

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิด
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATING TO FEAR OF ILLNESS PROGRESSION AMONG PATIENTS
WITH FIRST DIAGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัว

ความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

โดย

น.ส.อุทัยวรรณ ปัทมานุช

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

อุทัยวรรณ ปัทมานุช : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก. (

SELECTED FACTORS RELATING TO FEAR OF ILLNESS PROGRESSION AMONG PATIENTS WITH FIRST DIAGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก จำนวน 213 คน มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉับพลัน 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 6) แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉับพลัน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .99, .71, .89, .88 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (Mean = 62.54, SD = 11.74) ส่วนความรุนแรงของโรค ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 11.36, SD = 5.67; Mean = 11.34, SD = 3.49; Mean = 31.52, SD = 7.31 และ Mean = 26.93, SD = 10.22 ตามลำดับ)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ($r = .196$) ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = -.367$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077320236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: Fear of illness progression, Acute myocardial infarction

Utaiwan Pattamanuch : SELECTED FACTORS RELATING TO FEAR OF ILLNESS PROGRESSION AMONG PATIENTS WITH FIRST DIAGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION. Advisor: Asst. Prof. Pol. Cap. RAPIN POLSOOK, Ph.D.

The objective of this descriptive correlational research was to identify factors related to fear of illness progression among patients with first diagnosing of acute myocardial infarction. A multiple – stage sampling of 213 patients with first diagnosis of acute myocardial infarction were recruited from cardiovascular outpatients department after discharge from Police General Hospital, King Chulalongkorn Memorial Hospital and Siriraj Hospital. Data were collected using six questionnaires for patient with first diagnosis of acute myocardial infarction: 1) Demographic data form, 2) Perceived chest pain questionnaire, 3) Coronary Artery Disease Education Questionnaire short version, 4) Social support questionnaire, 5) Self – efficacy questionnaire, and 6) Fear of illness progression questionnaire – Short Form. All questionnaires were tested for their content validity by five experts. Reliability were .99, .71, .89, .88, and .89 respectively. Data were analyzed using Pearson's product correlation coefficient statistics. The findings were presented as follow:

1. Mean score of social support among patients with first diagnosing of acute myocardial infarction was at high level (Mean = 62.54, SD = 11.74). Mean score of severity of illness, knowledge, self – efficacy, and fear of illness progress were at moderate level (Mean = 11.36, SD = 5.67; Mean = 11.34, SD = 3.49; Mean = 31.52, SD = 7.31, and Mean = 26.93, SD = 10.22, respectively).

2. The variable was significant positively descriptive correlated to fear of illness progression among patients with first diagnosis of acute myocardial infarction. It was severity of illness ($r = .196$). Such as Self – efficacy ($r = -.367$) significant negatively descriptive correlated to fear of illness progression among patients with first diagnosis of acute myocardial infarction at the .05

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความเมตตากรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อคิดที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขความบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุน ให้กำลังใจ และให้โอกาสแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตากรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 3 โรงพยาบาล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบุพการี บุคคลอันเป็นที่รัก ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน รวมทั้งเพื่อน ๆ ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้าน แก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกท่าน

อุทัยวรรณ ปัทมานุช

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	11
2. ความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก.....	24
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	30
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42

5. กรอบแนวคิดการวิจัย	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
เกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)	45
เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)	45
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	46
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
การแปลเครื่องมือ	54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	60
การวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
สรุปผลการวิจัย	78
อภิปรายผลการวิจัย	79
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	83
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป	84
บรรณานุกรม	85
ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	97
ภาคผนวก ข จดหมายขอความอนุเคราะห์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	104

ภาคผนวก ค จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใบรับรองจริยธรรม โครงการวิจัยในมนุษย์.....	115
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย	129
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	149
ภาคผนวก ฉ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น และตารางวิเคราะห์ ข้อมูลเพิ่มเติม	158
ประวัติผู้เขียน.....	171



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
ตารางที่ 2 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก.....	59
ตารางที่ 3 แสดงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก	60
ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	65
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนร้อยละของความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกแบ่งตามระดับความรุนแรงและระดับความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก (n = 213).....	67
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนร้อยละของความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยรวม (n = 213 คน).....	68
ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก รายด้าน (n = 213 คน).....	68
ตารางที่ 8 แสดงจำนวนร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	69
ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้าน และโดยรวม (n = 213 คน).....	70
ตารางที่ 10 แสดงจำนวนร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	70
ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและโดยรวม (n = 213 คน).....	71
ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	71

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและโดยรวม (n = 213 คน) 72

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)..... 72

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)..... 73

ตารางที่ 16 ตารางรวมแสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้าน ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)..... 73

ตารางที่ 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)..... 75

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2018) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 110,346 ราย ในปี ค.ศ. 2017 และมีการคาดการณ์ว่า ทุกๆ 40 วินาที จะมีผู้ป่วยเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 ราย โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 605,000 ราย และเป็นการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำจำนวน 200,000 ราย (Virani et al., 2020) สำหรับประเทศไทย มีรายงานการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจาก 19,417 ราย ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 20,556 ราย ในปี พ.ศ. 2562 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) พบมากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 30 – 59 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน เหงื่อแตก อึดอัดหายใจไม่ออก ใจสั่น รู้สึกเหมือนจะเสียชีวิต นานกว่า 20 นาที ไม่เคยมีประวัติอาการเจ็บหน้าอกมาก่อน จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วนในโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated (ชวนพิศ ทานอง, 2541; สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2560; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) ซึ่งการวินิจฉัยนี้บ่งบอกถึงความรุนแรงและเป็นภาวะที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตอย่างเร่งด่วน ด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจภายใน 120 นาที และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการและการรักษาที่ได้รับ (ชวนพิศ ทานอง, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Allen (1998) พบว่า ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ กลัวสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับหอผู้ป่วยวิกฤต กลัวว่าจะเสียชีวิต กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลัวความเจ็บปวด กลัวว่าจะไม่ได้รับการรักษาเหมือนเดิม กลัวสูญเสียอวัยวะ และ กลัวผลกระทบที่จะเกิดกับครอบครัว นอกจากนี้ Jackson et al. (2000) พบว่า ภายใน 1 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวความไม่แน่นอน กลัวเกี่ยวกับ

อนาคต กลัวเสียชีวิต กลัวเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ กลัวถูกจำกัดกิจกรรม และกลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีผลกระทบต่อครอบครัว จากการศึกษาของ Stevens and Thomas (2012) พบว่า ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ และจากการศึกษาของ Fait et al. (2018) พบว่า ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง และเป็นภาวะคุกคามต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้น จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ซึ่งความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามที่ผู้ป่วยเผชิญ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดำเนินของโรครมีความรุนแรงและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่สามารถคาดเดาได้ กลัวว่าจะเสียชีวิต กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลัวความเจ็บปวด กลัวว่าจะไม่ได้รับการรักษาเหมือนเดิม กลัวสูญเสียอิสรภาพ กลัวผลกระทบที่จะเกิดกับครอบครัว เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวเป็นความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Allen, 1998; Mehnert et al., 2006)

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีความสำคัญต่อผู้ป่วย เพราะความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อลดหรือชะลอการดำเนินไปของโรค (Messerli-Bürgy et al., 2015; ขวนพิศ ทำนอง, 2541) ซึ่งประสบการณ์ที่ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกเผชิญจะเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อน ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าหัวใจตนเองไม่เหมือนเดิม รู้สึกไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัว (Johansson, Dahlberg, and Ekebergh, 2003) จากการศึกษาของ Jackson et al. (2000) ทำการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกพบว่า หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะยังคงมีความรู้สึกกลัว ซึ่งประสบการณ์ความรู้สึกกลัวเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับอนาคต ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จะยังคงมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 10 (Allen, 1998) โดยจะพบได้ตั้งแต่ 3 วันแรกหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Allen, 1998) จนถึง 6 เดือน (Heather et al., 2017)

โดยความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหมายถึง ความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม หรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ขึ้นอยู่กับภาวะคุกคามต่อชีวิต หรือความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถ โดยความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรม

และคุณภาพด้านร่างกาย (Herschbach and Dinkel, 2014) Fait et al. (2018) ได้ให้ความหมาย ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย หมายถึงความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วย เพิ่มมากขึ้นจากการเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต หรือการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วย นอกจากนี้ Shim, Lee, and Min (2018) ให้ความหมายว่า เป็นอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจมีสาเหตุมาจากการคาดหมายหรือตระหนักเกี่ยวกับภัยคุกคามหรืออันตรายที่เกิดขึ้น และ Dinkel and Herschbach (2018) ให้ความหมายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหมายถึง ความกลัวว่าตนเองจะเจ็บป่วยมากขึ้น และมีผลต่อร่างกาย จิตสังคม หรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย หมายถึง ประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรม และคุณภาพด้านร่างกายเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรค หรือการเกิดโรคซ้ำ หากผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การแสวงหาความรู้ เพื่อลดหรือป้องกันการดำเนินไปของโรค (Messerli-Bürgy et al., 2015; ชวนพิศ ทำนอง, 2541) แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย โดยกระตุ้นต่อมหมวกไตและระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งฮอร์โมน Glucocorticoids, Epinephrine และ Norepinephrine ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ใจสั่น ความดันเลือดเพิ่มขึ้น เส้นเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะภายในหดตัว ม่านตาขยาย มีการสลายไกลโคเจนที่ตับทำให้น้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการหลั่ง cortisol สารเกี่ยวกับกระบวนการอักเสบ และกระตุ้นการหลั่งสารเกี่ยวกับกระบวนการแข็งตัวของเลือด ส่งผลให้เกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น ระดับไฟบริโนเจนในเลือดสูงขึ้น ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (Rodrigues, LeDoux, and Sapolsky, 2009) ด้านจิตใจ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน Norepinephrine และ Serotonin ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและเกิดภาวะซึมเศร้า (Fait et al., 2018; Rodrigues et al., 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบเพียง 1 การศึกษาที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ Fait et al. (2018) ทำการศึกษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยพบว่า ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย สำหรับการศึกษาในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนการ

พยาบาลตามปกติ มุ่งให้การพยาบาลทางกายเนื่องจากมีเป้าหมายในการช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต เช่น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหัวใจ การดูแลบริเวณแผล การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรมต่าง ๆ (Dunkley, Siefers, and Tagney, 2016) สำหรับการพยาบาลทางด้านจิตใจเป็นการให้การพยาบาลในเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น การให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเองเป็นมิตร ให้ความเคารพและยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การรักษาพยาบาล แจกความศึบหน้าของการรักษาและอาการอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยอธิบายความรู้สึก ระบายความคับข้องใจ และความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ (ชัชชญา สุวรรณชาติ, 2553) ดังนั้นการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการประเมินและระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อลดและชะลอการดำเนินของโรค ลดการกลับเป็นซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นอย่างไร
2. ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอก รุนแรง หายใจไม่ออก เหงื่อแตก ใจสั่น รู้สึกเหมือนจะเสียชีวิต บางรายอาการรุนแรงถึงขั้นหมดสติ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตอย่างเร่งด่วน ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการและการรักษาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วย หากผู้ป่วยสามารถเผชิญความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ลดการเกิดความวิตกกังวล ลดการเกิดภาวะเครียดจาก เหตุการณ์รุนแรง ลดการเกิดภาวะซึมเศร้า มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มี การศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึก กลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้

ความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรคเป็นระดับของอาการทางกายที่บ่งบอกความ รุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น (Custers et al., 2018) ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะ ประเมินความรุนแรงของโรคจากความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน โดยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะรับรู้อาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่าง รุนแรง ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นหน้าอกจะมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมาน กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากหรือรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานมาก จาก การศึกษาของ Custers et al. (2018) ทำการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยใน ผู้ที่มียืนสักลายพันธุ์ พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วย ($F(2,71) = 3.59, p = 0.03$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Melchior et al. (2013) ที่ ทำการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งเต้านม พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วย ($p = 0.065; \Phi = 0.163$) นอกจากนี้ Hall et al., (2017) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคและความรุนแรงของ ความเจ็บป่วย พบว่า ความรู้สึกกลัว ความก้าวหน้าของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของโรค ($r = 0.29; p = 0.02$)

ความรู้ เป็นสาระ ข้อมูล แนวคิด ความเข้าใจ ที่บุคคลรวบรวมจากประสบการณ์ในชีวิต โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ การศึกษา อบรม การได้รับการถ่ายทอด จนสามารถสรุปสาระและ

นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2558) ซึ่งผู้ป่วยที่มีข้อมูล และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาในระดับสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการเกี่ยวกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยลดลง (Ghojazadeh et al., 2014) โดยผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีระอาการและการรักษา ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง (Messerli-Bürgy et al., 2015) Wagner et al. (2018) ทำการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย คือผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมักจะทำให้ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง นอกจากนี้ Ghojazadeh et al. (2014) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดประสาทเสื่อม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมักมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = -.367$; $P < 0.01$)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลในการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ (Zimet et al., 1988) หากผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งผลให้สามารถปรับตัวได้ดีซึ่งช่วยลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้ (Ghojazadeh et al., 2014) โดยผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ถึงความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อนในด้านอารมณ์ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร การได้รับการช่วยเหลือในการกระทำกิจกรรม จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้ Goebel and Mehdorn (2019) ทำการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งสมองวัยผู้ใหญ่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = .458$, $p = 0.003$) Koch-Gallenkamp et al. (2016) ทำการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (OR = 2.13; 95% CI) นอกจากนี้การศึกษาของ Ghojazadeh et al. (2014) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดประสาทเสื่อมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = -.394$; $P < 0.01$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการและปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งความเชื่อในความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมจะเป็นตัวกำหนดความรู้สึก ความคิด และกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว (Bandura, 1977) โดยผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี จะมีทัศนคติที่ดีและมีความมั่นใจในความสามารถของตนด้านการจัดการ และควบคุมการดำเนินไปของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง (Kang and Yang, 2013) จากการศึกษาของ Shim et al. (2018) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ครั้งแรกภายใน 6 เดือน อายุระหว่าง 30 – 59 ปี มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย หมายถึง ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก มีสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา ซึ่งความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยวัดได้จากแบบสอบถามความรู้สึกกลัวความของหน้าของโรคของ Mehnert et al. (2006) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงษ์กวน (2560)

ความรุนแรงของโรค หมายถึง ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก รับรู้อาการเจ็บแน่นหน้าอกและความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากหรือรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความทุกข์มานานมาก ซึ่งความรุนแรงของโรควัดจากแบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของเอ็ดมอนด์ นิลพฤกษ์ (2559)

ความรู้ หมายถึง ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีระ อาการและการรักษา ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันวัดจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจของ Ghisi, Sandison, and Oh (2016)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมวัดจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet et al. (1988) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย Nahathai and Tinakon (2012)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความเชื่อในความสามารถของตนในการจัดการและการดำเนินการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนวัดจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Sullivan et al. (1998) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย เกื้อกุล โอฬารวัฒน์ (2561)

ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI) ครั้งแรก อายุระหว่าง 30 – 59 ปี ได้รับการ

รักษาจากแพทย์ด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจโดยการถ่างขยายหลอดเลือดแบบแรงต่วนและมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ลดความรู้สึกล้มเหลวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเอง ป้องกันการดำเนินของโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการให้ความรู้ และการศึกษา เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกล้มเหลวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความรู้สึกล้มเหลวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วย หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.1 ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.5 การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.6 การรักษาผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
 - 2.1 ความหมายของความรู้สึกล้ว
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกล้ว
 - 2.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกล้ว
 - 2.4 ความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย
 - 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย
 - 2.6 ผลกระทบของความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 2.7 การประเมินความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของโรค
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วย หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.1 ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction ชื่อย่อ AMI) หรือฮาร์ทแอทแทค (heart attack) หมายถึง การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (necrosis) ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลันโดยเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นลดลงหรือหยุดทันที ถือเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตที่รุนแรง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560) กลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดขึ้นประกอบด้วยอาการที่สำคัญ คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพัก (Rest angina) นานกว่า 20 นาทีหรือเจ็บคั่นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม จำแนกเป็น 2 ชนิด (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) ได้แก่ 1) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด Left Bundle Branch Block ขึ้นมาใหม่ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็วจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation MI (Acute ST elevation myocardial infarction หรือ STEMI หรือ Acute transmural MI หรือ Q – wave MI) และ 2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วยหากมีอาการนานกว่า 30 นาที อาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Non ST elevation MI (NSTEMI หรือ Non Q – wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บคั่นอกไม่คงที่ (Unstable angina) (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของโรคในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จึงได้ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) เท่านั้น และไม่เคยมีประวัติการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) มาก่อน

1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงรอง และปัจจัยเสี่ยงเสริม (ดวงกมล วัตราดุลย์ และ ปัทมา พิระพันธ์, 2558; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560; สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

1) อายุ อายุสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคและทำให้โรครุนแรง อาการของโรคมักเกิดชัดเจนหลังอายุ 30 ปี (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2554)

2) เพศ ผู้ชายมักเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 30 ปี ส่วนผู้หญิงมักเกิดเมื่ออายุเกิน 55 ปี เนื่องจากผู้หญิงจะมีฮอร์โมน estrogen มีผลช่วยปกป้องหัวใจ โดยผู้หญิงจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2554; สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

3) พันธุกรรมและเชื้อชาติ เด็กที่มีพ่อแม่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบได้สูง ปัจจัยทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันผิดปกติ เบาหวาน และอ้วนมาก นอกจากนี้พบว่าผู้ชายมีอัตราการตายจากกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมากกว่าผู้ชายมีผิวสีและผิวเหลือง ในขณะที่เดียวกันผู้หญิงมีอัตราการตายจากกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่ำกว่าผู้หญิงผิวสีเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อสูงอายุขึ้นจะพบอัตราการตายเท่ากัน

4) ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ผู้ที่มีประวัติพี่น้องเป็นโรคหัวใจก่อนอายุ 50 ปี มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (premature atherosclerosis) ได้ง่ายกว่าปกติ

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงหลัก หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่เชื่อว่ามีผลมากต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่

1) ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทยพบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าคนปกติ 3.7 เท่า ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงตีบแข็งและเร่งให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงตีบแข็งในบุคคลที่มีไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) โดยผู้ความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีผลทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดได้รับความเสียหาย เกิดการฉีกขาดและเกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็งตามมา

2) ภาวะที่มีไขมันและโปรตีนในเลือดสูง (hyperlipoproteinemia) ผู้ที่ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกกว่าผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรประมาณ 5 เท่า ค่าปกติของคอเลสเตอรอลในเลือด คือ 220 – 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไขมันที่มีความสำคัญ คือ แอลดีแอล (LDL) เพราะมีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากคอเลสเตอรอลจะจับที่ผนังด้านในหลอดเลือดหัวใจและรวมตัวกันมากขึ้นจนเป็นแผ่นพอกตัวหนาขึ้นจนกระทั่งหลอดเลือดตีบ มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกตามมาได้ (ดวงกมล วัตราดุลย์ และ ปัทมา พิระพันธุ์, 2558; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560)

3) การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่จัด (20 มวน/วัน) เสี่ยงต่อการเกิดโรคถึง 6.5 เท่า สารนิโคตินจากบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง เกิดเลือดมาจับกลุ่มกัน ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์และแอลดีแอลคลอเลสเทอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น ระดับเอชดีแอลคลอเลสเทอรอลในเลือดลดลง นอกจากนี้ขณะสูบบุหรี่จะมีการหลั่งสารแคทีโคลามีน ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น และยังเพิ่มการหลั่งกรดไขมันอิสระ (free fatty acid) และกลูโคส ส่งผลให้เซลล์เอนโดทีเลียมได้รับความเสียหายและหน้าที่การทำงานเสียไป เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งตามด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และทำให้เกิดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย (ดวงกมล วัตราดุลย์ และ ปัทมา พิระพันธุ์, 2558; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560)

4) เบาหวาน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลทำให้การทำงานของผนังเนื้อเยื่อเอนโดทีเลียมเสียหายที่ไป และมีเซลล์เม็ดเลือดขาวมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในของหลอดเลือด เกิดการอักเสบของเยื่อภายในมีการแข็งและหนาตัวขึ้น ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงตีบแข็งเร็วกว่าปกติ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าคนทั่วไป 5.7 เท่า

1.2.3 ปัจจัยเสี่ยงรอง หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่เชื่อว่ามีผลน้อยกว่าปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ดวงกมล วัตราดุลย์ และ ปัทมา พิระพันธุ์, 2558) ได้แก่

1) ภาวะอ้วน ความอ้วนสร้างภาระให้กับหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพื่อทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ความอ้วนมากทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ผู้ที่น้ำหนักตัวเกินพอดีหรือเกินมาตรฐานเพียงร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และพบว่าผู้ที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าคนปกติ 2 – 3 เท่า การกระจายไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายนับว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยพบว่าสัดส่วนของส่วนเอวและสะโพกที่เท่ากับหรือมากกว่า 0.8 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรค (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560)

2) การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิคเชื่อว่าสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบเพราะช่วยเพิ่มระดับเอชดีแอล ลดีแอลดีแอล ลดีโคลเลสเทอรอล ลดีไตรกลีเซอไรด์และลดน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้การออกกำลังกายเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ช่วยลดความดันโลหิตและลดดัชนีมวลกาย (BMI)

1.2.4 ปัจจัยเสี่ยงเสริม

1) ภาวะเครียด ผู้ที่มีภาวะเครียดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบได้จากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ทำให้รับประทานมากขึ้น ทำให้สูบบุหรี่มากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น

แม้ว่าความเครียดจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในชีวิต แต่การมีความเครียดมากเกินไปทำลายสุขภาพ จำเป็นต้องจัดการและลดให้เหลือน้อยที่สุด ตัวกระตุ้นความเครียดที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย อาชีพการงาน สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ

2) การมีระดับ homocysteine ในเลือดสูง ระดับ homocysteine ในเลือดที่สูงขึ้นมากกว่า 100 ไมโครโมลต่อลิตรจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระบวนการของหลอดเลือดเกิดการอักเสบจนแข็งและหนาตัวขึ้น โดย homocysteine ทำให้ผนังเนื้อเยื่อเอ็นโดทีเลียมทำงานผิดปกติ เพิ่มออกซิไดซ์ แอลดีแอล ลดการสร้างเอ็นโดทีเลียล รีแอกซิง แฟคเตอร์ และกระตุ้นให้เกิดเลือดเกาะกลุ่มกันมากขึ้น (ดวงกมล วัตราดุลย์ และ ปัทมา พิระพันธุ์, 2558) สารนี้เกี่ยวข้องกับหน้าที่ของไต การสูบบุหรี่ ไพริโนเจน และซี - รีแอกทีฟโปรตีน การใช้โฟลิกแอซิด วิตามินบี 6 และบี 12 ช่วยลดระดับสารนี้ในเลือดได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560)

3) ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรค มีผลกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งฮอร์โมน Glucocorticoids, Epinephrine และ Norepinephrine ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เส้นเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะภายในหดตัว และกระตุ้นการหลั่ง cortisol และสารเกี่ยวกับกระบวนการอักเสบทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจตีบเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (Rodrigues et al., 2009)

สรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถแบ่งออกได้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงรอง และปัจจัยเสี่ยงเสริม ซึ่งปัจจัยด้านอายุเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยอาการส่วนใหญ่มักเกิดชัดเจนในเพศชายอายุ 30 ปีขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 30 – 59 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงอายุดังกล่าว

1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นผลมาจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงจากการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของหลอดเลือดแดง หรือเรียกว่าเป็นขบวนการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือดแดง จากปัจจัยด้านเมตาบอลิก ภายภาพ สิ่งแวดล้อม หรือพันธุกรรม เป็นกระบวนการที่เกิดจากการทำปฏิกิริยาระหว่าง endothelium cell, เม็ดเลือดขาว (monocyte, T – lymphocyte), smooth muscle cell และเกล็ดเลือดโดยมี 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 เป็นการเสียดูดระหว่างแรงที่กระทำต่อ 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 คือเป็น plaque ที่มีขนาด lipid core ขนาดใหญ่ (ประกอบด้วยมี lipid laden macrophage หรือ foam cell จำนวนมาก) และ fibrous tissue ที่กั้นระหว่าง lipid core และ Lumen ของหลอดเลือดบาง บริเวณที่ปริแตกมากที่สุดมักเป็น shoulder of fibrous cap ส่วน plaque เสี่ยงต่อการปริแตกน้อย คือ concentric plaque หรือ thick fibrous cap และมีการอักเสบน้อย

การปริแตกของ plaque จะทำให้สารใน plaque แตกออกมาสัมผัสกับเลือด เกิดกระบวนการกระตุ้นให้เกิด thrombosis ได้แก่ การกระตุ้นเกล็ดเลือดและการเกาะกันของเกล็ดเลือด บริเวณที่มีการปริแตกของ plaque ร่วมกับการกระตุ้นการแข็งตัวของเลือด เกิดก้อนเลือด (thrombosis) อุดตันหลอดเลือดแดง ทำให้มีอาการแสดงของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับระดับการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ (วศิน พุทธารี, 2550) หากการอุดตันของหลอดเลือดลดลงมากกว่าร้อยละ 60 – 70 ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย และหากการอุดตันหลอดเลือดทั้งหมดจนเลือดไม่สามารถไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เป็นเวลานานจนทำให้เกิด acute ST elevation myocardial infarction (จรรยา ตันติธรรม, 2547; วศิน พุทธารี, 2550) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น หัวใจวาย ช็อกจากหัวใจ ซึ่งนำไปสู่ความพิการเรื้อรัง หรือคุณภาพชีวิตลดลง (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

1.4 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สำคัญมีดังนี้ (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546)

1.4.1 อาการเจ็บหน้าอก อาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดขึ้นในขณะใดก็ได้ เช่น ขณะนอนพักหรือขณะทำกิจกรรมอยู่ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง คล้ายบีบรัดหน้าอกเหมือนมีใครนั่งทับหน้าอกไว้ หายใจไม่สะดวก เจ็บบริเวณใต้กระดูกหน้าอกและอาจแผ่กระจายหรือเจ็บร้าวไปที่แขนซ้าย คอ ขากรรไกร ไหล่ หลัง หรือบริเวณอื่นๆ ที่หน้าอกคล้ายกับอาการเจ็บแบบ angina pectoris แต่รุนแรงกว่า ใช้เวลานานกว่า 20 นาที

และอาการเจ็บหน้าอกจะไม่บรรเทาโดยการพักหรืออมยาไนโตรกลีเซอริน อาการเจ็บเกิดจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานานจึงหลั่งสาร adenosine และ lactate ซึ่งไปกระตุ้นปลายประสาทบริเวณนั้น ๆ บริเวณเจ็บจากกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจเจ็บร้าวไปบนทรวงอกระดับ C7 ถึง T4 ซึ่งหมายถึงบริเวณคอ ไหล่ หลัง และแขน

1.4.2 อาการอื่น ๆ ขณะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ขณะเกิดอาการเจ็บหน้าอกโดยประสาทจากความเจ็บปวดจะไปกระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียนทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียร่วมด้วย ซึ่งเป็นการตอบสนองของประสาทพาราซิมพาเธติก และไปกระตุ้นประสาทซิมพาเธติกให้หลั่งสารเคทีโคลามีน มีผลให้เหงื่อแตก หัวใจเต้นเร็ว หน้ามืด วิงเวียนศีรษะเนื่องจากหลอดเลือดหดตัว ไข้ภายใน 24 ชั่วโมง และยังคงมีอยู่นานเป็นสัปดาห์ เนื่องจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า กระสับกระส่าย วิดกกังวล อาการที่สัมพันธ์กับการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ได้แก่ การหดตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง มีผลให้หัวใจห้องล่างหดตัวส่งเลือดออกมาในแต่ละครั้งลดลง ปริมาตรและความดันในหัวใจห้องล่างขณะคลายตัวเพิ่มขึ้น ความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายจึงเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจยืดหยุ่นได้ไม่ดี ลามไปถึงหัวใจห้องบนซ้ายและ pulmonary vein การยืดขยายของปอดลดลง หายใจเร็ว ตื้น หรือหายใจลำบากมีของเหลวคั่งในถุงลมปอด ผู้ป่วยจะแสดงอาการหอบเหนื่อย เชื้อขาว เรียกภาวะนี้ว่าปอดบวมน้ำ (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546; ดวงกมล วัตราคุลย์ และ ปัทมา พิระพันธ์, 2558)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอาการและอาการแสดงที่เด่นชัด คือ อาการเจ็บหน้าอก (chest pain) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นอย่างรุนแรง เหมือนมีใครนั่งทับหน้าอกไว้ หายใจไม่สะดวก เจ็บบริเวณใต้กระดูกหน้าอกและอาจเจ็บร้าวไปที่แขนซ้าย คอ ขากรรไกร ไหล่ หลัง โดยอาการเจ็บใช้เวลานานกว่า 20 นาที นอกจากนี้ยังพบอาการอื่น ๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เหงื่อแตก หัวใจเต้นเร็ว ร่วมด้วย

1.5 การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีแนวทางในการวินิจฉัยดังรายละเอียดต่อไปนี้ (เกรียงไกร เสงรัมย์ และ บุญจง แซ่จิ่ง, 2560)

1.5.1 การซักประวัติผู้ป่วยที่ต้องถามได้แก่

1) PQ = Pain Quality ลักษณะของอาการแน่นหน้าอก เช่น ปวดเสียด แน่น อากาศคลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิม

2) R = Radiation ตำแหน่งที่ปวดร้าว เช่น จุกคอหอย ร้าวไปกราม ร้าวไปท้องแขนซ้ายด้านใน ร้าวไปสะบัก หลัง

3) S = Severity ระดับความรุนแรง (Score เต็ม 10)

4) T = Time ได้แก่ เวลาที่เริ่มแน่นหน้าอก เวลาที่แน่นหน้าอกที่รุนแรงที่สุด ระยะเวลาที่แน่นหน้าอกที่ต่อเนื่องมากกว่า 20 – 30 นาที ระยะเวลาจากบ้านหรือสถานที่แน่นหน้าอกถึงโรงพยาบาล

5) การซักประวัติอื่น ๆ เช่น การมีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ โรคอ้วนลงพุง ประวัติโรคหัวใจ การเสียชีวิตจากโรคหัวใจของพ่อแม่ หรือพี่น้องก่อนวัยอันควรในครอบครัว (ผู้ชายอายุน้อยกว่า 45 ปี และผู้หญิงอายุน้อยกว่า 55 ปี) ในครอบครัว

1.5.2 การตรวจร่างกายที่สำคัญ ได้แก่

1) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คือ ในระยะขาดเลือด (ischemia) จะพบ T wave inversion ต่อมาเมื่อภายในเซลล์เนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะขาดเจ็บ (injury) จะมี ST segment elevated โดย ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกันสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 mV ใน lead V1, V2, V3 หรือมากกว่า 1 mV ใน leads อื่น ๆ หรือเกิด left bundle branch block (LBBB) ขึ้นใหม่ ถ้าหากเนื้อเยื่อบริเวณนั้นยังขาดเลือดต่อไปจะเข้าสู่ระยะเซลล์ตายจะเกิด Q wave ที่มีลักษณะลึกเป็น 1/3 ของ R wave และกว้างเรียกว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดมี Q wave และ ST segment ที่ elevate จะค่อยๆ ลดลง T wave จะมีลักษณะเป็น symmetrical inverted T wave ผู้ป่วยบางรายไม่พบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแต่มี ST depression และไม่มี Q wave เรียกว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดไม่มี Q wave (กนกพร แจ่มสมบุรณ์ และคณะ, 2558; เกรียงไกร เสงรัตมี และ บุญจง แซ่จิ่ง, 2560; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

2) สัญญาณชีพอาจพบความผิดปกติจากการตรวจสัญญาณชีพเช่น ความดันโลหิตต่ำ จังหวะการเต้นของหัวใจ และการหายใจผิดปกติ

3) การตรวจทาง Cardiovascular system เพื่อวินิจฉัยผลหรือประเมินภาวะแทรกซ้อน บางรายอาจตรวจพบเสียงจากลิ้นหัวใจไม่ทึบรั่ว หรือผนังกันหัวใจห้องล่างซ้ายรั่วทะลุ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนขั้นรุนแรง ฟังได้ S3 gallop, S4 หรือ Summation gallop

4) การตรวจเสียง crepitation ที่ชายปอดทั้งสองข้างจากภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งมีเพียงประมาณ ร้อยละ 1 – 5 ที่อาจตรวจไม่พบความผิดปกติ

1.5.3 การส่งตรวจและสืบค้นเพิ่มเติม ได้แก่

1) การตรวจเลือดเพื่อตรวจระดับของ Cardiac enzymes ที่นิยมส่งตรวจคือ CK – MB และ Troponin – T หรือ Troponin – I ระดับของ Cardiac enzyme ที่สูงเกินค่าปกติเป็นตัวบ่งบอกกว่ามีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือดโดยระดับ CK – MB จะเริ่ม

สูงกว่าปกติภายในเวลา 4 – 8 ชั่วโมงภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีระดับเอนไซม์สูงกว่าปกติ 5 – 15 เท่า ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจะกลับสู่ปกติภายใน 2 – 3 วัน ส่วน Troponin – T และ Troponin – I ถือว่ามีความไวและความจำเพาะเจาะจงสูงที่สุด เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเริ่มตรวจพบระดับที่สูงขึ้นได้ที่ 2 – 4 ชั่วโมง และเพิ่มขึ้นจนสูงสุดที่ 48 ชั่วโมงก่อนจะลดลง และยังคงตรวจพบได้จนถึง 7 – 10 วัน (ดวงกมล วัตราดุลย์, 2558; สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

2) การตรวจอื่น ๆ เช่น การส่งตรวจ Basic laboratory tests การตรวจ X – ray ในที่ที่สามารถทำการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจได้ ควรทำการตรวจเพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และการบีบตัวของหัวใจ รวมถึงการตรวจภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย (เกรียงไกร เฮงรัศมี และ บุญจง แซ่จิ่ง, 2560)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย 3 ข้อ คือ 1) มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่ต่อเนื่องมากกว่า 20 – 30 นาที 2) มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ 3) มีค่าของระดับ Cardiac enzyme ที่สูงเกินค่าปกติ

1.6 การรักษาผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์ของการรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ ให้การบำบัดอย่างเร่งด่วนเพื่อทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการกำซาบเลือดโดยเร็วที่สุด ลดอาการเจ็บปวด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายของผู้ป่วย โดยแนวทางในการรักษามี 3 แนวทาง (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546; ดวงกมล วัตราดุลย์ และ ปัทมา พิระพันธ์ุ, 2558; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560) ดังนี้

1.6.1 การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacologic therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจ ยาที่ใช้ในการรักษาสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ๆ (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552) คือ

1) ยาในกลุ่มต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin, Ticlopidine และ Clopidogrel โดยยา Aspirin จะป้องกันการสร้าง Thrombus ที่มีการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด เพราะถ้ากลุ่มเกล็ดเลือดนี้มากจะทำให้มีการอุดตันในหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงทันที และยา Clopidogrel เป็นยาที่ไปขัดขวาง Adenosine Diphosphate receptors ป้องกันการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ป้องกันการยุบตัวของหลอดเลือด

2) ยาในกลุ่มละลายลิ่มเลือด ได้แก่ Unfractionated heparin, Low – molecular Weight heparin (LMWH), Glycoprotein (GP) IIb/IIIa inhibitors ใช้ในผู้ป่วย STEMI

หรือ new left Bundle Branch Block (LBBB) ที่มีอาการในระยะเวลา 12 ชั่วโมงหลังมีอาการ ระยะเวลาที่ดีที่สุดคือใน 3 ชั่วโมง มีการกำหนดตัวชี้วัดการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time) คือไม่ควรเกิน 30 นาที หลังผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ยาละลายลิ่มเลือดที่นิยม ได้แก่ Streptokinase, t – PA และ Reteplase แต่มีภาวะแทรกซ้อนที่ควรระวัง ได้แก่ ภาวะเลือดออกในสมอง ทำให้ความดันโลหิตต่ำ หรือเกิดการแพ้ได้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557; เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552)

(1) ยา Streptokinase (SK) เป็นยาละลายลิ่มเลือดที่สกัดมาจาก เชื้อแบคทีเรีย Group C beta – hemolytic streptococci ที่มีคุณสมบัติเป็น Indirect activator of plasminogen ออกฤทธิ์จับกับ plasminogen ในเลือดเป็น SK plasminogen complex จะกระตุ้น Plasminogen ในกระแสเลือดและลิ่มเลือดให้เปลี่ยนเป็น Plasmin ทำให้เกิดกระบวนการละลายลิ่มเลือดในร่างกาย สามารถช่วยเปิดเส้นเลือดที่ 90 นาที มี Half – life 18 – 23 นาที ขนาดของยา 1.5 ล้านยูนิตผสมกับสารน้ำหยดเข้าทางเส้นเลือดดำนาน 1 ชั่วโมง หรือฉีดเข้าทาง หลอดเลือดแดงโคโรนารีโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Systemic hypocoagulable state ได้นาน 24 – 36 ชั่วโมง ในระยะเวลาดังกล่าวนี้จึงควรระวังเหตุการณ์ต่าง ๆ เพราะจะทำให้เลือดหยุดยาก ผลข้างเคียงจากยา คือ อาการแพ้ ความดันโลหิตต่ำ ในระหว่างได้ยา ควรหยุดยาขยายหลอดเลือด ชนิดอื่นก่อน (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557; เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552)

(2) ยา Tissue plasminogen activator เป็นยาที่สังเคราะห์จาก ผนังด้านในสุดของหลอดเลือด (Vascular endothelium) สร้างโดยวิธีพันธุวิศวกรรม (Recombinant DNA technology) เป็นเอนไซม์ธรรมชาติ จึงไม่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ มีฤทธิ์ละลายลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ จึงไม่ทำให้เกิดเลือดออกที่อวัยวะอื่น ๆ ยา t – PA ออกฤทธิ์โดยการเปลี่ยน Plasminogen เป็น Plasmin ที่บริเวณผิวของลิ่มเลือดกลายเป็นสารประกอบ t – PA fibrin ซึ่งจะเปลี่ยน Plasminogen เป็น Plasmin และเกิดการละลายลิ่มเลือดขึ้น มี half – life 3 – 5 นาที ประสิทธิภาพในการเปิดเส้นที่ 90 นาที พบภาวะเลือดออกและความดันโลหิตต่ำได้น้อยกว่า SK แต่มีโอกาสเส้นเลือดตีบซ้ำได้มากกว่า ต้องให้ยานานถึง 3 ชั่วโมง ขนาดเริ่มต้นฉีด 10 มิลลิกรัมตามด้วย หยดเข้าเส้นเลือด 50 มิลลิกรัมใน 1 ชั่วโมง ตามต่อด้วย 20 มิลลิกรัมหยดต่ออีก 2 ชั่วโมง และตาม ด้วยยา Heparin drip หรือ LMWH

3) ยาในกลุ่มควบคุมและป้องกันอาการเจ็บหน้าอก (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552) ประกอบด้วย

(1) ยาในกลุ่มไนเตรท ได้แก่ Nitroglycerine, ISDN, Isosorbide 5 – Mononitrate และ Isosorbide dinitrate มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดโดยทำให้ Smooth

muscle ของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงคลายตัว จึงเพิ่มการไหลเวียนเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น อาการเจ็บหน้าอกลดลง รักษาอาการเจ็บหน้าอก โดยการอมไวนีไดลิ้น ยาจะออกฤทธิ์ภายใน 30 วินาที เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดจึงมีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการปวดศีรษะได้ (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

(2) ยาในกลุ่มปิดกั้นเบต้า ได้แก่ Atenolol, Propanolol, Metoprolol, Bisoprolol, Carvidiol, Timolol และ Nalodol ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการยับยั้งการตอบสนองต่อการกระตุ้น Adrenergic โดยจะไปแย่งจับกับ Adrenergic Receptors โดยไปแย่งจับ Beta – 1 receptors ที่พบที่หัวใจ หรือ Beta – 2 receptors มีผลให้การเต้นของหัวใจช้าลง จึงต้องเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจที่ช้าลงและการนำกระแสไฟฟ้า AV node ถูกขัดขวาง ภาวะหัวใจล้มเหลว และหลอดเลือดหดเกร็ง (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

(3) ยาในกลุ่ม Calcium channel blocker ได้แก่ Amlodipine, Felodipine, Nifedipine, Diltiazem และ Verapamil ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์กั้นไม่ให้ Calcium ion ผ่านเข้า Cellular membrane และ Smooth muscle cell ในหลอดเลือดขยายตัว จึงมีผลเพิ่มการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ลดแรงต้านในหลอดเลือด ลดการทำงานของหัวใจและลดการใช้ออกซิเจน ลดอาการเจ็บหน้าอกได้ ข้อควรระวังในการใช้ยา คือ ต้องเฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจล้มเหลว และอาการบวมที่อวัยวะส่วนปลาย (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

1.6.2 การรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) โดยการใช้สายสวนหัวใจชนิดพิเศษ เป็นหัตถการที่กระทำเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจตรงจุดที่ตีบแคบลง โดยการใช้บอลูนเรียกว่า Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) และบางครั้งอาจต้องใส่ขดลวด (Stent) เข้าไปในหลอดเลือดเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดหรือเรียกวิธีนี้ว่า Percutaneous Transluminal Coronary Intervention (PCI) มีจุดมุ่งหมายในการรักษาเพื่อ 1) ลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิด Recurrence MI 2) ลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก และ 3) ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยตำแหน่งการใส่สาย ได้แก่ (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

1) บริเวณข้อมือ (Radial artery) การฉีดยาและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดข้อมือ หากสภาพผู้ป่วยเหมาะสมแพทย์สามารถใช้หลอดเลือดแดงที่บริเวณข้อมือเป็นทางเลือกในการสอดสายตรวจเพื่อทำการฉีดยาหรือสารนำในการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดแดงที่ใช้ คือ หลอดเลือดแดง Radial artery เนื่องจากหลอดเลือดข้อมือเป็นหลอดเลือดขนาดเล็กและอยู่ตื้นแพทย์สามารถถึงสายสวนและนำท่อออกจากหลอดเลือดแดงได้ทันทีหลังเสร็จสิ้น

การตรวจรักษา ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงและทำกิจวัตรส่วนตัวได้ทันที เพียงแต่ไม่ควรพับข้อมือที่ใช้สวนหัวใจเป็นเวลา 6 – 8 ชั่วโมง การสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดข้อมือพบปัญหาอันตรายต่อหลอดเลือดและการเสียเลือดน้อยกว่าที่ขาหนีบ ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ขนาดของหลอดเลือดข้อมือมีขนาดเล็ก หรือหลอดเลือดมีความคดโค้ง หรือผู้ที่เคยผ่าตัดเส้นเลือดที่แขนและผู้ที่ปัญหาของหลอดเลือดส่วนปลาย (จรรยา ตันติธรรม, 2547; เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์, 2552)

2) บริเวณขาหนีบ (Femoral artery) โดยทั่วไปภายหลังการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจเสร็จ แพทย์จะดึงสายตรวจท่อนำจากหลอดเลือดแล้วกดตรงตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดบริเวณขาหนีบให้เลือดหยุดเป็นเวลา 10 – 15 นาที ผู้ป่วยต้องนอนราบที่เตียง ห้ามขยับขาข้างที่แทงหลอดเลือด โดยมีหมอนทรายทับที่บริเวณขาหนีบต่ออีก 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะสามารถพับขา งอขาหรือเดินหลังจากครบ 4 – 6 ชั่วโมงภายหลังการทำการถ่างขยายหลอดเลือด ผู้ป่วยจะได้รับยาป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดขณะทำการรักษา ซึ่งจะทำให้เกิดเลือดออกได้ง่าย โดยเฉพาะจากแผลที่แทงหลอดเลือด ดังนั้นต้องรออีก 4 ชั่วโมงเพื่อรอให้ยาที่ใช้ในการรักษาหมดฤทธิ์เสียก่อนจึงจะสามารถดึงท่อนำออกและกดแผลได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนที่เตียงไม่ต่ำกว่า 8 – 12 ชั่วโมง (เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์, 2552)

1.6.3 การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft : CABG) เป็นกระบวนการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเส้นทางการไหลเวียนของเลือด โดยใช้เส้นเลือดที่ขาและผนังหน้าอก ทำการเชื่อมต่อเส้นเลือดให้ใหม่โดยเลี่ยงจุดที่ตีบตัน หลอดเลือดที่นิยมใช้ในการทำทางเบี่ยงนี้คือ หลอดเลือดดำ Saphenous และหลอดเลือดแดง internal mammary ข้อพิจารณาการผ่าตัด คือ ในกรณีที่มีการตีบของเส้นเลือดหัวใจมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ตีบเป็นทางยาว มักใช้ในรายที่มีการตีบตันของเส้นเลือดทั้ง 3 เส้น โดยเฉพาะการตีบที่มีลักษณะแบบกระจายทั่วไป ในรายที่มีเส้นเลือดตีบที่บริเวณโคนของเส้นเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้ายหรือในรายที่รักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล หรือในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการทำบอลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์, 2552)

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ควรให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1.7.1 การพยาบาลด้านร่างกาย สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ (พัชณี รมताल และคณะ, 2560) ดังนี้

1.7.1.1 การพยาบาลขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน บทบาทพยาบาลขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน ควรปฏิบัติดังนี้

1) การประเมินด้านร่างกาย ลักษณะสีหน้า ท่าทาง เช่น ขมวดคิ้ว ใช้มือกุมอก เหงื่อออก ตัวเย็น คลื่นไส้อาเจียน บางรายอาจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ร่วมด้วย

2) ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ ความดันโลหิตอาจสูงในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกหรือความดันโลหิตต่ำกรณีที่เกิดอาการช็อคจากหัวใจ

3) ประเมินความเข้มข้นของระดับออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว พิจารณาให้ออกซิเจน 2 – 4 ลิตรต่อนาทีเพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือดให้มากกว่าหรือเท่ากับ 95%

4) ประเมินและซักประวัติอาการเจ็บหน้าอกให้ครอบคลุม

5) ตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ภายใน 10 นาที และติดตามอย่างต่อเนื่อง

6) รายงานแพทย์ทราบทันที

7) เปิดเส้นเลือดดำและส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เช่น CK – MB, Troponin T/I ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่หลั่งออกมาจากกล้ามเนื้อหัวใจเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

8) ให้อยู่ตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

9) เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือฉุกเฉินให้พร้อมใช้

10) ประสานงานกับหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหัวใจหรือห้องสวนหัวใจและนำส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็วปลอดภัย

1.7.1.2 การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลต้องมีสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถประเมินและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อน เช่น เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ (พัชณี รมตาล และคณะ, 2560)

1) กรณีที่ต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด พยาบาลจะต้องประเมิน check list และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ระยะ ทั้งก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรายงานแพทย์ทันที

2) กรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูน พยาบาลจะต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย เช่น เตรียมผิวหนัง ตรวจสอบความแรงของซีพจรส่วนปลาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของไต

การให้ยาที่สำคัญตามการรักษาเช่น Clopidogrel มีการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมแพทย์พยาบาลห้องสวนหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องสวนหัวใจมีการประเมินและเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะเลือดออก จากอวัยวะต่าง ๆ และบริเวณผิวหนังที่แทงเข็มใส่สายสวนหัวใจ ภาวะเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มหัวใจ การเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง เป็นต้น

1.7.2 การพยาบาลทางด้านจิตใจ สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

- 1) ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเอง เป็นมิตร และมีความสม่ำเสมอในการมีปฏิสัมพันธ์
- 2) ให้ความเคารพ และยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การรักษาพยาบาล แจ้งความคืบหน้าของการรักษาและอาการอย่างต่อเนื่อง
- 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย อธิบายความรู้สึก ระบายความคับข้องใจ และความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ ออกมา โดยใช้ทักษะการฟังด้วยความเห็นใจ การสังเกต การถาม การทวนความ และการเงียบ
- 4) ให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง (ชัชชญา สุวรรณชาติ, 2553)

1.7.3 การพยาบาลทางสังคม สามารถให้การพยาบาลได้ดังนี้

- 1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสพูดคุย เปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลา และยืดหยุ่นเวลาตามความเหมาะสม
- 2) เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อสอบถามอาการเปลี่ยนแปลงและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่ถูกทอดทิ้ง (ชัชชญา สุวรรณชาติ, 2553)

1.7.4 การพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณ สามารถให้การพยาบาลได้ดังนี้

- 1) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติประกอบพิธีกรรมทางศาสนา หรือลัทธิความเชื่อ เช่น ไหว้พระ ทำบุญ ใส่บาตร สวดมนต์ อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ
- 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการดูแลรักษาพยาบาล โดยยืนยันกับผู้ป่วยและญาติว่าการตัดสินใจที่ผู้ป่วยและญาติได้ทำไปนั้นถูกต้องและทีมสุขภาพมีความเห็นเดียวกันกับผู้ป่วยและญาติ (ชัชชญา สุวรรณชาติ, 2553)

2. ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

2.1 ความหมายของความรู้สึกกลัว

Lang (1968) ให้ความหมายความรู้สึกกลัวว่า เป็นการตอบสนองต่อภาวะคุกคาม และ/หรือบุคคลคาดว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นต่อตน ส่งผลให้เกิดการแสดงออกทางพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการคิดรู้ การเคลื่อนไหว และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา

Tanner Jr, Hunt, and Eppright (1991) ให้ความหมายความรู้สึกกลัวว่า เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งคุกคามหรือคาดว่าจะอันตราย ส่งให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือหาทางเผชิญกับสิ่งคุกคามหรืออันตรายนั้น

Whitley (1992) ให้ความหมายความรู้สึกกลัวว่า เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ตระหนก และตึงเครียดของบุคคล โดยบุคคลรับรู้ถึงสาเหตุหรือสิ่งกระตุ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีระวิทยา พฤติกรรม อารมณ์ และการคิดรู้เพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นนั้น และตัดสินใจแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อต่อสู้ (Fight) หรือถอยหนี (Flight)

LaTour and Rotfeld (1997) ให้ความหมายความรู้สึกกลัวว่า เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งที่มาคุกคาม และแต่ละบุคคลมีความรู้สึกกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามแตกต่างกัน

โรเบิร์ต อี. ซิลเวอร์แมน (2545) ให้ความหมายความรู้สึกกลัวว่า เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลมีความคิดหรือ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับอันตรายต่าง ๆ

ดังนั้น ความรู้สึกกลัวจึงหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามหรือคาดว่าจะอันตรายต่อตน เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีระวิทยา ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและด้านการคิดรู้

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกกลัว

ความรู้สึกกลัว (fear) เป็นอารมณ์ด้านลบที่บุคคลต้องประสบพบเจอเป็นปกติ เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะคุกคามหรือสถานการณ์ที่คาดว่าจะมีอันตรายต่อตน ความรู้สึกกลัวจะส่งผลให้บุคคลมีการตอบสนองต่อภาวะคุกคามหรือสถานการณ์นั้นด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อต่อสู้ (Fight) หรือถอยหนี (Flight) ซึ่งความรู้สึกกลัวในระดับปกติ (normal fear) จะช่วยให้บุคคลมีการเรียนรู้ ส่งเสริมการกระทำทางด้านบวก และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้น (Whitley, 1992)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกกลัวตามแนวคิดของ Whitley (1992) มี 8 ปัจจัย ดังนี้

1. ลักษณะหรือจุดกำเนิดโดยธรรมชาติ เช่น เสียงดังอย่างฉับพลัน ความสูง ความเจ็บปวด การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย

2. การเรียนรู้การตอบสนอง เช่น เรียนรู้การตอบสนองจากการวางเงื่อนไข การเลียนแบบ จากตัวแบบ หรือการเรียนรู้จากบุคคลอื่น
3. การแยกจากระบบสนับสนุนเมื่อเผชิญภาวะคุกคามหรือสถานการณ์ที่เป็นอันตราย เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. การพร่องความรู้หรือความไม่คุ้นเคย
5. อุปสรรคทางด้านภาษา
6. มีความบกพร่องทางประสาทสัมผัส
7. สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวอย่างรุนแรง (phobic stimulus) หรือโฟเบีย (phobia)
8. สิ่งเร้าด้านสิ่งแวดล้อม

ได้มีการแบ่งนักจิตวิทยาที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัว (fear) และความวิตกกังวล (anxiety) ออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกเชื่อว่าความกลัว (fear) และความวิตกกังวล (anxiety) เป็นความรู้สึกเดียวกันเนื่องจากมีพื้นฐานกลไกการเกิดความรู้สึกแบบเดียวกัน ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งเชื่อว่าทั้ง ความรู้สึกกลัว (fear) และความวิตกกังวล (anxiety) เป็นอารมณ์ที่มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง (Lazarus, 1991) เนื่องจากความรู้สึกกลัวเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่บุคคลรับรู้ต่อสิ่งที่มา คุกคาม รู้สาเหตุหรือสิ่งกระตุ้นชัดเจน คาดการณ์ได้ มักเกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น กลัวเจ็บ กลัวตาย กลัวลำบาก เป็นต้น ในขณะที่ความวิตกกังวลจะเกิดจากสถานการณ์ที่คาดเดาได้ลำบาก ไม่แน่ใจว่าจะ ลงเอยเช่นใด เป็นการคาดเดาไปข้างหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือมีผลร้ายต่อตน

นอกจากนี้ความรู้สึกกลัว (fear) ยังมีความแตกต่างจากโฟเบีย (phobia) หรือความรู้สึก กลัวทางคลินิก (clinical fear) กล่าวคือ ความรู้สึกกลัวเป็นความรู้สึกพื้นฐานของชีวิตที่ทุกคนต้อง ประสบพบเจอ เมื่อบุคคลเผชิญภาวะคุกคามหรือเหตุการณ์ที่คาดว่าจะอันตรายต่อตน บุคคลจะ ตอบสนองต่อภาวะคุกคามนั้นด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อต่อสู้ (fight) หรือถอยหนี (flight) ซึ่งบุคคลจะมีประสบการณ์ความรู้สึกกลัวตลอดช่วงพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็กไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ความรู้สึก กลัวที่เกิดขึ้นเป็นความรู้สึกกลัวที่ไม่รุนแรง เกิดขึ้นไม่นาน ทำให้เกิดการปรับตัวและเกี่ยวข้องกับการมี ชีวิตรอดของมนุษย์ (Gullone, King, and Ollendick, 2000) แต่ความรู้สึกกลัวทางคลินิกหรือโฟเบีย จะเป็นความรู้สึกกลัวที่รุนแรง ไม่สมเหตุสมผลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่รับรู้ ไม่สามารถอธิบาย หรือให้เหตุผลได้ และนำไปสู่พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้นอย่างทันทีทันใด และความรู้สึกจะคง อยู่เป็นเวลานาน (Graziano, DeGiovanni, and Garcia, 1979; Whitley, 1992)

2.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความกลัว

1) The James – Lange theory of emotion เป็นทฤษฎีทางอารมณ์ที่สร้างขึ้น โดย William James นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน และ Carl Lange นักจิตวิทยาชาวเดนมาร์ก ที่มีแนวคิด

เกี่ยวกับอารมณ์เหมือนกัน โดยทฤษฎีนี้เชื่อว่าความรู้สึกทางอารมณ์ เกิดจากการที่บุคคลรับรู้เหตุการณ์หรือสถานการณ์และประเมินว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีอันตรายต่อตน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและการแสดงออกทางพฤติกรรม บุคคลจะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และให้ความหมายการเปลี่ยนแปลงนี้ว่าเป็นความรู้สึกกลัว (James, 1884)

2) The Cannon – Bard Theory ทฤษฎีนี้พัฒนาโดย Walter Cannon ซึ่งเป็นผู้ค้นพบว่าระบบประสาทซิมพาเทติกมีหน้าที่ในการตอบสนองให้ต่อสู้หรือถอยหนี และ Philip Bard ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การรับรู้อารมณ์และความรู้สึกไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การตื่นตัวทางสรีรวิทยาและพฤติกรรม ถึงแม้ว่าทั้งหมดนี้จะเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน แต่อารมณ์เกิดจากการกระตุ้นทางระบบประสาทและส่งไปยังสมองส่วน thalamus และบางส่วนส่งไปยัง cerebral cortex เกิดเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ กระตุ้นการแสดงออกทางพฤติกรรม และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายซึ่งทั้งหมดนี้จะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน (Cannon, 1927)

3) The Schachter – Singer Theory หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive theory) พัฒนาโดย Schachter and Singer (1962) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าอารมณ์เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความตื่นตัวทางสรีรวิทยา เมื่อสถานการณ์บางอย่างเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และ 2) ความรู้ความเข้าใจ โดยความรู้ความเข้าใจเกิดขึ้นจากการประเมินสถานการณ์ และให้คำนิยามถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยทฤษฎีนี้เชื่อว่าทุกอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองทางร่างกายที่เหมือนกัน บุคคลไม่สามารถรับรู้ว่าอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอารมณ์ใดจากการสังเกตการตอบสนองทางร่างกาย ซึ่งการตอบสนองทางร่างกายจะบอกเพียงว่าอารมณ์ที่เกิดขึ้นรุนแรงมากน้อยเพียงใดเท่านั้น ดังนั้นการที่บุคคลจะสามารถระบุได้ว่าอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอารมณ์ใดขึ้นอยู่กับข้อมูลที่บุคคลได้รับเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น (Schachter and Singer, 1962)

2.4 ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

มีผู้ให้ความหมายของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยไว้ดังนี้

Fait et al. (2018) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม หรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ขึ้นอยู่กับภาวะคุกคามต่อชีวิตหรือความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถ โดยเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรม และคุณภาพด้านร่างกาย

Shim et al. (2018) ให้ความหมายว่า เป็นอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจมีสาเหตุมาจากการคาดหมายหรือตระหนักเกี่ยวกับภัยคุกคามหรืออันตรายที่เกิดขึ้น

Dinkel and Herschbach (2018) ให้ความหมายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยว่าหมายถึง ความกลัวว่าตนเองจะเจ็บป่วยมากขึ้น และมีผลต่อร่างกาย จิต สังคมหรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย หมายถึง ประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรม และคุณภาพด้านร่างกาย เกี่ยวกับความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นหรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ขึ้นอยู่กับภาวะคุกคามต่อชีวิต และส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

Herschbach and Dinkel (2014) มีแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยดังนี้ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกกลัวการเจ็บป่วยดำเนินไป ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิต สังคม หรือ มีการกลับเป็นซ้ำของโรค ขึ้นกับประสบการณ์ภาวะคุกคามที่ได้รับ หรือการเจ็บป่วยที่ทำให้ทุพพลภาพ ซึ่งความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรม และคุณภาพด้านร่างกาย โดยทั่วไป ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคเป็นการตอบสนองต่อการวินิจฉัยภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นจริง การรักษาและสาเหตุของความเจ็บป่วย ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยสามารถจัดระดับได้เป็นการทำหน้าที่ (functional) และการสูญเสียหน้าที่ (dysfunctional) หากความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีระดับสูง จะส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ เช่น ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การให้ความร่วมมือในการรักษา คุณภาพชีวิต หรือบทบาททางสังคม ซึ่งภาวะเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการรักษา

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยตามแนวคิดของ Herschbach and Dinkel (2014) สามารถแบ่งออกได้ 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ โดยผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ปฏิกริยาแรกที่พบได้บ่อยคือช็อก การวินิจฉัยโรคจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนฝันร้าย ผู้ป่วยจะใช้กระบวนการปฏิเสธและค้นหาความจริง และผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการเผชิญปัญหาโดยกระบวนการนี้ผู้ป่วยจะยังไม่ยอมรับและเริ่มต้นด้วยการต่อต้าน ถกเถียงกับแพทย์ ญาติ และกล่าวโทษโชคชะตา เมื่อผู้ป่วยตระหนักได้ว่าไม่สามารถต่อสู้กับปัญหาได้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยทุกคนไม่สามารถยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต Herschbach and Dinkel (2014) กล่าวว่า การตอบสนองทางอารมณ์ ประกอบด้วย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิต สิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และรูปแบบการแสดงออกของความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังได้รับการวินิจฉัย

2. ครอบครัว/ญาติ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและญาติเป็นแหล่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสุข ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ที่ดีหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนดูแลในระยะเริ่มแรกของการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและสามารถเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือขาดการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์และทรมานเพิ่มมากขึ้น

3. การประกอบอาชีพ ผู้ป่วยที่มีเศรษฐฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพโดยจะไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ และการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลต่อการประกอบอาชีพทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลงหรือไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ไม่เหมือนเดิม ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

4. การสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง Herschbach and Dinkel (2014) กล่าวว่า การสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเองหรือหมดพลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้หมดหวัง และต้องการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น

5. การเผชิญกับความวิตกกังวล Herschbach and Dinkel (2014) กล่าวว่า ถ้าผู้ป่วยสามารถตอบสนองทางด้านอารมณ์ภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติ ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง จะสามารถทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยแตกต่างจากความรู้สึกกลัว กล่าวคือ ความรู้สึกกลัวเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งที่มากระตุ้นหรือสิ่งที่มาคุกคามโดยกระตุ้นประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการต่อสู้หรือถอยหนีจากสิ่งที่มากระตุ้นนั้น โดยแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น การแสดงสีหน้าตกใจ การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ เช่น หัวใจเต้นแรง และการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา เช่น ไม่สามารถคุมสติตนเองได้ ไม่สามารถตัดสินใจทำอะไรได้ ส่วนความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรม และคุณภาพด้านร่างกาย เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง โดยกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยมากขึ้น หรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งขึ้นกับภาวะคุกคามต่อชีวิต และส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ส่งผลกระทบต่อเผชิญปัญหา การให้ความร่วมมือในการรักษา คุณภาพชีวิต หรือบทบาททางสังคม

2.6 ผลกระทบของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.6.1 ด้านร่างกาย ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งฮอร์โมน Glucocorticoids, Epinephrine และ Norepinephrine ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ความดันเลือดในระหว่างหัวใจบีบตัวเพิ่มมากขึ้น เส้นเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะภายในหดตัว นอกจากนี้ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรครยังกระตุ้นให้หลั่ง cortisol และสารเกี่ยวกับกระบวนการอักเสบ เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (Rodrigues et al., 2009)

2.6.2 ด้านจิตใจ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งฮอร์โมน Norepinephrine และ Serotonin ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Fait et al., 2018; Rodrigues et al., 2009) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเอง ส่งผลให้การดำเนินของโรคแย่ลง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ เพิ่มโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค (Fait et al., 2018; Herschbach and Dinkel, 2014; Messerli-Bürgy et al., 2015; Millstein and Huffman, 2017) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม (Berg et al., 2011; Herschbach and Dinkel, 2014)

สรุปได้ว่าหากผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเอง ทำให้การดำเนินของโรคแย่ลงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นหัวใจเต้นผิดจังหวะ เพิ่มโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน มีผลกระทบต่อความผาสุก คุณภาพชีวิต และหน้าที่ทางสังคม ดังนั้นหากผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมจะสามารถช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้นได้

2.7 การประเมินความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือการประเมินความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย มีดังนี้

2.7.1 แบบประเมินความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Fear of progression Questionnaire : FoP – Q) ของ Herschbach et al. (2005) ประกอบด้วยข้อคำถาม 43 ข้อ ประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การตอบสนองทางอารมณ์ 2) ครอบคร้ว/ญาติ 3) การประกอบอาชีพ 4) การสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง และ 5) การเผชิญกับภาวะวิตกกังวล เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต

5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ และบ่อยที่สุด โดยเริ่มแรกใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน มะเร็ง และโรครุห์มาติค มีผลการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดซ้ำ (test – retest reliability) ได้ค่าอยู่ระหว่าง .77 - .94 (Herschbach et al., 2005)

2.7.2 แบบประเมินความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยฉบับย่อ (Fear of progression Questionnaire Short Form : FoP – Q – SF) ของ Mehnert et al. (2006) พัฒนามาจากแบบประเมินฉบับเต็มของ Herschbach et al. (2005) ที่มีจำนวนข้อคำถาม 43 ข้อ ให้เหลือจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา ข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เคยเลย จนถึง 5 หมายถึง เป็นประจำ ผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 12 ถึง 60 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 34 คะแนนขึ้นไปหมายถึงผู้ป่วยมีความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ผลการทดสอบหาความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .87

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ (Fear of progression Questionnaire Short Form: FoP – Q – SF) ของ Mehnert et al. (2006) เนื่องจากเครื่องมือนี้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมไปถึงผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีความครอบคลุมการวัดความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และสอดคล้องกับแบบประเมินความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยของ Herschbach et al. (2005) มีจำนวนข้อคำถามน้อยจึงไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วยเกินไป และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .87

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3.1 ความรุนแรงของโรค

3.1.1 ความหมายของความรุนแรงของโรค

Custers et al. (2018) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคเป็นระดับของอาการทางกายที่บ่งบอกความรุนแรงของโรค

Hall et al. (2017) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินสิ่งเร้าของผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา และการรอดชีวิต

เอี่ยมเดือน นิลพฤษ (2559) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหมายถึง การรับรู้อาการที่อดไม่สุขสบายบริเวณอกหรือบริเวณใกล้เคียง และการรับรู้ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ความรุนแรงของโรคหมายถึง การรับรู้ถึงอาการเจ็บแน่นหน้าอก และความทุกข์ทรมานจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดขึ้น

3.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับความรับรู้ถึงกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ความรุนแรงของโรคเป็นระดับของอาการทางกายที่บ่งบอกความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับความรับรู้ถึงกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Custers et al., 2018) ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะรับรู้อาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง รู้สึกอึดอัดไม่สุขสบายบริเวณอกหรือบริเวณใกล้เคียงได้แก่ แขนข้างเดียวหรือสองข้าง กราม หลัง หรืออกแน่นลึ้นปี เหงื่อแตก รู้สึกเหมือนจะเสียชีวิตต้องได้รับการรักษาให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตอย่างเร่งด่วน และภายหลังการรักษาผู้ป่วยยังต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการและการรักษาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความกระวนกระวายใจ กลัวความเจ็บปวด กลัวว่าจะเสียชีวิต กลัวการรักษาที่จะมีผลกระทบต่อร่างกาย กลัวเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรคหรือการเกิดโรคซ้ำซึ่งความรู้สึกกลัวนี้เป็นความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Daly et al., 2000; Heather et al., 2017) โดยความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับรู้ถึงกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Hall et al., 2017)

3.1.3 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความรุนแรงของโรค

แบบประเมินสภาวะอาการเจ็บอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พัฒนาโดย พิมลรัตน์ พิมพดี (2553) ประเมินครอบคลุมความถี่ (frequency) ระดับความรุนแรง (intensity) ระยะเวลา (duration) และการใช้ยาไนโตรกลีเซอริน ประเมินโดยใช้มาตราวัดความรู้สึกเจ็บปวดแบบตัวเลข มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร ระบุตัวเลข 0 – 10 บนเส้นตรง ปลายด้านซ้ายสุดระบุตำแหน่งเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย และปลายด้านขวาสุดระบุตำแหน่งเลข 10 หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกมากที่สุด โดยให้เลือกตอบที่ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) ได้ค่า CVI เท่ากับ .88 มีค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .89 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน

แบบประเมินกลุ่มอาการโรคหัวใจของ สุจิตราภรณ์ พิมพโพธิ์ (2554) ประยุกต์จากแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Nieveen et al. (2008) ของพงพกา กรีทอง (2550) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549) แบ่งการประเมินเป็น 2 ด้าน คือแบบประเมินด้านอาการ (Evaluation of symptom) ประกอบด้วยมิติด้านความรุนแรงและมิติด้านเวลา และแบบประเมินด้านการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptom) ประกอบด้วยมิติ

ด้านความทุกข์ทรมาน แบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบตัวเลขให้เลือกตอบ (Numeric rating scale) 1 – 10 คะแนน โดยปลายสุดทางด้านซ้ายตรงกับตำแหน่ง 1 หมายถึง มีความรุนแรงน้อยที่สุด และปลายสุดทางด้านขวาตรงกับตำแหน่ง 10 หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด คะแนนรวม 0 – 100 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ 1.00 และค่าความเที่ยงเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 และค่าความเที่ยงหลังเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 90 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

แบบประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก (Cardiac Pain Intensity) พัฒนาโดย O'Keefe-McCarthy et al. (2015) ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกที่วัดในขณะนี้ และอาการเจ็บหน้าอกที่มากที่สุดภายใน 2 ชั่วโมงที่ผ่านมาเพื่อเป็นพื้นฐาน และวัดซ้ำที่ 2, 4, 6 และ 8 ชั่วโมงถัดมา การประเมินใช้มาตรวัดอาการเจ็บหน้าอกแบบตัวเลข (numeric rating scale, NRS) 11 ระดับ คือ 0 – 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย และ 10 หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกมากที่สุด คะแนนน้อยหมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกน้อย และคะแนนมากหมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกมาก มีผลทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test – retest reliability) เท่ากับ .96

แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก พัฒนาโดย เอ็มเดือน นิลพฤกษ์ (2559) โดยประยุกต์จากแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Nieveen et al. (2008) แบ่งการประเมิน 2 มิติ คือ แบบประเมินมิติด้านความรุนแรงของอาการ (Evaluation of symptom) และแบบการประเมินด้านการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานของอาการ (Response to symptom) ใช้มาตรวัดความรู้สึกแบบตัวเลข (numeric rating scale, NRS) ในการประเมินทั้ง 2 มิติ โดยกำหนดเส้นตรงในแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร โดยระบุตัวเลข 0 – 10 ปลายสุดของด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน ด้านซ้ายสุดระบุตัวเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ 1 หมายถึง มีความรุนแรงน้อยที่สุด และด้านขวาสุดระบุตัวเลข 10 หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด คะแนนรวมทั้ง 2 มิติจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 20 คะแนน คะแนนน้อยหมายถึงผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานน้อย และคะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานมาก มีผลการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดซ้ำ (test – retest reliability) ได้เท่ากับ .99

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของ เอ็มเดือน นิลพฤกษ์ (2559) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีข้อคำถามน้อย ไม่รบกวนเวลาของผู้ป่วยจนเกินไป มีความครอบคลุมในด้านความรุนแรงของอาการและด้านการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมาน

ของอาการ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบเส้นตรง เข้าใจง่ายและสามารถเลือกตอบได้ตรงตามความรับรู้ของผู้ป่วยมากที่สุด มีผลการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดซ้ำ (test – retest reliability) ได้เท่ากับ .99

3.2 ความรู้

3.2.1 ความหมายของความรู้

Maier and Hadrich (2011) กล่าวว่า ความรู้เป็นความคาดหวังทางการรู้คิด ประกอบด้วย การสังเกตที่ได้รับการจัดระเบียบอย่างมีความหมาย สิ่งสมเป็นประสบการณ์ ซึ่งบุคคลใช้ในการตีความสถานการณ์ เพื่อสร้างพฤติกรรมและใช้ในการแก้ปัญหา

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2558) กล่าวว่า ความรู้หมายถึง สารระ ข้อมูล แนวคิด หลักการ ที่บุคคลรวบรวมได้จากประสบการณ์ในชีวิต เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ สังคมและเทคโนโลยี โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ การศึกษา อบรม การรับ การถ่ายทอดทางวัฒนธรรม การรับรู้ การคิด และการฝึกปฏิบัติ จนสามารถสรุปสาระความรู้และไปใช้ประโยชน์ได้หรือพัฒนาไปสู่ระดับที่สูงขึ้น

จุฑามาศ แหนจอน (2562) กล่าวว่า ความรู้หมายถึง ความจำระยะยาวในการสร้าง มโนคติและการจัดการหมวดหมู่ของข้อมูลต่าง ๆ ให้พร้อมนำมาใช้งานได้ทันทีที่ต้องการ

ในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้หมายถึง สารระ ข้อมูล เกี่ยวกับพยาธิสรีระ ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม อาการและการได้รับการรักษาภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา อบรม สิ่งสมเป็นประสบการณ์ จนสามารถสรุปสาระความรู้และนำไปใช้ประโยชน์ได้

3.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความรูสึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ความรู้มีความสัมพันธ์กับความรูสึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย กล่าวคือ ความรู้เป็นสารระ ข้อมูล แนวคิด ความเข้าใจ ที่บุคคลรวบรวมจากประสบการณ์ในชีวิต โดยเรียนรู้จาก ประสบการณ์ การศึกษา อบรม การได้รับการถ่ายทอด จนสามารถสรุปสาระและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ โดยผู้ป่วยที่มีข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จะมีการจัดการเกี่ยวกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ghojazadeh et al., 2014) นอกจากนี้ความรู้ยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรูสึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคมามากจะส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดความรูสึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง (Ghojazadeh et al., 2014; Wagner et al., 2018)

3.2.3. เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความรู้

แบบสัมภาษณ์การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ พัฒนาโดยหทัยชนก ไชยวรรณ และ เลิศชัย เจริญธัญรักษ์ (2558) ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอาการ ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านยา และด้านการเข้าถึงสถานบริการของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คะแนนอยู่ในช่วง 0 – 30 คะแนน คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็มหมายถึง มีความรู้ระดับน้อย คะแนนร้อยละ 60 – 79.99 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับมาก มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .73

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ (Short version of the coronary artery disease education questionnaire: CADE – Q SV) ของ Ghisi et al. (2016) พัฒนามาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับเต็มของ Ghisi et al. (2010) ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในด้านพยาธิสรีระ อาการและการรักษา ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ให้เลือกตอบแบบถูก ผิด และไม่แน่ใจ กำหนดให้ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมาก มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR – 20) เท่ากับ .70

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พัฒนาโดยลาวัลย์ เวทยา วงศ์ และคณะ (2560) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบถูก ผิด มีค่าความตรงของเนื้อหา .98 ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR – 20) เท่ากับ .90

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ (Short version of the coronary artery disease education questionnaire: CADE–Q SV) ของ Ghisi et al. (2016) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความครอบคลุมในด้านพยาธิสรีระ อาการและการรักษา ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคม จำนวนแบบสอบถามไม่มากจนเกินไป และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR – 20) เท่ากับ .70

3.3 การสนับสนุนทางสังคม

3.3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าบุคคลได้รับความเอาใจใส่ ความรัก ได้รับการยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกผูกพันเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ หรือมีความรู้สึกมีความผูกพันทางสังคมอย่างใกล้ชิด ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพและความผาสุก

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของบุคคล แหล่งทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการของบุคคล และความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งมีความจำเป็นต่อการเผชิญปัญหาของบุคคล ได้แก่ ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านวัตถุสิ่งของ

Thoits (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลพิเศษเมื่อประสบปัญหา โดยบุคคลพิเศษหมายถึง สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน เครือญาติ และเพื่อนบ้าน เป็นต้น

Pender (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลในสังคมที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลเพื่อให้บุคคลบรรลุเป้าหมาย หรือสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรับรู้ถึงความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากครอบครัว เพื่อน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์

3.3.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

3.3.2.1 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976)

Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

- 1) ข้อมูลที่ทำให้บุคคลมีความเชื่อว่าตนได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ โดยข้อมูลนี้ถูกส่งผ่านจากความรู้สึกใกล้ชิด คู่เคียง มีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกซึ่งกันและกัน เรียกการสนับสนุนนี้ว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support)
- 2) ข้อมูลที่ทำให้บุคคลมีความเชื่อว่าตนมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น การได้รับข้อมูลนี้ส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น เรียกการสนับสนุนนี้ว่า การสนับสนุนด้านการยอมรับนับถือ (esteem support) และ
- 3) ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนมีความผูกพัน และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งข้อมูล

ที่เกี่ยวข้องมี 3 ประเภท ได้แก่ 3.1) จากการตอบคำถามเกิดอะไรขึ้นและเริ่มต้นได้อย่างไร ความสัมพันธ์ระหว่างเราคืออะไร เรามาถึงจุดนี้ได้อย่างไรและเมื่อไหร่ 3.2) เกี่ยวกับสินค้าและบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของคุณ และรวมไปถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงการบริการที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์พิเศษ ทักษะเฉพาะ และข้อมูลทางเทคนิค และ 3.3) ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายที่เกี่ยวข้องชีวิต ความรู้เกี่ยวกับศักยภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ เรียกการสนับสนุนนี้ว่า การสนับสนุนทางสังคม (socially supportive)

3.3.2.2 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981)

House (1981) มีแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่รับรู้ถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ตลอดจนการได้รับข้อมูลข่าวสารและข้อมูลย้อนกลับเพื่อการประเมินตนเอง ซึ่ง House (1981) ได้จำแนกแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ให้การช่วยเหลือกันอย่างจริงจัง มีความสัมพันธ์กันและผูกพันกันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทหรือวิชาชีพ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน 2) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ เป็นกลุ่มบุคคลที่ให้การช่วยเหลือเฉพาะเจาะจง โดยมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานหรือวิชาชีพ เช่น ทีมสุขภาพ โดย House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง บุคคลรับรู้ถึงความรัก ความเอาใจใส่ การให้คุณค่าและการยอมรับว่าบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 2) การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลย้อนกลับเพื่อประเมินตนเองและนำไปเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่อยู่ในสังคม 3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ และ 4) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ (Instrumental support) หมายถึง บุคคลได้รับการช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน

3.3.2.3 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer et al.

(1981)

Schaefer et al. (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) ประกอบด้วย ความใกล้ชิดและความผูกพัน ทำให้รู้สึกมั่นใจ และไว้วางใจในการพึ่งพาผู้อื่น ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณได้รับการดูแลเอาใจใส่และความรัก เป็นส่วนหนึ่งของสังคมไม่ใช่คนแปลกหน้า 2) การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ (Tangible support) ประกอบด้วยการได้รับความช่วยเหลือโดยตรง หรือการได้รับบริการ เช่น การให้ยืมเงิน การได้รับของขวัญหรือสิ่งของ และการให้บริการเช่น การดูแลผู้ยากไร้ หรือการช่วยทำงาน

บ้าน และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่บุคคลให้สามารถแก้ปัญหาได้ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการที่บุคคลกำลังกระทำด้วย

3.3.2.4 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Jacobson (1986)

Jacobson (1986) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และนำไปสู่ความเชื่อว่าตนได้รับการยอมรับนับถือ ได้รับความรัก และมีบุคคลที่พร้อมให้การดูแลและทำให้รู้สึกปลอดภัย 2) การสนับสนุนด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และคำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจและสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ 3) ด้านวัสดุสิ่งของ (Materials support) หมายถึง สินค้าและบริการต่างๆ ที่ช่วยในการแก้ปัญหาของบุคคล

3.3.2.5 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Thoits (1986)

Thoits (1986) มีแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือบุคคลเมื่อบุคคลประสบกับปัญหาโดยกระบวนการนี้ประกอบด้วย 1) การช่วยเหลือด้านเครื่องมือ หมายถึง การกระทำหรือการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ 2) การช่วยเหลือด้านจิตสังคม หมายถึง การยืนยันหรือแสดงถึงความรัก ความห่วงใย ความนับถือ เห็นอกเห็นใจ และการเป็นสมาชิกส่วนหนึ่งของกลุ่ม 3) การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ความคิดเห็นหรือข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เช่น การให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลนั้นสามารถทำให้บุคคลจัดการกับปัญหาได้ง่ายขึ้น

3.3.2.6 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Pender (1987)

Pender (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลในสังคมที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลเพื่อให้บุคคลบรรลุเป้าหมาย หรือสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม ซึ่ง Pender (1987) ได้แบ่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบคือ 1) Natural support system เป็นระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นแหล่งที่สำคัญที่สุด เนื่องจากแหล่งสนับสนุนนี้เป็นแหล่งสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งถ่ายทอดความเชื่อ ค่านิยม แบบแผนพฤติกรรมของบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก 2) Peer support system เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน บุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญ สามารถชักจูงบุคคลได้ง่าย 3) Religious organizations of denomination เป็นการสนับสนุนด้านศาสนา ซึ่งช่วยให้บุคคลมีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับการดำรงชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณี แหล่งสนับสนุนนี้ได้แก่ พระ นักบวช นักปฏิบัติธรรม 4) Health

professional support system เป็นการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ แหล่งสนับสนุนนี้จะเป็นแหล่งสนับสนุนแรกที่ทำให้ความช่วยเหลือ 5) Organized directed by health professional เป็นแหล่งสนับสนุนจากกลุ่มบริการ อาสาสมัคร แหล่งสนับสนุนนี้จะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางบวก ให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้

3.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Goebel and Mehdorn, 2019) โดยหากผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งผลให้สามารถปรับตัวและลดความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Ghojazadeh et al., 2014)

3.3.4 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินการสนับสนุนทางสังคม

The Social Support Questionnaire (SSQ) พัฒนาโดย Sarason et al., (1983) แบบประเมินนี้ใช้สำหรับประเมินจำนวนการสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับบุคลิกและการปรับตัว และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตทั้งด้านบวกและด้านลบ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบ 2 ส่วนคือ บุคคลที่ไว้วางใจ สามารถพึ่งพาได้ และความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคมที่มี ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าจาก พึงพอใจมากเท่ากับ 1 คะแนน จนถึง ไม่พึงพอใจเลย เท่ากับ 6 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .94

The multi – dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) พัฒนาโดย Zimet et al. (1988) ใช้ประเมินการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือของแต่ละบุคคลที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประเมินใน 3 มิติ แต่ละมิติมีข้อคำถาม 4 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 7 ระดับ จาก 1 ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ถึง 7 เห็นด้วยมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 ซึ่งต่อมามีการนำมาแปลและปรับปรุงภาษาไทยโดย Nahathai and Tinakon (2012) มีค่าความเชื่อมั่นในระดับที่ดีมาก คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92

The ENRICH Social Support Inventory (ESSI) พัฒนาโดย Mitchell et al. (2003) ใช้สำหรับประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ

โรคเรื้อรังอื่น ๆ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดย 6 ข้อ เป็นการประเมินความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ (4 ข้อ) ด้านข้อมูลข่าวสาร (1 ข้อ) และด้านการให้ความช่วยเหลือ (1 ข้อ) ข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับเริ่มจาก ไม่มีเลย ไปจนถึงมีตลอดเวลา สำหรับข้อคำถามที่ 7 เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ เกี่ยวกับสถานภาพสมรสหรือการมีคู่คิด ให้ 4 คะแนนถ้าตอบใช่ และให้ 2 คะแนนถ้าตอบไม่ใช่ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (r – T – MSPSS) ของ Zimet et al. (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย Nahathai and Tinakon (2012) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีความครอบคลุมในการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ ซึ่งตรงกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา มีจำนวนข้อคำถามไม่มากจนเกินไป และมีค่าความเชื่อมั่นในระดับที่ดีมากคือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92

3.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3.4.1 ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะส่งผลให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งผู้ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไว้ดังนี้

Bandura (1977) ให้ความหมายว่า เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

Sarkar, Ali, and Whooley (2009) ให้ความหมายว่า เป็นความมั่นใจของบุคคลในความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งผลลัพธ์ของพฤติกรรมนั้นมีผลต่อสุขภาพ

Kang and Yang (2013) ให้ความหมายว่า เป็นทัศนคติเชิงบวกและความมั่นใจในความสามารถของแต่ละบุคคลในการจัดการปัญหาภายใต้เงื่อนไขบางอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลในความสามารถของตนที่จะกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพ เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

3.4.2 แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self – efficacy) พัฒนาขึ้นโดย Albert Bandura โดย Bandura (1977) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งการเริ่มต้นและคงอยู่ของพฤติกรรมและสาเหตุของการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวมาจาก

1. คุณค่าของผลลัพธ์ (outcome value) เช่น ความสำคัญของผลลัพธ์บางอย่าง, ผลที่ตามมา หรือเป้าหมายจากการกระทำพฤติกรรมของตน

2. การคาดหวังผลลัพธ์ (outcome expectancy) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับประสิทธิผลของการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์มา

3. การคาดหวังความสามารถของตน (self-efficacy expectancy) เป็นการพิจารณาและการคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำพฤติกรรม และโอกาสในการประสบความสำเร็จเมื่อลงมือกระทำพฤติกรรมนั้น

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1977) ขึ้นอยู่กับแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ

1. Performance accomplishments เป็นแหล่งข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นแหล่งข้อมูลที่มีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ตรงที่บุคคลเคยกระทำ หากการกระทำนั้นประสบความสำเร็จจะทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามหากการกระทำนั้นล้มเหลว จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง

2. Vicarious experience การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ตรงเพียงอย่างเดียว ยังสามารถพัฒนาได้จากการเห็นประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนประสบความสำเร็จ ทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าตนเองก็สามารถทำได้เช่นเดียวกัน

3. Verbal persuasion การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย บุคคลจะถูกชักจูงโน้มน้าว โดยใช้คำพูดให้เชื่อว่าตนสามารถกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ วิธีการนี้จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ดีเมื่อใช้ร่วมกับการให้บุคคลประสบความสำเร็จจากประสบการณ์ตรง

4. Emotional arousal สถานการณ์ที่ตึงเครียดมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเผชิญกับสถานการณ์นั้น กล่าวคือ หากบุคคลมีสภาพอารมณ์ในด้านลบเช่น กลัว วิตกกังวล หรือถูกปลุกเร้าอารมณ์ (emotional arousal) จะส่งผลให้บุคคลตอบสนองต่อความเครียดไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการหลีกเลี่ยง

3.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับความรู้สึกกลัว ความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความเชื่อในความสามารถ

ของตนในการจัดการและการดำเนินการเพื่อปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือปฏิบัติตามแผนการรักษาให้ประสบความสำเร็จได้จะมีความมั่นใจในร่างกาย และความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ความรู้ความรู้อีกความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง จากการศึกษาของ Shim et al. (2018) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกล้ำความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกล้ำความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

3.4.4 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3.4.4.1 The Self – efficacy Scale พัฒนาขึ้นโดย Sherer et al. (1982) ใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการรับรู้สมรรถนะทั่วไป (General Self – efficacy subscale) มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ และส่วนที่ 2 เป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านสังคม (Social Self – efficacy subscale) มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 14 ระดับ ให้เลือกตอบที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด จากไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง เห็นด้วยมากที่สุด ข้อคำถามทั้ง 2 ส่วนมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 และ .71 ตามลำดับ

3.4.4.2 The Cardia Self – Efficacy Questionnaire (CSE) พัฒนาโดย Sullivan et al. (1998) ใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เกี่ยวกับการควบคุมอาการ (control symptoms) และการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain function) โดยข้อคำถามข้อ 1 ถึง 8 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการควบคุมอาการ และข้อคำถามข้อ 9 ถึง 13 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ รวมมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (5 – point Likert scale) โดย 0 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย 1 หมายถึง มั่นใจเล็กน้อย 2 หมายถึง มั่นใจปานกลาง 3 หมายถึง มั่นใจมาก และ 4 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมาก คือ ในด้านการควบคุมอาการ (control symptoms) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 และในด้านการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

3.4.4.3 Cardiovascular Management Self – efficacy Scale พัฒนาโดย Steca et al. (2013) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการจัดการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยการประเมินสมรรถนะแห่งตน 3 ด้าน ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนด้านปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ (Cardiac Risk Factor Self – efficacy) แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนด้านความร่วมมือในการรักษา (Adherence to Therapy Self – efficacy) และแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนด้านการรับรู้อาการ (Recognition of Symptoms

Self – efficacy) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (5 – point Likert scale) โดยให้คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจเลย 2 หมายถึง มีความมั่นใจเล็กน้อย 3 หมายถึง มีความมั่นใจปานกลาง 4 หมายถึง มีความมั่นใจมาก และ 5 มีความมั่นใจมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในแต่ละด้านเท่ากับ .68, .79 และ .72 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม The Cardia Self – Efficacy Questionnaire (CSE) พัฒนาโดย Sullivan et al. (1998) เนื่องจากแบบสอบถามมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ และมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างแพร่หลาย แบบสอบถามมีความครอบคลุม โดยมีการประเมินด้านการควบคุมอาการ (control symptom) และการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain functioning) นอกจากนี้แบบสอบถามนี้ยังมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมาก คือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 และ .87 ตามลำดับ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Ghojzadeh et al. (2014) ศึกษาความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($r = -.281$; $P < .05$) ภาวะวิตกกังวล ($r = .535$; $P < .01$) ภาวะซึมเศร้า ($r = .512$; $P < .01$) ความรู้เกี่ยวกับโรค ($r = -.367$; $P < .01$) สุขภาพจิต ($r = -.484$; $P < .01$) สุขภาพกาย ($r = -.455$; $P < .01$) สัมพันธภาพทางสังคม ($r = -.394$; $P < .01$) สิ่งแวดล้อม ($r = -.386$; $P < .01$)

Parker et al. (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ภาวะวิตกกังวล ความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ผลการศึกษา พบว่า ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($\beta = 0.072$; $P < .001$) และภาวะวิตกกังวล ($\beta = 0.109$; $P < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

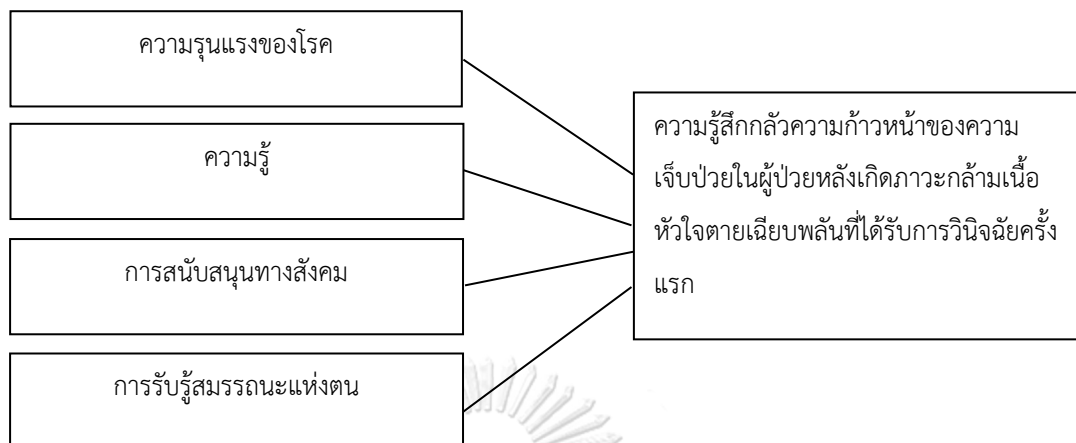
Yang et al. (2018) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ได้แก่ สถานภาพสมรส ($\beta = -0.090$; $P = .029$) รายได้ ($\beta = -.0161$; $P < .001$) ภาวะโรคร่วม ($\beta = -0.087$; $P = .028$) และภาวะซึมเศร้า ($\beta = 0.270$; $P < .001$)

Shim et al. (2018) ศึกษาภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อสมรรถนะแห่งตนในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของโรคในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ผล

การศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบเพียง 1 การศึกษาที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ Fait et al. (2018) ทำการศึกษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยพบว่า ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย สำหรับการศึกษานในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนการพยาบาลตามปกติ มุ่งให้การพยาบาลทางกายเนื่องจากมีเป้าหมายในการช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต เช่น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหัวใจ การดูแลบริเวณแผล การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรมต่าง ๆ (Dunkley et al., 2016) สำหรับการพยาบาลทางด้านจิตใจเป็นการให้การพยาบาลในเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น การให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเองเป็นมิตร ให้ความเคารพและยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การรักษาพยาบาล แจ้งความคืบหน้าของการรักษาและอาการอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยอธิบายความรู้สึก ระบายความคับข้องใจ และความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ (ชัชชญา สุวรรณชาติ, 2553) ดังนั้นการศึกษารูสึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการประเมินและระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อลดและชะลอการดำเนินของโรค ลดการกลับเป็นซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งสามารถนำเสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ครั้งแรก ภายใน 6 เดือน อายุระหว่าง 30 – 59 ปี มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ภายใน 6 เดือน มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
- 2) อายุระหว่าง 30 – 59 ปี
- 3) ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย
- 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 5) มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถสื่อสารเข้าใจได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีอาการช็อค มีอาการปอดบวม น้ำเฉียบพลัน หรืออยู่ในระยะวิกฤติ ในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ 80% ขนาดอิทธิพล 0.2 เปิดตารางโคเฮน (Cohen, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 คน และผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญหายและหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบ รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 213 คน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน เพื่อที่จะได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุด (representativeness) โดยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มอย่างง่าย (Cluster simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยเลือกกลุ่มสังกัดมา 3 สังกัด จาก 6 สังกัด เนื่องจากเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ต้องการศึกษา เพราะแต่ละสังกัดมีประชากรแตกต่างกัน ได้แก่

- 1) โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกลาง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และโรงพยาบาลตากสิน
- 2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
- 3) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- 4) โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ
- 5) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี
- 6) โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การวิจัยครั้งนี้สุ่มได้ 3 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดที่ได้จากขั้นตอนของการสุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 มาสังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

การวิจัยครั้งนี้สุ่มได้โรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีมีเพียงโรงพยาบาลเดียวไม่ต้องทำการสุ่ม ได้เป็น โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการ

อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ทั้ง 2 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง และเป็นโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์เหมือนกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ลักษณะประชากร และกระบวนการรักษาใกล้เคียงกัน จึงทำการสุ่มมา 1 โรงพยาบาล ได้เป็น โรงพยาบาลศิริราช และ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระมีเพียงโรงพยาบาลเดียวไม่ต้องทำการสุ่ม ได้เป็น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จาก โรงพยาบาลทั้ง 3 สังกัด โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลละ 71 คน เนื่องจากทั้ง 3 โรงพยาบาลมีศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือดเหมือนกัน รวม จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 213 คน

ขั้นตอนที่ 4 เก็บข้อมูลในวันและเวลาที่ได้รับอนุญาตให้มีการจัดเก็บข้อมูลจนครบจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด คือ แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน ข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และการมีโรคร่วม แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูล ด้วยตนเอง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) แบบเลือกตอบ ได้แก่ (1) เพศ ให้เลือกตอบเพศชาย, เพศ หญิง (2) สถานภาพสมรส ให้เลือกตอบโสด, หม้าย, หย่าร้าง, แยกกันอยู่, สมรส (3) ระดับการศึกษา ให้เลือกตอบ ไม่เคยเข้ารับการศึกษาศึกษา, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษาตอนต้น, มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช., อนุปริญญา / ปวส., ปริญญาตรี, ปริญญาโท, ปริญญาเอก (4) สิทธิการรักษา ให้เลือกตอบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า, จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง, ประกันสังคม,สวัสดิการข้าราชการ, สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ, ประกันชีวิต (5) ประวัติการสูบบุหรี่ ให้เลือกตอบ ไม่เคยสูบบุหรี่, เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว, ยังคงสูบบุหรี่อยู่ (6) ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ให้เลือกตอบ ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์เลย, เคยดื่มแอลกอฮอล์แต่เลิกดื่มแล้ว, ยังคงดื่มแอลกอฮอล์อยู่ (7) โรคที่เป็นร่วมกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้เลือกตอบ ไม่มี, มี, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคคอเลสเทอรอลในเลือดสูง, อื่น ๆ โปรดระบุ และ 2) แบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง ได้แก่ (1) อายุ (2) รายได้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของ เอ็มเดือน นิลพฤกษ์ (2559) แบ่งการประเมินเป็น 2 มิติคือ 1) แบบประเมินมิติด้านความรุนแรงของอาการ (Evaluation of symptom) และ 2) แบบการประเมินด้านการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานของอาการ (Response to symptom) ใช้มาตรวัดความรู้สึกแบบตัวเลข (numeric rating scale : NRS) ในการประเมินทั้ง 2 มิติ โดยกำหนดเส้นตรงในแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร และระบุตัวเลข 0 – 10 ปลายสุดของด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน ด้านซ้ายสุดระบุตัวเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ 1 หมายถึง มีความรุนแรงน้อยที่สุด และด้านขวาสุดระบุตัวเลข 10 หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด คะแนนรวมทั้ง 2 มิติจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 20 คะแนน คะแนนน้อยหมายถึงผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานน้อย และคะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานมาก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test – retest reliability) โดยนำไปทดลองกับผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และทดสอบซ้ำอีก 14 วันต่อมา ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .99

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อความทั้งหมด 2 ข้อ ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ข้อคำถามมีลักษณะให้เลือกตอบ (Numeric rating scale) ตั้งแต่ 0 – 10 โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง “0” หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย “1” หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกน้อยที่สุด และ “10” หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกมากที่สุด

การรับรู้ความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก ข้อคำถามมีลักษณะให้เลือกตอบ (Numeric rating scale) ตั้งแต่ 0 – 10 โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง “0” หมายถึง ไม่ทุกข์ทรมานเลย “1” หมายถึง มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และ “10” หมายถึง มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนนรายด้าน

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก

0.00 – 0.99	คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่มีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกเลย
1.00 – 3.99	คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกเล็กน้อย
4.00 – 7.99	คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกปานกลาง
8.00 – 10.00	คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกมาก

ด้านการรับรู้ความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก

0.00 – 0.99	คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่มีการรับรู้ความทุกข์ทรมานเลย
1.00 – 3.99	คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานเล็กน้อย
4.00 – 7.99	คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานปานกลาง
8.00 – 10.00	คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยรวม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ ข้อละ 10 คะแนน นำคะแนนที่ได้ทั้ง 2 ข้อมารวมกัน โดยคะแนนที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0 – 20 คะแนน แบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานทางสถิติในการแบ่งกลุ่ม คือ คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม ลบ คะแนนต่ำสุด จะได้ค่าพิสัยแล้วหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการประเมิน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คะแนนที่น้อยหรือไม่มีเลยหมายถึงการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอกน้อยหรือไม่มีเลย และคะแนนมากหมายถึงมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกมาก

คะแนน 0.00 – 6.66	หมายถึง	ระดับคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกต่ำ
คะแนน 6.67 – 13.20	หมายถึง	ระดับคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกปานกลาง
คะแนน 13.21 – 20.00	หมายถึง	ระดับคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ (Short version of the coronary artery disease education questionnaire: CADE – Q SV) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อของ Ghisi et al. (2016) ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในด้านพยาธิสรีระ อาการและการรักษา ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ให้เลือกตอบแบบถูก ผิด และไม่แน่ใจ กำหนดให้ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมาก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้อมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR – 20 ของ Kuder and Richardson (1937) ได้ค่า KR – 20 เท่ากับ .71

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราวัดแบบถูก ผิด และไม่ทราบ กำหนดให้ข้อที่ตอบถูก = 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิด หรือตอบไม่ทราบ = 0 คะแนน โดยคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

การแปลความหมาย

ถูก	=	ข้อความดังกล่าวถูกต้อง
ผิด	=	ข้อความดังกล่าวไม่ถูกต้อง
ไม่ทราบ	=	ไม่ทราบว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด

เกณฑ์การแปลผลคะแนนรายด้าน

คะแนน 0.00 – 1.33	หมายถึง	ขาดความรู้
คะแนน 1.34 – 2.66	หมายถึง	มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนน 2.67 – 4.00	หมายถึง	มีความรู้ในระดับดีมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยรวม

คะแนน 18.00 – 20.00	หมายถึง	มีความรู้ในระดับดีมาก
คะแนน 14.00 – 17.99	หมายถึง	มีความรู้ในระดับดี
คะแนน 10.00 – 13.99	หมายถึง	มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนน 5.00 – 9.99	หมายถึง	มีความรู้เล็กน้อย
คะแนน 0.00 – 4.99	หมายถึง	ขาดความรู้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม The multi – dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมพัฒนาโดย Zimet et al. (1988) แปลและปรับปรุงภาษาไทยโดย Nahathai and Tinakon (2012) ใช้ประเมินการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือของแต่ละบุคคลที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประเมินใน 3 มิติ แต่ละมิตมีข้อคำถาม 4 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 7 ระดับ จาก 1 ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ถึง 7 เห็นด้วยมากที่สุด แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก (1) คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง (7) คือ เห็นด้วยอย่างมาก

1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
3 คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย

4 คะแนน	หมายถึง	เฉย ๆ
5 คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างเห็นด้วย
6 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
7 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมาก

การแปลความหมาย

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านค่อนข้างไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
เฉย ๆ	หมายถึง	ท่านเฉย ๆ กับข้อความนั้น
ค่อนข้างเห็นด้วย	หมายถึง	ท่านค่อนข้างเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนนรายด้าน

คะแนน 4.00 – 12.00	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนน 12.01 – 20.00	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนน 20.01 – 28.00	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยรวม มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 7 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คะแนนเต็มรวม 84 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนน 12.00 – 36.00	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนน 36.01 – 60.00	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนน 60.01 – 84.00	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน The Cardia Self – Efficacy Questionnaire (CSE) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาโดย Sullivan et al. (1998) ใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เกี่ยวกับการควบคุมอาการ (control symptoms) และการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain function) โดยข้อคำถามข้อ 1 ถึง 6 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการควบคุมอาการ และข้อคำถามข้อ 7 ถึง 13 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ รวมมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (5 – point Likert scale) โดย 0 หมายถึง

ไม่มั่นใจเลย 1 หมายถึง มั่นใจเล็กน้อย 2 หมายถึง มั่นใจปานกลาง 3 หมายถึง มั่นใจมาก และ 4 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อความทั้งหมด 13 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 1 – 5 โดย

0	=	ไม่มั่นใจ
1	=	มั่นใจบ้างเล็กน้อย
2	=	มั่นใจปานกลาง
3	=	มั่นใจอย่างมาก
4	=	มั่นใจอย่างมากที่สุด

การแปลความหมาย

ไม่มั่นใจ	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถทำได้
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากกว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้

เกณฑ์การแปลผลคะแนนรายด้าน

ด้านการควบคุมอาการ		
คะแนน 0.00 – 8.00	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 8.01 – 16.00	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 16.01 – 24.00	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง
ด้านการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่		
คะแนน 0.00 – 9.33	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 9.34 – 18.66	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 18.67 – 28.00	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยรวม มีข้อคำถาม 13 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 – 4 เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คะแนนเต็มรวม 52 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

คะแนน 0.00 – 17.39	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 17.40 – 34.69	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 34.70 – 52.00	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ ของ Mehnert et al. (2006) แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยดารา วงษ์กวน (2560) มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เคยเลย จนถึง 5 หมายถึง เป็นประจำ ผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 12 ถึง 60 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรู้สึกกลัวในระดับมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีความรู้สึกกลัวในระดับน้อย การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ช่วงคะแนน 12.00 – 16.71 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกกลัวในระดับน้อย ช่วงคะแนน 16.72 – 37.15 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกกลัวในระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 37.16 – 60.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกกลัวในระดับมาก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ โดย

1	=	ไม่เคย
2	=	นาน ๆ ครั้ง
3	=	เป็นบางครั้ง
4	=	บ่อยครั้ง
5	=	เป็นประจำ

การแปลความหมาย

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยรู้สึกเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านรู้สึกนาน ๆ ครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านรู้สึกเป็นบางครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านรู้สึกบ่อยครั้ง
เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านรู้สึกเป็นประจำ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แต่ละข้อคำถามมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ทั้งหมด 12 ข้อคำถาม คะแนนรวมของแบบสอบถามความกลัวมีค่าตั้งแต่ 12 – 60 คะแนน คะแนนมากแสดงถึงความกลัวระดับมาก คะแนนน้อยแสดงถึงความกลัวน้อย เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนจะแปลจากคะแนนเฉลี่ยของความกลัวซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.93 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.22 ค่าคะแนนที่อยู่ในช่วง $\bar{X} \pm SD$ กำหนดให้เป็นระดับปานกลาง ส่วนค่าคะแนนที่ได้น้อยกว่า $\bar{X} - SD$ กำหนดให้เป็นระดับน้อย และค่าคะแนนที่ได้มากกว่า $\bar{X} + SD$ กำหนดให้เป็นระดับมาก (Mehner, Koch, Sundermann, & Dinkel, 2013)

คะแนน 12.00 – 16.71	หมายถึง	ความกลัวระดับน้อย
คะแนน 16.72 – 37.15	หมายถึง	ความกลัวระดับปานกลาง
คะแนน 37.16 – 60.00	หมายถึง	ความกลัวระดับมาก

การแปลเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ (Short version of the coronary artery disease education questionnaire : CADE – Q SV) ของ Ghisi et al. (2016) เพื่อแปลเป็นภาษาไทย โดยใช้วิธีการแปลเครื่องมือแบบการแปลย้อนกลับ (back - translation method) (Dhamani and Richter, 2011) ซึ่งภายหลังจากที่ได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยได้แปลแบบสอบถามดังกล่าว จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาอังกฤษจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และแปลโดยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ศึกษา ณ ต่างประเทศมากกว่า 5 ปี เมื่อได้เครื่องมือวิจัยที่ได้รับการแปลฉบับภาษาไทยดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือได้นำเครื่องมือวิจัยแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และแปลโดยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ศึกษา ณ ต่างประเทศมากกว่า 5 ปี โดยผู้แปลไม่ใช่คนเดียวกัน หลังจากนั้น นำเครื่องมือที่แปลเรียบร้อยแล้ว

ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาและเปรียบเทียบเครื่องมือฉบับที่แปลกับเครื่องมือต้นฉบับ และเมื่อได้เครื่องมือฉบับสุดท้าย จากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และ ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการสื่อความหมายของข้อคำถามแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน (Grove, Burns, and Gray, 2012) ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางโรคหัวใจ 1 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน

ผู้วิจัยนำเครื่องมือพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและยอมรับตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ผู้วิจัยนำผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา กำหนดเกณฑ์ดัชนีค่าความตรงเนื้อหา (Content Validity Index) ที่ยอมรับได้ คือ $CVI \geq .80$ (Polit and Beck, 2013) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับภาษา เพิ่มข้อความ เพื่อให้เกิดความชัดเจนของเนื้อหา โดยผลการตรวจและรายละเอียดการปรับแบบสอบถาม มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ค่า CVI เท่ากับ 1 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับเพิ่มข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเพิ่มประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการมีโรคร่วม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ค่า CVI เท่ากับ 1 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับเพิ่มข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเพิ่มอาการอื่น ๆ ที่ได้รับความทุกข์ทรมานเป็นแบบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่า CVI เท่ากับ 1 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับข้อความของข้อคำถามที่ 1, 2, 11 และ 16 จาก “คอเลสเทอรอล” เป็น “ไขมันคอเลสเทอรอล” ข้อคำถามที่ 11 จาก “กลุ่มยาสแตติน เช่น ทอร์วาสแตติน ซิวาสแตติน หรือซิมวาสแตติน” เป็น “กลุ่มยาลดไขมัน”

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ค่า CVI เท่ากับ 1 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับข้อคำถามที่ 5 จาก “ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจจริง ๆ แก่ฉัน” เป็น “ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ช่วยให้ฉันมีความสบายใจจริง ๆ” และเพิ่มคำอธิบาย “บุคคลที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อน” เป็น “บุคคลที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์”

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ค่า CVI เท่ากับ 1 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยขยายความจาก “ออกกำลังงานเหงื่อออก และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น” เป็น “การเคลื่อนไหวร่างกายในระดับความหนักที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และมีการเคลื่อนไหวนานเป็นระยะเวลาหนึ่ง เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น”

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของโรค ค่า CVI เท่ากับ 1 แต่ปรับข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้คำว่า “ฉันรู้สึกกลัว” ในข้อคำถามทุกข้อ

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความรู้สึกลัวความ

ก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยในโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลศิริราช อายุระหว่าง 30 – 59 ปี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (Grove et al., 2012) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยแบบประเมินการรับรู้การเจ็บหน้าอกใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test – retest method) ได้ค่าความเที่ยงที่ระดับ .99 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อด้วยวิธี KR – 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89, .88 และ .89 ตามลำดับ และใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ $\geq .70$ (DeVellis, 2016)



ตารางที่ 1 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย	ลักษณะข้อคำถาม	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI)	ค่าความเที่ยง จำนวน 30 คน
แบบประเมินการรับรู้ อาการเจ็บหน้าอก	2 (Numeric rating scale)	1	.99 (test – retest method)
แบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ	20 (True – False)	1	.71 (KR – 20)
แบบสอบถามการ สนับสนุนทางสังคม	12 (Likert scale)	1	.89 (Cronbach’s Alpha Coefficient)
แบบประเมินการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน	13 (Likert scale)	1	.88 (Cronbach’s Alpha Coefficient)
แบบสอบถาม ความรู้สึกกลัว ความก้าวหน้าของโรค ฉบับย่อ	12 (Likert scale)	1	.89 (Cronbach’s Alpha Coefficient)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างเครื่องมือวิจัยจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือก ได้แก่ 1. โรงพยาบาลตำรวจ 2. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ 3. โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความ

ร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขอเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด

ตารางที่ 2 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย	วันที่ผ่านการพิจารณา และรับรองโครงการวิจัย	เลขที่รับรอง
โรงพยาบาลตำรวจ	26 กุมภาพันธ์ 2563	จว.10/2563
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	21 กุมภาพันธ์ 2563	COA No.252/2020
โรงพยาบาลศิริราช	14 เมษายน 2563	COA No.297/2020

2. ขั้นตอนการ

2.1 หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยนอกระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อแนะนำตัวและขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดในการเก็บข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลละ 71 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 213 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน อายุระหว่าง 30 – 59 ปี เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใด ๆ ภายหลังจากทั้งสิ้น

ตารางที่ 3 แสดงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

โรงพยาบาล	ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล
โรงพยาบาลตำรวจ	3 มิถุนายน 2563 ถึง 27 มกราคม 2564
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	9 มิถุนายน 2563 ถึง 22 ธันวาคม 2563
โรงพยาบาลศิริราช	2 กรกฎาคม 2563 ถึง 24 ธันวาคม 2563

2.3 กลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.4 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดี พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียด และวิธีการแบบตอบสอบถาม

2.5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองขณะรอตรวจหรือรอรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 15 – 20 นาที และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ตอบแบบสอบถาม จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด 213 ชุด

2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบประเมิน หากพบว่าตอบคำถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบทันที โดยจะประเมินก่อนว่ากลุ่มตัวอย่างเจตนาที่จะไม่ตอบ หรือผ่านไปโดยไม่ตั้งใจหรือไม่ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะให้อิสระกับกลุ่มตัวอย่างในการตอบคำถามโดยไม่บังคับ รวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากทั้ง 3 โรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดจากทั้ง 3 โรงพยาบาล โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยแจ้งว่าผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม โดยไม่เปิดเผยชื่อและ

นามสกุลของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยที่ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลแต่ละแห่งทั้ง 3 โรงพยาบาล ในระหว่างการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และหากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติในระหว่างการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

1. กรณีเกิดการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบประเมินทันที และนำส่งพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
2. กรณีเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก และความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้น ตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสภาวะวิกฤติทางด้านจิตใจและอารมณ์มาก ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้นให้การช่วยเหลือต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และการมีโรคร่วม โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) โดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของ Cohen (2013) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
< 0.10	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
0.59 – 1.00	มีความสัมพันธ์ระดับสูง

การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) มีดังต่อไปนี้

3.1 ข้อมูลของตัวแปรอยู่ในมาตรอันตรภาค หรือมาตราอัตราส่วน (Hair et al., 2006; Howell, 2012; Tabachnick, Fidell, and Ullman, 2007) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลของตัวแปรอยู่ในมาตรอันตรภาคขึ้นไป ซึ่งผ่านเกณฑ์การทดสอบเบื้องต้น

3.2 ข้อมูลของตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair et al., 2006; Howell, 2012; Tabachnick et al., 2007) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งผ่านเกณฑ์การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ตามรายละเอียด ภาคผนวก ฉ)

3.2.1 ข้อมูลความรุนแรงของโรคมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.2 ข้อมูลความรู้มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.4 ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.5 ข้อมูลความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

สรุปบทที่ 3 เป็นการนำเสนอวิธีการดำเนินการวิจัย ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตน ต่อความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ทั้งเพศ
ชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 30 – 59 ปี มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด
เลือดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครภายใน 6
เดือน ทำการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอนเพื่อเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ได้เป็น สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี
สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และสังกัดองค์กรอิสระ และใช้การ
สุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกโรงพยาบาล ได้เป็น โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด
ไทย และโรงพยาบาลศิริราช คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการ
ทดสอบที่ 80% ขนาดอิทธิพล 0.2 ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นเรื่องใกล้เคียงกับงานที่
ศึกษา เปิดตารางโคเฮน (Cohen, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลละ
71 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 213 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผ่านการตรวจสอบความ
ตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดย
นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation
myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกภายใน 6 เดือน จำนวน 30 คน ที่
โรงพยาบาลศิริราช และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน
(Pearson's product correlation coefficient) และใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ของ Cohen (2013)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก วิทยุใหญ่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 30 – 59 ปี ที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครภายใน 6 เดือน ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 213 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วนคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก 3) แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉับยู่ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 6) แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉับยู่ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย ได้ผลการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และการมีโรคร่วม โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5 – ตารางที่ 16

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดยวิธีการ

ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 17

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และการมีโรคร่วม

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	183	85.92
หญิง	30	14.08
อายุ		
30 – 39 ปี	3	1.41
40 – 49 ปี	48	22.54
50 – 59 ปี	162	76.05
Min = 33 ปี, Max = 59 ปี		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	53.26 (5.42)	
รายได้		
น้อยกว่า 15,000 บาท	56	26.29
15,000 – 30,000 บาท	80	37.56
30,001 – 45,000 บาท	54	25.35
มากกว่า 45,000 บาท	23	10.80
Min = 0 บาท, Max = 200,000 บาท		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	29,172.65 (26,550.22)	
สถานภาพสมรส		
โสด	28	13.14
หม้าย	7	3.29
หย่าร้าง	6	2.82
แยกกันอยู่	6	2.82
สมรส	166	77.93

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเข้ารับการศึกษ	2	0.94
ประถมศึกษา	22	10.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	3.28
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	62	29.10
อนุปริญญา / ปวส.	21	9.86
ปริญญาตรี	69	32.39
ปริญญาโท	28	13.16
ปริญญาเอก	2	0.94
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	37	17.37
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	9	4.23
ประกันสังคม	41	19.25
สวัสดิการข้าราชการ	117	54.93
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	8	3.75
ประกันชีวิต	1	0.47
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	87	40.84
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	98	46.01
ยังสูบบุหรี่อยู่	28	13.15
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	100	46.95
เคยดื่มแอลกอฮอล์แต่เลิกแล้ว	77	36.15
ยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่	36	16.90

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคที่เป็นร่วมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน		
ไม่มี	55	25.82
มีโรคร่วม 1 โรค	66	30.99
มีโรคร่วม 2 โรค	61	28.64
มีโรคร่วม 3 โรค	24	11.27
มีโรคร่วมมากกว่า 3 โรคขึ้นไป	7	3.29

จากตารางที่ 4 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 85.92 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 50 – 59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.05 ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 15,000 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.56 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.93 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 32.39 ใช้สิทธิการรักษาสวัสดิการข้าราชการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.93 มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.01 มีประวัติไม่ดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.95 และมีโรคร่วม 1 โรคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.99

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนร้อยละของความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกแบ่งตามระดับความรุนแรงและระดับความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก (n = 213)

ระดับ (คะแนน)	ด้านความรุนแรง		ด้านความทุกข์ทรมาน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เลย (0)	29	13.62	2	0.94
รุนแรงเล็กน้อย (1 – 3)	35	16.43	43	20.19
รุนแรงปานกลาง (4 – 6)	59	27.69	72	33.80
รุนแรงมาก (7 – 10)	90	42.26	96	45.07
รวม	213	100.00	213	100.00

จากตารางที่ 5 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกไม่มีอาการเจ็บหน้าอกร้อยละ 13.62 มีคะแนนอาการเจ็บหน้าอกระดับรุนแรงเล็กน้อย ร้อยละ 16.43 มีคะแนนอาการเจ็บหน้าอกระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 27.69 และมีคะแนนอาการเจ็บหน้าอกระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 42.26

ส่วนความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกพบว่า ผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 0.94 มีคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกระดับรุนแรงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 20.19 มีคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.80 และมีคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกระดับรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 45.07

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนร้อยละของความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยรวม (n = 213 คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
0 – 6	59	27.70	มีความรุนแรงของโรกระดับต่ำ
7 – 13	66	30.99	มีความรุนแรงของโรกระดับปานกลาง
14 – 20	88	41.31	มีความรุนแรงของโรกระดับสูง

จากตารางที่ 6 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกือบครึ่งหนึ่ง มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 41.31 หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.99 และเกือบหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 27.70

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก รายด้าน (n = 213 คน)

ความรุนแรงของโรครายด้าน	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
ด้านความรุนแรงของอาการ	0 – 10	5.35	3.32	ปานกลาง
ด้านความทุกข์ทรมานของอาการ	0 – 10	6.01	2.83	ปานกลาง
ความรุนแรงของโรคโดยรวม	0 – 20	11.36	5.67	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความรุนแรงของโรคด้านความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.35 (SD = 3.32) มีความรุนแรงของโรคด้านความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.01 (SD = 2.83) และความรุนแรงของโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.36 (SD = 5.67)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
19	2	0.94	มีความรู้ในระดับดีมาก
14 – 17	60	28.17	มีความรู้ในระดับดี
10 – 13	90	42.25	มีความรู้ในระดับปานกลาง
6 – 9	50	23.48	มีความรู้เล็กน้อย
0 – 5	11	5.16	ขาดความรู้

จากตารางที่ 8 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 0.94 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 28.17 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.25 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 23.48 และขาดความรู้ คิดเป็นร้อยละ 5.16

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วย หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้าน และโดยรวม (n = 213 คน)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้าน	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
สภาวะทางสุขภาพ	0 – 4	1.97	0.90	ปานกลาง
ปัจจัยเสี่ยง	0 – 4	2.29	1.10	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	0 – 4	2.73	1.04	ดีมาก
โภชนาการ	0 – 4	2.69	1.09	ดีมาก
ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคม	0 – 4	1.65	0.93	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	0 – 19	11.34	3.49	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความรู้ด้านสภาวะทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 (SD = 0.90) มีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 (SD = 1.10) มีความรู้ด้านการออกกำลังกายในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 (SD = 1.04) มีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 (SD = 1.09) มีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.65 (SD = 0.93) และมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.34 (SD = 3.49)

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
19 – 30	4	1.88	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ
37 – 60	82	38.50	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
61 – 84	127	59.62	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

จากตารางที่ 10 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.88 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.50 และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 59.62

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและโดยรวม (n = 213 คน)

การสนับสนุนทางสังคม รายด้าน	ค่าคะแนนที่ เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
จากครอบครัว	8 – 28	23.02	3.94	สูง
จากเพื่อน	6 – 28	19.69	4.72	ปานกลาง
จากบุคลากรทางการแพทย์	4 – 28	19.83	5.27	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	19 – 84	62.54	11.74	สูง

จากตารางที่ 11 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.02 (SD = 3.94) มีการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.69 (SD = 4.72) มีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.83 (SD = 5.27) และมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 62.54 (SD = 11.74)

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
10 – 17	11	5.16	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ
18 – 34	119	55.87	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
35 – 50	83	38.97	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

จากตารางที่ 12 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 5.16 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.87 และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 38.97

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและโดยรวม (n = 213 คน)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน รายด้าน	ค่าคะแนนที่ เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
ด้านการควบคุมอาการ	2 – 24	14.05	4.04	ปานกลาง
ด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่	5 – 28	17.47	4.38	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	10 – 50	31.52	7.31	ปานกลาง

จากตารางที่ 13 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการควบคุมอาการอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.05 (SD = 4.04) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.47 (SD = 4.38) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.52 (SD = 7.31)

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ค่าคะแนนที่ เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
12 – 15	32	15.02	มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับน้อย
16 – 36	142	66.67	มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง
37 – 57	39	18.31	มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับมาก

จากตารางที่ 14 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.0 มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.7 และมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 18.3

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย	12 – 57	26.93	10.22	ปานกลาง

จากตารางที่ 15 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.93 (SD = 10.22)

ตารางที่ 16 ตารางรวมแสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้าน ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	\bar{X}	SD	การแปลผล
ความรุนแรงของโรค	0 – 20	1	20	11.36	5.67	ปานกลาง
ด้านความรุนแรงของอาการ	0 – 10	0	10	5.35	3.32	ปานกลาง
ด้านความทุกข์ทรมานของอาการ	0 – 10	0	10	6.01	2.83	ปานกลาง
ความรู้	0 – 20	0	19	11.34	3.49	ปานกลาง
สภาวะทางสุขภาพ	0 – 4	0	4	1.97	0.90	ปานกลาง
ปัจจัยเสี่ยง	0 – 4	0	4	2.29	1.10	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	0 – 4	0	4	2.73	1.04	ดีมาก
โภชนาการ	0 – 4	0	4	2.69	1.09	ดีมาก
ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคม	0 – 4	0	4	1.65	0.93	ปานกลาง

ตารางที่ 16 (ต่อ) ตารางรวมแสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้าน ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	\bar{X}	SD	การแปลผล
การสนับสนุนทางสังคม	12 – 84	19	84	62.54	11.74	สูง
จากครอบครัว	4 – 28	8	28	23.02	3.94	สูง
จากเพื่อน	4 – 28	6	28	19.69	4.72	ปานกลาง
จากบุคลากรทางการแพทย์	4 – 28	4	28	19.83	5.27	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0 – 52	10	50	31.52	7.31	ปานกลาง
ด้านการควบคุมอาการ	0 – 24	2	24	14.05	4.04	ปานกลาง
ด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่	0 – 28	5	28	17.47	4.38	ปานกลาง
ความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย	12 – 60	12	57	26.93	10.22	ปานกลาง

จากตารางที่ 16 พบว่า คะแนนตัวแปรความรุนแรงของโรคโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.36$, $SD = 5.67$) มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคด้านความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.35$, $SD = 3.32$) มีคะแนนเฉลี่ยด้านความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.01$, $SD = 2.83$) คะแนนตัวแปรความรู้โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.34$, $SD = 3.49$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.97$, $SD = 0.90$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.29$, $SD = 1.10$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 2.73$, $SD = 1.04$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 2.69$, $SD = 1.09$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.65$, $SD = 0.93$) คะแนนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 62.54$, $SD = 11.74$) มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมด้านจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 23.02$, $SD = 3.94$) มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมด้านจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 19.69$, $SD = 4.72$) มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมด้านจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 19.83$, $SD =$

5.27) คะแนนตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 31.52$, $SD = 7.31$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการควบคุมอาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.05$, $SD = 4.04$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 17.47$, $SD = 4.38$) คะแนนตัวแปรความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 26.93$, $SD = 10.22$)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ตารางที่ 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p - value	การแปลผล
ความรุนแรงของโรค	.196	.004	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ความรู้	.015	.830	ไม่มีความสัมพันธ์
การสนับสนุนทางสังคม	-.068	.320	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.367	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

จากตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่า ความรุนแรงของโรค ($r = .196$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้ ($r = .015$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม ($r = -.068$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = -.367$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของ Cohen (2013) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
< 0.10	ไม่มีความสัมพันธ์
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
0.59 – 1.00	มีความสัมพันธ์ระดับสูง



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ครั้งแรก อายุระหว่าง 30 – 59 ปี มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ภายใน 6 เดือน มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) อายุระหว่าง 30 – 59 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถสื่อสารเข้าใจได้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 213 คน โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ถึง เดือนมกราคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจบับย่อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคบับย่อ โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1.0, 1.0, 1.0, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability)

โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย ความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test – retest method) ได้ค่าความเที่ยงที่ระดับ .99 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจบ่งบ่งด้วยวิธี KR – 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของโรคบ่งบ่งด้วยวิธี KR – 20 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .89, .88 และ .89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และการมีโรคร่วม โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ คะแนนที่เป็นไปได้ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.92 มีอายุเฉลี่ย 53.26 ปี ($\bar{X} = 53.26$, $SD = 5.42$, $Min = 33$, $Max = 59$) ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 15,000 – 30,000 บาท / เดือน คิดเป็นร้อยละ 37.56 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.93 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 32.39 ใช้สิทธิการรักษาสวัสดิการข้าราชการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.93 มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.01 มีประวัติไม่ดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.95 มีโรคร่วม 1 โรคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.99

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 62.54$, $SD = 11.74$) ตัวแปรที่มี

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ($\bar{X} = 11.36$, $SD = 5.67$) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\bar{X} = 11.34$, $SD = 3.49$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\bar{X} = 31.52$, $SD = 7.31$) และความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($\bar{X} = 26.93$, $SD = 10.22$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรูสึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ($r = .196$) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรูสึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = -.367$) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรูสึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรูสึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย และนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรูสึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ส่วนใหญ่มีความรูสึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.22 เนื่องจากผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก จะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงเฉียบพลัน เหงื่อแตก อึดอัดหายใจไม่ออก รู้สึกเหมือนจะเสียชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตอย่างเร่งด่วน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภายหลังได้รับการรักษา ต้องมีการรับประทานยา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนมีการตรวจตามนัดแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามการดำเนินของโรค (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการและการรักษาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อน ผู้ป่วยจะรับรู้ bahwa หัวใจตนเองไม่เหมือนเดิม รู้สึกไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดความรูสึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Johansson et al., 2003; Stevens and Thomas, 2012; Vosbergen et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Allen (1998) ทำการศึกษาเกี่ยวกับ

ความรู้สึกกลัวในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจะมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 10 นอกจากนี้ Peterson et al. (2010) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ภายหลังจากการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวว่าการรักษาไม่ได้ผล กลัวจะกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเป็นความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศริน ศรีเพชร และคณะ (2019) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ร้อยละ 44.6

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ($r = .196$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = -.367$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ดังนี้

2.1 ความรุนแรงของโรคกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกอยู่ในระดับรุนแรงมาก (7 – 10 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 42.26 และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกอยู่ในระดับรุนแรงมาก (7 – 10 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 45.07 โดยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะรับรู้อาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง เฉียบพลัน เหงื่อแตก อึดอัดหายใจไม่ออก ใจสั่น รู้สึกเหมือนจะเสียชีวิต (สุรพันธ์ ลิทธิสุข, 2557) ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกจะมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมาน กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากหรือรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานมาก

ประสบการณ์จากอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงเฉียบพลัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน กลัวความเจ็บปวด กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อน กลัวการเกิดโรคซ้ำ หรือกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall et al. (2017) ที่ทำการศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค พบว่า ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของโรค ($r = 0.29$; $p = 0.02$) กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการรุนแรง จะมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมาก นอกจากนี้จากแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคของ Herschbach and Dinkel (2014) กล่าวว่า ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกกลัวว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิต สังคม หรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์การรับรู้ภาวะคุกคามที่ผู้ป่วยได้รับ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมีคะแนนความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกและคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกอยู่ในระดับรุนแรงมาก ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดังกล่าวเป็นภาวะคุกคามจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

2.2 ความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากพบว่า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 32.39 ซึ่งระดับการศึกษาสูงทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ เข้าใจ และทำการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การดูแลตนเองจากบุคลากรทางด้านสุขภาพและจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจโรคได้อย่างถูกต้อง มีการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอกระบวนการดำเนินไปของโรคได้ดี จึงทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Kayaniyil et al., 2009; Tang et al., 2018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wagner et al. (2018) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนัง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยที่มีความรู้สูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง นอกจากนี้ การศึกษาของ Ghोजazadeh et al. (2014) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคปอดประสาทเสื่อม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมียมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

($r = -.367$; $P < 0.01$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคจะสามารถนำความรู้ไปปรับใช้เพื่อลดและควบคุมปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการของโรคแย่ลง ส่งผลให้มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง และการศึกษาของ Koch-Gallenkamp et al. (2016) ที่ทำการศึกษาคือความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รอดชีวิต พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สูงจะยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง

2.3 การสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจาก ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 77.93 ใช้สิทธิ์การรักษาสวัสดิการข้าราชการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.93 และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 62.54$, $SD = 11.74$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนดูแล และช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษอื่น ๆ เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้การใช้สิทธิ์การรักษาสวัสดิการข้าราชการ ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล เช่น ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาล ตลอดจนค่าห้องและค่าอาหารตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2553) จึงทำให้การศึกษานี้ การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghojazadeh et al. (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดประสาทเส้นเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = -.281$; $P < .05$) โดยผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Koch-Gallenkamp et al. (2016) ที่ทำการศึกษาคือความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความทุกข์ทรมาน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลง

2.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 31.52$, $SD = 7.31$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในด้านการควบคุมอาการเจ็บหน้าอก เช่น การปรับเปลี่ยนกิจกรรม การใช้นอกนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความสามารถในการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ เช่น สามารถออกกำลังกาย สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอและลดการดำเนินของโรค (Sullivan et al., 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของ Melchior et al. (2013) ที่ทำการศึกษารับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = -.36$; $P < .001$) ซึ่งอธิบายไว้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการคาดหวังของผู้ป่วยในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากและท้าทาย ซึ่งส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์และการเผชิญกับโรค ทำให้ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Shim et al. (2018) ที่ทำการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = -.31$; $P < .01$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษานี้ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนั้น จึงควรนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลในผู้ป่วยหลังเกิด

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตน และสามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการสอนและการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะต่าง ๆ ต่อไป

3. ด้านการวิจัย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น เช่น ในส่วนของภูมิภาคต่าง ๆ หรือในระดับประเทศ เพื่อเป็นการยืนยันผลการศึกษาในครั้งนี้

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกต่อไป

3. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่พยาบาลสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไข ให้การพยาบาลได้โดยตรง เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนกพร แจ่มสมบุรณ์, เรวดี ยันตรีสิงห์, จุฑารัตน์ ธนทอง, นวรัตน์ สุทธิพงศ์, และ อรสา ไพรรุณ.
(2558). *การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. กรุงเทพฯ: บริษัท
สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2561 - 2565*.
นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562*.
นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และการพยาบาล*.
กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- เกรียงไกร เองรัมย์ และ บุญจง แซ่จิ่ง. (2560). *มาตรฐานการรักษามือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน 2560*. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- เกศริน ศรีเพชร, จงจิต เสน่หา, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, และ เอนก กนกศิลป์. (2019). ปัจจัยที่มีอิทธิพล
ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด
เอสทียกสูงหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *Thai Journal of Cardio-Thoracic
Nursing*, 30(2), 111-125.
- เกื้อกุล โอบารวัฒน์. (2561). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลขนาดทั่วไป*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา ตันติธรรม. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักนิติกรบรรณ
การ.
- จันทนา หล่อตจะกุล. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไทยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬามาศ แหนจอน. (2562). *จิตวิทยาการรู้คิด (Cognitive psychology)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แก
รนต์พอยท์.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2541). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชัชชญา สุวรรณชาติ. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบัง สำนักการแพทย์.
- ดวงกมล วัตราดุลย์. (2558). *การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- ดวงกมล วัตราดุลย์ และ ปัทมา พิระพันธ์. (2558). *การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุลย์, และ กนกพร แจ่มสมบูรณ์ (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- ดารา วงษ์กวน. (2560). *ปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2554). *การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: แนวคิด และการปฏิบัติ*. นนทบุรี: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.
- เบญจพร บรรณสาร และ ลินจง โปธิบาล. (2559). *ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(3), 16-25.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พวงผกา กรีทอง. (2550). *โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย*. ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พัชณี ร่มตาล, สุกัญญา สบายสุข, ฤชดา จนวนันเพ็ญ, และ อรสา ไพรธรม. (2560). *มาตรฐานการรักษานักผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2560*. ใน เกรียงไกร เสงษ์ศรี (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- พัฒนาพร สุปินะ, และ นัดดา นาวุฒิ. (2558). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ: งานพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- พิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บอกต่อความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บอก สภาวะการทำหน้าที่ร่างกาย และสภาวะอาการเจ็บอกในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- โรเบิร์ต อี. ซิลเวอร์แมน. (2545). *จิตวิทยาทั่วไป*. แปลโดย อารี เพชรผุด. ใน *จํารอง เงินดี และ ทิพวัลย์ สุรินยา (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.*
- ลาวัลย์ เวทยาวงศ์, ดาราวรรณ รongเมือง, จีราพร ทองดี, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, ผกามาศ รักชาติ, และ อรุณศรี รัตนพรหม. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการของประชาชน ต.ปากหมาก จ. สุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 86-101.
- วศิน พุทธารี. (2550). *ตำราอายุศาสตร์ 4*. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). *แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563*. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2553). *พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553*. Retrieved 3 มีนาคม, 2564, from https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/page/53_phrd_enginswasdikaarekiywkaaraksaphyaabaal_2553.pdf
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2558). body of knowledge - knowledge - knowledge management (km). Retrieved 23 พฤษภาคม, 2562, from <http://www.royin.go.th>
- สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- สุพัตรา ศรีฉนิชชากร. (2560). สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทยในระยะ 5 ปี (2553 - 2557). *วารสารควบคุมโรค*, 43(4), 379-390.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร. (2556). *พยาธิวิทยาของโรคหัวใจ*. ใน *สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร (บรรณาธิการ). เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- เสาวนีย์ เนาวพานิช. (2552). *คู่มือปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ: งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.*
- หทัยชนก ไชยวรรณ และ เลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2558). ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา.

วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(6), 1051-1059.

หทัยทิพย์ ใจปิติ และ ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 109 - 117.

อัจฉรวรรณ รัตน์มณี และ นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร*, 33(1), 63 - 76.

เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์. (2559). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Allen, G. (1998). *The effect of fear on myocardial infarction patients in intensive care units*. University of Alabama at Birmingham, School of Nursing,

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change.

Psychological review, 84(2), 191.

Berg, P., Book, K., Dinkel, A., Henrich, G., Marten-Mittag, B., Mertens, D., . . . Herschbach, P. (2011). Fear of progression in chronic diseases. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 61(1), 32-37.

Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American journal of psychology*, 39(1/4), 106-124.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*.

Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*: Routledge.

Custers, J. A., de Laat, P., Koene, S., Smeitink, J., Janssen, M. C., & Verhaak, C. (2018).

Fear of disease progression in carriers of the m. 3243A> G mutation. *Orphanet journal of rare diseases*, 13(1), 203.

Daly, J., Elliott, D., Cameron-Traub, E., & Salamonson, Y. (2000). Health status, perceptions of coping, and social support immediately after discharge of survivors of acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 9(1), 62.

Dhamani, K., & Richter, M. (2011). Translation of research instruments: research

- processes, pitfalls and challenges. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 13(1), 3-13.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet survey's: The tailored design method*. New York: Psychology Press.
- Dinkel, A., & Herschbach, P. (2018). Fear of Progression in Cancer Patients and Survivors. In U. Goerling & A. Mehnert (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 13-33). Cham: Springer International Publishing.
- Dunkley, S., Siefers, R., & Tagney, J. (2016). 101 All Patients Immediately Post Primary Percutaneous Coronary Intervention (PPCI) Are Cared for in An Acute Cardiac Care Environment. Is it About Time We Reviewed Our Practice? In: BMJ Publishing Group Ltd and British Cardiovascular Society.
- Fait, K., Vilchinsky, N., Dekel, R., Levi, N., Hod, H., & Matetzky, S. (2018). Cardiac-disease-induced PTSD and Fear of illness progression: Capturing the unique nature of disease-related PTSD. *General Hospital Psychiatry*.
- Ferketich, S. (1991). Focus on psychometrics. Aspects of item analysis. *Research in nursing & health*, 14(2), 165-168.
- Ghisi, G. L. d. M., Durieux, A., Manfroi, W. C., Herdy, A. H., Carvalho, T. d., Andrade, A., & Benetti, M. (2010). Construction and validation of the CADE-Q for patient education in cardiac rehabilitation programs. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 94(6), 813-822.
- Ghisi, G. L. d. M., Sandison, N., & Oh, P. (2016). Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV. *Patient Educ Couns*, 99(3), 443-447.
- Ghojzadeh, M., Taghizadeh, M., Abdi, S., Azami-Aghdash, S., Andalib, S., & Farhoudi, M. (2014). Fear of disease progression in patients with multiple sclerosis: associations of anxiety, depression, quality of life, social support and knowledge. *Journal of Clinical Research & Governance*, 3(2), 141-146.
- Goebel, S., & Mehdorn, H. M. (2019). Fear of disease progression in adult ambulatory patients with brain cancer: prevalence and clinical correlates. *Supportive Care in Cancer*, 1-9.
- Graziano, A. M., DeGiovanni, I. S., & Garcia, K. A. (1979). Behavioral treatment of

- children's fears: A review. *Psychol Bull*, 86(4), 804.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences.
- Gullone, E., King, N. J., & Ollendick, T. H. (2000). The development and psychometric evaluation of the Fear Experiences Questionnaire: an attempt to disentangle the fear and anxiety constructs. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(1), 61-75. doi:doi:10.1002/(SICI)1099-0879(200002)7:1<61::AID-CPP227>3.0.CO;2-P
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (Vol. 6): Pearson Prentice Hall Upper Saddle River. In: NJ.
- Hall, D. L., Lennes, I. T., Pirl, W. F., Friedman, E. R., & Park, E. R. (2017). Fear of recurrence or progression as a link between somatic symptoms and perceived stress among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 25(5), 1401-1407.
- Heather, I-S., Christi, D., Malcolm, C., Catherine, M., & Linda, M. (2017). The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3511-3518. doi:doi:10.1111/jocn.13715
- Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., . . . Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases: psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(6), 505-511.
- Herschbach, P., & Dinkel, A. (2014). Fear of progression. In *Psycho-Oncology* (pp. 11-29): Springer.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison - Wesley Publishing.
- Howell, D. C. (2012). *Statistical methods for psychology*: Cengage Learning.
- Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliott, D., Cameron-Traub, E., Wade, V., . . . Salamonson, Y. (2000). Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1403-1411.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of health and Social Behavior*, 250-264.
- James, W. (1884). What is an Emotion? *Mind*, 9(34), 188-205.

- Johansson, A., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2003). Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(3), 229-236.
- Kang, Y., & Yang, I. S. (2013). Cardiac self-efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2465-2473.
- Kayaniyil, S., Ardern, C. I., Winstanley, J., Parsons, C., Brister, S., Oh, P., . . . Grace, S. L. (2009). Degree and correlates of cardiac knowledge and awareness among cardiac inpatients. *Patient Educ Couns*, 75(1), 99-107.
- Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., . . . Arndt, V. (2016). Fear of recurrence in long-term cancer survivors—Do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter? *Health Psychology*, 35(12), 1329.
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151-160.
- Lang, P. J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct*. Paper presented at the Research in psychotherapy conference, 3rd, May-Jun, 1966, Chicago, IL, US.
- LaTour, M. S., & Rotfeld, H. J. (1997). There are threats and (maybe) fear-caused arousal: Theory and confusions of appeals to fear and fear arousal itself. *Journal of advertising*, 26(3), 45-59.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Maier, R., & Hadrich, T. (2011). Knowledge management systems. In *Encyclopedia of Knowledge Management, Second Edition* (pp. 779-790): IGI Global.
- Mehnert, A., Herschbach, P., Berg, P., Henrich, G., & Koch, U. (2006). Fear of progression in breast cancer patients--validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF). *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(3), 274-288.
- Mehnert, A., Koch, U., Sundermann, C., & Dinkel, A. (2013). Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: a prospective study. *Acta Oncologica*, 52(6), 1102-1109.
- Melchior, H., Büscher, C., Thorenz, A., Grochocka, A., Koch, U., & Watzke, B. (2013). Self-

- efficacy and fear of cancer progression during the year following diagnosis of breast cancer. *Psycho-oncology*, 22(1), 39-45.
- Messlerli-Bürge, N., Molloy, G. J., Poole, L., Wikman, A., Kaski, J. C., & Steptoe, A. (2015). Psychological coping and recurrent major adverse cardiac events following acute coronary syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 207(3), 256-261.
- Millstein, R. A., & Huffman, J. C. (2017). Psychosocial Management of Patients with Heart Disease. In A.-M. Vranceanu, J. A. Greer, & S. A. Safren (Eds.), *The Massachusetts General Hospital Handbook of Behavioral Medicine: A Clinician's Guide to Evidence-based Psychosocial Interventions for Individuals with Medical Illness* (pp. 211-229). Cham: Springer International Publishing.
- Mitchell, P. H., Powell, L., Blumenthal, J., Norton, J., Ironson, G., Pitula, C. R., . . . Huber, M. (2003). A short social support measure for patients recovering from myocardial infarction: the ENRICH Social Support Inventory. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 23(6), 398-403.
- Nahathai, W., & Tinakon, W. (2012). A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *The Spanish journal of psychology*, 15(3), 1503-1509.
- 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'Keefe-McCarthy, S., McGillion, M., Clarke, S. P., & McFetridge-Durdle, J. (2015). Pain and anxiety in rural acute coronary syndrome patients awaiting diagnostic cardiac catheterization. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(6), 546-557.
- Parker, P. A., Davis, J. W., Latini, D. M., Baum, G., Wang, X., Ward, J. F., . . . Kim, J. (2016). Relationship between illness uncertainty, anxiety, fear of progression and quality of life in men with favourable-risk prostate cancer undergoing active surveillance. *BJU International*, 117(3), 469-477. doi:10.1111/bju.13099
- Pender, N. (1987). Health promotion in nursing practice Norwalk. CT: Appleton & Lange.
- Peterson, J. C., Allegrante, J. P., Pirraglia, P. A., Robbins, L., Lane, K. P., Boschert, K. A., & Charlson, M. E. (2010). Living with heart disease after angioplasty: a qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart & Lung*, 39(2), 105-115.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.
- 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.
- Sarkar, U., Ali, S., & Whooley, M. A. (2009). Self-efficacy as a marker of cardiac function and predictor of heart failure hospitalization and mortality in patients with stable coronary heart disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Health Psychology*, *28*(2), 166.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, *69*(5), 379.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*(4), 381-406.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, *51*(2), 663-671.
- Shim, E.-J., Lee, J. W., & Min, Y. H. (2018). Does depression decrease the moderating effect of self-efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer? *Psycho-Oncology*, *27*(2), 539-547.
doi:10.1002/pon.4532
- Steca, P., Greco, A., Monzani, D., Politi, A., Gestra, R., Ferrari, G., . . . Parati, G. (2013). How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychology & health*, *28*(7), 765-783.
- Stevens, S., & Thomas, S. P. (2012). Recovery of midlife women from myocardial infarction. *Health care for women international*, *33*(12), 1096-1113.
- Sullivan, M. D., Lacroix, A. Z., Russo, J., & Katon, W. J. (1998). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic medicine*, *60*(4), 473-478.

- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5): Pearson Boston, MA.
- Tang, Y. H., Chong, M. C., Chua, Y. P., Chui, P. L., Tang, L. Y., & Rahmat, N. (2018). The effect of mobile messaging apps on cardiac patient knowledge of coronary artery disease risk factors and adherence to a healthy lifestyle. *Journal of Clinical Nursing, 27*(23-24), 4311-4320.
- Tanner Jr, J. F., Hunt, J. B., & Eppright, D. R. (1991). The protection motivation model: A normative model of fear appeals. *Journal of marketing, 55*(3), 36-45.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of consulting and clinical psychology, 54*(4), 416.
- Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., . . . Tsao, C. W. (2020). Heart Disease and Stroke Statistics—2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation, 141*(9), e139-e596. doi:doi:10.1161/CIR.0000000000000757
- Vosbergen, S., Janzen, J., Stappers, P. J., van Zwieten, M. C., Lacroix, J., Idema, K., . . . Peek, N. (2013). A qualitative participatory study to identify experiences of coronary heart disease patients to support the development of online self-management services. *International journal of medical informatics, 82*(12), 1183-1194.
- Wagner, T., Augustin, M., Blome, C., Forschner, A., Garbe, C., Gutzmer, R., . . . Loquai, C. (2018). Fear of cancer progression in patients with stage IA malignant melanoma. *European journal of cancer care, 27*(5), e12901.
- Whitley, G. G. (1992). Concept Analysis of Fear. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 3*(4), 155-161. doi:doi:10.1111/j.1744-618X.1992.tb00531.x
- World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.
- Yang, Y., Sun, H., Liu, T., Zhang, J., Wang, H., Liang, W., . . . Zhang, B. (2018). Factors associated with fear of progression in chinese cancer patients: sociodemographic, clinical and psychological variables. *Journal of Psychosomatic Research, 114*, 18-24.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.09.003>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชื่อ – นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ อรรถนพ เลชะกุล	นายแพทย์ชำนาญการ อายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลเวชการุณรศมี
2. นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง	ผู้ช่วยอธิการบดี มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
4. นางสาวนงลักษณ์ ทองอินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 3 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปแสน	อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ อว 64.11/ 1210



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๐ สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

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

เนื่องด้วย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลึกถึงความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ อรรถพร เลขะกุล นายแพทย์ชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ อรรถพร เลขะกุล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช โทร. 08-6620-6461

ที่ อว 64.11/1241



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

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

เนื่องด้วย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช โทร. 08-6620-6461

ที่ อว 64.11/ 1253



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กันยายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช

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

เนื่องด้วย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง ผู้ช่วยอธิการบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช โทร. 08-6620-6461

ที่ อว 64.11/ 1242



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

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

เนื่องด้วย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนงลักษณ์ ทองอินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวนงลักษณ์ ทองอินทร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช โทร. 08-6620-6461



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ กษ 296 / 2562

วันที่ 30 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

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

เนื่องด้วย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารากรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช โทร. 08-6620-6461



FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เลขที่รับ	100
วันที่	14 ธ.ค. 62
เวลา	13.00 น.
ผู้รับ	คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช รหัสประจำตัว 6077320236 นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 272 ซอย 01กาญจนาภิเษก 39 แยก 12 แขวง ดอกไม้ เขต
ประเวศ จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10250 โทรศัพท์ 086 - 6206461 Email aum_ut4@hotmail.com
หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ
ตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นาวาตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2559

ลงนาม อุทัยวรรณ ปัทมานุช ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช)
13 / 12 / 2562

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <u>นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช</u> นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <u>อุทัยวรรณ</u>
ลงนาม <u>อุทัยวรรณ</u> (นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช) 13 / 12 / 2562	ลงนาม <u>อุทัยวรรณ</u> (.....) / /

อนุญาต
em mv
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
14 / 12 / 62

14 ธ.ค. 62
สพค
14 ธ.ค. 62

15/3/2564

Mail - Utaiwan Pattamanuch - Outlook

Re: Request for your permission to use The Coronary Artery Disease Education questionnaire (CADE - Q)

Gabriela Melo Ghisi <gabriela.ghisi@gmail.com>

Mon 9/9/2019 9:24 PM

To: Utaiwan Pattamanuch <aum_ut4@hotmail.com>

Dear Utaiwan,

Thanks for your email and your interest in using the CADE-Q Questionnaire.

Please note we have a newer and revised version of the tool called CADE-Q SV that might be more suitable to your studies.

All information you can find here: <https://cadeq.wordpress.com/>

Please use this email as my permission to use the tool. Please let me know which tool you will be using and send me the translated version so I can post it on my website (with your credits).

Let me know if you have any questions.

Regards, Gabriela

On Mon, Sep 9, 2019 at 1:46 AM Utaiwan Pattamanuch <aum_ut4@hotmail.com> wrote:

Dear Professor Gabriela Lima de Melo Ghisi,

I hope this mail finds you well. My name is Utaiwan Pattamanuch, a master's student of the faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am developing the thesis entitled, "Selected factors relating to fear of illness progression among patients with first diagnosis of acute myocardial infarction." The purpose of study is to examine the relationship between severity of illness, knowledge, social support, self – efficacy, and fear of illness progression in acute myocardial infarction patients.

I am interested in your tool as found in, "19-items Coronary Artery Disease Education questionnaire (CADE – Q)" by Gabriela Lima de Melo Ghisi et al., (2009). So, I am writing this email to ask for your permission to use the tool in my thesis. This tool has to translate into Thai language and test validity and reliability. If the translation tool, some questions have to change the words to fit the context of Thailand. It will be posted to you.

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

Sincerely Yours,

Utaiwan Pattamanuch

Master's student, Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

--

E-mail sent by Gabriela Lima de Melo Ghisi

From: Utaiwan Pattamanuch <aum_ut4@hotmail.com>
Sent: Sunday, August 11, 2019 10:33 PM
To: Zimet, Gregory D
Subject: [External] Request for your permission to use your The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Dear Professor Dr. Gregory D. Zimet,

I hope this mail finds you well. My name is Utaiwan Pattamanuch, a master's student of the faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am developing the thesis entitled, "Selected factors relating to fear of illness progression among patients with first diagnosis of acute myocardial infarction." The purpose of study is to examine the relationship between severity of illness, knowledge, social support, self – efficacy, and fear of illness progression in acute myocardial infarction patients.

I am interested in your tool as found in, "12-items The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)" by Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, (1988). So, I am writing this email to ask for your permission to use the tool in my thesis. This tool has to translate into Thai language and test validity and reliability. If the translation tool, some questions have to change the words to fit the context of Thailand. It will be posted to you.

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

Sincerely Yours,

Utaiwan Pattamanuch

Master's student, Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Dear Utaiwan Pattamanuch,

You have my permission to use the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in your research. I have attached the original English language version of the scale (with scoring information on the 2nd page), a document listing several of the articles that have reported on the reliability and validity of the MSPSS, and a chapter that I wrote about the scale. Also attached is a Thai translation, which I recommend for your use (and 2 published papers about the translation).

I hope your research goes well.

Best regards,
Greg Zimet

Gregory D. Zimet, PhD, FSAHM | Professor of Pediatrics & Clinical Psychology
Co-Director, IUPUI Center for HPV Research
Division of Adolescent Medicine, Department of Pediatrics
Indiana University School of Medicine
410 W. 10th Street, HS 1001, Indianapolis, IN 46202, USA
T +1 317-274-8812 | Fax +1 317-274-0133
Email gzimet@iu.edu

<http://pediatrics.iu.edu/center-hpv-research/about-us/>
<http://pediatrics.iu.edu/sections-and-faculty/adolescent-medicine/our-team/faculty/bio-zimet/>

ที่ อว 64.11/ 1416



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ ตุลาคม 2562

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้สึกหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (r-T-MSPSS) จากรายงานวิจัย เรื่อง A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support ของศาสตราจารย์ นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันย์ และศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณ ททัย วงศ์ปการันย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2555)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช โทร. 08-6620-6461

ที่ อว ๘๓๙๓(๘).๗/ ๖๒๖๑



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๖๔.๑๑/๑๔๑๖ ลงวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย)
พร้อมวารสารอ้างอิง จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัว ความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยขอความอนุเคราะห์ที่ใช้แบบสอบถามเครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) จากรายงานการวิจัยเรื่อง A revised Thai Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (rMSPSS) ของ ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ มาใช้ในประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุง และเอกสารอ้างอิงมาพร้อมนี้แล้ว อนึ่งขอให้อนุญาตใช้เครื่องมือ MSPSS จาก Prof. Zimet ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณททัย วงศ์ปการันย์)
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒

โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๖

16/3/2564

Gmail - Request for your permission to use The cardiac self - efficacy questionnaire (CSE)



Utaiwan Pattamanuch <aumutai@gmail.com>

Request for your permission to use The cardiac self - efficacy questionnaire (CSE)

2 ข้อความ

Utaiwan Pattamanuch <aumutai@gmail.com>

30 ตุลาคม 2562 09:53

ถึง: sullimar@uw.edu

Dear Mark D. Sullivan M.D., Ph.D,

I hope this mail finds you well. My name is Utaiwan Pattamanuch, a master's student of the faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am developing the thesis entitled, "Selected factors relating to fear of illness progression among patients with first diagnosis of acute myocardial infarction." The purpose of study is to examine the relationship between severity of illness, knowledge, social support, self - efficacy, and fear of illness progression in acute myocardial infarction patients.

I am interested in your tool as found in, "13 - items The cardiac self - efficacy questionnaire (CSE)" by Sullivan, LaCroix, Russo, & Katon, (1998). So, I am writing this email to ask for your permission to use the tool in my thesis. This tool has to translate into Thai language and test validity and reliability. If the translation tool, some questions have change the words to fit the context of Thailand. It will be posted to you.

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

Sincerely Yours,
Utaiwan Pattamanuch
Master's student, Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Mark Sullivan <sullimar@uw.edu>

30 ตุลาคม 2562 22:09

ถึง: Utaiwan Pattamanuch <aumutai@gmail.com>

You may use our scale as long as you cite our original paper and send us any translations of our scale that you make.

Original paper: **Sullivan MD**, LaCroix AX, Russo JE, Katon WJ: Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosom Med* 60:473-478, 1998.

Mark Sullivan, MD, PhD
Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences

Adjunct Professor, Anesthesiology and Pain Medicine, Bioethics and Humanities
Medical Co-Director, UW Telepain

University of Washington
Box 356560
Seattle, WA 98195
Phone:(206)685-3184
Fax: (206) 221-5414

My new book, *The Patient As Agent of Health and Health Care*, is available from Oxford University Press

www.markdsullivan.org

[amazon.com/author/markdsullivan](https://www.amazon.com/author/markdsullivan)

[ข้อความที่เก็บของลูกช้อนไว้]

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	1001
วันที่	10 ต.ค. 62
เวลา	15.40 น.
ผู้รับ	[Signature]

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช รหัสประจำตัว 6077320236 นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 272 ซอย 01กาญจนาภิเษก 39 แยก 12 แขวง ดอกไม้ เขต
ประเวศ จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10250 โทรศัพท์ 086 - 6206461 Email aum_ut4@hotmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลทั่วไป
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ พันตรีหญิงเกื้อกุล โอหารวัฒน์
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2561

ลงนาม อภัยวรรณ ปัทมานุช ผู้ยื่นคำร้อง
(น.ศ. อภัยวรรณ ปัทมานุช)
10 / ต.ค. / 2562

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นชอบ (ในวงเล็บ) ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย ให้ N/A ไม่พบการ 9 คะแนน (ในวงเล็บ)</p> <p>ลงนาม [Signature] (น.ศ. อ. น.ศ. อ. น.ศ. อ. น.ศ. อ.) 10 / ต.ค. / 2562</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>..... [Signature]</p> <p>ลงนาม [Signature] (น.ศ. อ. น.ศ. อ. น.ศ. อ.) 10 / ต.ค. / 2562</p>
---	---

อนุญาต
[Signature]
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
..... / ต.ค. / 2562

28
10 ต.ค. 62
[Signature]
10/10/62

16/3/2564

Mail - Utaiwan Pattamanuch - Outlook

AW: Request for your permission to use your The Fear of progression in breast cancer patients – validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF)

Mehnert, Anja <Anja.Mehnert@medizin.uni-leipzig.de>

Mon 8/12/2019 1:44 PM

To: Utaiwan Pattamanuch <aum_ut4@hotmail.com>

📎 2 attachments (126 KB)

PA_F12.docx; PA_F12_Englisch.pdf;

Dear Utaiwan Pattamanuch,

yes sure, please feel free to use the questionnaire for your research.

Best,
Anja

Von: Utaiwan Pattamanuch <aum_ut4@hotmail.com>

Gesendet: Montag, 12. August 2019 04:38:40

An: Mehnert, Anja

Betreff: Request for your permission to use your The Fear of progression in breast cancer patients – validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF)

Dear Professor Dr. Anja Mehnert,

I hope this mail finds you well. My name is Utaiwan Pattamanuch, a master's student of the faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am developing the thesis entitled, "Selected factors relating to fear of illness progression among patients with first diagnosis of acute myocardial infarction." The purpose of study is to examine the relationship between severity of illness, knowledge, social support, self – efficacy, and fear of illness progression in acute myocardial infarction patients.

I am interested in your tool as found in, "12-items The Fear of progression in breast cancer patients – validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF)" by Mehnert, Herschbach, Berg, Henrich, & Koch, (2006). So, I am writing this email to ask for your permission to use the tool in my thesis. This tool has to translate into Thai language and test validity and reliability. If the translation tool, some questions have to change the words to fit the context of Thailand. It will be posted to you.

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

Sincerely Yours,

Utaiwan Pattamanuch

Master's student, Faculty of Nursing

<https://outlook.live.com/mail/0/search/id/AQMkADAwATY0MDABLg2NDEIN2Q2NgA1MDACLTAwCgBGAAADj8DPTPSTik%2BbTVXDlsWk5wcA...> 1/2

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	179
วันที่	๑๖ ก.ย. ๖๒
เวลา	13.๓๐ น.
ผู้รับ	นิพนธ์

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
 เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช รหัสประจำตัว 6077320236 นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์
 แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 272 ซอย 01กาญจนาภิเษก 39 แยก 12 แขวง ดอกไม้ เขต
 ประเวศ จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10250 โทรศัพท์ 086 - 6206461 Email aum_ut4@hotmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ
 ตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความกลัว
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิต
จากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวดาราร วงษ์กวน
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2560

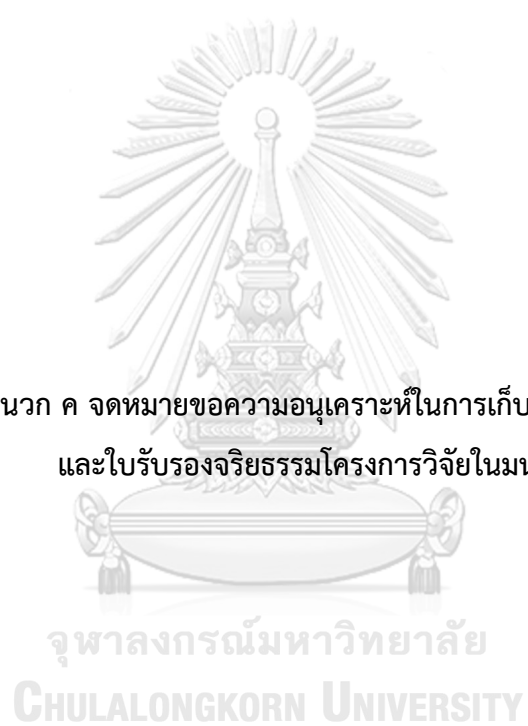
ลงนาม ผู้ยื่นคำร้อง
 (% ส. อุทัยวรรณ ปัทมานุช)
 17 / ก.ย. / ๖๒

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>..... ๑. ศึกษาค้นคว้าหาหลักฐานประกอบ</p> <p>ลงนาม (ส.ร.ก.อ.กชกร.ร.พ.น. ๔๐๖๕ / 17, ก.ย. ๖๒)</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>..... ยศตด = อหฤตด = อนุทิน อนุทิน</p> <p>ลงนาม (.....) ๒๒ / กย / ๖๒</p>
---	--

อนุญาต

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
 25 ก.ย. 2562

28
 ๒๕ ก.ย. ๖๒
 ๒๕ ก.ย. ๖๒



ภาคผนวก ค จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
และใบรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

ที่ อว 64.11/0042



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 มกราคม 2563

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิจัย จำนวน 1 ชุด
 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร (Information Sheet) จำนวน 1 ชุด
 3. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) จำนวน 1 ชุด
 4. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูล จำนวน 1 ชุด
 5. เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 6. ประวัติผู้วิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้มีการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช โทร. 08-6620-6461

ที่ อว 64.11/0045



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 มกราคม 2563

เรื่อง ขอบขออนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ. 8) โรงพยาบาลตำรวจ

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

เนื่องด้วย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอขอบขออนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ครั้งแรก อายุระหว่าง 30 – 59 ปี มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 71 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจบับย่อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคบับย่อ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ข้อนี้สิด

นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช โทร. 08-6620-6461



ที่ ดช ๐๐๓๖ (จว)/๕๕

โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๓


เรื่อง ขอส่งใบรับรองโครงการวิจัย
เรียน นางสาว อุทัยวรรณ ปัทมานุช
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้ส่งโครงร่างการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล้ว
ความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก" ให้
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจพิจารณานั้น

เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ
ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าโครงการได้มาตรฐานไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และภัยอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เห็นควรให้
ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอมาได้ โดยอนุมัติเมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ และเมื่อโครงการวิจัย
ดำเนินการแล้วเสร็จให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับสมบูรณ์พร้อมบทความย่อลงในแผ่น CD ให้โรงพยาบาลตำรวจต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

พลตำรวจตรีหญิง 
(ชนิทร สมนึก)

นายแพทย์ (สบ ๖) โรงพยาบาล/
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลตำรวจ

กองบังคับการอำนวยการ
ฝ่ายฝึกอบรม สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา
โทร. ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕
โทรสาร ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕



โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง 09-๑๐/๒๕๖๓

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	SELECTED FACTORS RELATING TO FEAR OF ILLNESS PROGRESSION AMONG PATIENTS WITH FIRST DIAGNOSING ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION
ชื่อหัวหน้าโครงการ/หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว อุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	Zn100101/63
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ (Version 1.0 Date 26 February 2020) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ (Version 1.0 Date 26 February 2020) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ (Version 1.0 Date 26 February 2020) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
วันที่หมดอายุ	๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

คณะกรรมการจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ จัดตั้งและดำเนินการตาม Good Clinical Practice (GCP) และแนวทางจริยธรรมสากล กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

พลตำรวจตรีหญิง.....

(ธนิษฐ สมนึก)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและ วิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลตำรวจ



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ อว 64.11 / 0040

วันที่ 9 มกราคม 2563

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. Submission Form จำนวน 4 ชุด
 2. Self – Assessment Form for PI จำนวน 4 ชุด
 3. Information Sheet and consent form จำนวน 4 ชุด
 4. Full Protocol จำนวน 4 ชุด
 5. Principle investigator's CV พร้อม GCP training certificate จำนวน 4 ชุด
 6. Budget จำนวน 4 ชุด
 7. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 8. Conflict of interest and funding form จำนวน 4 ชุด
 9. Protocol Synopsis จำนวน 4 ชุด
 10. Approval document from thesis committee/advisor จำนวน 4 ชุด
 11. Electronic files of all above documents จำนวน 1 แผ่น

เนื่องด้วย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของภาวะเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

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

นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช โทร. 08-6620-6461



ที่ อว 64.11/ 0039

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 มกราคม 2563

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ครั้งแรก อายุระหว่าง 30 – 59 ปี มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 71 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจบับย่อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคบับย่อ ทั้งนี้หนังสือประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ขื่อนิสิต

นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช โทร. 08-6620-6461



COA No. 252/2020

IRB No. 052/63

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล้มเหลวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีบททวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย Version 1.0 Date 15/01/2563
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 15/01/2563
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 18/02/2563
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 1 Date 15/01/2563
5. แบบสอบถามการวิจัย Version 1.0 Date 15/01/2563
6. งบประมาณ Version 1.0 Date 15/01/2563


ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



7. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Utaiwan Pattamanuch
- Assist.Prof. Rapin Polsook, Ph.D.

ลงนาม 
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)
 ประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม 
 (รศ.สุทธีชา วิทยเลิศปัญญา)
 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทน
 เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 21 กุมภาพันธ์ 2563
 วันหมดอายุ : 20 กุมภาพันธ์ 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ที่ อว 64.11/ ๐๐4)



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 มกราคม 2563

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ประวัติส่วนตัวของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและนิสิต (Curriculum vitae) จำนวน 1 ชุด
 2. เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัย หรือ GCP ของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และนิสิต จำนวน 1 ชุด
 3. แบบเสนอโครงการวิจัย (SIRB Submission form) ภาษาไทยจำนวน 1 ชุด
 4. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย (Thai version protocol) จำนวน 1 ชุด
 5. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant information sheet) จำนวน 1 ชุด
 6. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) จำนวน 1 ชุด
 7. แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 1 ชุด
 8. ใบรับรองการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด
 9. รายการตรวจสอบขอขอยกพิจารณาโครงการวิจัยประเภท Expedited Review และ Exemption Review จำนวน 1 ชุด
 10. หนังสือขอยกเว้นค่าธรรมเนียมของโครงการวิจัยที่ขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลิตสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลิตสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช โทร. 08-6620-6461

ที่ อว 64.11/ 0043



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 มกราคม 2563

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ครั้งแรก อายุระหว่าง 30 – 59 ปี มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 101 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉับย้อย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉับย้อย ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต	นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช โทร. 08-6620-6461



หน่วยจรรยาบรรณการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐
ชั้น 2 โทร. 0 2419 2667-72 โทรสาร. 0 2411 0162

ที่ อว 78.071/EC 00958

วันที่ 20 มิ.ย. 2563

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองและเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับโครงการวิจัย

เรียน นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช

สิ่งที่ส่งมาด้วย : แนวทางการปฏิบัติ 11 ข้อ สำหรับ โครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว

ในนามของคณะกรรมการจรรยาบรรณการวิจัยในคน ขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยของท่าน เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล้มเหลวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” รหัสโครงการ 217/2563(IRB2) ได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการจรรยาบรรณการวิจัยในคนแล้ว เมื่อวันที่ 14 เมษายน 2563 จึงขอส่งเอกสารรับรอง (Certificate of Approval หรือ COA) และเอกสารแนบอื่นๆ ดังเอกสารแนบ มายังท่าน

พร้อมกันนี้คณะกรรมการจรรยาบรรณการวิจัยในคนได้ส่งแนวทางการปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว 11 ข้อ ซึ่งหัวหน้าโครงการวิจัยจะต้องปฏิบัติและดูแลให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยทุกท่านปฏิบัติตามด้วย ตามเอกสารที่ส่งมาด้วย (สีชมพู)

คณะกรรมการจรรยาบรรณการวิจัยในคน ขออำนวยการให้ท่านประสบความสำเร็จในการดำเนินการวิจัย สมความมุ่งหมายเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

อน น

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริพร ปิติมานะอารี)
ประธานคณะกรรมการจรรยาบรรณการวิจัยในคน

2 WANGLANG Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 2667-72
Fax. +66 2411 0162

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no. Si 297/2020

Protocol Title(English) : Selected factors relating to fear of illness progression among patients with first diagnosing of acute myocardial infarction

Protocol Title(Thai) : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

SIRB Protocol No. : 217/2563(IRB2)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Utaiwan Pattamanuch / Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Duration of research : 1 year

Approval date : April 14, 2020

Expired date : April 13, 2021

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Siriporn Pitimana-aree

(Assoc. Prof. Siriporn Pitimana-aree, M.D.)
Chairperson

20 APR 2020

date

Prasit Watanapa

(Prof.Dr. Prasit Watanapa, M.D., Ph.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

21 APR 2020

date

Approval includes :

1. SIRB submission form, date April 12, 2020
2. Proposal
3. Participant information sheet, date April 12, 2020
4. Informed consent form, date April 12, 2020
5. Questionnaire
6. Curriculum vitae

Summary of Responsibilities for Investigators Conducting Siriraj Institutional Review Board (SIRB) Approved Research

1. Maintain a regulatory file to support SIRB determination, including at minimum, the finalized protocol, the SIRB stamped original documents, and this certification of SIRB approval.
2. Conduct the research in compliance with the finalized protocol, and submit any changes to the research (protocol, recruitment material/methods, or other study materials) for SIRB review and approval prior to implementation, except when necessary to eliminate apparent immediate hazards to participants.
3. Use only the forms bearing the 'SIRB APPROVED STAMP' in the research.
4. Conduct the informed consent process without coercion or undue influence, and give sufficient opportunity to consider participation. One copy of the consent and/or assent form must be given to the subject after it is signed.
5. Promptly report to the SIRB of any new information that may affect the safety and well-being of the subjects.
6. Report to the SIRB all serious adverse events, unanticipated problems, protocol deviation and/or violation in accordance with the SIRB policy and operating procedures.
7. Provide the progress report to the SIRB as a Continuing Review 30 days prior to the COA expiration for at least once a year from the approval date unless otherwise indicated. The progress report must be used to renew approval prior to the expired date.
8. Provide the Final Report as a close-out within 30 days upon completion of the research.

Non-compliance may result in the suspension or termination of the study.

ภาคผนวก ง
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย



ชุดที่ 1 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

1

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร (Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ
ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่
ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

(ภาษาอังกฤษ) SELECTED FACTORS RELATING TO FEAR OF ILLNESS
PROGRESSION AMONG PATIENTS WITH FIRST
DIAGNOSING ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

2. ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช
- สถานที่ติดต่อ บ้านเลขที่ 272 ซอย 01กาญจนาภิเษก 39 แยก 12 แขวงตอกไม้
เขตประเวศ จังหวัดกรุงเทพมหานคร
- หมายเลขโทรศัพท์ 08 6620 6461

3. เหตุที่ต้องการทำวิจัย เหตุผลที่อาสาสมัครที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการ

3.1 เหตุที่ต้องการทำวิจัย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักพบในวัยผู้ใหญ่ อายุ 30 – 59 ปี ผู้ป่วยจะมา
โรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน เหงื่อแตก อึดอัดหายใจไม่ออก รู้สึกเหมือนจะ
เสียชีวิต ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่าง
ใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อทรมานจากอาการและการรักษาเนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยไม่เคย
ประสบมาก่อน ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่ปลอดภัยเนื่องจากรับรู้หัวใจตนเองไม่เหมือนเดิม กลัวเกี่ยวกับการดำเนิน
ไปของโรค กลัวการเกิดโรคซ้ำซึ่งความรู้สึกนี้เป็นความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดย
ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น
ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น การเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจตีบเกิดภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ด้านจิตใจส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวล เกิดภาวะเครียด
จากเหตุการณ์รุนแรง และเกิดภาวะซึมเศร้า หากผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ
ความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตามแผนการ
รักษา เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การแสวงหาความรู้ เพื่อลดหรือป้องกันการดำเนินไปของ
โรค

3.2 เหตุผลที่อาสาสมัครที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการ

โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัว
ความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้ง
แรก ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม อาสาสมัคร
ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการเนื่องจาก ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ครั้งแรกชนิด ST ยกสูง (ST elevation myocardial infarction: STEMI) มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล อายุระหว่าง 30 – 59 ปี ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถสื่อสารเข้าใจได้ จึงมีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับงานวิจัยนี้

ดังนั้นจึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียด รอบคอบ และสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

4. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกลึกซึ้งความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกลึกซึ้งความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

5. ขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) ครั้งแรก อายุระหว่าง 30 – 59 ปี มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) อายุระหว่าง 30 – 59 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถสื่อสารเข้าใจได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 213 คน คัดเลือกโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุดจาก 3 โรงพยาบาล เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับอาสาสมัคร โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 – 20 นาที แบบสอบถามที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉับพลัน ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึกลึกซึ้งความก้าวหน้าของโรคฉับพลัน

6. ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

6.1 ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ

โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อปริญญา ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ต่อสุขภาพโดยตรง แต่ความรู้ที่ได้จากการวิจัยอาจช่วยเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพแบบเดียวกับท่านในอนาคต

6.2 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

6.2.1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ลดความรู้สึกล้มเหลวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเอง ป้องกันการดำเนินของโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

6.2.2 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการให้ความรู้ และการศึกษา เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกล้มเหลวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

6.2.3 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความรู้สึกล้มเหลวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

7. สิ่งที่อาสาสมัครจะต้องปฏิบัติและไม่ปฏิบัติระหว่างการศึกษ และระยะเวลาของการวิจัย

ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับอาสาสมัครเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน และวิธีการตอบแบบสอบถาม เมื่ออาสาสมัครยินดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการ โดยให้อาสาสมัครลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากอาสาสมัครอ่านไม่ออก และเขียนไม่ได้ อธิบายการเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการให้พิมพ์ลายนิ้วมือแสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วอาสาสมัครเลือกข้อความตอบเอง

โครงการวิจัยนี้เป็นการหาความสัมพันธ์ ผู้วิจัยขอใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลท่านเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

8. ความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นและหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับและมาตรการที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ป้องกัน

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ เกิดขึ้นกับอาสาสมัคร ผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่ออาสาสมัครและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่อาสาสมัครกำลังตอบแบบสอบถาม หากพบว่ามีอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครหยุดตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะขอความช่วยเหลือ แนะนำ และรายงานความผิดปกติดังกล่าวให้พยาบาลที่รับผิดชอบทราบ เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

9. กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยผู้วิจัยจะให้การดูแลรักษาพยาบาลหรือขอความช่วยเหลือจากอาสาสมัครอย่างไร

การวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากเป็นการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม อาสาสมัครอาจต้องใช้เวลาส่วนตัวหรือเกิดความไม่สุขสบายใจจากข้อความบางส่วนในแบบสอบถามได้ และมีความเสี่ยงในการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร ดังนั้นผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่ความเป็นส่วนตัวและมีเสียงรบกวนน้อยที่สุด เพื่อลดความเสี่ยงในการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

10. กรณีการทดสอบยาในอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย เมื่อผลการวิจัยพบว่ายานั้นเป็นประโยชน์ ภายหลังจากการสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนกับอาสาสมัครต่อไปหรือไม่อย่างไร และระยะเวลา นานเท่าไร

ไม่มีการทดสอบยาในอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย

11. ในกรณีที่มีการรักษาหลายรูปแบบให้ระบุทางเลือกอื่นและเปรียบเทียบข้อดี, ข้อเสีย ของวิธีวิจัย

ไม่มีการรักษาหลายรูปแบบ

12. การให้ค่าตอบแทนเป็นเงิน ควรระบุจำนวนและจำนวนครั้งที่ให้อาสาสมัคร

ไม่มีค่าตอบแทนให้กับอาสาสมัคร

13. การรักษาความลับเกี่ยวกับอาสาสมัคร

ข้อมูลเกี่ยวกับท่านจะเก็บรักษาเป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดโครงการ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม สำหรับข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวตนของท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

14. วัตถุประสงค์ที่รวบรวมไว้ เช่น ตัวอย่างเลือดที่เหลือหลังจบโครงการจะจัดการอย่างไร

ไม่มีการใช้วัตถุประสงค์ที่รวบรวมไว้

15. สิทธิของอาสาสมัครในการถอนตัวออกจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย

การเข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ของท่านเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับรวมทั้งไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาพยาบาล

16. แหล่งทุนวิจัย ทุนส่วนตัว

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และหรือจะมีการชดเชยค่าตอบแทน ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ในการปิดบังข้อมูลของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ 272 ซอย 01กาญจนาภิเษก 39 แยก 12 แขวงตอกไม้ เขตประเวศ จังหวัดกรุงเทพมหานคร โทรศัพท์มือถือ 086-6206461 E-mail: aum_ut4@hotmail.com ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้ คือ นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)


ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ชุดที่ 2 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 1/8

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย
ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
ผู้สนับสนุนการวิจัย ทนส่วนตัว

ผู้วิจัยหลัก


ชื่อ นางสาวอุทัยวรรณ บัณฑิตานุช
สถานศึกษาของผู้วิจัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ของผู้วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนี
ศรีศคทพรช ชั้น 11 ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 086-620-6461
E - mail : aum_ut4@hotmail.com

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข
ที่อยู่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนี
ศรีศคทพรช ชั้น 11 ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ทำงาน 02 218 1130
E - mail: rapin.p@chula.ac.th



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ <u>052 / 63</u>
วันที่รับรอง : <u>2</u> ก.พ. 2553

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 2/8

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นบุคคลที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อายุระหว่าง 30 – 59 ปี มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ได้แก่ นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมาบุษ เบลอร์โทรศัพท์ 086 – 6206461 ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้


เหตุผลความเป็นมา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2018) ในประเทศไทยมีรายงานการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจาก 17,394 รายในปี พ.ศ. 2556 เป็น 20,746 ราย ในปี พ.ศ.2560 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) มักพบในวัยผู้ใหญ่อยู่ระหว่าง 30 – 59 ปี ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน เหงื่อแตก อึดอัด หายใจไม่ออก รู้สึกเหมือนจะเสียชีวิต ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน และแม้จะรักษาแต่ก็ยังมีอัตราการเสียชีวิตที่ผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อน ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่ปลอดภัยเนื่องจากรับรู้หัวใจตนเองไม่เหมือนเดิม กลัวเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรค หรือกลัวการเกิดโรคซ้ำซึ่งความรู้สึกนี้เป็นความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดยความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น การเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจตีบเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (Rodrigues, LeDoux, & Sapolsky, 2009) ด้านจิตใจส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวล เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง และเกิดภาวะซึมเศร้า (Fait et al., 2018; Rodrigues et al., 2009) หากผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การแสวงหาความรู้ เพื่อลดหรือป้องกันการดำเนินไปของโรค (Messertli-Bürey et al., 2015; ชวนพิศ ทานอง, 2541)



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ <u>059/63</u>
วันที่รับรอง : <u>21 ก.พ. 2563</u>

Version 2.0 Date 18/02/2563

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 3/8

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีจำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 213 คน โดยเป็นอาสาสมัครที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 71 คน เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มอาสาสมัคร ผู้วิจัยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครเพื่อแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ
2. ผู้วิจัยอธิบายให้อาสาสมัครทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมแจกเอกสารข้อมูล เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ เมื่ออาสาสมัครยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้อาสาสมัครลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยอธิบายให้อาสาสมัครทราบเกี่ยวกับรายละเอียดแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบาย วิธีตอบแบบสอบถามให้อาสาสมัครเข้าใจ โดยแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก จำนวน 2 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉับย้อย จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 13 ข้อ และส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของโรคฉับย้อย จำนวน 12 ข้อ ใช้เวลาในการตอบ 15 - 20 นาที หรือจนกว่าอาสาสมัครจะทำได้สำเร็จ และสามารถสอบถาม ข้อมูลข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ


ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

เนื่องจากท่านต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลา



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ <u>059/63</u> ๗ : ก พ ๒๕๖๓

Version 2.0 Date 18/02/2563

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 4/8

หากท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกว่าเสียเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น อากาศใจสั่น หน้ามืด หรือรู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติระหว่างตอบคำถาม ให้หยุดพัก เมื่อพักแล้วไม่ดีขึ้น ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช เบอร์โทรศัพท์ 086 - 6206461 เพื่อช่วยประสานกับทีมแพทย์และแพทย์ที่ดูแลรักษาท่าน หรือเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อความช่วยเหลือต่อไป

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในอนาคต เนื่องจากนำข้อค้นพบที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกได้อย่างครอบคลุม ลดความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเอง ป้องกันการดำเนินของโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรืออาจจะลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคจะลดลงอย่างแน่นอน

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้


ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย รวมทั้งค่าเดินทางและการเสียเวลาในการมาพบแพทย์ และรับการรักษา



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ ๐๕๙/๖๓
วันที่รับเรื่อง 2 : ก.พ. 2๕๖3

Version 2.0 Date 18/02/2563

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 5/8

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่ผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11 ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอลงตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดย


ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอลงตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น



คณะกรรมการศึกษาและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Version 2.0 Date 18/02/2563

หมายเลขโครงการ 059/63
วันที่ส่งเอกสาร 2 ก.พ. 2563

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 6/8

8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th


การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 059/63
วันที่รับรอง : 27 ก.พ. 2563

Version 2.0 Date 18/02/2563

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม

โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และ
แนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว
โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้า
ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก
ข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของ
ข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม
การศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ
ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน
การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน
กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ
การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์
เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลง
นามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง


วันที่เดือน.....พ.ศ.....



Version 1.0 Date 15/01/2563

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ: 059/63
วันที่รับรอง: 21 ก.พ. 2563

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ <u>052/63</u>
วันที่รับรอง : <u>21 ก.พ. 2563</u>

Version 1.0 Date 15/01/2563

ชุดที่ 3 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย โรงพยาบาลศิริราช

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

เอกสารหมายเลข 3ก

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หรือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช

สถานที่วิจัย แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมชั้น 2 ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ 20 ซ.อ่อนนุช 90 แขวงประเวศ เขตประเวศ

จังหวัดกรุงเทพมหานคร หมายเลขโทรศัพท์ 086-6206461

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน ไม่มี มีระบุ.....

ระยะเวลาในการวิจัย 6 เดือน

ที่มาของโครงการวิจัย ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงเฉียบพลัน เหงื่อแตก อึดอัดหายใจไม่ออก รู้สึกเหมือนจะตาย ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิตโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันหรือใช้ยาละลายลิ่มเลือดและได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติแล้วผู้ป่วยยังต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษา รวมถึงการติดตามตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการและการรักษาที่เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อน ผู้ป่วยจะรับรู้หัวใจของตนเองไม่เหมือนเดิม รู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวความเจ็บปวด กลัวว่าจะเสียชีวิต กลัวเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรคหรือการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ซึ่งความรู้สึกกลัวนี้เป็นความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ซึ่งความรู้สึกกลัวจะส่งผลต่อร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น มีการหลั่งสารเกี่ยวกับกระบวนการอักเสบเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ นอกจากนี้ยังส่งผลด้านจิตใจเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและภาวะซึมเศร้าตามมา หากผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การแสวงหาความรู้ เพื่อลดหรือป้องกันการดำเนินไปของโรค

เอกสารหมายเลข 3ก, version November 11, 2019

2563

รับรองโดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
217/2563 (IRB2)

1. ใบรับรอง
COA No. SI 297/20 20
วันที่รับรอง 14 ธ.ค. 2563

ฉบับวันที่ 12 เมษายน

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ผู้ร่วมวิจัยได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกชนิดเอสทียกสูง มาตรวจตามนัดที่แผนกแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมชั้น 2 ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล อายุระหว่าง 30 – 59 ปี เนื่องจากผู้ร่วมวิจัยจะต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงอาจรบกวนเวลาของผู้ร่วมวิจัยขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 213 คน

หากผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการขอให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 6 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 13 ข้อ และแบบสอบถามความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ จำนวน 12 ข้อ
2. ผู้ร่วมวิจัยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 - 20 นาที จำนวน 1 ครั้ง ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมชั้น 2 ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ โดยผู้ร่วมวิจัยไม่ต้องมีการเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมงานวิจัย
3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวผู้ร่วมวิจัยได้ จะไม่ปรากฏในรายงาน
4. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย ได้แก่ แบบสอบถามและแบบบันทึกต่าง ๆ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย อาจจะไม่ เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการตอบแบบสอบถามและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนเท่านั้น แต่ผู้ร่วมวิจัยอาจจะต้องสละเวลาส่วนตัวหรือเกิดความไม่สบายใจจากข้อความบางส่วนในแบบสอบถามได้

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

เอกสารหมายเลข 3ก, version November 11, 2019

2563

	รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน	ฉบับวันที่ 12 เมษายน
		คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล	
	2117/2563	(IRB)	
	วันที่รับรอง	297/2020	
COA No. SI	14	พ.ศ. 2563	

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช และหมายเลขที่จะสามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง คือ 086-6206461

ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัย ตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา คือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในอนาคตต่อผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพราะผลการวิจัยนี้สามารถนำไปสู่แนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อลดความรู้สึกล้มเหลวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ผู้ร่วมวิจัยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการวิจัยนี้ ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบ โดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมกรณีเป็นการวิจัยทางคลินิก ผลการวิจัยในภาพรวมนี้ อาจดูได้จากเว็บไซต์ (<http://www.ClinicalTrials.gov/> <http://www.ClinicalTrials.in.th.>) ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครอาจหาความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยของ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้จากเว็บไซต์คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน <http://www.si.mahidol.ac.th/sirb> ทั้งนี้ หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่เว็บไซต์ดังกล่าว หรือที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร. 0 2419 2667-72, 06 3903 4255 โทรสาร 0 2411 0162 ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ไว้แล้ว 1 ฉบับ

เอกสารหมายเลข 3ก, version November 11, 2019

2563

	รับรองโดย	รับรองโดย
	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
	217/2563 (14ก)	217/2563 (14ก)
3	3	3
ชื่อโครงการ	ชื่อโครงการ	ชื่อโครงการ
COA No. SI	COA No. SI	COA No. SI
วันที่รับรอง	วันที่รับรอง	วันที่รับรอง
	297/2020	14 มิ.ย. 2563

ฉบับวันที่ 12 เมษายน

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร
 (.....)
 วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย
 (.....)
 วันที่.....



เอกสารหมายเลข 3ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับ
ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และ
ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิด
อันตรายขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการวิจัยนี้ โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่
ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้า
โครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึง
ประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวอุทัยวรรณ นัทมานุช ที่อยู่
หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร เลขที่ 20 ซ.อ่อนนุช 90 แขวงประเวศ เขต
ประเวศ กรุงเทพมหานคร เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง คือ 086-6206461

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องการ
ปรึกษาปัญหา ข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
ติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72
โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจาก
การเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า
หรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป
ในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อ
สาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

เอกสารหมายเลข 3ข, version November 11, 2019
2563



ฉบับวันที่ 12 เมษายน

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอม
นี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาหนังสือแสดงเจตนา
ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยไว้แล้ว 1 ฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)





แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก”

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามการวิจัย โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถามการวิจัยมี 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉับย่อ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉับย่อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้ สำหรับการให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่เก็บข้อมูล.....

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านเติมคำตอบ หรือทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. รายได้ บาท / เดือน
4. สถานภาพสมรส
 () โสด () หม้าย () หย่าร้าง
 () แยกกันอยู่ () สมรส
5. ระดับการศึกษา
 () ไม่เคยเข้ารับการศึกษา () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.
 () อนุปริญญา / ปวส. () ปริญญาตรี
 () ปริญญาโท () ปริญญาเอก
6. สิทธิการรักษา
 () ประกันสุขภาพถ้วนหน้า () จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
 () ประกันสังคม () สวัสดิการข้าราชการ
 () สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ () ประกันชีวิต
7. การสูบบุหรี่
 () ไม่เคยสูบบุหรี่
 () เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว
 () ยังคงสูบบุหรี่อยู่
8. การดื่มแอลกอฮอล์
 () ไม่เคยเลย
 () เคยดื่มแอลกอฮอล์ แต่เลิกดื่มแอลกอฮอล์แล้ว
 () ยังคงดื่มแอลกอฮอล์อยู่

9. โรคที่เป็นร่วมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

() ไม่มี

() มี

() โรคความดันโลหิตสูง

() อื่น ๆ โปรดระบุ

() โรคเบาหวาน

() โรคคอเลสเทอรอลในเลือดสูง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของท่านในปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

(หมายเหตุ: บุคคลพิเศษหมายถึง บุคคลที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างมาก
1. ฉันมีบุคคลพิเศษที่คอยช่วยเหลือฉัน หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา							
2. ฉันมีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมสุขร่วมทุกข์กับฉันได้							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
10. มีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน							
11. ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ							
12. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้							

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามจะสอบถามเกี่ยวกับความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ของท่านในปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ระดับความมั่นใจ	ไม่ มั่นใจ เลย	มั่นใจ เล็กน้อย	มั่นใจ ปาน กลาง	มั่นใจ มาก	มั่นใจ มากที่สุด
1. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้ เองด้วยการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำ					
2. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถควบคุมอาการหายใจติดขัดได้ เองด้วยการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำ					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
11. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะอยู่ที่ ทำงานได้ตามปกติ					
12. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามี / ภรรยา / คู่ครอง / คนรัก ได้ตามปกติ					
13. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถออกกำลังกายแบบแอโรบิค ได้ (การเคลื่อนไหวร่างกายในระดับความหนักที่ทำให้ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และมีการเคลื่อนไหว นานเป็นระยะเวลาหนึ่ง เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น)					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรค

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามจะสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของท่านในปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็น บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เป็นประจำ
1. ฉันรู้สึกกลัวเมื่อคิดว่าโรคจะเป็นมากขึ้น					
2. ฉันรู้สึกกลัวก่อนมาตรวจตามแพทย์นัด					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
10. ฉันรู้สึกกลัวว่ายาที่ใช้รักษาโรคจะมีอันตรายต่อร่างกายของฉัน					
11. ฉันรู้สึกกลัวเกี่ยวกับครอบครัวหากมีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นกับฉัน					
12. ฉันรู้สึกกลัวว่าฉันจะทำงานต่อไปอีกไม่ได้					



1. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก

		วัดครั้งแรก	วัดซ้ำ
วัดครั้งแรก	Pearson Correlation	1	.997**
	Sig. (2 – tailed)		.000
	N	30	30
วัดซ้ำ	Pearson Correlation	.997**	1
	Sig. (2 – tailed)	.000	
	N	30	30

** Correlation is significant at the 0.01 level (2 – tailed).

2. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ

คำนวณจากสูตรของ Kuder and Richardson (1937) ดังนี้

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{s^2} \right]$$

เมื่อ	r_{tt}	= ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง
	n	= จำนวนข้อคำถามของแบบวัด
	p	= สัดส่วนของคน que ตอบถูกในแต่ละข้อ
	q	= สัดส่วนของคน que ตอบผิดในแต่ละข้อ
	s^2	= ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

แทนค่าสูตร

$$r_{tt} = \frac{20}{20-1} \left[1 - \frac{3.95}{12.11} \right]$$

$$r_{tt} = 0.71$$

3. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.887	.886	12

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .887

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Scsp1	60.30	69.252	.731	.870
Scsp2	60.17	68.557	.823	.863
Scsp3	59.20	82.234	.481	.885
Scsp4	59.33	75.954	.657	.875
Scsp5	60.10	72.300	.677	.873
Scsp6	59.83	82.420	.398	.887
Scsp7	60.30	74.562	.583	.879
Scsp8	59.40	77.903	.521	.882
Scsp9	60.50	70.466	.652	.875
Scsp10	60.23	67.771	.730	.870
Scsp11	59.23	82.461	.439	.886
Scsp12	60.07	79.099	.405	.888

จากตาราง Item – Total Statistics แสดงค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า / น้อยกว่าค่าแอลฟา โดยรวมระหว่าง .7 - .9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา

4. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.879	.879	13

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .879

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
efficacy1	29.43	46.254	.399	.878
efficacy2	29.43	45.840	.381	.879
efficacy3	29.37	41.895	.663	.864
efficacy4	29.40	44.179	.497	.874
efficacy5	28.73	44.133	.501	.873
efficacy6	28.70	46.355	.353	.880
efficacy7	28.70	44.217	.612	.868
efficacy8	29.07	40.616	.707	.861
efficacy9	28.73	42.961	.647	.866

efficacy10	28.73	43.375	.693	.864
efficacy11	28.90	42.921	.705	.863
efficacy12	29.20	40.579	.673	.864
efficacy13	29.20	43.614	.471	.876

จากตาราง Item – Total Statistics แสดงค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า / น้อยกว่าค่าแอลฟา โดยรวมระหว่าง .7 - .9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา

5. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.885	.890	12

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .885

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Fear1	24.63	64.723	.659	.873
Fear2	25.77	66.944	.520	.880
Fear3	25.23	62.875	.686	.870
Fear4	24.80	64.786	.672	.872
Fear5	25.37	67.068	.507	.880
Fear6	25.00	65.310	.400	.890
Fear7	24.97	64.240	.664	.872
Fear8	24.87	65.637	.561	.878
Fear9	25.37	64.861	.562	.878
Fear10	24.77	64.116	.536	.879
Fear11	24.60	60.110	.667	.872
Fear12	24.93	61.651	.704	.869

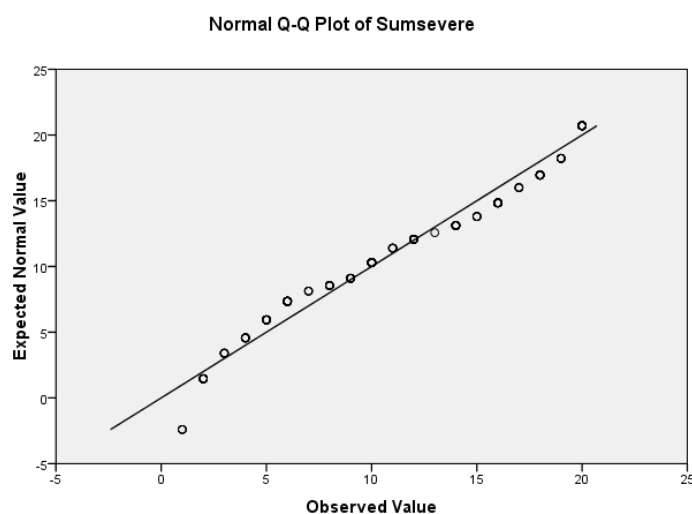
จากตาราง Item - Total Statistics แสดงค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า / น้อยกว่าค่าแอลฟา โดยรวมระหว่าง .7 - .9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

1. ข้อมูลของตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair et al., 2006)

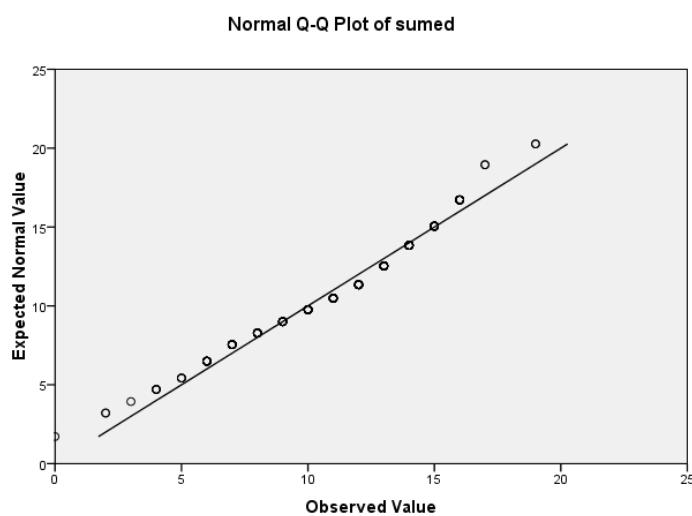
1.1 ข้อมูลความรุนแรงของโรคมึการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.1.1 Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick et al., 2007)



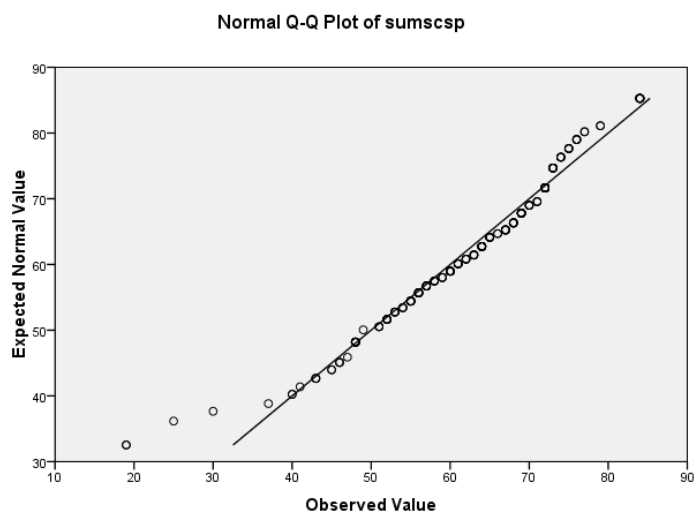
1.2 ข้อมูลความรู้มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.2.1 Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick et al., 2007)



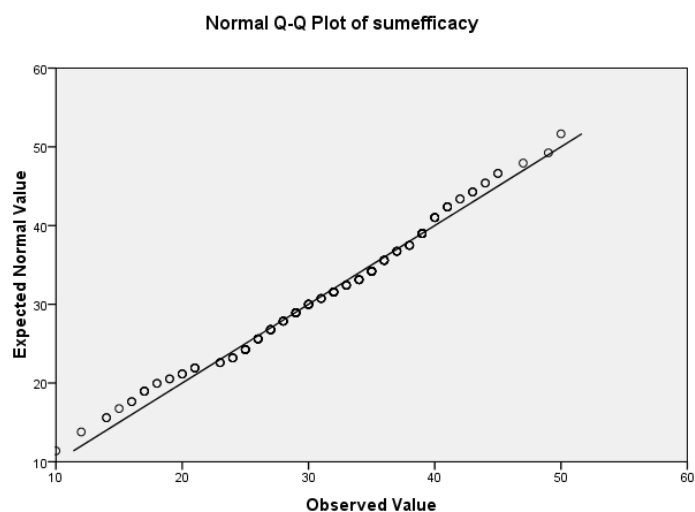
1.3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.3.1 Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick et al., 2007)



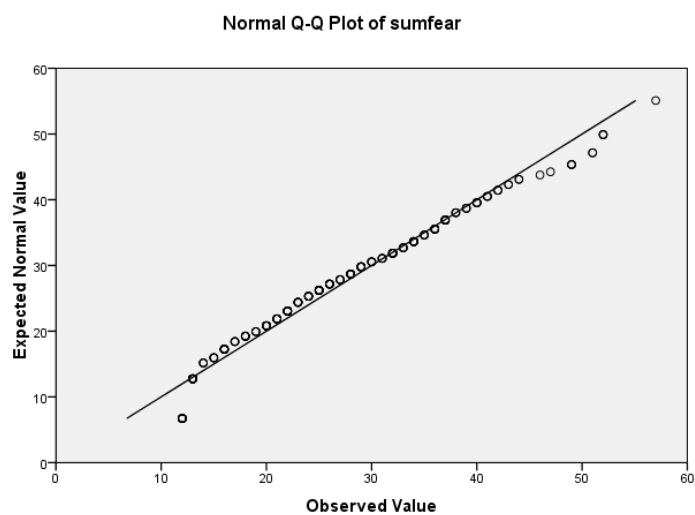
1.4 ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.4.1 Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick et al., 2007)



1.5 ข้อมูลความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.4.1 Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick et al., 2007)



ตารางแสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

Correlations						
		ความรุนแรงของโรค	ความรู้	การสนับสนุนทางสังคม	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย
ความรุนแรงของโรค	Pearson Correlation	1	.070	.112	-.063	.196**
	Sig. (2-tailed)		.306	.102	.364	.004
	N	213	213	213	213	213
ความรู้	Pearson Correlation	.070	1	.163*	.249**	.015
	Sig. (2-tailed)	.306		.017	.000	.830
	N	213	213	213	213	213
การสนับสนุนทางสังคม	Pearson Correlation	.112	.163*	1	.168*	-.068
	Sig. (2-tailed)	.102	.017		.014	.320
	N	213	213	213	213	213
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	Pearson Correlation	-.063	.249**	.168*	1	-.367**
	Sig. (2-tailed)	.364	.000	.014		.000
	N	213	213	213	213	213
ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย	Pearson Correlation	.196**	.015	-.068	-.367**	1
	Sig. (2-tailed)	.004	.830	.320	.000	
	N	213	213	213	213	213

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

sumfear	Pearson	.164*	.199**	-.078	.073	-.040	-.022	.116	-.130	-.127	.058	-.326**	-.311**	1
	Correlation													
	Sig. (2-tailed)	.016	.003	.256	.287	.559	.749	.091	.059	.065	.401	.000	.000	
	N	213	213	213	213	213	213	213	213	213	213	213	213	213

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวอุทัยวรรณ ปัทมานุช
วัน เดือน ปี เกิด	27 ตุลาคม 2526
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	2544 - 2548 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
ที่อยู่ปัจจุบัน	272 ซอย 01กาญจนาภิเษก 39 แยก 12 แขวงดอกไม้ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY