกว่าที่จะมุ่งแก้ปัญหา (Maes et al., 1996 cited in ClausVögele et al., 2012) ส่งผลต่อ
 การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดอาการเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและความเรื้อรังของ
 อาการด้วย (Ehlers & Clark, 2000)

**การศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมการรับรู้ภาวะคุกคามของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
 อยู่ในระดับต่ำ (Mean 50.97 คะแนน, SD = 15.74 (possible range = 32-128, Min 32, Max
 92 คะแนน) ปัจจัยที่มีผลให้คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะคุกคามของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ใน
 ระดับต่ำ ได้แก่ 1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง
 หรือไม่รุนแรง (คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกเท่ากับ 4.98, SD =3.71, Min = 0, max =
 10) โดยอาการเจ็บหน้าอกเป็นปัจจัยพื้นฐานของเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอิทธิพล
 ให้ประเมินเหตุการณ์เป็นความคุกคาม (Ehlers & Clark, 2000) Weidemar และคณะ (2008)
 พบว่าอาการเจ็บหน้าอกส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะคุกคามจากโรคและเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์จาก**

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้อาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามจากโรคในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .26$) 2) ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลในระหว่างผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1-3 เดือนซึ่งผู้ป่วยได้ผ่านพ้นเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจในระยะแรกหรือในระยะเฉียบพลันที่จัดเป็นวิกฤตไปแล้ว ผู้ป่วยได้สิ้นสุดจากอาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อย หายใจไม่ออกและได้รับการรักษาต่างๆเรียบร้อยแล้ว อาการต่างๆ ความทุกข์ทรมานจากอาการได้ทุเลาหรือสิ้นสุดไป ผู้ป่วยจึงรู้สึกปลอดภัยทำให้การประเมินความคุกคามจากโรคลดลง

เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะคุกคามสูงสุดคือข้อที่ 13 “หลุดเลือดหัวใจของฉันทันที” (Mean = 2.03, SD = .995) และข้อ 4 “เหนื่อยกว่าปกติ” (Mean = 1.9, SD = 1.011) อธิบายได้ว่า ในระยะที่ทำการศึกษานี้คือภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1-3 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการให้ความรู้จากบุคลากรทีมสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ บำบัด แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด หากผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่นๆ เช่น เบาหวาน จะได้รับการสอนความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน โดยขั้นตอนการสอนของบุคลากรทีมสุขภาพ แต่ละด้านจะให้ความรู้ด้านโรค พยาธิสภาพของโรคและการรักษา ผู้ป่วยจึงจะได้รับทราบข้อมูลพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับหลุดเลือดหัวใจว่าหลุดเลือดหัวใจเกิดจากการอุดตันอย่างกะทันหันจากคราบไขมันส่งผลให้เกิดการอุดตันการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การที่ผู้ป่วยได้รับฟังข้อมูลด้านโรคและการรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจึงเกิดความตระหนักและจดจำสาเหตุของการเกิดโรค ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะคุกคามในข้อ “หลุดเลือดหัวใจของฉันทันที” มากที่สุด รองลงมาคือข้อ 4 เหนื่อยกว่าปกติ เนื่องจากภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีอาการเหนื่อยกว่าปกติอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตญา ฤทธิ์เพชร (2554) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจยังมีอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียมากที่สุด ทั้งมิติด้านความถี่ ความรุนแรง การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกายและการรบกวนความสุขในชีวิต

ส่วนการประเมินความคุกคามข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือข้อที่ 24 “การดูแลทางการแพทย์ที่ฉันทันที” (Mean = 1.22 , SD = .532) และข้อที่ 29 “การสูบบุหรี่ของฉันทันที” (Mean = 1.22 , SD = .631) จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างอธิบายว่า ในระหว่างเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลรักษา การได้รับข้อมูลการดูแลรักษาทำให้ผู้ป่วยมีมั่นใจในการรักษาว่าสามารถควบคุมโรคให้ไม่เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ โดยแพทย์ได้ให้ข้อมูลถึงความเสี่ยงต่างๆก่อนทำการรักษาว่า ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการรักษามีเพียงเล็กน้อย (แพทย์ผู้รักษาได้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยว่า

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาไม่เกินร้อยละ 2) ผู้ป่วยได้รับรู้และตัดสินใจว่าการรักษานั้นว่าไม่ก่อให้เกิดอันตราย ดังนั้นผู้ป่วยจึงประเมินเหตุการณ์เป็นด้านดีซึ่งเป็นการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการรักษา ส่งผลให้การรับรู้ภาวะคุกคามมีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ และในข้อ “การสูบบุหรี่ของฉัน” อธิบายได้ว่าการคัดเลือกรุ่นตัวอย่างมีเกณฑ์ในการคัดเข้าคือเป็นผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1-3 เดือน ดังนั้นจึงเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้สิ้นสุดการรักษาและอยู่ในช่วงติดตามการรักษาซึ่งตรงกับระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 2-3 (Cardiac Rehabilitation phase 2 และ 3) ซึ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประวัติสูบบุหรี่และยังไม่เลิกสูบบุหรี่จะได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่และส่งปรึกษาคลินิกเลิกบุหรี่ทุกรายเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ (Zhang et al., 2015) จึงส่งผลให้คะแนนในข้อนี้ต่ำเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบสนองสอบถามส่วนใหญ่สามารถเลิกสูบบุหรี่แล้ว

2.3 ความกลัวกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ($r = 0.43$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Guler และคณะ (2009) ศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยคัดกรองอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงจากกลุ่มตัวอย่าง 951 คน พบว่าความรู้สึกกลัวตายในระหว่างผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาล ขณะอยู่ในห้องฉุกเฉินและในหอผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงโดยมีระดับคะแนนความรู้สึกกลัวตายอยู่ที่ 2.7 ± 3 (คะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน) โดยปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ น้อย เพศ ชนิดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวนหลอดเลือดที่อุดตัน ระดับเอนไซม์หัวใจที่หลังออกมาเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (cardiac enzyme) ไม่มีความสัมพันธ์ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง Bennett and Brook (1999) ศึกษาอาการการถูกรบกวนทางความคิดกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 6-12 เดือน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 44 คน พบว่าประสบการณ์ความกลัวในระหว่างเผชิญเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในอีกเวลา 3 เดือนต่อมา Roberge และคณะ (2010) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการบันทึกเทปครั้งแรกในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษา ประสบการณ์การรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ครั้งที่ 2 หลังเข้ารับการรักษา 1 เดือน ได้แก่ การประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะคุกคามและการตอบสนองทางอารมณ์ต่างๆ ได้แก่ ความกลัว ความสิ้นหวัง และความหวาดหวั่นใน

ระหว่างเผชิญระหว่างเผชิญเหตุการณ์กล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถทำนายภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้ใน 1 เดือนต่อมา

ความกลัวเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ โดยเป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์และผลของเหตุการณ์เป็นด้านลบโดยประเมินว่าการเกิดกล้ำเนื้อหัวใจตายเป็นอันตรายจึงทำให้เกิดความรู้สึกกลัว (Ehlers & Clark, 2000) ผลของความกลัวต่อภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง โดยความกลัวมีผลทั้งด้านกระบวนการรู้คิดได้แก่ความกลัวจะรบกวนกระบวนการคิดระหว่างเหตุการณ์ที่มีผลในการสร้างมโนภาพต่อเหตุการณ์ และการเก็บข้อมูลความทรงจำในระบบความทรงจำอัตโนมัติของตัวตนเอง และผลด้านด้านชีววิทยาความรู้สึกกลัวทำให้มีการหลั่ง cortisol และ Norepinephrine (Bremner, 2000; Johnson et al., 2012; Sherin & Nemeroff, 2011) ผลของ cortisol ทำให้กระบวนการเข้ารหัสข้อมูลความทรงจำของเหตุการณ์มีความบกพร่องและการค้นคืนความจำได้ยาก (intentional recall) (Ehlers & Clark, 2000) ส่วน Norepinephrine มีผลต่อการเข้ารหัสความจำ ทำให้ความทรงจำของเหตุการณ์รุนแรงและความทรงจำด้านอารมณ์จากเหตุการณ์รุนแรงเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ภาพเหตุการณ์รุนแรงชัดเจนขึ้น เกิดอาการภาพติดตา (flashback) อาการตื่นตัวสูงและอาการหวาดระแวง (Bremner, 2000) นอกจากนี้การตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความกลัวนี้ ยังส่งผลในการเลือกวิธีการเผชิญปัญหาหรือพฤติกรรมเพื่อควบคุมความทุกข์ โดยเมื่อเกิดความกลัวผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นความกลัวจึงทำให้ไม่อาจเกิดการประเมินค่าใหม่และขัดขวางการแก้ไขการประเมินค่าเหตุการณ์ (Reappraisal) กระบวนการเผชิญปัญหาจึงทำได้ยากหรือไม่มีประสิทธิภาพ (Matthieu & Ivanoff, 2006) และทำให้ความทรงจำที่ไม่ดีต่อเหตุการณ์ยังคงอยู่ส่งผลให้เกิดอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ดังนั้นความกลัวในระหว่างเกิดเหตุการณ์ของโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายจึงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงภายหลังการเกิดกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างมาก (Bennett & Brooke, 1999; Wiedemar et al., 2008; Steptoe et al., 2011)

เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านพบว่าความกลัวด้านการได้รับบาดเจ็บทางด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านสูงที่สุด (คะแนนเฉลี่ยความกลัวด้านการได้รับบาดเจ็บทางด้านร่างกาย (Mean = 15.02, SD = 5.64, possible range 5-25) รองลงมาคือด้านที่ 1 (ความกลัวด้านการปฏิเสธสัมพันธ์ Mean = 7.41, SD = 3.14, possible range 3-15) และด้านที่ 3 กลัวสูญเสียการควบคุม (กลัวสูญเสียการควบคุม Mean = 6.06, SD = 2.61, possible range 3-15) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาคะแนนรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือข้อที่ 4 กลัวเมื่อมีอาการเกิดขึ้น (Mean = 2.77, SD = 1.37) และข้อที่ 8 รู้สึกกลัวมากเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น (Mean = 2.63, SD = 1.213) ซึ่งทั้ง 2 ข้อนี้เป็นข้อที่อยู่ในด้านความกลัวการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย โดยเป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์ว่าจะก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิตได้ อธิบายได้ว่า สาเหตุของความกลัวในระยะแรกหรือ

ระหว่างเผชิญเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเจ็บปวดอาการเจ็บหน้าอก และอาการอื่นๆ การถูกโดดเดี่ยวและความไม่มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอันตรายหรือการบาดเจ็บได้ (Bowman, Watson, & Beasty, 2006) ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค เช่น อาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรง (คะแนนความปวดตั้งแต่ 8 คะแนน) อาการหายใจเหนื่อย และการรับรู้ความรุนแรงของเหตุการณ์ (perceived severity of event) ความคาดหวังเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรับรู้ความเสี่ยงว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสิ่งที่ร้ายแรงเร่งเครียด การรับรู้ภาวะคุกคามที่ได้รับระหว่างเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Albarqouni et al., 2015) สาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว ได้แก่ กลัวตาย กลัวพิการ กลัวความเจ็บปวด และกลัวที่จะต้องพึ่งพา (Momennasab และคณะ, 2012)

ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อต่ำที่สุดคือข้อที่ 9 กลัวสิ่งแวดล้อมต่างๆในหอผู้ป่วยหนัก เช่น เครื่องมือต่างๆเสียงต่างๆที่ไม่คุ้นเคย โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการกลัวที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมต่างๆที่ไม่คุ้นเคยในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือชีวิตเท่ากับความเจ็บปวดหรืออาการแสดงจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.4 การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง แตกต่างจากการศึกษาของ Bennette & Brook (2002) และ Marke & Bennett (2013) แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rocha และคณะ (2008) ที่ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง เนื่องจากเก็บรวบรวมเก็บข้อมูลวิจัยในระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะแรกซึ่งเป็นช่วงวิกฤต ผู้ป่วยจึงไม่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยญาติหรือครอบครัว

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าในการศึกษานี้เครื่องมือประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อคำถามที่สอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่างๆไป ไม่ได้ระบุช่วงเวลาหรือกำหนดช่วงเวลาที่ได้รับ การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นคนในครอบครัว เพื่อนและญาติ แต่ไม่ได้รวมถึงผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นทีมผู้ให้การรักษาพยาบาล

ในด้านระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาระยะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ Hari และคณะ (2010) และ Wiedemar และคณะ (2008) พบว่าการรับรู้ส่วนบุคคล (Subjective perception) และสภาวะอารมณ์ระหว่างเผชิญเหตุการณ์รุนแรง (Emotional during trauma) ส่งผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง จึงเป็นไปได้ว่าการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงควรประเมินตั้งแต่

ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมตั้งแต่ในระยะเวลาระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งในด้านการให้ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ความเสี่ยงต่างๆจากโรคหรือการรักษา การรับรู้ประโยชน์จากการรักษาว่าสามารถควบคุมโรคและอาการได้ ซึ่งตรงกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information support) และการประเมินค่าใหม่ (Re-appraisal) การที่ผู้ป่วยเผชิญกับความทุกข์ทรมานจึงต้องการการสนับสนุนทางสังคมในด้านการประคับประคองทางด้านอารมณ์ (Emotional support) ดังนั้นในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้ผู้ป่วยควรจะได้รับ การสนับสนุนทางสังคมจากทีมผู้ให้การรักษาพยาบาล เนื่องจากทีมผู้ให้การรักษาพยาบาล เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านความรู้เรื่องโรคและการรักษา การพยากรณ์โรค สามารถส่งเสริมและให้ผู้ป่วยได้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสถานการณ์ เกิดการประเมินค่าใหม่ที่ถูกต้อง ลดปัญหาด้านอารมณ์ต่างๆและภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง คือ 22.37 (SD = 4.06) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อาจเนื่องจากลักษณะด้านวัฒนธรรมทางสังคมของคนไทยจะมีความรักใคร่ ผูกพัน มีการดูแลซึ่งกันและกันในครอบครัวทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การสนับสนุนอย่างเพียงพอ (ชาย โพธิ์สิตา, 2554) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่มากที่สุดร้อยละ 79.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่มากที่สุดถึงร้อยละ 84.4 และคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (Mean = 22) โดยในสังคมไทยการมีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่ด้วยกัน ทั้งพ่อ แม่ บุตร หลาน ทำให้มีความใกล้ชิด มีความผูกพันต่อกัน มีการปฏิสัมพันธ์เป็นประจำและสม่ำเสมอทำให้บุคคลเกิดความอบอุ่น มั่นคง ปลอดภัย นอกจากนี้ระบบเครือญาติจะเป็นแหล่งที่พึ่งพาช่วยเหลือทางการเงินซึ่งกันและกันด้วย (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน :2540)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 25.4 และในด้านตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคามและความกลัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้นการค้นหาคำวิจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่ในระยะแรกเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนั้นเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการประเมินและค้นหาปัญหาในระยะแรก ซึ่งจะช่วยลดการเกิดและ

ความเรื้อรังของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงที่จะส่งผลดีต่อการรักษา และการฟื้นฟูสภาพภายหลังเผชิญเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการปัญหาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

- จากผลการวิจัยพบความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 25.4 ซึ่งมีความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย พยาบาลหรือทีมการรักษาพยาบาลควรมีการประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะการตรวจติดตามการรักษา หรือในช่วงเข้ารับการรักษาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ด้วยการประเมินโดยใช้เครื่องมืออย่างง่ายหรือการสอบถามผู้ป่วยด้วยคำถามสั้นๆ หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงควรส่งปรึกษาแพทย์รับทราบ วินิจฉัยโรคและทำการแก้ไขรักษาต่อไป

- ควรมีการประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกและการรับรู้ที่ทุกข์ทรมาน จะช่วยลดอาการภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและทำให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ได้แก่ การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น การดูแลการได้รับออกซิเจน การส่งเสริมการพักผ่อน

- การประเมินการรับรู้ภาวะคุกคามหรือการรับรู้โรคของผู้ป่วยแต่ละบุคคล รวมทั้งการลดการรับรู้ภาวะคุกคามได้แก่ การลดความรู้สึกเจ็บปวดและอาการต่างๆ การให้ความรู้เรื่องโรคและประโยชน์จากการรักษาโรค ซึ่งเป็นกรรับรู้ภาวะคุกคาม ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับการรับรู้ภาวะคุกคามจากโรคการรับรู้ความสามารถในการควบคุมเป็นผลจากการรับรู้ประโยชน์ในที่นี้ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์จากการรักษาโดยเป็นการได้รับความรู้ถึงผลจากการกระทำหรือการรักษาว่าจะสามารถควบคุมโรคได้หรือไม่อย่างไร เช่น ประเมินว่าการรักษาที่จะได้รับมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการรักษาโรคและสามารถควบคุมอาการได้จะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคต่ำ

- ด้านความกลัว ได้แก่ การประเมินความกลัวของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งระดับความรุนแรงและประเภทของความกลัวที่ผู้ป่วยเผชิญ และการวางแผนการพยาบาลเพื่อความรู้สึกลัวของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การลดความรู้สึกลัวได้แก่ การให้ผู้ป่วยได้มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (Religious support) การสื่อสารและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและสภาวะอาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Family support) เพื่อลดความกลัวตามความเหมาะสมและตามความเชื่อของแต่ละบุคคล

ในด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยหรือตัวแปรอื่นๆที่มีผลต่อภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. ควรมีการศึกษาภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในช่วงระยะเวลาต่างกันและในรูปแบบการวิจัยอื่นๆ เช่น Prospective research study เนื่องจากการเก็บข้อมูลด้านความรู้สึกหรือสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยในระหว่างเผชิญเหตุการณ์จริง จะทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลตรงกับความรู้สึกจริงของผู้ป่วยมากที่สุด



รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). สถิติสาธารณสุข 2558. Retrived 10 มกราคม 2560, from file:///C:/Users/hp/Pictures/AMI/health_statistic2558.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. (2547). *แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กังสตาล เฟ็งล่อง. (2556). *ภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังอันตรายของผู้ป่วยทหารอากาศที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัญญาวีร์ เกิดมงคล. (2554). *ผลของการให้ข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของ มารดา*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขนิษฐา ผลพฤกษ์. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความกลัวการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลของเด็กวัยเรียน*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา ตันติธรรม. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติกรบรรณการ.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. (2550). *คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2541). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาตรีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาย โปธิสิตา. (2554). *การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวและครัวเรือนไทย: เรา ไม่รู้อะไร*. ประชากรและสังคม. Retrieved 18 มกราคม, 2560, from <http://www2.ipr.mahidol.ac.th/ConferenceVII/Download/2011-Article-02.pdf>
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2009). ปัญหาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจและปอดและการพยาบาล. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 22-31.
- ธวัชรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย, นันทพร แสนศิริพันธ์ และกรรณิการ์ กันธะรักษา. (2556). ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 14, 12-21.
- นิตญา ฤทธิเพชร. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*

- ที่ได้รับ การขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ไออินเตอร์มีเดียรี่.
- ปภาพสรีร์ เจริญพัฒนาภัก. (2556). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ผดุงเกียรติ เขาวนกระสินธุ์, อิศรา รักษ์กุล และอำนาจ รัตนวิสัย. (2554). ความเที่ยงตรงและความ เชื่อถือได้ของแบบคัดกรองโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(4), 395-402.
- ผ่องพรรณ แสงอรุณ. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศึกษาวินิจฉัยอินเทอร์เน็ต.
- พนม เกตุมาน. (2547). *ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (Posttraumatic stress Disorder)*. Retrieved 2 ก.ค.2560, 2560, from <http://kaiwaisai.com/v2/files/news/PTSD.pdf>
- พวงผกา กรีทอง. (2550). *โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาตรีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บอกต่อความสามารถในการ จัดการกับอาการเจ็บอก สภาวะการทำหน้าที่ร่างกาย และสภาวะอาการเจ็บอกในผู้ป่วยกลุ่ม อาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยี่สุน ข่อยพานิชย์, ยศวรรณ นิพัฒน์ศิริผลและสุนันสุดดี. (2547), "การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือด หัวใจ" ใน *การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติเล่ม 2*, ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี เอ ลิฟวิ่งจำกัด.
- ธณชัย คงสกลธ์. (2548). *ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์วินาศภัย Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- รุ่งทิพย์ เป้าตุน. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย*.

- วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลักษณะ มะเร็งก. (2553). *ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วสิน พุทธาริ. (2550), "Atherosclerosis และโรคหัวใจโคโรนารี", ใน *ตำราอายุรศาสตร์ 4*, วิทยา ศรีตามา,บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสิณี เมธาประภามร. (2547), "การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ", ใน *การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติเล่ม 2*. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช,บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง.
- วิเชียร ศรีภูธร, พรหมพิทักษ์ ไหว้พรหม, เนตรนภิส จันทวัฒน์และปิยะมาภรณ์ สิงห์คำ. (2058). ความชุกการบาดเจ็บทางสมองภาวะเครียดจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้า กำลังพลกองทัพเรือที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ชายแดนใต้. *วารสารแพทยนาวิ*, 1(42), 49-71.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ:แบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- วิจิตา ไชยศรี. (2549). *ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในข้าราชการครูอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เวทีนี สตะเวทิน. (2551). *ความสัมพันธ์ของการให้ความหมายของสถานการณ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเด็กผู้ประสบภัยสึนามิ ในเขตอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินต์ติ้ง
- สมจิต สุทชนะ. (2543). *ผลการปรับโครงสร้างทางปัญญาต่อการประเมินค่าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี 2557*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. (2540). *สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 22 เรื่องที่ 7 ครอบครัวไทย*. Retrieved 10 มกราคม, 2560, from <http://kanchanapisek.or.th/kp6/sub/book/book.php?book=22&chap=7&page=t22-7-infodetail01.html>.

สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคมกลุ่มอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุจินดา ริมทอง, อรุณศรี เตชสังข์และสุภามาศ ผาติประจักษ์. (2556). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาลเล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.

สุทธิพร จิตต์มิตรภาพและคณะ. (2552). *พจนานุกรมศัพท์แพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เสาวนีย์ เนาวพานิช. (2553). *คู่มือปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน ที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention)*. Retrived 20 กันยายน 2558, from http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_MEd/admin/download_files/14_67_1.pdf

อุไร ศรีแก้ว. (2543). *การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด: การดูแลอย่างต่อเนื่อง*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพฯ: ธรรมสารจำกัด.

ภาษาอังกฤษ

Abbas, C. C., Schmid, J. P., Guler, E., weidemar, L., BEGRÉ, S., SANER, H., . . . KÄNEL, R. V. (2009). Trajectory of posttraumatic stress disorder caused by myocardial infarction: a two-year follow-up study. *Int J Psychiatry Med.* , 359-376.

Albarqouni, L., Rothe, A. v. E., Ronel, J., Meinertz, T., & Ladwig, K. (2015). Frequency and covariates of fear of death during myocardial infarction and its impact on prehospital delay: findings from the multicentre MEDEA Study. *Clin Res Cardiol* 105, 135-144.

Allen, G. (1998). *The Effect of Fear on Myocardial Infarction Patients in Intensive Care Units*. (A dissertation for the degree of Doctor of science in nursing), University of Alabama at Birmingham.

- Alonzo, A. (2000). The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder : The consequence of cumulative adversity. *Social science & Medicine*. 50, 1475-1484.
- American Psychiatry Association [APA]. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorder*. Washington D.C.: Author.
- Andrew P. Levin, Stuart B. Kleinman, & John S. Adler, J. (2014). DSM-5 and Posttraumatic Stress Disorder. *J Am Acad Psychiatry Law*, 42, 146 –158.
- Angelo, A. A., & Reynolds, N. R. (1998). The structure of emotions during acute myocardial infarction: a model of coping. *Soc Sci med*, 46(9), 1099-1100.
- Atik, D., Neşe, A., Çakır, M., Ünal, A., & Yüce, U. Ö. (2015). Post traumatic stress and anxiety in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(8), 1878-1884.
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G., & Shalev, A. Y. (2007). Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Battered Women: The Mediating Role of Learned Helplessness. *J Fam Viol*, 22, 267–275.
- Bennett, P., & Brooke, S. (1999). Intrusive memories, post traumatic disorder and myocardial infarction. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 411-416.
- Bennett, S. J. (1992). Percieved threats of individual recovering from myocardial infarction. *Heart and Lung*, 21, 322-326.
- Bennett, S. J., Paula, P., Nancy, W., & Nancy, A. (1996). Development of an instrument to measure threat related to cardiac events. *Nurs Res.*, 45, 266-270.
- Bennette, P., Convoy, M., Clatworthy, J., Brook, S., Owen, R., & Wales, c. (2001). Predicting posttraumatic symptom in cardiac patients. *Heart and Lung*, 30(6), 458-465.
- Bennette, P., Owen, R. L., Koutsakis, S., & Bisson, J. (2002). Personality social cortex and cognitive predictor of Posttraumatic stress in myocardial infarction patients. *Psychology and Health*, 17, 489-500.
- Bowman, G., Watson, R., & Beasty, A. T.-. (2006). Primary emotion on patients after myocardial infarction. *Journal of advance nursing*, 53(6), 636-645.
- Braunwald, E., Antman, E. M., Brasley, J. W., M. Califf, R., Cheitlin, M. D., Hochman, J., . . . Pepine, C. J. (2000). ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients

- With Unstable Angina and Non–ST-Segment Elevation Myocardial Infarction A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *Journal of the American College of Cardiology*, 36, 970–1062.
- Bremner, J. D. (2000). *Encyclopedia of stress volume 3 N-Z Index* (G. Fink Ed. Vol. 3). Canada: Academic press.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 , 748-766.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376.
- Broadbent, E., Petriea, K. J., Maina, J., & Weinmanb, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Carlson, E. B., & Dalenberg, C. J. (2000). A Conceptual Framework for the Impact of Traumatic Experiences. *Clinical Psychological review* 23, 339-376.
- Castilla, C., & Vazquez, C. (2011). Stress -related symptoms and positive emotion after myocardial infarction: a longitudinal study. *European Journal of Psychotraumatology*. doi: 10.3402/ejpt.v2i0.8082
- Chaiyawat, W. (2000). *Psychometry properties of Thai version of The state-trait anxiety inventory for children revised (STAIC-R) and the child's medical fear scale Revised (CMFS-R) in Thai school age children* (A Dissertation for the degree of Nursing Science), Faculty of the school of nursing of University of Buffalo.
- ClausVögele, Christ, O., & Spaderna, H. (2012). Cardiac threat appraisal and depression after first myocardial infarction. *Frontiers in Psychology*, 365.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques*. New York: John Wiley and Sons.
- Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associated.

- Doerfler, L. A., Paraskos, J. A., & Piniarski, L. (2005). Relationship of quality of life and perceived control with posttraumatic stress disorder symptoms 3 to 6 months after myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil.*, 25, 166-172.
- Doerfler, L. A., Pbert, L., & DeCosimo, D. (1994). Symptom of Posttraumatic stress following Myocardial and coronary artery bypass graft. *Gen Hosp Psychiatry.*, 16(13), 193-199.
- Driel, R. C. v., & Velde, W. O. d. (1995). Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 151–159.
- Edmondson, D., & Känel, R. v. (2017). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Lancet Psychiatry*, 4 , 320-329.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* ,38 , 319-345.
- Figley, C. R. (2012). *Encyclopedia of Trauma*. Los Angeles: Thousand Oaks, SAGE Publications.
- Fiola L, Dupuis, G., D'Antono, B., & White, M. (2011). Post-Traumatic Stress Disorder after Myocardial Infarction: Impacts on cardiovascular complication. *Journal International De Victimologie* 11(1), 17-26.
- Florez, E. (2013). *Perceived Threat of a Heart Attack among Mexican Americans with Cardiovascular Disease Risk*. (Dissertation for The degree of Doctoral of Philosophy) , University of Illinois, Chicago.
- Foa, E. B., Cashman, L., Lisa, J., & Kevin, P. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9 , 445-451.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine*, 26, 309-317.
- Gander, M. L., & Känel, R. v. (2006). Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 13, 165-172.
- Ginzburg, Solomon, Koifman, Keren, Roth, Kriwisky, . . . A., B. (2003). Trajectories of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: a prospective study. *J Clin Psychiatry.*, 64(10), 1217-1223.

- Ginzburg, K. (2006). Comorbidity of PTSD and depression following myocardial infarction. *Journal of affective disorder*, 96, 135-143.
- Guler, E., Schmid, J.-P., Wiedemar, L., Saner, H., Schnyder, U., & Känel, R. v. (2009). Clinical diagnosis of posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Clin Cardiol.*, 32 , 125-129.
- Hari, R., Bègré, S., Schmid, J.-P., Saner, H., Gander, M.-L., & Von Känel, R. (2010). Change over time in posttraumatic stress caused by myocardial infarction and predicting variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 143-150.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine* 41, 209-218.
- Howard, S., & Crandall, M. W. (2007). Post Traumatic Stress Disorder What Happens in the Brain? . *Washington Academy of Sciences* 1-17.
- Jerlock, M., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. (2005). Living with unexplained chest pain. *Journal of clinical nursing*, 14, 956-964.
- Johnson, L. R., McGuire, J., Lazarus, R., & Palmer, A. A. (2012). Pavlovian fear memory circuits and phenotype models of PTSD. *Neuropharmacology*, 62 638e646.
- Junghans, C., Sekhri, N., Zaman, M. J., Hemingway, H., Feder, G. S., & Timmis, A. (2015). Atypical chest pain in diabetic patients with suspected stable angina: impact on diagnosis and coronary outcomes. *European Heart Journal*, 1, 37–43.
- Jusmin, S. (1979). and Trygstad. Behavioral concepts and the nursing process. St. Louis : The C.V. Mosby Company
- Krebs, E. E., Carey, T. S., & Weinberger, M. (2007). Accuracy of the Pain Numeric Rating Scale as a Screening Test in Primary Care. *J Gen Intern Med.*, 22(10), 1453–1458.
- Ladwig, K. H., Baumer, J., Marten - Mittag, B., Kolb, C. Z., Bernhard , & Schmitt, C. (2008). Posttraumatic stress symptoms and predicted mortality in patients with implantable cardioverter-defibrillators: results from the prospective living with an implanted cardioverter-defibrillator study. *Archives of General Psychiatry*, 65(11), 1324-1330.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer.

- Ledwich, J. R. (1977). Chest pain in the early recognition of large infarcts. *CMA journal*, 8(116), 38-42.
- Malinauskaite, I., Slapikas, R., Courvoisier, D., Mach, F., & Gencer, B. (2017). The fear of dying and occurrence of posttraumatic stress symptoms after an acute coronary syndrome: A prospective observational study. *Journal of Health Psychology*, 22, 208-217.
- Marchant, B., Umachandran, V., Sreven, R., & Kopelman, P. G. (1993). Silent Myocardial Ischemia : Role of subclinical Neuropathy in Patients with and without Diabetes *JACC*, 22, 1433-1437.
- Marke, V., & Bennett, P. (2013). Predicting post-traumatic stress disorder following first onset acute coronary syndrome: Testing a theoretical model. *British Journal of Clinical Psychology* 52, 70–81.
- Matthieu, M. M., & Ivanoff, A. (2006). Using Stress, Appraisal, and Coping Theories in Clinical Practice: Assessments of Coping Strategies After Disasters. *Oxford Journals Medicine Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 337-348.
- Maynard, C., & Torres, S. (1997). *Comprehensive Psychiatric nursing*. USA: Mosby Year book.
- McMillan, & Burr. (2010). *Heart rate Variability. Cardiac Nursing*. . China: Wolters Kluwer Health Lippincott William and Wilkins.
- McPhearson, R. W. (1998). *Posttraumatic stress disorder as a consequence of myocardial infarction: A study of contributing factors*. (Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy), The University of Southern Mississippi.
- Momennasab, M., Moattari, M., Abbaszade, A., & Shamshiri, B. (2012). Spirituality in survivors of myocardial infarction. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17, 343-351.
- Moors, A. (1986). Frightened of fear. *Nursing time*. 1, 35.38.
- National center for PTSD. (2012). Using the PTSD checklist. Retrieved April, 18, 2015, from <https://sph.umd.edu/sites/default/files/files/PTSDChecklistScoring.pdf>
- Nieveen, J. L., Zimmerman, L. M., Barnason, S. A., & Yates, B. C. (2008). Development and content validity testing of the Cardiac Symptom Survey in patients after coronary artery bypass grafting. *Heart & Lung*, 37(1), 17-27.

- O'Reilly, S. M., Grubb, N., & O'Carroll, R. E. (2004). Long-term emotional consequences of in-hospital cardiac arrest and myocardial infarction. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 83–96.
- O'Keefe-McCarthy, McGillion M, C., & J., M.-D. (2015). Pain and Anxiety in Rural Acute Coronary Syndrome Patients Awaiting Diagnostic Cardiac Catheterization. *J Cardiovasc Nurs*, 30(6), 546-557.
- O'Donovan, K. (2011). Assessment of chest pain. *WJN*, 19(9).
- Owen, R. L., Koutsakis, S., & Bennett, P. D. (2001). Post-traumatic stress disorder as a sequel of acute myocardial infarction: An overlooked cause of psychosocial disability. *Coronary Heart care*, 5, 9-15.
- Oxford textbook of medicine. (2015). The impacts of coronary heart disease on life and work. Retrieved 4 January, 2015, from <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199204854.001.1/med-9780199204854-chapter-161308/version/1>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. C., Harris. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73
- Pedersen, S. S., Domberge, R. T. V., & Larsen, M. L. (2004). The effect of low social support on short-term prognosis in patients following a first myocardial infarction. *Scand J Psychol.*, 45 , 313-318.
- Pedersen, S. S., Middel, B., & Larsen, M. L. (2003). Posttraumatic stress in first-time myocardial infarction patients. *Heart & Lung*, 32, 300-307.
- Pervanidou, P. (2008). Biology of Post-Traumatic Stress Disorder in Childhood and Adolescence. *Journal of Neuroendocrinology* 20, 632–638.
- Riegel, B., Hanlon, A. L., Mckinley, S., Moser, D. K., Meischke, H., & Doering, L. V. (2010). Difference in mortality in Acute coronary syndrome symptom clusters. *American Heart journal*, 159, 392-398.
- Rocha, L., Peterson, J., Meyers, B., Boutin-Foster, C., Charlson, M., Jayasinghe, N., & Bruce, M. (2008). Incidence of posttraumatic stress disorder (NationalcenterforPTSD) after myocardial infarction (MI) and predictors of ptsd

- symptoms post-MI—a brief report. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38, 297-306.
- Rodrigues, S. M., LeDoux, J. E., & Sapolsky, R. M. (2009). The Influence of Stress Hormones on Fear Circuitry. *Annual Review of Neuroscience*, 32, 289-313.
- Romberge, M.-A., Dupuis, G., & Marchand, A. (2010). Posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: Prevalence and risk factor. *Can J cardiol*, 26, e170-e175.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Scirica, B. M. (2010). Acute coronary syndrome Emerging tools for diagnosis and risk assessment. *Journal of American college of cardiology*, 55(14), 1403-1410.
- Shemesh, E., Yehuda, R., Milo, O. D., Irit, Rudnick, A. V., Zvi, & Cotter, G. (2004). Posttraumatic stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction. *Psychosomatic medicine*, 66, 521-526.
- Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2011). Posttraumatic stress disorder: the neurobiological impacts of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci.*, 13, 263-278.
- Spindler, H., & Pedersen, S. S. (2005). Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: Prevalence, Risk factors, and future research directions. *psychosomatic medicine* 67, 715-723.
- Steptoe, A., Molloy, G. J., Messerli - Bürgy, N., Wikman, A. R., Gemma, Perkins - Porras, L., & Kaski, J. C. (2011). Fear of dying and inflammation following acute coronary syndrome. *European Heart Journal*, 32(19), 2405-2411.
- Szabo, S., Tache, Y., & Somogy, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor# of Nature. *Stress*, 15(5), 472-478.
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Allan S. Jaffe, M. L. S., Bernard R. Chaitman, H. D. W., Kristian Thygesen, J. S. A., Harvey D. White,, Allan S. Jaffe, . . . Chaitman, B. R. (2007). Third Universal Definition of Myocardial Infarction. *European heart journal*, 28, 2525-2538.

- Trotter, R., Gallagher, R., & Donoghue, J. (2011). Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart & Lung, 40* , 185-192.
- Tulloch, H., Greenman, P. S., & Tassé, V. (2014). Post-Traumatic Stress Disorder among Cardiac Patients: Prevalence, Risk Factors, and Considerations for Assessment and Treatment. *Behavioral sciences 5*(1), 27-40.
- Vaglio, J., Conard, M., Poston, W. S., O'Keefe, J., Haddock, K., House, J., & Spertus, J. A. (2004). Testing the performance of the ENRICH Social Support Instrument in cardiac patients. *Health and Quality of Life Outcomes, 2*, 1-5.
- Virginia Hill Rice. (2000). *Handbook stress coping and health : Implication for nursing research theory and practice*. USA: Sage Publication.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D. S., & Keane, T. M. (1993). The PTSD checklist: reliability, validity, & diagnostic utility. *Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX, October*.
- Whitehead, D. L., Perkins-Porras, L., Strike, P. C., & Steptoe, A. (2006). Post-traumatic stress disorder in patients with cardiac disease: predicting vulnerability from emotional responses during admission for acute coronary syndromes. *cardiovascular medicine, 92*(9), 1225–1229.
- Wiedemar, L., Jean-Paul Schmid, Müller, J., Wittmann, L., Schnyder, U., Saner, H., & Känel, R. v. (2008). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction. *Heart & lung, 3*, 113-121.
- Wikman, A. (2009). Posttraumatic stress and adaption in patients following in patients acute cardiac events. (Thesis for the degree of Doctor of Philosophy), Department of Epidemiology and Public Health University College London.
- Wikman, A., Bhattacharyya, M., Perkins-Porras, L., & Steptoe, A. (2008). Persistence of posttraumatic stress symptoms 12 and 36 months after acute coronary syndrome. *Psychosomatic medicine, 70*(7), 764-772.
- Wikman, A., Messerli-Bürgy, N., Molloy, G., Randall, G., Perkins-Porras, L., & Steptoe, A. (2012). Symptom experience during acute coronary syndrome and the development of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Behavioral Medicine, 35* , 420-430.

Yehuda, R. (2009). *Posttraumatic stress disorder Basic science and clinical practice*.

USA: Human Press.

Yehuda, R., & McFarlane, A. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1705-1713.

Zhang, Y.-J., Iqbal, J., Klaveren, D. v., Campos, C. M., Holmes, D. R., Kappetein, A. P., . . . Colombo, A. (2015). Smoking Is Associated With Adverse Clinical Outcomes in Patients Undergoing Revascularization With PCI or CABG. *Journal of American college of cardiology*, 65(1107-1115).





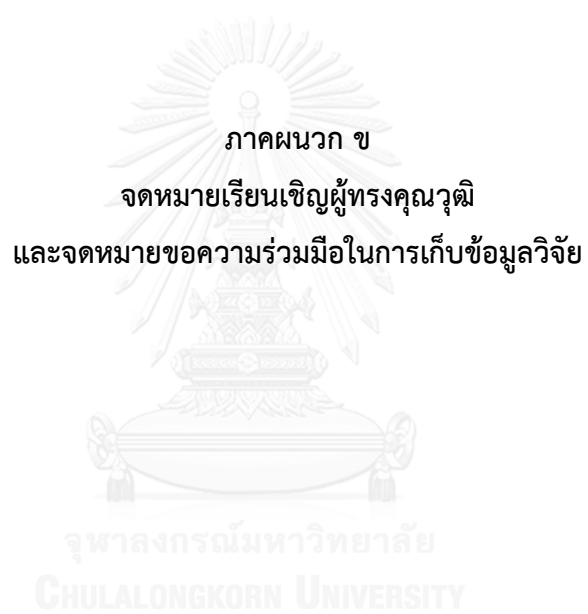
ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

นาวาเอกนายแพทย์พิทักษ์ พงศ์นนทชัย	อายุรแพทย์โรคหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
นาวาตรีพิทักษ์ ทองสุข	พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
นางสาวพัชนี ร่มตาล	พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์สถาบันโรคทรวงอก
อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์	อาจารย์พยาบาล ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.นพ.เดชา ลลิตอนันต์พงศ์	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ ศบ 0512.11/1906

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

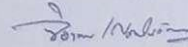
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาเอก พิทักษ์ พงษ์นนทชัย आयुरแพทย์โรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นาวาเอก พิทักษ์ พงษ์นนทชัย
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม	อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต	นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ โทร. 08-9245-1004

ที่ ศธ 0512.11/1908



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาตรี พิทักษ์ ทองสุข หัวหน้าแผนกรับและส่งต่อผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกทั่วไปและฉุกเฉิน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นาวาตรี พิทักษ์ ทองสุข

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

ชื่อ นิสิต

นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ โทร. 08-9245-1004

ที่ ศก 0512.11/708

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

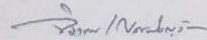
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพชณี ร่มตาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เลคพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวพชณี ร่มตาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

ชื่อนิสิต

นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ โทร. 08-9245-1004



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ ศธ 0512.11/๑๐๖ วันที่ ๕ มิถุนายน 2559
 เรื่อง ขอรื่นเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง เอ็มเตือน นิลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอรื่นเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอรื่นเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)
 รองคณบดี
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นาวาตรีหญิง เอ็มเตือน นิลพฤกษ์ โทร. 08-9245-1004



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศร 0512.11/1975

วันที่ 8 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ศ.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนงานเริ่ม

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

นิสิต

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ เดชา ลลิตอนันต์พงศ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

อาจารย์ ร.ศ.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ โทร. 08-9245-1004

ที่ ศธ 0512.11/2232

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตวิเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

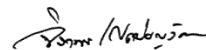
เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ. 8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตวิเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่าง 1-3 เดือน อายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 61 คน โดยใช้แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบประเมินการรับรู้การเจ็บหน้าอก การรับรู้ความคุกคาม ความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกหมตหวัง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตวิเคราะห์ให้นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ โทร. 08-9245-1004

ที่ ศธ 0512.11/2232

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

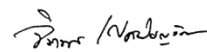
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่าง 1-3 เดือน อายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 61 คน โดยใช้แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความคุกคาม ความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกหมดหวัง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ โทร. 08-9245-1004

ที่ ศร 0512.11/ ๒๒๓๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียด จากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่าง 1-3 เดือน อายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและ หลอดเลือด จำนวน 61 คน โดยใช้แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจาก เหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบประเมินการรับรู้การเจ็บหน้าอก การรับรู้ ความคุกคาม ความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกหมดหวัง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบ ประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ ดำเนินการทดลอง ใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ โทร. 08-9245-1004



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 59163
เอกสารเลขที่ 168/2559

ชื่อโครงการ “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วย
กล้ามเนื้อหัวใจด้วยเขียนพลาสมา”

(ภาษาอังกฤษ) “Selected factors related to posttraumatic stress in patients with
acute myocardial infarction”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นาวาตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโท

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กันยายน 2559
2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กันยายน 2559
3. เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กันยายน 2559
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กันยายน 2559

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 15 เดือน กันยายน พ.ศ. 2559 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี
คือสิ้นสุดวันที่ 14 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....
(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ๑๐๕๒/๒๕๕๙

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	FACTORS RELATED TO POST TRAUMATIC STRESS in PATIENTS with acute MYOCARDIAL INFARCTION.C23
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นาวาตรีหญิง เอี่ยมเดือน นิลพฤษดิ์ นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙ (Version ๑.๐ Date ๒๖ JULY ๒๐๑๖) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙ (Version ๑.๐ Date ๒๖ JULY ๒๐๑๖) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙ (Version ๑.๐ Date ๒๖ JULY ๒๐๑๖) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙
วันหมดอายุ	๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอกหญิง... พันตรี รัตนสุมาวงศ์


(พันตรี รัตนสุมาวงศ์)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก... อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์

(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)

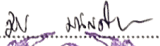
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

	เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval, COA) โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ	
	สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการกรมแพทยทหารเรือ บุคคโล ถนนวิภาวดี กม. 10600 โทร.02-4752705	NO. : COA-NMD-REC027/59 : Expedited Review
หนึ่งถึง : คู่มือการวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถานพยาบาลของ ทร. หรือดำเนินการโดยบุคลากรสายแพทย์ หรือบุคลากรสาขาอื่นเฉพาะ ให้เป็นไปตามระเบียบของ ทร./ นโยบาย ทร./ ตามข้อกำหนดการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ ทร. และถูกต่อสหภาพหลักจริยธรรมสากล		

โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทยทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นาวาตรีหญิง เอื้อมเดือน นิลพฤกษ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ
รหัสโครงการ	RP021/59
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
รายการเอกสารที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 3, วันที่ 5 สิงหาคม 2559) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 3, วันที่ 5 สิงหาคม 2559) 3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Version 3, วันที่ 5 สิงหาคม 2559) โดยขอยกเลิกเอกสารรับรองฉบับเดิม (COA-NMD-REC022/59) เนื่องจากมีการขอ แก้ไขชื่อเรื่อง
วันที่รับรอง	8 สิงหาคม 2559
วันหมดอายุ	7 สิงหาคม 2560

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ตามรายละเอียดใน FM-NMD-REC-12.1 ที่แนบ

พล.ร.ต..... 

(วิชัย มั่นสศรัจวิทย์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พร.



6/5/2017

(no subject) - auamdoen@gmail.com - Gmail

weathfw@auburn.edu

Gmail

Move to Inbox

COMPOSE

(no subject)

Inbox (916)

Starred

Important

Sent Mail

Drafts (109)

Junk

Notes



Auamdoen

**Auamdoen Nilpruk** <auamdoen@gmail.com>

to weathfw

Dear Professor Weathers,

I hope this mail find you well. My name is Ueamduean Nilpruk , a graduate Thailand. I am developing a research entitled

" Selected factors related to post traumatic stress in patients with myocardial infarction between chest pain, threat , fear, anxiety, helplessness, social support and posttraumatic stress disorder checklist - civilian version (PCL- S) which I want to ask for your permission to use the tool in my research. This tool into translate into Thai. If the translation tools, some question may have to change the word for fit the context.

I mostly appreciated for your kind consideration and look forward to hearing from you.

Best regards
Ueamduean N

Frank Weathers <weathfw@auburn.edu>

to me

Hi, Ueamduean. The PCL is in the public domain and therefore may be used with your research. I wish you the best with this project. Take care, FW

From: Auamdoen Nilpruk [mailto:auamdoen@gmail.com]**Sent:** Monday, May 23, 2016 11:34 AM**To:** Frank Weathers <weathfw@auburn.edu>**Subject:**

No recent chats

Start a new one

**Auamdoen Nilpruk** <auamdoen@gmail.com>

to Benji B

6/5/2017

To permission to use the CTQ. - auamdoen@gmail.com - Gmail

sjpress@iu.edu

Gmail

Move to Inbox

COMPOSE

To permission to use the CTQ.

Inbox x

Inbox (916)

Starred

Important

Sent Mail

Drafts (109)

Junk

Notes



Auamdoen

+

**Auamdoen Nilpruk** <auamdoen@gmail.com>

to sjpress

Dear professor Susan J. Bennett,

I hope this mail find you well. My name is Ueamduean Nilpruk , a graduate Thailand. I am developing a research entitled

" Selected factors related to post traumatic stress in patients with myocardial infarction between chest pain, threat, fear, anxiety, helplessness, social support and posttraumatic stress items the cardiac threat questionnaires which you developed measure of threat risk. I have your permission to use the tool in my research. This tool into translate into Thai language. If the translation tools, some question may have to change the word for fit the context.

I mostly appreciated for your kind consideration and look forward to hearing from you.

Best regards
Ueamduean N

Pressler, Susan J. <sjpress@iu.edu>

to me

Dear Auamdoen,

Thank you for contacting me. Yes, you have my permission to use the CTQ. I will be glad to help with your work.

Susan

No recent chats

Start a new one

Susan J. Pressler

Susan J. Pressler, PhD, RN, FAAN, FAHA
Professor and Sally Reahard Chair
Director, Center for Enhancing Quality of Life in Chronic Illness
Indiana University
School of Nursing

ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วย
 กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วันที่ชี้แจง

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย

ชื่อผู้วิจัย นาวาตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤษ์

ที่อยู่ติดต่อ 163 หมู่ 1 หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ต. พญา

หลวง อ. สัตหีบ จ. ชลบุรี โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 038-245735

โทรศัพท์มือถือ 089-2451004 E- mail: auamdoen@gmail.com

ชื่อผู้วิจัยร่วม ไม่มี

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับสภาพของหลอดเลือด และความต้องการการใช้ออกซิเจนของร่างกาย เหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้มีขอบเขตตั้งแต่ การเริ่มมีอาการของโรค การรักษา จนกระทั่งถึงภายหลังการรักษา โดยอาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อยแน่น หายใจไม่ออก ใจสั่น อาการหน้ามืดและอาจถึงขั้นหมดสติ นอกจากนี้ ลักษณะของเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยมักไม่ทราบล่วงหน้า จึงไม่ได้เตรียมตัวหรือวางแผนมาก่อน โดยโรคนี้จัดเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตหรือความตาย ดังนั้นอาการแสดงต่างๆที่เกิดขึ้นจึงมีความรุนแรงมาก

ในด้านการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เร่งด่วน ใ้ทันท่วงทีเนื่องจากหากปล่อยให้เวลาของการรักษาเนิ่นนานหรือล่าช้าออกไปเท่าใด จะเพิ่มความเสียหายต่อกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นเท่านั้น และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษา การฟื้นกลับสู่สภาวะเดิมและการทำหน้าที่ของร่างกาย การรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจ และการผ่าตัดซ่อมแซมหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ก็จะได้รับ การรักษาหรือการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งระยะเวลาเข้ารับการรักษาพยาบาล เพิ่มตามไปด้วย

ในด้านผลกระทบจากโรคได้แก่ ภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตบางรายอาจยังมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลียอาจไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้เช่นเดิม หรืออาจยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและความวิตกกังวลได้ รวมทั้งโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง ต้องมีการรักษาต่อเนื่องยาวนาน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคและความไม่แน่นอนของโรค ผลกระทบต่างๆจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งการทำหน้าที่ของร่างกายและความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง ด้วยสาเหตุต่างๆเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ต่างๆตามมาทั้งในขณะเผชิญเหตุการณ์และอาจต่อเนื่องมาจนถึง ภายหลังจากเหตุการณ์ได้ผ่านไป เช่น รู้สึกกลัว กลัวตาย ความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย การงาน รายได้ ครอบครัว ความรู้สึกหมดหวัง และความทุกข์ทรมานใจ

จากการศึกษางานวิจัยจากต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแล้ว อาการของโรค การรักษาและผลกระทบต่างๆจากโรค ร่วมกับลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบรวดเร็ว ปัจจุบันทันด่วน จะส่งผลให้เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress) ที่เป็นภาวะที่เกิดกับบุคคลหลังเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง หรือตกอยู่ในภาวะกดดันที่มากกว่าจะพบได้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่มักจะเกี่ยวข้องกับความตาย หรือความปลอดภัย ซึ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง จะมีลักษณะดังนี้

- 1.) การเกิดภาพเหตุการณ์ขณะเผชิญกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในรูปแบบต่างๆ เช่น ฝันร้าย การเกิดมโนภาพเกี่ยวกับเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น การได้รับการช็อกหัวใจเพื่อกู้ชีพ ความฝันถึงเหตุการณ์หัวใจหยุดเต้น ภาพเหตุการณ์ที่ตนได้รับการรักษา การทำหัตถการ การผ่าตัดเป็นต้น
- 2.) การที่ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงความทรงจำที่เลวร้ายเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น การพยายามหลีกเลี่ยงบุคคล สถานที่ที่จะกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงนั้น เช่น หลีกเลี่ยงการมาโรงพยาบาล การรับประทานยารักษาโรคหัวใจ สถานการณ์ที่จะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น
- 3.) การมีภาวะตื่นตัวสูง เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ หวาดระแวง มีอาการกระวนกระวาย

และภาวะนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ทำให้มีการกำเริบของโรคหัวใจ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ โดยมีสาเหตุมาจากการขาดความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรคที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งจะเพิ่มการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตได้ ซึ่งภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้ มักจะถูกมองข้ามและไม่ได้รับการวินิจฉัย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขรักษาอย่างทันที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวมและผลต่อการฟื้นสภาพจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอีกด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยต่างๆที่น่าจะส่งผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกสิ้นหวัง และการสนับสนุนทางสังคมว่ามีผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงหรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดหรือป้องกันการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

โดยท่านเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่าง 1-3 เดือนที่ผ่านมา (ทั้งเพศชายและเพศหญิง) มีอายุระหว่าง 18-59 ปี และที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลราชวิถี โดยแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในแต่ละเดือนประมาณ 50-70 ราย และไม่มีโรคทางจิตเวชหรือได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชต่างๆ

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีอาการด้านร่างกายไม่คงที่ หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ปวดบวมน้ำเฉียบพลัน ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนทำการเก็บข้อมูล หรือในขณะที่เก็บข้อมูล
2. มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 50 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 28/นาที และมีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใดและมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ทำการศึกษาในประเทศ ในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง โดยกำหนดจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย 153 คนโดยแบ่งเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละ 51 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามจำนวน 8 ส่วนในระหว่างที่รอเข้าพบแพทย์ตามนัด ใช้เวลาในการทำประมาณ 30-45 นาทีโดยผู้เข้าร่วมวิจัยทำการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะอธิบายให้ท่านทราบเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆของการวิจัย ทั้งความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ประโยชน์ที่จะได้รับทั้งตัวท่านเองและต่อการศึกษาวิจัยเพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปวางแผนการพยาบาล และพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

ขั้นตอนการปฏิบัติต่อการวิจัย โดยขอให้ท่านได้ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้เตรียมมาให้ท่าน และเป็นการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว เป็นอันเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลการวิจัย **ความไม่สุขสบาย หรือการเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้างและวิธีการป้องกัน / แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น**

ท่านอาจต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามที่ใช้เวลาโดยประมาณ 30-45 นาทีในระหว่างที่ท่านรอพบแพทย์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

- 1) ประโยชน์ต่อการวิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง
- 2) ประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อเป็นการคัดกรองภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในระยะแรกๆที่การดำเนินของภาวะนี้ยังไม่รุนแรงมากที่จะทำการรักษาฟื้นฟูให้กลับสู่ภาวะปกติได้เร็ว(

ศึกษาในช่วง 1-3 เดือนแรกหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่จัดเป็นอาการในระยะเฉียบพลัน) ที่จะส่งผลกระทบต่อทั้งการดำเนินของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่น การตีบซ้ำของหลอดเลือด การเกิดความแปรปรวนของจังหวะการเต้นของหัวใจที่อาจนำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันได้รวมทั้งการเกิดภาวะนี้ยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจและเกิดอารมณ์ด้านลบต่างๆ ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ซึ่งล้วนส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยรวมของร่างกายและจิตใจ

3) ผลต่อทีมการรักษาพยาบาลเพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่จะส่งผลให้เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการและป้องกันปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ ไม่ให้ส่งผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะได้รับของที่ระลึกในการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ท่านละ 1 ชุด (ชุดอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัว เช่น แป้ง ยาสีฟัน แปรงสีฟันและสบู่บรรจุในซองพลาสติกใส)

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่

นางวาทรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์

ที่ทำงานเลขที่ 163 หมู่ 1 หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

ต. พหลุตาหลวง อ. สัตหีบ จ. ชลบุรี โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 038-245735

โทรศัพท์มือถือ 089-2451004 E- mail: auamdoen@gmail.com

(สามารถติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ)

หากเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านสามารถติดต่อที่ผู้วิจัยได้โดยตรง และผู้วิจัยจะได้ดำเนินการแก้ไขตามความเหมาะสมต่อไป

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

นางวาทรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์

ที่ทำงานเลขที่ 163 หมู่ 1 หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

ต. พหลุตาหลวง อ. สัตหีบ จ. ชลบุรี โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 038-245735

โทรศัพท์มือถือ 089-2451004 E- mail: auamdoen@gmail.com

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

(เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ อาคารกองบังคับการ กรมแพทยทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคคโลชนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทร./โทรสาร 0-2475-2705, E-mail : research nmd@nmd.go.th)

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผย ชื่อนามสกุล ที่อยู่ ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล และมีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยโดยจำกัดการเข้าข้อมูลโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมการวิจัยเพียงผู้เดียว การนำเสนอข้อมูลจะเป็นไปในภาพรวม ไม่ระบุเป็นรายคน ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น รวมทั้งการดูแลรักษา รวมทั้งหากท่านมีอาการความผิดปกติต่างๆที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยทันที

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย : **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**

ชื่อผู้วิจัย นาวาตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์

ที่อยู่ติดต่อ 163 หมู่ 1 หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

ต. พหลุตาหลวง อ. สัตหีบ จ. ชลบุรี โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 038-245735

โทรศัพท์มือถือ 089-2451004 E-mail: auamdoen@gmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามในงานวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยมีจำนวนแบบสอบถาม 8 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกหมัดหวัง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที โดยข้อมูลการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อการดูแลรักษาของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัย ข้าพเจ้าจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการ กรมแพทยทหารเรือ ชั้น 1 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคคิโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

โทรศัพท์ / โทรสาร 0-2475-2705 E-mail : rec@nmd.go.th

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว 1 ชุด

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมในโครงการยังไม่บรรลุนิติภาวะ (อายุน้อยกว่า 18 ปี)/ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (โรคจิต-หมดสติ) และไม่สามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเอง ข้าพเจ้า (ชื่อ)

.....

ในฐานะเป็น ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/บิดา-มารดา/สามี-ภรรยา ของ

.....อนุญาตให้.....เข้าร่วม

ในโครงการวิจัยในครั้งนี้ได้

ลงชื่อ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/บิดา-มารดา/

สามี- ภรรยา

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร

(Information sheet)

1. **ชื่อโครงการ** ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. **ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ**

ชื่อผู้วิจัย นาวาตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤษ

สถานที่ติดต่อ เลขที่ 163 หมู่ 1 หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

ต. พญาทลวง อ. สัตหีบ จ. ชลบุรี รหัสไปรษณีย์ 20180

โทรศัพท์ที่ทำงาน 038-245735 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-2451004

Email – auamdoen@gmail.com

3. **เหตุที่ต้องการทำวิจัย เหตุผลที่อาสาสมัครที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการ**

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับสภาพของหลอดเลือด และความต้องการการใช้ออกซิเจนของร่างกาย เหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้มีขอบเขตตั้งแต่ การเริ่มมีอาการของโรค การรักษา จนกระทั่งถึงภายหลังการรักษา โดยอาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อยแน่น หายใจไม่ออก ใจสั่น อาการหน้ามืด มดสตินอกจากนี้ ลักษณะของเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมตัวหรือวางแผนมาก่อน โดยโรคนี้เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตหรือความตาย ดังนั้นอาการแสดงต่างๆที่เกิดขึ้นจึงมีความรุนแรงมาก

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจัดเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเร่งด่วน ให้ทันเวลาที่เนื่องจากหากปล่อยให้เวลาของการรักษาเนิ่นนานหรือล่าช้าออกไปเท่าใด จะเพิ่มความเสียหายต่อกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นเท่านั้น และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษา การฟื้นกลับสู่สภาวะเดิมและการทำหน้าที่ของร่างกาย การรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจ และการผ่าตัดซ่อมแซมหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ก็จะได้รับรักษาหรือการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งระยะเวลาเข้ารับการรักษาพยาบาล เพิ่มตามไปด้วย

ในด้านผลกระทบจากโรคได้แก่ ภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตบางรายอาจยังมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลียอาจไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้เช่นเดิม หรืออาจยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและความวิตกกังวลได้ รวมทั้งโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง ต้องมีการรักษาต่อเนื่องยาวนาน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคและความไม่แน่นอนของโรค ผลกระทบต่างๆจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งการทำหน้าที่ของ

ร่างกายและความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง ด้วยสาเหตุต่างๆเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ต่างๆตามมาทั้งในขณะที่เผชิญเหตุการณ์และอาจต่อเนื่องมาจนถึง ภายหลังจากเหตุการณ์ได้ผ่านไป เช่น รู้สึกกลัว กลัวตาย ความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย การงาน รายได้ ครอบครัว ความรู้สึกหมดหวัง และความทุกข์ทรมานใจ

จากการศึกษางานวิจัยจากต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแล้ว จากอาการ การรักษาและผลกระทบต่างๆจากโรค ร่วมกับลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดแบบรวดเร็ว ปัจจุบันทันด่วน จะส่งผลให้เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress) ซึ่งเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดขึ้นกับบุคคลหลังเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง หรือตกอยู่ในภาวะกดดันที่มากกว่าจะพบได้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่มักจะเกี่ยวข้องกับความตาย หรือความปลอดภัย ซึ่งมีลักษณะดังนี้

1.) การเกิดภาพเหตุการณ์ขณะเผชิญกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในรูปแบบต่างๆ เช่น ฝันร้าย การเกิดมโนภาพเกี่ยวกับเหตุการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น การได้รับการช็อกหัวใจเพื่อกู้ชีพ ความฝันถึงเหตุการณ์หัวใจหยุดเต้น ภาพเหตุการณ์ที่ตนได้รับการรักษา การทำหัตถการ การผ่าตัดเป็นต้น

2.) การที่ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงความทรงจำที่เลวร้าย หลีกเลี่ยงบุคคล สถานที่ที่จะกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงนั้น เช่น หลีกเลี่ยงการมาโรงพยาบาล การรับประทานยารักษาโรคหัวใจ สถานการณ์ที่จะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น

3.) การมีภาวะตื่นตัวสูง เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ หวาดระแวง มีอาการกระวนกระวาย

และภาวะนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ทำให้มีการกำเริบของโรคหัวใจ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ โดยมีสาเหตุมาจากการขาดความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรคที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งจะเพิ่มการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตได้ ซึ่งภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้ มักจะถูกมองข้ามและไม่ได้รับการวินิจฉัย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขรักษาอย่างทันท่วงที ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวมและผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอีกด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยต่างๆที่น่าจะส่งผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกสิ้นหวัง และการสนับสนุนทางสังคมว่ามีผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงหรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดหรือป้องกันการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกหมดหวัง และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4. ขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ที่ผู้วิจัยคาดว่า ความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

ในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ขั้นตอนการปฏิบัติต่อการวิจัย โดยขอให้ท่านได้ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้เตรียมมาให้ท่านและเป็นการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว เป็นอันเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลการวิจัย

รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้ จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 35-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 152 คน จากนั้นกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเป็นผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจ วินิจฉัย และรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาแล้ว ในช่วงเวลา 1 -3 เดือน และมีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี
2. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของจิตประสาทหรือได้รับยาทางจิตเวช
3. สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้
4. ไม่มีความผิดปกติในการมองเห็นหรือการได้ยิน
5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

และกำหนดเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัยได้แก่

1. ผู้ป่วยมีอาการด้านร่างกายไม่คงที่ หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ปวดบวมหน้าเฉียบพลัน ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนทำการเก็บข้อมูลหรือในขณะที่เก็บข้อมูล

2. ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 50 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 28/นาที และมีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ข้อมูลดังกล่าวได้จากแฟ้มประวัติวัดมาตรวจตามนัด

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผย ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล และมีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวและ

ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยโดยจำกัดการเข้าข้อมูลโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมการวิจัยเพียงผู้เดียว การนำเสนอข้อมูลจะเป็นไปในภาพรวม ไม่ระบุเป็นรายคน

5. ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

ประโยชน์ที่จะได้รับเพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุข เพื่อนำไปประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่ ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้ทุกเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาล ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะได้รับของที่ระลึกในการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ท่านละ 1 ชุด (ชุดอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัว เช่น แป้ง ยาสีฟัน แปรงสีฟัน สบู่และกระดาษชำระบรรจุในซองพลาสติกใส)

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 โทรสาร 02-218-8147 Email: eccu@chula.ac.th

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย*

(Consent form)

โครงการวิจัยเรื่อง **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้การทำวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้หรือประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น การวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้วซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจและเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิในการรักษาที่จะเกิดขึ้นตามมา ในโอกาสต่อไป ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะ เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้ในเฉพาะรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและ หรือจะมีการชดเชยค่าตอบแทนตลอดจนค่าชดเชยความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามความเหมาะสม ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับกับการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคนและคณะกรรมการ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนการวิจัยทางคลินิกโดยไม่ล่วงละเมิดสิทธิในการปิดบังข้อมูลการสมัครตามกรอบที่ถูกกฎหมายและตามระเบียบที่อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่

นางวตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤษ์ สถานที่ติดต่อ เลขที่ 163 หมู่ 1 หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
 โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ต. พลุตาหลวง อ. สัตหีบ จ. ชลบุรี รหัสไปรษณีย์
 20180 โทรศัพท์ที่ทำงาน 038-245735 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-2451004 Email –
auamdoen@gmail.com

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)



เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

**ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) . ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วย
กล้ามเนื้อหัวใจ**

ตายเฉียบพลัน.

ชื่อผู้วิจัย นาวาตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพุกษ์ .เบอร์โทรศัพท์มือถือ 089-2451004

E-mail auamdoen@gmail.com

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ให้ทุน/ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้การเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกหมดหวัง และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ โดยเพื่อเป็นการคัดกรองภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในระยะแรกหากพบ ซึ่งจะมีต่อการฟื้นฟูให้กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วและลด ภาวะแทรกซ้อนได้ เนื่องจากผลของพยาธิสภาพของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงนี้ ซึ่งล้วนส่งผล เสียต่อสุขภาพโดยรวมของร่างกายและจิตใจ ในด้านประโยชน์ต่อทีมการรักษาพยาบาล เนื่องจากใน ประเทศไทยนี้ ภาวะนี้ยังไม่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายเป็นภาวะที่รู้จักไม่แพร่หลาย ดังนั้นภาวะเครียด จากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้ จึงมักจะถูกมองข้ามและไม่ได้รับการ วินิจฉัย และประโยชน์ต่อการวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆว่ามีผลต่อการเกิดภาวะเครียด จากเหตุการณ์รุนแรง หรือไม่อย่างไร

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่าง 1-3 เดือนที่ผ่านมา (ทั้งเพศชายและเพศหญิง) มีอายุระหว่าง 35-59 ปี และที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าโรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลราชวิถีและไม่มีโรคทางจิตเวชหรือได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชต่างๆ โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 51 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้น 1ปี (เดือนกันยายน 2559 ถึงกันยายน 2560)

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยจะอธิบายให้ท่านทราบเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆของการวิจัย ทั้งความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ประโยชน์ที่จะได้รับทั้งตัวท่านเองและต่อการศึกษาวิจัยเพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปวางแผนการพยาบาล และพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

ขั้นตอนการปฏิบัติต่อการวิจัย

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม 1 ชุดจำนวน 8 ส่วนระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 30-45 นาทีและเป็นการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียวเป็นอันเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลการวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถามได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอก แบบประเมินการรับรู้ภาวะคุกคาม ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความรู้สึกหมดหวัง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น เมื่อเข้าร่วมการวิจัย

ความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ท่านอาจต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามที่ใช้เวลาโดยประมาณ 30-45 นาทีในระหว่างที่ท่านรอพบแพทย์ หรืออาจรบกวนเวลาในระหว่างการรอการเข้าตรวจหรือการพบแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยพยายามจะให้เกิดการรบกวนเวลากลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด โดยใช้เวลาในช่วงที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ และในระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

ความเสี่ยงที่รับจากการเจาะเลือด

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการเจาะเลือด

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

- 1) ประโยชน์ต่อการวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

2) ประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อเป็นการคัดกรองภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในระยะแรก ที่การดำเนินของภาวะนี้ยังไม่รุนแรงมากที่จะทำการรักษาฟื้นฟูให้กลับสู่ภาวะปกติได้เร็ว (ศึกษาในช่วง 1-3 เดือนแรกหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่จัดเป็นอาการในระยะเฉียบพลัน) ที่จะส่งผลกระทบต่อทั้งการดำเนินของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่น การตีบซ้ำของหลอดเลือด การเกิดความแปรปรวนของจังหวะการเต้นของหัวใจที่อาจนำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันได้รวมทั้งการเกิดภาวะนี้ยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจและเกิดอารมณ์ด้านลบต่างๆ ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ซึ่งล้วนส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยรวมของร่างกายและจิตใจ

3) ผลต่อทีมการรักษาพยาบาล เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่จะส่งผลให้เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการและป้องกันปัจจัยเสี่ยงนั้นๆไม่ให้ส่งผลกระทบต่อเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่านโดยท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ระบุชื่อผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้ หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการวิจัยท่านสามารถติดต่อชื่อนาวาตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤษ์ ที่อยู่ 10/26 หมู่ 6 ต. พลุตาหลวง อ. สัตหีบ

จ. ชลบุรี โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 038-245735 โทรศัพท์มือถือ 089-251004

E- mail: auamdoen@gmail.com ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ แต่ผู้วิจัยจะมอบชุดของขวัญผ่านหนุขนาดเล็กท่านละ 1 ผืนเป็นของที่ระลึก

ค่าใช้จ่ายที่เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง

ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม

ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

การรักษาความลับ

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ หรือร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี โทร. (02)3548108-37 ต่อ 2803 ในเวลาราชการ

หมายเหตุ

1. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ทำให้ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้อ่าน โดยเปลี่ยนสรรพนาม “ข้าพเจ้า” เป็น “เด็กในปกครองของข้าพเจ้า”
2. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอายุระหว่าง 7-18 ปี ควรมีหนังสือแสดงเจตนายินยอมแยกสำหรับเด็ก (assent form) เพิ่มเติมจากหนังสือแสดงเจตนายินยอมสำหรับผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม (consent form)



หนังสือยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย
เรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วย
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ได้รับการทาบทามเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ภาวะคุกคาม ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกหมดหวัง และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เพื่อเป็นข้อมูลในด้านการประเมิน คัดกรอง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อลดและป้องกันภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง ร่วมกับศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ต้องทำให้รายละเอียดส่วนตัวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วยที่เป็น การรักษาต่างๆ ที่ได้รับ รวมไปถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นต้น และจากข้อมูลต่างๆที่ข้าพเจ้าให้ไป ยินยอมที่จะให้นำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังทราบว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะยังประโยชน์ต่อความรู้ทางด้านวิชาการ ซึ่งข้าพเจ้ายินดีจะเข้าร่วม และพร้อมที่จะปฏิบัติตามขั้นตอน ระเบียบวิธีการวิจัยในครั้งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะซักถามทุกข้อสงสัยเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนจากผู้วิจัย หรือเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือนาวาตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ เบอร์โทรศัพท์: 089-241004 ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการศึกษาวิจัย และจริยธรรมโรงพยาบาลราชวิถี และระหว่างในการทำการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการวิจัยในเวลาใดก็ได้

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วม
 การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และขอลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ ที่นี้

ชื่อ.....ผู้ร่วมศึกษาวิจัย	ชื่อ.....	ผู้ทำวิจัย
(.....)	(นางาตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤษ)	
วันที่.....	วันที่.....	
ชื่อ.....พยาน	ชื่อ.....พยาน	
(.....)	วันที่.....	
วันที่.....		





วันที่เก็บข้อมูล.....รหัส.....

ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษา

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง

กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวของท่านโดยการทำเครื่องหมาย (√) หน้าข้อความหรือเติมคำลงในช่องว่างลงในช่องที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ประประกาศนียบัตรวิชาชีพ
 อนุปริญญา / ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
 ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี
 อื่นๆ
5. รายได้ บาท/เดือน อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ ไม่ได้ทำงาน รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 รับจ้าง ส่วนตัว (ค้าขาย เกษตรกร อื่นๆ)
7. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน..... ปี.....เดือน
8. ท่านได้รับการนัดหมายจากแพทย์เพื่อทำการรักษาอื่นๆเพิ่มเติมหรือไม่ เช่น นัดทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือนัดทำการผ่าตัด เป็นต้น
 ไม่มี มี
 ระบุ.....

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

9. การวินิจฉัยโรค
- STEMI NSTEMI
10. การรักษาที่ได้รับ
- ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent)
- การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI)
- หัตถการอื่นๆที่ได้รับ ระบุ.....
11. จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- 1 เส้น 2 เส้น 3 เส้น
12. จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือด.....ครั้ง
13. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้ง
14. การได้รับยาหรือสารประกอบต่างๆในระหว่างเข้ารับการรักษา
- 1) Sedative drugs
- No yes ระบุ.....
- 2) Vasopressor / inotropic drugs
- No yes ระบุ.....
- 3) Beta -blocker
- No yes ระบุ.....
15. การใส่เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical ventilator)
- No yes
16. โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
- อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอก

ก. ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่สุขสบายอก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนหมายเลขที่ตรงกับระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นกับท่าน ณ วันที่ท่านเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

- 0 หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย
 1 หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกน้อยที่สุด
 10 หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกมากที่สุด



ข. ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกหรือจากอาการอื่นๆของโรคหัวใจที่เกิดขึ้นกับท่าน (เช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก เหนื่อย มีน้ําคีร์ษะ เวียนศีรษะ ฯลฯ) ณ วันที่ท่านเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

- 0 หมายถึง ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก
 1 หมายถึง รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกน้อยที่สุด
 10 หมายถึง รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกมากที่สุด



ส่วนที่ 3: แบบประเมินการรับรู้ภาวะคุกคาม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด นับตั้งแต่ที่ท่านเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 1 ความหมาย ฉันไม่รับรู้/ไม่รู้สึกกังวลเลย

คะแนน 2 ความหมาย ฉันกังวลเล็กน้อย

คะแนน 3 ความหมาย ฉันกังวลมาก

ข้อความ 4 ความหมาย ฉันกังวลมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ รับรู้/ ไม่รู้สึก กังวล เลย (1)	กังวล เล็กน้อย (2)	กังวล มาก (3)	กังวล มากที่สุด (4)
1. ไม่สามารถทำสิ่งที่ฉันเคยทำได้				
2. สูญเสียพลังกำลังของฉัน				
3. มีความต้องการการพักผ่อนมากกว่าปกติ				
4. เหนื่อยกว่าปกติ				
5. ต้องพึ่งพาคนอื่น				
6. รู้สึกอ่อนแรง/อ่อนแอ				
7. ไม่สามารถหลับได้				
8. ไม่สามารถรับประทานอาหารเฉพาะโรคหัวใจตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลได้				
9. ความสามารถในการทำงานบ้าน				
10. อาการข้างเคียงของยาที่ฉันรับประทาน				
11. สุขภาพทั่วไปของฉัน				
12. สถานการณ์โดยรวม				
13. หลอดเลือดหัวใจของฉันอุดตัน				

ข้อความ	ไม่ รับรู้/ ไม่รู้สึกร กังวล เลย (1)	กังวล เล็กน้อย (2)	กังวล มาก (3)	กังวล ที่สุด (4)
14. อนาคตของฉัน				
15. การทำหัตถการหรือการผ่าตัดอีก				
16. ปัญหาอื่นๆเกี่ยวกับยา				
17. การกลับสู่วิตปกติ				
18. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของฉัน				
19. ค่าใช้จ่ายของฉัน				
20. การเสียเวลาในอกและเหนื่อยแน่น				
21. การเจ็บในทรวงอกของฉัน				
22. การเจ็บที่แขนของฉัน				
23. หัวใจเต้นผิดจังหวะ				
24. การดูแลทางการแพทย์ที่ฉันได้รับ				
25. ระดับไขมันในเลือด(โคเลสเตอรอล)ของฉัน				
26. การกลับไปทำงานที่มีความเครียด				
27. การกลับไปทำงาน				
28. การถูกขอให้ทำงานที่ต้องใช้แรงกายหนัก				
29. การสูบบุหรี่ของฉัน				
30. ผลกระทบต่อลูกๆและคนในครอบครัวของฉัน				
31. การดูแลลูกๆและคนในครอบครัวของฉัน				
32. การไม่ได้อยู่กับครอบครัว				

ส่วนที่ 4 : แบบสอบถามความกลัว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วงเวลาที่ท่านเกิดอาการ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผ่านมาหรือในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน

- 1 = ไม่มีเลย หมายถึง ความรู้สึกไม่ตรงกับความรู้สึกขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2 = มีบ้าง หมายถึง ความรู้สึกตรงกับความรู้สึกขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเล็กน้อย
- 3 = มีปานกลาง หมายถึง ความรู้สึกตรงกับความรู้สึกขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปานกลาง
- 4 = มีมาก หมายถึง ความรู้สึกตรงกับความรู้สึกขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก
- 5 = มีมากที่สุด หมายถึง ความรู้สึกตรงกับความรู้สึกขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด

ข้อความ	ไม่มี เลย (1)	มี บ้าง (2)	มีปาน กลาง (3)	มี มาก (4)	มี มาก ที่สุด (5)
1. ฉันกลัวว่าหากไม่ได้รับการต้านการแข็งตัวของเลือดอาจเกิดอาการหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ					
2. ฉันกลัวว่าครอบครัวจะวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของฉัน					
3. ฉันกลัวว่าครอบครัวจะขาดผู้ดูแล					
4. ฉันรู้สึกกลัวเมื่อ(มี)อาการเกิดขึ้น					
5. ฉันคิดว่าฉันอาจกำลังจะตายเมื่อ(มี)อาการเกิดขึ้น					
6. ฉันพบว่าอาการทางหัวใจของฉันน่าตึงเครียด					
7. ฉันกลัวว่าจะเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีก					
8. ฉันรู้สึกกลัวมากเมื่อฉันมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น					
9. ฉันรู้สึกกลัวต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆในหอผู้ป่วยหนัก เช่น เครื่องมือช่วยชีวิตต่าง ๆ เสียงต่างๆที่ไม่คุ้นเคย					
10. ฉันกลัวเนื่องจากฉันไม่สามารถดูแลตนเองได้					
11. ฉันรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ซึ่งมันเป็นสิ่งที่ตึงเครียดและฉันไม่รู้ว่าฉันจะต้องประสบกับสิ่งใดอีก					

ส่วนที่ 7 : แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของท่าน โปรดพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

เกณฑ์การให้คะแนน

- 1 ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเลยในความรู้สึกของท่าน
- 2 เล็กน้อย หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆบ้างเล็กน้อย
- 3 ปานกลาง หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นบ้างครั้ง
- 4 เกือบตลอดเวลา หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นบ่อยครั้งแต่ไม่ใช่ทุกครั้ง
- 5 ตลอดเวลา หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นทุกครั้งในความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ไม่มี เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปาน กลาง (3)	เกือบ ตลอดเวลา (4)	ตลอดเวลา (5)
1.คุณมีคนที่พร้อมจะรับฟังคุณในเวลาที่คุณต้องการหรือไม่?					
2.คุณมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดี ในเวลาที่คุณมีปัญหาหรือไม่?					
3.คุณมีคนที่พร้อมจะให้ความรักและห่วงใยคุณหรือไม่?					
4.คุณมีคนที่พร้อมจะช่วยคุณทำงานบ้านประจำวันหรือไม่?					
5.คุณสามารถจะไว้วางใจใครสักคนที่จะพูดคุยถึงปัญหาต่างๆหรือช่วยคุณในการตัดสินใจในเรื่องยากๆหรือไม่?					
6.คุณมีการติดต่อกับคนที่คุณรู้สึกว่าใกล้ชิดเชื่อใจ และไว้วางใจ ได้มากเท่าที่คุณต้องการหรือไม่?					

ส่วนที่ 8 : แบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้คือปัญหาและสิ่งที่ท่านได้กล่าวถึงในการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ทำให้ท่านเกิดความตึงเครียด(ในที่นี้หมายถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน) กรุณาอ่านด้วยความระมัดระวัง แล้วใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ท่านรู้สึกว่าเป็นปัญหาต่อท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อ ที่	ข้อความ	(1) ไม่มีเลย	(2) มีเล็กน้อย	(3) มีปานกลาง	(4) มีมาก	(5) มีมากที่สุด
1.	(มี)ความทรงจำที่รบกวน(จิตใจ)ซ้ำๆ มีความคิดหรือภาพของประสบการณ์เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่					
2.	(มี)ความฝันที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายมารบกวน(จิตใจ)ซ้ำๆหรือไม่					
3.	(มี)การกระทำแบบทันทีทันใด หรือความรู้สึกราวกับว่าประสบการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้น กำลังเกิดขึ้นอีกครั้งหรือไม่					
4.	(มี)ความรู้สึกหงุดหงิดมากเมื่อมีบางสิ่งมาทำให้คุณนึกถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่					
5.	(มี)ปฏิกิริยาทางกาย (เช่น หัวใจเต้นแรง ปัญหาในการหายใจ หรือเหงื่อออก) เมื่อมีบางสิ่งมาทำให้คุณนึกถึงประสบการณ์เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่					
6.	หลีกเลี่ยงการคิดถึงหรือพูดถึงประสบการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือหลีกเลี่ยงการมีความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับมันหรือไม่					

ข้อ ที่	ข้อความ	(1) ไม่มีเลย	(2) มีเล็กน้อย	(3) มีปานกลาง	(4) มีมาก	(5) มีมากที่สุด
7.	หลีกเลี่ยงกิจกรรมและสถานการณ์ต่างๆเพราะมันทำให้คุณนึกถึงประสบการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในอดีตที่ตึงเครียดหรือไม่					
8.	(มี)ปัญหาในการจำส่วนสำคัญของประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผ่านมาหรือไม่					
9.	สูญเสียความสนใจในสิ่งต่างๆที่คุณเคยเพลิดเพลิน(กับมัน)หรือไม่					
10.	(มี)ความรู้สึกห่างเหินหรือตัดขาดจากคนอื่นๆหรือไม่					
11.	(มี)ความรู้สึกเฉยชาทางอารมณ์ หรือ ไม่สามารถแสดงความรู้สึกรักต่อคนที่ใกล้ชิดคุณหรือไม่					
12.	(มี)ความรู้สึกกลัวว่าอนาคตของคุณอาจจะถูกตัดให้สั้นลงหรือไม่					
13.	(มี)ปัญหาในการหลับยากหรือหลับไม่สนิท(หรือไม่)					
14.	(มี)ความรู้สึกไม่สบายหรือมีการระเปิดความโกรธ(หรือไม่)					
15.	มีสมาธิได้ยาก(หรือไม่)					
16.	ตื่นตัวเกินธรรมดา หรือ คอยเฝ้าระวังความปลอดภัย(หรือไม่)					
17.	รู้สึกสะดุ้งหรือตกใจง่าย(หรือไม่)					



การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

1.1 แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอก

		วัดครั้งแรก	วัดซ้ำ
วัดครั้งแรก	Pearson Correlation	1	.996**
	Sig. (2-tailed)		0
	N	30	30
วัดซ้ำ	Pearson Correlation	.996**	1
	Sig. (2-tailed)	0	
	N	30	30
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

1.2 แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้ภาวะคุกคาม

ค่า Cronbach's alpha .945

item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ภาวะคุกคาม1	.592	.943	ภาวะคุกคาม17	.683	.942
ภาวะคุกคาม2	.679	.942	ภาวะคุกคาม18	.522	.943
ภาวะคุกคาม3	.649	.942	ภาวะคุกคาม19	.541	.943
ภาวะคุกคาม4	.684	.942	ภาวะคุกคาม20	.616	.942
ภาวะคุกคาม5	.608	.943	ภาวะคุกคาม21	.592	.943
ภาวะคุกคาม6	.650	.942	ภาวะคุกคาม22	.589	.943
ภาวะคุกคาม7	.609	.943	ภาวะคุกคาม23	.527	.943
ภาวะคุกคาม8	.524	.943	ภาวะคุกคาม24	.429	.944
ภาวะคุกคาม9	.653	.942	ภาวะคุกคาม25	.527	.943
ภาวะคุกคาม10	.406	.944	ภาวะคุกคาม26	.580	.943
ภาวะคุกคาม11	.632	.942	ภาวะคุกคาม27	.606	.943
ภาวะคุกคาม12	.737	.941	ภาวะคุกคาม28	.468	.944
ภาวะคุกคาม13	.785	.941	ภาวะคุกคาม29	.332	.945
ภาวะคุกคาม14	.776	.941	ภาวะคุกคาม30	.551	.943
ภาวะคุกคาม15	.718	.941	ภาวะคุกคาม31	.509	.943
ภาวะคุกคาม16	.604	.943	ภาวะคุกคาม32	.365	.949

1.3 แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความกลัว

ค่า Cronbach's alpha .926

item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
กลัว1	.561	.925	กลัว7	.727	.918
กลัว2	.737	.917	กลัว8	.810	.914
กลัว3	.618	.923	กลัว9	.422	.930
กลัว4	.785	.915	กลัว10	.669	.920
กลัว5	.802	.914	กลัว11	.714	.918
กลัว6	.836	.912	-	-	-

1.4 แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ค่า Cronbach's alpha .838

item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
สนับสนุนทางสังคม1	.491	.834
สนับสนุนทางสังคม2	.606	.814
สนับสนุนทางสังคม3	.671	.801
สนับสนุนทางสังคม4	.524	.841
สนับสนุนทางสังคม5	.735	.788
สนับสนุนทางสังคม6	.721	.791

1.5 แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง
ค่า Cronbach's alpha .918

item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach' s Alpha if Item Deleted
เครียดรุนแรง1	.563	.914	เครียดรุนแรง10	.661	.913
เครียดรุนแรง2	.506	.916	เครียดรุนแรง11	.517	.915
เครียดรุนแรง3	.700	.910	เครียดรุนแรง12	.620	.913
เครียดรุนแรง4	.809	.907	เครียดรุนแรง13	.478	.918
เครียดรุนแรง5	.765	.908	เครียดรุนแรง14	.505	.916
เครียดรุนแรง6	.519	.916	เครียดรุนแรง15	.667	.911
เครียดรุนแรง7	.624	.912	เครียดรุนแรง16	.558	.915
เครียดรุนแรง8	.563	.914	เครียดรุนแรง17	.689	.911
เครียดรุนแรง9	.622	.913	-	-	-

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาวาตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ เกิดเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2520 ภูมิลำเนา จังหวัด นครราชสีมา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจาก วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ เมื่อปีการศึกษา 2543 ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ปวยวิฤตหลักสูตร นานาชาติ รุ่นที่ 13 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ เมื่อปี 2555 ปัจจุบันปฏิบัติงาน แผนกผู้ป่วยวิฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และกำลังศึกษาต่อในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เมื่อปีพ.ศ. 2557

