

ปัจจัยทำนายความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2566

FACTORS PREDICTING FEAR OF ILLNESS PROGRESSION AMONG PERSONS WITH POST
ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing
Faculty Of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายความรู้สึกล้มกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย
	ในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
โดย	น.ส.ชาลินี ปุรินทะ
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิงดร.ระพีณ ผลสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิงดร.ระพีณ ผลสุข)

..... กรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชาลินี บุรินทร์ : ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. (FACTORS PREDICTING FEAR OF ILLNESS PROGRESSION AMONG PERSONS WITH POST ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 214 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 9 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก 4) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ 5) แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ 6) แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ 7) แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 8) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 9) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .70, .1, .77, .83, .94, .91, .92 และ 1 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .70, .71, .84, .80, .81, .84 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า

1. บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 23.8 มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 57.9 มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 18.2 และบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 36.92, SD = 9.89)

2. ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ ความวิตกกังวล (Beta = .369) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Beta = .281) การรับรู้ความเจ็บป่วย (Beta = .119) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Beta = -.309) สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 69.6 (Adjusted R2 = 69.6, p < .05) ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2566

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6370010236 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: Fear of illness progression, Post acute myocardial infarction

Chalinee Purinta : FACTORS PREDICTING FEAR OF ILLNESS PROGRESSION AMONG PERSONS WITH POST ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION . Advisor: Assoc. Prof Pol. Capt. RAPIN POLSOOK, Ph.D.

This predictive correlational research aimed to identify factors predicting fear of illness progression among persons with post-acute myocardial infarction. A purposive sampling was used to sample 214 persons who met inclusion criteria and were recruited from the Cardiovascular outpatient department of Phramongkutklo Hospital and Nopparatrajathanee Hospital. Data were collected using nine questionnaires: 1) Demographic Data Form 2) Coronary Artery Disease Education Questionnaire Short Version 3) Perceived Chest Pain Questionnaire 4) Brief illness perception questionnaire 5) Fear of illness progression questionnaire-Short Form 6) Cardiac Anxiety 7) Uncertainty in illness 8) Social support questionnaire and 9) Self-efficacy questionnaire. Five experts validated all questionnaires. Their CVI were .70, 1, .77, .83, .94, .91, .92 and 1 respectively. Reliability were .70, .71, .84, .80, .81, .84 and .89 respectively. Data were analyzed using multiple regression statistics.

Results:

1. fifty-one persons (23.8) reported mild fear of illness progression, one hundred twenty-four persons (57.9) reported moderate fear of illness progression, and thirty-nine persons (18.3) reported severe fear of illness progression. Persons with post-acute myocardial infarction had a moderate fear of illness progression. (Mean = 36.92, SD = 9.89)

2. Four variables significantly predict fear of illness progression among persons with post-acute myocardial infarction. They were anxiety (Beta = .369), uncertainty in illness (Beta = .281), illness perception (Beta = .119) and self-efficacy (Beta = -.309). They could explain 69.6 of the fear of illness progression among persons with post-acute myocardial infarction (Adjusted R² = 69.6, p < .05). However, knowledge, perceived chest pain, and social support could not predict fear of illness progression among persons with post-acute myocardial infarction.

Field of Study: Adult and Gerontological Nursing Student's Signature

Academic Year: 2023 Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความเมตตากรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้คำแนะนำ และข้อคิดที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขความบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจ และให้โอกาสแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตากรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และศาสตราจารย์ดร.ธีระ สิ้นเดชาธิกร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษานี้เป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 2 โรงพยาบาลที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบุพการีบุคคลอันเป็นที่รัก ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน รวมทั้งเพื่อน ๆ ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกท่าน

ชาลินี บุรินทะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย	12
ขอบเขตการวิจัย	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
1. ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	15
2. ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน.....	15
3. ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	16
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย	16

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	16
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria).....	55
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria).....	55
การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	56
การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	70
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	76
การวิเคราะห์ข้อมูล	77
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	98
สรุปผลการวิจัย.....	99
อภิปรายผลการวิจัย.....	100
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	109
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป	109
บรรณานุกรม.....	110
ภาคผนวก.....	126
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	127
ภาคผนวก ข จดหมายขอความอนุเคราะห์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	134
ภาคผนวก ค จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	146
และใบรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์	146



ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย	154
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	162
ภาคผนวก ฉ รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล	174
ประวัติผู้เขียน	189



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	73
ตารางที่ 2 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก.....	74
ตารางที่ 3 แสดงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก	75
ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)	81
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214).....	83
ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 214).....	84
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และร้อยละของความรุนแรงของโรคในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงและระดับความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก (n = 214).....	85
ตารางที่ 8 แสดงจำนวนร้อยละความรุนแรงของโรคในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214).....	85
ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของโรคของบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 214).....	86
ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละการรับรู้ความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)	86
ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)	87
ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214).....	87
ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)	87

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความวิตกกังวลในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214).....	88
ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 214).....	88
ตารางที่ 16 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้สึกความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214).....	89
ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 214).....	89
ตารางที่ 18 แสดงจำนวน และร้อยละของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214).....	90
ตารางที่ 19 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 214).....	90
ตารางที่ 20 แสดงจำนวน และร้อยละของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214).....	91
ตารางที่ 21 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 214).....	91
ตารางที่ 22 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)	92
ตารางที่ 23 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (n = 214)	93
ตารางที่ 24 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression).....	94

ตารางที่ 25 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในรูปของคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของตัวแปรทำนายความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้จากการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression).... 95



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยของ Mishel (1988)..... 36



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลกและประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคนของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทยพบว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ จากสถิติการเสียชีวิตในปีพ.ศ. 2562-2564 พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีจำนวนเท่ากับ 20,556, 21,309 และ 21,870 คนตามลำดับ และพบอัตราการตายจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อประชากร 100,000 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4, 32.6, และ 33.5 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และในปีพ.ศ. 2564 พบว่าอัตราการตายก่อนวัยอันควรในช่วงอายุ 30-69 ปีจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบมากในเขตกรุงเทพมหานครคิดเป็นร้อยละ 54.5 (กรมควบคุมโรค, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทย มีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 จำนวน 326,946 คน เป็น 350,922 คนในปีพ.ศ. 2564 (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจสูงถึง 6,906 ล้านบาทต่อปีเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ (กรมควบคุมโรค, 2562) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามชีวิต มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการอุดตันของเส้นเลือดหัวใจส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายจากการขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลันเป็นระยะเวลา นานมากกว่า 20 นาที (เกรียงไกร เสงร์ศมี และบุญจง แซ่จิ้ง, 2560; ฉัตรกมล ประจวบลาภ และดวงกมล วัตราดุลย์, 2563) อาการเจ็บแน่นหน้าอกอาจมีอาการปวดร้าวไปที่แขนซ้าย คอ กราม หรือหลังได้ นอกจากนี้ยังมีอาการสำคัญอื่นๆ ที่พบร่วมได้ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นลม (เกรียงไกร เสงร์ศมี และบุญจง แซ่จิ้ง, 2560; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) ซึ่งอาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งบ่งบอกถึงภาวะที่มีความรุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยจะต้องได้รับการช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตอย่างเร่งด่วน

ด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่ตีบด้วยการตรวจสวนหัวใจเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจหรือได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจที่มีการตีบหรืออุดตัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (เกรียงไกร เสงรัมย์ และบุญจง แซ่จิ่ง, 2560; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) และผู้ป่วยที่ประสบกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกจะทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การตอบสนองด้านร่างกายจะส่งผลให้มีอาการอื่นๆ ร่วมกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก เช่น หายใจไม่สะดวก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น ส่วนการตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์เกิดจากเมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกจะเกิดการตอบสนองของร่างกายโดยส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาท Limbic บริเวณ Amygdala ซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางอารมณ์ทำให้เกิดความรู้สึกความกลัว (Sah, 2017; จุฑามาศ แหนจอน, 2558) นอกจากนี้อาการเจ็บแน่นหน้าอกจะไปกระตุ้น Vasovagal response โดยเส้นประสาททวารก็จะทำหน้าที่สื่อระบบประสาทอัตโนมัติแบบพาราซิมพาเทติกจากสมองมาที่หัวใจซึ่งระบบประสาทอัตโนมัติแบบพาราซิมพาเทติกนี้เป็นระบบที่สั่งให้ร่างกายผ่อนคลายเมื่อสื่อสารมาที่หัวใจจะทำให้หัวใจเต้นช้าลง ลดการบีบตัวของหัวใจมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกาย ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ หน้ามืด เป็นลม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น เกิดความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล และสิ้นหวัง (Hari et al., 2010; Jardine et al., 2018; Wang et al., 2015; สุนิสา แสงทองจรัสกุล, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการและการรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ โดยจะแสดงออกมาในรูปแบบของความกลัวและความไม่แน่นอน ความรู้สึกต่อประสบการณ์การเจ็บหน้าอกขึ้นอยู่กับภาวะที่ผู้ป่วยแต่ละคนเผชิญ อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉียบพลันรุนแรงจะทำให้เกิดความกลัวและความกลัวมักเกิดขณะอยู่คนเดียว (ชลิดา ปลาเงิน, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอ็ดมอนด์ นิลพฤกษ์ (2561) ที่พบว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถเกิดความรู้สึกกลัวได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเนื่องจากจะต้องเผชิญกับอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและทวีความรุนแรงอย่างรวดเร็ว เกิดขึ้นทันทีทันใด และก่อให้เกิดความรู้สึกกลัว และจากการศึกษาของ Allen (1998) พบว่า ในระยะ 3 วันแรกภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวในด้านต่างๆ ได้แก่ กลัวว่าจะเสียชีวิต กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลัวความเจ็บปวด กลัวในสิ่งที่ไม่รู้

กลัวสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตและกลัวผลกระทบที่จะเกิดกับครอบครัว นอกจากนี้ อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) ได้ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วย ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกภายใน 6 เดือนพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 66.67 และมีความรู้สึกกลัวอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 18.31 ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเป็น ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อน ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่มีความคุ้นเคยต่อโรค การ รักษา และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความหมายหรืออธิบายหรือคาดเดาผลลัพธ์ ของอาการตนได้ ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว (Stevens & Thomas, 2012) โดยลักษณะของความรู้สึก กลัวประกอบด้วยความรู้สึกกลัวว่าโรคจะเป็นมากขึ้น กลัวอาการกำเริบ กลัวว่ายาที่ใช้รักษาโรคจะเป็น อันตรายต่อร่างกาย กลัวเกี่ยวกับครอบครัวถ้ามีบางสิ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วย กลัวจะทำงานต่อไปอีกไม่ได้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นซ้ำและที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมี ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยโดยลักษณะของความรู้สึกกลัวประกอบด้วยความรู้สึก กลัวการเสียชีวิต กลัวอาการกำเริบ กลัวการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น (Iles-Smith et al., 2017; Oranta et al., 2013) แสดงให้เห็นว่าความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 6 เดือนมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความ เจ็บป่วยที่คล้ายกัน นอกจากนี้ Fait et al. (2018) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มี ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง และเป็นภาวะคุกคามต่อการดำเนินชีวิตซึ่งความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมี ความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามที่ผู้ป่วยเผชิญ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันมีความรุนแรง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ของ การเจ็บป่วยของตนเองได้ ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวว่าจะเสียชีวิต กลัวความปวด กลัวอาการกำเริบ กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อน กลัวการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับความกลัวดังกล่าวเป็น ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Fait et al., 2018; อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข, 2565)

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากประสบการณ์การเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉียบพลันรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวอาการเจ็บหน้าอกกำเริบ รู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยมากขึ้น รู้สึกกลัวว่ายาที่ใช้รักษาโรคมะเร็งมีอันตรายต่อตนเอง รู้สึกกลัวเกี่ยวกับครอบครัวหากมีบางสิ่งเกิดขึ้นกับตนเอง รู้สึกกลัวว่าจะทำงานต่อไปอีกไม่ได้ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเอง การให้ความร่วมมือในการรักษา (Mehnert et al., 2006) ดังนั้นหากผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว (Dinkel & Herschbach, 2014) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคได้ (Messerli-Bürgy et al., 2015) หากผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาจะส่งผลให้มีโอกาสในการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบถึง 25 เท่าของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม (สุภาวรรณ ชินพันธุ์, 2562) นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยยังคงมีการจัดการด้านอารมณ์อยู่ในระดับไม่ดีโดยผู้ป่วยบางรายไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมหรือเลือกปฏิบัติเฉพาะกิจกรรมที่ออกแรงน้อยเนื่องจากกลัวอาการเจ็บหน้าอกกำเริบ (พรทิพย์ ไพศาลธรรม, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jackson et al. (2000) พบว่า ภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกจะมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย กลัวเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และจากการศึกษาความกลัวในผู้รอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าในช่วง 1-3 เดือนแรกภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวอยู่ในระดับปานกลาง (Iles-Smith et al., 2017) โดยจะมีความรู้สึกกลัวว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ (Stevens & Thomas, 2012) ซึ่งผู้รอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคถึงร้อยละ 51.70 (Oranta et al., 2013) และพบว่าผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกจะมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้ตั้งแต่ 3 วันแรกไปจนถึง 6 เดือน (Iles-Smith et al., 2017) ซึ่งความรู้สึกกลัวดังกล่าวข้างต้นเป็นความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Fait et al., 2018; อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข, 2565)

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย หมายถึง ประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาซึ่งมีสาเหตุมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามที่เกิดขึ้น (Shim et al., 2018) นอกจากนี้ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยมากขึ้น

จากการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตหรือความรู้สึกกลัวว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรค (Dinkel & Herschbach, 2018) โดยความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรม (Fait et al., 2018) ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม (Dinkel et al., 2021; อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข, 2565) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหมายถึงประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาเป็นความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยมากขึ้นหรือความรู้สึกกลัวว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึ่งมีสาเหตุมาจากการตระหนักถึงการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต

ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลังอะดรีนาลีนและนอร์อะดรีนาลีนจากต่อมหมวกไต (La Rovere et al., 2022) ซึ่งมีผลกระตุ้นการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Tulloch et al., 2014) และกระตุ้นการหลั่งคอร์ติซอลส่งผลให้กระตุ้นการหลั่งสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบที่สำคัญคือการอักเสบของหลอดเลือด (Rodrigues et al., 2009) ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (Lu et al., 2013; Tulloch et al., 2014) ผลกระทบต่อจิตใจจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนนอร์อิพิเนพรินและเซโรโทนิน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Fait et al., 2018; Sherin & Nemeroff, 2011; เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์, 2559) และภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อการดำเนินชีวิต (Fait et al., 2018; วรินทร์ พรมสนธิ์ ยุพิน อังสุโรจน์ และระพีณ ผลสุข, 2562) ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การแสวงหาความรู้ เพื่อลดหรือป้องกันการดำเนินของโรค (Messerli-Bürge et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยที่ผ่านมา ในต่างประเทศพบการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Custers et al., 2018; Dinkel et al., 2021; Giesler & Weis, 2021; Hall et al., 2017; Melchior et al., 2013; Parker et al., 2016; Shim et al., 2018; Wagner et al., 2018) และโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง (Sharpe et al., 2022) และพบการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ Fait et al. (2018) พบว่า ความรู้ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบเพียง 1 การศึกษาของอุทัยวรรณ ปัทมานุช

และระพีณ ผลสุข (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะพบการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งจะมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยว่าจะเสียชีวิต กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวการลุกลามของโรค กลัวความเจ็บปวด และกลัวการรักษาที่มากขึ้น เป็นต้น และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ จะมีความรู้สึกกลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวการลุกลามของโรค กลัวอาการกำเริบ และกลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค เป็นต้น แต่ยังพบการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการศึกษาน้อย และการศึกษาความกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าทั้งในประเด็นที่เหมือนกันกับโรคดังกล่าวข้างต้น เช่น กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวอาการกำเริบ กลัวความเจ็บปวด แต่ยังมีประเด็นที่ไม่เหมือนกัน เช่น ความรู้สึกกลัวว่าโรคจะเป็นมากขึ้น กลัวว่ายาที่ใช้รักษาโรคจะเป็นอันตรายต่อร่างกาย กลัวเกี่ยวกับครอบครัวถ้ามีบางสิ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วย กลัวจะทำงานต่อไปอีกไม่ได้ เป็นต้น และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาซึ่งมีสาเหตุมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามที่เกิดขึ้น (Shim et al., 2018) ความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยมากขึ้น ความรู้สึกกลัวว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรค (Dinkel & Herschbach, 2018) โดยความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรม (Fait et al., 2018) ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม (Dinkel et al., 2021; อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข, 2565) นอกจากนี้การศึกษที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางด้านจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการอธิบายโดยมีการนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการคัดเลือกตัวแปรเพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพิ่มเติมเพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยและข้อความรู้ที่ได้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลนำข้อค้นพบที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล และพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วย

สามารถปรับตัว และเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างมีเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือชะลอการดำเนินของโรค

คำถามการวิจัย

- 1) ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างไร
- 2) ความรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ใจสั่น หายใจไม่สะดวก เหงื่อแตก บางรายที่อาการรุนแรงอาจมีหน้ามืดหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้นซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต บุคคลจะรู้สึกทรมานจากอาการและการรักษาที่เร่งด่วน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรงและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยและการดำเนินของโรคได้ บุคคลจะตัดสินใจว่าการเจ็บป่วยเป็นอันตราย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะกระตุ้นการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และกระตุ้นการหลั่งสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบของหลอดเลือดทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัวเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับมารักษาที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจสูงขึ้นเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ นอกจากนั้นยังส่งผล

ด้านจิตใจหากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง และภาวะซึมเศร้าตามมาส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) โดย Mishel ได้อธิบายว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยซึ่งเป็นตัวส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพคือการปรับตัวทางด้านสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งองค์ประกอบของทฤษฎี ประกอบด้วย 1) เหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Antecedent of uncertainty) โดยเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบด้วย (1) สิ่งกระตุ้น (stimuli Frame) เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้บุคคลสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจต่อความเจ็บป่วย ได้แก่ แบบแผนของอาการที่เกิดขึ้น (Symptom Pattern) เป็นระดับความรุนแรงของอาการที่ปรากฏซึ่งก่อให้เกิดการรับรู้และมีการให้ความหมาย ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์เจ็บป่วย (Event Familiarity) ความสอดคล้องของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวัง และสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (Event Congruence) หากไม่สอดคล้องกันจะทำให้รู้สึกว่าจะไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ได้ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (2) ความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Capacity) เป็นความสามารถในการแปลข้อมูลที่ได้รับเพื่อตัดสินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วย (3) แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) เป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ช่วยในการแปลและให้ความหมายของสิ่งที่มากระตุ้น ได้แก่ บุคลากรที่น่าเชื่อถือ (Credible authority) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และระดับการศึกษา (Education) 2) การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) เมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย บุคคลจะประเมินใน 2 ลักษณะคือ เป็นโอกาสดี (Opportunity) หรือเป็นอันตราย (Danger) หากประเมินว่าเป็นโอกาสดีจะทำให้มีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดี มองโลกในแง่ดี แต่ถ้าหากประเมินว่าเป็นอันตรายจะทำให้เกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล และมองโลกในแง่ร้าย 3) การเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Coping with uncertainty) เป็นการใช้กระบวนการทางพฤติกรรม การรู้คิดในการจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4) การปรับตัว (Adaptation) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่บุคคลเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การปรับตัวเป็นความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ทั้งทางด้านพฤติกรรม ร่างกาย จิตใจและจิตสังคมเพื่อจัดการสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน

ในความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะส่งผลให้ประเมินสถานการณ์ ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย หรือเป็นโอกาส ซึ่งหากบุคคลมีการประเมินว่าเป็นโอกาาก็จะสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยไปในทางบวก ทำให้บุคคลเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง แต่ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายก็จะปรับตัวต่อความเจ็บป่วยไปในทางลบซึ่งจะส่งผลให้การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าบุคคลประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายเนื่องจากบุคคลรู้สึกว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรงและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยและการดำเนินของโรคได้ ทำให้เผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ทำให้บุคคลมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดีซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของมิเชลที่เป็นการปรับตัวทางด้านลบจึงทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

จากทฤษฎีของมิเชล (Mishel, 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำมาคัดเลือกตัวแปรการศึกษาได้ ดังนี้ ตัวแปรที่ได้จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎี ได้แก่ 1) ความรุนแรงของโรคเป็นตัวแทนของสิ่งที่มากระตุ้น (stimuli Frame) 2) การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นตัวแทนของความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Capacity) 3) ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) 4) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ 5) ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางลบ และตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความวิตกกังวล ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้

ความรู้ เป็นสาระ ข้อมูล แนวคิดที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์การศึกษา การรับรู้ การคิด และการฝึกปฏิบัติ จนสามารถสรุปสาระความรู้และนำไปใช้ประโยชน์ได้ซึ่งผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาจะส่งผลให้จัดการกับโรคได้ซึ่งผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาจะส่งผลให้จัดการกับโรคได้ทำให้ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง (Ghisi et al., 2016; Messerli-Bürgy et al., 2015; สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2558) จากการศึกษาของ Fait et al. (2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = -.23$; $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghojazadeh Morteza et al. (2014) ที่ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความ

เจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคปอดประสาทเสื่อมพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรับรู้ที่กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = -.367$; $p < 0.01$) ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรับรู้ที่กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการซึ่งเป็นระดับของอาการทางกายที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค Custers et al. (2018) ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกจะมีความสัมพันธ์กับความรับรู้ที่กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากจะมีความทุกข์ทรมานมากจากการศึกษาของอุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับรู้ที่กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = .196$; $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall et al. (2017) พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับรู้ที่กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าตนเองมีอาการรุนแรงก็จะส่งผลให้มีความรับรู้ที่กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยสูงขึ้น ($r = .29$; $p = 0.02$) และการศึกษาของ Custers et al. (2018) ที่ศึกษาความรู้ที่กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ที่มียืนส์กลายพันธุ์พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับรู้ที่กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($F(2,71) = 3.59$, $p = 0.03$) ดังนั้น ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับรู้ที่กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นการแปลผลหรือให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ ทักษะคิดและความเชื่อของแต่ละบุคคล (Broadbent et al., 2006) ในช่วง 1 สัปดาห์ถึง 6 เดือนภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นไปในทางลบทั้งในด้านการคิดรู้และด้านอารมณ์ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้ที่กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักคิดว่าจะต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเป็นเวลานานร่วมกับเผชิญกับอาการของโรคที่ยังคงอยู่ (Alsén et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารา วงษ์กวน (2560) พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับรู้ที่กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .71$; $p < 0.05$) ดังนั้น การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับรู้ที่กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองโดยพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรม (Bandura, 1978) หรือบุคคลที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมสุภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง (Sullivan et al., 1998) ส่งผลให้มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง จากการศึกษาของอุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = -.367$; $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shim et al. (2018) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($r = -.31$; $p < 0.01$) และการศึกษาของ Giesler and Weis (2021) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง ($r = -.49$; $p < 0.01$) ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะคุกคามเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจในสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหลังจากนี้ (Eifert et al., 2000) จากการศึกษาของ Fait et al. (2018) พบว่าความวิตกกังวลมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .60$; $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Parker et al. (2016) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ($\beta = .109$; $p < 0.0001$) การศึกษาของ Dinkel and Herschbach (2018) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากการป่วยด้วยโรคมะเร็ง ($r = .64$; $p < 0.001$) และการศึกษาของ Sharpe et al. (2022) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r = .566$, $p < 0.001$) โดยผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้น ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกที่บุคคลไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองต่อไปได้จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย ทำให้ปรับตัวได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัว

ความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Mishel, 1988) จากการศึกษาของ Parker et al. (2016) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากได้ ($\beta = .072$; $P < .001$) โดยผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงส่งผลให้ผู้ที่มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้น ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ (Zimet et al., 1988) หากบุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้สามารถปรับตัวได้ดี ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและปฏิบัติตามแผนการรักษาช่วยลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยของ Ghojazadeh Morteza et al. (2014) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเรื้อรัง ($r = -.281$; $p < .05$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction และ Non-ST elevation myocardial infarction ภายใน 6 เดือน อายุ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ ความรู้ การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย หมายถึง บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาโดยเป็นความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยมากขึ้นหรือความรู้สึกกลัวว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรครึ่สาเหตุมาจากการตระหนักถึงการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อของ Mehnert et al. (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงษ์กวน (2560)

ความรู้ หมายถึง บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาการและการรักษา ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจของ Ghisi et al. (2016) แปลเป็นภาษาไทยโดย อัมพิกา อินทร์อยู่ (2563)

ความรุนแรงของโรค หมายถึง บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ถึงอาการอดีต ไม่สุขสบายบริเวณหน้าอกหรือจุดแน่นลิ้นปี่ โดยการรับรู้ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ ประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของ เอื้อมเดือน นิลพฤษ (2559)

การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแปลผลหรือให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ ทศนคติและความเชื่อ ประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยของ (Broadbent et al., 2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย Sowattanagoon et al. (2009)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็น

ประโยชน์ต่อตนเองเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย มี 2 องค์ประกอบคือ ความมั่นใจในการควบคุมอาการ และความมั่นใจในการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Sullivan et al. (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย เกื้อกุล โอฟารวัฒน์ (2561)

ความวิตกกังวล หมายถึง บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจในสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหลังจากนี้ประเมินได้จากแบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจของ Eifert et al. (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย Inyoo and Polsook (2022)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประเมินความเจ็บป่วยและการรักษาไม่ชัดเจน ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองต่อไปได้ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและ การรักษา 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3) ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิม และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค ประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย บุชบา สมใจวงษ์ (2553)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ถึงความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน คนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ ประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet et al. (1988) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Tinakon and Nahathai (2012)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาการวางแผนการพยาบาลดูแลบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย
2. นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

- 1.1 ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.3 พยาธิสภาพและกลไกการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.5 การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.6 การรักษาผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

- 2.1 ความหมายของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย
- 2.3 ผลกระทบของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 2.4 การประเมินความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย
- 2.5 บทบาทพยาบาลในการลดความรู้สึกกลัวในความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. ทฤษฎีความรู้สึที่ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.1 ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) หมายถึง ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายจากการขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอต่อความต้องการ (Mechanic, Gavin, & Grossman, 2022) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปริแตกของคราบไขมันที่สะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (atherosclerotic plaque rupture) (Mechanic, Gavin, Grossman, et al., 2022) จากนั้นเกิดการกระตุ้นให้เกิดเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือดทำให้มีการหลั่งสารที่ทำให้เกิด inflammatory และ mitogenic substance ซึ่งจะเปลี่ยนแปลง chemotactic, adhesive และ proteolytic properties ของ endothelium และนำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างสมบูรณ์ (Tibaut et al., 2017; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตาย (necrosis) (Ojha & Dhamoon, 2020) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบ่งออกเป็น 3 ชนิดดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

1) ST elevation myocardial infarction เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ต่อเนื่องกันหรือเกิด LBBB ขึ้นใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันอย่างสมบูรณ์ (complete coronary artery occlusion) ของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน ผลตรวจเลือดพบค่า cardiac biomarker สูงกว่าปกติ ภายใน 6 ชั่วโมง หากไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันจะส่งผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) (Akbar et al., 2022; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

2) Non-ST elevation myocardial infarction เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในบางส่วนยังไม่เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ผลตรวจเลือดพบค่า cardiac biomarker สูงเล็กน้อย หากมีอาการนานกว่า 30 นาที

อาจจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave MI (Basit et al., 2022; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

3) Unstable angina เป็นภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ เกิดจากการตีบบางส่วนของหลอดเลือดหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ผลตรวจเลือดไม่พบความผิดปกติของค่า Cardiac biomarker อาการเจ็บหน้าอกจะดีขึ้นเมื่อได้พัก (Goyal & Zeltser, 2022; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงได้ศึกษาในบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้ง 2 ชนิดคือ ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงเสริม ดังนี้

1.2.1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

1) เพศ เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าเพศหญิงในอัตรา 5:1 (ทิพย์สุตา พรหมดนตรี, 2564) เนื่องจากเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยป้องกันการอักเสบของหลอดเลือด (พัฒนาพร สุปินะ และนัดดา นาวุฒิ, 2558)

2) อายุ อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนมากพบในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 30 ปี และในผู้หญิงจะพบเมื่ออายุ 55 ปี หรือหลังวัยหมดประจำเดือนร่างกายจะผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนลดน้อยลง (ฉัตรกมล ประจวบลาภ และดวงกมล วัตราดุลย์, 2563; นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2554; สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

3) เชื้อชาติและพันธุกรรม บุคคลที่มีประวัติครอบครัวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Nasir et al., 2004) และพบว่าคนผิวขาวเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนผิวอื่น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560)

1.2.2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

1) ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) มีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากแอลดีแอลคอเลสเตอรอลจะจับกับผนังหลอดเลือดส่งผลให้ผนังหลอดเลือดตีบแคบลง และการ oxidation ของแอลดีแอลคอเลสเตอรอลก่อให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือด

เลือดทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) (Khatana et al., 2020; Saleh & Ambrose, 2018)

2) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดเสียหาย ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดตีบแข็งซึ่งความดันโลหิตที่สูงขึ้นแสดงถึงหลอดเลือดมีการแข็งตัว (atherosclerosis) เพิ่มขึ้นและหนาขึ้น (ทิพย์สุดา พรหมดนตรี, 2564; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจมากกว่าคนปกติถึง 3.7 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

3) เบาหวาน (diabetes mellitus) ระดับน้ำตาลในเลือดที่มีผลต่อผนังหลอดเลือดได้แก่ Fasting Blood Sugar \geq 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ทิพย์สุดา พรหมดนตรี, 2564; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2560) ส่งผลต่อการอักเสบของเยื่อภายในหลอดเลือดทำให้แข็งและหนาตัวขึ้น ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงตีบแข็งเร็วขึ้นกว่าปกติ (Hong et al., 2009; Katakami, 2018) และมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าคนทั่วไปถึง 5.7 เท่า

4) สูบบุหรี่ (smoking) สารนิโคตินในบุหรี่มีผลต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง เกิดเลือดมาจับกลุ่มกัน ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์และแอลดีแอลคอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่จะทำให้ร่างกายหลังสารแคททีโคลามีน เพิ่มการหลั่งกรดไขมันอิสระและกลูโคสทำให้เยื่อผนังหลอดเลือดทำหน้าที่ผิดปกติเพิ่มการอักเสบและอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ เป็นสาเหตุก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Ambrose & Barua, 2004; Ann Fick & Hillegass, 2017; ทิพย์สุดา พรหมดนตรี, 2564; พัฒนาพร สุปิณะ และนัดดา นาวุฒิ, 2558)

5) ภาวะอ้วน (obesity) ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีการกระจายของไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากกว่าคนปกติถึง 2-3 เท่า และภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับไขมันในเลือดสูงและการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (ละอองดาว คำชาติา เพ็ญศิริ ดำรงภค ภากร และอัมพรพรรณ อีรานูตร, 2561)

6) การขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายจะทำให้เกิดการสร้าง plaque ไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้มากขึ้น ทำให้เกิดหลอดเลือดอุดตันได้จึงมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มระดับเอชดีแอล ลดแอลดีแอล ลดคอเลสเตอรอล ลดความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย (ฉัตรกมล ประจวบลาภ และดวงกมล วัตราคุศลย์, 2563)

1.2.3) ปัจจัยเสี่ยงเสริม ได้แก่

1) ภาวะเครียด เมื่อเกิดความเครียดต่อมไฮโปทาลามัสจะผลิตฮอร์โมน ได้แก่ อะดรีนาลีนและคอร์ติซอลซึ่งอะดรีนาลีนส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว เลือดสูบฉีดมากกว่าปกติ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และคอร์ติซอลมีผลทำให้ร่างกายผลิตน้ำตาลเพิ่มขึ้นเมื่อไม่ได้ถูกนำไปใช้จะสะสมเป็นไตรกลีเซอไรด์และคอร์ติซอลยังทำให้ตับผลิตคอเลสเตอรอลเพิ่มมากขึ้นซึ่งทำให้หลอดเลือดอุดตันและนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (Fioranelli et al., 2018)

2) ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อร่างกาย โดยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลังอะดรีนาลีนและนอร์อะดรีนาลีนจากต่อมหมวกไต (La Rovere et al., 2022) ซึ่งมีผลกระตุ้นการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Tulloch et al., 2014) และกระตุ้นการหลั่งคอร์ติซอลส่งผลให้กระตุ้นการหลั่งสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบที่สำคัญคือการอักเสบของหลอดเลือด (Rodrigues et al., 2009) ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (Lu et al., 2013; Tulloch et al., 2014)

สรุปได้ว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบ่งออกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงเสริม ปัจจัยด้านอายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนมากพบในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 30 ปี และในผู้หญิงจะพบเมื่ออายุ 55 ปี ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป

1.3 พยาธิสภาพและกลไกการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือดโดยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือดแดงชั้นใน (intimal layer) ถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บทำให้เนื้อเยื่อของ endothelial cell แยกออกทำให้ไขมันเข้าไปพอกสะสม และหลัง monocyte จะเปลี่ยนเป็น foam cell ร่วมกับการผลิตสารจาก endothelial cell และ foam cell ทำให้เพิ่มการแบ่งตัวและกระตุ้นให้ smooth muscle cell และ fibroblast เข้าสู่ sub-endothelium กลายเป็น fibrous plaque เมื่อมีขนาดใหญ่มากขึ้นจะยื่นเข้าไปใน lumen ขัดขวางทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง เมื่อหลอดเลือดแดงเสื่อมสภาพจะมีการปริแตกของคราบไขมัน (atherosclerotic plaque rupture) ที่สะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Mechanic, Gavin, Grossman, et al., 2022; Reed et al., 2017) ทำให้มีการหลั่งสารที่ทำให้เกิด inflammatory และ mitogenic substance ซึ่ง

จะเปลี่ยนแปลง chemotactic, adhesive และ proteolytic properties ของ endothelium จากนั้นเกิดการกระตุ้นให้เกิดเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือดเกิดลิ่มเลือด (thrombus formation) นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือด (Tibaut et al., 2017; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) ถ้าหลอดเลือดในหัวใจเริ่มตีบแคบเกิน 50% จะเริ่มมีอาการเหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกเมื่อออกแรงมากขึ้นพักแล้วหาย ถ้าตีบเกิน 75% อาจมีอาการแสบอยู่เฉย ๆ หากลิ่มเลือดเกิดอุดตันเส้นเลือดหัวใจโดยสมบูรณ์ (complete coronary artery occlusion) จนเลือดไม่สามารถไหลผ่านได้เป็นเวลานานจะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายจากการขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย (necrosis) จะมีผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial Infarction: AMI)(Burke & Virmani, 2007; Reed et al., 2017; Thygesen et al., 2018) ภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจใช้กระบวนการเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน ส่งผลให้มีการหลั่ง Kinin, Adenosine และ Bradykinin ออกมากระตุ้นปลายประสาทรับรู้สีกปวดส่งผ่านไปยังเส้นประสาทไขสันหลังส่วนอก (T1-5) ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก และปวดร้าวไปบริเวณอื่นร่วมด้วย (Frangogiannis, 2015; ฟอร์ดพรหม อรุณแสง, 2560)

1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) มีดังนี้

1.4.1) กลุ่มอาการเจ็บเค้นอก ประกอบไปด้วย อาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอกหรือจุดบริเวณลิ้นปี่ อาการเจ็บเค้นอกที่เป็นลักษณะเฉพาะของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคืออาการเจ็บหนักๆ เหมือนมีอะไรมาทับบริเวณกลางหน้าอกใต้กระดูก sternum อาการเจ็บหน้าอกมักเป็นนานมากกว่า 20 นาที อาจมีร้าวไปบริเวณคอกราม ไหล่ และแขน

1.4.2) เหนื่อยง่ายขณะออกแรง อาการเหนื่อยขณะออกกำลังที่เกิดขึ้นเฉียบพลันภายใน 1-2 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรนึกถึงโรคหัวใจที่มีผลให้การทำงานของหัวใจลดลงอย่างเฉียบพลัน

1.4.3) กลุ่มอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มาด้วยอาการเหนื่อยซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หายใจหอบ นอนราบไม่ได้แน่นอึดอัด จำเป็นต้องทำการวินิจฉัยแยกโรคว่าเป็นจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่

1.4.4) อาการเนื่องจากความดันโลหิตต่ำเฉียบพลัน เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงเป็นผลให้ความดันโลหิตลดต่ำจนเกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะเป็นลมร่วมกับอาการแน่นหน้าอก

1.4.5) อาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการหมดสติ หรือหัวใจหยุดเต้นกะทันหันจนอาจถึงขั้นเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการกู้ชีพทันท่วงที

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอาการเจ็บแน่นอกที่เหมือนมีอะไรมาทับบริเวณกลางหน้าอก อาการเจ็บหน้าอกมักเป็นนานมากกว่า 20 นาที อาจมีร้าวไปบริเวณคอ กราม ไหล่ และแขน อาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหนื่อยง่ายขณะออกแรง หายใจหอบ นอนราบไม่ได้แน่นอึดอัด หน้ามืด เวียนศีรษะเป็นลม หมดสติหรือหัวใจหยุดเต้น

การแบ่งระดับความรุนแรงอาการเจ็บหน้าอก โดยใช้ Canadian Cardiovascular Society grading of angina pectoris แบ่งเป็น 4 ระดับ (Campeau, 1976; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) ดังนี้

ระดับ I คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้นเมื่อออกแรงหนักหรือเกิดอาการเมื่อออกแรงอยู่เป็นเวลานาน

ระดับ II คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เมื่อออกกำลังกายหรือทำงานมากกว่าปกติเป็นระยะเวลาสั้น แต่ยังสามารถเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดได้มากกว่า 2 ชั้น ด้วยความเร็วปกติ

ระดับ III คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเมื่อเดินธรรมดาประมาณ 50 เมตร หรือขึ้นบันได 1 ชั้น ด้วยความเร็วปกติ

ระดับ IV คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้นเองโดยไม่ต้องออกแรง มีอาการขณะพักหรือออกแรงเล็กน้อย และหากอาการเจ็บแน่นหน้าอกต่อเนื่องนานกว่า 15 นาทีเรียกว่า unstable angina

1.5 การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย การซักประวัติ ร่วมกับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1.5.1 หลักการซักประวัติ (เกรียงไกร เสงรัมย์ และบุญจง แซ่จิ่ง, 2560) ประกอบด้วย

1) Pain Quality เป็นการซักประวัติลักษณะของอาการเจ็บแน่นหน้าอกปวดเสียด อาการคลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม

2) Radiation ตำแหน่งที่ปวดร้าว เช่น แขนซ้าย คอ กราม สะบักหรือหลัง

3) Severity ความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยใช้ Numerical Pain Rating Scale (คะแนนเต็ม 10)

4) Time เป็นเวลาที่เริ่มเจ็บแน่นหน้าอก ระยะเวลาในการเจ็บแน่นหน้าอก ต่อเนื่องมากกว่า 20 นาที ระยะเวลาจากสถานที่ที่มีอาการถึงโรงพยาบาล

5) ประวัติอื่น ๆ เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะอ้วน ประวัติโรคหัวใจ ประวัติครอบครัว สูบบุหรี่ ภาวะเครียด เป็นต้น

1.5.2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) และแปลผลเบื้องต้นควร ทำให้ได้เร็วที่สุดภายใน 10 นาที ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะขาดเลือด (ischemia) จะพบ T wave inversion ต่อมา เมื่อภายในเซลล์เนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะบาดเจ็บ (injury) จะพบการเปลี่ยนแปลงของ ST-segment elevations มากกว่า 2 mV ใน leads ที่อยู่ติดกันอย่างน้อย 2 leads หรือเกิด left bundle branch block (LBBB) ขึ้นมาใหม่ ถ้าหากเนื้อเยื่อขาดเลือดเป็นเวลานานจะเข้าสู่ระยะเซลล์ตายจะเกิด Q wave ที่มีลักษณะลึกเป็น 1/3 ของ R wave และ ST segment ที่ elevate จะค่อยๆ ลดลง T wave จะมีลักษณะเป็น symmetrical inverted T wave และภาวะหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion) (Barstow et al., 2017; เกรียงไกร เสงร์ศมี และบุญจง แซ่จิ่ง, 2560; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560)

1.5.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นการตรวจเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผนังเซลล์จะเสื่อมสภาพ ทำให้เอนไซม์ภายในเซลล์ถูกปล่อยออกมาสู่เนื้อเยื่อข้างเซลล์และเข้าสู่กระแสเลือด ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจตายมากระดับเอนไซม์ในกระแสเลือดจะยิ่งสูงโดยจะพบว่า cardiac marker เพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ serum creatinine kinase และ Troponin-T หรือ Troponin-I ซึ่งเป็นตัวที่ใช้บ่งบอกถึงการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจโดยค่า serum creatinine kinase จะสูงขึ้นใน 3-6 ชั่วโมง สูงสุด 12-18 ชั่วโมง ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วน Troponin-T และ Troponin-I ถือว่ามีความไวและมีความจำเพาะสูงที่สุด เมื่อมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะสูงขึ้นใน 2-4 ชั่วโมง และเพิ่มขึ้นจนสูงสุดที่ 48 ชั่วโมงก่อนจะลดลง และสามารถตรวจพบได้ 7-10 วัน (เกรียงไกร เสงร์ศมี และบุญจง แซ่จิ่ง, 2560; ดวงกมล วัตราดุลย์ และปัทมา พิระพันธ์, 2558)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากอาการเจ็บหน้าอกมักเป็นนานมากกว่า 20 นาทีขึ้นไป การตรวจ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบการเปลี่ยนแปลงของ ST-segment elevations หรือ Non ST-segment elevations และระดับเอนไซม์ในกระแสเลือดโดยจะพบว่า cardiac marker จะเพิ่มสูงขึ้นเกินค่าปกติ

1.6 การรักษาผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จุดประสงค์ของการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคือ การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุดเพื่อให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมีเลือดไปเลี้ยงให้เพียงพอต่อความต้องการ (Reed et al., 2017; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

1.6.1 การรักษาโดยการใช้ยา (Pharmacologic therapy) มีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดหัวใจ โดยแบ่งยาออกเป็น 3 กลุ่ม (เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์, 2552) ดังนี้

1) ยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) เป็นยาด้านการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด ได้แก่ aspirin จะให้ครั้งแรกในขนาด 162-325 มก. (loading dose) โดยยาจะป้องกันการสร้าง Thrombus ที่มีการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือดที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือดโคโรนารี, ยากลุ่ม P2Y₁₂ inhibitors ยากลุ่มนี้จะไปขัดขวาง Adenosine Diphosphate receptors ป้องกันการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด ได้แก่ clopidogrel ให้ครั้งแรกในขนาด 600 มก. (loading dose), prasugrel ให้ครั้งแรกในขนาด 180 มก. (loading dose), prasugrel ให้ครั้งแรกในขนาด 60 มก. (loading dose) และ ticagrelor เป็น active form สามารถออกฤทธิ์ต้านการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือดได้เร็วกว่า clopidogrel และ prasugrel, eptifibatid ให้ขนาด 180 ไมโครกรัมต่อ กก.ทางหลอดเลือดดำ 2 ครั้งห่างกัน 10 นาที จากนั้นหยุดทางหลอดเลือดดำต่อด้วยอัตรา 2.0 ไมโครกรัมต่อ กก. ต่อนาทีเป็นเวลา 18 ชั่วโมง (เป็นยาที่ให้เฉพาะในห้องสวนหัวใจเท่านั้น) ยาด้านเกล็ดเลือดที่ใช้ใน Acute coronary syndrome กลุ่มยา P2Y₁₂ inhibitors มีประสิทธิภาพดีกว่า clopidogrel คือ ticagrelor, prasugrel พบว่าสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของการเสียชีวิตหรือเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ดีกว่า clopidogrel จึงแนะนำให้เลือกใช้ก่อน clopidogrel (Guimarães & Tricoci, 2015; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563) อาการไม่พึงประสงค์ของยา clopidogrel และ prasugrel คือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด major bleeding เช่นเดียวกับ warfarin และ aspirin จากผลของ meta-analysis พบว่า ticagrelor มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงในการเกิด major adverse cardiovascular events เทียบเท่าหรือมากกว่า clopidogrel แต่ในด้านของอาการไม่พึงประสงค์พบว่ายา ticagrelor เพิ่มความเสี่ยงต่อ bleeding events มากกว่า clopidogrel (Berger et al., 2009; Wang et al., 2016)

2) ยาละลายลิ่มเลือด การรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือดในกรณีที่ไม่สามารถทำ Primary PCI ได้หรือต้องใช้เวลามากกว่า 120 นาที ในการส่งรักษาด้วยวิธี Primary PCI ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในประเทศไทยมี 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่ม fibrin-specific agent ได้แก่ Tenecteplase (TNK) และ tissue-type plasminogen activator (t-PA) หรือ alteplase ยา Tenecteplase (TNK) เป็น recombinant fibrin-specific plasminogen activator ดัดแปลงมาจาก t-PA ธรรมชาติ โดยจะจับกับ Fibrin matrix ในก้อนเลือดและเกิดการละลายลิ่มเลือดขึ้น

2.2 กลุ่ม non-fibrin specific ได้แก่ streptokinase (SK) ออกฤทธิ์จับกับ Plasminogen ในเลือดได้เป็น streptokinase plasminogen complex จะกระตุ้น Plasminogen ในเลือดและลิ่มเลือดเปลี่ยนเป็น plasmin ทำให้เกิดการละลายลิ่มเลือด

3) ยาขยายหลอดเลือดหัวใจ บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่

3.1 ยากลุ่มไนเตรต มีฤทธิ์โดยการเพิ่ม nitric oxide และทำให้ cGMP เพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงคลายตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้นเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ลดอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากยามีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดจึงมีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการปวดศีรษะได้ ห้ามใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะ right ventricular infraction และผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ sildenafil หรือ phosphodiesterase 5 inhibitors ภายใน 24 ชั่วโมง เพราะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตต่ำอย่างรุนแรง (Lee & Gerriets, 2023; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564)

3.2 ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (Beta-Adrenergic blocking agent) ออกฤทธิ์ปิดกั้น beta 1 receptor ทำให้ลดการบีบตัวและลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และจากการที่หัวใจเต้นช้าลงทำให้ช่วงการคลายตัวของหัวใจนานขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจนานขึ้นจึงเกิดสมดุลของการใช้ออกซิเจนทำให้สามารถลดอาการเจ็บหน้าอก ห้ามใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำและผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นช้า

3.3 ยากลุ่ม Calcium channel blocker ออกฤทธิ์ในการกั้นไม่ให้ calcium ion ผ่าน cellular membrane และ smooth muscle cell ทำให้หลอดเลือดแดงส่วนปลายและหลอดเลือดโคโรนารีขยาย ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง และลด afterload เลือดออก

จากหัวใจดีขึ้นส่งผลให้ความดันในห้องหัวใจขณะคลายตัวต่ำลงเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ดีขึ้น ยากลุ่มนี้ต้องเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจที่ช้าลง

1.6.2 การรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary Percutaneous Coronary Intervention) เป็นการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันทันทีโดยใช้บอลลูนที่เรียกว่า Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty และบางรายอาจจะต้องใส่ขดลวด (stent) เพื่อค้ำยันหลอดเลือดป้องกันการตีบซ้ำ ซึ่งระยะเวลาในการส่งตัวไปทำ Primary PCI ควรน้อยกว่า 120 นาที การใส่สายสวนสามารถทำได้ 2 ตำแหน่ง ได้แก่

1) บริเวณข้อมือ (Radial artery) หลังทำห้ามไม่ให้ผู้ป่วยงอข้อมือข้างที่ทำนาน 6 ชั่วโมง (นับเวลาตั้งแต่เอาอุปกรณ์รัดเหนือแผลออก) ข้อดีของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือคืออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง เช่น bleeding แต่มีข้อจำกัดคือผู้ป่วยที่ทำการทดสอบ Allen's test แล้ว ผลการทดสอบเป็นลบ ระยะเวลาของการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือใช้ระยะเวลามากกว่าที่บริเวณขาหนีบ ส่งผลให้ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยจะได้รับขณะฉีดสีหรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น จึงต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยเพื่อความแม่นยำและลดระยะเวลาการทำหัตถการลง (Mitchell et al., 2012; พัฒนพร สุปิยะ และนัตตา นาวุฒิ, 2558; โอนิมา ศรีแสง, 2560)

2) บริเวณขาหนีบ (Femoral artery) หลังจากที่ทำเสร็จจะดึงสายสวนออก และจะต้องกดบริเวณขาหนีบประมาณ 15 นาทีเพื่อให้เลือดหยุด ผู้ป่วยต้องนอนราบขณะนอนราบไม่งอขาหนีบข้างที่ใส่สายสวนเป็นเวลา 6-10 ชั่วโมงเพื่อป้องกันเลือดออกจากแผลที่แทงหลอดเลือด ผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายจากการให้ยาป้องกันไม่ให้ลิ่มเลือดอุดตันขณะได้รับการรักษา (Brueck et al., 2009) ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักอย่างเต็มที่ (absolute bed rest) คอยช่วยเหลือในขณะผู้ป่วยนอนราบ (สุเพียร โภคทิพย์, 2555)

1.6.3 การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Grafting, CABG) เป็นการผ่าตัดเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยการต่อเพิ่มหลอดเลือดใหม่กับหลอดเลือดหัวใจสามารถลดอาการเจ็บหน้าอกและ ischemia-induced heart failure ได้ทันทีลดอัตราการตายเฉียบพลันจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ดีกว่าการรักษาด้วยยาโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี left main coronary artery stenosis และในกรณีที่มีการตีบของเส้นเลือดหัวใจโดยเฉพาะในกรณีตีบเป็นทางยาวหรือในรายที่มีการตีบตันของเส้นเลือดทั้ง 3 เส้น (Bachar & Manna, 2022; Shi & Smith, 2018)

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (พัชณี รมตาสสุกัญญา สบายสุข และอรสา ไพรรุณ, 2560; สุเพียร โภคทิพย์, 2555) สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1.7.1 การพยาบาลด้านร่างกาย

1.7.1.1) การพยาบาลแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน

1) ประเมินด้านร่างกาย โดยการสังเกตสีหน้าท่าทาง เช่น ขมวดคิ้ว มีอากุมนที่หน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น คลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ และชักประวัติอาการเจ็บหน้าอกให้ครอบครัว

2) ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิ และระดับออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว ซึ่งผู้ป่วยอาจมีความดันโลหิตสูงหากมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง หรือมีความดันโลหิตต่ำกรณีช็อคจากหัวใจ

3) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads และรายงานแพทย์ทราบทันที พร้อมแปลผลเบื้องต้นภายใน 10 นาที และเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Troponin T/I, CK-MB ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่หลั่งออกมาเมื่อมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4) ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แจ้งข้อมูลที่จำเป็น ข้อดีและโอกาสเสี่ยงของการทำหัตถการแก่ผู้ป่วยและญาติ อธิบายการรักษาแบบง่าย ให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ รวมทั้งบอกเหตุผลและความจำเป็นในการรักษาพยาบาล

1.7.1.2 การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถประเมินอาการและจัดการอาการที่เปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วและปลอดภัย

1) กรณีได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics) จะต้องประเมินและติดตามอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังจากให้ยาแล้วเฝ้าระวังอาการเลือดออกในอวัยวะสำคัญเช่น เลือดออกในสมองจะต้องเฝ้าระวัง neurological signs ประเมินสัญญาณชีพ EKG monitoring ประเมิน internal bleeding เช่น สังเกตปัสสาวะ อุจจาระ อาเจียน เลือดออกตามไรฟัน หากมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องรายงานแพทย์ทันที (จันทร์ศม บัญมิ, 2564)

2) กรณีได้รับการขยายหลอดเลือดโดยใช้บอลูน (Percutaneous Coronary Intervention) จะต้องเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ยาตามแผนการรักษารวมทั้งการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวล ส่งต่อข้อมูลให้กับทีมแพทย์ พยาบาลห้องสวนหัวใจและเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องสวน

หัวใจจะต้องการประเมินและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ ภาวะเลือดออกบริเวณผิวหนังที่แทงเข็มใส่สายสวนหัวใจ ภาวะเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มหัวใจ การเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง เป็นต้น (พัชณี รมตล สุกัญญา สบายสุข และอรสา ไพรรณ, 2560; สุเพียร โภคทิพย์, 2555)

1.7.2 การพยาบาลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (จันทร์ศม บุษมี, 2564; นงค์นุช แนะแก้ว, 2560; รัตนา นิลเลื่อม, 2560)

1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมั่นใจ แঙ্গสถานที่ต่างๆ ที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

2) จัดพยาบาลให้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการดูแลอย่างต่อเนื่องส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและความรู้สึกไว้วางใจต่อบุคลากร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกกลัว ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญปัญหาได้โดยตรง

3) อธิบายถึงความจำเป็นในการเข้าประเมินสัญญาณชีพบ่อยๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นเรื่องปกติไม่ใช่ปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจเมื่อได้รับการประเมินสัญญาณชีพบ่อยๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย เนื่องจากการให้ข้อมูลจะช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยและญาติ

4) จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ผ่อนคลาย เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่สงบช่วยให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากขึ้น ช่วยให้การ ทำงานของหัวใจและการใช้ออกซิเจนลดลง

5) เปิดโอกาสให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามเวลา และยืดหยุ่นตามความเหมาะสมสอบถามอาการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้งจากเจ้าหน้าที่

6) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ประกอบตามพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อและช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

2. ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.1 ความหมายของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

Ryan and Farrelly (2009) ให้ความหมายของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยว่าเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาที่รับรู้ว่าจะเกิดเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้ป่วยจะกลัวการกำเริบของโรค

Dinkel and Herschbach (2018) ให้ความหมายของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยว่าเป็นความกลัวว่าตนเองจะเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น หรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรคความกลัวจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนบุคคลด้านอารมณ์ ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมและคุณภาพด้านร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิต สังคม

Fait et al. (2018) ให้ความหมายของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยว่าเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรม และคุณภาพด้านร่างกาย มีความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น หรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม

Shim et al. (2018) ให้ความหมายของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยว่าเป็นอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา โดยมีสาเหตุมาจากการตระหนักเกี่ยวกับภัยคุกคามที่เกิดขึ้น

ดังนั้นการศึกษานี้ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหมายถึง ประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา ความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยมากขึ้นหรือความรู้สึกกลัวว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึ่งมีสาเหตุมาจากการตระหนักถึงการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Dinkel and Herschbach (2014) ให้ความหมายของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยว่าเป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามแบบมีเหตุผล กลัวว่าเจ็บป่วยมากขึ้น กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค ความรู้สึกกลัวจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผู้ป่วยแต่ละคนเผชิญซึ่งความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมและคุณภาพด้านร่างกาย บุคคลที่มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยระดับสูงจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา คุณภาพชีวิตและบทบาททางสังคม

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยตามแนวคิดของ Dinkel and Herschbach (2014) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ โดยผู้ป่วยภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะรู้สึกตกใจ ผู้ป่วยจะเกิดการปฏิเสธไม่ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะพยายามหาข้อมูลเพื่อลบล้างการตรวจของแพทย์ และรู้สึกว่าวโทษโชคชะตา หากไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สรุปได้ว่าการตอบสนองทางอารมณ์

ประกอบด้วย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิต สิ่งกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล และการแสดงออกของผู้ป่วยเมื่อเกิดความวิตกกังวล

2. ด้านครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัว โดยเฉพาะระยะแรกของการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น

3. ด้านการประกอบอาชีพ การเจ็บป่วยอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพอาจทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลงหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำส่งผลต่อการดูแลสุขภาพทำให้ไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

4. ด้านพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง ผู้ป่วยจะขาดความเชื่อมั่นในตนเองส่งผลให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวังและต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

5. การเผชิญกับความวิตกกังวล หากผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยว่าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความวิตกกังวลได้

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยแตกต่างจากความรู้สึกกลัวคือความรู้สึกกลัวเป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ตระหนก และตั้งเครียดของบุคคล โดยบุคคลรับรู้ถึงสาเหตุหรือสิ่งกระตุ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีรวิทยา พฤติกรรม อารมณ์ และการคิดรู้เพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นนั้น และตัดสินใจแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อต่อสู้หรือถอยหนี (Garcia, 2017; Whitley, 1992) ส่วนความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรม และคุณภาพด้านร่างกายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองเป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามแบบมีเหตุผล กลัวว่าเจ็บป่วยมากขึ้น กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา คุณภาพชีวิต และบทบาททางสังคม (Dinkel & Herschbach, 2018; Fait et al., 2018; Ryan & Farrelly, 2009; Shim et al., 2018) และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยแตกต่างจากความวิตกกังวลกล่าวคือความวิตกกังวลเกิดจากสถานการณ์ที่คาดเดาไปข้างหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือมีผลร้ายต่อตน (Chand & Marwaha, 2022; Lazarus, 1991)

2.3 ผลกระทบของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบด้านต่างๆ ดังนี้

2.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย โดยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลังอะดรีนาลีนและนอร์อะดรีนาลีนจากต่อมหมวกไต (La Rovere et al., 2022) ซึ่งมีผลกระทบการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นซึ่งความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ของการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะอาจทำให้เสียชีวิตกะทันหันได้ (Tulloch et al., 2014) และกระตุ้นการหลั่งคอร์ติซอลส่งผลให้กระตุ้นการหลั่งสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบที่สำคัญคือการอักเสบของหลอดเลือด (Rodrigues et al., 2009) ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดการอุดตันของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบ ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (Lu et al., 2013; Tulloch et al., 2014)

2.3.2 ผลกระทบต่อจิตใจจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนนอร์อิพิเนพรินและเซโรโตนินส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง (Sherin & Nemeroff, 2011; เอี่ยมเดือน นิลพฤษ, 2559) และภาวะซึมเศร้าได้ (Fait et al., 2018; วรินทร์ พรหมสนธิ์ ยูพิน อังสุโรจน์ และระพีณ ผลสุข, 2562) ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ส่งผลให้อาการแย่ลง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ (Dinkel & Herschbach, 2014; Messerli-Bürge et al., 2015)

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและภาวะซึมเศร้าตามมาส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

2.4 การประเมินความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย มีดังนี้

2.4.1 แบบประเมินความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Fear of progression Questionnaire: FoP-Q) ของ Herschbach et al. (2005) มีทั้งหมด 43 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ 2) ด้านครอบครัว/ญาติ 3) ด้านการประกอบอาชีพ 4) ด้านการสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง และ 5) ด้านการเผชิญกับภาวะวิตกกังวลเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เคยเลย 2 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง 3 หมายถึง บางครั้ง 4 หมายถึง บ่อย ๆ และ 5 หมายถึง บ่อยที่สุด ผลการทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าอยู่ระหว่าง .77- .94

2.4.2 แบบประเมินความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ (Fear of progression Questionnaire Short Form) ของ Mehnert et al. (2006) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินฉบับเต็มของ Herschbach et al. (2005) มีข้อความ 43 ข้อลดเหลือ 12 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงษ์กวน (2560) เพื่อใช้ในการประเมินสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เคย จนถึง 5 หมายถึง เป็นประจำ ผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน 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 ผลการทดสอบหาความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .87

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อของ Mehnert et al. (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงษ์กวน (2560) เนื่องจากมีความครอบคลุมการวัดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยสามารถประเมินสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาของผู้ป่วยได้ มีข้อความน้อย กระชับและเข้าใจง่ายจึงไม่เป็นการบงกชผู้ป่วยเกินไป และเครื่องมือมีการนำไปใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังรวมถึงนำมาใช้กับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

2.5 บทบาทพยาบาลในการลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามของชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ในด้านจิตใจ เช่น เกิดความรู้สึกกลัว โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดความกลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวอาการกำเริบ กลัวเสียชีวิต ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาโดยเฉพาะในระยะหลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นไปในทางลบทั้งในด้านการคิดรู้และด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมักคิดว่าจะต้องดำเนินชีวิตอยู่กับ

โรคเป็นเวลานานร่วมกับเผชิญกับอาการของโรคที่ยังคงอยู่ ทำให้ปรับตัวได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย การที่จะทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับความกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้นั้นจะต้องมุ่งไปที่การแก้ปัญหา (Problem focused) และการจัดการกับภาวะอารมณ์ (emotional focused) (จันทร์ศรี บุษมี, 2564; นางคณูช ณะแก้ว, 2560; รัตนา นิลเลื่อน, 2560) ดังนี้

1. การมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused) เป็นการจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหา โดยการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา และการกระทำเพื่อการแก้ปัญหา การที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้บางครั้งเกิดจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือได้รับข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง ดังนั้นการให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของเหตุการณ์ สามารถประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยได้ถูกต้อง แกไขข้อมูลที่คลุมเครือ สับสน ทั้งนี้พยาบาลควรประเมินความต้องการของข้อมูลเพื่อให้การดูแลและให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม ซึ่งการได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจและเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น

2. การจัดการกับภาวะอารมณ์ (emotional focused) ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมั่นใจ แนะนำสถานที่ต่างๆ ที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 2) จัดพยาบาลให้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและความรู้สึกไว้วางใจต่อบุคลากร 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกกลัว ถ่ายทอดความคิด ความคาดหวัง และรับฟังปัญหาของผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เนื่องจากการให้ข้อมูลจะช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยได้ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้โดยตรง 4) เปิดโอกาสให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามเวลา และยืดหยุ่นตามความเหมาะสม สอบถามอาการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้งจากเจ้าหน้าที่ 5) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประกอบตามพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อและไม่ขัดต่อแผนการรักษา และ 6) การให้การพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาโดยสอนวิธีลดผลกระทบทางกายที่เกิดจากความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ การนั่งสมาธิ หรือการสวดมนต์ เป็นต้น

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับความกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างมีเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือชะลอการดำเนินของโรค

3. ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของ Mishel (1988)

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของ Mishel (1988) เป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory)

3.1 ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Mishel (1988) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไว้ว่าเป็นการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจัดหมวดหมู่ของเหตุการณ์ ไม่สามารถตัดสินเหตุการณ์หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้น ๆ เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยขึ้น มักประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยว่าเป็นภาวะอันตราย ส่งผลต่อการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และทำให้ปรับตัวได้ไม่ได้ ส่งผลเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ในการศึกษานี้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองต่อไปได้

3.2 องค์ประกอบของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

3.2.1 เหตุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Antecedent of uncertainty) ประกอบด้วย

1) สิ่งที่มากระตุ้น (Stimuli Frame) หมายถึง สิ่งเร้าที่ทำให้บุคคลสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจต่อความเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุคคล หากสิ่งที่มากระตุ้นดีจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย แต่หากสิ่งที่มากระตุ้นไม่ดี จะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น สิ่งที่มากระตุ้นประกอบด้วย

1.1) แบบแผนของอาการที่เกิดขึ้น (Symptom Pattern) หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการซึ่งก่อให้เกิดการรับรู้ และมีการให้ความหมาย ถ้าอาการมีรูปแบบชัดเจน จะทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง แต่ถ้ารูปแบบของอาการไม่ชัดเจนไม่สามารถคาดเดาอาการได้ ทำให้เกิดความคลุมเครือมากขึ้น ส่งผลให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

1.2) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์เจ็บป่วย (Event Familiarity) หมายถึง ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยหากบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับโรคและการรักษาที่ได้รับก็จะสามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยลดลง ในการเจ็บป่วยครั้งแรก

บุคคลยังไม่มี ความคุ้นเคยต่อโรค การรักษา และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยได้สูง

1.3) ความสอดคล้องของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและ สิ่งที่เกิดขึ้นจริง (Event Congruence) หมายถึง ความสอดคล้องกันของความเจ็บป่วยที่คาดหวังกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หากมีความสอดคล้องกันจะทำให้รู้สึกที่สามารถทำนายเหตุการณ์ได้ ทำให้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

2) ความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Capacity) หมายถึง ความสามารถ ของบุคคลในการแปลข้อมูลที่ได้รับเพื่อพิจารณาตัดสินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการเผชิญหน้า กับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการรู้คิดดีจะรับรู้แบบแผนของอาการที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง รับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ดี ทำให้คาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง ความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยจึงลดลง

3) แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) หมายถึง แหล่ง ประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ช่วยในการแปลและให้ความหมายต่อสิ่งที่มากระตุ้น ช่วยลดความรู้สึกไม่ แน่นนอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงจะช่วยให้บุคคลแปลความหมายของ ความเจ็บป่วยได้ ส่วนทางอ้อมจะช่วยให้บุคคลให้ความหมายของรูปแบบอาการเกิดความคุ้นเคยกับ ความเจ็บป่วยและสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ประกอบด้วย

3.1) บุคลากรทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ (Credible authority) การ ที่บุคลากรทางสุขภาพ อธิบายถึงสาเหตุ และอาการของโรคแก่บุคคล จะช่วยลดความคลุมเครือ ช่วย ให้คาดการณ์สถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงลดลง

3.2) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ช่วยป้องกันไม่ ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ เช่น การให้คำปรึกษา การได้รับคำแนะนำหรือการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ความคลุมเครือของความเจ็บป่วยลดลง ทำให้สามารถคาดเดา เหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วยจึงลดลง

3.3) ระดับการศึกษา (Education) บุคคลที่มีความรู้ มีการศึกษา สูงจะเข้าใจข้อมูล และรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จากบุคลากรทางสุขภาพ และสื่อต่าง ๆ ได้ ดีกว่าจึงสามารถให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยได้ดี ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึง ลดลง

3.2.2 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal uncertainty) เมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย บุคคลจะประเมินใน 2 ลักษณะคือ เป็นโอกาสดี (Opportunity) หรือเป็นอันตราย (Danger) หากผู้ป่วยประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นโอกาสดีจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตัวเองได้ดี มองโลกในแง่ดี แต่ถ้าบุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายจะทำให้รู้สึกกลัว วิตกกังวล และมองโลกในแง่ร้าย

3.2.3 การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Coping with uncertainty) เป็นการใช้กระบวนการทางด้านพฤติกรรม และการรู้คิดในการจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

3.2.4 การปรับตัว (Adaptation) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นภายหลังบุคคลเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย การปรับตัวเป็นความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ทั้งทางพฤติกรรม ร่างกาย จิตใจ และสังคมเพื่อจัดการสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย หากผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นโอกาสจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายจะส่งผลให้การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสมส่งผลให้บุคคลปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

3.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

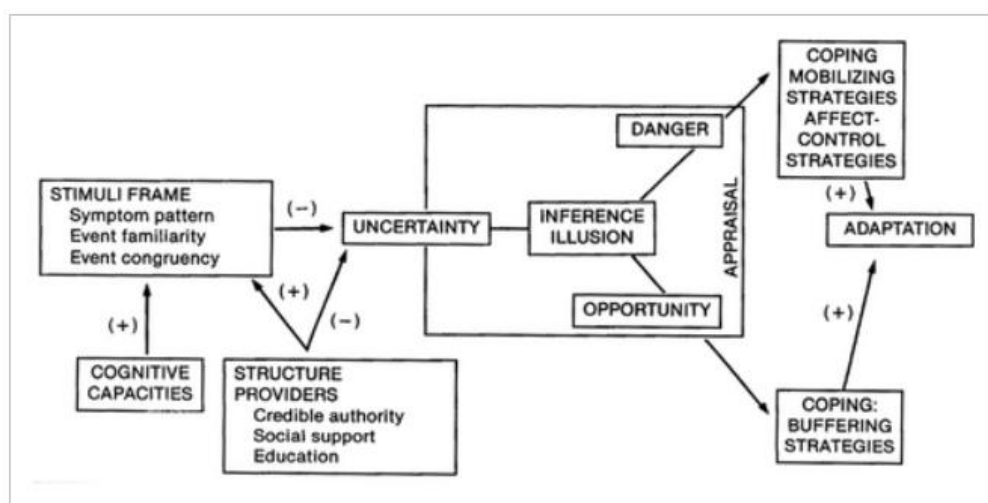
3.3.1 ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) คือ บุคคลมีความสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ไม่ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ และแนวทางในการรักษาเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนหรือจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ

3.3.2 ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ (Complexity) คือ การที่บุคคลรู้สึกว่าวิธีการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน การรับบริการมีหลายขั้นตอน มีการใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมมารับบริการเพราะไม่มั่นใจว่าจะช่วยให้หายจากความเจ็บป่วยได้

3.3.3 ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิม (Inconsistency) คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ประเมินความเจ็บป่วยได้ไม่แน่นอน เกิดความวิตกกังวล ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

3.3.4 ด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาการเจ็บป่วย และการพยากรณ์โรค (Unpredictability) คือ การที่บุคคลไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ ผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยซึ่งเป็นผลมาจากความคลุมเครือในความเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย

องค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีความเชื่อมโยงกัน ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยของ Mischel (1988) ที่มาของรูป: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/2047-3095.12406>

จากทฤษฎีของมิเชล (Mischel, 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาครั้งนี้จึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของมิเชลในการคัดเลือกตัวแปรที่สอดคล้องกับทฤษฎี ดังนี้ ตัวแปรที่ได้จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎี ได้แก่ ความรุนแรงของโรคเป็นตัวแทนของสิ่งที่มากระตุ้น (stimuli Frame) การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นตัวแทนของความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Capacity) ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบ ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะส่งผลให้ประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาส ซึ่งหากบุคคลมีการประเมินว่าเป็นโอกาสดี จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดี มองโลกในแง่ดี ทำให้บุคคลเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม และสามารถปรับตัวไปในทางบวกเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แต่ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายจะทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวลและมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งจะส่งผลให้การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า

บุคคลประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายส่งผลให้บุคคลปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยซึ่งเป็นการปรับตัวไปในทางลบ และตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความวิตกกังวล

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดของมิเชล (Mishel, 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำมาคัดเลือกตัวแปรการศึกษาได้ ดังนี้ ตัวแปรที่ได้จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎี ได้แก่ 1) ความรุนแรงของโรคเป็นตัวแทนของสิ่งที่มากระตุ้น (stimuli Frame) 2) การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นตัวแทนของความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Capacity) 3) ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) 4) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ 5) ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นตัวแทนของการปรับตัวทางลบ และตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความวิตกกังวล สามารถอธิบายได้ดังนี้

4.1 ความรู้

4.1.1 ความหมายของความรู้

Kayaniyil et al. (2009) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ ความเข้าใจสามารถสรุปสาระความรู้ และนำความรู้ไปเชื่อมโยงเข้ากับเหตุการณ์

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2558) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง สาระ ข้อมูล แนวคิด หลักการที่บุคคลรวบรวมได้จากประสบการณ์ในชีวิต บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ การศึกษา การรับรู้ การคิด และการฝึกปฏิบัติ จนสามารถสรุปสาระความรู้และนำไปใช้ประโยชน์ได้

Ghisi et al. (2016) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และการรักษา ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจ

จุฑามาศ แหนจอน (2562) กล่าวว่า ความรู้หมายถึง ความจำเป็นในระยะยาวในการสร้างมโนคติและการจัดการหมวกหมู่ของข้อมูลต่าง ๆ ให้พร้อมนำมาใช้งาน

สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง สาระ ข้อมูล แนวคิดที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์การศึกษา การรับรู้ การคิด และการฝึกปฏิบัติ จนสามารถสรุปสาระความรู้และนำไปใช้ประโยชน์ได้ซึ่งผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาจะส่งผลให้จัดการกับโรคได้

4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการศึกษาของ Fait et al. (2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = -.23$; $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghोजazadeh Morteza et al. (2014) ที่ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดประสาทเสื่อมพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = -.367$; $p < 0.01$) กล่าวคือหากผู้ป่วยมีความรู้ มีข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการเกี่ยวกับโรคได้และส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง

4.1.3 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความรู้

1) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหัวใจ (Coronary heart disease awareness and knowledge questionnaire) แปลเป็นภาษาไทยโดย Polsook et al. (2013) ใช้ประเมินเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจครอบคลุมความรู้เรื่องพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกันและการได้รับการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ พัฒนาโดย หทัยชนก ไชยวรรณ และ เลิศชัย เจริญธัญรักษ์ (2558) ประเมินความรู้ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอาการ ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านยา และด้านการเข้าถึงสถานบริการ มีทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบ 4 ตัวเลือก คะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็มหมายถึง มีความรู้ระดับน้อย คะแนนร้อยละ 60-79.99 ของคะแนนเต็มหมายถึง มีความรู้ระดับปานกลางและคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปหมายถึง มีความรู้ระดับมาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73

3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (Short version of the coronary artery disease education questionnaire) ของ Ghisi et al. (2016) แปลเป็นภาษาไทยโดย อัมพิกา อินทร์อยู่ (2563) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการและการรักษา

2) ด้านปัจจัยเสี่ยง 3) ด้านการออกกำลังกาย 4) ด้านโภชนาการ และ 5) ด้านปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมีมาตราส่วน 2 ระดับ ได้แก่ ข้อถูก = 1 คะแนน ข้อผิดและข้อไม่ทราบ = 0 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำ = 0 คะแนน คะแนนสูงสุด = 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ช่วงคะแนน 0-5 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับต่ำมาก คะแนน 6-9 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับต่ำ คะแนน 10-13 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับปานกลาง คะแนน 14-17 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับสูง คะแนน 18-20 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับสูงมาก มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ .76

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจของ Ghisi et al. (2016) แปลเป็นภาษาไทยโดย อัมพิกา อินทร์อยู่ (2563) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและแบบสอบถามครอบคลุมเรื่องความรู้ อาการและการรักษา ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ .76

4.2 ความรุนแรงของโรค

4.2.1 ความหมายของความรุนแรงของโรค

Nieveen et al. (2008) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้อาการของแต่ละบุคคลและการตัดสินใจเกี่ยวกับอาการแสดงของแต่ละอาการ

Hall et al. (2017) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคเป็นการที่ผู้ป่วยประเมินสิ่งเร้าเกี่ยวกับการรักษา การวินิจฉัย และการรอดชีวิต

Custers et al. (2018) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคเป็นระดับของอาการทางกายที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น

เอี่ยมเดือน นิลพฤษ (2561) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง การรับรู้ถึงอาการอึดอัดไม่สบายบริเวณหน้าอก และการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สรุปได้ว่าความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการซึ่งเป็นระดับของอาการทางกายที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค

4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ความรุนแรงของโรคเป็นระดับของอาการทางกายที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น (Custers et al., 2018) ผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะรับรู้ถึงอาการอึดอัดไม่สบายบริเวณหน้าอก และการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (เอ๋อมเดือน นิลพฤกษ์, 2561) ระดับความรุนแรงจากอาการเจ็บหน้าอกจะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นก็จะสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโดยผู้ที่มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากจะมีความทุกข์ทรมานมากจากการศึกษาของอุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = .196$; $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall et al. (2017) พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง ($r = 0.29$; $p = 0.02$) เมื่อผู้ป่วยรู้ว่ตนเองมีอาการรุนแรงก็จะส่งผลให้มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยสูงขึ้น

4.2.3 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความรุนแรงของโรค

1) แบบประเมินสภาวะอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของ พิมลรัตน์ พิมพ์ดี (2553) ประเมินความถี่ ระดับความรุนแรง ระยะเวลาในการเจ็บหน้าอก และการใช้ยาไนโตรกลีเซอริน ประเมินโดยใช้มาตรวัดความรู้สึกเจ็บปวดแบบตัวเลขเป็นเส้นตรงในแนวนอน ระบุตัวเลข 0-10 ด้านซ้ายสุดระบุตัวเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย และด้านขวาสุดระบุตัวเลข 10 หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .89

2) แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของเอ๋อมเดือน นิลพฤกษ์ (2559) แบ่งเป็น 2 มิติ ได้แก่ 1) แบบประเมินด้านความรุนแรงของอาการ ใช้มาตรวัดแบบตัวเลขโดยระบุตัวเลข 0-10 ด้านซ้ายสุดระบุตัวเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการไปจนถึงตัวเลข 10 หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด และ 2) แบบประเมินด้านการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานของอาการ ใช้มาตรวัดแบบตัวเลขโดยระบุตัวเลข 0-10 ด้านซ้ายสุดระบุตัวเลข 0 หมายถึงไม่ทุกข์ทรมานเลย ไปจนถึงหมายเลข 10 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด คะแนนรวมทั้ง 2 มิติ จะมีคะแนนรวม 20 คะแนน คะแนนน้อยหมายถึงผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานน้อย และคะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการ เจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานมาก มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .99

3) แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของ O'Keefe-McCarthy et al. (2015) ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกที่ใช้วัดในขณะนั้นและอาการเจ็บหน้าอกภายใน 2 ชั่วโมงที่ผ่านมาเพื่อเป็นพื้นฐาน และวัดซ้ำที่ 2, 4, 6 และ 8 ชั่วโมงถัดมา เป็นมาตราวัดแบบตัวเลข 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลยจนถึง 10 หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกมากที่สุด ซึ่งคะแนนน้อยหมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกน้อย คะแนนมาก หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกมาก ผลการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) เท่ากับ .96

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของ เอ็มเตือน นิลพฤษ (2559) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยเฉพาะสามารถตอบได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยโดยครอบคลุมถึงการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก และการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .99

4.3 การรับรู้ความเจ็บป่วย

4.3.1 ความหมายของการรับรู้ความเจ็บป่วย

Diefenbach and Leventhal (1996) กล่าวว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ความคิดเห็น ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น บุคคลจะมีการสร้างภาพความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย คือ การรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยทั้งด้านการคิดรู้และการรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้น

Hagger and Orbell (2003) กล่าวว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง การสร้างมโนภาพจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความคิดและการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านอารมณ์

Broadbent et al. (2006) กล่าวว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง การแปลผลของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ และความเชื่อของแต่ละบุคคล มี 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านความคิด (Cognitive representation) และการรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional representation) ต่อภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึงการแปลผลหรือให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ ทักษะคิดและความเชื่อของแต่ละบุคคล

4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับความรู้สึกกลัวความ

ก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นการแปลผลของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ และความเชื่อของผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในช่วง 1 สัปดาห์ถึง 6 เดือนภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นไปในทางลบ ทั้งในด้านการคิดรู้และด้านอารมณ์ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักคิดว่าจะต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเป็นเวลานาน ร่วมกับเผชิญกับอาการของโรคที่ยังคงอยู่ (Alsén et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารา วงษ์กวน (2560) พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .71$; $p < 0.05$)

4.3.3 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย

1) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (illness Perception Questionnaire Revised) ของ Moss-Morris et al. (2002) ใช้ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยทั่วไปและเรื้อรัง มีข้อคำถาม 38 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต มีคะแนน 1-5 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยระยะเวลาการดำเนินโรคมี่ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 ส่วนความสามารถในการรักษาและควบคุมโรคแยกเป็นการควบคุมด้วยตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 การควบคุมด้วยการรักษา มีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 และการรับรู้ผลกระทบด้านอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

2) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief illness Perception Questionnaire) ของ Broadbent et al. (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย Sowattanagoon et al. (2009) ใช้สำหรับประเมินการรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านการรู้คิดและด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามการรู้คิด 7 ข้อ และการรับรู้มโนภาพ 2 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง มีคะแนน 0-10 คะแนน ยกเว้นข้อ 9 เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยระบุ 3 สาเหตุสำคัญที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของ Broadbent et al. (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย Sowattanagoon et al. (2009) เนื่องจากสามารถประเมินการรับรู้โนภาพการเจ็บป่วยด้านการรู้คิดและด้านอารมณ์ได้ และมีการนำมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (เกื้อกุล โอบารวัฒน์, 2561) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71

4.4 ความวิตกกังวล

4.4.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Spielberger et al. (1983) กล่าวว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะคุกคาม ซึ่งส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี

Eifert et al. (2000) กล่าวว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจในสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหลังจากนี้

Stuart (2014) กล่าวว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคต เกรงว่าจะเกิดอันตราย ส่งผลต่อความมั่นคงของบุคคล

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะคุกคาม เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจในสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหลังจากนี้

4.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มั่นใจในสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จากการศึกษาของ Fait et al. (2018) พบว่าความวิตกกังวลมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = 0.60$; $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Parker et al. (2016) พบว่าความวิตกกังวลสามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากได้ ($\beta = 0.109$; $p < 0.0001$) การศึกษาของ Dinkel and Herschbach (2018) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากการป่วยด้วยโรคมะเร็ง ($r = 0.64$; $p < 0.001$) และการศึกษาของ Sharpe et al. (2022) พบว่า ความวิตกกังวลมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r = 0.566$; $p < 0.001$)

4.4.3 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความวิตกกังวล

1) ประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองตามสถานการณ์ (Stated-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger et al. (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2535) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดย 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเลย ไปจนถึง 4 หมายถึง รู้สึกมากที่สุด ผู้ที่ได้คะแนนมากหมายถึงผู้ที่มีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสูง ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

2) แบบประเมินความวิตกกังวล (Cardiac Anxiety Questionnaire: CAQ) ของ Eifert et al. (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย Inyoo and Polsook (2022) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความกังวลและความกลัว 2) ด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง 3) ด้านความใส่ใจ และ 4) ด้านความปลอดภัยและการค้นหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ โดย 0 หมายถึง ไม่เคยเลย ไปจนถึง 4 หมายถึง ทำเป็นประจำ ช่วงคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 0.00-4.00 คะแนน คะแนนรวมคิดจากจำนวนคะแนนทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคำถาม คะแนนที่มากที่สุดแสดงว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจระดับสูงมาก เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยคะแนน 0.00 หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล คะแนน 0.01-1.00 หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับต่ำ ไปจนถึง 3.01-4.00 หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูงมาก ตรวจสอบค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของ Eifert et al. (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย Inyoo and Polsook (2022) เนื่องจากแบบสอบถามใช้ประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจโดยตรง สามารถประเมินด้านความกังวลและความกลัว ด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง ด้านความใส่ใจ และด้านความปลอดภัยและการค้นหา และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

4.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4.5.1 ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1978) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การตัดสินใจสมรรถนะของตนว่าจะสามารถทำได้ระดับใดหรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสมรรถนะของตนโดยพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรม

Sullivan et al. (1998) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การบุคคลที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

Kang and Yang (2013) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของบุคคลในการจัดการกับปัญหาเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย

สรุปได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การตัดสินใจของตนเองว่าจะสามารถทำได้ระดับใดโดยพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรม บุคคลที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนจะปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

4.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อในสมรรถนะของตนเองที่คาดหวังว่าจะสามารถจัดการหรือแสดงพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีจะมีทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าสามารถจัดการและควบคุมการดำเนินไปของโรคได้ ส่งผลให้มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง จากการศึกษาของ อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = -0.367$; $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shim et al. (2018) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($r = -0.31$; $p < 0.01$) และการศึกษาของ Giesler and Weis (2021) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง ($r = -0.49$; $p < 0.01$)

4.5.3 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

1) แบบประเมินประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (The self-efficacy scale) พัฒนาโดย Sherer et al. (1982) มีข้อความทั้งหมด 23 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการรับรู้สมรรถนะทั่วไปมี 17 ข้อและส่วนที่ 2 เป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านสังคมมี 6 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 14 ระดับ ให้เลือกตอบที่ตรงกับความคิดเห็นจากไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด ข้อคำถามทั้ง 2 ส่วน ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 และ .71 ตามลำดับ

2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire) ของ Sullivan et al. (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย เกื้อกุล โอบารวัฒน์ (2561) ใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกี่ยวกับการควบคุมอาการ (control symptoms) และการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain function) โดยข้อที่ 1 ถึง 6 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการควบคุมอาการ และข้อ 7 ถึง 13 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คะแนนเต็มรวม 52 คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

3) ประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการจัดการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular Management Self-efficacy Scale) พัฒนาโดย Steca et al. (2013) ใช้ในการประเมินสมรรถนะแห่งตน 3 ด้านได้แก่ ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ ด้านความร่วมมือในการรักษาและด้านการรับรู้อาการมีทั้งหมด 9 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจ และ 5 มีความมั่นใจมากที่สุด ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในแต่ละด้านเท่ากับ .68, .79 และ .72 ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Sullivan et al. (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดยเกื้อกุล โอบารวัฒน์ (2561) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ มีความครอบคลุมการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกี่ยวกับการควบคุมอาการและการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ ตามที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

4.6 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

4.6.1 ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Mishel (1988) กล่าวว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองต่อไปได้จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้ตัดสินใจว่าความเจ็บป่วยเป็นอันตราย ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

Hilton (1989) กล่าวว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง บุคคลที่ไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยได้ชัดเจน ถ้ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากจะมองความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย

Christman (1990) กล่าวว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง บุคคลที่ไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยและไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยได้ จึงเกิดความขัดแย้งในใจจึงไม่สามารถตัดสินใจความเจ็บป่วยได้

สรุปได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองต่อไปได้จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย ทำให้ปรับตัวได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัว ความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

4.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

จากการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจของณัฐวรรณ รักรวงศ์ ประยูร (2539) มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจคือความรู้สึกต่อเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาถึงเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นกับตนเองต่อไปในอนาคต โดยความรู้สึกไม่แน่นอนที่หวาดหวั่นอันตรายมีสาเหตุจากประสบการณ์ตรงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจที่รุนแรง สอดคล้องกับศึกษาของ Parker et al. (2016) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากได้ ($\beta = 0.072$; $p < .001$) โดยผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นด้วย

4.6.3 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

1) The Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS-A) ในปีค.ศ.1982 Mishel ได้ วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเรื้อรังโดยปรับข้อคำถามเหลือ 32 ข้อ วัดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย 4 ด้านคือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษามี 13 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพมี 7 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75 3) ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับมี 7 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71 และ

4) ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรครมี 5 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76

2) The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form (MUIS-C) เป็นแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน ในปี ค.ศ. 1988 Mishel ได้พัฒนาแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแบบชุมชนเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยปรับเหลือ 23 ข้อ ซึ่งวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้านคือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษา และระบบบริการสุขภาพ 3) ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อย หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค เป็นมาตรวัด 5 ระดับ แปลเป็นภาษาไทยโดย บุชบา สมใจวงษ์ (2553) ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

3) Freeston Uncertainty Scale ของ Freeston et al. (1994) เป็นแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) การไม่สามารถทำกิจกรรม 2) ความเครียดและการไม่สามารถตัดสินใจ 3) การไม่ได้รับการยอมรับและการหลีกเลี่ยงปัญหา 4) ความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต มีข้อคำถาม 27 ข้อตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย บุชบา สมใจวงษ์ (2553) เนื่องจากแบบประเมินสามารถประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ครอบคลุมด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมและด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

4.7 การสนับสนุนทางสังคม

4.7.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

House (1983) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากความใกล้ชิด การให้การดูแล การสนับสนุนด้านความคิด การตัดสินใจและการให้การช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น การให้ข้อมูล สิ่งของหรือบริการต่างๆ

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งมีผลต่อการเผชิญปัญหาของบุคคล ได้แก่ ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ความรู้ และสิ่งของ

Zimet et al. (1988) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Zimet et al. (1988) ซึ่งอธิบายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รับรู้ถึงความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน คนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ ประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet et al. (1988) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Tinakon and Nahathai (2012)

4.7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ หากบุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลให้สามารถปรับตัวได้ดี ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและปฏิบัติตามแผนการรักษา ช่วยลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghojazadeh Morteza et al. (2014) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (r = - .281; p < .05) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

4.7.3 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1) The multi dimensional Scale of Perceived Social Support พัฒนาโดย Zimet et al. (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย Tinakon and Nahathai (2012) ใช้ประเมินการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนและบุคลากรอื่นๆ มีคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ จาก 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 7 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด แบ่งระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมออกเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

2) Social support Questionnaire (SSQ) พัฒนาโดย Sarason et al. (1983) ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและความพึงพอใจการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับประกอบด้วย ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัว และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีคำถาม 27 ข้อ โดยคำตอบจะตอบ มี หรือ ไม่มี หากตอบว่า มี จะต้องประเมินความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 อันดับ โดย 1 หมายถึง พึงพอใจมาก ไปจนถึง 6 หมายถึงไม่พึงพอใจมาก ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

3) The ENRICH Social Support Questionnaire (ESSI) พัฒนาโดย Mitchell et al. (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดยจันทนา หล่อตจะกุล (2549) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจมีคำถาม 7 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet et al. (1988) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Tinakon and Nahathai (2012) เนื่องจากแบบสอบถามสามารถประเมินการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนรอบข้างหรือบุคลากรอื่นๆ ได้ และเครื่องมือได้นำไปใช้ในประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจแล้ว มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = .196$; $p < 0.05$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = -.367$; $p < 0.05$) ความรู้ และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยและผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 26.93, SD = 10.22)

Melchior et al. (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี ความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วย ($r = -.36$; $p < 0.001$) และ พบว่าความรุนแรงของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วย ($p = 0.065$; $\Phi = 0.163$)

Ghojazadeh Morteza et al. (2014) ศึกษาความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรค ปลอกประสาทเสื่อมพบว่า ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วย ($r = .535$; $p < .01$ และ $r = .512$; $p < .01$ ตามลำดับ) ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม สุขภาพจิต สุขภาพกาย สัมพันธภาพทางสังคมและ สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วย ($r = -.367$; $p < .01$, $r = -.281$; $p < .05$, $r = -.484$; $p < .01$, $r = -.455$; $p < .01$, $r = -.394$; $p < .01$ และ $r = -.386$; $p < .01$ ตามลำดับ)

Parker et al. (2016) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก พบว่า ความไม่แน่นอนของ ความเจ็บป่วย และ ความวิตกกังวลสามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยได้ ($\beta = 0.072$; $p < .001$ และ $\beta = .109$; $p < .001$ ตามลำดับ)

Hall et al. (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง พบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึก กลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วย ($r = .29$; $p = 0.02$) เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าตนเองมีอาการรุนแรงก็จะ ส่งผลให้มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วย และ ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วย ($r = .38$; $p = 0.002$)

Fait et al. (2018) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยในผู้ป่วย หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ความรู้ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าหลังจาก ประสบสถานการณ์รุนแรงที่คุกคามต่อชีวิตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัว ความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .23$; $p < 0.05$, $r = .60$; $p < .01$ และ $r = .37$; $p < .01$ ตามลำดับ)

Shim et al. (2018) ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ

ความเจ็บป่วย ($r = .56$; $p < .01$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = -.31$; $p < .01$) เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง

Wagner et al. (2018) ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังพบว่า เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชายโดยมีคะแนนรวม $32.2 (\pm 8.4 \text{ SD})$ เทียบกับ $28.5 (\pm 8.0 \text{ SD})$ ในเพศชาย ($p < 0.01$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคมะเร็งผิวหนัง ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ($r = .50$, $p < 0.01$ และ $r = .26$; $p < 0.01$ ตามลำดับ)

Yang et al. (2018) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยพบว่า สถานภาพสมรส ($\beta = -0.090$; $p = 0.029$), รายได้ ($\beta = -0.016$; $p < 0.001$), โรคร่วม ($\beta = -0.087$; $p = 0.028$) และภาวะซึมเศร้า ($\beta = 0.270$; $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

Dinkel et al. (2021) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ความวิตกกังวลประจำวัน และความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ($r = .78$; $p < 0.001$, $r = .64$; $p < 0.001$ ตามลำดับ)

Giesler and Weis (2021) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญปัญหาและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง ($r = -.50$; $p < 0.01$ และ $r = -.49$; $p < 0.01$ ตามลำดับ) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง ($r = .43$; $p < 0.01$)

Sharpe et al. (2022) ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่โรคมะเร็งเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบมีจุดมุ่งหมายเพื่อการศึกษาเชิงคุณภาพของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยโรคอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตพบการศึกษาเชิงคุณภาพ 25 รายการและการศึกษาเชิงปริมาณ 11 รายการในกลุ่มโรคเรื้อรังในการวิเคราะห์เชิงความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับ

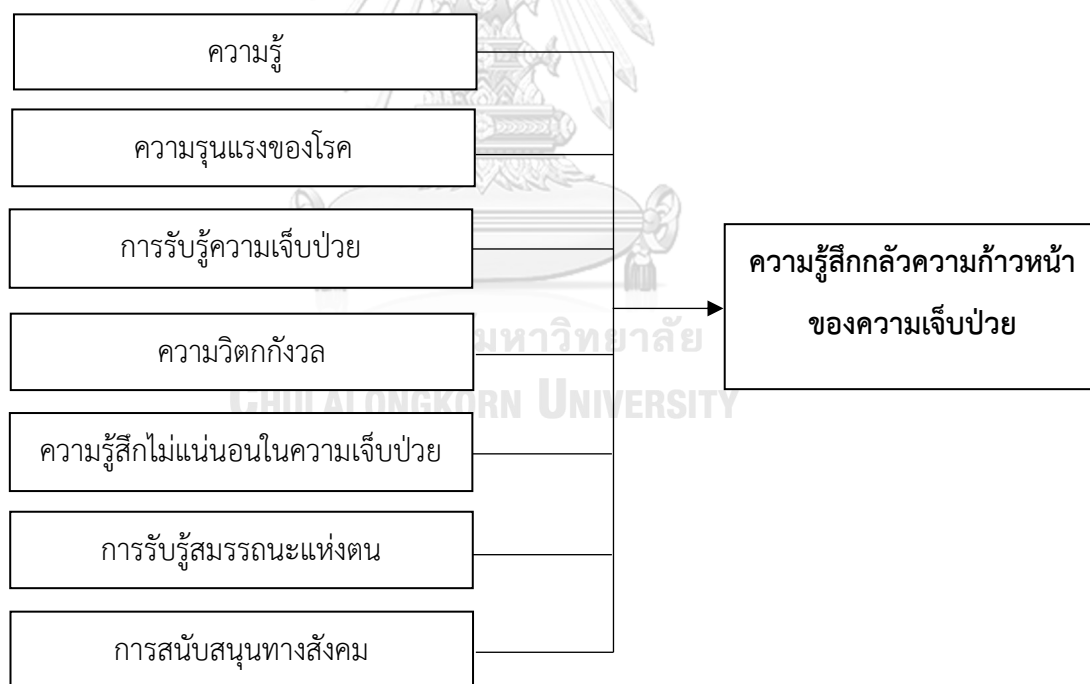
คุณภาพชีวิต และมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีความคล้ายคลึงกับ ความรู้สึกกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่า ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัว การกลับเป็นซ้ำ กลัวการลุกลามของโรค กลัวอาการกำเริบ กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยใน ต่างประเทศที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยผล การศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม โรคมะเร็งจะมีความรู้สึกกลัวว่าจะเสียชีวิต กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวการลุกลามของโรค กลัวความ เจ็บปวด และกลัวการรักษาที่มากขึ้น เป็นต้น และจากการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่า ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวการลุกลาม ของโรค กลัวอาการกำเริบ และกลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค เป็นต้น ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าทั้งในประเด็นที่เหมือนกัน เช่น กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัว อาการกำเริบ กลัวความเจ็บปวด แต่ยังมีประเด็นที่ไม่เหมือนกัน เช่น กลัวการเสียชีวิต กลัวการลุกลาม ของโรค กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค เป็นต้น และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้สึก กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็น ประสพการณ์ทางด้านอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาซึ่งมีสาเหตุมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามที่เกิดขึ้น (Shim et al., 2018) ความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยมากขึ้น ความรู้สึกกลัวว่าจะมีการ กลับเป็นซ้ำของโรค (Dinkel & Herschbach, 2018) โดยความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความ เจ็บป่วยเป็นประสพการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรม (Fait et al., 2018) ซึ่ง ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม (Dinkel et al., 2021; อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข, 2565) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้สึกกลัว ความก้าวหน้าในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาของ Fait et al. (2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของ ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ความรู้ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย สำหรับประเทศ ไทยพบเพียงการศึกษาของอุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการศึกษาที่เน้นปัจจัยเกี่ยวกับด้านบุคคลยังไม่ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านจิตสังคมซึ่งอาจส่งผลต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางด้านจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังไม่ได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการอธิบายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยและมีความสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมนำเสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction และ Non-ST elevation myocardial infarction ภายใน 6 เดือน อายุ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST elevation myocardial infarction และ Non-ST elevation myocardial infarction ทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและที่ได้อาการวินิจฉัยภายใน 6 เดือน อายุ 30 ปีขึ้นไป
2. ยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย
3. มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ในบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปอดบวมน้ำเฉียบพลัน มีอาการช็อค หรืออยู่ในระยะวิกฤตจึงต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจทดสอบ (Power of test) .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.2 อ้างอิงขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) แล้วนำค่าที่ได้มาเปิดตารางโคเฮน (Cohen, 2013) เพื่อให้ได้มาซึ่งจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง 194 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Dillman, 2011) รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 214 คน ซึ่งในการศึกษานี้ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน เพื่อที่จะได้กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดี (Representativeness) (รัตนศิริ ทาโต, 2561) โดยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยสำรวจโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น 6 สังกัด ได้แก่

- 1) โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง
- 2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาล
นพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน
- 3) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- 4) โรงพยาบาลสังกัดนายกรัฐมนตรี้ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ
- 5) โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและ
นวัตกรรม ได้แก่ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
- 6) โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากนั้นนำมาจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) การวิจัยครั้งนี้สุ่มได้ 2 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) สังกัดละ 1 โรงพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้สุ่มได้โรงพยาบาล 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมได้ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ การ คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เนื่องจากทั้ง 2 โรงพยาบาลเป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมิมีศูนย์หัวใจและหลอดเลือดเหมือนกัน สามารถรักษาบุคคลที่มีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้เหมือนกัน และประชากรมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็นโรงพยาบาลละ 107 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 214 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด คือ แบบสอบถามปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประกอบด้วย 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 9 ข้อ สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ประวัติโรคประจำตัวร่วม แบบสอบถามจะให้กลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) แบบเลือกตอบ ได้แก่ (1) เพศ ให้เลือกตอบเพศชาย, เพศหญิง (2) สถานภาพสมรส ให้เลือกตอบ โสด, สมรส, หย่าร้าง, หม้าย (3) ระดับการศึกษา ให้เลือกตอบ ไม่ได้รับการศึกษา, ระดับประถมศึกษา, ระดับมัธยมศึกษา, ระดับ อนุปริญญา, ระดับปริญญาตรี, สูงกว่าปริญญาตรี (4) อาชีพ ให้เลือกตอบไม่ได้ประกอบอาชีพ, รับจ้าง , ค้าขาย, เกษตรกร, ธุรกิจส่วนตัว, ข้าราชการ, อื่นๆ ระบุ (5) ประวัติการดื่มสุรา ให้เลือกตอบไม่เคย, เคย, เคยแต่หยุดดื่มแล้ว, (6) ประวัติการสูบบุหรี่ ให้เลือกตอบไม่สูบบุหรี่, สูบบุหรี่, เคยสูบบุหรี่แต่เลิก แล้ว (7) โรคประจำตัวร่วม ให้เลือกตอบ ไม่มี, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคไต, ไขมันในโลหิตสูง, โรคหัวใจ, อื่น ๆ ระบุ 2) แบบเติมคำตอบในช่องว่าง ได้แก่ (1) อายุ (2) รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (short version of the coronary artery disease education questionnaire: CADE-QSV) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาต ใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ของ Ghisi et al. (2016) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย อัมพิกา อินทร์อยู่ (2563) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สอดคล้องครอบคลุมตามคำนิยามเชิง ปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.70 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder and Richardson (1937) เท่ากับ 0.70

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประเมินแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 5 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านอาการและการรักษา ได้แก่ ข้อ 1, 3, 6 และ 11
- 2) ด้านปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ข้อ 2, 12, 16 และ 18
- 3) ด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ ข้อ 4, 8, 13 และ 17
- 4) ด้านโภชนาการ ได้แก่ ข้อ 5, 9, 14 และ 20
- 5) ด้านปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 7, 10, 15 และ 19

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมี 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน 2 ระดับ ได้แก่ ข้อถูก = 1 คะแนน ข้อผิดและข้อไม่ทราบ = 0 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำสุด = 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด = 20 คะแนน

การแปลความหมาย

- | | |
|---------|---|
| ถูก | หมายถึง ท่านคิดว่าข้อนั้นถูก |
| ผิด | หมายถึง ท่านคิดว่าข้อนั้นผิด |
| ไม่ทราบ | หมายถึง ท่านคิดว่าไม่ทราบว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด |

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- | | |
|---------------|---|
| คะแนน 0 - 5 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับต่ำมาก |
| คะแนน 6 - 9 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับต่ำ |
| คะแนน 10 - 13 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับปานกลาง |

กลาง

- | | |
|---------------|--|
| คะแนน 14 - 17 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับสูง |
| คะแนน 18 - 20 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับสูงมาก |

เกณฑ์การแปลผลรายด้าน

1. ด้านอาการและการรักษา ได้แก่ ข้อ 1, 3, 6 และ 11 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน

คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนน

- | | |
|---------|--|
| คะแนน 0 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับต่ำมาก |
| คะแนน 1 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับต่ำ |

คะแนน 3 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับสูง

คะแนน 4 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับสูงมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของ เอ็มเตือน นิลพฤกษ์ (2559) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยเฉพาะสามารถตอบได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยโดยครอบคลุมถึงการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก และการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) เท่ากับ 0.86

แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก และข้อที่ 2 การรับรู้ความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก ดังนี้

1) แบบประเมินด้านความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ข้อคำถามมีลักษณะให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric rating scale) โดยด้านซ้ายสุดระบุตัวเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกไปจนถึงตัวเลข 10 หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกมากที่สุด

2) แบบประเมินด้านความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก ข้อคำถามมีลักษณะให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric rating scale) โดยด้านซ้ายสุดระบุตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ทุกข์ทรมานเลย ไปจนถึงหมายเลข 10 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

หลังจากนั้นนำคะแนนทั้ง 2 ข้อมารวมกันโดยคะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนน้อยหรือไม่มีเลยแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกและทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอกน้อยหรือไม่มีเลย และคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกและทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอกมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกแบ่งตามเกณฑ์ของ Krebs et al. (2007) ดังนี้

มิติด้านความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก

0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกเลย

1 - 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกเล็กน้อย

4 - 7 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกปานกลาง

8 - 10 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกมาก

มิติด้านความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก

0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีการรับรู้ความทุกข์ทรมานเลย

1 - 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานเล็กน้อย

4 - 7 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานปานกลาง

8 - 10 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานมาก

เกณฑ์การแปลระดับคะแนน

การแปลระดับคะแนนโดยการนำคะแนนที่ได้ทั้ง 2 ด้านมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมของแต่ละคนจะอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน และแบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานทางสถิติในการแบ่งกลุ่ม คือ คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม ลบคะแนนต่ำสุด จะได้ค่าพิสัยแล้วหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการประเมิน (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2553) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0.00 – 6.66 หมายถึง มีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกระดับต่ำ

คะแนน 6.67 – 13.20 หมายถึง มีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกระดับปานกลาง

คะแนน 13.21 – 20.00 หมายถึง มีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉับย้อย (The Brief illness Perception Questionnaire, Brief IPO) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉับย้อยของ Broadbent et al. (2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Sowattanagoon et al. (2009) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 9 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด 6 ข้อ และการรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ 2 ข้อ ข้อคำถามแต่ละประกอบด้วยข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0-10 คะแนน โดยตรงปลายเส้นด้านซ้ายมือสุดคือ “0” กำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” และด้านขวามือสุดคือ “10” กำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” ยกเว้นข้อ 9 เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยระบุ 3 สาเหตุที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรค โดยคะแนนรวมมากหมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคมก ส่วนคะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามน้อย โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.77 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 ราย และข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.71 มีรายละเอียดแต่ละข้อคำถาม มีดังนี้

1. การรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านการรู้คิด (Cognitive representation) จำนวน 6 ข้อ
ดังนี้

- ข้อที่ 1 คือ ด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วย
- ข้อที่ 2 คือ ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค
- ข้อที่ 3 คือ ด้านความสามารถในการควบคุมตนเอง
- ข้อที่ 4 คือ ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย
- ข้อที่ 5 คือ ด้านลักษณะอาการของโรค
- ข้อที่ 7 คือ ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

2. การรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional representation) จำนวน 2 ข้อ
ดังนี้

- ข้อที่ 6 คือ ด้านความกังวลเกี่ยวกับโรค
- ข้อที่ 8 คือ ด้านผลกระทบต่ออารมณ์

เกณฑ์การให้คะแนน จากคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6 และ 8 มีข้อคำถามในเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4 และ 7 การคิดคะแนนรวมต้องทำการกลับคะแนนในข้อที่ 3, 4 และ 7 ก่อนนำมาคิดคะแนนรวม ข้อที่ 9 ไม่นำมาคิดคะแนน โดยคะแนนรวมมากหมายถึง การรับรู้ถึงภาวะคุกคามมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง การรับรู้ภาวะคุกคามน้อย

เกณฑ์การแปลผล แบ่งระดับการรับรู้การเจ็บป่วยออกเป็น 3 ระดับ ตามหลักสถิติ คือ คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด จะได้ค่าพิสัยแล้วหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการประเมิน (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2553) ได้เท่ากับ 23 ดังนั้น สามารถแบ่งระดับได้ ดังนี้

- คะแนน 8-31 หมายถึง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคระดับน้อย
- คะแนน 32-55 หมายถึง การรับรู้ถึงภาวะคุกคามระดับปานกลาง
- คะแนน 56-77 หมายถึง การรับรู้ถึงภาวะคุกคามระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อของ Mehnert et al. (2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงษ์กวน (2560) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เคย จนถึง 5 หมายถึง เป็นประจำ คะแนนแต่ละ

คำถามมีค่าตั้งแต่ 1-5 คะแนน ผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรู้สึกกลัวในระดับมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีความรู้สึกกลัวระดับน้อย โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.83 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.84

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับความคิดเห็น
1	ไม่เคย
2	นานๆ ครั้ง
3	เป็นบางครั้ง
4	บ่อยครั้ง
5	เป็นประจำ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ข้อคำถามมี 12 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีค่า 1 ถึง 5 คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามจะอยู่ในช่วง 2 - 60 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนจะแปลจากคะแนนเฉลี่ยของคำถามซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 36.92 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.89 ค่าคะแนนที่อยู่ในช่วง $\bar{X} \pm SD$ กำหนดให้เป็นระดับปานกลาง ส่วนค่าคะแนนที่ได้น้อยกว่า $\bar{X} - SD$ กำหนดให้เป็นค่าน้อย และค่าคะแนนที่ได้มากกว่า $\bar{X} + SD$ กำหนดให้เป็นระดับมาก (Mehnert et al., 2006)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

คะแนน 16 - 27.02	หมายถึง มีความรู้กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับน้อย
คะแนน 27.03 - 46.81	หมายถึง มีความรู้กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง
คะแนน 46.45 - 57	หมายถึง มีความรู้กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับมาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ของ Eifert et al. (2000) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Inyoo and Polsook (2022) เนื่องจากแบบสอบถามใช้ประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ

โดยตรง สามารถประเมินด้านความกังวลและกลัว ด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง ด้านความใส่ใจ และด้านความปลอดภัยและการค้นหาที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.80 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ประเมินความวิตกกังวล 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านความกังวลและความกลัว ได้แก่ ข้อที่ 10, 13, 14, 15 และ 16
- 2) ด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง ได้แก่ ข้อที่ 2, 5, 7, 9 และ 12
- 3) ด้านความใส่ใจ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 4, 6 และ 8
- 4) ด้านความปลอดภัยและการค้นหา ได้แก่ ข้อที่ 11, 17 และ 18

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีทั้งหมด 18 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ โดย 0.00 หมายถึง ไม่เคยเลย ไปจนถึง 4.00 หมายถึง ทำเป็นประจำ

0.00 คะแนน	หมายถึง ไม่เคยเลย
1.00 คะแนน	หมายถึง นาน ๆ ครั้ง
2.00 คะแนน	หมายถึง บางครั้ง
3.00 คะแนน	หมายถึง บ่อยครั้ง
4.00 คะแนน	หมายถึง ทำเป็นประจำ

การแปลความหมาย

ไม่เคยเลย	หมายถึง ท่านไม่เคยทำสิ่งนั้นเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ท่านทำสิ่งนั้นนาน ๆ ครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง ท่านทำสิ่งนั้นบางครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านทำสิ่งนั้นบ่อยครั้ง
ทำประจำ	หมายถึง ท่านทำสิ่งนั้นเป็นประจำ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ข้อคำถามมี 18 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0.00 - 4.00 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คะแนนรวมคิดจากจำนวนคะแนนทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคำถาม คะแนนที่มากที่สุดแสดงว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจระดับสูงมาก เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Eifert et al., 2000) ดังนี้

คะแนน 0.00	หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล
คะแนน 0.01 - 1.00	หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับต่ำ
คะแนน 1.01 - 2.00	หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
คะแนน 2.01 - 3.00	หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูง
คะแนน 3.01 - 4.00	หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูงมาก

เกณฑ์การแปลผลรายด้าน

คะแนน 0.00	หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล
คะแนน 0.01 - 1.00	หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับต่ำ
คะแนน 1.01 - 2.00	หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
คะแนน 2.01 - 3.00	หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูง
คะแนน 3.01 - 4.00	หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูงมาก

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอ อนุญาตใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ฉบับแปลเป็น ภาษาไทยโดย บุชบา สมใจวงษ์ (2553) เนื่องจากแบบประเมินสามารถประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยได้ครอบคลุมด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ด้านความ ซ้ำซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมและ ด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคตามที่คุณวิจัยต้องการศึกษา โดย แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตาม เนื้อหาเท่ากับ 0.91 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และข้อมูลที่ได้มา หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.81 ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านความคลุมเครือ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 5, 11, 12, 13, 15, 17, 18 และ 20
- 2) ด้านความซ้ำซ้อน ได้แก่ ข้อที่ 4, 6, 10 และ 22
- 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน ได้แก่ ข้อที่ 2, 8, 9, 14, 16, 21 และ 23
- 4) ด้านการไม่สามารถทำนาย ได้แก่ ข้อที่ 7 และ 19

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีทั้งหมด 23 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วยเลย” จนถึง “เห็นด้วยมาก” แต่ละข้อมีค่าคะแนน 1-5 คะแนน มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ (บุษบา สมใจวงษ์, 2553)

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยมาก	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อที่ 6, 8, 19, 20, 22 และ 23

ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 และ 21

การแปลความหมาย

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านตัดสินใจไม่ได้ว่ารู้สึกอย่างไรกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ คะแนนเต็มรวม 115 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

คะแนน 23 – 53	หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 54 – 84	หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 85 – 107	หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลรายด้าน

- ด้านความคลุมเครือ มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 5, 11, 12, 13, 15, 17, 18 และ 20 โดย

คะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนน

คะแนน 10.00 – 23.33	หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 23.34 – 36.67	หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 36.68 – 50.00 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

2. ด้านความซับซ้อน มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 6, 10 และ 22 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 4 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

คะแนน 4.00 – 9.33 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 9.34 – 16.67 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 16.68 – 20.00 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

3. ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 8, 9, 14, 16, 21 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 35 คะแนน

คะแนน 7.00 – 16.33 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 16.34 – 25.67 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 25.68 – 35.00 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

4. ด้านการไม่สามารถทำนาย มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7 และ 19 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 2 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน

คะแนน 2.00 – 4.67 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 4.68 – 7.35 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 7.36 – 10.00 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Sullivan et al. (1998) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย เกื้อกุล โอฬารวัฒน์ (2561) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ มีความครอบคลุมการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เกี่ยวกับการควบคุมอาการและการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ ตามที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.84

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมี 13 ข้อ มาตรฐานแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แต่ละข้อมีคะแนน 1-5 โดย

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

การแปลความหมาย

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

เกณฑ์การแปลผลรายด้าน

- ด้านการควบคุมอาการ

คะแนน 0.00 – 8.00	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 8.01 – 16.00	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 16.01 – 24.00	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง
- ด้านการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่

คะแนน 00.00 – 9.33	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 9.34 – 18.66	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 18.67 – 28.00	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลโดยรวม มีข้อคำถาม 13 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-4 คะแนน คะแนนเต็มรวม

52 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีสมรรถนะแห่งตนสูง

คะแนน 0 – 17	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 18 – 34	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 35 – 52	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet et al. (1988) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Tinakon and Nahathai (2012) เนื่องจากแบบสอบถามสามารถประเมินการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนรอบข้างหรือบุคคลากรอื่นๆ ได้ ตามที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาโดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านครอบครัว ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 8 และ 11
- 2) ด้านเพื่อน ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 9 และ 12
- 3) ด้านบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน ได้แก่ข้อ 1, 2, 5 และ 10

เกณฑ์การให้คะแนน คำถามมีทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ดังนี้

- | | |
|---------|-----------------------------|
| 1 คะแนน | หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก |
| 2 คะแนน | หมายถึง ไม่เห็นด้วย |
| 3 คะแนน | หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย |
| 4 คะแนน | หมายถึง เฉยๆ |
| 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 |

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ค่าคะแนนมีค่าตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน คะแนนเต็ม 84 คะแนน คะแนนที่มาก แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ

คะแนน 12.00 – 36.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนน 36.01 – 60.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนน 60.01 – 84.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนนรายด้าน

คะแนน 4.00 – 12.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนน 12.01 – 20.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนน 20.01 – 28.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกแบบสอบถาม การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ แบบประเมิน ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบสอบถามการ รับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน (Burns et al., 2012) ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคหัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางโรคหัวใจ 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางโรคหัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขา สุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามตามแนวทฤษฎียึดเกณฑ์ความสอดคล้องและ ยอมรับตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความ สอดคล้องกับนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมี ความสอดคล้องกับนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม

จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยเกณฑ์การยอมรับ Content validity index (CVI) ควรมีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (รัตนศิริ ทาโต, 2561) คำนวณได้จากสูตรดังนี้

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

จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิโดยปรับภาษา เพิ่มข้อความเพื่อให้เกิดความชัดเจนของเนื้อหา โดยผลการตรวจและรายละเอียดการปรับแบบสอบถาม มีดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่า CVI = 0.7 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามที่ 1 โดยตัด “Coronary artery disease” ออก ข้อคำถามที่ 3 ตัด “Angina” ออก ปรับข้อความจาก “อาการเจ็บหน้าอกหรือการจุก” เป็น “อาการเจ็บหรืออาการจุกบริเวณหน้าอก” ข้อคำถามที่ 4 จาก “รวมไปถึงความแข็งแรงที่เพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น ปริมาณน้ำตาลในเลือดที่ตีขึ้นและมวลกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น” เป็น “จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเพิ่มขึ้น ปริมาณน้ำตาลในเลือดตีขึ้นและมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น” ข้อคำถามที่ 7 จาก “กลยุทธ์” เป็น “วิธีการอย่างเดียว” ตัดข้อความ “เพียงหนึ่งเดียว” ออก และปรับข้อความ “พึงประสงค์” เป็น “น่าพอใจ” ข้อคำถามที่ 9 จาก “ประมาณ” เป็น “ปริมาณ” ข้อคำถามที่ 11 ตัดคำว่า “กลุ่ม” ออก ข้อคำถามที่ 12 จาก “รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและผ่อนคลาย” เป็น “การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและการผ่อนคลาย” ข้อคำถามที่ 15 ปรับจาก “ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอีกครั้ง” เป็น “ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ” ข้อคำถามที่ 17 จาก “ระดับการออกกำลังกายไม่ควรเกินระดับ” เป็น “ระดับของการออกกำลังกายจึงไม่ควรเกินระดับ” ข้อคำถามที่ 19 จาก “ความเครียดจัดเป็นความเสี่ยง” เป็น “ความเครียดเป็นความเสี่ยง” และ “สำคัญพอๆ” เป็น “มีความสำคัญพอ ๆ” ข้อคำถามที่ 20 จาก “เมล็ดต่าง ๆ” เป็น “เมล็ดพืชต่าง ๆ”

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ค่า CVI = 1 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแก้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ ค่า CVI = 0.77 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับแก้ข้อความในข้อคำถามที่ 1 จาก “ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด” เป็น “ท่านคิดว่าความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อย

เพียงใด” ข้อคำถามที่ 8 จาก “ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่ออารมณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด” เป็น “ท่านคิดว่าความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่ออารมณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด”

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ ค่า CVI = 0.83 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับปรับใช้ข้อความเป็น “ฉันรู้สึกกลัว” ในทุกข้อคำถาม

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ค่า CVI = 0.94 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแก้

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ค่า CVI = 0.81 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับ คำว่า “ข้าพเจ้า” เป็น “ท่าน” ในทุกข้อคำถาม ปรับแก้ข้อความในข้อคำถามที่ 11 จาก “ยากที่จะรู้ว่าการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่นี้ช่วยข้าพเจ้าได้จริง” เป็น “ท่านมีความยากลำบากในการรับรู้ว่าการรักษาที่ท่านได้รับอยู่ขณะนี้สามารถช่วยท่านได้จริง” ข้อคำถามที่ 12 “เพราะความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าคาดเดาอะไรไม่ได้ข้าพเจ้าเลยไม่สามารถวางแผนอนาคตได้” เป็น “ท่านไม่สามารถคาดเดาอะไรได้เลยเนื่องจากความเจ็บป่วยของท่านจึงทำให้ท่านไม่สามารถวางแผนอนาคตได้” ข้อคำถามที่ 17 จาก “การรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่นี้ยังบอกไม่ได้ว่าได้ผล” เป็น “การรักษาที่ท่านได้รับอยู่ตอนนี้ยังบอกไม่ได้ว่าจะได้ผลหรือไม่”

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ค่า CVI = 0.92 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับ คำว่า “ฉัน” เป็น “ท่าน” ในทุกข้อคำถาม ปรับข้อความในข้อคำถามที่ 5 จาก “ฉันมั่นใจว่าเมื่อใดฉันควรสามารถปรึกษาหรือพบแพทย์” เป็น “ท่านมั่นใจว่าเมื่อใดท่านควรปรึกษาหรือพบแพทย์”

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ค่า CVI = 1 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแก้

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีจำนวน 30 ราย (Burns et al., 2012) แล้วนำข้อมูลได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 แบบสอบถามการรับรู้อาการ

เจ็บหน้าอก ใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71, .84, .80, .81, .84 และ .89 ตามลำดับ และใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ $\geq .70$ (DeVellis & Thorpe, 2021)

ตารางที่ 1 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย	ลักษณะข้อคำถาม	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI)	ค่าความเที่ยง จำนวน 30 คน	วิธีการหาค่าความเที่ยง
1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	20 ข้อ (True - False)	0.70	.70	KR-20
2. แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก	2 ข้อ (Numeric rating scale)	1	.86	Test-retest reliability
3. แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ	9 ข้อ (continuous linear scale)	0.77	.71	Cronbach's alpha coefficient
4. แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ	12 ข้อ (Likert scale)	0.83	.84	Cronbach's alpha coefficient
5. แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ	18 ข้อ (Likert scale)	0.94	.80	Cronbach's alpha coefficient
6. แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในในความเจ็บป่วย	23 ข้อ (Likert scale)	0.91	.81	Cronbach's alpha coefficient

เครื่องมือวิจัย	ลักษณะข้อ คำถาม	ดัชนีความตรงตาม เนื้อหา (Content validity index; CVI)	ค่าความ เที่ยง จำนวน 30 คน	วิธีการหาค่า ความเที่ยง
7. แบบสอบถามการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน	13 ข้อ (Likert scale)	0.92	.84	Cronbach's alpha coefficient
8. แบบสอบถามการ สนับสนุนทางสังคม	12 ข้อ (Likert scale)	1	.89	Cronbach's alpha coefficient

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในคนจากคณบดีคณะ
พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่สุ่มได้ ได้แก่ โรงพยาบาลพระ
มงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือใน
การทำวิจัย และขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อ
หัวใจตายเฉียบพลันที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตารางที่ 2 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	วันที่ผ่านการพิจารณาและ รับรองโครงการวิจัย	เลขที่รับรอง
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	28 กุมภาพันธ์ 2566	8/2566
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	20 มีนาคม 2566	IRBRTA0363/2566

2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 หลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุมัติให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วย
นอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ
และหลอดเลือดเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลละ 107 คน รวมทั้งสิ้น 214 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction และ Non-ST elevation myocardial infarction ภายใน 6 เดือน อายุ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการแนะนำตัว ขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 แสดงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

โรงพยาบาล	ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี วันจันทร์ และวันพุธ เวลา 8.00-12.00 น.	5 เมษายน 2566 ถึง 28 มิถุนายน 2566
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วันจันทร์ เวลา 8.00-12.00 น.	10 กรกฎาคม 2566 ถึง 18 กันยายน 2566

2.3 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ และเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.4 หลังจากได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วนพร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดและวิธีการตอบแบบสอบถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

2.5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองขณะรอตรวจหรือรอรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ขณะทำแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด 214 ชุด

2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุด หากพบว่าแบบประเมินชุดใดตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบทันที โดยจะประเมินก่อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตนาที่จะไม่ตอบหรือไม่ได้เจตนาทั้งนี้ผู้วิจัยให้อิสระในการตอบคำถามโดยไม่บังคับ รวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงความยินยอมและความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยก่อนเก็บข้อมูล แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าจะไม่เปิดเผยความลับส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างที่มีความยินยอมเซ็นแบบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) ในระหว่างเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา และสามารถแจ้งออกจากการศึกษาก่อนการวิจัยสิ้นสุด โดยไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใดและหากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติในระหว่างการเก็บข้อมูลซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

1. กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกายขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันที และประสานงานกับพยาบาลในแผนกเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

2. กรณีเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์มาก ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและประสานกับพยาบาลในแผนกเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจาก ความรู้ การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple regression) แบบ Stepwise regression

ก่อนวิเคราะห์ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ มีดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลของตัวแปรอยู่ในมาตรอันตรภาคหรือมาตราอัตราส่วน (Hair et al., 2016; Tabachnick et al., 2013) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลของตัวแปรอยู่ในมาตรอันตรภาคขึ้นไป ซึ่งผ่านเกณฑ์การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

2.2 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ซึ่งผ่านเกณฑ์การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

2.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตรงส่งผลโดยตรงต่อตัวแปรตาม ทดสอบได้ดังนี้

2.3.1 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยการทดสอบว่า Histogram มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ผลการทดสอบพบว่า Histogram มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

2.3.2 ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนต้องคงที่ (Homoscedasticity) ทดสอบจากการพิจารณาแผนภูมิกระจาย ScatterPlot ผลการทดสอบพบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่ (Hair et al., 2016)

2.3.3 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกัน (Autocorrelation) ทดสอบได้ด้วยการทดสอบว่าค่า Durbin-Watson มีค่าเข้าใกล้ 2 (มีค่าระหว่าง 1.5-2.5) แสดงว่าไม่เกิด Autocorrelation ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.045 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความเป็นอิสระต่อกันไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2558)

2.4 ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ทดสอบโดย

2.4.1 ค่า Tolerance of variables ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันมีค่าไม่ต่ำกว่า .2 หากค่า Tolerance มีค่าต่ำกว่า .2 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า Tolerance ของตัวแปรแต่ละตัวมีค่ามากกว่า .2 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Tabachnick et al., 2013)

2.4.2 ค่า Variance inflation factor (VIF) เป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระถ้ามีค่ามากกว่า 10 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity (Hoffman, 2019) ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่า VIF น้อยกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง

2.4.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน หากค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าน้อยกว่า .8 ถือว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงจนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity (Hoffman, 2019) ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าน้อยกว่า .8 ถือว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงจนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity

สรุปบทที่ 3 เป็นการนำเสนอระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction และ Non-ST elevation myocardial infarction ภายใน 6 เดือน อายุ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ทำวิธีสุ่มอย่างง่ายได้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจทดสอบ (Power of test) .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.2 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจำนวน 214 คน โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณและสร้างสมการทำนาย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ เป็นการศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction และ Non-ST elevation myocardial infarction ภายใน 6 เดือน อายุ 30 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 214 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 9 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก 4) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ 5) แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรค ฉบับย่อ 6) แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ 7) แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 8) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 9) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย ได้ผลการวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัวร่วมข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรค ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5-22

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 23-25

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และการมีโรคร่วม

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	167	78.0
หญิง	47	22.0
อายุ		
30-40 ปี	6	2.8
41-50 ปี	31	14.5
51-60 ปี	78	36.4
61 ปีขึ้นไป	99	46.3
Min = 30 ปี, Max = 77 ปี		
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	58.13(7.99)	
สถานภาพสมรส		
โสด	43	20.1
สมรส	137	64.0
หย่าร้าง	13	6.1
หม้าย	21	9.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	8	3.7
ระดับประถมศึกษา	50	23.4
ระดับมัธยมศึกษา	62	29.0
ระดับอนุปริญญา	37	17.3

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปริญญาตรี	57	26.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	64	30.0
รับจ้าง	69	32.2
ค้าขาย	18	8.4
เกษตรกร	5	2.3
ธุรกิจส่วนตัว	13	6.1
ข้าราชการ	34	15.9
อื่นๆ	11	5.1
รายได้		
< 15,000 บาท	94	43.9
15,001-30,000 บาท	59	27.6
30,001-45,000 บาท	44	20.6
45,001-60,000 บาท	13	6.1
> 60,000 บาท	4	1.8
Min = 0 บาท, Max = 600,000 บาท		
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	25,840.18(47,868.06)	
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	56	26.5
ดื่มแอลกอฮอล์	87	41.0
เคยดื่มแอลกอฮอล์แต่เลิกแล้ว	69	32.5
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	68	31.8
สูบบุหรี่	71	33.2
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	75	35.0
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	56	26.2
มีโรคร่วม 1 โรค	62	28.9
มีโรคร่วม \geq 2 โรค	96	44.9

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 78.0 มีอายุเฉลี่ย 58.1 ปี (SD = 7.99) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานะภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 64.0 มีระดับการศึกษาเกือบหนึ่งในสามอยู่ในระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 29.0 มากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 32.2 เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 43.9 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ตี๋มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 41.0 มากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วคิดเป็นร้อยละ 35.0 และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม ≥ 2 คิดเป็นร้อยละ 44.9

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรค ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
3-5	7	3.3	ความรู้ระดับต่ำมาก
6-9	55	25.7	ความรู้ระดับต่ำ
10-13	91	42.5	ความรู้ระดับปานกลาง
14-17	53	24.8	ความรู้ระดับสูง
18-20	8	3.7	ความรู้ระดับสูงมาก

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำมากคิดเป็นร้อยละ 3.3 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 25.7 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 42.5 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 24.8 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 3.7

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 214)

ความรู้	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
ด้านอาการและการรักษา	0-4	2.47	1.03	ความรู้ระดับปานกลาง
ด้านปัจจัยเสี่ยง	0-4	2.07	0.97	ความรู้ระดับปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	0-4	2.19	1.25	ความรู้ระดับปานกลาง
ด้านโภชนาการ	0-4	2.09	1.15	ความรู้ระดับปานกลาง
ด้านปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ	1-4	2.75	0.77	ความรู้ระดับปานกลาง
โดยรวม	3-20	11.57	3.46	ความรู้ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทางด้านอาการและการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 (SD = 1.03) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านอาการและการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.07 (SD = 0.97) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.19 (SD = 1.25) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.09 (SD = 1.15) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 (SD = 0.77) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ด้านปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.58 (SD = 3.46) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และร้อยละของความรุนแรงของโรคในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงและระดับความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก (n = 214)

ระดับ(คะแนน)	ด้านความรุนแรง		ด้านความทุกข์ทรมาน	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่เลย (0)	15	7.1	2	0.9
น้อย (1-3)	26	12.1	32	15.0
ปานกลาง (4-7)	78	36.4	75	35.0
มาก (8-10)	95	44.4	105	49.1
รวม	214	100	214	100

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีอาการเจ็บหน้าออกร้อยละ 7.1 มีอาการเจ็บหน้าอกระดับรุนแรงน้อยร้อยละ 12.1 มีอาการเจ็บหน้าอกระดับปานกลางร้อยละ 36.4 และมีอาการเจ็บหน้าอกระดับมากร้อยละ 44.4

ส่วนความทุกข์ทรมานของบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความทุกข์ทรมานร้อยละ 0.9 มีความทุกข์ทรมานระดับน้อยร้อยละ 15.0 มีความทุกข์ทรมานระดับปานกลางร้อยละ 35.0 และมีความทุกข์ทรมานระดับมากร้อยละ 49.1

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนร้อยละความรุนแรงของโรคในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
0-6	35	16.4	มีความรุนแรงของโรคระดับต่ำ
7-13	73	34.1	มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง
14-20	106	49.5	มีความรุนแรงของโรคระดับสูง

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรงของโรคระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 16.4 หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 34.1 และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 49.5

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของโรคของบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 214)

ความรุนแรงของโรครายด้าน	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
ด้านความรุนแรงของอาการ	0-10	6.28	3.09	ระดับปานกลาง
ด้านความทุกข์ทรมาน	0-10	6.87	2.92	ระดับปานกลาง
ความรุนแรงของโรคโดยรวม	0-20	13.15	5.94	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรงของโรคด้านความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.28 (SD = 3.09) มีความรุนแรงของโรคด้านด้านความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.87 (SD = 2.92) และมีความรุนแรงของโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.15 (SD = 5.94)

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละการรับรู้ความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วย	จำนวน(คน)	ร้อยละ	การแปลผล
8-31	18	8.4	การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคระดับน้อย
32-55	91	42.5	การรับรู้ถึงภาวะคุกคามระดับปานกลาง
56-77	105	49.1	การรับรู้ถึงภาวะคุกคามระดับมาก

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรครอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 8.4 การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรครอยู่ในระดับระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.5 และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรครอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 49.1 กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.65 (SD = 12.92) สำหรับด้านสาเหตุของโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้สาเหตุของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีความเห็นว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.6 รองลงมาคือการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 29.4 และความเครียดคิดเป็นร้อยละ 24.3

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)

การรับรู้ความเจ็บป่วย	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
การรับรู้ความเจ็บป่วย	8-77	52.65	12.92	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.65 (SD = 12.92)

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน(คน)	ร้อยละ	การแปลผล
16-27.02	51	23.8	ระดับน้อย
27.03-46.81	124	57.9	ระดับปานกลาง
46.45-57	39	18.3	ระดับมาก

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 23.8 มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 57.9 และมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 18.3

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย	16-57	36.92	9.89	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.92 (SD = 9.89)

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความวิตกกังวลในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน(คน)	ร้อยละ	การแปลผล
0.00	0	0	ไม่มีความวิตกกังวล
0.56-1.00	39	18.2	มีความวิตกกังวลระดับต่ำ
1.06-2.00	81	37.9	มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
2.06-3.00	89	41.6	มีความวิตกกังวลระดับสูง
3.06-3.22	5	2.3	มีความวิตกกังวลระดับสูงมาก

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีบุคคลที่ไม่มีความวิตกกังวลเลย กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 18.2 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 37.9 มากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 41.6 และมีความวิตกกังวลระดับสูงมากคิดเป็นร้อยละ 2.3

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 214)

ความกังวล	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
ความกังวลและกลัว	0.00-3.20	1.45	0.81	ระดับปานกลาง
พฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง	0.40-4.00	2.44	0.91	ระดับสูง
ความใส่ใจ	0.00-3.40	1.26	0.88	ระดับปานกลาง
ความปลอดภัยและการค้นหา	0.33-4.00	2.66	0.92	ระดับสูง
โดยรวม	0.56-3.22	1.87	0.72	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความวิตกกังวลด้านความกังวลและกลัวอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.45 (SD = 0.81) มีความวิตกกังวลด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 (SD = 0.91) มีความวิตกกังวลด้านความใส่ใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.26 (SD = 0.88) มีความวิตกกังวล

ด้านความปลอดภัยและการค้นหาอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 (SD = 0.92) และมีความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.87 (SD = 0.72)

ตารางที่ 16 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้สึกความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในบุคคล ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน(คน)	ร้อยละ	การแปลผล
23-53	63	29.4	ระดับต่ำ
54-84	129	60.3	ระดับปานกลาง
85-107	22	10.3	ระดับสูง

จากตารางที่ 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 29.4 มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 60.3 และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 10.3

ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในบุคคล ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 214)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
ด้านความคลุมเครือ	9-42	24.46	6.66	ระดับปานกลาง
ด้านความซับซ้อน	4-19	11.21	3.06	ระดับปานกลาง
ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน	7-32	20.75	4.95	ระดับปานกลาง
ด้านการไม่สามารถทำนาย	2-9	5.90	1.70	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 17 พบว่ากลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครืออยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.46 (SD = 6.66) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.21 (SD = 3.06) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการได้รับข้อมูลไม่สอดคล้องกันอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.75 (SD = 4.95) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.9 (SD = 1.70)

และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 65.29 (SD = 16.09)

ตารางที่ 18 แสดงจำนวน และร้อยละของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในความเจ็บป่วยในบุคคล ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)

ค่าคะแนนที่ เป็นจริง	จำนวน(คน)	ร้อยละ	การแปลผล
9-17	43	20.1	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ
18-34	126	58.9	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
35-52	45	21.0	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

จากตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 20.1 มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 58.9 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 21.0

ตารางที่ 19 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 214)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ค่าคะแนน ที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
การควบคุมอาการ	3-24	12.64	4.71	ระดับปานกลาง
การดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่	1-28	12.71	5.06	ระดับปานกลาง
โดยรวม	9-52	25.36	9.18	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการควบคุมอาการอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.64 (SD = 4.71) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.71 (SD = 5.06) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.36 (SD = 9.18)

ตารางที่ 20 แสดงจำนวน และร้อยละของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน(คน)	ร้อยละ	การแปลผล
12-36	23	10.7	ระดับต่ำ
37-60	110	51.4	ระดับปานกลาง
61-84	81	37.9	ระดับสูง

จากตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 10.7 มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.4 และหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 37.9

ตารางที่ 21 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 214)

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
จากครอบครัว	4-28	24.97	4.24	ระดับสูง
จากเพื่อน	4-28	17.02	7.52	ระดับปานกลาง
จากบุคคลอื่นๆ	3-28	13.17	7.66	ระดับปานกลาง
โดยรวม	12-84	55.16	14.72	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.97 (SD = 4.24) มีการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.02 (SD = 7.52) มีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.17 (SD = 7.66) และมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.16 (SD = 14.72)

ตารางที่ 22 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 214)

คะแนน	Min	Max	\bar{X}	SD	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	3.00	20.00	11.58	3.48	ระดับปานกลาง
ความรุนแรงของโรค	0.00	20.00	13.15	5.94	ระดับปานกลาง
การรับรู้ความเจ็บป่วย	8.00	77.00	52.65	12.92	ระดับปานกลาง
ความวิตกกังวล	0.56	3.22	1.87	0.72	ระดับปานกลาง
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	23.00	107.00	65.29	16.09	ระดับปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	9.00	52.00	25.36	9.18	ระดับปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	12.00	84.00	55.16	14.72	ระดับปานกลาง
ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย	16.00	57.00	36.92	9.89	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 22 พบว่ากลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.58 (SD = 3.48) มีความรุนแรงของโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.15 (SD = 5.94) มีการรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.65 (SD = 12.92) มีความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.87 (SD = 0.72) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.29 (SD = 16.09) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางคือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.36 (SD = 9.18) มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 55.16 (SD = 14.72) และมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.92 (SD = 9.89)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 23 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (n = 214)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	-.016	.410	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ความรุนแรงของโรค	.091	.092	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
การรับรู้ความเจ็บป่วย	.518	<.001	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ความวิตกกังวล	.643	<.001	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.659	<.001	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.701	<.001	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
การสนับสนุนทางสังคม	-.039	.283	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

จากตารางที่ 23 พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย ($r = .518$) ความวิตกกังวล ($r = .643$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = .659$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = -.701$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของ Cohen (2013) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r \leq 0.3$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $0.3 < r < 0.50$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r \geq 0.50$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ตารางที่ 24 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้า
ของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบ
ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ขั้นที่	ตัวทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	R ² Change	F	p-value
1	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.701	.492	.489	.492	205.062	<.001
2	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความวิตกกังวล	.799	.639	.635	.147	85.846	<.001
3	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย	.832	.692	.688	.054	36.610	<.001
4	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย การรับรู้ความเจ็บป่วย	.837	.701	.696	.009	6.326	<.05

จากตารางที่ 24 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนใน
ความเจ็บป่วย และการรับรู้ความเจ็บป่วย สามารถรวมทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความ
เจ็บป่วยได้ร้อยละ 69.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 25 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในรูปของคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของตัวแปรทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้จากการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ตัวทำนาย	B	S.E. _b	Beta	t	p-value
(Constant)	19.785	3.897		5.077	<.001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.333	.059	-.309	-5.634	<.001
ความวิตกกังวล	5.049	.583	.369	8.666	<.001
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.173	.029	.281	5.866	<.001
การรับรู้ความเจ็บป่วย	.092	.036	.119	2.515	.013

R = .837 R² = .701 Adjusted R² = .696 S.E. = 5.460

จากตารางที่ 25 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Beta = - .309) ความวิตกกังวล (Beta = .369) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Beta = .281) และการรับรู้ความเจ็บป่วย (Beta = .119) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

จากการวิเคราะห์ถดถอยสามารถสร้างสมการถดถอยรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 19.785 + 5.049x_1 + .173x_2 + .092x_3 - .333x_4$$

\hat{Y} = ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

X_1 = ความวิตกกังวล

X_2 = ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

X_3 = การรับรู้ความเจ็บป่วย

X_4 = การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากสมการคะแนนดิบ แสดงว่า ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะมีคะแนนเท่ากับ 19.785 เมื่อตัวแปรตัวอื่นๆ มีค่าเท่ากับ 0

เมื่อค่าความวิตกกังวลเปลี่ยนไป 1 คะแนน ค่าความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะเพิ่มขึ้น 5.049 คะแนน เมื่อควบคุมตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความเจ็บป่วย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้คงที่ เมื่อค่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเปลี่ยนไป 1 คะแนน ค่าความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะเพิ่มขึ้น .173 คะแนน เมื่อควบคุมตัวแปรความวิตกกังวล การรับรู้ความเจ็บป่วย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้คงที่ เมื่อค่าการรับรู้ความเจ็บป่วยเปลี่ยนไป 1 คะแนน ค่าความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะเพิ่มขึ้น .092 คะแนน เมื่อควบคุมตัวแปรความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้คงที่ เมื่อค่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปลี่ยนไป 1 คะแนน ค่าความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะลดลง .333 คะแนน เมื่อควบคุมตัวแปรความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการรับรู้ความเจ็บป่วยให้คงที่

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z \hat{y} = .369x_1 + .281x_2 + .119x_3 - .309x_4$$

$Z \hat{y}$ = ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

X_1 = ความวิตกกังวล

X_2 = ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

X_3 = การรับรู้ความเจ็บป่วย

X_4 = การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากสมการคะแนนมาตรฐานพบว่า คะแนนมาตรฐานของความวิตกกังวลในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบเพิ่มขึ้น .369 หน่วย คะแนนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบเพิ่มขึ้น .281 หน่วย คะแนนมาตรฐานของการรับรู้ความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบเพิ่มขึ้น .119 หน่วย และคะแนน

มาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลดลง 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคล ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันลดลง .-309 หน่วย

ทั้งนี้ บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มที่จะเกิดความรู้สึกกลัว ความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บเพิ่มขึ้น มีความวิตกกังวล มีความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ

1) เพื่อศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST elevation myocardial infarction และ Non-ST elevation myocardial infarction ภายใน 6 เดือน อายุ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลละ 107 คน รวมทั้งสิ้น 214 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกคือ 1) บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2) ยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย 3) มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ในบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในช่วงเดือนเมษายน 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 9 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉับยู่ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉับยู่ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และส่วนที่ 9 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index) จากผู้ทรงคุณวุฒิ

5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .70, 1, .77, .83, .94, .91, .92 และ 1 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคคลหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71, .84, .80, .81, .84 และ .89 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจาก ความรู้ การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple regression) แบบ Stepwise regression และสร้างสมการทำนาย

สรุปผลการวิจัย

1. บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 23.8 มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 57.9 มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 18.2 และบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 36.92$, $SD = 9.89$)

2. ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการรับรู้ความเจ็บป่วย สามารถร่วมทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 23.8 มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 57.9 มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 18.2 ซึ่งหากสรุปโดยรวมบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากบุคคลที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน (เกรียงไกร เสงร์รัมย์ และบุญจง แซ่จิ่ง, 2560; ฉัตรกมล ประจวบลาภ และดวงกมล วัตราดุลย์, 2563) อาการเจ็บแน่นหน้าอกอาจมีอาการปวดร้าวไปที่แขนซ้าย คอกราม หรือหลังได้ นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆ ที่พบร่วมได้ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืดเป็นลม (เกรียงไกร เสงร์รัมย์ และบุญจง แซ่จิ่ง, 2560; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) และบุคคลที่ประสบกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกจะเกิดการตอบสนองของร่างกายโดยส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาท Limbic บริเวณ Amygdala ซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางอารมณ์ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว (Sah, 2017; จุฑามาศ แหนจอน, 2558) บุคคลจะรู้สึกว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยของตนเองได้ บุคคลรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวว่าจะเสียชีวิต

กลัวความปวด กลัวอาการกำเริบ กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อน กลัวการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับความกลัวดังกล่าวเป็นความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย (Fait et al., 2018; อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข, 2565) หากบุคคลสามารถเผชิญกับความกลัวกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว (Dinkel & Herschbach, 2014) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคได้ (Messerli-Bürgy et al., 2015) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) ที่ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.67 ซึ่งบุคคลจะมีความกลัวเมื่อคิดว่าโรคจะเป็นมากขึ้น กลัวความเจ็บปวด กลัวการรักษาทางการแพทย์ที่มากขึ้น และกลัวว่ายาที่ใช้รักษาโรคจะมีอันตรายต่อร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของดารา วงษ์กวน (2560) พบว่าผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.38 และสอดคล้องกับการศึกษาของ (วรรณธรรมสนธิ์ ยุพิน อังสุโรจน์ และระพีณ ผลสุข, 2562) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวอยู่ในระดับปานกลาง เช่น กลัวความเจ็บปวด กลัวว่าจะเสียชีวิต และกลัวที่จะต้องแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

2. การศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการรับรู้ความเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อธิบายได้ดังนี้

2.1 การรับรู้ความเจ็บป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต บุคคลจะมีการรับรู้การเจ็บป่วยและให้ความหมายของการเจ็บป่วยจากประสบการณ์เรียนรู้ ความคิด ความเข้าใจทัศนคติและความเชื่อของแต่ละบุคคล (Broadbent et al., 2006) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าความเจ็บป่วยมีผลกระทบที่รุนแรงต่อชีวิตส่งผลให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นไปในทางลบทั้งในด้านการคิดรู้และด้านอารมณ์ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ทำให้บุคคลมักคิดว่าจะต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเป็นเวลานานร่วมกับเผชิญกับอาการของโรคที่ยังคงอยู่ (Alsén et al., 2010) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วยว่าเป็นภาวะคุกคามของโรคอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 49.1 เนื่องจากบุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วย มีอาการอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยจะคงอยู่นาน และความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่ออารมณ์ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารา วงษ์กวน (2560) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้รอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยในทางบวกจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และจากการศึกษาของ Shen et al. (2022) ที่ศึกษาอิทธิพลของข้อจำกัดทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการปลูกถ่ายสเต็มเซลล์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยในทางบวกส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2021) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรค และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยในทางบวกจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

2.2 ความวิตกกังวล

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวลสามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงถึงระดับสูงมากคิดเป็นร้อยละ 43.9 โดยกลุ่มตัวอย่างจะมีความวิตกกังวลด้านความวิตกกังวลและความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง เช่น ผลการทดสอบออกมาปกติ ผู้ป่วยจะยังกังวล

เรื่องหัวใจตนเองอยู่ดี กังวลว่าจะมีภาวะหัวใจวาย มีความวิตกกังวลด้านพฤติกรรมที่ต้องหลีกเลี่ยงอยู่ในระดับสูง เช่น การทำงานที่ต้องออกแรง การออกกำลังกายหรือกิจกรรมที่ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น กิจกรรมที่ทำให้เหงื่อชุ่ม และมีความวิตกกังวลด้านความปลอดภัยและการค้นหาข้อมูลอยู่ในระดับสูง เมื่อรู้สึกไม่ปลอดภัย ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างต้องการให้แพทย์ตรวจสุขภาพเป็นประจำและรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ใกล้โรงพยาบาลหรือหน่วยงานทางการแพทย์ เนื่องจากบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดความวิตกกังวลจากความรุนแรงของโรคที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ซึ่งความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญภาวะคุกคามต่อชีวิตทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจในสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหลังจากนี้บุคคลจะรับรู้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงต่อชีวิต (Eifert et al., 2000) ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยบุคคลที่มีความวิตกกังวลสูงจะส่งผลให้มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Fait et al. (2018) ที่ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการศึกษาของ Sharpe et al. (2022) ที่ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของการเจ็บป่วยของโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็งโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Waldenburger et al. (2020) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยและการกระตุ้นทางอารมณ์ในผู้รักหลังจากการปลูกฝังหัวใจเทียม พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

2.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 60.3 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษา และระบบบริการสุขภาพ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิม และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถ

ทำนายระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคซึ่งสอดคล้องกับ Mishel (1988) กล่าวว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยจะส่งผลให้บุคคลประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาสซึ่งหากบุคคลมีการประเมินว่าเป็นโอกาสจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเผชิญ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วย ว่าเป็นอันตรายจะส่งผลให้การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ใน การศึกษานี้บุคคลที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงอาจมี อาการอื่นร่วมด้วย เช่น ใจสั่น หายใจไม่สะดวก เหงื่อแตก บางรายที่อาการรุนแรงอาจมีหน้ามืดหมด สติหรือหัวใจหยุดเต้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564) ซึ่งเป็น ภาวะคุกคามต่อชีวิต บุคคลจะรู้สึกทรมานจากอาการและการรักษาที่เร่งด่วนทำให้บุคคลรู้สึกว่าภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรงและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่สามารถคาด เตาผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยและการดำเนินของโรคได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย ทำให้ปรับตัวต่อความ เจ็บป่วยได้ไม่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Parker et al. (2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความกลัวการลุกลาม และคุณภาพชีวิตของผู้ชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก พบว่า ความรู้สึกไม่ แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมลูกหมากได้ และจากการศึกษาของ Guo et al. (2022) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึก กลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu et al. (2022) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมชาวจีนโดยมีความรู้สึกไม่ แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นตัวแปรส่งผ่าน พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี ความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

2.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้า ของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58.9 โดยกลุ่มตัวอย่างมีการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านการควบคุมอาการอยู่ในระดับปานกลาง เช่น มีความมั่นใจว่าสามารถ

ควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้ด้วยการปรับเปลี่ยนกิจกรรมและการใช้ยา มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ เช่น มีมั่นใจว่าสามารถใช้ยาโรคหัวใจได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไปได้ และมีความมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้มากเท่าที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอและลดการดำเนินการของโรค ซึ่งสอดคล้องกับ Bandura (1978) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองโดยพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรม และสอดคล้องกับ Sullivan et al. (1998) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนคือการที่บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองเพื่อลดหรือป้องกันการดำเนินของโรค เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และจากการศึกษาของ Shim et al. (2018) ที่ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Giesler and Weis (2021) ที่ศึกษาสมรรถนะของผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยศึกษามิติของความสัมพันธ์ในการเผชิญกับปัญหา ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคและภาวะซึมเศร้า พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง

2.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ เนื่องจากเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 42.5 และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับสูงถึงสูงมากคิดเป็นร้อยละ 28.5 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในด้าน

อาการและการรักษา มีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านการออกกำลังกายด้านโภชนาการและปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญาถึงระดับปริญญาตรีเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 43.9 มีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า 2 โรคเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 44.9 มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วมากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 35.0 เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้วเกือบหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 32.5 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเจ็บป่วย มีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาซึ่งบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่กำลังเผชิญอยู่ มีการคิดอย่างมีเหตุผลจะช่วยให้สามารถปฏิบัติตนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การดูแลตนเองได้ดีจะส่งผลให้จัดการกับโรคได้ (Demir, 2019; Ghisi et al., 2016; Messerli-Bürgy et al., 2015; Sharpe et al., 2022; สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2558) และในสังคมไทยผู้ป่วยมักมีความมั่นใจในการรักษาของบุคลากรทางสุขภาพ และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด Polsook Papin et al. (2016) ทำให้ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) ที่ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Fait et al. (2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และจากการศึกษาของ Nielsen et al. (2018) ที่ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยต่อปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความรู้มีอิทธิพลต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.6 ความรุนแรงของโรค

จากการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ เนื่องจากเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับสูงคือได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญาถึงระดับปริญญาตรี

คิดเป็นร้อยละ 43.9 โดยบุคคลที่มีความรู้ มีการศึกษาสูงจะเข้าใจข้อมูลและรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จากบุคลากรทางสุขภาพ และสื่อต่าง ๆ ได้ดีกว่าจึงสามารถให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยได้ดีและเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาและวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกร่วมกับกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับสูงซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลพร้อมเผชิญกับความรูสึกกลัว และบุคคลที่มีความรู้และการสนับสนุนทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญกับระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาที่เร็วขึ้น (วริษา กันบัวลา นิภาวรรณ สามารถกิจ และภาวนา กิรติยุตวงศ์, 2558) บุคคลจึงได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เร็วขึ้นส่งผลให้บุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอาการเจ็บหน้าอกลดลงและความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกลดลงเนื่องจากระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นจะสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานโดยบุคคลที่มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากจะมีความทุกข์ทรมานมาก (Custers et al., 2018; เอ็มเดือน นิลพฤษ, 2561) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกและมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกอยู่ในระดับมากโดยบุคคลจะมีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงเฉียบพลัน และพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่ได้มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกแต่มาด้วยอาการแสดงอย่างอื่นแทน เช่น หอบสติ เหนื่อยเวลาออกแรง หายใจไม่ออก นอนราบไม่ได้ ใจสั่น เวียนศีรษะและหน้ามืด เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านความรุนแรงของอาการและด้านความทุกข์ทรมานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของอุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) ที่ศึกษาความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และจากการศึกษาของ Hall et al. (2017) ที่ศึกษาความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยระหว่างอาการทางกายและการรับรู้ความเครียดในผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าตนเองมีอาการรุนแรงก็จะส่งผลให้มีความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยสูงขึ้น นอกจากนี้ยังขัดแย้งกับการศึกษาของ Xiong et al. (2023) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการทางกายและ

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

2.7 การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ เนื่องจากมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.4 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและบุคคลอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 64.0 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นอย่างดี สอดคล้องกับปัจจุบันสังคมไทยมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวสามรุ่นเพิ่มมากขึ้นคือมีทั้งปู่ย่า ตายาย รุ่นลูกและรุ่นหลานอยู่รวมกัน (ณรงญา ตัญญาพัฒนกุล, 2563) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพร้อมเผชิญกับภาวะเครียด (Dinkel & Herschbach, 2014; Leifheit-Limson et al., 2012) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และจากบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพอยู่คิดเป็นร้อยละ 70.0 มีรายได้เฉลี่ย 25,840.18 บาท แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและบุคคลอื่น ๆ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อน คนรอบข้าง หรือบุคคลอื่น ๆ จะส่งผลให้สามารถปรับตัวได้ดี (Zimet et al., 1988) บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและปฏิบัติตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัยวรรณ ปีทมานุช และระพีณ ผลสุข (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Ghojazadeh Morteza et al. (2014) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดประสาทม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดความรู้สึกกลัว ความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนี้

1. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลดูแลบุคคลที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยเน้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การจัดการกับความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย
2. เป็นแนวทางการสอนโดยนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการศึกษาความรู้สึกกลัว ความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวและเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เช่น ระดับภูมิภาค ในการประเมินความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การจัดการกับความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อลดการเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

บรรณานุกรม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- เกรียงไกร เสงรัมย์ และบุญจง แซ่จิ่ง. (2560). *มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2560*. บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- เกื้อกุล โอฬารวัฒน์. (2561). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมควบคุมโรค. (2562). *ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก พ.ศ. 2562*. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2565. <http://thaincd.com>
- กรมควบคุมโรค. (2565). *รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ*. สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2566 จาก <https://online.fliphtml5.com/hvppv/evzj/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564*. สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2566 จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf>
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2558). *การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows*. (พิมพ์ครั้งที่10). กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- จันทนา หล่อตจะกุล. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ศม บัญมี. (2564). *ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: บทบาทของพยาบาลระดับทุติยภูมิ*. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(3), 95-106.
- จุฬามาศ แหนจอน. (2558). *มองกับอารมณ์: มหัตถจริยธรรมเชื่อมโยง*. วารสารราชพฤกษ์, 13(3).
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ และดวงกมล วัตราดุลย์. (2563). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในหญิงวัยหมดประจำเดือน*. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 31(1), 27-45.
- ชลิตา ปลาเงิน. (2550). *ประสบการณ์การเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วารสารพยาบาลศาสตร์, 25(2).
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2553). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่12). กรุงเทพฯ: ฐานบัณฑิต.
- ณัฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร. (2539). *ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ณรงญา ตัญญาพัฒน์กุล. (2563). เปิดบ้านครอบครัวไทยยุคใหม่: ความหลากหลายที่ไร้ขอบจำกัด. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2566 จาก <https://www.the101.world/thai-families-diversity-statistic>.
- ดวงกมล วัตตราดุลย์ และปัทมา พิระพันธ์. (2558). การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- ดารา วงษ์กวน. (2560). ปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์สุตา พรหมดนตรี. (2564). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ. วารสารสงขลานครินทร์, 41(3), 99-108.
- ชาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และดาราวรรณ ตะปันทา. (2535). แบบวัดความวิตกกังวลสปิลเบอร์เกอร์. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2565 จาก <http://www.cumentalhealth.com>
- นงศ์นุช แนงแก้ว. (2560). ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. เวชบัณฑิตศิริราช, 10(2).
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2554). การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: แนวคิดและการปฏิบัติ. จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.
- บุษบา สมใจวงษ์. (2553). อิทธิพลของอาการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ. (พิมพ์ครั้งที่ 8). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พรทิพย์ ไพศาลธรรม. (2561). ประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 29(1), 96-109.
- พัชณี ร่มตาล สุกัญญา สบายสุข และอรสา ไพรรุณ. (2560). มาตรฐานการรักษากลับเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2560. กรุงเทพฯ: บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.

- พัฒนาพร สุปินะ และนัดดา นานูฒิ. (2558). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
- พิมลรัตน์ พิมพ์ดี. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บอกต่อความสามารถในการจัดการกับอาการเจ็บอก สภาวะการทำหน้าที่ร่างกายและสภาวะอาการเจ็บอกในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รัตนา นิลล้อม. (2560). บทบาทพยาบาลในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 28(2), 28-37.
- ละอองดาว คำซาตา เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร และอัมพรพรรณ ชีรานุตร. (2561). โรคอ้วนลงพุง : สัญญาณอันตรายที่ต้องจัดการ. ศรีนครินทร์เวชสาร, 33(4).
- วรินทร์ พรหมสนธิ์ ยุพิน อังสุโรจน์ และระพีณ ผลสุข. (2562). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารแพทยนาวิ, 46(3), 592-606.
- วริษา กันบัวลา นิภาวรรณ สามารถกิจ และภาวนา กิรติยวงศ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 24(2), 21-36.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี2557. บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2564). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง พ.ศ. 2564. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. ทริค ดิจิทัล

- เสาวนีย์ เนาวพานิช. (2552). คู่มือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2558). *body of knowledge - knowledge - knowledge management (km)*. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม, 2565,. <http://legacy.orst.go.th>.
- สุเพียร โภคทิพย์. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยันแบบฉุกฉิน. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 33(1-3).
- สุนิสา แสงทองจรัสกุล. (2564). การตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติของหัวใจและหลอดเลือด. *วิสิญญ์สาร*, 47(1), 57-63.
- สุภาวรรณ ชินพันธุ์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(3).
- สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร. (2556). *พยาธิวิทยาของโรคหัวใจ*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หทัยชนก ไชยวรรณ และ เลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2558). ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(6), 1051-1059.
- อโนมา ศรีแสง. (2560). การใส่สายสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ (*Transradial Catheterization*). *เวชบันทึกศิริราช*, 10(2).
- อัมพิกา อินทร์อยู่. (2563). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- อุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพีณ ผลสุข. (2565). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก. *วารสารแพทยนาวิ*, 49(1), 150-166.
- เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.

ภาษาอังกฤษ

- Akbar, H., Foth, C., Kahloon, R. A., & Mountfort, S. (2022). *Acute ST Elevation Myocardial Infarction*. In StatPearls. StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.
- Allen, G. W. (1998). *The effect of fear on myocardial infarction patients in intensive care units*. The University of Alabama at Birmingham.
- Alsén, P., Brink, E., Persson, L.O., Brändström, Y., & Karlson, B. W. (2010). *Illness Perceptions After Myocardial Infarction: Relations to Fatigue, Emotional Distress, and Health-Related Quality of Life*. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2)
- Ambrose, J. A., & Barua, R. S. (2004). *The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update*. *Journal of the American college of cardiology*, 43(10), 1731-1737.
- Ann Fick, & Hillegass, E. (2017). *Ischemic cardiovascular conditions and other vascular pathologies*. 46-49.
- Bachar, B. J., & Manna, B. (2022). *Coronary Artery Bypass Graft*. In StatPearls. StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.
- Bandura, A. (1978). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1(4), 139-161.
- Barstow, C., Rice, M., & McDivitt, J. D. (2017, Feb 1). *Acute Coronary Syndrome: Diagnostic Evaluation*. *American Family Physician*, 95(3), 170-177.
- Basit, H., Malik, A., & Huecker, M. R. (2022). *Non ST Segment Elevation Myocardial Infarction*. In StatPearls. StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.
- Berger, J. S., Bhatt, D. L., Cannon, C. P., Chen, Z., Jiang, L., Jones, J. B., Mehta, S. R., Sabatine, M. S., Steinhubl, S. R., Topol, E. J., & Berger, P. B. (2009, Nov 17). *The relative efficacy and safety of clopidogrel in women and men a sex-specific collaborative meta-analysis*. *J Am Coll Cardiol*, 54(21), 1935-1945.

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). *The brief illness perception questionnaire*. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637.
- Brueck, M., Bandorski, D., Kramer, W., Wiecek, M., Höltgen, R., & Tillmanns, H. (2009). *A randomized comparison of transradial versus transfemoral approach for coronary angiography and angioplasty*. *JACC: Cardiovascular Interventions*, 2(11), 1047-1054.
- Burke, A. P., & Virmani, R. (2007). *Pathophysiology of Acute Myocardial Infarction*. *Medical Clinics of North America*, 91(4), 553-572.
- Burns, N., Grove, S. K., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Campeau, L. (1976). *Grading of angina pectoris*. *Circulation*, 54(3), 522-523.
- Chand, S. P., & Marwaha, R. (2022). *Anxiety*. In StatPearls. StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.
- Christman, N. J. (1990). *Uncertainty and adjustment during radiotherapy*. *Nursing Research*.
- 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), 1-6.
- Demir, S. (2019). *Evaluation of the quality of life of patients with acute coronary syndrome*. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(23), 138-144.
<https://doi.org/10.5543/khd.2019.06078>
- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications*. Sage publications.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). *The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations*. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38.
- Dillman, D. A. (2011). *Mail and Internet surveys: The tailored design method-2007 Update with new Internet, visual, and mixed-mode guide*. John Wiley & Sons.
- Dinkel, A., & Herschbach, P. (2014). *Fear of progression*. *Psycho-oncology*, 11-29.

- Dinkel, A., & Herschbach, P. (2018). *Fear of Progression in Cancer Patients and Survivors*. *Recent Results Cancer Research*, 210, 13-33.
- Dinkel, A., Marten-Mittag, B., & Krensreiter, K. (2021). *Association Between Daily Worry, Pathological Worry, and Fear of Progression in Patients With Cancer*. *Frontiers Psychology*, 12, 648623.
- Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. W., & Davig, J. (2000). *The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity*. *Behaviour research and therapy*, 38(10), 1039-1053.
- 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*, 53, 131-138.
- Fioranelli, M., Bottaccioli, A. G., Bottaccioli, F., Bianchi, M., Rovesti, M., & Roccia, M. G. (2018). *Stress and Inflammation in Coronary Artery Disease: A Review Psychoneuroendocrineimmunology-Based*. *Frontiers in immunology*, 9, 2031-2031.
- Frangogiannis, N. G. (2015). *Pathophysiology of Myocardial Infarction*. *Comprehensive Physiology*, 5(4), 1841-1875.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994, 1994/12/01/). *Why do people worry? Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
- Garcia, R. (2017, Sep). *Neurobiology of fear and specific phobias*. *Learn Mem*, 24(9), 462-471.
- Ghisi, G. L. d. M., Sandison, N., & Oh, P. (2016, 2016/03/01/). *Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV*. *Patient Education and Counseling*, 99(3), 443-447.
- Ghojzadeh Morteza, Mahnaz Taghizadeh, Salman Abdi, Saber Azami-Aghdash, Sasan Andalib, & Mehdi Farhoudi. (2014, 01/01). *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.

- Giesler, J. M., & Weis, J. (2021). *Patient competence in the context of cancer: its dimensions and their relationships with coping, coping self-efficacy, fear of progression, and depression*. *Supportive care in cancer*, 29(4), 2133-2143.
- Goyal, A., & Zeltser, R. (2022). *Unstable Angina*. In StatPearls. StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.
- Guimarães, P. O., & Tricoci, P. (2015). *Ticagrelor, prasugrel, or clopidogrel in ST-segment elevation myocardial infarction: which one to choose?* *Expert Opin Pharmacother*, 16(13), 1983-1995.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003, 2003/01/01). *A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations*. *Psychology & Health*, 18(2), 141-184.
- Hair, J., Anderson, R., Black, B., & Babin, B. (2016). *Multivariate Data Analysis*. Pearson Education. <https://books.google.co.th/books?id=LKOSAgAAQBAJ>
- Hall, D. L., Lennes, I. T., Pirl, W. F., Friedman, E. R., & Park, E. R. (2017, May). *Fear of recurrence or progression as a link between somatic symptoms and perceived stress among cancer survivors*. *Support Care Cancer*, 25(5), 1401-1407.
- Hari, R., Begré, S., Schmid, J. P., Saner, H., Gander, M. L., & von Känel, R. (2010). *Change over time in posttraumatic stress caused by myocardial infarction and predicting variables*. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(2), 143-150.
- Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukat, R., & 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.
- Hilton, B. (1989). *The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer*. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(1), 39-54.
- Hoffman, J. I. E. (2019). Chapter 30 - Multiple Regression. In J. I. E. Hoffman (Ed.), *Basic Biostatistics for Medical and Biomedical Practitioners (Second Edition)* (pp. 525-560). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817084-7.00030-9>

- Hong, Y. J., Jeong, M. H., Choi, Y. H., Ko, J. S., Lee, M. G., Kang, W. Y., Lee, S. E., Kim, S. H., Park, K. H., & Sim, D. S. (2009). *Plaque characteristics in culprit lesions and inflammatory status in diabetic acute coronary syndrome patients*. *JACC: Cardiovascular Imaging*, 2(3), 339-349.
- House, J. S. (1983). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Series on Occupational Stress.
- Iles-Smith, H., Deaton, C., Campbell, M., Mercer, C., & McGowan, L. (2017, Nov). *The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention*. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3511-3518.
- Inyoo, A., & Polsook, R. (2022). *Validity and Reliability of the Thai Version of the Cardiac Anxiety Questionnaire-Revised Among Thai Cardiac Patients*. *Journal of Health Science and Medical Research*.
- Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliott, D., Cameron-Traub, E., Wade, V., Chin, C., & Salamonson, Y. (2000, Dec). *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.
- Jardine, D. L., Wieling, W., Brignole, M., Lenders, J. W. M., Sutton, R., & Stewart, J. (2018). *The pathophysiology of the vasovagal response*. *Heart Rhythm*, 15(6), 921-929.
- 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.
- Katakami, N. (2018, Jan 1). *Mechanism of Development of Atherosclerosis and Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus*. *J Atheroscler Thromb*, 25(1), 27-39.
- Kayaniyil, S., Ardern, C. I., Winstanley, J., Parsons, C., Brister, S., Oh, P., Stewart, D. E., & Grace, S. L. (2009, 2009/04/01/). *Degree and correlates of cardiac knowledge and awareness among cardiac inpatients*. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 99-107.

- Khatana, C., Saini, N. K., Chakrabarti, S., Saini, V., Sharma, A., Saini, R. V., & Saini, A. K. (2020). *Mechanistic insights into the oxidized low-density lipoprotein-induced atherosclerosis*. *Oxidative medicine and cellular longevity*, 2020.
- Krebs, E. E., Carey, T. S., & Weinberger, M. (2007, Oct). *Accuracy of the pain numeric rating scale as a screening test in primary care*. *J Gen Intern Med*, 22(10), 1453-1458.
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151-160.
- La Rovere, M. T., Gorini, A., & Schwartz, P. J. (2022). *Stress, the autonomic nervous system, and sudden death*. *Autonomic Neuroscience*, 237, 102921.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Lee, P. M., & Gerriets, V. (2023). *Nitrates*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright © 2023, StatPearls Publishing LLC.
- Leifheit-Limson, E. C., Reid, K. J., Kasl, S. V., Lin, H., Buchanan, D. M., Jones, P. G., Peterson, P. N., Parashar, S., Spertus, J. A., & Lichtman, J. H. (2012, Jul). *Changes in social support within the early recovery period and outcomes after acute myocardial infarction*. *J Psychosom Res*, 73(1), 35-41.
- Liu, Q. W., Qin, T., Hu, B., Zhao, Y. L., & Zhu, X. L. (2021, Dec). *Relationship between illness perception, fear of progression and quality of life in interstitial lung disease patients: A cross-sectional study*. *J Clin Nurs*, 30(23-24), 3493-3505. <https://doi.org/10.1111/jocn.15852>
- Lu, X. T., Zhao, Y. X., Zhang, Y., & Jiang, F. (2013, Jul). *Psychological stress, vascular inflammation, and atherogenesis: potential roles of circulating cytokines*. *Journal Cardiovasc Pharmacol*, 62(1), 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.04.006>
- Mechanic, O. J., Gavin, M., & Grossman, S. A. (2022). *Acute Myocardial Infarction*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.

- 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)]*. *Z Psychosom Med Psychother*, 52(3), 274-288.
- 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.
- Messerli-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.
- Mishel, M. H. (1988). *Uncertainty in illness*. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mitchell, M. D., Hong, J. A., Lee, B. Y., Umscheid, C. A., Bartsch, S. M., & Don, C. W. (2012). *Systematic review and cost-benefit analysis of radial artery access for coronary angiography and intervention*. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 5(4), 454-462.
- Mitchell, P. H., Powell, L., Blumenthal, J., Norten, J., Ironson, G., Pitula, C. R., Froelicher, E. S., Czajkowski, S., Youngblood, M., & 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.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). *The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)*. *Psychology and health*, 17(1), 1-16.
- Nasir, K., Michos, E. D., Rumberger, J. A., Braunstein, J. B., Post, W. S., Budoff, M. J., & Blumenthal, R. S. (2004). *Coronary artery calcification and family history of premature coronary heart disease: sibling history is more strongly associated than parental history*. *Circulation*, 110(15), 2150-2156.

- Nielsen, J., Saliger, J., Montag, C., Markett, S., Nöhring, C., & Karbe, H. (2018). *Facing the unknown: fear of progression could be a relevant psychological risk factor for depressive mood states among patients with multiple sclerosis*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3), 190-192.
- Nieveen, J. L., Zimmerman, L. M., Barnason, S. A., & Yates, B. C. (2008, Jan-Feb). *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, Nov-Dec). *Pain and Anxiety in Rural Acute Coronary Syndrome Patients Awaiting Diagnostic Cardiac Catheterization*. *J Cardiovasc Nurs*, 30(6), 546-557.
- Ojha, N., & Dhamoon, A. S. (2020). *Myocardial infarction*. *StatPearls [Internet]*.
- Oranta, O., Luutonen, S., & Leino-Kilpi, H. (2013). *Supporting and inhibiting factors in recovery experienced by the patients after myocardial infarction during an 18-month follow-up*. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(2), 19.
- Parker, P. A., Davis, J. W., Latini, D. M., Baum, G., Wang, X., Ward, J. F., Kuban, D., Frank, S. J., Lee, A. K., Logothetis, C. J., & Kim, J. (2016, Mar). *Relationship between illness uncertainty, anxiety, fear of progression and quality of life in men with favourable-risk prostate cancer undergoing active surveillance*. *British Journal of International*, 117(3), 469-477.
- Polsook, R., Aunguroch, Y., & Thanasilp, S. (2013). *Factors predicting medication adherence among Thai post myocardial infarction patients*. *Journal of Health Research*, 27(4), 211-216.
- Reed, G. W., Rossi, J. E., & Cannon, C. P. (2017, 2017/01/14/). *Acute myocardial infarction*. *The Lancet*, 389(10065), 197-210.
- 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.
- Ryan, M., & Farrelly, M. (2009, Sep). *Living with an unfixable heart: a qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure*. *European Journal Cardiovascular Nursing*, 8(3), 223-231.
- Sah, P. (2017, Sep 27). *Fear, Anxiety, and the Amygdala*. *Neuron*, 96(1), 1-2.

- Saleh, M., & Ambrose, J. A. (2018). *Understanding myocardial infarction*. *Research*, 7, Faculty Rev-1378.
- 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.
- Sharpe, L., Michalowski, M., Richmond, B., Menzies, R., & Shaw, J. (2022). *Fear of Progression in chronic illnesses other than cancer: A systematic review and meta-analysis of a transdiagnostic construct*. *Health Psychology Review*, 1-40.
- Shen, Z., Shi, S., Li, C., & Ruan, C. (2022). *The influence of social constraints on the quality of life of hematopoietic stem cell transplantation survivors: The chain mediating effect of illness perceptions and the fear of cancer recurrence*. *Front Psychol*, 13, 1017561.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1017561>
- 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.
- Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2011). *Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma*. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 263-278.
- Shi, W. Y., & Smith, J. A. (2018). *Role of Coronary Artery Bypass Surgery in Acute Myocardial Infarction*. In T. J. Watson, P. J. L. Ong, & J. E. Tcheng (Eds.), *Primary Angioplasty: A Practical Guide* (pp. 211-221).
- Shim, E. J., Lee, J. W., & Min, Y. H. (2018, Feb). *Does depression decrease the moderating effect of self-efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer?*. *Psychooncology*, 27(2), 539-547.
- Sowattanagoon, N., Kotchabhakdi, N., & Petrie, K. (2009, 04/01). *The influence of Thai culture on diabetes perceptions and management*. *Diabetes research and clinical practice*, 84, 245-251. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2009.02.011>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1983). *State-trait anxiety inventory STAI (Form Y)*. Mind Garden.

- Steca, P., Greco, A., Monzani, D., Politi, A., Gestra, R., Ferrari, G., Malfatto, 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.* *Psychol Health*, 28(7), 765-783.
- Stevens, S., & Thomas, S. P. (2012). *Recovery of midlife women from myocardial infarction.* *Health Care Women Int*, 33(12), 1096-1113.
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and practice of psychiatric nursing-e-book.* Elsevier Health Sciences.
- Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Russo, J., & Katon, W. J. (1998, Jul-Aug). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosom Med*, 60(4), 473-478.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics* (Vol. 6). Pearson Boston, MA.
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., & White, H. D. (2018, Oct 30). *Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018).* *J Am Coll Cardiol*, 72(18), 2231-2264.
- Tibaut, M., Mekis, D., & Petrovic, D. (2017). *Pathophysiology of Myocardial Infarction and Acute Management Strategies.* *Cardiovasc Hematol Agents Med Chem*, 14(3), 150-159.
- Tinakon, W., & Nahathai, W. (2012). *A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale.* *Psychiatry investigation*, 9(1), 54.
- Tulloch, H., Greenman, P. S., & Tassé, V. (2014, Dec 23). *Post-Traumatic Stress Disorder among Cardiac Patients: Prevalence, Risk Factors, and Considerations for Assessment and Treatment.* *Behavioral Science (Basel)*, 5(1), 27-40.
- Wagner, T., Augustin, M., Blome, C., Forschner, A., Garbe, C., Gutzmer, R., Hauschild, A., Heinzerling, L., Livingstone, E., & Loquai, C. (2018). *Fear of cancer progression in patients with stage IA malignant melanoma.* *European Journal of Cancer Care*, 27(5), e12901.

- Waldenburger, N., Steinecke, M., Peters, L., Jünemann, F., Bara, C., & Zimmermann, T. (2020). Depression, anxiety, fear of progression, and emotional arousal in couples after left ventricular assist device implantation. *ESC Heart Failure*, 7(5), 3022-3028.
- Wang, A., Lella, L. K., & Brener, S. J. (2016, Nov/Dec). *Efficacy and Safety of Prasugrel Compared With Clopidogrel for Patients With Acute Coronary Syndrome Undergoing Percutaneous Coronary Intervention*. *Am J Ther*, 23(6), e1637-e1643.
- Wang, K.-F., Chang, C.-C., Hsu, C.-Y., Lee, C.-W., Lin, C.-H., & Chiang, C.-E. (2015). *Fainting After Chest Pain*. *Acta Cardiologica Sinica*, 31(3), 241-244.
- Whitley, G. G. (1992). *Concept analysis of fear*. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 3(4), 155-161.
- World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases*. Retrieved 10 October 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Xiong, J., Qin, J., Zheng, G., Gao, Y., & Gong, K. (2023, Sep 5). *The relationship between symptom perception and fear of progression in patients with chronic heart failure: a multiple mediation analysis*. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 22(6), 638-646.
- Yang, Y., Sun, H., Liu, T., Zhang, J., Wang, H., Liang, W., Chen, Y., & Zhang, B. (2018, 2018/11/01/). *Factors associated with fear of progression in chinese cancer patients: sociodemographic, clinical and psychological variables*. *Journal of Psychosomatic Research*, 114, 18-24.
- Yu, Z., Sun, D., & Sun, J. (2022). Social support and fear of cancer recurrence among Chinese breast cancer survivors: the mediation role of illness uncertainty. *Frontiers in Psychology*, 13, 864129.
- 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

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ชื่อ- นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผศ.นพ.เกรียงศักดิ์ พูนีกุล	อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาอายุรศาสตร์ โรคหัวใจ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. ผศ.ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์	อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ภัทรสิริ พจมานพงศ์	อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
4. พว.เสาวนีย์ เนาวพานิช	พยาบาลชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล อายุรศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจ และหลอดเลือด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผศ.ดร.รัชนีกร อุปเสน	อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๔๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวซาลินี ปุรินทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของควมเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ เกรียงศักดิ์ พูนินกุล รองหัวหน้าภาควิชา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด สาขาเชี่ยวชาญอายุรศาสตร์ทั่วไป อายุรศาสตร์โรคหัวใจและความดันโลหิตสูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เทพเทพร อุทิต)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ เกรียงศักดิ์ พูนินกุล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๕๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๑

ชื่อนิสิต

นางสาวซาลินี ปุรินทะ โทร. ๐๙-๐๖๖๙-๕๙๑๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๔๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวซาลินี ปุรินทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกล้มแล้วความก้าวหน้าของควมเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๑

ชื่อนิสิต

นางสาวซาลินี ปุรินทะ โทร. ๐๙-๐๒๖๙-๕๕๑๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๐๔๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชาลินี ปุรินทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของควมเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ภัทรสิริ พงมานพงศ์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ภัทรสิริ พงมานพงศ์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๑

ชื่อนิสิต

นางสาวชาลินี ปุรินทะ โทร. ๐๙-๐๒๖๙-๕๙๑๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๔๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชาลินี ปุรินทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเสาวนีย์ เนาวพานิชพยาบาลชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาลอายุรศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาฯชื่อนิสิต

นางสาวเสาวนีย์ เนาวพานิช

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๘๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๑

นางสาวชาลินี ปุรินทะ โทร. ๐๙-๐๒๖๙-๕๕๑๔



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. ๘๑๑๓๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ที่ พบ. ๑๒๒๘

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชาลินี ปุรินทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๑
นางสาวชาลินี ปุรินทะ โทร. ๐๙-๐๒๖๙-๕๙๑๔

ภาคผนวก ข
จดหมายขอความอนุเคราะห์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



Mark Sullivan Jul 5, 2022
to me ▾



Ms Purinta

You are free to use our attached scale as long as you cite our original paper and send us any translations of the scale that you make.

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

Adjunct Professor, Anesthesiology and Pain Medicine, Bioethics and Humanities

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

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

www.markdsullivan.org

amazon.com/author/markdsullivan

...

CARDIAC SELF-
efficacy quest.d...

 Doc





Zimet, Gregory D Jul 4, 2022
to me ▾



Dear Chalinee Purinta,

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.

It may be unnecessary for you to translate the MSPSS into Thai, as there is an existing validated Thai translation. I have attached the translation 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

Pronouns: He/Him/His

410 W. 10th Street | HS 1001

Indianapolis, IN 46202

+1.317.274.8812 tel

gzimet@iu.edu

 Elizabeth Broadbent Jul 5, 2022
to me ▾ ↩ ...

Dear Chalinee

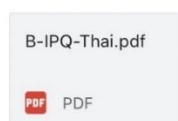
You have my permission to use the Brief IPQ for this study.


I have attached the Thai version

Kind regards

Liz

...



 Gabriela Melo Ghisi Jul 5, 2022
to me ▾ ↩ ...

Hello Chalinee

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

Please accept this email as my permission for use of the tool in your studies.

Note the following:

1. There are 3 versions of CADE-Q: CADE-Q, CADE-Q II and CADE-Q SV. I suggest that you use the SV (short version) as it is the latest and easy for patients to complete
2. You can find all information about these tools here: <https://cadeq.wordpress.com/>
3. When you create your version (i.e. translate to your language) please send me the translation so I can post on my website and acknowledge you. Here is the page with all versions: <https://cadeq.wordpress.com/languagetranslations/> (note we have the SV in Thai, so maybe you can use that version for your studies if you choose to go with the short version).

Let me know if you have any questions,

Gabriela



Georg Eifert Aug 3, 2022
to me ▾



Dear Chalinee,

You may use the CAQ for your research project. If your work ends up being published, please acknowledge the source:

Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Haddad, J., Frazer, N. L., & Davig, J. (2000). The Cardiac Anxiety Questionnaire: Development and preliminary validity. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1039-1053.

With very best wishes,

Georg Eifert, Ph.D.
Chapman University Professor Emeritus of Psychology
[92 Park Forest Dr. | Port Angeles | WA 98362 | U.S.A.](#)
Phone: 1-714-613-2642 |
[Email: eifertgeorg@gmail.com](mailto:eifertgeorg@gmail.com)

My website: www.dreifert.com

Dr. Eifert's books in English: <http://www.amazon.com/-/e/B003Q3FWGA>

Dr. Eifert's books in German: http://www.amazon.de/Georg-H.-Eifert/e/B00455KQ78/ref=ntt_athr_dp_pel_pop_1

On Jul 4, 2022, at 01:17, Chalinee Purinta <chalineepu26@gmail.com> wrote:



Mehnert, Anja Aug 11, 2022
to me ▾



Dear Chalinee Purinta,

Please feel free to use the Questionnaire attached.

Kind regards,

Anja

Von: Chalinee Purinta <chalineepu26@gmail.com>

Gesendet: Dienstag, 9. August 2022 11:08

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

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



me Jul 4, 2022
to mishel ▾



Dear Dr. Merle H. Mishel,

I hope this mail finds you well, My name is Chalinee Purinta, a master's student of faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand.
I am developing the thesis entitled, "Factors predicting fear of illness progression among persons with post-acute myocardial infarction"
The purpose of study aims to examine the impact of knowledge, severity of illness, illness perception, social support, self-efficacy, uncertainty in illness, anxiety, and fear of illness progression among persons with post-acute myocardial infarction.

I am interested in your tool as found in, "23-items The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form (MUIS-C)" by Mishel, (1989).
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,
Chalinee Purinta
Master's student, Faculty of Nursing
Chulalongkorn University



คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 1687
วันที่: 24 สิงหาคม 2565 เวลา: 10:27



ที่ อว 8393(8).7/ 684

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200

18 สิงหาคม 2565

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว 64.11/00946 ลงวันที่ 2 สิงหาคม 2565

ตามที่ นางสาวชาลินี ปุรินทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคล ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ “แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุง [(Revised) Thai Version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (r-Thai MSPSS)]” จากงานวิจัย เรื่อง “A Revised Version of the Thai Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)” ของศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณททัย วงศ์ปการันย์ และศาสตราจารย์ นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันย์ ตีพิมพ์ใน The Spanish Journal of Psychology, 15(3), 1503-1509, 2555 ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุง ทั้งนี้ได้แนบแบบสอบถามและ เอกสารอ้างอิงมาพร้อมนี้แล้ว อนึ่งขอให้อนุญาตใช้เครื่องมือ MSPSS จาก Prof. Zimet ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

เรียน รองคณบดี

เพื่อทราบ และสำเนาเอกสารให้ นิสิตดำเนินการต่อไป

29 สิงหาคม 2565 เวลา 08:28

29 สิงหาคม 2565 เวลา 10:42

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โทร ๐ 5393 5422
โทรสาร ๐ 5393 5426

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณททัย วงศ์ปการันย์)
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

รับทราบและดำเนินการตามเสนอ

29 สิงหาคม 2565

เลขที่รับ 1128 FON-CU-THESIS11
วันที่ 1 สิงหาคม 2565
เวลา 15.42 น.
ผู้รับ ศิริโรยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขอบหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวชาลิณี ปุรินทะ รหัสนิต 6 3 7 0 0 1 0 2 3 6

โทรศัพท์มือถือ	0	9	0	2	6	9	5	9	1	4	ประกาศหัวข้อ ฉบับที่	1	6	/	2	5	6	4	หน้าที่	0	2
E-MAIL: chalinepu26@gmail.com																					

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้สึไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
- ชื่อวิทยานิพนธ์ อิทธิพลของอาการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวบุษบา สมใจวงษ์
- อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ) รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2553

เรียน รองคณบดี ผ่าน รศ.ดร.สุรพร ธนศิลป์

เพื่อพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย ลงนาม **ชาลิณี ปุรินทะ** ผู้ยื่นคำร้อง

ของนางสาวบุษบา สมใจวงษ์ ซึ่งมี รศ.ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา นางสาวชาลิณี ปุรินทะ)

และขอเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาในการอนุญาตการขอใช้เครื่องมือวิจัย 1 / ส.ค. / 2565

<p style="text-align: center;">ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>เห็นชอบให้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป</p> <p>18 สิงหาคม 2565 เวลา 16:37</p> <p>ลงนาม <i>ศิริโรยา</i> (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข) 1 / ส.ค. / 2565</p>	<p style="text-align: center;">ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>เห็นชอบให้ขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าว</p> <p>ลงนาม <i>สุรพร ธนศิลป์</i> (รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์) 24 สิงหาคม 2565</p>
<p style="text-align: center;">อนุญาต</p> <p>19 สิงหาคม 2565 เวลา 07:53</p> <p>ลงนาม <i>me</i> (รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ) รองคณบดี ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/...../.....</p>	

* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชกฤศ ยุพาทัง โทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

** ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th

เลขที่รับ 1127

วันที่ 1 สิงหาคม 2565 F0565-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ผู้รับ ศิริโรยา

เวลา 15.41 น.

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวชาลินี ปุรินทะ

รหัสนิสิต

6 3 7 0 0 1 0 2 3 6

โทรศัพท์มือถือ	0	9	0	2	6	9	5	9	1	4	ประกาศหัวข้อ ฉบับที่	1	6	/	2	5	6	4	หน้าที่	0	2
E-MAIL: chalinepu26@gmail.com																					

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ และแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลทั่วไป
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ พันตรีหญิงเกื้อกุล โอหารวัฒน์
- อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2561

เรียน รองคณบดี

เพื่อพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย

ลงนาม **ชาลินี ปุรินทะ** ผู้ยื่นคำร้อง

ของพันตรีหญิงเกื้อกุล โอหารวัฒน์ ซึ่งมี ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาชาลินี ปุรินทะ)

1 / ส.ค. / 2565

<p>18 สิงหาคม 2565 เวลา 13:58</p> <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>เห็นชอบให้นิสิตขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป</p> <p>ลงนาม <i>[Signature]</i></p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)</p> <p>1 / ส.ค. / 2565</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม</p> <p>(.....)</p> <p>...../...../.....</p>
---	--

<p><i>[Signature]</i></p> <p>19 สิงหาคม 2565 เวลา 07:52</p>	<p>อนุญาต</p> <p>ลงนาม .. <i>[Signature]</i></p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)</p> <p>รองคณบดี</p> <p>ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p> <p>...../...../.....</p>
---	--

* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชชกฤต ยุกาภัก โทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

** ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th

เลขที่รับ 1124 FON-CU-THESIS11

วันที่ 1 สิงหาคม 2565

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เวลา 15.38 น.

ผู้รับ ศิริโรยา

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวชาลินี ปุรินทะ

รหัสบัณฑิต

6 3 7 0 0 1 0 2 3 6

โทรศัพท์มือถือ 0 9 0 2 6 9 5 9 1 4 ประกาศหัวข้อ ฉบับที่ 1 6 / 2 5 6 4 หน้าที่ 0 2

E-MAIL: chalineepu26@gmail.com

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคลำไส้เนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวดาราร วงษ์กวน
- อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2560

เรียน รองคณบดี

เพื่อพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย

ลงนาม ชาลินี ปุรินทะ ผู้ยื่นคำร้อง

ของนางสาวดาราร วงษ์กวน ซึ่งมี ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาชาลินี ปุรินทะ)

1 / ส.ค. / 2565

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>เห็นชอบให้หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป</p> <p>ลงนาม <i>Chitapan</i> ✓</p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)</p> <p>1 / ส.ค. / 2565</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม</p> <p>(.....)</p> <p>...../...../.....</p>
--	--

อนุญาต

ลงนาม *kye*

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

...../...../.....

18 สิงหาคม 2565 เวลา 11:27

* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชกฤต ยูพากิ่ง โทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

** ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th

เลขที่รับ 1125
วันที่ 1 สิงหาคม 2565
FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ผู้รับ ศิริโรยา

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวชาลินี ปุรินทะ รหัสนิสิต 6 3 7 0 0 1 0 2 3 6

โทรศัพท์มือถือ 0 9 0 2 6 9 5 9 1 4 ประกาศหัวข้อ ฉบับที่ 1 6 / 2 5 6 4 หน้าที่ 0 2

E-MAIL: chalinepu26@gmail.com

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวอัมพิกา อินทรอยู่
- อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2563

เรียน รองคณบดี ผ่าน ผศ.ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

เพื่อพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย

ลงนาม **ชาลินี ปุรินทะ** ผู้ยื่นคำร้อง

ของ นางสาวอัมพิกา อินทรอยู่ ซึ่งมี ผศ.ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา (นางสาวชาลินี ปุรินทะ)

และขอเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาในการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย 1 / ส.ค. / 2565

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>เห็นชอบให้ผลิตขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป</p> <p>ลงนาม <i>[Signature]</i> (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข) 1 / ส.ค. / 2565</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์</p> <p>..... ลงนาม <i>[Signature]</i> (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข) / /</p>
--	---

[Signature]
18 สิงหาคม 2565 เวลา 11:28

อนุญาต

ลงนาม *[Signature]*
(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
..... / /

* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชกฤศ ยูพากิ่ง โทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

** ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th

เลขที่รับ 1126

วันที่ 1 สิงหาคม 2565 EON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เวลา 15.40 น.

ผู้รับ ศิริโรยา

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวชาลินี ปุรินทะ

รหัสนิสิต

6 3 7 0 0 1 0 2 3 6

โทรศัพท์มือถือ	0 9 0 2 6 9 5 9 1 4	ประกาศหัวข้อ ฉบับที่	1 6 / 2 5 6 4	หน้าที่	0 2
E-MAIL: chalineepu26@gmail.com					

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินการรับรู้การเจ็บหน้าอก
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นาวาตรีหญิงเอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์
- อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ) รองศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2559

เรียน รองคณบดี ผาน ผศ.ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

เพื่อพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย

ลงนาม ชาลินี ปุรินทะ ผู้ยื่นคำร้อง

ของนาวาตรีเอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ ซึ่งมี ผศ.ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)

และขอเสนอแนะอาจารย์ที่ปรึกษาในการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

1 / ส.ค. / 2565

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>เห็นชอบให้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป</p> <p>ลงนาม <i>ศิริโรยา</i> ✓</p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)</p> <p>1 / ส.ค. / 2565</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในกรณีวิทยานิพนธ์.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม <i>ศิริโรยา</i> ✓</p> <p>(.....18 สิงหาคม 2565.....)</p> <p>...../...../.....</p>
---	---

ศิริโรยา

18 สิงหาคม 2565 เวลา 11:28

อนุญาต

ลงนาม .. *ศิริโรยา*

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

...../...../.....

* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชกฤศ ยูพากิ่ง โทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

** ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th

ภาคแผนก ค

จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
และใบรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๑๑๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๖ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชาลินี ปุรินทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวชาลินี ปุรินทะ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th
รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๑
นางสาวชาลินี ปุรินทะ โทร. ๐๙-๐๒๖๙-๕๙๑๔



ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๑๑๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๖ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ข้อเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชาลินี ปุรินทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวชาลินี ปุรินทะ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๑

นางสาวชาลินี ปุรินทะ โทร. ๐๙-๐๒๖๙-๕๙๑๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๐๕๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๑ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชาลินี ปุรินทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แผนกโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน ๑๐๗ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของโรค แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบประเมินความรู้สึกล้วความก้าวหน้าในความเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวชาลินี ปุรินทะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และ หัวหน้าแผนกโรคหัวใจและหลอดเลือด
โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th
รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๑
นางสาวชาลินี ปุรินทะ โทร. ๐๙-๐๒๖๙-๕๙๑๔



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๑๑๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชาลินี ปุรินทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของภาวะเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แผนกโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน ๑๐๗ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บหน้าอก แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ทุกวันจันทร์ เวลา ๐๘.๐๐- ๑๒.๐๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวชาลินี ปุรินทะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล, หัวหน้าแผนกโรคหัวใจและหลอดเลือด
โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th
รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๑
นางสาวชาลินี ปุรินทะ โทร. ๐๙-๐๒๖๙-๕๙๑๔



ใบรับรองโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย
โรงพยาบาลพระนครราชสีมา

ชื่อโครงการ (ไทย) : ปัจจัยทำนายความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ชื่อโครงการ (อังกฤษ) : FACTORS PREDICTING FEAR OF ILLNESS PROGRESSION AMONG PERSONS WITH POST ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวชาลินี ปุรินทะ

เลขที่ใบรับรอง : 8/2566 รหัสโครงการวิจัย : 66-2-006-0

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภทโครงการวิจัย: โครงการวิจัยภายใน โครงการวิจัยภายนอก

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย
- 2) วิธีการวิจัยที่เหมาะสมและได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของ กลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย
- 3) การดำเนินงานวิจัยเหมาะสม ไม่ก่อความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัย

วันที่รับรอง : 28 กุมภาพันธ์ 2566

วันหมดอายุการรับรอง : 27 กุมภาพันธ์ 2567

เอกสารนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบและมีมติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลพระนครราชสีมา ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลพระนครราชสีมา ได้ตามเงื่อนไขและแนวทางที่เจ้าของโครงการเสนอมา

ลงนาม.....
(นายศุภวุฒิ พงศ์วิรัตน์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย

RL 01_2563



The Institutional Review Board, Royal Thai Army Medical Department

317/5Rajavithi Road, Rajathevee, Bangkok 10400, Thailand

No. IRBRTA.....0363...../2023

Code: Q005q/66_Exp

Title of Project: Factors predicting fear of illness progression among persons with post-acute myocardial infarction.

Protocol No.: -

Principal Investigator: Miss Chalinee Purinta

Name of Department: Faculty of Nursing Chulalongkorn University.

Study Site: Phramongkutklao Hospital

Approval documents	Reference (e.g. version and date)
Research protocol	(1) Submission Form for Ethical Review; Version 1 dated 10 Feb 2023 (2) Research Proposal; Version 2 dated 14 Mar 2023
Questionnaire	(3) Questionnaire; Version 1 dated 14 Mar 2023
Informed Document	(4) Information sheet and Informed Consent; Version 2 date 14 Mar 2023
Other	(5) Poster; Version 1 date 14 Mar 2023
Curriculum Vitae (CVs)	(6) Miss Chalinee Purinta; Version 1 dated 7 Jan 2023 (7) Assoc. Prof. Pol. Capt. Dr. Rapin Polsook; dated 10 Feb 2023 (8) Capt. Priyaporn Phruksahiran; Version 1 dated 10 Feb 2023

The aforementioned documents have been reviewed and approved by the Institutional Review Board, Royal Thai Army Medical Department in compliance with international guidelines such as Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use - Good Clinical Practice (ICH - GCP)

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

RL 01_2563

Date of Approval: 20 March 2023
 Date of Expiration: 19 March 2024
 Frequency of progress report submission: 1 Year



Colonel Suthee Panichkul, M.D.
 Chairperson,
 Institutional Review Board,
 Royal Thai Army Medical Department

For all documents approved the Institutional Review Board, Royal Thai Army Medical Department (IRB RTA), investigators must comply with the followings:

1. Conduct the research in accordance with the approved protocol and the principles of research ethics as set forth in the Belmont Report.
2. Unless consent has been waived, conduct the informed consent process without coercion or undue influence, and provide the potential subject sufficient opportunity to consider whether or not to participate.
 - Use only the most current consent form bearing the IRB RTA "APPROVED" stamp
 - Use only recruitment documents / materials approved by the IRB RTA
3. IRB RTA approval is required before implementing any changes in the research protocol, information sheet and research-related documents unless those changes are required urgently for the safety of the research subjects.
4. Promptly report to the IRB RTA all unanticipated problems (adverse events, protocol deviations and violations and other problems) that meet all of the following criteria:
 - Unexpected (in terms of nature, severity or frequency);
 - Related or possibly related to participation in the research; and
 - Suggests that the research places subjects or others at a greater risk of harm than was previously known or recognized.
5. Any new information that may affect the risk and benefit of the research subjects must be promptly reported to the IRB RTA.
6. Submit to the IRB RTA a progress report (with currently used informed consent documents) for continuing review and for renewing the approval at least 30 days before expiration date.

For failure to provide a progress report for continuing review to the IRB RTA, all research activities involving research subjects must stop. Enrollment of new subjects cannot occur after the expiration of the IRB RTA approval.

Please go to <http://www.irbrta.pmk.ac.th> to download IRB RTA forms for reporting.

Any questions, please contact the IRB RTA staff at (662) 763-4297, (662) 763-4270

E-mail: irbrta@yahoo.com

ภาคผนวก ง
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อขอปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สถานที่วิจัย คลินิกอายุรกรรมโรคหลอดเลือดและหัวใจ

ผู้ให้ทุน ทุนตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านเป็นบุคคลที่เคยเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรตน์ราชธานี การทำวิจัยทำขึ้นเพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลให้พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลบุคคลที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ซึ่งจะมีผู้ร่วมการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้นประมาณ 107 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้น 4 เดือน (มีนาคม – มิถุนายน 2566)

ขั้นตอนการปฏิบัติตัว หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแจกให้ระหว่างรอแพทย์ตรวจประมาณ 15 นาที

ความเสี่ยงและ/หรือ ความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น

ท่านจะไม่มีความเสี่ยงหรือไม่สบายเกิดขึ้นระหว่างการทำวิจัยเนื่องจากเป็นเพียงการตอบคำถามตามสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับตัวท่าน

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลของท่านทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยท่านจะได้การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค ตามวิธีการมาตรฐาน

รายชื่อผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้ หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับกรวิจัย

ท่านสามารถ ติดต่อกับนางสาวชวลินี ปุรินทะ ที่เบอร์ 090-2695914 ที่อยู่ 99/97 หมู่บ้านชลลดาสุวรรณภูมิ ต.ศิระจรเข้ร้อย อ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ.....
ชื่อผู้วิจัย.....
ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....อายุ.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับทราบ รายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อจากข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหา หรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับนอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัว ข้าพเจ้า เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่.....

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านในหนังสือยินยอมมาให้แก่ผู้เข้าร่วม การวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความ ยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



RF 09_1_2563

Information sheet version 2 date 14/3/66

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วันที่ชี้แจง

ชื่อผู้วิจัย/ผู้ร่วมวิจัย นางสาวชาลินี ปุรินทะ

สถานที่ทำงานของผู้วิจัย โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สังกัดสำนักการแพทย์

ผู้ให้ทุนวิจัย ทุนส่วนตัว

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดี และข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำการนี้เพื่อให้ อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือ แพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น **ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือข่มขู่ ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบบต่อการได้รับการบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ความเป็นมาของโครงการวิจัย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก และประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทยจากสถิติการเสียชีวิตในปี.ศ. 2560-2562 พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีจำนวนเท่ากับ 20,746, 20,786 และ 20,556 คนตามลำดับ และพบว่าอัตราการตายคิดเป็นร้อยละ 31.82, 31.78 และ 31.36 ตามลำดับหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2.3 คน และในปี.ศ. 2562 พบว่าอัตราการตายก่อนวันอันควรในช่วงอายุ 30-69 ปี จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบสูงสุดในเขตกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 44.8 นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้น จากปี.ศ. 2560 ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ 326,946 คน เป็น 350,922 คนในปี.ศ. 2562 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจสูงถึง 6,906 ล้านบาทต่อปี เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามชีวิต โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการอุดตันของเส้นเลือดหัวใจส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายจากการขาดเลือด และออกซิเจนไปเลี้ยงทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลันมักเป็นนานมากกว่า 20 นาที อาการเจ็บแน่นหน้าอกอาจมีอาการปวดร้าวไปที่แขนซ้าย คอ กราม หรือหลังได้ นอกจากนี้ยังมีอาการสำคัญอื่นๆ ที่พบร่วมได้ เช่น เหงื่อออกใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นลม ซึ่งอาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และต้องได้รับการรักษา



RF 09_1_2563

Information sheet version 2 date 14/3/66

อย่างเร่งด่วน เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะที่มีความรุนแรง และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยจะต้องได้รับการช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตอย่างเร่งด่วน ด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่ตีบด้วยการตรวจสวนหัวใจเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจที่มีการตีบหรืออุดตัน และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการและการรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ โดยจะแสดงออกมาในรูปแบบของความกลัวและความไม่แน่นอน ความรู้สึกต่อประสบการณ์การเจ็บหน้าอกขึ้นอยู่กับภาวะที่ผู้ป่วยแต่ละคนเผชิญ อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉียบพลันรุนแรงจะทำให้เกิดความกลัว ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา ซึ่งมีสาเหตุมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยมากขึ้น จากการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตหรือความรู้สึกกลัวว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย จะส่งผลกระทบต่อร่างกายซึ่งมีผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และส่งผลให้กระตุ้นการหลั่งสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบที่สำคัญคือการอักเสบของหลอดเลือด ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ และเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ผลกระทบต่อจิตใจจะกระตุ้นการหลังฮอริโมนที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง และภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อการดำเนินชีวิต ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การแสวงหาความรู้ เพื่อลดหรือป้องกันการดำเนินของโรค

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และความรู้ที่ได้สามารถเป็นแนวทางให้พยาบาลนำข้อค้นพบที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล และพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และเผชิญกับความกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างมีเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือชะลอการดำเนินของโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายใน 6 เดือน อายุ 30 ปีขึ้นไป
2. ยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย
3. มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ในผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ท่านที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปอดบวมน้ำเย็บพลัน มีอาการช็อค
2. ท่านที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า



RF 09_1_2563

Information sheet version 2 date 14/3/66

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

โครงการวิจัยนี้จะดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีผู้ให้ข้อมูลประมาณ 107 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที/ราย จำนวน 1 ครั้ง ภายหลังจากที่ท่านรับยาเสร็จเรียบร้อยแล้ว

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

1. เมื่อท่านสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับแบบสอบถามจำนวน 13 หน้า ซึ่งการตอบแบบสอบถามอาจจะใช้เวลาราว 15-20 นาที โดยผู้วิจัยจัดพื้นที่ในการทำแบบสอบถามในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและเสียงรบกวนน้อยที่สุด ขณะทำแบบสอบถาม หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ
2. หากมีข้อคำถามที่ท่านรู้สึกไม่สบายใจในการให้ข้อมูล ท่านจะเลือกตอบหรือไม่ตอบข้อคำถามนั้นได้ และเมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากพบว่าแบบสอบถามชุดใดตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะขอสอบถามเพิ่มเติมว่าท่านมีเจตนาที่จะไม่ตอบหรือไม่ได้เจตนา ทั้งนี้ผู้วิจัยให้อิสระในการตอบคำถามโดยไม่บังคับ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

การตอบแบบสอบถามจำนวน 13 หน้า อาจทำให้ท่านรู้สึกไม่สบาย ซึ่งหากท่านรู้สึกไม่สบายในระหว่างกรเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

1. กรณีเกิดการผัดปัดทางด้านร่างกายขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยให้ท่านยุติการตอบแบบสอบถามทันที และประสานงานกับพยาบาลในแผนกเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป
2. กรณีเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ท่านระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ หากพบว่าท่านมีเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์มาก ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูล และประสานกับพยาบาลในแผนกเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ท่านไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมในการศึกษานี้ แต่ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลให้พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลบุคคลที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย(ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย



RF 09_1_2563

Information sheet version 2 date 14/3/66

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย เพราะการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะต้องเกิดจากความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมเท่านั้น ซึ่งการไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการ การรักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

การตอบแบบสอบถามไม่มีอันตรายใดๆ แต่หากเกิดความผิดปกติกับท่านระหว่างกรตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะประสานกับพยาบาลในแผนกโดยเร็วที่สุด เพื่อให้ท่านได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง คือ นางสาวชาลินี ปุรินทะ เบอร์โทรศัพท์ 090-2695914

หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า 317/5 ถนนราชมิว เขตราชเทวี กรุงเทพฯ หมายเลขโทรศัพท์ 02-763-4297 และ 02-763-4270 หรือ ทางอีเมลล์ irbta@yahoo.com

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-นามสกุล ของท่านทั้งสิ้นมีการปกปิดชื่อโดยใช้รหัสแทนชื่อ สิ้น ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่สามารถสืบค้นระบุตัวอาสาสมัครได้ ข้อมูลจากงานวิจัยนี้จะมีการเก็บไว้ใน computer ซึ่งผู้วิจัยจะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงผู้เดียวเท่านั้น และจะทำลายเอกสารทันทีที่การประเมินผลเสร็จสิ้น ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่สามารถสืบค้นระบุตัวอาสาสมัครได้

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยท่านสามารถแจ้งต่อผู้วิจัยด้วยวาจา โดยการถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อการใช้บริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด



Information sheet version 2 date 14/3/66

RF 09_1_2563

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย: ศึกษายานายความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคลภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วันที่ลงนาม.....

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัย และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือขู่ขัง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยการถอนตัวไม่มีผลต่อการรักษา การบริการสุขภาพที่พึงได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพทั้งในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มี การระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำด้วย เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และจะทำลายเอกสารทันทีที่การประเมินผลลัพธ์เสร็จสิ้น ผลการวิจัยถูกนำเสนอใน ภาพรวม โดยไม่สามารถสืบค้นระบุตัวท่านได้
- ผู้วิจัยรับรองว่าคำตอบแบบสอบถามไม่มีอันตรายใดๆ แต่หากเกิดความผิดปกติกับท่านระหว่างการตอบ แบบสอบถาม ท่านจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในบุคคล ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน”

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามวิจัย โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถามการวิจัยมี 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก	จำนวน 2 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรค	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	จำนวน 23 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 9 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 12 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ณ โอกาสนี้ สำหรับการให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นางสาวชาลินี ปุรินทะ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

--	--	--

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หย่าร้าง () หม้าย () อื่นๆ.....
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้รับการศึกษา () ระดับประถมศึกษา () ระดับมัธยมศึกษา
() ระดับอนุปริญญา () ระดับปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () รับจ้าง () ค้าขาย () เกษตรกร () ธุรกิจส่วนตัว
() ข้าราชการ () อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้บาท/เดือน
7. ประวัติการดื่มสุรา () ไม่เคย () เคย () เคยแต่หยุดดื่มแล้ว
8. ประวัติการสูบบุหรี่ () ไม่สูบบุหรี่ () สูบ () เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว
9. โรคประจำตัวร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() ไม่มี () เบาหวาน () ความดันโลหิตสูง () โรคไต () ไขมันในโลหิตสูง
() โรคหัวใจ ระบุ..... () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบว่าถูก หรือ ผิด ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความคำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีคอเลสเตอรอลสูงหรือสูบบุหรี่เท่านั้น			
2. ท่านคิดว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ความดันโลหิต ปริมาณคอเลสเตอรอล การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่ ขนาดรอบเอวและความเครียด			
3. ท่านคิดว่า “อาการเจ็บหน้าอก” คืออาการเจ็บหรืออาการจุกบริเวณหน้าอกในขณะพักหรือทำกิจกรรมซึ่งสามารถเกิดขึ้นและร้าวไปยังแขน หลัง และ/หรือคอ			
.			
.			
.			
18. ท่านคิดว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ			
19. ท่านคิดว่าความเครียดเป็นความเสี่ยงที่สำคัญอย่างยิ่งต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและมีความสำคัญพอๆ กับภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน			
20. ท่านคิดว่า อาหารที่สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ คือ อาหารที่ประกอบด้วยผักและผลไม้ ธัญพืชเต็มเมล็ดที่ไม่ผ่านการขัดสี ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ถั่ว และเมล็ดพืชต่างๆ			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก

ก. ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนหมายเลขที่ตรงกับระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกของท่านมากที่สุด ณ วันที่ท่านเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										
ไม่เจ็บหน้าอกเลย			เจ็บหน้าอกปานกลาง				เจ็บหน้าอกมากที่สุด			

ข. ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกทุกข์ทรมานของท่านมากที่สุดจากอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากโรคหัวใจ ณ วันที่ท่านเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือจากอาการอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

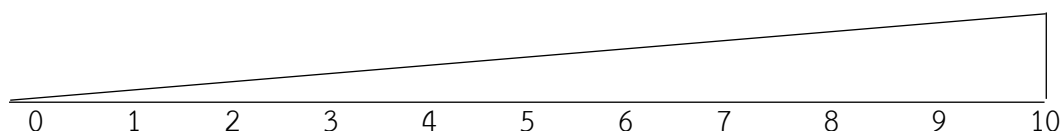
- () หายใจไม่ออก () เหนื่อย () เวียนศีรษะ
 () คลื่นไส้ () อาเจียน () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										
ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานเลย			รู้สึกทุกข์ทรมานปานกลาง				รู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุด			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายวงกลม ล้อมรอบตัวเลขที่แสดงถึงความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับโรคหัวใจ

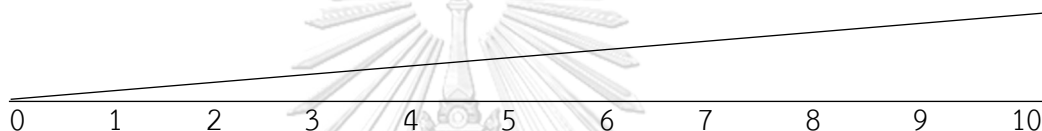
1. ท่านคิดว่าความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด



ไม่มีผลกระทบเลย

มีผลกระทบมากที่สุด

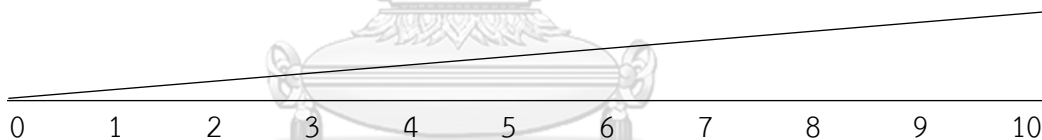
2. ท่านคิดว่าความเจ็บป่วยของท่านจะคงอยู่นานเท่าไร



หายขาด

ตลอดชีวิต

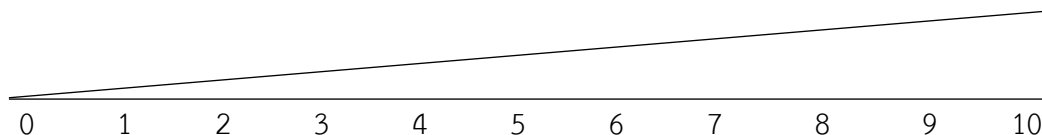
3. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้มากน้อยเพียงใด



ไม่สามารถควบคุมได้

สามารถควบคุมได้ดีที่สุด

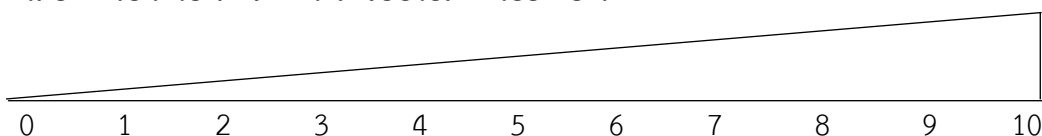
4. ท่านคิดว่ายามีส่วนช่วยรักษาความเจ็บป่วยได้มากน้อยเพียงใด



ไม่มีส่วนช่วยรักษาเลย

มีส่วนช่วยรักษามากที่สุด

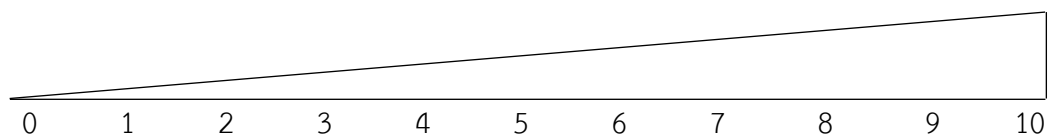
5. ท่านมีอาการอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด



ไม่มีอาการใดๆเลย

มีอาการรุนแรงมากที่สุด

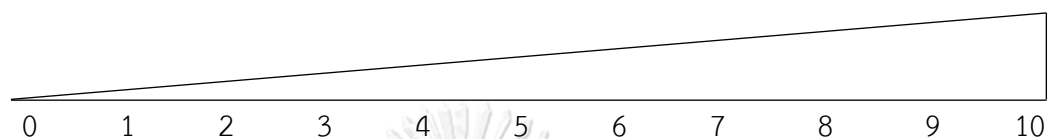
6. ท่านกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านมากน้อยเพียงใด



ไม่กังวลเลย

กังวลมากที่สุด

7. ท่านรู้สึกเข้าใจความเจ็บป่วยของท่านดีเพียงใด



ไม่เข้าใจเลย

เข้าใจชัดเจนมาก

8. ท่านคิดว่าความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่ออารมณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด



ไม่มีผลกระทบต่อ
ทางอารมณ์เลย

มีผลกระทบต่อ
อารมณ์มากที่สุด

9. ท่านเชื่อว่าอะไรเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยของท่าน โปรดเรียงลำดับตามความสำคัญจาก 1-3

1)

2)

3)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ (Fear of progression Questionnaire Short Form)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1. ท่านรู้สึกกลัวเมื่อคิดว่าโรคจะเป็นมากขึ้น					
2. ท่านรู้สึกกลัวก่อนการตรวจตามแพทย์นัดหรือการตรวจร่างกายตามกำหนด					
3. ท่านรู้สึกกลัวความเจ็บปวด					
.					
.					
.					
10. ท่านรู้สึกกลัวว่ายาที่ใช้รักษาโรคจะมีอันตรายต่อร่างกายของท่าน					
11. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับครอบครัวหากมีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นกับท่าน					
12. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะทำงานต่อไปอีกไม่ได้เนื่องจากความเจ็บป่วยของท่าน					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกวิตกกังวลของท่านภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับคะแนน				
	ไม่เคย เลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	เสมอๆ	เป็น ประจำ
1. ท่านใส่ใจกับการเต้นของหัวใจ ตนเอง					
2. ท่านหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย					
3. การเต้นเร็วของหัวใจทำให้ท่านต้อง ตื่นนอนตอนกลางคืน					
4. อาการเจ็บ/แน่นหน้าอกทำให้ท่าน ต้องตื่นนอนตอนกลางคืน					
.					
.					
.					
16. ท่านรู้สึกตื่นตระหนกในอาการ ของท่าน					
17. ท่านต้องการให้แพทย์ตรวจ สุขภาพของท่าน					
18. ท่านเล่าอาการเรื่องสุขภาพให้ ครอบครัวหรือเพื่อนฟัง					

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านในปัจจุบันโปรดทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
1. ท่านไม่รู้ว่าท่านมีความผิดปกติอะไร					
2. ท่านมีคำถามมากมายแต่หาคำตอบไม่ได้					
3. ท่านไม่แน่ใจว่าความเจ็บป่วยของท่านจะดีขึ้นหรือแย่ลง					
.					
.					
.					
.					
21. แพทย์ไม่ได้บอกการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนให้ท่านทราบ					
22. ท่านได้รับการวินิจฉัยความรุนแรงของโรคที่แน่นอนแล้ว					
23. แพทย์และพยาบาลใช้ภาษาต่างๆกับท่าน ท่านจึงเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาพูด					

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (The Cardia Self-Efficacy Questionnaire)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ระดับความมั่นใจ	ไม่มั่นใจ	มั่นใจ เล็กน้อย	มั่นใจ ปาน กลาง	มั่นใจ มาก	มั่นใจ มากที่สุด
1. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุม อาการเจ็บหน้าอกได้เองด้วยการ ปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำ					
2. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุม อาการหายใจติดขัดได้เองด้วย การ ปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำ					
3. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุม อาการเจ็บหน้าอกได้เองด้วยการใช้ยา					
.					
.					
.					
11. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถทำ กิจกรรมต่างๆ ขณะอยู่ที่ทำงานได้ ตามปกติ					
12. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถมี เพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยา/คู่ครอง/ คนรัก ได้ตามปกติ					
13. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถออกกำลังกาย แบบแอโรบิคได้ (ออกกำลังกาย จนเหงื่อออก และอัตราการเต้นของ หัวใจเพิ่มขึ้น)					

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับครอบครัว เพื่อน และ บุคคลพิเศษของท่านมากที่สุด

(หมายเหตุ: บุคคลพิเศษหมายถึง บุคคลที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการการแพทย์)

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
1. ท่านมีบุคคลพิเศษที่คอยช่วยเหลือท่าน หากท่านต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา							
2. ท่านมีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมสุขร่วมทุกข์กับท่านได้							
3. ครอบครัวของท่านพยายามช่วยท่านจริงๆ							
.							
.							
.							
10. ท่านมีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใย ความรู้สึกของท่าน							
11. ครอบครัวของท่านเต็มใจที่จะช่วยท่านในการตัดสินใจ							
12. ท่านสามารถเล่าปัญหาของท่านให้เพื่อนฟังได้							

ภาคผนวก ฉ
รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

1.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำนวณจากสูตร 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 = สัดส่วนของคนที่ตอบถูกในแต่ละข้อ

q = สัดส่วนของคนที่ไม่ตอบถูกในแต่ละข้อ

s^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

แทนค่าสูตร $r_{tt} = \frac{20}{20-1} \left[1 - \frac{3.71}{11.21} \right]$

$$r_{tt} = 0.70$$

1.2 แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก

		วัดครั้งแรก	วัดซ้ำ
วัดครั้งแรก	Pearson Correlation	1	.993**
	Sig (2-tailed)		.000
	N	30	30
วัดซ้ำ	Pearson Correlation	.868**	1
	Sig (2-tailed)	.000	
	N	30	30

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

1.3 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.714	.737	8

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .714



Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Illness Perception1	33.9333	148.685	.528	.665
Illness Perception2	35.3667	148.171	.279	.721
Illness Perception3	38.6000	152.041	.565	.665
Illness Perception4	41.0667	165.926	.267	.710
Illness Perception5	36.7667	144.668	.393	.689
Illness Perception6	35.2000	134.786	.447	.678
Illness Perception7	40.2333	150.806	.530	.667
Illness Perception8	34.9333	142.961	.398	.689

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาได้แก่ ข้อที่ 1, 3 และ 5-8 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวมระหว่าง .7-.9 (Ferketich,1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

1.4 แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.842	.838	12

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .842



Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Fear1	33.8667	65.568	.622	.821
Fear2	34.6000	65.490	.611	.822
Fear3	34.2000	73.545	.246	.852
Fear4	33.2333	70.737	.526	.829
Fear5	34.0000	69.379	.616	.824
Fear6	35.6667	81.816	-.077	.863
Fear7	33.8000	65.338	.690	.816
Fear8	33.8000	69.821	.425	.837
Fear9	33.9333	63.444	.739	.811
Fear10	34.3333	71.195	.500	.831
Fear11	33.3333	69.333	.504	.831
Fear12	33.3333	66.920	.689	.817

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาได้แก่ ข้อที่ 1-2, 4-5 และ 7-12 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวมระหว่าง .7-.9 (Ferketich,1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

1.5 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.809	.804	18

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .809

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
anxiety1	36.0667	45.582	.491	.794
anxiety2	35.2000	49.062	.652	.788
anxiety3	37.3333	49.678	.328	.805
anxiety4	37.4333	47.978	.438	.797
anxiety5	35.2000	52.510	.265	.806
anxiety6	37.8333	51.178	.258	.808
anxiety7	35.2667	51.651	.487	.798
anxiety8	36.6667	44.989	.593	.784
anxiety9	35.3667	46.585	.654	.782

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
anxiety10	36.7000	50.700	.356	.802
anxiety11	34.9667	53.482	.228	.807
anxiety12	35.1333	50.326	.699	.791
anxiety13	38.3333	54.989	.020	.815
anxiety14	36.9000	43.059	.642	.780
anxiety15	38.4000	54.455	.137	.810
anxiety16	36.6667	47.126	.519	.791
anxiety17	35.4333	51.426	.326	.803
anxiety18	35.6000	55.214	-.027	.820

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาได้แก่ ข้อที่ 1-4, 7-10,12, 14, 16,17 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวมระหว่าง .7-.9 (Ferketich,1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

1.6 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.815	.835	23

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .815

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
uncertainty1	70.7857	69.952	.047	.828
uncertainty2	70.9286	67.624	.268	.813
uncertainty3	71.1071	68.914	.128	.822
uncertainty4	71.3214	69.708	.105	.821
uncertainty5	70.3929	63.284	.568	.798
uncertainty6	70.6071	64.099	.496	.802
uncertainty7	70.8571	63.905	.468	.803
uncertainty8	70.4643	66.851	.460	.805
uncertainty9	71.2500	76.417	-.351	.840
uncertainty10	70.7857	59.878	.725	.787
uncertainty11	70.2857	64.138	.676	.796
uncertainty12	71.3929	64.692	.565	.800
uncertainty13	70.6786	58.893	.733	.786
uncertainty14	70.0000	67.333	.661	.804
uncertainty15	71.3214	67.263	.244	.815
uncertainty16	70.0714	67.921	.421	.808
uncertainty17	70.4643	65.221	.522	.802
uncertainty18	70.7857	59.656	.682	.789
uncertainty19	70.5000	65.519	.500	.803
uncertainty20	70.2500	68.639	.260	.813
uncertainty21	70.6786	69.856	.118	.819
uncertainty22	70.8929	68.321	.225	.815
uncertainty23	69.8214	70.300	.377	.812

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต่อไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาได้แก่ ข้อที่ 5-8, 10-14, 16-19, 23 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวมระหว่าง .7-.9 (Ferketich,1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

1.7 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.846	.843	13

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .846

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Self efficacy1	22.5667	42.668	.573	.830
Self efficacy2	22.7333	42.409	.673	.823
Self efficacy3	22.4000	41.903	.686	.822
Self efficacy4	22.4000	41.972	.712	.820
Self efficacy5	21.8000	48.510	.313	.845
Self efficacy6	21.9333	51.720	-.058	.863
Self efficacy7	21.9000	48.162	.369	.843
Self efficacy8	23.2333	44.668	.430	.841
Self efficacy9	22.7667	41.151	.713	.819

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Self efficacy10	22.7333	41.306	.739	.818
Self efficacy11	22.9333	40.478	.833	.811
Self efficacy12	23.5667	49.357	.049	.873
Self efficacy13	23.8333	44.971	.538	.833

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาได้แก่ ข้อที่ 1-5, 7-11,13 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวมระหว่าง .7-.9 (Ferketich,1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

1.8 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.890	.877	12

จากตาราง Reliability Statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .890

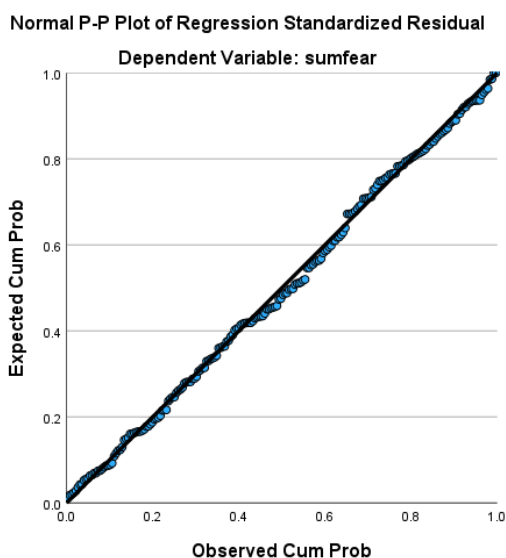
Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Social support1	50.6333	130.033	.658	.878
Social support2	50.9000	130.921	.667	.877
Social support3	48.7667	154.392	.241	.895
Social support4	48.8333	154.144	.214	.896
Social support5	51.0000	119.586	.803	.868
Social support6	51.3667	125.895	.812	.868
Social support7	51.4667	127.706	.754	.872
Social support8	49.2667	146.685	.304	.896
Socials upport9	51.8000	129.131	.699	.875
Social support10	51.1333	123.430	.790	.869
Social support11	48.7000	154.562	.226	.895
Social support12	51.8667	127.292	.717	.874

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาได้แก่ ข้อที่ 1-2, 5-8, 10-12 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวมระหว่าง .7-.9 (Ferketich,1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

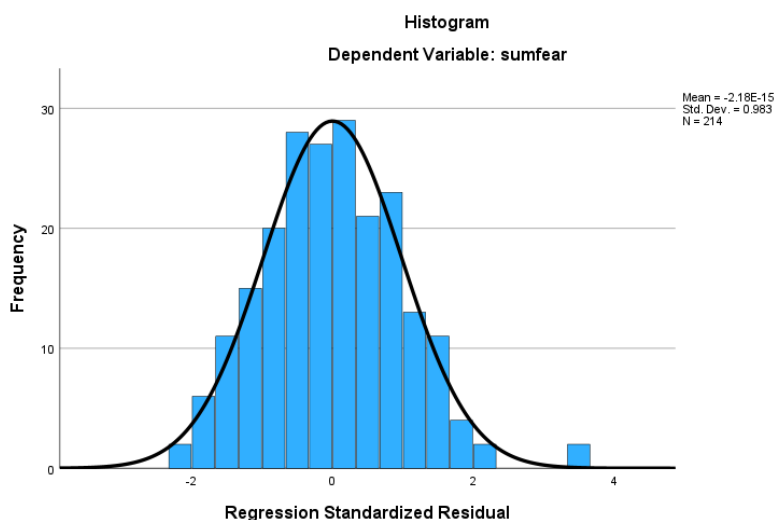
1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity)

รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (x) และตัวแปรตาม (y) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้นตรง สรุปได้ว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

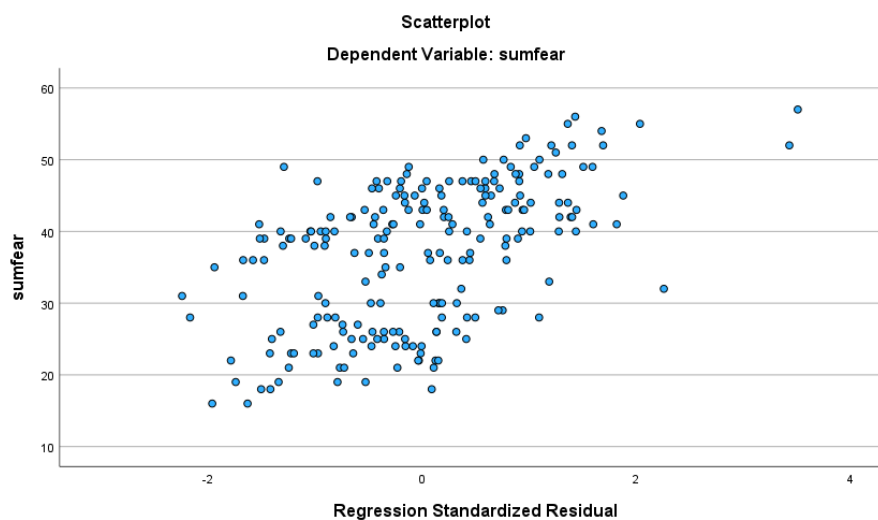


2. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต้องส่งผลโดยตรงต่อตัวแปรตาม ทดสอบได้ด้วยวิธี

2.1 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยการทดสอบว่า Histogram มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ผลการทดสอบพบว่า Histogram มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ



2.2 ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนต้องคงที่ (Homoscedasticity) ทดสอบจากการพิจารณาแผนภูมิกระจาย Scatter Plot ผลการทดสอบพบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่ (Murtagh & Heck, 2012)



2.3 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกัน (Autocorrelation) ทดสอบได้ด้วยการทดสอบว่าค่า Durbin-Watson มีค่าเข้าใกล้ 2 (มีค่าระหว่าง 1.5-2.5) แสดงว่าไม่เกิด Autocorrelation ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.045 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความเป็นอิสระต่อกันไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2558)

Model Summary^e

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	.701 ^a	.492	.489	7.073	.492	205.062	1	212	<.001	
2	.799 ^b	.639	.635	5.977	.147	85.846	1	211	<.001	
3	.832 ^c	.692	.688	5.529	.054	36.610	1	210	<.001	
4	.837 ^d	.701	.696	5.460	.009	6.326	1	209	.013	2.045

a. Predictors: (Constant), sumselfefficacy

b. Predictors: (Constant), sumselfefficacy, sumAnxiety

c. Predictors: (Constant), sumselfefficacy, sumAnxiety, sumuncertainty

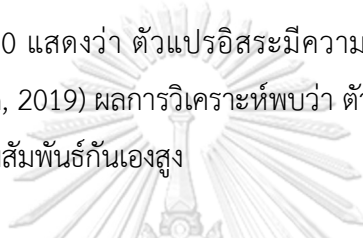
d. Predictors: (Constant), sumselfefficacy, sumAnxiety, sumuncertainty, sumillnessperception

e. Dependent Variable: sumfear

2.4 ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ทดสอบโดย

2.4.1 ค่า Tolerance of variables ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันมีค่าไม่ต่ำกว่า .2 หากค่า Tolerance มีค่าต่ำกว่า .2 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า Tolerance ของตัวแปรแต่ละตัวมีค่ามากกว่า .2 แสดงตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Tabachnick & Fidell, 2013)

2.4.2 ค่า Variance inflation factor (VIF) เป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระถ้ามีค่ามากกว่า 10 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity (Hoffman, 2019) ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่า VIF น้อยกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง



Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	56.098	1.423		39.409	<.001	53.292	58.904		
	sumselfefficacy	-.756	.053	-.701	-14.320	<.001	-.860	-.652	1.000	1.000
2	(Constant)	40.382	2.079		19.419	<.001	36.282	44.481		
	sumselfefficacy	-.564	.049	-.523	-11.468	<.001	-.661	-.467	.823	1.216
	sumAnxiety	5.780	.624	.423	9.265	<.001	4.550	7.010	.823	1.216
3	(Constant)	25.967	3.062		8.481	<.001	19.931	32.003		
	sumselfefficacy	-.404	.053	-.374	-7.667	<.001	-.507	-.300	.614	1.628
	sumAnxiety	5.038	.590	.368	8.540	<.001	3.875	6.201	.787	1.270
	sumuncertainty	.180	.030	.292	6.051	<.001	.121	.238	.627	1.594
4	(Constant)	19.785	3.897		5.077	<.001	12.104	27.467		
	sumselfefficacy	-.333	.059	-.309	-5.634	<.001	-.449	-.216	.475	2.104
	sumAnxiety	5.049	.583	.369	8.666	<.001	3.900	6.197	.787	1.271
	sumuncertainty	.173	.029	.281	5.866	<.001	.115	.231	.622	1.608
	sumillnessperception	.092	.036	.119	2.515	.013	.020	.163	.633	1.580

a. Dependent Variable: sumfear

เมื่อพิจารณาตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณพบว่า ผ่านเกณฑ์การพิจารณาทุกข้อ จึงทำการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ได้

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10258.864	1	10258.864	205.062	<.001 ^b
	Residual	10605.940	212	50.028		
	Total	20864.804	213			
2	Regression	13326.045	2	6663.022	186.489	<.001 ^c
	Residual	7538.759	211	35.729		
	Total	20864.804	213			
3	Regression	14445.190	3	4815.063	157.512	<.001 ^d
	Residual	6419.614	210	30.570		
	Total	20864.804	213			
4	Regression	14633.794	4	3658.449	122.711	<.001 ^e
	Residual	6231.010	209	29.813		
	Total	20864.804	213			

a. Dependent Variable: sumfear

b. Predictors: (Constant), sumselfefficacy

c. Predictors: (Constant), sumselfefficacy, sumAnxiety

d. Predictors: (Constant), sumselfefficacy, sumAnxiety, sumuncertainty

e. Predictors: (Constant), sumselfefficacy, sumAnxiety, sumuncertainty, sumillnessperception

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางสาวชาลินี ปุรินทะ

วัน เดือน ปี เกิด

26 มิถุนายน 2533

วุฒิการศึกษา

จบการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์กึ่งการุณย์หลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2556

จบการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวช
ปฏิบัติฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ปีพ.ศ. 2559



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY