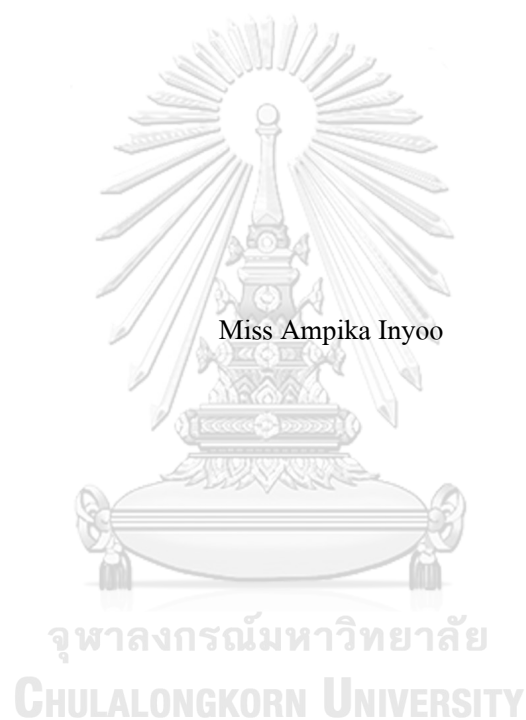


ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO HOPE AMONG PERSONS WITH FIRST DIAGNOSIS
OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
โดย	น.ส.อัมพิกา อินทร์อยู่
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยคำ รวงเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร้อยคำ รวงเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยคำ รวงเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สตินเดชารักษ์)

อัมพิกา อินทร์อยู่ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก. (SELECTED FACTORS RELATED TO HOPE AMONG PERSONS WITH FIRST DIAGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ร.ต.อ.หญิง คร.ระพีณ ผลสุข

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยายเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จำนวน 213 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากผู้ที่มีรับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 8 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความหวัง 3) แบบสอบถามการความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ 4) แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ 5) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ 6) แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี 7) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 8) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00, 0.90, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอบครัวเท่ากับ .75, .76, .83, .81, .76, .94 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีคะแนนความหวัง ความรู้ ความวิตกกังวล การมองโลกในแง่ดี และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 23.76 SD = 2.68, Mean = 11.78 SD = 3.49, Mean = 1.63 SD = 0.66, Mean = 45.07 SD = 4.77 และ Mean = 56.71 SD = 12.14 ตามลำดับ) มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี (Mean = 63.54 SD = 19.26) และ มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (Mean = 62.67 SD = 11.28)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .242, .208$ และ $.277$ ตามลำดับ) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ และ ความรู้ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย และความวิตกกังวล ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิติต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077171036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: Hope, Acute Myocardial Infarction

Ampika Inyoo : SELECTED FACTORS RELATED TO HOPE AMONG PERSONS WITH FIRST DIAGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION. Advisor: Asst.Prof. Pol.Capt. RAPIN POLSOOK, Ph.D.

The objective of this descriptive correlation research was to identify selected factors related to hope among persons with first diagnosis of acute myocardial infarction. A multi-stage sampling of 213 persons with first diagnosis of acute myocardial infarction were recruited from Cardiovascular outpatient department in Police General Hospital, Chulalongkorn Memorial Hospital, and Siriraj Hospital. Data were collected using eight questionnaires for persons with first diagnosis of acute myocardial infarction: 1) Demographic data form 2) Hope 3) Knowledge of cardiac disease 4) Cardiac anxiety 5) Health perception 6) Optimism 7) Social support and 8) Uncertainty of illness. All questionnaires were tested for their content validity by five experts. The CVI were 1.00, 0.90, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00 and 1.00, respectively. The Cronbach's alpha coefficient were .75, .76, .83, .81, .76, .94 and .91, respectively. Data were analyzed using Pearson's product correlation coefficient statistics. The findings were presented as follow:

1. Mean score of hope, knowledge, anxiety, optimism, and uncertainty of illness among persons with first diagnosis of acute myocardial infarction were at moderate level (Mean = 23.76 SD = 2.68, Mean = 11.78 SD = 3.49, Mean = 1.63 SD = 0.66, Mean = 45.07 SD = 4.77 and Mean = 56.71 SD = 12.14, respectively), mean score of health perception was at good level (Mean = 63.54 SD = 19.26) and mean score of social support was at high level (Mean = 62.67 SD = 11.28).

2. Health perception, optimism, and social support were significantly positively correlated at low level with hope among persons with first diagnosis of acute myocardial infarction at the .05 ($r = .242$, $r = .208$, and $r = .277$ respectively). Knowledge, uncertainty of illness and anxiety were not correlated with hope among persons with first diagnosis of acute myocardial infarction.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความเมตตากรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย และช่วยตรวจสอบแก้ไขความบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุน ให้กำลังใจ และให้โอกาสแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างและประทับใจในความเมตตากรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สตินเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 3 โรงพยาบาล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบุพการี บุคคลอันเป็นที่รัก ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน รวมทั้งเพื่อน ๆ ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้าน แก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่บุคคลที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกทุกท่าน

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจาก "ทุน ๕๐ ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย" กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช

อัมพิกา อินทร์อยู่

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตการวิจัย.....	11
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
1. ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	18
2. แนวคิดความหวัง	29
3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ครั้งแรก.....	34

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	50
5. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	55
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
เกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)	56
เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria).....	57
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	57
การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
การแปลเครื่องมือ.....	76
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	77
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	79
การเก็บรวบรวมข้อมูล	80
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	87
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ	110
สรุปผลการวิจัย	111
อภิปรายผลการวิจัย	112
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	119
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป	120
บรรณานุกรม	121
ภาคผนวก	133
ภาคผนวก ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	134
ภาคผนวก ข จดหมายขอความอนุเคราะห์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	144

ภาคผนวก ค จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใบรับรองจริยธรรม โครงการวิจัยในมนุษย์.....	151
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย	164
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	183
ภาคผนวก ฉ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	197
ประวัติผู้เขียน	210



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	59
ตารางที่ 2 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก	81
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก.....	82
ตารางที่ 4 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	86
ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	88
ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนความหวังของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	91
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	92
ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและ โดยรวม (n = 213 คน).....	93
ตารางที่ 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	94
ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและ โดยรวม (n = 213 คน).....	95
ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	96
ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและ โดยรวม (n = 213 คน).....	97

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการมองโลกในแง่ดีของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	99
ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมองโลกในแง่ดีของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและ โดยรวม (n = 213 คน).....	100
ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	101
ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและ โดยรวม (n = 213 คน)...	102
ตารางที่ 17 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	103
ตารางที่ 18 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและ โดยรวม.....	104
ตารางที่ 19 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความหวัง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	105
ตารางที่ 20 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายด้านระหว่าง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย กับ ความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	106
ตารางที่ 21 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน).....	109

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ลักษณะคลินิกของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน19



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หรือมาบีบหัวใจ บริเวณกลางทรวงอก หายใจไม่ออก เหงื่อแตก เจ็บแน่นหน้าอกนานมากกว่า 20 นาที ไม่มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกมาก่อน เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินตรวจพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST elevated และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation Myocardial Infarction ซึ่งแพทย์ได้รับการรักษาด้วยการถ่ายยาละลายลิ่มเลือดหัวใจแบบเร่งด่วนและย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในแผนกผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาให้ผ่านพ้นภาวะคุกคามชีวิต ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหมือนกลับมีชีวิตใหม่อีกครั้ง รู้สึกว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอกหายไปซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ว่ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอกแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและหายจากโรค รู้สึกว่าจะสามารถกลับมาทำตามสิ่งที่ต้องการ สามารถค้นหาวิธีเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น และเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งใจและส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป (Hsu, Lu, Tsou, & Lin, 2003; Snyder, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความหวังของ Snyder (1995) ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีความหวังจะต้องเกิดจากการรับรู้ของบุคคลถึงแรงผลักดันภายในของบุคคลที่เชื่อว่าประสบความสำเร็จในอนาคต ประกอบด้วย 1) ตัวบุคคล เป็นการรับรู้ของบุคคลซึ่งเพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่ปรารถนา 2) แนวทาง เป็นการรับรู้ของบุคคลเพื่อให้ได้รับสิ่งที่ต้องการตามที่ตั้งใจ และ 3) เป้าหมาย เป็นสิ่งที่ประสบความสำเร็จซึ่งเป็นไปตามที่ปรารถนาของบุคคลทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ซึ่งสอดคล้องกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ที่ผู้ป่วยจะต้องมีแรงผลักดันภายในของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในเป้าหมายต่างๆ ในการดูแลตนเองในอนาคต ดังนั้นการที่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความหวังจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ตนเองสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติหรือปกติและยาวนานขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Benyamini, Gerber, Molshatzki, Goldbourt, & Drory, 2014; Kristofferzon, Löfmark, & Carlsson, 2008) แต่ถ้าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีความหวัง จากการรับรู้ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการเพิ่มอุบัติการณ์และอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (Everson et al., 1996) หรือ เกิดภาวะร่างกายอ่อนแรง ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพลดลง (Bjørnnes et al., 2018) เกิดภาวะซึมเศร้า (Pössel et al., 2015) และถ้าผู้ป่วยไม่มีความหวังเป็นระยะเวลานานจะเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย (Benzin & Berg, 2005; Chochinov, Wilson, Enns, & Lander, 1998)

ดังนั้นจะเห็นว่า ความหวังมีความสำคัญ เป็นแรงผลักดันให้ชีวิตดำเนินต่อไป ทำให้มีแรงบันดาลใจ มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีจิตใจที่เข้มแข็งทำให้เกิดความรู้สึกยินดีและมีความสุข (Alarcon, Bowling, & Khazon, 2013)

ความหวังเป็นการตอบสนองขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่จำเป็นของชีวิต เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมาย (Stephenson, 1991) โดยมีผู้ให้ความหมายของความหวัง ไว้ ดังนี้ Dufault and Martocchio (1985) กล่าวว่า ความหวัง หมายถึง แรงผลักดันภายในที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและปรับตัวภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ดีขึ้น ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านปัญญา 3) ด้านพฤติกรรม 4) ด้านความผูกพัน 5) ด้านเวลา และ 6) ด้านสถานการณ์แวดล้อม และ Snyder (1995) กล่าวว่า ความหวัง หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ของบุคคลเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่ปรารถนา ประกอบด้วย 1) บุคคล (Agency) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในเพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่ปรารถนา 2) แนวทาง (Pathway) หมายถึง ความสามารถในการหาวิธีเพื่อให้ได้รับสิ่งที่บุคคลตั้งใจไว้ 3) เป้าหมาย (Goal) หมายถึง สิ่งที่ประสบความสำเร็จของบุคคลซึ่งเป็นไปตามที่ปรารถนาที่ต้องการจะได้รับ นอกจากนี้ Herth (1992) กล่าวว่า ความหวัง หมายถึง ความรู้สึกที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล เป็นพลังภายในของบุคคลที่เชื่อมั่นว่าจะบรรลุสิ่งที่ดีในอนาคต สามารถแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรม

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความหวังของ Snyder (2002) มาใช้ในการอธิบายความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เนื่องจากแนวคิดนี้ได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต (Alarcon et al., 2013; Kortte, Gilbert, Gorman, & Wegener, 2010) ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตเช่นกัน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ความหวัง หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ของบุคคลถึงแรงผลักดันภายในที่เชื่อว่าจะบรรลุผลในอนาคต เพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามที่ปรารถนา ประกอบด้วย 1) ตัวบุคคล (Agency) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในเพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่ปรารถนา ได้แก่ การมีแรงบันดาลใจในการทำสิ่งที่ตั้งใจเพื่อให้บรรลุเป้าหมายจากประสบการณ์ในอดีต เพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่ตั้งใจ และการประสบความสำเร็จ 2) แนวทาง (Pathway) หมายถึง การรับรู้ในการหาวิธีเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งใจ ผู้ป่วยที่ผ่านพ้นประสบการณ์ที่คุกคามชีวิตจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษา มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค 3) เป้าหมาย (Goal) หมายถึง สิ่งที่ประสบความสำเร็จของบุคคลซึ่งเป็นไปตามที่ปรารถนาต้องการ

จะได้รับซึ่งเป็นได้หลากหลายตามแต่ละบุคคล รวมทั้งเป้าหมายที่จะมีความสุข หรือมีความหมายในชีวิต

ความหวังเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง มีกำลังใจ สามารถปรับตัวต่อภาวะของโรคได้ สามารถเห็นแนวทางการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้ (Raleigh & Boehm, 1994) ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะของโรคที่เกิดขึ้นได้ โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความหวังสูง ($\bar{x} = 32.19$) จะส่งผลให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความหวังต่ำ (Herth, 1990) เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงโอกาสการหายของโรค อาการเจ็บแน่นหน้าอกหายไป จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการดีขึ้นและหายจากโรค และรู้สึกได้ทำตามสิ่งที่ต้องการ สามารถค้นหาแนวทางเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น และเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งใจ เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดระยะเวลาไม่นาน จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติเร็วยิ่งขึ้น (Petrie, Weinman, Sharpe, & Buckley, 1996; Snyder, 2002) และ จากการศึกษาของ Eriksson, Asplund, Hochwalder, and Svedlund (2013) พบว่า ความหวังของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในช่วง 1-7 เดือนหลังได้รับการรักษาจะมีความหวังที่จะหายจากการเป็นโรค มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สามารถกลับไปทำงาน หรือใช้ชีวิตได้ตามปกติ (Eriksson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2008) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความหวังอยู่ในระดับต่ำ เพียงร้อยละ 3.8 (Eriksson et al., 2013) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกิดภาวะซึมเศร้า (Posssel et al., 2015) ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคเร็วขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง (Bjornnes et al., 2018)

หากผู้ป่วยมีความหวังที่จะหายจากการเป็นโรค มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสามารถกลับไปทำงาน หรือใช้ชีวิตได้ตามปกติ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกยินดีและมีความสุข (Alarcon et al., 2013; Eriksson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2008) ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะส่งผลให้ร่างกายเกิดการกระตุ้นการหลั่งสารในสมอง ได้แก่ Endorphins และ Enkephalins สารเหล่านี้จะผลิตและหลั่งจากต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ทำให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย (Groopman, 2005) ลดการทำงานของระบบซิมพาเทติก ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง อัตราการหายใจลดลง (Chaudhry & Gossman, 2019; Rokade, 2011) และลดการหลั่งสาร Cortisol ซึ่งเป็นสารที่ส่งผลต่อระบบการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ทำให้ลดอัตราการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ (Jutla, Yuyun, Quinn, & Ng,

2014) ทำให้สุขภาพหัวใจแข็งแรง (Bjørnnes et al., 2018) และมีสุขภาพจิตที่ดี (Yaghoobzadeh, Soleimani, Allen, Chan, & Herth, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ สถานะทางสังคม ความเจ็บปวดเรื้อรัง (Bjørnnes et al., 2018) อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต (Rustøen, Howie, Eidsmo, & Moum, 2005) การสนับสนุนทางสังคม (Rustøen et al., 2005; Wang, Chang, Shih, Sun, & Jeng, 2006) ด้านจิตใจ (Yaghoobzadeh et al., 2018) คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ (Eriksson et al., 2013) ความสามารถในการแก้ปัญหา (Folkman, 2010) ความวิตกกังวล (Fitzsimons, Parahoo, Richardson, & Stringer, 2003; Heszen-Niejodek, Gottschalk, & Januszek, 1999; Rajandram et al., 2011) ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย (Yu & Ko, 2006) การมองโลกในแง่ดี (Alarcon et al., 2013) การจัดการผลลัพธ์และการค้นหาความหวัง (Kristofferzon et al., 2008) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยจะพบการศึกษาความหวังในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความหวัง ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (อังคณา ศรีวิริญ, ชมนาด สุ่มเงิน และ สิทธิลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2018) การมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม (อังคณา ศรีวิริญ และคณะ, 2018) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความเหนื่อยล้า (เกษรา แก้วนิล, สิทธิลักษณ์ กิจศรีไพศาล และ ปรีกษ์มกล รัชชกุล, 2015)

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยพบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นการศึกษาความหวังที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะเรื้อรัง โดยเป็นการศึกษาความหวังที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีชีวิตอย่างมีคุณค่าในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ แต่ยังไม่พบการศึกษาความหวังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งความหวังในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นความหวังที่จะหายจากการเป็นโรค มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสามารถกลับไปทำงาน หรือใช้ชีวิตได้ตามปกติตามปกติ (Eriksson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2008) ส่วนการพยาบาลตามปกติที่ได้รับ ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมุ่งเน้นการดูแลรักษาทางกาย เพื่อให้ผ่านพ้นระยะวิกฤต เช่น การเตรียมตัวก่อนใส่สายสวนเพื่อล้างขยายหลอดเลือดหัวใจ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การดูแลบริเวณแผล การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรมต่าง ๆ (Dunkley, Siefers, & Tagney, 2016) ร่วมกับการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันปฏิบัติหลังจากออกจากโรงพยาบาล เช่น การหลีกเลี่ยงการยกของหนัก การพักผ่อนช่วงกลางวันอย่างน้อย 30 – 60 นาที การออกกำลังกายตามคำแนะนำของ

นักกายภาพบำบัด เพื่อช่วยเพิ่มการทำงานของหัวใจให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารตามคำแนะนำของนักโภชนาการ เป็นต้น และการรักษาดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้นเพียง 2-3 วัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) การดูแลและการให้ความรู้ผู้ป่วยจึงเน้นการดูแลตนเองทางด้านร่างกาย (Mercado, Smith, & McConnon, 2013; Reeder, 2021) ทำให้ไม่ครอบคลุมถึงการดูแลภาวะจิตสังคม ดังนั้นการศึกษาความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินทางด้านจิตสังคมและวางแผนการให้การรักษาแบบองค์รวมในระยะเวลาอันจำกัดที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้รักษาอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะหายจากโรค ได้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งความหวังจะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพ มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีภาวะจิตสังคมที่ดี

คำถามการวิจัย

1. ความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นอย่างไร
2. ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ต่อความหวังหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ต่อความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกและได้รับการรักษาให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหมือนกลับมีชีวิตใหม่อีกครั้งทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ซึ่งความหวังเป็นแรงผลักดันที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดความหวังของ Snyder (1995) มาประยุกต์ใช้โดย Snyder (1995) กล่าวว่าความหวังเกิดจากการรับรู้ของบุคคลเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่บุคคลปรารถนา ประกอบด้วย 1) ตัวบุคคล (Agency) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในและเป็นพลังแห่งความตั้งใจเพื่อให้บรรลุถึงสิ่งตั้งใจ 2) แนวทาง (Pathway) หมายถึง การรับรู้ถึงวิธีเพื่อให้ได้รับสิ่งที่บุคคลต้องการตามเป้าหมายที่ตั้งใจ 3) เป้าหมาย (Goal) หมายถึง สิ่งที่ประสบความสำเร็จของบุคคลซึ่งเป็นไปตามที่ปรารถนาต้องการจะได้รับ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความหวังตามแนวคิดของ Snyder ประกอบด้วย 1) ความสามารถทางปัญญา (Cognitive) เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ที่คุกคามและการรับรู้ความสามารถหรือศักยภาพของตนในการรับมือกับสถานการณ์นั้น 2) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการจากมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 3) ภาวะสุขภาพ (Health) เป็นพื้นฐานในการไปสู่เป้าหมายอื่น ๆ 4) ประสบการณ์ของความสำเร็จในอดีตของตนหรือของผู้อื่น (Life experience) หรือความสามารถเอาชนะอุปสรรคในการไปสู่เป้าหมายได้ ในการศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้แนวคิดของ Snyder ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาใช้ในการคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยความรู้เป็นตัวแทนของความสามารถทางปัญญา การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนของแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นตัวแทนของภาวะสุขภาพ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยและการมองโลกแง่ดีเป็นตัวแทนของประสบการณ์ของความสำเร็จในอดีตของตนหรือของผู้อื่น และความวิตกกังวลได้จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับความหวัง ได้ดังนี้

ความรู้ เป็นสิ่งที่เกิดจากประสบการณ์ ความเข้าใจ และสามารถเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Kayaniyil et al., 2009) ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับความหวัง โดยพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความหวัง ซึ่งความรู้เป็นสิ่งที่ส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง รู้สึกปลอดภัยและเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ปรับพฤติกรรมซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในการ

ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจะส่งผลให้ความหวังลดลง (Kavradim, Özer, & Bozcuk, 2013) ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค จะส่งผลให้ความหวังลดลงได้เช่นกัน (Stowers & Short, 1970) และจากการศึกษาของ Wang et al. (2006) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจยิ่งมีความรู้มากจะทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลทำให้ระดับความหวังเพิ่มมากยิ่งขึ้น ($r = .419, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yaghoobzadeh et al. (2018) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับวิทยาลัยขึ้นไปถือว่าเป็นบุคคลมีความรู้ สูงทำให้มีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ดีกว่าคนที่มีความรู้ต่ำกว่า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความรู้ในระดับสูงมีความหวังสูงขึ้น

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะคุกคาม เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น (Spielberger, 1972; Townsend, 2011) ซึ่งความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความหวังกล่าวคือ ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์คุกคาม (Spielberger, 1972) มีการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวัง (Rajandram et al., 2011) โดยพบว่าผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีความวิตกกังวลสูงในช่วง 12 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษา (An et al., 2004) ซึ่งความวิตกกังวลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น คิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นภาวะอันตรายมีผลต่อชีวิต จึงส่งผลให้ความหวังลดลง จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงจะมีระดับความหวังต่ำ (Heszen-Niejodek et al., 1999)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึก ความเข้าใจในการเลือกที่จะรับรู้แล้วแปลความตามความสามารถและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลต่อภาพรวมของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี (Pender, 1987) ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความหวังกล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางที่ดี ทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมไปในทางที่ดี และส่งผลทำให้เกิดความหวังที่สูงขึ้น โดยจากการศึกษาของ Soleimani (2017) พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลทำให้ระดับความหวังเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ($r = .50, p < 0.01$) (อรัญญา รักษาบ, เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์, กิตติกร นิลมานัต, และอังศุมา อภิชาโต, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา ศรีวิริญ

และคณะ (2018) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความหวังในผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($\beta = .245, p < .01$)

การมองโลกในแง่ดี เป็นความคาดหวังของบุคคลว่าสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจะต้องมีผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้น เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และยังมีโอกาสประสบความสำเร็จ (ขจรศรี แสนปัญญา, 2553) มีความสัมพันธ์กับความหวัง โดยการมองโลกในแง่ดีจะทำให้บุคคลมีความหวังเกิดขึ้นในอนาคตจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Carver, Scheier, & Segerstrom., 2010) ซึ่งการมองโลกในแง่ดีส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีความเป็นไปได้และพร้อมที่จะปรับปรุงตนเอง กล้าเสี่ยง กล้าตัดสินใจจึงส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีกว่า จากการศึกษาของ อังคณา ศรีวิริญ และคณะ (2018) ที่ทำการศึกษายปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า การมองโลกในแง่ดีสามารถทำนายความหวัง ($\beta = .231, p < .01$) และการศึกษาของ Alarcon et al. (2013) พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตและประสบความสำเร็จในอนาคตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Scioli et al. (1997) ที่ทำการศึกษาคความหวังในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้การช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว คนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับ มีคุณค่า (Caplan, 1974) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความหวัง โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่น ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง (Yadav, 2010) จากการศึกษาของเกษรา แก้วนิล และคณะ (2015) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีระดับความหวังที่สูงขึ้น และการศึกษาของ Yaghoobzadeh et al. (2018) ที่ทำการศึกษาคความหวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2006) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวเองมีคุณค่า มีความสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยหันมาดูแลภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังมากขึ้น นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความหวังในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($\beta = .458, p < .01$) (อังคณา ศรีวิริญ และคณะ, 2018)

ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ และไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นได้ เมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยจะส่งผลให้บุคคลประเมินความเจ็บป่วยเป็นภาวะอันตราย (Mishel, 1988) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความหวังจากการศึกษาความหวังของ Yu and Ko (2006) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวัง ($r = -.57, p = .000$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hsu et al. (2003) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยต่อความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวัง ($r = -.38, p < .05$) และการศึกษาของ Fitzsimons et al. (2003) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยเป็นปัญหาทางจิตสังคมที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขณะรอผ่าตัดหัวใจ เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบขึ้นเมื่อใดรวมทั้งการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อความหวังทำให้ความหวังลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Staples and Jeffrey (1997) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับความหวังในผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยในทางตรงกันข้ามจากการศึกษาของอังคณา ศรีวิริญ และคณะ (2018) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางไม่สามารถทำนายความหวังได้ เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาอาการ และความรุนแรงของโรคได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. ความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ต่อความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการถ่ายขยายหลอดเลือดแบบเร่งด่วน ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อายุ 30 – 59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการถ่ายขยายหลอดเลือดแบบเร่งด่วนในระยะเวลา 1-7 เดือนที่ผ่านมา และเข้ารับการติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

ตัวแปรตาม คือ ความหวัง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความหวัง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก รับรู้ถึงแรงผลักดันภายในที่เชื่อว่าจะบรรลุผลในอนาคต ได้แก่ หายจากการเป็นโรค มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสามารถกลับไปทำงาน หรือใช้ชีวิตได้ตามปกติ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามที่ปรารถนา ประเมินได้จากแบบสอบถามความหวัง The Hope Scale ของ Snyder (1995) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. **ตัวบุคคล (Agency)** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในเพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่ปรารถนาโดยสามารถรับรู้ได้ถึงการทำตามสิ่งที่ต้องการและเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งใจ
2. **แนวทาง (Pathway)** หมายถึง การรับรู้ถึงวิธีเพื่อให้ได้รับสิ่งที่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกต้องการตามเป้าหมายที่ตั้งใจเมื่อผู้ป่วย

ผ่านพ้นประสบการณ์ที่คุกคามชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษา มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค

3. เป้าหมาย (Goal) หมายถึง สิ่งที่ประสบความสำเร็จตามที่ปรารถนาต้องการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก รวมทั้งมีความสุขและมีความหมายในชีวิต

ความรู้ หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยแบบสอบถาม The Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version (CADE-Q SV) ของ Ghisi, Sandison, and Oh (2016) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอาการและการรักษา หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่เกิดขึ้น การรับประทานยา และการรักษาที่ได้รับ

2. ด้านปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการควบคุมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง

3. ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

4. ด้านโภชนาการ หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

5. ด้านปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ที่มีผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความวิตกกังวล หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่ารู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคตที่เกิดขึ้น หลังจากนั้น ประเมินได้จากแบบสอบถามภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจของ Eifert et al. (2000) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความกังวลและกลัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับความกังวลและกลัวที่เกิดขึ้นภาวะการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. ด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง เพื่อลดการเกิดหัวใจเต้นเร็ว และเหงื่อชุ่มมากขึ้น

3. ด้านความใส่ใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ขึ้นขณะทำกิจกรรม หรือขณะพักผ่อน รวมทั้งการตรวจวัดชีพจรด้วยตนเอง

4. ด้านความปลอดภัยและการค้นหา หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับการได้รับการตรวจตามแพทย์นัด และการเล่าเรื่องภาวะสุขภาพให้ครอบครัวหรือเพื่อน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่รู้สึกและแปลความตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประเมินได้จากแบบสอบถามสุขภาพ เอสเอฟ 12 Shot Form Health Survey (SF-12) ของ Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา Ware et al. (2009) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย วิษซ์ เกษมทรัพย์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และ กนกพร ปูฟ้า (2550) ประกอบด้วยมิติด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติได้แก่ มิติด้านการทำงานทางด้านกายภาพ (Physical Functioning), มิติด้านสุขภาพที่มีผลต่อการทำงาน (Role Physical), มิติด้านความเจ็บปวด (Bodily Pain), มิติด้านสุขภาพทั่วไป (General Health), มิติด้านมีชีวิตชีวา (Vitality), มิติด้านสังคม (Social Functioning), มิติด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการทำงาน (Role Emotional) และ มิติด้านจิตใจ (Mental Health)

การมองโลกในแง่ดี หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่คาดหวังว่าสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจะต้องมีผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้นเมื่อได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยคาดหวังอาการเจ็บแน่นหน้าอกบรรเทาลง ประเมินได้จากแบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ตามแนวคิดของ Seligman (1990) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยจรรยา สนั่นปัญญา (2553) ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่

มิติที่ 1 ความคงทนถาวร (Permanence) เป็นมิติที่มีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว (temporary) และเกิดขึ้นอย่างถาวร (Permanent) ผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดจะเกิดชั่วคราว และมองว่าสิ่งดี ๆ จะเกิดขึ้นเสมอตลอดไป

ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายมองว่าสิ่งที่ร้ายที่เกิดจะเกิดขึ้นถาวร และมองว่าสิ่งดี ๆ จะเกิดขึ้นชั่วคราว

มิตินี้ 2 การแผ่ขยายความรู้สึกร (Pervasiveness) เป็นมิตินี้ที่มีความเกี่ยวข้องกับความเฉพาะเจาะจงซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจง (Specific) และเกิดขึ้นอย่างไม่เฉพาะเจาะจง (Universal) เป็นการอธิบายความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์โดยผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าสิ่งร้าย ๆ จะเกิดขึ้นเฉพาะบางเรื่อง และมองว่าสิ่งดี ๆ จะเกิดขึ้นทุกเรื่อง ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายมองว่าสิ่งร้าย ๆ จะเกิดขึ้นกับทุกเรื่อง และมองว่าสิ่งดี ๆ จะเกิดขึ้นเฉพาะบางเรื่อง

มิตินี้ 3 การเกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) เป็นมิตินี้ที่เกี่ยวข้องกับตนเองของบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ต้นเหตุจากตนเอง (Internal) และต้นเหตุจากสิ่งอื่นภายนอก (External) โดยในมิตินี้จะมีความเกี่ยวข้องกับเนื้อเชื่อมโยงไปถึงการรู้คุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เมื่อมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น ผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าสิ่งร้าย ๆ เกิดตลอดไปและเกิดกับเรื่องอื่น ๆ ด้วย แต่หากพบเหตุการณ์ที่ไม่ดี จะอธิบายว่าเกิดจากปัจจัยภายนอก จะเกิดเพียงชั่วคราวและเกิดเฉพาะเหตุการณ์

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากครอบครัวจากเพื่อน และจากคนอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน ประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย Nahathai and Tinakorn (2012) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับการได้รับการคำแนะนำความช่วยเหลือต่างๆ จากครอบครัว

2. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับการได้รับการคำแนะนำความช่วยเหลือต่างๆ จากเพื่อน

3. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับการได้รับการคำแนะนำความช่วยเหลือต่างๆ จากบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน

ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกี่ยวกับการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนต่อไปได้ ประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของ Mishel (1997) ฉบับชุมชน ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยบุษบา สมใจวงษ์ (2553) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านความคลุมเครือ (Ambiguity) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกประเมินความเจ็บป่วยและการรักษาได้ไม่อย่างชัดเจนไม่ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น

2. ด้านความซับซ้อน (Complexity) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกประเมินว่าการรักษามีหลายขั้นตอนและมีความยุ่งยาก

3. ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน (Inconsistency) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกได้รับข้อมูลไม่ตรงกับที่เคยได้รับ

4. ด้านการไม่สามารถทำนาย (Unpredictability) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกไม่สามารถคาดเดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 30 - 59 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI) ซึ่งแพทย์ได้รักษาด้วยการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจแบบเร่งด่วนในระยะเวลา 1-7 เดือนที่ผ่านมา และเข้ารับการติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ทำให้ลดการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการให้ความรู้ และการวิจัยทางการพยาบาลในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมความหวังให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

- 1.1 ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.4 การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.5 การรักษาผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. แนวคิดความหวัง

- 2.1 ความหมายของความหวัง
- 2.2 แนวคิดความหวัง
- 2.3 องค์ประกอบของความหวัง
- 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความหวังตามแนวคิดของ Snyder
- 2.5 ผลกระทบของความหวังต่อผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- 2.6 ความหวังในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
- 2.7 การประเมินความหวัง

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก

- 3.1 ความรู้
- 3.2 ความวิตกกังวล

- 3.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
- 3.4 การมองโลกในแง่ดี
- 3.5 การสนับสนุนทางสังคม
- 3.6 ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย
- 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 5. กรอบแนวคิดการวิจัย



1. ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความพยายามที่จะพัฒนาระบบบริการตติยภูมิในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อให้บริการผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็วรองรับปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2551) จากข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2554) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลชุมชนที่ตนเองมีสิทธิการรักษาเป็นแห่งแรก หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้ป่วยร้อยละ 34.6 เดินทางไปที่โรงพยาบาลตติยภูมิโดยตรง และผู้ป่วยร้อยละ 7 ไปรับการรักษาที่หน่วยปฐมภูมิหรือคลินิกเอกชนเป็นแห่งแรกก่อนที่จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิต่อไป ซึ่งจากข้อมูลของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ในเขต 13 กรุงเทพมหานครมีการรับบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2551)

1.1 ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) หมายถึง กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญ คือ เจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพัก (Resting angina) นานกว่า 20 นาที หรือเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม โดยลักษณะของอาการและการรอดชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการตีบหรือตันของหลอดเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Harvard Medical School, 2019; Rawshani, 2019; ฝ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; วิจิตรา กุสุมภ์ และ พวงผกา กรีทอง, 2553; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) จำแนกเป็น 3 ชนิดดังนี้

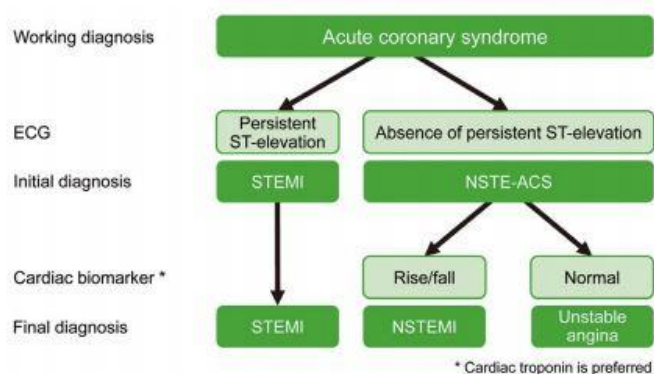
1) ST elevation myocardial infarction หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือ เกิด LBBB ขึ้นมาใหม่ ร่วมกับมีอาการเจ็บหน้าแน่นอกนานมากกว่า 20 นาที ซึ่งเกิดจากการอุดตันแบบทั้งหมด (complete coronary artery occlusion) ของหลอดเลือดหัวใจแบบเฉียบพลันและเกิดการปริแตกของรอยโรค (plaque) อย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ความผิดปกติที่ตรวจพบคือ ค่า Cardiac biomarker สูงกว่าปกติ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็วภายใน 6 ชั่วโมง จะส่งผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) เกิด ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI or Q-wave MI)

2) Non-ST elevation myocardial infarction หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลันบางส่วน (partial coronary artery occlusion) ผลการตรวจเลือดพบค่า Cardiac biomarker สูงเล็กน้อย ซึ่งยังไม่พบ ST segment elevation โดยพบว่ายังไม่เกิดการตายของกล้ามเนื้อ มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วย หากมีอาการนานมากกว่า 30 นาที อาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave MI)

3) ภาวะเจ็บแน่นหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งเกิดจากการตีบบางส่วนของหลอดเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ แต่ยังไม่พบการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการตรวจผลเลือดไม่พบความผิดปกติของค่า Cardiac biomarker และตรวจไม่พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติซึ่งมักมีอาการเกิดขึ้นขณะพัก (Harvard Medical School, 2019; Rawshani, 2019; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก จึงได้ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) เท่านั้น และไม่มีประวัติการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) มาก่อน

ภาพที่ 1 ลักษณะคลินิกของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
(Clinical of acute coronary syndrome)



ที่มา: JSC 2018 Guideline on Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Syndrome
(Nakao; et al., 2019)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมี 2 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ 2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

1) เพศและอายุ อายุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรค อากาศส่วนใหญ่่มักเกิดชัดเจนหลังอายุ 30 ปี โดยเพศชายส่วนใหญ่่มักเกิดโรคเมื่ออายุ 30 ปี ส่วนเพศหญิงส่วนใหญ่่มักเกิดโรคเมื่ออายุ 55 ปี (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2254; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

2) เชื้อชาติและพันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีสายเลือดเดียวกัน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประมาณ 1.3 เท่า (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2254; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

1) ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) คือ ภาวะที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญไขมันในร่างกาย ทำให้ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เป็นผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ตามมา ซึ่งไขมันแบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่ ไขมันดี และไขมันเลว โดยไขมันเลว ได้แก่ ไขมันชนิด Cholesterol, Triglyceride และ LDL (Low density lipoprotein) และไขมันดี คือ HDL (High density lipoprotein) ที่มีหน้าที่นำพาคอเลสเตอรอลที่ติดตามผนังหลอดเลือดให้หลุดออกไปจึงช่วยลดการอุดตันของหลอดเลือด ภาวะ LDL สูง และ HDL ต่ำ จะเกิดจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียดสูง รวมถึงมีแนวโน้มทางพันธุกรรม (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2254; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

2) ความดันโลหิตสูง การมีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป มีผลทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีรับแรงกระแทกมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงตีบและแข็งมากขึ้น (Atherosclerosis) มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงและทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกตามมาได้ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2254; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

3) การสูบบุหรี่ ในควันบุหรี่ประกอบด้วยคาร์บอนมอนอกไซด์ นิโคตินและสารต่างๆ ในปริมาณสูง โดยคาร์บอนมอนอกไซด์เมื่อถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดได้อย่างรวดเร็วและมีความสามารถในการแย่งที่ของออกซิเจนในการจับกับเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายรับออกซิเจนลดลง เป็นสาเหตุทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อสูบน้ำเลือดออกไปส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้เกิดการเกาะของเกร็ดเลือด (platelet aggregation) มากขึ้น (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2254; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

4) เบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน 2-8 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดเร็วกว่าปกติได้ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2254; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

5) ภาวะอ้วน ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เนื่องจากภาวะอ้วนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนัก เพื่อให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และพบว่าคนที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2254; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

6) การขาดการออกกำลังกาย การไม่มีกิจกรรมทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าคนที่เคลื่อนไหวร่างกาย 1.9 เท่า โดยพบว่ากรณีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง สะสมอย่างน้อย 30 นาทีในแต่ละวัน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับ HDL ลด LDL ลดระดับ Cholesterol ในเลือด (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2254; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

7) ภาวะเครียด ภาวะเครียดจะไปกระตุ้นให้มีการหลั่ง Catecholamine และกระตุ้น Sympathetic activity จึงเพิ่มการเกาะของเกล็ดเลือด เร่งกระบวนการแข็งตัวของเลือด เพิ่มการสะสมของไขมัน เพิ่มความดันโลหิต และเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ส่งผลให้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2254; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

สรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยปัจจัยด้านอายุเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จากการศึกษาพบว่า ในเพศชายจะมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเริ่มอายุ 30 ปี ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อายุระหว่าง 30-59 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงอายุดังกล่าว

1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (Atherosclerosis) ทำให้การนำเลือดของหลอดเลือดโคโรนารีลดลง เนื่องจากไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด หลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็ง มีลิ่มเลือด การรวมตัวของไขมัน ไปอุดตัน แต่ที่พบมากที่สุด คือ ภาวะไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็ง พยาธิสภาพที่พบเรียกว่า

Atheromatous plaque ซึ่งประกอบด้วยไขมันประเภทคอเลสเตอรอลฟอสโฟลิปิด และสารประกอบต่าง ๆ จากเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดรวมทั้งไฟบริน นอกจากนี้ยังมี fibrous tissue และแคลเซียมรวมอยู่มากหรือน้อยแล้วแต่อายุของ atheromatous plaque ในหลอดเลือดแดง atheromatous plaque นั้นจะอยู่แทนที่ endothelium ซึ่งจะสูญหายไป และช่องภายในหลอดเลือดจะตีบแคบลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ปริมาณเลือดไหลผ่านน้อยลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและขาดออกซิเจน การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจถูกขัดขวางจากการขาดเลือดและทำให้เกิดการบาดเจ็บ (injury) และเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะตายได้ (วิจิตรา กุสุมภ์ และ พวงผกา กรีทอง, 2553) จึงส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องใช้กระบวนการเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้มีการหลั่งสารต่างๆ ได้แก่ Kinin, Bradykinin และ Adenosine ซึ่งสารเหล่านี้จะกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกทำให้เกิดอาการเจ็บปวด

อาการเจ็บแน่นหน้าอก (chest pain) เป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อย อาการเจ็บแน่นหน้าอกชนิด angina pectoris เป็นอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่จำเพาะต่อโรคจะมีอาการเจ็บแบบแน่นๆ หนัก ๆ เหมือนมีของหนักทับ โดยมักจะมีอาการบริเวณอกซ้าย อาจมีอาการแน่นอึดอัดรู้สึกหายใจไม่ออก พบอาการร้าว (refer pain) ไปยังบริเวณแขนซ้าย ร้าวขึ้นกรามหรือลำคอได้ อาการเจ็บแน่นหน้าอกมักเป็นขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อยและเป็นอยู่นานมากกว่า 20 นาที หรือมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว มีอาการใจสั่นจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะตรวจพบภาวะช็อคร่วมด้วย (เกรียงไกร เสงรัศมี และ กนกพร แจ่มสมบุญ, 2555)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก จะมีอาการและอาการแสดงที่เด่นชัดคือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดเหมือนมีอะไรมาทับหรือบีบหัวใจ มีอาการร้าว (refer pain) ไปยังบริเวณแขนซ้าย ร้าวขึ้นกรามหรือลำคอได้ อาการเจ็บแน่นหน้าอกมักเป็นขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด เหงื่อแตก นอนราบไม่ได้ อาการใจสั่นจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น

1.4 การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การประเมินสภาพผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยทั่วไปเริ่มจากการซักประวัติซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อการวินิจฉัย (Harvard Medical School, 2019; เกรียงไกร เสงรัศมี และ กนกพร แจ่มสมบุญ, 2555; วิจิตรา กุสุมภ์ และ พวงผกา กรีทอง, 2553)

1.4.1 การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยการซักประวัติที่ต้องถามได้แก่

1) PQ = pain quality ลักษณะของอาการเจ็บแน่นหน้าอก ปวดเสียดแทง อาการคลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มอึด

2) R = radiation ตำแหน่งที่ปวดร้าว ร้าวไปกราม ร้าวไปแขนซ้าย

3) S = severity ความรุนแรง คะแนนความรุนแรงเต็ม 10 คะแนน

4) T = time เวลาที่เริ่มเจ็บแน่นหน้าอก เวลาที่เจ็บแน่นหน้าอกที่รุนแรงที่สุด ระยะเวลาที่เจ็บแน่นหน้าอกต่อเนื่องมากกว่า 20 นาที ระยะเวลาจากบ้านหรือสถานที่เจ็บแน่นหน้าอกถึงโรงพยาบาล

5) ประวัติอื่น ๆ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ โรคอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) ประวัติโรคหัวใจ การเสียชีวิตจากโรคหัวใจของสมาชิกในครอบครัวก่อนวัยอันควร (Harvard Medical School, 2019; เกรียงไกร เสงรัมย์ และ กนกพร แจ่มสมบูรณ์, 2555; วิจิตรา กุสุมภ์ และ พวงผกา กรีทอง, 2553)

1.4.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ค่า cardiac marker หรือ isoenzyme เพิ่มขึ้น ได้แก่ serum creatinine kinase (CK or CK -MB) และ Troponin-T หรือ Troponin-I ระดับของ cardiac enzymes ที่สูงเกินค่าปกติเป็นตัวบ่งบอกว่ามีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการตาย หรือการขาดเลือดโดยค่าของ CK-MB สูงขึ้นใน 3-6 ชม. สูงสุดใน 12-18 ชม. ส่วนกล้ามเนื้อหัวใจตายจะสูงขึ้นภายใน 3-6 ชม. หลังจากมีอาการเจ็บหน้าอก จึงเป็นตัวที่เชื่อถือได้มาก ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มาตรวจอย่างรวดเร็วอาจจะไม่พบความผิดปกติของ cardiac enzymes ได้ (เกรียงไกร เสงรัมย์ และ กนกพร แจ่มสมบูรณ์, 2555; วิจิตรา กุสุมภ์ และ พวงผกา กรีทอง, 2553)

1.4.3 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) พบการเปลี่ยนแปลงของ ST-segment elevations มากกว่า 1 มิลลิเมตร ใน leads ที่อยู่ติดกันมากกว่า 2 leads เช่น lead V1, V2, V3 ขึ้นไปรวมกับการเปลี่ยนแปลงของ reciprocal ST depression ใน leads ที่อยู่ตรงกันข้าม เมื่อเวลาผ่านไปนานความผิดปกติที่หลงเหลือไว้ให้เห็นเพียงอย่างเดียวคือ Q wave เท่านั้น อาจตรวจพบความผิดปกติชนิด new onset LBBB (Left bundle branch block) ได้ในกลุ่ม ST elevation myocardial infarction (STEMI) (Harvard Medical School, 2019; เกรียงไกร เสงรัมย์ และ กนกพร แจ่มสมบูรณ์, 2555; วิจิตรา กุสุมภ์ และ พวงผกา กรีทอง, 2553)

1.4.4 การตรวจภาพรังสีหัวใจ (chest x-rays, CXR) ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกแล้วหายเองเมื่อพักหรืออมยาได้ การตรวจชนิดนี้จะปกติ แต่ถ้าถ่ายภาพรังสีหัวใจแล้ว

พบหินปูนบริเวณหลอดเลือดหัวใจ แสดงให้เห็นว่าภาวะของหลอดเลือดหัวใจตีบ ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Harvard Medical School, 2019; เกรียงไกร เสงรัศมิ และ กนกพร แจ่มสมบุรณ์, 2555; วิจิตรา กุสุมภ์ และ พวงผกา กรีทอง, 2553)

1.4.5 การตรวจอื่น ๆ สามารถส่งตรวจตามความเหมาะสม เช่น การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) เพื่อประเมินการบีบตัวของหัวใจและดูภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ Mitral regurgitation, ruptured septal ventricular septal defect เป็นต้น (เกรียงไกร เสงรัศมิ และ กนกพร แจ่มสมบุรณ์, 2555; วิจิตรา กุสุมภ์ และ พวงผกา กรีทอง, 2553)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated (ST elevated myocardial infarction หรือ STEMI) โดยไม่เคยมีประวัติของการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย 3 ข้อ 1) มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับหรือมาบีบหัวใจและเจ็บนานมากกว่า 20 นาที 2) มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) 3) มีระดับของค่า cardiac enzyme ที่สูงกว่าค่าปกติ

1.5 การรักษาผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) จะเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านไป เวลาจึงมีความสำคัญต่อการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก เพื่อลดการเสียชีวิต มีดังนี้

1.5.1 การรักษาโดยการใช้ยา

1) ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelets) เป็นยาขัดขวางการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด มี 2 ชนิดร่วมกัน เช่น ให้ aspirin ร่วมกับ clopidogrel หรือให้ aspirin ร่วมกับ ticagrelor ยกเว้นในรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติสูง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

2) ยาในกลุ่มละลายลิ่มเลือด (Anticoagulants) ช่วยละลายลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารี โดยออกฤทธิ์ทำให้ไฟบรินสลายตัว การใช้เอ็นไซม์ละลายลิ่มเลือดต้องระวังอันตรายที่อาจเกิดจากเลือดไหลไม่หยุดซึ่งฤทธิ์ของเอ็นไซม์นี้จะมีผลต่อไปประมาณ 12-24 ชั่วโมง หลังจากหยุดยาแล้ว ในปัจจุบันมียา 2 กลุ่มคือ กลุ่ม fibrin non-specific agents เช่น Streptokinase และ กลุ่ม fibrin specific agents เช่น Alteplase (tPA), Tenecteplase (TNK-tPA) ยากลุ่มหลังมีข้อดีกว่าคือ ไม่ทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านฤทธิ์ยา ทำให้ใช้ซ้ำได้ ระหว่างที่ให้ยาไม่ทำให้ความดันโลหิตต่ำ อันเป็นผลข้างเคียงของยา มีโอกาสเปิด

เส้นเลือดที่อุดตันสำเร็จได้ในอัตราที่สูงกว่า (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

3) ยาในกลุ่มเพื่อควบคุมและป้องกันอาการเจ็บหน้าอก (Anti-ischemic drugs) ประกอบด้วย ยาในกลุ่มไนเตรท (Nitrates) ได้แก่ Nitroglycerine, Isodil เป็นการรักษาขึ้นต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดโดยอมยาไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerine) ได้ลิ้น 0.02 มิลลิกรัมทุก 5 นาที หรือ อมยาไอซอร์ดิล (Isodil) 5 มิลลิกรัม ทุก 5 นาที จนหายเจ็บ เนื่องจากยาทั้งสองตัวมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดโดยทำให้ Smooth muscle ของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงคลายตัว จึงเพิ่มการไหลเวียน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการปวดศีรษะได้ (วิจิตร กุสุมภ์ และ พวงผกา กรีทอง, 2553)

1.5.2 การรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary Percutaneous Coronary Intervention: Primary PCI) เป็นการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยการทำหัตถการ การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจที่อุดตันและหรือการใส่อุปกรณ์พิเศษเฉพาะเพื่อดูดลิ่มเลือดในหลอดเลือดหัวใจภายใน 12 ชั่วโมง หลังจากเวลาที่เริ่มมีอาการแน่นหน้าอก นอกจากนี้การสอดใส่สายสวนหัวใจเพื่อการตรวจวินิจฉัย และการขยายหลอดเลือดในภาวะฉุกเฉิน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิด recurrent myocardial infarction ลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก และป้องกันรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่สายสวนซึ่งสามารถทำได้ 2 ตำแหน่ง ได้แก่

1) บริเวณข้อมือ (Radial artery) เป็นการฉีดและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดข้อมือ โดยหลอดเลือดแดงที่ใช้ คือหลอดเลือดแดง Radial artery เนื่องจากเป็นหลอดเลือดขนาดเล็กและอยู่ตื้น แพทย์สามารถดึงสายสวนและนำท่อออกจากหลอดเลือดได้ทันที หลังเสร็จสิ้นการตรวจรักษาแล้วห้ามพับข้อมือนาน 6-8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะเลือดออก

2) บริเวณขาหนีบ (Femoral artery) โดยทั่วไปภายหลังการฉีดหลอดเลือดหัวใจเสร็จ แพทย์จะดึงสายตรวจท่อนำออกจากหลอดเลือดแล้วกดตรงตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดเพื่อให้เลือดหยุดเป็นเวลา 10-15 นาที โดยผู้ป่วยต้องนอนราบที่เตียง ห้ามขยับขาข้างที่แทงหลอดเลือด โดยมีหมอนทรายทับที่บริเวณขาหนีบต่ออีก 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้ป่วยจึงจะสามารถพับขาหรือเดินได้หลังจากครบ 4-6 ชม. ภายหลังการทำกรถ่างขยายหลอดเลือดผู้ป่วยจะได้รับยาป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสังเกตภาวะเลือดออกซ้ำได้

1.5.3 การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft)

เป็นกระบวนการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเส้นทางการไหลเวียนของเลือด โดยนิยมใช้หลอดเลือดจากเส้นเลือดที่ขา หรือแขน ข้องซึ่งในการทำการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ คือมีการตีบตันของเส้นเลือดหัวใจมาก มักพบในกรณีที่มีการตีบของเส้นเลือดหัวใจทั้งหมด 3 เส้น

หรือการตีบที่โคนของเส้นเลือดด้านซ้าย (Left main artery) หรือในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถแบ่งออกได้เป็นทั้งหมด 5 ระยะ ได้แก่

1.6.1 การพยาบาลขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน มีดังนี้

- 1) ประเมินด้านร่างกายได้แก่ รูปร่าง ลักษณะ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
- 2) ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- 3) ชักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญของผู้ป่วย อาการเจ็บหน้าอก การรักษา
- 4) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 Leads ทันที
- 5) ให้ผู้ป่วยนอนพักและให้ออกซิเจนทางจมูก 2-4 ลิตรต่อนาที ถ้าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงที่วัดจากปลายนิ้วต่ำกว่า 95%
- 6) รายงานแพทย์ทันที
- 7) เปิดเส้นเลือดดำและส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูความผิดปกติของสาร Cardiac enzyme ได้แก่ CK-MB และ Troponin-T
- 8) ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และระวังภาวะแทรกซ้อน
- 9) ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก
- 10) เตรียมอุปกรณ์และเครื่องฉุกเฉินพร้อมใช้
- 11) ประสานงาน เพื่อส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การดูแลรักษาที่ได้รับเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 12) นำผู้ป่วยส่งต่อไปยังแผนกผู้ป่วยวิกฤตหรือห้องสวนหัวใจอย่างรวดเร็วและปลอดภัย
- 13) กรณีโรงพยาบาลอื่นต้องการส่งต่อเพื่อการรักษาให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประสานงานตามระบบการรับผู้ป่วยผ่านช่องทางด่วน (เกรียงไกร เสงรัมย์ และ กนกพร แจ่มสมบูรณ์, 2555)

1.6.2 การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลต้องมีสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI สามารถประเมินและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่

ทันสมัยเพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อน เช่น เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ เป็นต้น

1) กรณีที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics) พยาบาลจะต้องประเมินและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ช่วงทั้งก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรายงานแพทย์ทันที

2) กรณีที่ต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention) พยาบาลจะต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย เช่น เตรียมผิวหนังตรวจสอบความแรงของซีพจรส่วนปลาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของไต การให้ยาที่สำคัญตามการรักษา เช่น Clopidogrel ตลอดจนการเตรียมด้านจิตใจโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวล มีการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมแพทย์ พยาบาลห้องสวนหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องสวนหัวใจมีการประเมินและเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเย็บหูหัวใจ การเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง เป็นต้น (เกรียงไกร เสงร์ศรี และ กนกพร แจ่มสมบุญ, 2555)

1.6.3 การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงของระบบไหลเวียนโลหิตและสัญญาณชีพคงที่แพทย์จะพิจารณาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ พยาบาลจะส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ การรักษา หรือหัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ ปัญหาที่ต้องการการดูแลต่อ มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ (เกรียงไกร เสงร์ศรี และ กนกพร แจ่มสมบุญ, 2555)

1.6.4 การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปลอดภัย แพทย์จะพิจารณาให้กลับบ้านได้ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานยาละลายลิ่มเลือดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดการอุดตันของเส้นเลือดหัวใจ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เช่น การไม่ยกของหนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณข้อมือ การไม่นั่งยอง เพื่อลดการเกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนังในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ การออกกำลังกายตามคำแนะนำของนักกายภาพที่ดูแลเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หากผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการลดหรือเลิกสูบบุหรี่จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการเลิกสูบบุหรี่

การรับประทานอาหารตามคำแนะนำของนักโภชนากร การมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ และการสังเกตอาการผิดปกติที่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกทุก 5-10 นาที โดยมีอาการอย่างสม่ำเสมอ และ อาจร้าวไปที่แขนซ้าย กรามซ้ายได้ มีอาการหายใจไม่สะดวก เวียนศีรษะร่วมกับอาการใจสั่น เป็นต้น (Cherlin et al., 2013; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.6.5 การพยาบาลขณะผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

เมื่อผู้ป่วยมาติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อตรวจดูความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความดันโลหิตต่ำ และการมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การได้รับการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติ เช่น การตรวจค่าระดับเกลือแร่ในร่างกาย การติดตามผลการอัลตราซาวด์หัวใจ และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อดูการทำงานของหัวใจหลังได้รับการถ่ายขยายด้วยหลอดเลือด นอกจากนี้พยาบาลได้มีการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายกลับบ้าน และเน้นย้ำเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยาให้สม่ำเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล และอธิบายถึงการติดตามอาการครั้งต่อไป พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการปฏิบัติตัวที่ผู้ป่วยสงสัย (Cherlin et al., 2013)

2. แนวคิดความหวัง

2.1 ความหมายของความหวัง

ความหวังเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต เป็นแรงผลักดันที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของความหวังไว้ ดังนี้

Dufault and Martocchio (1985) ให้ความหมายว่า ความหวัง หมายถึง ตัวผลักดันที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและปรับตัวยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ดีขึ้น ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านปัญญา ด้านพฤติกรรม ด้านความผูกพัน ด้านเวลา และด้านสถานการณ์แวดล้อม

Herth (1992) ให้ความหมายว่า ความหวังเป็นพลังภายในบุคคลที่เชื่อมั่นว่าจะบรรลุสิ่งที่ดีในอนาคต สามารถแสดงออกทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม โดยมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลในปัจจุบัน 2) ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง 3) ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น

Snyder (1995) ให้ความหมายว่า ความหวัง หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่บุคคลปรารถนาประกอบด้วย 1) ตัวบุคคล (Agency) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในเพื่อให้บรรลุถึงสิ่งตั้งใจ 2) แนวทาง (Pathway) หมายถึง การรับรู้ถึงวิธีเพื่อให้ได้รับสิ่งที่บุคคลต้องการตามเป้าหมายที่ตั้งใจ 3) เป้าหมาย (Goal) เป็นสิ่งที่ประสบความสำเร็จของบุคคลซึ่งเป็นไปตามที่ปรารถนาต้องการจะได้รับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ความหวัง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่รับรู้ถึงแรงผลักดันภายในที่เชื่อว่าจะบรรลุผลในอนาคต เพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามที่ปรารถนาประกอบด้วย 1) ตัวบุคคล (Agency) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเป็นแรงกระตุ้นภายในเพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่ปรารถนา 2) แนวทาง (Pathway) หมายถึง การรับรู้ถึงวิธีเพื่อให้ได้รับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการตามเป้าหมายที่ตั้งใจ 3) เป้าหมาย (Goal) หมายถึง สิ่งทีประสบความสำเร็จของบุคคลซึ่งเป็นไปตามที่ปรารถนาที่ต้องการจะได้รับ

2.2 แนวคิดของความหวัง

แนวคิดทฤษฎีความหวังของ Snyder

ทฤษฎีความหวังของ Snyder (1995) กำหนดให้ความหวังนั้นมีคุณสมบัติประจำตัวของบุคคล (a trait-like disposition) โดยให้ความหมายของความหวังไว้ว่าเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องของการรับรู้ (cognitive set) ซึ่งประกอบด้วยบุคคล (agency) และแนวทาง (pathway) ในการที่จะบรรลุเป้าหมาย (goal) โดยได้มุ่งเน้นความคิดที่มุ่งสู่เป้าหมาย (goal directed thinking) ซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (goal-directed behavior) ออกมาซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดจากกระบวนการคิดที่มุ่งเป้าหมายหรือความหวังก่อน ซึ่งความหวังของประกอบด้วย 1) ตัวบุคคล (Agency) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเป็นแรงกระตุ้นภายในเพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่ปรารถนา 2) แนวทาง (Pathway) หมายถึง การรับรู้ถึงวิธีเพื่อให้ได้รับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการตามเป้าหมายที่ตั้งใจ 3) เป้าหมาย (Goal) หมายถึง สิ่งที่ประสบความสำเร็จของบุคคลซึ่งจะไปตามที่ปรารถนาที่ต้องการจะได้รับ

แนวคิดความหวังของ Dufault & Martocchio

Dufault and Martocchio (1985) กำหนดความหวังในลักษณะของการผสมผสานทั้งด้านปรัชญา ศาสนา สังคมวิทยา จิตวิทยาและพยาบาลเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งกล่าวว่า ความหวังเป็นความคาดหวังและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุสิ่งที่ดีในอนาคตโดยประกอบด้วย 2 ประเภท คือ 1) ความหวังเฉพาะเจาะจง (Particularized hope) เป็นความหวังที่บุคคลสามารถระบุสิ่งที่มุ่งหวังไว้ชัดเจน สามารถบอกถึงความสำคัญก่อนหลังได้ ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความพยายาม 2) ความหวังทั่วไป (General hope) เป็นความหวังไม่เฉพาะเจาะจงถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะ เป็นความรู้สึกถึงอนาคตในทางบวก มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ทำให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

สรุป ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความหวังของ Snyder (1995) มาใช้ในการอธิบายความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เนื่องจากแนวคิดนี้ได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต (Alarcon et al., 2013; Kortte, Gilbert, Gorman, & Wegener, 2010) ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตเช่นเดียวกัน ซึ่งในองค์ประกอบของแนวคิดนี้จะอธิบายความเชื่อมโยงของบุคคลและวิธีการในการที่จะไปถึงเป้าหมายตามที่ต้องการ สำหรับการศึกษครั้งนี้ เป้าหมาย คือ ความหวังที่จะหายจากการเป็นโรค มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสามารถกลับไปทำงาน หรือใช้ชีวิตได้ตามปกติ

2.3 องค์ประกอบของความหวังตามแนวคิดของ Snyder (1995)

ความหวังตามแนวคิดของ Snyder (1995) ได้แบ่งองค์ประกอบของความหวัง ออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.3.1 บุคคล (Agency) หมายถึง เป็นการรับรู้ที่ตั้งใจของบุคคลซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในเพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่ปรารถนา ซึ่งเป็นการคิดที่มีความตั้งใจ และรับรู้ถึงความสามารถที่จะริเริ่ม และดำเนินไปให้ถึงเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยผลักดันบุคคลให้ไปสู่เป้าหมายและยังช่วยให้สามารถเอาชนะอุปสรรคเพื่อให้ไปสู่เป้าหมาย

2.3.2 แนวทาง (Pathway) หมายถึง เป็นการรับรู้เพื่อหาแนวทางเพื่อให้ได้รับสิ่งที่บุคคลพึงปรารถนา ซึ่งเป็นความคิดที่ยืดหยุ่นในการหาแนวทาง คือ เมื่อบุคคลประสบปัญหาหรือมีอุปสรรคก็จะสามารถหาแนวทางใหม่เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งแนวทางสามารถเกิดขึ้นได้หลายแนวทางและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับเป้าหมายและอุปสรรคที่เผชิญอยู่ได้

2.3.3 เป้าหมาย (Goal) หมายถึง สิ่งที่ประสบความสำเร็จของบุคคลซึ่งเป็นไปตามที่ปรารถนาต้องการจะได้รับ ซึ่งเป็นได้หลากหลายตามแต่ละบุคคล รวมทั้งเป้าหมายที่จะมีความสุข หรือมีความหมายในชีวิต

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความหวังตามแนวคิดของ Snyder (1995)

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความหวังตามแนวคิดของ Snyder (1995) ประกอบด้วย

2.4.1 ความสามารถทางปัญญา (Cognitive) เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ที่คุกคามและการรับรู้ความสามารถหรือศักยภาพของตนในการรับมือกับสถานการณ์นั้น เมื่อเกิดสถานการณ์ที่เลวร้ายหรือคุกคามต่อบุคคล บุคคลที่มองว่าสถานการณ์นั้นมีทางออก มีทางแก้ไข หรือสามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ จะเป็นบุคคลที่มีความหวังในระดับสูง

2.4.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการจากมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือทางด้านกายภาพ การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ รวมไปถึงการยอมรับจากสังคม การได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ เหล่านี้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความหวัง

2.4.3 ภาวะสุขภาพ (Health) เป็นพื้นฐานในการไปสู่เป้าหมายอื่น ๆ เนื่องจากร่างกายกับจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ย่อมมีพลังใจที่จะคิดหาแนวทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ และมีความพร้อมในการกระทำที่ไปสู่เป้าหมาย

2.4.4 ประสบการณ์ ความสำเร็จในอดีต ของตน หรือ ของผู้อื่น (Life Experience) หรือความสามารถเอาชนะอุปสรรคในการไปสู่เป้าหมายได้ ซึ่งประสบการณ์แห่งความสำเร็จในการไปถึงเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่จะผลักดันและส่งเสริมให้บุคคลเกิดความหวัง

2.5 ผลกระทบของความหวังต่อผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความหวังเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงแรงผลักดันภายในที่เชื่อว่าจะบรรลุผลในอนาคต เพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามที่ปรารถนา เมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะวิกฤติ (เกรียงไกร เสงร์ศรีมี และ กนกพร แจ่มสมบุญ, 2555) เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาให้ผ่านพ้นความเป็นความตาย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่า เหมือนกลับมีชีวิตใหม่อีกครั้ง รู้สึกว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอกหายไปซึ่งบ่งบอกว่าหายจากโรค รู้สึกว่าจะสามารถกลับมาทำตามสิ่งที่ต้องการสามารถค้นหาวิธีเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น และเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งใจ (Hsu et al., 2003; Snyder, 2002) ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้มีความหวังเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ทำงานได้ตามปกติ และมีชีวิตที่ยืนยาว (Benyamini et al., 2014; Kristofferzson et al., 2008) ทำให้รู้สึกมีความสุข (Alarcon et al., 2013) โดยความรู้สึกดังกล่าวจะกระตุ้นการหลั่งสารในสมองได้แก่ Endorphins และ Enkephalins ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือน Morphine ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (Groopman, 2005) ลดการทำงานของระบบซิมพาเทติก ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง อัตราการหายใจลดลง (Chaudhry & Gossman, 2019; Rokade, 2011) และลดการหลั่งสาร Cortisol ซึ่งมีผลต่อระบบการแข็งตัวของเกร็ดเลือด ทำให้ลดอัตราการแข็งตัวของเกล็ดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุของหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ (Jutla et al., 2014) ทำให้สุขภาพหัวใจแข็งแรง (Bjørnnes et al., 2018) และทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี (Yaghoobzadeh et al., 2018)

สรุปได้ว่า ความหวังส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤติปรับตัวต่อภาวะสุขภาพ เกิดความรู้สึกยินดีและมีความสุข ส่งผลให้ร่างกายหลั่งสาร Endorphins และ Enkephalins ทำให้หัวใจแข็งแรง ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค

2.6 ความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกภายหลังจากการรักษาให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในช่วง 1-7 เดือนแรกภายหลังได้รับการรักษาแล้วมีความหวังอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 3.8 (Eriksson et al., 2013) ซึ่งผู้ป่วยที่มีความหวังในระดับต่ำจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า (Bjørnnes et al., 2018; Rajandram et al., 2011) ส่งผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอการดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Staats, 1991) แต่ถ้าผู้ป่วยมีความหวังจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการดำเนินของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Li, Yang, Liu, & Wang, 2016) และจากการศึกษาของ

Muirhead et al. (1992) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและการปรับตัวในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจพบว่า ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจร้อยละ 71.00 มีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขที่ดี และร้อยละ 78.00 มีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างน้อย 5 ปี

ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก จะทำให้ได้ข้อความรู้ที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและให้การพยาบาลแบบองค์รวม ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังในการที่จะหายจากโรค ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ชะลอการดำเนินของโรคและลดการกลับเป็นซ้ำ

2.7 การประเมินความหวัง

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความหวัง มีดังนี้

2.7.1 The Hope Scale (Snyder, 1995) ใช้ประเมินความหวังในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งข้อคำถามออกเป็น 1. ด้านบุคคล (Agency) คือ การรับรู้ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ตั้งใจ จำนวน 4 ข้อ 2. ด้านแนวทาง (Pathway) คือ การรับรู้ถึงวิธีเพื่อให้ได้รับสิ่งที่ต้องการตามเป้าหมาย จำนวน 4 ข้อ และ 3. สิ่งเบี่ยงเบน (Distracter) เป็นสิ่งที่กระทบต่อระดับของความหวังโดยรวม จำนวน 4 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .74

2.7.2 State Hope Scale (Snyder, 2002) ใช้ ประเมิน ความหวังใน นักศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ แบ่งข้อคำถามออกเป็น 1. ด้านบุคคล (Agency) 3 ข้อ 2. ด้านแนวทาง (Pathway) 3 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

2.7.3 แบบประเมินความหวังของ Herth (Herth, 1992) ใช้ประเมินความหวังในผู้ป่วยระยะวิกฤตและระยะเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 2 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .95

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมิน The Hope Scale ของ Snyder (1995) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งข้อคำถามออกเป็น 1) ด้านบุคคล (Agency) 4 ข้อ 2) ด้านแนวทาง (Pathway) 4 ข้อ และ 3) อุปสรรค (Distracter) 4 ข้อ ในแบบประเมินความหวังนี้ได้ประเมินด้านเป้าหมาย (goal) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ และแบบสอบถามความหวังนี้เป็นแบบสอบถามมีลักษณะข้อคำถามที่อ่านและทำความเข้าใจง่าย ลักษณะคำตอบเลือกตอบตามลำดับ ได้โดยง่าย สะดวก รวดเร็ว และเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ดี คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .74 (Snyder, 1995)

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก

3.1 ความรู้

3.1.1 ความหมายของความรู้

Kayaniyil et al. (2009) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่เกิดจากประสบการณ์ ความเข้าใจ และสามารถเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

สุวริย์ สีวะแพทย์ (2549) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง การได้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ของเหตุการณ์ บุคคล สิ่งของ ซึ่งได้จากการสังเกต การเรียนรู้ และประสบการณ์ เกิดเป็นความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้เข้ากับเหตุการณ์

Alavi and Leidner (2001) กล่าวว่า ความรู้คือสิ่งที่พิสูจน์ให้เห็นว่าเป็นการเพิ่มขีดความสามารถที่จะนำมาซึ่งประสิทธิภาพที่ดีกว่า

สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่เกิดจากการสังสมประสบการณ์ ความสามารถในการเข้าใจ ซึ่งเกิดเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงเข้ากับเหตุการณ์ได้

3.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความหวัง

ความรู้มีความเชื่อมโยงกับความหวัง โดยพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความหวังซึ่งความรู้เป็นสิ่งที่ส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง รู้สึกปลอดภัยและเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ปรับพฤติกรรมซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจะส่งผลให้ความหวังลดลง (Kavradim et al., 2013) ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค (Stowers & Short, 1970) จะส่งผลให้ความหวังลดลงได้เช่นกัน แต่จากการศึกษาของ Wang et al. (2006) ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ยิ่งมีความรู้มากจะทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลทำให้ระดับความหวังเพิ่มมากขึ้น ($r = .419, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yaghoobzadeh et al. (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับวิทยาลัยขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่มีความรู้สูง ทำให้มีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ดีกว่าคนที่มีความรู้ต่ำกว่า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความรู้ในระดับสูงมีความหวังสูงขึ้น

3.1.3 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความรู้

Coronary heart disease awareness and knowledge questionnaire (CHDAKQ) ใช้ประเมินเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจ ครอบคลุมความรู้เรื่องพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกัน และการได้รับการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย Polsook, Aunguroch, and Thanasilp (2013) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

The Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version (CADE-Q SV) ของ Ghisi et al. (2016) ใช้ประเมินความรู้ด้านอาการและการรักษา ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และ ด้านปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจพัฒนาโดยเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาโดยปิยาภรณ์ นิกข์นิภา (2549) ครอบคลุมความรู้เรื่องสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พัฒนาโดยนุชรรัตน์ จิตเจริญทรัพย์ (2549) ครอบคลุมความรู้เรื่องอาการของโรค การปฏิบัติตัว ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ความเครียด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .70

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจแบบสอบถาม The Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version (CADE-Q SV) ของ Ghisi et al. (2016) เนื่องจากแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินความรู้และการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเดียวกับที่ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยครอบคลุมความรู้เรื่องอาการและการรักษา ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และ ปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเดียวกันกับที่ผู้วิจัยทำการศึกษาลักษณะข้อคำถามสามารถอ่านและทำความเข้าใจง่าย ลักษณะคำตอบเลือกตอบได้ง่าย และรวดเร็ว มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81

3.2 ความวิตกกังวล

3.2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Spielberger (1972) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์คุกคาม ซึ่งส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี

Townsend (2011) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกยากลำบาก ไม่สุขสบาย คลุมเครือไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ของแต่ละบุคคลหรือความรู้สึกความเข้าใจต่ออันตรายที่กำลังจะเกิดขึ้น

นงศ์นุช แนะแก้ว (2560) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่รู้สึกไม่สุขสบายหรือหวาดหวั่น วิตก ตึงเครียด ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการรับรู้ หรือคาดการณ์ถึงอันตราย หรือความไม่แน่นอนของสิ่งที่มาคุกคามต่อความจำเป็นในการดำรงชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ ความวิตกกังวลหมายถึง ความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ที่คุกคาม เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคตที่จะเกิดขึ้น

3.2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

1) ประเภทของความวิตกกังวล ตามแนวคิดความวิตกกังวลของ Spielberger (1983) ได้แบ่งประเภทของความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ชั่วคราว ทำให้บุคคลรู้สึกกังวล เครียด กระสับกระส่าย

1.2) ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะหรือเป็นลักษณะพื้นฐานประจำตัวของแต่ละบุคคล สามารถเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์ทั่วไป เกิดอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัว (Personality trait) อาจเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะที่เผชิญได้ โดยผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ง่ายและบ่อยกว่าคนที่มีความวิตกกังวลแฝงที่ต่ำ

2) ระดับของความวิตกกังวล ซึ่ง Townsend (2011) ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ ดังนี้

2.1) ความวิตกกังวลเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับอ่อน ๆ ส่งผลให้บุคคลมีการตื่นตัว กระฉับกระเฉง มีสมาธิดี การรับรู้ดี การมองเห็น การได้ยิน และ

ความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ได้ดี สามารถจดจำได้ดี เผชิญกับปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ โดยจะมีการตอบสนองทางด้านร่างกาย เช่น ชีพจรเร็วขึ้น หรือความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย

2.2) ความวิตกกังวลปานกลาง (moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะส่งผลให้บุคคลยังมีความตื่นตัวมากขึ้น กระฉับกระเฉง ว่องไวมากขึ้นแต่การรับรู้จะแคบลง การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลง จดจ่อกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

2.3) ความวิตกกังวลสูง (severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับสูงนี้จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ลดลงเป็นอย่างมากสมาธิและความสามารถในการจำลดลงมีอาการสับสน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาหรือจัดการเรื่องต่าง ๆ ได้ลดลง

2.4) ความวิตกกังวลรุนแรง (panic anxiety) เป็นภาวะตื่นกลัว มีอารมณ์โกรธ หรืออาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นการรับรู้ลดลงมาก ไม่สามารถคิดได้อย่างมีเหตุมีผลและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพได้

3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความหวัง

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลของ Spielberger (1983) ระบุว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวัง (Rajandram et al., 2011) โดยพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีความวิตกกังวลสูงในช่วง 12 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษา (An et al., 2004) ซึ่งความวิตกกังวลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความ รู้สึกหวาดหวั่นส่งผลให้ผู้ป่วยคิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นภาวะที่อันตราย จึงส่งผลให้ความหวังลดลงเนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มิผลต่อชีวิต จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงจะมีระดับความหวังที่ต่ำ (Heszen-Niejodek et al., 1999)

3.2.4 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความวิตกกังวล มีดังต่อไปนี้

Stated-Trait Anxiety Inventory ของ Spielberger (1983) โดยใช้ประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองตามสถานการณ์ ครอบคลุมเนื้อหาการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (ความรู้ สึกที่เกิดขึ้นในขณะนี้) และความวิตกกังวลแฝง (ความรู้สึกรู้สึกทั่วไปของบุคคลนั้น) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, ธาตรี นนทศักดิ์ และ จิน แบรี (2553) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

Hospital Anxiety and Depression Scale ของ Zigmond and Snaith (1983) โดยใช้ประเมินระดับความรุนแรงของความผิดปกติด้านอารมณ์ในผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล 7 ข้อ

ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ โดยได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และ อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) ของ Eifert et al. (2000) โดยใช้ประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความกังวลและกลัว ด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง ด้านความใส่ใจ และด้านความปลอดภัยและการค้นหา ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ จาก 0 หมายถึง ไม่เคยเลย ถึง 4 หมายถึง เสมอ ๆ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถาม Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) ซึ่งพัฒนาโดย Eifert et al. (2000) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจโดยตรง มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความกังวลและกลัว ด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง ด้านความใส่ใจ และด้านความปลอดภัยและการค้นหา มีข้อคำถามน้อย ไม่รบกวนเวลาของผู้ป่วย และเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อถือที่ดี คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .83 (Eifert et al., 2000)

3.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

3.3.1 ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

Pender (1987) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการแสดงออกด้านความรู้สึก ความคิดเห็น ความเข้าใจของบุคคลต่อสุขภาพของตนเอง และประเมินระดับภาวะสุขภาพของตนเองที่มีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรับผิดชอบและการเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวกเพื่อที่จะให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

Orem (1991) กล่าวว่า ผลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยในมิติของความสามารถและพื้นฐานของลักษณะส่วนบุคคลที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีผลกระทบทำให้เกิดแนวทางที่บุคคลคิดและเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต และนำบุคคลไปสู่ความกังวลหรือห่วงใยในทุกสิ่งที่เห็น

อังคณา ศรีวิริญญ และคณะ (2018) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึก ความเข้าใจ ในการเลือกที่จะรับรู้แล้วตีความตามความสามารถและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ต่อภาพรวมของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่สุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไป

สรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรู้สึกและแปลความตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในการจะเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

3.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความหวัง

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความหวังกล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางที่ดีทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดี และส่งผลทำให้เกิดความหวังที่สูงขึ้น โดยพบว่าจากการศึกษาของ Soleimani (2017) พบว่า ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลทำให้ระดับความหวังเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ($r = .50, p < 0.01$) (อรัญญา รักษาบ และคณะ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา ศรีวิริญ และคณะ (2018) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($\beta = .245, p < .01$)

3.3.3 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีดังต่อไปนี้

General Health Perception Battery พัฒนาโดย Brook et al. (1979) โดยใช้ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย วนิตา หาญคุณากุล (2539) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82

The Brief Illness Perception Questionnaire พัฒนาโดย Broadbent, Petrie, Main, and Weinman (2006) ใช้ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย Sowattanagoon (2008) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75

Short Form health Survey (SF-12) พัฒนาโดย Quality Metric Incorporated ประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware et al., 2009) โดยใช้ประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพภายใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นมิติด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning, Role Physical, Bodily Pain, General Health, Vitality, Social Functioning, Role Emotional และ Mental Health มีข้อคำถามโดยรวมทั้งหมด 12 ข้อ (Ware et al., 2009) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย วิชัช เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .77

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ Short Form health Survey (SF-12) พัฒนาโดย Quality Metric Incorporated ประเทศสหรัฐอเมริกา ฉบับแปลภาษาไทยโดยวิชัช เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งเคยนำไปประเมิน

ภาวะการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจโดยวิรัช เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) ข้อคำถามอ่านเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถเลือกตอบได้ตามความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยได้มากที่สุด และเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อถือที่ตี คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .77 (วิรัช เกษมทรัพย์ และคณะ, 2550)

3.4 การมองโลกในแง่ดี

3.4.1 ความหมายของการมองโลกในแง่ดี

Scheier and Carver (1985) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นลักษณะนิสัย หรือบุคลิกภาพของบุคคล (Dispositional optimism) ซึ่งเป็นเรื่องของความคาดหวังโดยทั่วไป โดยบุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะมีแนวโน้มที่คาดหวังว่าสิ่งที่ดีจะเกิดขึ้นมากกว่าสิ่งที่ไม่ดี

Seligman (1990) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นการบอกถึงสาเหตุของบุคคลที่ กำลังประสบปัญหา (Explanatory Style) ซึ่งการมองโลกในแง่ดีเกิดจากการเรียนรู้ (Learned optimism) โดยบุคคลเหล่านั้นเชื่อว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว โดยจะเกิดเพียงสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง โดยบุคคลมองว่าสิ่งเกิดขึ้นเป็นความท้าทายและจะพยายามแก้ปัญหาเหล่านั้น

อังคณา ศรีวิริญ และคณะ (2018) กล่าวว่า เป็นความสามารถในการคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีท่ามกลางอุปสรรค เป็นมุมมองที่เชื่อว่าจะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นเสมอ รับรู้ว่าเป็นสิ่งท้าทาย และพยายามเอาชนะ

สรุปได้ว่า การมองโลกในแง่ดี เป็นการคาดหวังว่า เมื่อได้รับการรักษาอาการเจ็บแน่นหน้าอกจะดีขึ้นหรือหายไป

3.4.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการมองโลกในแง่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีของ Seligman

จากการศึกษาพบว่า ลักษณะการมองโลกและรูปแบบการอธิบายสาเหตุในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ในแง่ดีและแง่ร้าย สามารถที่จะใช้เป็นเกณฑ์ในการระบุว่า บุคคลเหล่านั้นจะเป็นบุคคลที่มองโลกในแง่ดี (optimist) หรือเป็นบุคคลที่มองโลกในแง่ร้าย (pessimist) Seligman (1990) ได้แบ่งการมองโลกในแง่ดีออกเป็น 3 มิติ ประกอบด้วย

มิติที่ 1 ความคงทนถาวร (Permanence) เป็นมิติที่มีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว (temporary) และเกิดขึ้นอย่างถาวร (Permanent) ผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดจะเกิดชั่วคราว และมองว่าสิ่งดี ๆ จะเกิดขึ้นเสมอตลอดไปในทางตรงกันข้ามผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายมองว่าสิ่งที่ร้ายที่ที่เกิดจะเกิดขึ้นถาวร และมองว่าสิ่งดี ๆ จะเกิดขึ้นชั่วคราว

มิติที่ 2 การแผ่ขยายความรู้สึก (Pervasiveness) เป็นมิติที่มีความเกี่ยวข้องกับความเฉพาะเจาะจงซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจง (Specific) และเกิดขึ้นอย่างไม่เฉพาะเจาะจง (Universal) เป็นการอธิบายความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์โดยผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าสิ่งร้าย ๆ จะเกิดขึ้นเฉพาะบางเรื่อง และมองว่าสิ่งดี ๆ จะเกิดขึ้นทุกเรื่อง ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายมองว่าสิ่งร้าย ๆ จะเกิดขึ้นกับทุกเรื่อง และมองว่าสิ่งดี ๆ จะเกิดขึ้นเฉพาะบางเรื่อง

มิติที่ 3 การเกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับตนเองของบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ต้นเหตุจากตนเอง (Internal) และต้นเหตุจากสิ่งอื่นภายนอก (External) โดยในมิตินี้จะมีเชื่อมโยงไปถึงการรู้คุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เมื่อมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น ผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าสิ่งร้าย ๆ เกิดตลอดไปและเกิดกับเรื่องอื่น ๆ ด้วย แต่หากพบเหตุการณ์ที่ไม่ดี จะอธิบายว่าเกิดจากปัจจัยภายนอก จะเกิดเพียงชั่วคราวและเกิดเฉพาะเหตุการณ์

แนวคิดการมองโลกในแง่ดีของ Scheier และ Carver

Scheier and Carver (1985) ได้เสนอแนวคิดที่สำคัญของการมองโลกในแง่ดี ซึ่งใช้โมเดลแรงจูงใจของมูลค่าความคาดหวัง โดยอธิบายเกี่ยวกับโมเดลแรงจูงใจมูลค่าความคาดหวัง (Expectation-value model of motivation) เริ่มจากสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากความต้องการจะนำไปให้ถึงเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายนั้นอาจจะเป็นเหตุการณ์ หรือการกระทำใดก็ตามที่น่าพึงพอใจหรือไม่น่าพึงพอใจ โดยบุคคลนั้นจะพยายามที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อที่จะนำไปให้ถึงเป้าหมายที่น่าพึงพอใจ ดังนั้น หากปราศจากเป้าหมายที่มีคุณค่าพอแล้ว บุคคลนั้นก็ไม่มีเหตุผลที่จะกระทำ นอกจากนั้น ความมั่นใจของบุคคลที่จะนำไปให้ถึงเป้าหมายก็เป็นสิ่งที่สำคัญ ถ้าหากบุคคลขาดความเชื่อมั่นและลังเลว่าจะสามารถนำไปให้ถึงเป้าหมายได้บุคคลก็จะไม่กระทำพฤติกรรม ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความมั่นใจว่าจะสามารถนำไปให้ถึงเป้าหมายนั้นได้ บุคคลนั้นจะมีความพยายามที่จะเผชิญหน้ากับอุปสรรคเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่มีคุณค่านั้น

สรุปได้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Seligman ในการอธิบายเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีและแนวคิดนี้อธิบายถึงการมองโลกในแง่ดีได้อย่างครอบคลุม เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และมีความเชื่อมโยงกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยเมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤต จะรับรู้ถึงการหายของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวังที่มีสุขภาพที่ดีทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสามารถกลับไปทำงานหรือใช้ชีวิตได้ตามปกติ

3.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับความหวัง

การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับความหวัง โดยการมองโลกในแง่ดีจะทำให้บุคคลมีความหวังเกิดขึ้นในอนาคตและทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Carver, Scheier, & Segerstrom., 2010) ซึ่งการมองโลกในแง่ดีส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีความเป็นไปได้และพร้อมที่จะปรับปรุงตัว กล้าเสี่ยง กล้าตัดสินใจจึงส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีกว่า จากการศึกษาของอังคณา ศรีวิริญ และคณะ (2018) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบพบว่า การมองโลกในแง่ดีสามารถทำนายความหวัง ($\beta = .231$, $p < .01$) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Alarcon et al. (2013) พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง เนื่องจากการมองโลกในแง่ดีทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตและประสบความสำเร็จในอนาคตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Scioli et al. (1997) ทำการศึกษาความหวังในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง

3.4.4 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินการมองโลกในแง่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินการมองโลกในแง่ดี มีดังต่อไปนี้

Seligman Attributional Style Questionnaire ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการมองโลกในแง่ดีของ Seligman (1998) พัฒนา และแปลเป็นภาษาไทยโดย จจรศรี แส่นปัญญา (2553) ใช้ประเมินสาเหตุ การเกิดพฤติกรรมของการมองโลกในแง่ดี และได้แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ความคงทนถาวร (permanence) การแพร่ขยาย (pervasiveness) และการเกิดเหตุจากตนเอง (personalization) ซึ่งอธิบายสาเหตุการเกิดพฤติกรรมไว้ มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .72

The Life Orientation Test (LOT) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการมองโลกในแง่ดีของ Scheier, Carver, & Bridges (1994) ใช้ประเมินการมองโลกในแง่ดี และการมองโลกในแง่ร้ายของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับ พฤติกรรม อารมณ์ และ สุขภาพ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .78 (Scheier et al., 1994)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดีของ Seligman (1998) ซึ่งได้พัฒนา และแปลเป็นภาษาไทยโดย จจรศรี แส่นปัญญา (2553) ซึ่งประเมินสาเหตุการเกิดพฤติกรรมของการมองโลกในแง่ดี เนื่องจากข้อคำถามเข้าใจง่าย รวดเร็ว ชัดเจน และไม่มีความซับซ้อนของข้อคำถาม ซึ่งมีการนำไปใช้ในประเมินการมองโลกในแง่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยอังคณา ศรีวิริญ และคณะ (2018) เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ดี คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .72 (จจรศรี แส่นปัญญา, 2553)

3.5 การสนับสนุนทางสังคม

3.5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Caplan (1974) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ธรรมชาติของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต้องมีการให้การช่วยเหลือ การสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ให้กำลังใจ แบ่งปันสิ่งของ ชี้นำ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้บุคคลรู้สึกถึงตนเองมีความมั่นคงและปลอดภัย

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ผูกพัน การให้การดูแล และการให้การเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดขึ้นจากการยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่า การให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัตถุประสงค์ของหรือบริการต่าง ๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งประทับประคองทางจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากครอบครัว คนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์

3.5.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ Caplan

Caplan (1974) ได้แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) กลุ่มที่มีความรักผูกพันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural support system) ประกอบด้วยบุคคล 2 กลุ่ม คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ครอบครัวและคู่สมรส และครอบครัวใกล้ชิด เช่น เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย เพื่อนที่ทำงาน
- 2) กลุ่มองค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุนซึ่งไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ (Organized support directed by caregiving professional) หมายถึง บุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วยงานเป็นชมรมอย่างเป็นรูปแบบโดยอาจเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันเองของคนในชุมชนโดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นโดยมีองค์กรของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมต่าง ๆ องค์กรทางศาสนา และหน่วยงานทั่วไปของรัฐ เป็นต้นและ
- 3) กลุ่มบุคคลทางวิชาชีพสุขภาพ (Professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่ง Caplan แบ่งรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 แบบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ให้คำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความสำคัญ ให้การยกย่องยอมรับ นับถือ ให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้ว่าได้รับการเอาใจใส่หรือความรักความผูกพัน และ 3) การสนับสนุนทางการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล เช่น เงิน แรงงาน สิ่งของ หรือ การให้บริการ

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ House

House (1981) ได้แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ คือ กลุ่มที่บุคคลมีความสัมพันธ์และผูกพันกันตามธรรมชาติ ให้การช่วยเหลือกันอย่างจริงใจ โดยความสัมพันธ์นั้นไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทด้านการทำงานทางวิชาชีพ และ 2) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ คือ กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะเป็นทางการ โดยมีความเกี่ยวข้องกับข้อกับบทบาทด้านการทำงานวิชาชีพ ด้านสุขภาพ เช่น ทีมสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลเด็กและบุคคลอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น แม่บ้าน สมาคม เป็นต้น โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก (Emotional support) คือ การที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึง การเอาใจใส่ ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การเห็นคุณค่าและยอมรับผู้ป่วยจากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายทางสังคม 2) การสนับสนุนด้านการประเมินเพื่อการสนับสนุน (Appraisal support) คือ การที่ผู้ป่วยได้ข้อมูลย้อนกลับ ไม่ว่าจะเป็นการพูด การแสดงออก การให้การรับรอง เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำข้อมูลเหล่านั้นไปประเมินและนำไปเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกันว่าเหมือนหรือแตกต่างกัน 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งคำปรึกษาต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและโรคที่ตนต้องเผชิญ และ 4) การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือในการกระทำกิจกรรม รวมทั้งการให้สิ่งของ เงินทอง (Instrument support) คือ การที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทองวัตถุต่าง ๆ ที่จำเป็น

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al.

Schaefer et al. (1981) ได้แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิด มีความมั่นใจและความเชื่อมั่นว่าจะพึ่งพิงผู้อื่นได้เสมอ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่า ตนเองเป็นที่รัก เป็นที่ใส่ใจ และเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม 2) การสนับสนุนทางวัตถุ (Tangible Support) หมายถึง เป็นการให้ความช่วยเหลือ หรือให้บริการต่าง ๆ เช่น ให้ยืมเงิน ให้ของขวัญ ช่วยดูแลในเวลาที่ต้องการ และ 3) การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง

การให้ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงการกระทำของบุคคลด้วย

สรุป ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Caplan มาใช้ในการอธิบายการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรก เนื่องจากแนวคิดนี้อธิบายการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความรักผูกพันตามธรรมชาติ 2) กลุ่มองค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุนซึ่งไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ และ 3) กลุ่มบุคคลทางวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรู้สึกว่ามีคุณค่า ทำให้ผู้ป่วยกลับมาดูแลตนเองและส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะหายจากการเป็นโรคเพิ่มมากขึ้น

3.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความหวัง

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความหวัง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่น ๆ จากการศึกษาของ เกษรา แก้วนิล และคณะ (2015) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีระดับความหวังที่สูงขึ้น และการศึกษาของ Yaghoobzadeh et al. (2018) ทำการศึกษาความหวังในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2006) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวเองมีคุณค่า มีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยหันมาดูแลภาวะการเจ็บป่วยของตนเองทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังมากขึ้น นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความหวังในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($\beta = .458, p < .01$) (อังคณา ศรีวิริญ และคณะ, 2018)

3.5.4 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีดังต่อไปนี้

Social Support Questionnaire (SSQ) พัฒนาโดย Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 1) สถานการณ์ มี 9 ข้อ 2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ มี 1 ข้อ และ 3) คำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 4 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของการสนับสนุนทางด้านวัตถุเท่ากับ .56 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์เท่ากับ .68

The ENRICH Social Support Questionnaire (ESSI) พัฒนาโดย (Mitchell et al., 2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตระกูล (2549) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83

The multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) พัฒนาโดย Zimet et al. (1988) เป็นแบบวัดการรับรู้ความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ใช้ประเมินการรับรู้ การได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลากรอื่น ๆ ที่นอกเหนือจาก ครอบครัวและเพื่อน ได้แปลเป็นฉบับปรับปรุงภาษาไทย (r-T-MSPSS) โดย Nahathai and Tinakorn (2012) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ฉบับปรับปรุง ภาษาไทย (r-T-MSPSS) พัฒนาโดย Zimet et al. (1988) แปลโดย Nahathai and Tinakorn (2012) เป็นแบบวัดการรับรู้ความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ใช้ประเมินการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลากรอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการสนับสนุนของ (Caplan, 1974) ลักษณะข้อคำถามสามารถเข้าใจง่าย ลักษณะคำตอบสามารถเลือกตอบได้โดยง่าย สะดวก และรวดเร็ว ซึ่งได้มีการนำมาประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดย เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ (2559) มีค่าความเชื่อมั่นที่ดีมาก คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89 (Nahathai and Tinakorn, 2012)

3.6 ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

3.6.1 ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

Mishel (1988) กล่าวว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย คือการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจัดหมวดหมู่ของเหตุการณ์ ไม่สามารถตัดสินใจเหตุการณ์และหรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้น ๆ เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยขึ้น มักประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยว่าเป็นภาวะอันตราย ส่งผลต่อการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและทำให้ปรับตัวได้ไม่ดี

Hilton (1989) กล่าวว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถแยกแยะสภาพความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน ถ้ามีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยมากจะทำให้ผู้ป่วยมองความเจ็บป่วย และทำนายผลลัพธ์ความเจ็บป่วยไปในทางร้าย

Christman (1990) กล่าวว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถตัดสินใจความหมายของความเจ็บป่วยและทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย

นั้นได้ เนื่องจากได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ หรือความเจ็บป่วยนั้นมี มากเกินไปที่ผู้ป่วยจะรับรู้และตัดสินใจได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่ไม่ สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองต่อไปได้

3.6.2 องค์ประกอบของความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

3.6.2.1 สิ่งที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย (Antecedent of uncertainty) ประกอบด้วย

1) สิ่งที่มากระตุ้น (Stimuli Frame) หมายถึง สิ่งเร้าที่ทำให้บุคคลสร้าง แบบแผนความรู้ ความเข้าใจต่อการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการ เจ็บป่วยของบุคคล หากสิ่งที่มากระตุ้นดีจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย แต่หากสิ่ง ที่มากระตุ้นไม่ดีจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น สิ่งที่มากระตุ้นประกอบด้วย

1.1) แบบแผนของอาการที่เกิดขึ้น (Symptom Pattern) หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการที่ปรากฏ ซึ่งก่อให้เกิดการรับรู้ และมีการให้ความหมาย ถ้าอาการมี รูปแบบชัดเจน จะทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง แต่ถ้ารูปแบบของอาการ ไม่ชัดเจนหรืออาการที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย จะทำบุคคลไม่สามารถคาดเดาอาการได้ ทำให้เกิดความ คลุมเครือมากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยจึงเพิ่มขึ้น

1.2) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์เจ็บป่วย (Event Familiarity) หมายถึง ความคุ้นเคยต่อเหตุที่เกิดขึ้น โดยหากบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับ โรคและการรักษาที่ได้รับก็จะ สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยลดลง ในการเจ็บป่วยครั้งแรกบุคคลยังไม่มี ความคุ้นเคยต่อโรค การรักษา และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลทำให้เกิดความรู้สึก กลัว ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยได้สูง

1.3) ความสอดคล้องกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและสิ่ง ที่เกิดขึ้นจริง (Event Congruence) หมายถึง ความสอดคล้องกันของการเจ็บป่วยที่คาดหวัง กับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หากมีความสอดคล้องกันจะทำให้รู้สึกว่าสามารถทำนายเหตุการณ์ได้ ทำให้ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยลดลง

2) ความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Capacity) หมายถึง ความ สามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลที่ได้รับ เพื่อพิจารณาตัดสินใจความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อ การเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการรู้คิดดี จะรับรู้แบบแผนของอาการที่ เกิดขึ้นได้ถูกต้อง ทำให้คาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ดี ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยจึงลดลง

3) แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) หมายถึง แหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ ช่วยในการแปลและให้ความหมายต่อสิ่งที่มากระตุ้น ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงจะช่วยให้บุคคลสามารถแปลความหมายของการเจ็บป่วยได้ และทางอ้อมจะช่วยให้บุคคลสามารถแปลรูปแบบของอาการได้ประกอบด้วย

3.1) บุคลากรทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ (Credible authority) การที่บุคลากรทางสุขภาพ อธิบายสาเหตุ และอาการของโรคแก่บุคคล ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยลดลง

3.2) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยได้ เช่น การได้รับคำแนะนำหรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

3.3) การศึกษา (Education) เนื่องจากบุคคลที่มีความรู้มีการศึกษาสูงจะเข้าใจ ข้อมูล และรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จากบุคลากรทางสุขภาพ และสื่อต่าง ๆ ได้ดีกว่า จึงสามารถให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยได้ดี ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยลดลง

3.6.2.2 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) เมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย บุคคลจะประเมินใน 2 ลักษณะคือ เป็นโอกาสดี (Opportunity) หรือเป็นอันตราย (Danger) หากผู้ป่วยประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยว่าโอกาสดี จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดี และมองโลกในแง่ดี แต่ถ้าหากบุคคลประเมินว่าเป็นอันตราย จะทำให้รู้สึกกลัว วิตกกังวล และมองโลกในแง่ร้าย

3.6.2.3 การปรับตัว (Adaptation) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นภายหลังบุคคลเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย การปรับตัวเป็นความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ทั้งทางพฤติกรรม ร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อจัดการสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย (Mishel, 1988, 1990; Mishel & Clayton, 2003)

3.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยกับความหวัง

ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความหวังพบว่า จากการศึกษาของ Yu and Ko (2006) ได้ศึกษาความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเร็งพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวัง ($r = -.57, p = .000$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsu et al. (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยต่อความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวัง ($r = -.38, p < .05$) และการศึกษาของ Fitzsimons et al. (2003) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยเป็นปัญหาทางจิตสังคมที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขณะรอผ่าตัดหัวใจ เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบขึ้นเมื่อใดรวมทั้งการรักษาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนส่งผลกระทบต่อความหวังทำให้ความหวังลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Staples and Jeffrey (1997) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับความหวังในผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

3.6.4 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย มีดังต่อไปนี้

Freeston Uncertainty Scale เป็นแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของ Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur (1994) ซึ่งวัดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การไม่สามารถทำกิจกรรม 2) ความเครียดและการไม่สามารถตัดสินใจ 3) การไม่ได้รับการยอมรับและการหลีกเลี่ยงปัญหา 4) ความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

The Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS-A) ในปี ค.ศ. 1982 Mishel ได้วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเรื้อรัง โดยปรับข้อคำถามเหลือ 32 ข้อ วัดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย 4 ด้านคือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษามี 13 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพมี 7 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75 3) ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ มี 7 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .71 4) ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาเจ็บป่วยและ

การพยากรณ์โรคมะเร็ง 5 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .76 (Mishel, 1997)

The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form (MUIS-C) เป็นแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยฉบับชุมชน ในปี ค.ศ. 1989 Mishel ได้พัฒนาแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยแบบชุมชน ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ มีความตรงตามเนื้อหา 23 ข้อ ซึ่งวัดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย 4 ด้านเดิม (Mishel, 1997) คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3) ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของ Mishel (1997) ฉบับชุมชนซึ่งวัดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3) ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค แปลเป็นภาษาไทยโดยบุษบา สมใจวงษ์ (2553) และได้มีการนำมาปรับปรุงข้อคำถามเพื่อใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจโดยชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) เป็นแบบสอบถามที่ไม่ซับซ้อน แต่ละข้อความสั้นเข้าใจง่าย ที่มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ดีมาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89 (ชนิดาภา แก้วกัญญา, 2557)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

อรุณญา รักษาบ และคณะ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักธรรมทางศาสนาพุทธ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับความหวังในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และโรงพยาบาลป่าตอง จำนวน 88 คน ผลการศึกษาพบว่า ความหวังของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างมีระดับความหวังโดยรวมในระดับสูง ($\bar{x} = 3.23$, $SD = .52$) โดยพบว่า มิตติความหวังในด้านสิ่งที่มุ่งหวังในระดับสูง ($\bar{x} = 3.54$, $SD = .56$) รองลงมา คือด้านความรู้สึกภายในที่พร้อมและความหวังในทางบวก ($\bar{x} = 3.24$, $SD = .48$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ($\bar{x} = 3.14$, $SD = .43$) ยกเว้นด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคตที่มีความหวังระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.98$, $SD = .40$) การรับรู้

ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, p < .01$) การปฏิบัติตามหลักกรรมทางศาสนาพุทธมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .820, p < .01$)

เกษรา แก้วนิล และคณะ (2015) ศึกษาปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 แห่งคือ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลวชิราลงกรณ์ จ.ปทุมธานี จำนวน 131 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีระดับความหวังในระดับสูง ร้อยละ 87 โดยมีค่าคะแนนความหวังเฉลี่ยเท่ากับ 41.29 ซึ่งความเหนื่อยล้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถร่วมกันทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 18.5 ส่วนปัจจัยด้านความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวัง ($r = -.350, p < .01$) ส่วนปัจจัยด้านรายได้ และความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .147$ และ $.350, p < .05$ ตามลำดับ) โดยจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) พบว่า ความเหนื่อยล้า และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($\beta = -.264$ และ $.265$ ตามลำดับ) สามารถร่วมกันทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้มากที่สุด ร้อยละ 18.5

อังคณา ศรีวิริญ และคณะ (2018) ศึกษาปัจจัยทำนายความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตราด จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยความหวังโดยรวมในระดับสูง ($\bar{x} = 37.70, SD = 5.58$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความหวังได้ร้อยละ 61.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความหวังได้มากที่สุด ($\beta = .458, p < .05$) รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = .245, p < .05$) ส่วนการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความหวังได้น้อยที่สุด ($\beta = .231, p < .05$)

งานวิจัยในต่างประเทศ

Staples and Jeffrey (1997) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ความหวัง และ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับความหวังทั้งในผู้ป่วยและญาติ

Heszen-Niejodek et al. (1999) ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความหวังของภาวะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน 3 โรค : การศึกษาระยะยาว ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ มะเร็ง จำนวน 259 คน ซึ่งได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในประเทศโปแลนด์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีระดับความหวังที่ต่ำ

Fitzsimons et al. (2003) ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยขณะรอรับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่งในประเทศไอร์แลนด์เหนือ จำนวน 70 คน ผลการศึกษาพบว่า จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยขณะรอรับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบว่า การรอรับการผ่าตัดไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบขึ้นเมื่อใดรวมทั้งการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนส่งผลกระทบต่อความหวังทำให้ความหวังลดลง

Rustoen et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับความหวังในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศนอร์เวย์ จำนวน 99 คน คะแนนความหวังของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจล้มเหลวโดยรวม 37.69 (SD = 5.3) โดยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีสุขภาพดี พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจล้มเหลวจะมีระดับความหวังมากกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพดี และโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27$) แบ่งเป็น โรคผิวหนัง ($r = .26$) และภาวะทางจิต ($r = .25$) และความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.54$) และการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ($r = .39$)

Yu and Ko (2006) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย, ความหวัง และภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในพื้นที่ J area จำนวน 93 คน ผลการศึกษาพบว่า ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวัง ($r = -.57$ $p = .000$)

Wang et al. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยไตหวันที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในประเทศไต้หวัน 5 แห่ง จำนวน 45 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม พื้นฐานความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ และสถานะทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความหวัง โดยพื้นฐานความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจยิ่งมีความรู้มากจะส่งผลให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยนั้นมีระดับความหวังที่เพิ่มมากยิ่งขึ้น ($r = .419$, $p < .01$) นอกจากนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ดีที่สุดที่มีผลต่อความหวัง เพราะการสนับสนุนที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวเองมีคุณค่า มีความสำคัญทำให้ผู้ป่วย

หันมาดูแลภาวะการเจ็บป่วยของตนเองให้ดียิ่งขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังมากขึ้น

Kristofferzon et al. (2008) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการผลลัพธ์และการค้นพบความหวังจากประสบการณ์ของผู้หญิงและผู้ชายชาวสวีเดนที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระยะเวลา 4-6 เดือนที่ผ่านมา โดยเข้ารับการรักษาในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวนทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นผู้หญิง 20 คนและผู้ชาย 20 คน โดยต้องได้รับการรักษาในแผนกวิกฤตมาก่อนอย่างน้อย 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มคือ 1) การจัดการผลลัพธ์ พบว่า ปัญหาทางสุขภาพ (Health problem) สามารถเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการที่เกิดขึ้น และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(Lifestyle modification) 2) การค้นพบว่าเกิดอะไรขึ้น สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มย่อย คือ ผลลัพธ์ทางบวก คุณค่าของชีวิตและความหวัง ซึ่งเป็นความหวังเกี่ยวกับการมีภาวะสุขภาพที่ดี ดำรงชีวิตตามปกติ การมีชีวิตที่ยาวนานขึ้น สามารถกลับไปทำงานได้

Alarcon et al. (2013) ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวัง : โดยการวิเคราะห์แบบ meta-analytic เกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีและความหวัง โดยรวบรวมบทความทั้งหมด 375 ฉบับตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผลการศึกษาพบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง เมื่อแยกความสัมพันธ์แต่ละองค์ประกอบของความหวัง พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวบุคคล (agency) และแนวทาง (pathway)

Eriksson et al. (2013) ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความหวังและคุณภาพชีวิตในกลุ่มสมรสที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน: การศึกษาในระยะยาว โดยได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจจำนวน 13 คู่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความหวังสูงกว่าในคนในครอบครัวที่คะแนน 36.7 ± 4.2

Yaghoobzadeh et al. (2018) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณและความหวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเข้ารับการรักษาที่ศูนย์หัวใจ ณ ประเทศอิหร่านจำนวน 500 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจมีความหวังอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 34.80 (SD 5.05) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและอายุมีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .160$, $r = .121$, $p < .005$ ตามลำดับ) และปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ สถานะ ระดับการศึกษา การเงิน และภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพทางจิตวิญญาณและความหวัง ($p < .001$)

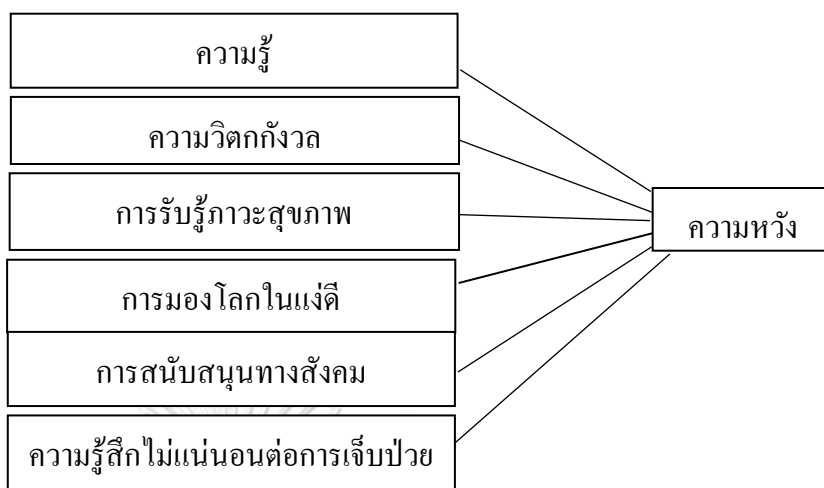
Bjornnes et al. (2018) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง สถานะทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และการเจ็บปวด ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศนอร์เวย์ จำนวน 416 คน ซึ่งทำการศึกษาระยะเวลา 12 เดือน ผลการศึกษา

พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของเพศเกี่ยวกับระดับความหวังในช่วงเดือนที่ 3 และ 12 โดยระดับความหวังเท่ากับ 38.3 ± 5.1 และ 38.7 ± 5.1 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การได้รับการผ่าตัดหัวใจ ภาวะซึมเศร้า การเจ็บปวด และโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวังพบว่าในต่างประเทศมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ สถานะทางสังคม ความเจ็บปวดเรื้อรัง (Bjornnes et al., 2018) อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต (Rustoen et al., 2005) การสนับสนุนทางสังคม (Rustoen et al., 2005; Wang et al., 2006) ด้านจิตใจ (Yaghoobzadeh et al., 2018) คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ (Eriksson et al., 2013) ความสามารถในการแก้ปัญหา (Folkman, 2010) ความวิตกกังวล (Fitzsimons et al., 2003; Heszen-Niejodek et al., 1999; Rajandram et al., 2011) ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย (Yu & Ko, 2006) การมองโลกในแง่ดี (Alarcon et al., 2013) การจัดการผลลัพธ์และการค้นหาความหวัง (Kristofferzon et al., 2008) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบมีการศึกษาความหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการศึกษาความหวังในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยติดเชื้อเฮซอไอวี และผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความหวัง ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ดาวรุ่ง สุภากรณ์, 2540; อังคณา ศรีวิริญ และคณะ, 2018) การมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม (อังคณา ศรีวิริญ และคณะ, 2018) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความเหนื่อยล้า (เกษรา แก้วนิล และคณะ, 2015)

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีชีวิตอย่างมีคุณค่าในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่จึงมีข้อจำกัดในการประเมินภาวะจิตสังคมและการพยาบาลที่สนับสนุนการมีภาวะจิตสังคมที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม นำเสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการถ่ายขยายหลอดเลือดแบบเร่งด่วน ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการถ่ายขยายหลอดเลือดแบบเร่งด่วนในระยะเวลา 1-7 เดือนที่ผ่านมา อายุ 30-59 ปี และเข้ารับการติดตามอาการ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการถ่ายขยายหลอดเลือดแบบเร่งด่วนในระยะเวลา 1-7 เดือนที่ผ่านมา และเข้ารับการติดตามอาการ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด

2) อายุระหว่าง 30-59 ปี

3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการปอดบวม น้ำเย็บพลัน มีอาการช็อก ในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

4) ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย

5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น ความดันโลหิตต่ำ มีความเสี่ยงสูงหรืออยู่ในระยะวิกฤตจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจทดสอบที่ 80% ขนาดอิทธิพล 0.3 เปิดตารางของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้จำนวนประชากร 194 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Dilman, 2000) รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 213 คน ในการวิจัยครั้งนี้ **ไม่มีการสูญหายกลุ่มตัวอย่าง**

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เพื่อจะได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุด (Representativeness) (Burns, Grove, & Gray, 2013) โดยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มอย่างง่าย (Cluster simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรให้ได้มากที่สุดเนื่องจากกลุ่มประชากรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน โดยเลือกสุ่มสังกัดมา 3 สังกัด จาก 6 สังกัด เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร ได้แก่

- 1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- 2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเลิศจิน และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
- 3) โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ
- 4) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามธิบดี
- 5) โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลวชิระพยาบาล และโรงพยาบาลตากสิน
- 6) โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 1 ในแต่ละสังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้สุ่มโรงพยาบาลเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละสังกัด โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

การวิจัยครั้งนี้สุ่มได้ 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานรัฐมนตรีมีเพียงโรงพยาบาลเดียวไม่ต้องทำการสุ่มได้เป็นโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระมีเพียงโรงพยาบาลเดียวไม่ต้องทำการสุ่มได้เป็นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมมี 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาริบัติ สุ่มได้เป็น โรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากทั้ง 2 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง และเป็นโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยและโรงเรียนแพทยศาสตร์หรือวิทยาลัยแพทยศาสตร์ต่าง ๆ จึงมีลักษณะประชากรที่เข้ารับการรักษามีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ และกลุ่มตัวอย่างไม่ซ้ำกัน จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละ โรงพยาบาล จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ (sampling criteria) โดยคำนวณตามจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการใส่ขดลวดต่างขยายเส้นเลือดหัวใจ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ มกราคม 2562 จนถึง ธันวาคม 2562) แต่ละ โรงพยาบาล โดยพบว่า โรงพยาบาลตำรวจมีจำนวน 539 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยมีจำนวน 211 คน และโรงพยาบาลศิริราชมีจำนวน 579 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ ยูดี ฤาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, ยาวลักษณ์ เลาหะจินดา และ วิไล ลิสุวรรณ (2537)

$$n_i = \frac{N_i n}{N}$$

เมื่อ	n_i	=	จำนวนกลุ่มตัวอย่างใน โรงพยาบาลแต่ละแห่ง
	N_i	=	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการใส่ขดลวดต่างขยายหลอดเลือดหัวใจในแต่ละ โรงพยาบาล
	n	=	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่ได้รับการใส่ขดลวดต่างขยายหลอดเลือดในการวิจัยครั้งนี้ (213 คน)
	N	=	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการใส่ขดลวดต่างขยายหลอดเลือดหัวใจทั้ง 3 โรงพยาบาล (1329 คน)

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละ โรงพยาบาลดังนี้ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 86 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 34 คน และ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 93 คน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล	กลุ่มประชากรผู้ป่วยที่มี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันที่ได้รับการใส่ ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (คน)	กลุ่มตัวอย่างจากการ สุ่มแบบเจาะจงที่ได้ จากการคำนวณ (คน)
โรงพยาบาลตำรวจ	539	86
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	211	34
โรงพยาบาลศิริราช	579	93
รวม	1329	213

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถามการวิจัยมี 8 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความหวัง
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี
- ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา โรคประจำตัวร่วม ระดับความรุนแรงของโรคเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก

1. ลักษณะของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นส่วนที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง 1) แบบเลือกตอบ ได้แก่ (1) เพศ ให้เลือกตอบเพศชาย, เพศหญิง (2) สถานภาพสมรส ให้เลือกตอบ โสด, หม้าย, หย่า, แยก, สมรส (3) ระดับการศึกษา ให้เลือกตอบ ไม่เคยเข้ารับการศึกษ, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษา, อนุปริญญา, ปริญญาตรี, สูงกว่าปริญญาตรี (4) สิทธิการรักษา ให้เลือกตอบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า, จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง, ประกันสังคม,สวัสดิการข้าราชการ, ประกันชีวิต (5) ประวัติการสูบบุหรี่ ให้เลือกตอบไม่เคยสูบบุหรี่, สูบบุหรี่ และ เคยสูบบุหรี่ (6) ประวัติการดื่มสุรา ให้เลือกตอบ ไม่เคยดื่มสุรา, ดื่มสุรา และ เคยดื่มสุรา (7) โรคประจำตัว ให้เลือกตอบ ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, โรคไต, ไ้ไขมันในเลือดสูง, โรคหัวใจอื่นๆ , โรคอื่นให้ระบุ (8) ระดับความรุนแรงโดยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเมื่อใด ให้เลือกตอบ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เช่น รู้สึกแน่นหน้าอกเหมือนมีของหนักกดทับกลางหน้าอก, รู้สึกไม่สุขสบายตามร่างกาย เช่น แขนข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองแขน, หลัง, คอ, กราม หรือ ท้อง เป็นต้น รู้สึกหายใจลำบาก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเหงื่อออกโดยไม่ทราบสาเหตุ, อาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดเฉพาะเมื่อออกกำลังกายหนักๆ หรือออกกำลังกายเป็นเวลานาน, อาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดเมื่อออกกำลังกายปานกลาง เช่น เดินขึ้นบันไดได้มากกว่า 1 ชั้น ด้วยความเร็วปกติหรือเกิดขณะมีความเครียดทางอารมณ์, อาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดเมื่อทำกิจวัตรประจำวันเบา ๆ เช่น เดินขึ้นบันไดได้เพียง 1 ชั้นเท่านั้นหรือเดินได้ระยะทางน้อยกว่า 100 เมตร และ อาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้นแม้ขณะพัก ไม่สามารถทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้, 2) แบบให้กรอกข้อมูล ได้แก่ (1) อายุ (2) รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความหวัง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความหวังด้วยแบบสอบถาม The Hope Scale ของ Snyder (1995) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งข้อคำถามออกเป็น 1) ด้านบุคคล (Agency) 4 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 2, 9, 10, 12) 2) ด้านแนวทาง (Pathway) 4 ข้อ(ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6, 8) และ 3) สิ่งเบี่ยงเบน (Distractive) 4 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 3, 5, 7, 11) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .75

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนนเท่ากับ 1.00 คือ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง คะแนนเท่ากับ 4.00 คือ เห็นด้วยมากที่สุด

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1.00 คะแนน	ให้ 4.00 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2.00 คะแนน	ให้ 3.00 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 3.00 คะแนน	ให้ 2.00 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 4.00 คะแนน	ให้ 1.00 คะแนน

ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10 และ 12

ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 7 และ 11

การแปลความหมาย

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดย แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ ตัวบุคคล จำนวน 4 ข้อ(ประกอบด้วยข้อ 2, 9, 10, 12) และ แนวทาง จำนวน 4 ข้อ (ประกอบด้วย ข้อ 1, 4, 6, 8) ส่วนอีก 4 ข้อ (ประกอบด้วยข้อ 3, 5, 7, 11) เป็นข้อคำถามที่เป็นสิ่งเบี่ยงเบน (Distractors) ไม่นำมาคิดคะแนนรวม คะแนนเต็มรวม 32 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่ามีความหวังระดับสูง (Snyder, 1995, 2002) ผู้วิจัย ได้แบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนของความหวังเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแปลผลว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความหวังอยู่ในระดับใด โดยมีวิธีการคำนวณดังนี้

วิธีคำนวณช่วงของคะแนน คือ $\frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนน้อยที่สุด}}{\text{จำนวนอัตรากา}}$

กำหนดช่วงคะแนนดังนี้

คะแนน 8.00 -15.99	หมายถึง	ความหวังอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 16.00 -24.99	หมายถึง	ความหวังอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 25.00 -32.00	หมายถึง	ความหวังระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยแบบสอบถาม The Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version (CADE- Q SV) ของ Ghisi et al. (2016) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สอดคล้อง ครอบคลุม ตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการ ทำการศึกษาโดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR – 20 ของ Kuder and Richardson (1937) เท่ากับ .76

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วน 2 ระดับ ได้แก่ ข้อถูก = 1.00 คะแนน ข้อผิด และข้อไม่ทราบ = 0.00 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 20.00 คะแนน แสดงถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมาก (Ghisi et al., 2016)

การแปลความหมาย

ถูก	หมายถึง	ท่านคิดว่าข้อความนั้นถูก
ผิด	หมายถึง	ท่านคิดว่าข้อความนั้นผิด
ไม่ทราบ	หมายถึง	ท่านคิดว่าไม่ทราบว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด

4. ด้านโภชนาการ มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5, 9, 14 และ 20 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 4.00 คะแนน

- | | |
|------------|---|
| คะแนน 0.00 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับต่ำมาก |
| คะแนน 1.00 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับต่ำ |
| คะแนน 2.00 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับปานกลาง |
| คะแนน 3.00 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับสูง |
| คะแนน 4.00 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับสูงมาก |

5. ด้านปัจจัยเสี่ยงทางจิตใจ มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5, 9, 14 และ 20 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 4.00 คะแนน

- | | |
|------------|---|
| คะแนน 0.00 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับต่ำมาก |
| คะแนน 1.00 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับต่ำ |
| คะแนน 2.00 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับปานกลาง |
| คะแนน 3.00 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับสูง |
| คะแนน 4.00 | หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับสูงมาก |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถาม Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) ของ Eifert et al. (2000) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สอดคล้อง ครอบคลุม ตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการ ทำการศึกษาโดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83 มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ประเมินความวิตกกังวล 3 ด้าน ดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราวัด 5 ระดับ จากคะแนน 0.00 คือ ไม่เคยเลย จนถึง คะแนน 4.00 คือ 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	ท่านเคยทำสิ่งนั้นบางครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำสิ่งนั้นบ่อยครั้ง
ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านทำสิ่งนั้นเป็นประจำ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แต่ละข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0.00 – 4.00 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ในการพัฒนาเครื่องมือครั้งแรกของ Eifert et al. (2000) ไม่ได้ระบุคะแนนเต็มรวมของแบบสอบถามไว้ ต่อมา Van Beek et al. (2016) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพยากรณ์ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจรายใหม่และการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กล่าวว่า “คะแนนรวมคิดจากจำนวนคะแนนทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคำถาม” และ ในการศึกษาของ Eifert et al. (2000) พบว่าช่วงคะแนนรวมทั้งหมด เท่ากับ 0.00 – 4.00 แสดงให้เห็นว่า คะแนนที่มากที่สุดแสดงว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจระดับสูงมาก ได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ 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

เกณฑ์การแปลผลคะแนนรายด้าน

1. ด้านความกังวลและกลัว มีจำนวนข้อ 5 ข้อ ได้แก่ 10, 13, 14, 15 และ 16 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 4.00 คะแนน

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

2. ด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง มีจำนวนข้อ 5 ข้อ ได้แก่ 2, 5, 7, 9 และ 12 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 4.00

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

3. ด้านความใส่ใจ มีจำนวนข้อ 5 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 4, 6 และ 8 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 4.00

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

4. ด้านความปลอดภัยและการค้นหา มีจำนวนข้อ 3 ข้อ ได้แก่ 11, 17 และ 18 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 3.00

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

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยแบบสอบถาม Short Form health Survey (SF-12) พัฒนาโดย Quality Metric Incorporated ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับอนุญาตตาม License Agreement QM050821 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยวิรัช เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีความสอดคล้อง ครอบคลุม ตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษา โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81 มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 8 มิติ ดังนี้

- 1) มิติด้านการทำงานทางด้านกายภาพ (Physical Functioning) ได้แก่ ข้อ 2, 3
- 2) มิติด้านสุขภาพที่มีผลต่อการทำงาน (Role Physical) ได้แก่ ข้อ 4, 5
- 3) มิติด้านความเจ็บปวด (Bodily Pain) ได้แก่ ข้อ 8
- 4) มิติด้านสุขภาพทั่วไป (General Health) ได้แก่ ข้อ 1
- 5) มิติด้านมีชีวิตชีวา (Vitality) ได้แก่ ข้อ 10
- 6) มิติด้านสังคม (Social Functioning) ได้แก่ ข้อ 12
- 7) มิติด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการทำงาน (Role Emotional) ได้แก่ ข้อ 6, 7
- 8) มิติด้านจิตใจ (Mental Health) ได้แก่ ข้อ 9, 11

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนที่แตกต่างกันตามมาตราส่วนที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 1

ดีเยี่ยม	ให้คะแนนเท่ากับ (1)
ดีมาก	ให้คะแนนเท่ากับ (2)
ดี	ให้คะแนนเท่ากับ (3)
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ (4)
ไม่ดี	ให้คะแนนเท่ากับ (5)

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 2-3

ใช่เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก	ให้คะแนนเท่ากับ (1)
ใช่เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ (2)
ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค	ให้คะแนนเท่ากับ (3)

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 4-7 และข้อ 9-12

ตลอดเวลา	ให้คะแนนเท่ากับ (1)
เกือบตลอดเวลา	ให้คะแนนเท่ากับ (2)
บางครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ (3)
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ (4)
ไม่เคย	ให้คะแนนเท่ากับ (5)

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 8

ไม่เคย	ให้คะแนนเท่ากับ (1)
เล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ (2)
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ (3)
ค่อนข้างมาก	ให้คะแนนเท่ากับ (4)
มากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ (5)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนที่แตกต่างกันตามเกณฑ์การให้คะแนนข้างต้น ในการพัฒนาเครื่องมือครั้งแรกของ Ware et al. (2009) มีคะแนนเต็ม 56.00 คะแนน ต่อมา วิชัช เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) ได้แปลเป็นภาษาไทย ทั้งนี้ค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 12.00 – 56.00 คะแนน แล้วแปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0.00 -100.00 คะแนน โดยสูตรคำนวณของ Ware et al. (2009) ดังนี้

$$\frac{100}{56} \times (\text{คะแนนดิบ} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด})$$

ผลต่างของช่วงคะแนน

แบ่งช่วงคะแนนได้ 2 ช่วง ได้แก่

0.00 – 49.99 คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี
50.00 – 100.00 คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

เกณฑ์การแปลผลคะแนนรายด้าน

1) มิติด้านการทำงานทางด้านกายภาพ (Physical Functioning) มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 และ 3 โดยรวมคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 6.00 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0.00 -100.00 คะแนน

0.00 – 49.99 คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี
50.00 – 100.00 คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

2) มิติด้านสุขภาพที่มีผลต่อการทำงาน (Role Physical) มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5 โดยรวมคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 10.00 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0.00 – 100.00 คะแนน

0.00 – 49.99 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

50.00 – 100.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

3) มิติด้านความเจ็บปวด (Bodily Pain) มีจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8 โดยรวมคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0.00 - 100.00 คะแนน

0.00 – 49.99 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

50.0 – 100.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

4) มิติด้านสุขภาพทั่วไป (General Health) มีจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 โดยรวมคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0.00 – 100.00คะแนน

0.00 – 49.99 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

50.00 – 100.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

5) มิติด้านมีชีวิตชีวา (Vitality) มีจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 โดยรวมคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0.00 – 100.00 คะแนน

0.00 – 49.99 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

50.00 – 100.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

6) มิติด้านสังคม (Social Functioning) มีจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12 โดยรวมคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0.00 - 100.00 คะแนน

0.00 – 49.99 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

50.00 – 100.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

7) มิติด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการทำงาน (Role Emotional) มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7 โดยรวมคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 10.00 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0.00 – 100.00 คะแนน

0.00 – 49.99 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

50.00 – 100.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

8) มิติด้านจิตใจ (Mental Health) มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 11 โดยรวมคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 10.00 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0.00 – 100.00 คะแนน

0.00 – 49.99 คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี
50.00 – 100.00 คะแนน	หมายถึง	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดีของ Seligman (1998) ด้วยแบบสอบถาม Seligman Attributional Style Questionnaire ที่พัฒนาขึ้นตามแนวความคิดการมองโลกในแง่ดีของ Seligman (1988) โดย ขจรศรี แสนปัญญา (2553) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สอดคล้อง ครอบคลุม ตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษาโดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .76 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 มิติ ดังนี้

- 1) ความคงทนถาวร (Permanence) ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4 และ 5
- 2) การแผ่ขยายความรู้สึก (Pervasiveness) ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 8, 9 และ 10
- 3) การเกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) ได้แก่ ข้อที่ 11, 12, 13, 14 และ 15

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน 4 ระดับจากเป็นจริงมากที่สุด จนถึง เป็นจริงน้อยที่สุด มีทั้งข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ(ขจรศรี แสนปัญญา, 2553)

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เป็นจริงมากที่สุด	4.00	1.00
เป็นจริงมาก	3.00	2.00
เป็นจริงน้อย	2.00	3.00
เป็นจริงน้อยที่สุด	1.00	4.00

ข้อคำถามด้านบวก 7 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 6, 8, 11 และ 12

ข้อคำถามด้านลบ 8 ข้อ ได้แก่ 4, 5, 7, 9, 10, 13, 14 และ 15

การแปลความหมาย

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้น ๆ เป็นจริงมากที่สุด
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้น ๆ เป็นจริงมาก
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้น ๆ เป็นจริงน้อย
เป็นจริงน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้น ๆ เป็นจริงน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 1.00 – 5.00 คะแนน เป็นข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ คะแนนเต็ม 60.00 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีอยู่ระดับสูง แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (ขจรศรี แสนปัญญา, 2553)

คะแนน 15.00 - 30.99	หมายถึง	มีการมองโลกในแง่ดีระดับต่ำ
คะแนน 31.00 – 45.99	หมายถึง	มีการมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง
คะแนน 46.00 – 60.00	หมายถึง	มีการมองโลกในแง่ดีระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลตามรายด้าน

1. ความคงทนถาวร มีจำนวนข้อ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 25.00

คะแนน 5.00 – 11.00	หมายถึง	การมองโลกในแง่ดีระดับต่ำ
คะแนน 12.00 – 18.00	หมายถึง	การมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง
คะแนน 19.00 – 25.00	หมายถึง	การมองโลกในแง่ดีระดับสูง

2. การแผ่ขยายความรู้สึก มีจำนวนข้อ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11, 12, 13, 14 และ 15 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 25.00

คะแนน 5.00 – 11.00	หมายถึง	การมองโลกในแง่ดีระดับต่ำ
คะแนน 12.00 – 18.00	หมายถึง	การมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง
คะแนน 19.00 – 25.00	หมายถึง	การมองโลกในแง่ดีระดับสูง

3. การเกี่ยวข้องกับตนเอง มีจำนวนข้อ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11, 12, 13, 14 และ 15 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 25.00

คะแนน 5.00 – 11.00	หมายถึง	การมองโลกในแง่ดีระดับต่ำ
คะแนน 12.00 – 18.00	หมายถึง	การมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง
คะแนน 19.00 – 25.00	หมายถึง	การมองโลกในแง่ดีระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ของ Zimet et al. (1988) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย Nahathai and Tinakorn (2012) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สอดคล้อง ครอบคลุม ตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษาโดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94 มีข้อคำถาม 12 ข้อ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด โดยแต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก คะแนน 1.00 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึงคะแนน 7.00 คือ เห็นด้วยอย่างมาก

1.00 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2.00 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
3.00 คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
4.00 คะแนน	หมายถึง	เฉยๆ
5.00 คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างเห็นด้วย
6.00 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
7.00 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 มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 – 7.00 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คะแนนเต็มรวม 84.00 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนน 12.00 - 36.99 หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนน 37.00 - 60.99 หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนน 61.00 - 84.00 หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลตามรายด้าน

1. ด้านครอบครัว มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 3, 4, 8 และ 11 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 4.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 28.00 คะแนน

คะแนน 4.00 – 11.99 หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนน 12.00 – 19.99 หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนน 20.00 – 28.00 หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

2. ด้านเพื่อน มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 6, 7, 9 และ 12 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 4.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 28.00 คะแนน

คะแนน 4.00 – 11.99 หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนน 12.00 – 19.99 หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนน 20.00 – 28.00 หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

3. ด้านบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 5 และ 10 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 4.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 28.00 คะแนน

คะแนน 4.00 – 11.99 หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนน 12.00 – 19.99 หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนน 20.00 – 28.00 หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ในวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของ Mishel (1997) ฉบับชุมชน แปลเป็นภาษาไทยโดยบุษบา สมใจวงษ์ (2553) ฉบับปรับปรุงข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจโดยชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สอดคล้อง ครอบคลุม ตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษาโดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ คือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.91 ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย 4 ด้าน ดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แต่ละข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วยเลย” จนถึง “เห็นด้วยมาก” มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ (บุษบา สมใจวงษ์, 2553)

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยมาก	ให้ 5.00 คะแนน	ให้ 1.00 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4.00 คะแนน	ให้ 2.00 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3.00 คะแนน	ให้ 3.00 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2.00 คะแนน	ให้ 4.00 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเลย	ให้ 1.00 คะแนน	ให้ 5.00 คะแนน

ข้อคำถามด้านบวก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 6, 8, 19, 20, 22 และ 23

ข้อคำถามด้านลบ 17 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 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 มีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แต่ละข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 – 5.00 คะแนน เป็นข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ คะแนนเต็มรวม 115.00 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (บุษบา สมใจวงษ์, 2553) ดังนี้

คะแนน 23.00 – 53.99	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 54.00 – 84.99	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 85.00 – 115.00	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลตามรายด้าน

1. ด้านความคลุมเครือ มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 5, 11, 12, 13, 15, 17, 18 และ 20 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 10.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 50.00 คะแนน

คะแนน 10.00 – 23.33	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 23.34 – 36.67	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 36.68 – 50.00	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

2. ด้านความซับซ้อน มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 10 และ 22 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 4.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 20.00 คะแนน

คะแนน 4.00 – 9.33	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 9.34 – 14.67	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 14.68 – 20.00	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

3. ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 8, 9, 14, 16, 21 และ 23 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 7.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 35.00 คะแนน

คะแนน 7.00 – 16.33	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 16.34 – 25.67	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 25.68 – 35.00	หมายถึง	ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

4. ด้านการไม่สามารถทำนาย มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7 และ 19 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 2.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 10.00 คะแนน
- | | | |
|--------------------|---------|--|
| คะแนน 2.00 – 4.67 | หมายถึง | ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ |
| คะแนน 4.68 – 7.35 | หมายถึง | ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง |
| คะแนน 7.36 – 10.00 | หมายถึง | ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง |

การแปลเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความหวัง (The Hope Scale) 2) แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac Anxiety Questionnaire) 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (The Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version (CADE- Q SV)) เพื่อแปลเป็นภาษาไทย โดยใช้วิธีการแปลเครื่องมือแบบการแปลย้อนกลับ (back - translation) (Dhamani & Richter, 2011) ซึ่งภายหลังจากที่ได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยได้แปลแบบสอบถามดังกล่าวจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาอังกฤษจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และแปลโดยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ศึกษา ณ ต่างประเทศมากกว่า 5 ปี เมื่อได้เครื่องมือวิจัยที่ได้รับการแปลฉบับภาษาไทยดังที่ได้กล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และแปลโดยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ศึกษา ณ ต่างประเทศมากกว่า 5 ปี โดยผู้แปลไม่ใช่คนเดียวกัน หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่แปลเรียบร้อยแล้วปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาและเปรียบเทียบเครื่องมือฉบับที่แปลกับเครื่องมือต้นฉบับ และเมื่อได้เครื่องมือฉบับสุดท้าย จากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับความถูกต้องของภาษา ความเหมาะสม ความสอดคล้องของคำถาม ความครอบคลุมเนื้อหา และการสื่อความหมายของข้อคำถาม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงเนื้อหา จำนวน 5 คน (Burns et al., 2013) ดังนี้

- 1) แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
- 3) พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
- 4) จิตแพทย์ จำนวน 1 คน
- 5) อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถาม กับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1.00 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี
- 2.00 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี
- 3.00 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี
- 4.00 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี

จากนั้น ผู้วิจัยนำผลการตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI ที่ยอมรับได้เท่ากับ $\geq .80$ (Polite & Beck, 2013) คำนวณได้จากสูตรดังนี้

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

จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับภาษา เพิ่มข้อความ เพื่อให้เกิดความชัดเจนของเนื้อหา โดยผลการตรวจ และรายละเอียดการปรับแบบสอบถาม มีดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความหวัง ค่า CVI = 1.00 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแก้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่า CVI = 0.90 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับข้อคำถามข้อที่ 2 จาก “ตัวอย่างของปัจจัยเสี่ยง” เป็น “ปัจจัยเสี่ยง...ได้แก่...” ข้อคำถามข้อที่ 3 จาก “ภาวะเจ็บหน้าอก” เป็น “อาการเจ็บหน้าอก” ข้อคำถามข้อที่ 4 จาก “การออกกำลังกายแบบแรงต้าน (การยกน้ำหนักหรือการใช้ยางยืด)” เป็น “การออกกำลังกายแบบแรงต้าน ได้แก่...” ข้อคำถามข้อที่ 8 จาก “ภาวะเจ็บหน้าอก” เป็น “อาการเจ็บหน้าอก” ข้อที่ 17 ตัดคำว่า “ท่านคิดว่า ท่านทราบว่” ออก และข้อที่ 10 จาก “สามารถลดแรงของผู้ป่วย” เป็น “จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถ”

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ค่า CVI = 1.00 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับข้อคำถามข้อที่ 13 จาก “หมอ” เป็น “แพทย์”

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ค่า CVI = 1.00 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับข้อที่ 4 และข้อที่ 6 ตัดคำว่า “กว่าที่ต้องการ” ออก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ค่า CVI = 1.00 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแก้

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ค่า CVI = 1.00 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับแก้ข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับข้อคำถามข้อที่ 7 จาก “มาก” เป็น “มา”

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ค่า CVI = 1.00 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแก้

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 7 แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (Burns et al., 2013) แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ซึ่งสำหรับแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธี KR - 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75, .83, .81, .76, .94 และ .91 ตามลำดับ และใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายเครื่องมือวิจัยของ DeVellis (2012) ดังนี้ คือ

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค < .60 หมายถึง ขอมรับไม่ได้

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .60 - .70 หมายถึง ขอมรับได้ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .70 - .80 หมายถึง ขอมรับได้

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .80 - .90 หมายถึง ค่าที่อยู่ในระดับดีมาก

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค > .90 หมายถึง อาจมีความซับซ้อนของข้อคำถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากทั้ง 3 โรงพยาบาล ประกอบด้วย 1)โรงพยาบาลตำรวจ 2)โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ 3)โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด จากทั้ง 3 โรงพยาบาล โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง อธิบายชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยแจ้งว่าผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล

ของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยที่ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุด โดยไม่ต้องแสดงเหตุผล หรือคำอธิบายใดๆ และหากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติในระหว่างการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ ดังนี้

1. กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันที และนำส่งแพทย์เพื่อดำเนินการในการรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป ซึ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติทางด้านร่างกายขณะเก็บข้อมูล

2. กรณีเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก และความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้น ตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจและอารมณ์มาก ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้นให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป ซึ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ขณะเก็บข้อมูล

3. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือก ได้แก่ 1) โรงพยาบาลตำรวจ 2) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ 3) โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขอเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่เข้ารับบริการในแผนผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตารางที่ 2 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย	วันที่ผ่านการพิจารณา และ รับรองโครงการวิจัย	เลขที่รับรอง
โรงพยาบาลตำรวจ	26 กุมภาพันธ์ 2563	Nq09011120/63
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	23 กุมภาพันธ์ 2563	IRB NO.063/63
โรงพยาบาลศิริราช	13 เมษายน 2563	221/2563(IRB2)

2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ๆ ในการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยและเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้สามารถเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ 1)โรงพยาบาลตำรวจ 2)โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ 3)โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการศึกษาเวชระเบียน รวมทั้งแนะนำผู้วิจัยให้พบกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

2.2 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI) ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ 1)โรงพยาบาลตำรวจ 2)โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ 3)โรงพยาบาลศิริราช ในแต่ละวันที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยพยาบาลประจำหน่วยเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยกับผู้ป่วย ในระหว่างผู้ป่วยรอพบแพทย์ หรือระหว่างผู้ป่วยรอใบนัดหลังจากแพทย์ตรวจเสร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว และอธิบายรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิของผู้ป่วย

2.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่คุณสมบัติกำหนดเมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการอธิบายรายละเอียดของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ และผู้วิจัยขอการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการขอศึกษาข้อมูลเวชระเบียน หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับ การวินิจฉัยครั้งแรก

โรงพยาบาล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลตำรวจ	86
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	34
โรงพยาบาลศิริราช	93
รวม	213

2.4 หลังจากได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถาม และขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม เกี่ยวกับแบบสอบถามได้ตลอดเวลา

2.5 หลังจากกลุ่มตัวอย่างซักถามเกี่ยวกับการวิจัยเป็นอย่างดีและเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามแบบสอบถาม ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและเสียง รบกวนน้อยที่สุด ใช้เวลาประมาณ 30 – 40 นาที หากในระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่ม ตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และก่อนตอบแบบสอบถามผู้วิจัยได้ อธิบายรายละเอียดของแต่ละแบบสอบถาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบสอบถามความหวัง ผู้วิจัยได้ อธิบายว่าความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ ความหวังที่จะหายจากโรค มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสามารถกลับไปทำงาน หรือใช้ชีวิตได้ ตามปกติ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในการตอบคำถามแต่ละข้อที่ประเมินเกี่ยวกับความหวัง

2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในทุกแบบสอบถามทุกชุด หากพบว่ามีข้อมูลที่ไม่ สมบูรณ์ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบทันที ซึ่งผู้วิจัยจะทำการประเมินก่อนว่ากลุ่มตัวอย่างเจตนา ที่จะไม่ตอบ หรือผ่านไปโดยไม่ตั้งใจ โดยผู้วิจัยให้อิสระในการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่างโดย ไม่บังคับ รวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งในการเก็บข้อมูลการวิจัย ครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับพร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา โรคประจำตัวร่วม ระดับความรุนแรงของโรคเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยกับความหวังโดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของ (Cohen, 1988)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

ระดับความสัมพันธ์

0.10 – 0.29

มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

0.30 – 0.49

มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

0.50 – 1.00

มีความสัมพันธ์ระดับสูง

การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) มีดังต่อไปนี้

3.1 ข้อมูลของตัวแปรอยู่ในมาตรวัดอัตราภาคขั้น หรือมาตรอัตราส่วน ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลของตัวแปรอยู่ในมาตรวัดอันดับอัตราภาคขั้นไป ซึ่งผ่านเกณฑ์การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ตามรายละเอียดแนบ ภาคผนวก ฉ)

3.2 ข้อมูลของตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ ผลการวิเคราะห์พบว่า

3.2.1 ข้อมูลความหวังมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดหัวใจ มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.3 ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.4 ข้อมูลความวิตกกังวล มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.5 ข้อมูลการมองโลกในแง่ดี มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.6 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.7 ข้อมูลความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

สรุปบทที่ 3 เป็นการนำเสนอระเบียบวิธีการวิจัย ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 30-59 ปี ได้รับการรักษาด้วยวิธีการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจแบบเร่งด่วนในระยะเวลา 1-7 เดือนที่ผ่านมา และเข้ารับการติดตามอาการ ณ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ โรงพยาบาลศิริราช กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจทดสอบที่ 80% ขนาดอิทธิพล 0.30 เปิดตารางของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้จำนวนประชากร 194 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10.00 (Dilman, 2000) รวมได้

กลุ่มตัวอย่าง 213 คน ไม่มีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และผ่านการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเดียวกัน จำนวน 30 คน ดังแสดงในตารางที่ 4 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของ Cohen (1988)



ตารางที่ 4 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย	ลักษณะ ข้อคำถาม	ดัชนีความ ตรง ตามเนื้อหา (Content Validity index, CVI)	ค่าความเที่ยง จำนวน 30 คน (Cronbach's Alpha Coefficient)
1.แบบสอบถามความหวัง	12 ข้อ (Likert scale)	1.00	.75
2.แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดหัวใจ	20 ข้อ (True - False)	0.90	.76 (KR - 20)
3.แบบสอบถามความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยโรคหัวใจ	18 ข้อ (Likert scale)	1.00	.83
4.แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12	12 ข้อ (Likert scale)	1.00	.81
5.แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี	15 ข้อ (Likert scale)	1.00	.76
6.แบบสอบถามการสนับสนุนทาง สังคม	12 ข้อ (Likert scale)	1.00	.94
7.แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอน ต่อการเจ็บป่วย	23 ข้อ (Likert scale)	1.00	.91

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังได้แก่ ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก วัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 30 - 59 ปี ที่มาติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรมโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 213 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความหวัง 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 4) แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ 5) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ 6) แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี 7) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 8) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย ได้ผลการวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา โรคประจำตัว ข้อมูลเรื่องระดับความรุนแรงของโรคเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความหวัง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6 - 19

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อ

การเจ็บป่วย และความหวัง โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 20 - 21

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา โรคประจำตัว ข้อมูลเรื่องระดับความรุนแรงของโรคเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	186	87.30
หญิง	27	12.70
อายุ		
30 – 39 ปี	2	0.90
40 – 49 ปี	57	26.80
50 – 59 ปี	154	72.30
Min = 33 Max = 59		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	51.88 (5.12)	
รายได้		
น้อยกว่า 15,000 บาท	38	17.80
15,000 – 30,000 บาท	88	41.30
30,001 – 45,000 บาท	60	28.20
มากกว่า 45,000 บาท	27	12.70
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	31184.37 (26961.52)	
สถานภาพการสมรส		
โสด	25	11.70
หม้าย	7	3.30
หย่า	9	4.20
แยก	5	2.30
สมรส	167	78.50

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเข้ารับการศึกษ	1	0.50
ประถมศึกษา	23	10.80
มัธยมศึกษา	76	35.70
อนุปริญญา	26	12.20
ปริญญาตรี	63	29.60
สูงกว่าปริญญาตรี	24	11.20
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	35	16.40
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	12	5.60
ประกันสังคม	43	20.20
สวัสดิการข้าราชการ	118	55.50
ประกันชีวิต	5	2.30
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	88	41.30
สูบบุหรี่	34	16.00
เคยสูบบุหรี่	91	42.70
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	91	42.80
ดื่มสุรา	48	22.50
เคยดื่มสุรา	74	34.70
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคร่วม	49	23.00
1 โรคร่วม	78	36.60
2 โรคร่วม	54	25.40
3 โรคร่วม	25	11.70
4 โรคร่วม	7	3.30



ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรคเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก		
ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก	91	42.80
เจ็บแน่นหน้าอกเมื่อออกกำลังกายหรือออกแรงเป็นเวลานาน	42	19.70
เจ็บหน้าแน่นอกเมื่อออกแรงปานกลาง เช่น เดิน 1 ชั้น	17	8.00
เจ็บหน้าแน่นอกเมื่อมีกิจวัตรประจำวัน	28	13.10
เจ็บหน้าแน่นอกแม้ในขณะที่พัก	35	16.40

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 87.30 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50 – 59 ปีมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 51.88 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.30 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ระหว่าง 15,000 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 78.50 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.70 มากกว่าครึ่งหนึ่งใช้สิทธิการรักษาโดยใช้สวัสดิการข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 55.50 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประวัติเคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 42.70 และไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 42.80 กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1 ใน 3 มีประวัติโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 36.60 และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 42.80

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความหวัง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนความหวังของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
0	0	0.00	ความหวังระดับต่ำ
16-24	157	73.70	ความหวังระดับปานกลาง
25-32	56	26.30	ความหวังระดับสูง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.70 และมีความหวังอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.30

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
2.00 – 5.00	20	9.40	ความรู้ระดับต่ำมาก
6.00 – 9.00	34	16.00	ความรู้ระดับต่ำ
10.00 – 13.00	83	39.00	ความรู้ระดับปานกลาง
14.00 – 17.00	71	33.30	ความรู้ระดับสูง
18.00 – 19.00	5	2.30	ความรู้ระดับสูงมาก

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำมาก คิดเป็นร้อยละ 9.40 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 16.00 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.00 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.30 และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 2.30

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและโดยรวม (n = 213 คน)

ความรู้	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
ด้านอาการและการรักษา	0.00 – 4.00	2.12	0.92	ความรู้ระดับปานกลาง
ด้านปัจจัยเสี่ยง	0.00 – 4.00	2.42	1.08	ความรู้ระดับปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	0.00 – 4.00	2.64	1.14	ความรู้ระดับปานกลาง
ด้านโภชนาการ	0.00 – 4.00	2.77	1.05	ความรู้ระดับปานกลาง
ด้านปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ	0.00 – 4.00	1.82	1.04	ความรู้ระดับต่ำ
โดยรวม	0.00 – 19.00	11.77	3.49	ความรู้ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทางด้านอาการและการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 (SD = 0.92) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านอาการและการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 (SD = 1.08) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 (SD = 1.14) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านออกกำลังกายรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ด้านโภชนาการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 (SD = 1.05) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.82 (SD = 1.04) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจอยู่ระดับต่ำ และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.77 (SD = 3.49) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($n = 213$ คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
0.00	2	0.90	ไม่มีความวิตกกังวล
0.39 – 1.00	43	20.20	มีความวิตกกังวลระดับต่ำ
1.06 – 2.00	107	50.20	มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
2.06 – 3.00	59	27.70	มีความวิตกกังวลระดับสูง
3.11 – 3.22	2	0.90	มีความวิตกกังวลระดับสูงมาก

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 0.90 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 20.20 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.20 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 27.70 และ มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 0.90

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและโดยรวม (n = 213 คน)

ความกังวล	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
ความกังวลและกลัว	0 – 3.60	1.23	0.88	มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
พฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง	0 – 4.00	1.90	0.89	มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
ความใส่ใจ	0 – 3.80	1.23	0.81	มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
ความปลอดภัยและการค้นหา	0 – 4.00	2.49	0.97	มีความวิตกกังวลระดับสูง
โดยรวม	0 – 3.22	1.63	0.66	มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลทางด้านความวิตกกังวลและกลัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.23 (SD = 0.88) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลด้านความวิตกกังวลและกลัวอยู่ในระดับปานกลาง มีความวิตกกังวลทางด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.90 (SD = 0.89) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง มีความวิตกกังวลทางด้านความใส่ใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.23 (SD = 0.81) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลด้านความใส่ใจอยู่ในระดับปานกลาง มีความวิตกกังวลทางด้านความปลอดภัยและการค้นหา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.49 (SD = 0.97) แสดงว่ามีความวิตกกังวลด้านความปลอดภัยและการค้นหาอยู่ในระดับสูง และมีความวิตกกังวลโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 1.63 (SD = 0.66) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
0.00 – 46.88	44	20.70	การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี
50.00 – 100.00	169	79.30	การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 20.70 และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี คิดเป็นร้อยละ 79.30



ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและโดยรวม (n = 213 คน)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
มิติด้านการทำงาน ทางด้านกายภาพ	0.00 – 100.00	79.34	27.82	การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี
มิติด้านสุขภาพที่มีผลต่อการทำงาน	0.00 – 100.00	67.72	23.82	การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี
มิติด้านความเจ็บปวด	0.00 – 100.00	78.63	25.50	การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี
มิติด้านสุขภาพทั่วไป	0.00 – 100.00	58.57	23.42	การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี
มิติด้านมีชีวิตชีวา	0.00 – 100.00	60.80	24.54	การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี
มิติด้านสังคม	0.00 – 100.00	78.17	26.13	การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี
มิติด้านอารมณ์ที่ต่อการทำงาน	0.00 – 100.00	74.47	21.11	การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี
มิติด้านจิตใจ	0.00 – 100.00	62.29	23.50	การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี
โดยรวม	0.00 – 100.00	63.54	19.26	การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ 8 มิติย่อย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านการทำงานทางด้านกายภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 79.82 (SD = 27.82) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านการทำงานทางด้านกายภาพอยู่ในระดับที่ดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อการทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 67.72 (SD = 27.82) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อการทำงานอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านความเจ็บปวด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 78.63 (SD = 25.50) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านมิติด้านความเจ็บปวดอยู่ในระดับที่ดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านสุขภาพทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.57 (SD = 23.42) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับที่ดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านมีชีวิตชีวา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.80 (SD = 24.54) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านมีชีวิตชีวาอยู่ในระดับที่ดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 78.17 (SD = 26.13) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านสังคมอยู่ในระดับที่ดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านปัญหาทางด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 74.47 (SD = 21.11) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านปัญหาทางด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการทำงานอยู่ในระดับที่ดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 62.29 (SD = 23.50) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านมิติด้านจิตใจอยู่ในระดับที่ดี และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 63.54 (SD = 19.26) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการมองโลกในแง่ดีของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
0.00	0	0.00	การมองโลกในแง่ดีระดับต่ำ
34.00 – 45.00	117	54.90	การมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง
46.00 – 57.00	96	45.10	การมองโลกในแง่ดีในระดับสูง

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.9 มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 45.10



ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมองโลกในแง่ดีของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและโดยรวม (n = 213 คน)

การมองโลกในแง่ดี	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
ความคงทนถาวร	10.00 – 20.00	14.94	2.26	การมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง
การแผ่ขยายความรู้สึกรู้สึก	9.00 – 19.00	14.13	1.75	การมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง
การเกี่ยวข้องกับตนเอง	10.00 – 20.00	15.99	2.29	การมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง
โดยรวม	34.00 – 57.00	45.07	4.77	การมองโลกในแง่ดีระดับสูง

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการมองโลกในแง่ดีทางด้านความคงทนถาวร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.94 (SD = 2.26) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการมองโลกในแง่ดีทางด้านความคงทนถาวรอยู่ในระดับปานกลาง มีการมองโลกในแง่ดีทางการแผ่ขยายความรู้สึกรู้สึก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.13 (SD = 1.75) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการมองโลกในแง่ดีทางการแผ่ขยายความรู้สึกรู้สึกอยู่ในระดับปานกลาง มีการมองโลกในแง่ดีทางการเกี่ยวข้องกับตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.99 (SD = 2.29) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการมองโลกในแง่ดีทางการเกี่ยวข้องกับตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีการมองโลกในแง่ดีโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.07 (SD = 4.77) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ค่าคะแนนการ ที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
19.00 – 36.00	4	1.90	การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
37.00 – 60.00	83	39.00	การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
61.00 – 84.00	126	59.20	การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.90 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.00 และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 59.20



ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและโดยรวม (n = 213 คน)

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD	การแปลผล
จากครอบครัว	8.00 – 28.00	22.82	3.64	การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง
จากเพื่อน	4.00 – 28.00	19.83	4.57	การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
จากบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน	4.00 – 28.00	20.01	4.84	การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
โดยรวม	19.00 – 84.00	62.67	11.29	การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

จากตารางที่ 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.82 (SD = 3.64) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมทางจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง มีการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.83 (SD = 4.57) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมทางจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง มีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.01 (SD = 4.84) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมทางจากบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง และมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 62.67 (SD = 11.29) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 17 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ค่าคะแนน ที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
28.00 – 53.00	91	42.70	ความรู้สึกไม่แน่นอนระดับต่ำ
54.00 – 83.00	119	55.90	ความรู้สึกไม่แน่นอนระดับปานกลาง
87.00 – 91.00	3	1.40	ความรู้สึกไม่แน่นอนระดับสูง

จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 42.70 มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.90 และมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 1.40



ตารางที่ 18 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกรายด้านและโดยรวม

(n = 213 คน)

ความรู้สึกไม่แน่นอน ๗	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	\bar{X}	SD
ด้านความคลุมเครือ	9.00 – 41.00	22.63	6.20
ด้านความซับซ้อน	4.00 – 15.00	9.18	2.24
ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้อง	7.00 – 27.00	16.41	3.89
ด้านการไม่สามารถทำนาย	3.00 – 10.00	6.21	1.16
โดยรวม	28.00 – 91.00	56.71	12.14

จากตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยทางด้านความคลุมเครือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.63 (SD = 6.20) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยทางด้านความคลุมเครืออยู่ในระดับต่ำ มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยทางด้านความซับซ้อน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.18 (SD = 2.24) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยทางด้านความซับซ้อนอยู่ในระดับต่ำ มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้อง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.41 (SD = 3.89) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องอยู่ในระดับปานกลาง มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนาย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.21 (SD = 1.16) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายอยู่ในระดับปานกลาง และมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.71 (SD = 12.14) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 19 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความหวัง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

คะแนน	Min	Max	\bar{X}	SD	การแปลผล
ความหวัง	16.00	32.00	23.76	2.68	ระดับปานกลาง
ความรู้	2.00	19.00	11.78	3.49	ระดับปานกลาง
ความวิตกกังวล	0.00	3.22	1.63	0.66	ระดับปานกลาง
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.00	100.00	63.54	19.26	ระดับที่ดี
การมองโลกในแง่ดี	34.00	57.00	45.07	4.77	ระดับปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	19.00	84.00	62.67	11.28	ระดับสูง
ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย	28.00	91.00	56.71	12.14	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความหวังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนความหวังเฉลี่ยเท่ากับ 23.76 (SD = 2.68) มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 11.78 (SD = 3.49) มีความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยเท่ากับ 1.63 (SD = 0.66) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี คือมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 63.54 (SD = 19.26) มีการมองโลกในแง่ดีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนการมองโลกในแง่ดีเฉลี่ยเท่ากับ 45.07 (SD = 4.77) มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง คือมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 62.67 (SD = 11.28) และมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 56.71 (SD = 12.14)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

ตารางที่ 20 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายด้านระหว่าง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย กับ ความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
ความรู้	.052	.453	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านอาการและการรักษา	-.039	.569	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านปัจจัยเสี่ยง	.166*	.015	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ด้านการออกกำลังกาย	.010	.883	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านโภชนาการ	.027	.693	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ	-.004	.959	ไม่มีความสัมพันธ์
ความวิตกกังวล	.370	.587	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านความกังวลและกลัว	-.018	.793	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง	.061	.378	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านความใส่ใจ	.002	.976	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านความปลอดภัยและการค้นหา	.084	.220	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.242	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
มิติด้านการทำงานด้านกายภาพ	.245**	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
มิติด้านสุขภาพที่มีผลต่อการทำงาน	.177**	.010	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
มิติด้านความเจ็บปวด	.125	.069	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
มิติด้านสุขภาพทั่วไป	-.213	.002	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
มิติด้านมีชีวิตรื่นเริง	.224	.001	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
มิติด้านสังคม	.135	.048	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
มิติด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการทำงาน	.156	.023	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
มิติด้านจิตใจ	.235	.001	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
การมองโลกในแง่ดี	.208	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ความคงทนถาวร	.294**	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
การแผ่ขยายความรู้สึก	.112	.103	ไม่มีความสัมพันธ์
การเกี่ยวข้องกับตนเอง	.058	.399	ไม่มีความสัมพันธ์
การสนับสนุนทางสังคม	.277	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
จากครอบครัว	.325**	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
จากเพื่อน	.217	.001	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
จากบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน	.197	.004	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย	-.112	.102	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านความคลุมเครือ	-.059	.388	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านความซับซ้อน	-.255**	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้อง	-.122	.075	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านการไม่สามารถทำนาย	.076	.271	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้รายด้าน ได้แก่ ด้านปัจจัยเสี่ยง ($r = .166$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ด้านอาการและการรักษา ($r = -.039$), ด้านการออกกำลังกาย ($r = .010$), ด้านโภชนาการ ($r = .027$) และด้านปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตใจ ($r = -.004$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความวิตกกังวลรายด้าน พบว่า ไม่มีรายด้านใดของความวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ 8 รายด้านย่อย ได้แก่ มิติด้านการทำงานด้านกายภาพ ($r = .245$), มิติด้านสุขภาพที่มีผลต่อการทำงาน ($r = .177$), มิติด้านความเจ็บปวด ($r = .125$), มิติด้านมีชีวิตรضا ($r = .224$) มิติด้านสังคม ($r = .135$) มิติทางด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการทำงาน ($r = .156$) และ มิติด้านจิตใจ ($r = .244$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนมิติด้านสุขภาพทั่วไป ($r = -.213$) ความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การมองโลกในแง่ดีรายด้าน พบว่า ด้านความคงทนถาวร ($r = .294$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ การมองโลกในแง่ดีด้านการแผ่ขยายความรู้สึก ($r = .112$) และ ด้านการเกี่ยวข้องกับตนเอง ($r = .058$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า จากครอบครัว ($r = .325$) ความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากเพื่อน ($r = .217$) และ จากบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน ($r = .197$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย พบว่า ด้านความซับซ้อน ($r = -.255$) มีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ด้านความคลุมเครือ ($r = -.059$) ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้อง ($r = -.122$) และ ด้านการไม่สามารถทำนาย ($r = .076$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 21 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยกับความหวัง ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
ความรู้	.052	.453	ไม่มีความสัมพันธ์
ความวิตกกังวล	.370	.587	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.242	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
การมองโลกในแง่ดี	.208	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	.277	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย	-.112	.102	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตารางที่ 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .242$) การมองโลกในแง่ดี ($r = .208$) และ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .277$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความรู้ ($r = .052$) ความวิตกกังวล ($r = .370$) และ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย ($r = -.112$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของ Cohen (1988)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
0.50 – 1.00	มีความสัมพันธ์ระดับสูง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อศึกษาความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ หลอดเลือดแบบเร่งด่วนในระยะเวลา 1-7 เดือนที่ผ่านมา อายุ 30-59 ปี ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 213 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองในช่วงระหว่างเดือน มีนาคม 2563 ถึง เดือนธันวาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความหวัง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1.0, 0.9, 1.0, 1.0, 1.0, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75, .76, .83, .81, .76, .94 และ .91 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา โรคประจำตัว ข้อมูลเรื่องระดับความรุนแรงของโรคเมื่อมีอาการแน่นเจ็บหน้าอก โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความหวัง ความรู้ ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำที่สุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และความหวัง โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 87.30 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50 – 59 ปีมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 51.88 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.30 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ระหว่าง 15,000 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 78.40 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.70 มากกว่าครึ่งหนึ่งใช้สิทธิการรักษาโดยใช้สวัสดิการข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 55.40 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประวัติเคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 42.70 และไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 42.70 กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1 ใน 3 มีประวัติโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 36.60 และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 42.70

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.70 และมีความหวังอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.3 โดยมีความหวังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.76 (SD = 2.68)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .242$) การมองโลกในแง่ดี ($r = .208$) และ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .277$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความรู้ ($r = .052$) ความวิตกกังวล ($r = .370$) และ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่ออาการเจ็บป่วย ($r = -.112$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง โดยคิดคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.68 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50 – 59 ปีมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 51.88 ปี และมากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้น ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค (Rustoen et al., 2005; Wang et al., 2006) และเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตผู้ป่วยจะมีการรับรู้ว่า อาการเจ็บแน่นหน้าอกหายไป ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้เมื่อไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและหายจากโรค รู้สึกถึงการหายของโรค (Petrie et al., 1996) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความหวังอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา ศรีวิริญ และคณะ (2018) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยความหวังโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 37.77$, SD = 5.58) และจากการศึกษาของ Yaghoobzadeh et al. (2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีภาวะจิตวิญญาณที่ดีต่อความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าค่าเฉลี่ยความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

เท่ากับ 34.80 (SD = 5.05) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความหวังเฉลี่ยโดยรวมระดับปานกลาง นอกจากนี้ Muirhead et al. (1992) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและการปรับตัวในผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจพบว่า ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ร้อยละ 71.00 มีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพที่ดี และ ร้อยละ 78.00 มีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างน้อย 5 ปี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ต่อความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประกอบด้วย 6 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .242$) การมองโลกในแง่ดี ($r = .208$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .277$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความรู้ ($r = .052$) ความวิตกกังวล ($r = .370$) และ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ($r = -.112$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ดังนี้

1.1 ความรู้กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.77$, $SD = 3.49$) และกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.30 และมีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 99.50 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์รายด้านของความรู้ พบว่า ด้านปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = .166$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพียงรายด้านเดียว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51.88 ปี มีประวัติเคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 42.70 และมีประวัติดื่มสุรารวมกับมีประวัติเคยดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 57.20 มีโรคร่วม 1 โรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 36.60 แสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเจ็บป่วยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลันได้ ทำให้ทราบและเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ความเครียด และสามารถค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับการลดและการป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น

ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Irving, Snyder, & Crowson (1998) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความหวังและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ที่สูงจะส่งผลให้มีความหวังที่สูง เนื่องจากความรู้เป็นพื้นฐานของบุคคลในการส่งเสริมความหวังให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบในบุคคลที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไป แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้น ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค (Rustoen et al., 2005; Wang et al., 2006) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกัน และการได้รับการรักษา และจากการศึกษาของ Stowers and Short (1970) พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขาดความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ Awad and Al-Nafisi (2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 60 ไม่ทราบถึงชนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 2 ใน 5 ของผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นอกจากนี้จากการศึกษาของ Rustoen, Cooper, & Miaskowski (2010) พบว่าผู้ป่วยโรคไตมีการศึกษาระดับประถมศึกษาและ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62 ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวัง และ พบว่าในระดับความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวัง (Yucens, 2019)

1.2 ความวิตกกังวลกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความวิตกกังวลรายด้าน ได้แก่ ด้านความกังวลและกลัว ($r = -.018$) ด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง ($r = .061$) ด้านความใส่ใจ ($r = .002$) และ ด้านความปลอดภัยและการค้นหา ($r = .084$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.4 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 62.67 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีบุคคลคอยให้กำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ใน

ระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสิทธิการรักษาโดยใช้สวัสดิการข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 55.40 โดยสิทธิการรักษาเป็นสิ่งที่ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากไม่จำเป็นต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการเข้ารับการรักษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 42.70 ส่งผลให้การรับรู้ถึงภาวะความเจ็บปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันลดลงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Van Beek et al. (2016) ที่ศึกษาความวิตกกังวลต่อการดำเนินของโรคในผู้ป่วยโรคหัวใจรายใหม่และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความวิตกกังวลต่ำจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในชีวิตสูง และจากการศึกษาของ Davis et al. (2017) ที่ศึกษาความหวังอาการ และการดูแลระยะสุดท้ายในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Heszen-Niejodek et al. (1999) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความหวังในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ โรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาทางอายุรกรรม 3 แนวทางการรักษาซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาวพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความวิตกกังวลสูงจะส่งผลทำให้ความหวังของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ

1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = .242, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์รายด้านของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ มิติด้านการทำงานด้านกายภาพ ($r = .245$), มิติด้านสุขภาพที่มีผลต่อการทำงาน ($r = .177$), มิติด้านความเจ็บปวด ($r = .125$), มิติด้านมีชีวิตชีวา ($r = .224$), มิติด้านสังคม ($r = .135$), มิติด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการทำงาน ($r = .156$) และ มิติด้านจิตใจ ($r = .244$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพมิติด้านสุขภาพทั่วไป ($r = -.213$) ความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 62.67, SD = 11.29$) และกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษา

อนุปริญาขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 53.1 จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 42.70 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะปรับตัว และดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา ศรีวิริญ และคณะ (2018) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 51.12$, $SD = 6.64$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ($\beta = .245$, $p < .05$) และจากการศึกษาของ อรัญญา รักษาท และคณะ (2550) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ป่วยที่คิดเชื่อเอชไอวี นอกจากนี้จากการศึกษาของ Soleimani (2017) พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลทำให้ระดับความหวังของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตเพิ่มสูงขึ้น

1.4 การมองโลกในแง่ดีกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = .208$, $p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง ($\bar{X} = 45.07$, $SD = 4.77$) กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 78.4 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์รายด้านของการมองโลกในแง่ดี พบว่า ด้านความคงทนถาวร มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = .294$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพียงรายด้านเดียว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวคอยดูแลและมีการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ และเข้าใจแนวทางในการดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้หายจากโรค มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010; Kristofferzon et al., 2008) กลุ่มตัวอย่างมีระดับ การศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 88.70 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการค้นคว้าหาความรู้ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดูแลตนเอง การดำเนินของโรค และการรักษา ซึ่งเป็นการเรียนรู้ในการดูแลตนเองหลังเกิดภาวะ

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Kayaniyil et al., 2009; Wang et al., 2006) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการมองโลกในแง่ดีในระดับปานกลาง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Carver, Scheier, and Segerstrom (2010) ที่ว่าการมองโลกในแง่ดีจะทำให้บุคคลมีความหวังเกิดขึ้นในอนาคตและทำให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกยินดีและมีความสุข (Alarcon et al., 2013) ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะส่งผลให้ร่างกายเกิดการกระตุ้นการหลั่งสารในสมอง ได้แก่ Endorphins และ Enkephalins สารเหล่านี้จะผลิตและหลั่งจากต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ทำให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย (Groopman, 2005) ลดการทำงานของระบบซิมพาเทติก ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง อัตราการหายใจลดลง (Chaudhry & Gossman, 2019; Rokade, 2011) และลดการหลั่งสาร Cortisol ซึ่งเป็นสารที่ส่งผลต่อระบบการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ทำให้ลดอัตราการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ (Jutla et al., 2014) ทำให้สุขภาพหัวใจแข็งแรง (Bjornnes et al., 2018) และมีสุขภาพจิตที่ดี (Yaghoobzadeh et al., 2018) สอดคล้องจากการศึกษาของ อังคณา ศรีวิริญ และคณะ (2018) ที่พบว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยทำนายความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และจากการศึกษาของ Alarcon et al. (2013) พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง เนื่องจากการมองโลกในแง่ดีทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตและประสบความสำเร็จได้ นอกจากนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Scioli et al. (1997) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง

1.5 การสนับสนุนทางสังคมกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = .277, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ($\bar{X} = 62.67, SD = 11.29$) และกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.30 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 78.4 และใช้สิทธิการรักษาสวัสดิการข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 55.4 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์รายด้านของการสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = .325$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และจากบุคคลอื่น ๆ

นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ($r = .217$ และ $r = .197$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นช่วงอายุระหว่าง 50 – 59 ปี เป็นช่วงอายุใกล้เกษียณซึ่งช่วงอายุนี้อาจเริ่มมีการเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งสามารถเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีในการให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างในการดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองจากเพื่อนวัยใกล้เคียงกันเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ดีแก่กลุ่มตัวอย่าง และการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากครอบครัว จากเพื่อน และการสนับสนุนคำปรึกษาพยาบาลจากรัฐบาล จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yaghoobzadeh et al. (2018) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง และจากการศึกษาของ Wang et al. (2006) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายความหวัง โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา ศรีวิริญ และคณะ (2018) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายความหวังได้มากที่สุด และจากการศึกษาของ เกษรา แก้วนิล และคณะ (2015) พบว่า ปัจจัยความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีระดับความหวังที่สูง นอกจากนี้จากการศึกษาของ Ryeong and Sue (2016) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์เม็ดเลือดแดง

1.6 ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 56.71$, $SD = 12.14$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 35.7 และมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50 – 59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.30 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 51.88 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุผู้ใหญ่จึงมีความมั่นคงทั้งทางด้านอารมณ์ค่อนข้างสูง และมีความสามารถในการค้นคว้าหาข้อมูลและความรู้เพื่อตอบข้อสงสัยของตนเองและข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การดูแลตนเอง จากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองส่งผลให้คะแนนระดับ

ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์รายด้านของความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยพบว่า ด้านความซับซ้อน ($r = -.255$) มีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพียงด้านเดียว เนื่องจากเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยการถ่ายขยายหลอดเลือดแบบเร่งด่วนเป็นภาวะฉุกเฉิน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยอย่างแน่นอนจากทีมแพทย์เพื่อให้การรักษาอย่างถูกต้อง ซึ่งก่อนทำการรักษาแพทย์และพยาบาลได้ร่วมกันอธิบายถึงจุดประสงค์ของการรักษา แผนการรักษาให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจอย่างชัดเจนก่อนได้รับการรักษา (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนอยู่ในระดับต่ำ

ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ อังคณา ศรีวิริญ และคณะ (2018) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความสัมพันธ์กับความหวัง และจากการศึกษาของ Staples and Jeffrey (1997) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต ความหวัง และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจและญาติก่อนได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Hsu et al. (2003) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความเจ็บปวด ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และความหวังในผู้ป่วยมะเร็งปอดชาวไต้หวัน พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการเป็นแนวทางในส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความหวังมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเกิดความตั้งใจในดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกสามารถดูแลสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ตนเองสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติหรือปกติและยาวนานขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการให้ความรู้ทางการพยาบาลในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความหวังในการหายจากโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และส่งเสริมการมองโลกในแง่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังในการหายจากโรค และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ

3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น เช่น ระดับภูมิภาค ในการประเมินระดับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เพื่อยืนยันผลการศึกษาในครั้งนี้

4. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสนับสนุนความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- เกรียงไกร เสงรัมย์ และ กนกพร แจ่มสมบุรณ์. (2555). สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST Elevation ในประเทศไทย มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สถาบันโรคทรวงอก.
- เกษรา แก้วนิล, ศิริลักษณ์ กิจศิริไพศาล และ ปรีกษ์มกล รัชชกุล. (2015). ปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *Nuring Journal*, 42(3), 51-60.
- เอี่ยมเดือน นิลพฤษ. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขจรศรี แสนปัญญา. (2553). ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จันทนา หล่อตระกูล. (2549). การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรี, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิดาภา แก้วกัญญา. (2557). ปัจจัยคัดสรรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดาวรุ่ง สุภากรณ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล และ อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- นงคณูช แนะแก้ว. (2560). บทความทั่วไปความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ.
- นิตยา เพ็ญศิริณา. (2254). การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: แนวคิด และการปฏิบัติ.

- นุชรรัตน์ จิตเจริญทรัพย์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บุษบา สมใจวงษ์. (2553). อิทธิพลของอาการ แรงแสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. คุุณบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยาภรณ์ นิกษ์นิภา. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.
- ยุวดี ฤาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขียวลักษณ์ เลาหะจินดา และ วิไล ลิสุวรรณ. (2537). วิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.
- วนิดา หาญคุณากุล. (2539). ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และ พวงผกา กรีทอง. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ : แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วิรัช เกษมทรัพย์, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง และ กนกพร ปูฟ้า. (2550). รายงานการประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวงถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษา สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.hisro.or.th/main/modules/research> [8 พฤษภาคม 2562]
- ศิริรัตน์ วิจิตระกุลถาวร. (2545). ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการประเมินที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, ชาตรี นนทศักดิ์ และ จีน แบร์. (2553). แบบประเมินความวิตกกังวล

- (STAI-Y2). [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.cumentalhealth.com>. [12 มีนาคม 2562]
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). *แนวทางปฏิบัติกรดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563*. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2551). *รายงานฉบับสมบูรณ์ ชุด โครงการประเมินการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง (Excellence center) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง, อติสรา อยู่เลิศบ และ สราญรัตน์ ถัทธิต (2561). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ.2561*.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2017). *สรุปการเฝ้าระวังประจำปี 2558*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.boe.moph.go.th> .[8 มกราคม 2562]
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *7R การลดอัตราการตายในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน*. ห้างหุ้นส่วนจำกัด ศรีนคร ดีไซน์ พรินติ้ง: นนทบุรี.
- สุวริย์ สีวะแพทย์. (2549). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- อรัญญา รักษาบ, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, กิตติกร นิลมานันต์ และ อังศุมา อภิชาติ. (2550). *การปฏิบัติตามหลักธรรมทางศาสนาพุทธ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับความหวังในผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(4), 259-270.
- อังคณา ศรีวิัญญู, ชมนาด สุ่มเงิน และ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2018). *ปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 29(1), 101-112.

ภาษาอังกฤษ

- Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S. (2013). *Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope*. *Personality and Individual Differences*, 54(7), 821-827. doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.12.004>
- Alavi, M., & Leidner, D. (2001). *Review: Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Conceptual Foundations and Research Issues* (Vol. 1).
- An, K., De Jong, M. J., Riegel, B. J., McKinley, S., Garvin, B. J., Doering, L. V., & Moser, D. K.

- (2004). *A cross-sectional examination of changes in anxiety early after acute myocardial infarction*. *Heart & Lung*, 33(2), 75-82. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2003.12.007>
- Awad, A., & Al-Nafisi, H. (2014). *Public knowledge of cardiovascular disease and its risk factors in Kuwait: a cross-sectional survey*. *BMC Public Health*, 14(1), 1131. doi:10.1186/1471-2458-14-1131
- Benyamini, Y., Gerber, Y., Molshatzki, N., Goldbourt, U., & Drory, Y. (2014). *Recovery of self-rated health as a predictor of recurrent ischemic events after first myocardial infarction: A 13-year follow-up*. *Health Psychology*, 33(4), 317-325. doi:10.1037/a0031371
- Benzein, E. G., & Berg, A. C. (2005). *The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care*. *Palliative Medicine*, 19(3), 234-240. doi:10.1191/0269216305pm1003oa
- Bjørnnes, A. K., Parry, M., Lie, I., Falk, R., Leegaard, M., & Rustøen, T. (2018). *The association between hope, marital status, depression and persistent pain in men and women following cardiac surgery*. *BMC Women's Health*, 18(1), 2. doi:10.1186/s12905-017-0501-0
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). *The Brief Illness Perception Questionnaire*. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Brook, R. H., Ware, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Rogers, W. H., . . . Johnston, S. A. (1979). *Overview of Adult Health Status Measures Fielded in Rand's Health Insurance Study*. *Medical Care*, 17(7), i-131.
- Burns, N., Grove, S., & Gray, J. (2013). *The practice of Nursing research Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Missouri: Elsevier Saunders.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Pasadena, CA, US: Behavioral Publications.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). *Optimism*. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Chaudhry, S., & Gossman, W. (2019). *Biochemistry Endorphin*. [ออนไลน์]. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470306/>. [10 มกราคม 2562]
- Cherlin, E. J., Curry, L. A., Thompson, J. W., Greysen, S. R., Spatz, E., Krumholz, H. M., & Bradley, E. H. (2013). *Features of high quality discharge planning for patients following*

- acute myocardial infarction*. Journal of general internal medicine, 28(3), 436-443.
doi:10.1007/s11606-012-2234-y
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., & Lander, S. (1998). *Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation in the Terminally Ill*. Psychosomatics, 39(4), 366-370.
doi:[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(98\)71325-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(98)71325-8)
- Christman, N. J. (1990). *Uncertainty and adjustment during radiotherapy*. Nursing research, 39, 17-20.
- Cohen, J. (1988). *Statistic Power Analysis for the Behavioural Science*. New York: John Lawrence Erlbaum Associates.
- Davis, M. P., Lagman, R., Parala, A., Patel, C., Sanford, T., Fielding, F., . . . Rybicki, L. A. (2017). *Hope, Symptoms, and Palliative Care*. Am J Hosp Palliat Care, 34(3), 223-232.
doi:10.1177/1049909115627772
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park: Sage.
- Dhamani, K., & Richter, M. S. (2011). *Translation of research instruments: research processes, pitfalls and challenges*. Africa Journal of Nursing and Midwifery, 13(1), 3-13.
- Dilman, D. A. (2000). *Mail and internet survey: The tailored design method*. New York: Psychology Press.
- Dufault, K., & Martocchio, B. (1985). *Hope: Its Spheres and Dimensions*. Nursing Clinics of North America., 20, 379-391.
- Dunkley, S., Siefers, R., & Tagney, J. (2016). 101 *All Patients Immediately Post Primary Percutaneous Coronary Intervention (PPCI) Are Cared for in An Acute Cardiac Care Environment. Is it About Time We Reviewed Our Practice?* Heart, 102(Suppl 6), A71-A72.
doi:10.1136/heartjnl-2016-309890.101
- 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.
doi:[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00132-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00132-1)
- Eriksson, M., Asplund, K., Hochwalder, J., & Svedlund, M. (2013). *Changes in hope and health-related quality of life in couples following acute myocardial infarction: a quantitative longitudinal study*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27(2), 295-302.

doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01032.x

- Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., & Salonen, J. T. (1996). *Hopelessness and Risk of Mortality and Incidence of Myocardial Infarction and Cancer*. *Psychosomatic Medicine*, 58(2), 113-121.
- Fitzsimons, D., Parahoo, K., Richardson, S. G., & Stringer, M. (2003). *Patient anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery: A qualitative and quantitative analysis*. *Heart & Lung*, 32(1), 23-31. doi:<https://doi.org/10.1067/mhl.2003.3>
- Folkman, S. (2010). *Stress, coping, and hope*. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901-908.
doi:doi:10.1002/pon.1836
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). *Why do people worry? Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
doi:[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Ghisi, G. L. d. M., Sandison, N., & Oh, P. (2016). *Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV*. *Patient Education and Counseling*, 99(3), 443-447.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.002>
- Groopman, J. (2005). *The Anatomy of Hope: How People Prevail In The Face Of Illness*: Random House Trade Papabacks; Reprint edition.
- Harvard Medical School. (2019). Heart Attack(Myocardia Infarction). [ออนไลน์]. Available from : https://www.health.harvard.edu/a_to_z/heart-attack-myocardial-infarction-a-to-z. [10 มิถุนายน 2562].
- Herth, K. (1990). *Fostering hope in terminally-ill people*. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1250-1259. doi:10.1111/j.1365-2648.1990.tb01740.x
- Herth, K. (1992). *Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation*. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x
- Heszen-Niejodek, I., Gottschalk, L. A., & Januszek, M. (1999). *Anxiety and Hope during the Course of Three Different Medical Illnesses: A Longitudinal Study*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(6), 304-312. doi:10.1159/000012348
- Hilton, B. A. (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. doi:10.1007/BF00844748
- House, J. S. (1981). Work Stress and Social Support.
- Hsu, T.-H., Lu, M.-S., Tsou, T.-S., & Lin, C.-C. (2003). *The relationship of pain, uncertainty, and hope in Taiwanese lung cancer patients.* Journal of Pain and Symptom Management, 26(3), 835-842. doi:[https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(03\)00257-4](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(03)00257-4)
- Irving, L. M., Snyder, C. R., & Crowson, J., J. Jeffrey. (1998). *Hope and Coping with Cancer by College Women.* Journal of Personality, 66(2), 195-214.
- Jutla, S. K., Yuyun, M. F., Quinn, P. A., & Ng, L. L. (2014). *Plasma cortisol and prognosis of patients with acute myocardial infarction.* Journal of Cardiovascular Medicine, 15(1), 33-41. doi:10.2459/JCM.0b013e328364100b
- Kavradim, S. T., Özer, Z. C., & Bozcuk, H. (2013). *Hope in people with cancer: a multivariate analysis from Turkey.* Journal of Advanced Nursing, 69(5), 1183-1196. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06110.x
- Kayaniyil, S., Ardern, C. I., Winstanley, J., Parsons, C., Brister, S., Oh, P., . . . Grace, S. L. (2009). *Degree and correlates of cardiac knowledge and awareness among cardiac inpatients.* Patient Education and Counseling, 75(1), 99-107. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.005>
- Kortte, K. B., Gilbert, M., Gorman, P., & Wegener, S. T. (2010). *Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury.* Rehabil Psychol, 55(1), 40-47. doi:10.1037/a0018624
- Kristofferzon, M.-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2008). *Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction.* Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22(3), 367-375. doi:doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00538.x
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). *The theory of the estimation of test reliability.* Psychometrika, 2(3), 151-160. doi:10.1007/BF02288391
- Li, M.-Y., Yang, Y.-L., Liu, L., & Wang, L. (2016). *Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study.* Health and Quality of Life Outcomes, 14(1), 73. doi:10.1186/s12955-016-0481-z

- Mercado, M. G., Smith, D. K., & McConnon, M. L. (2013). *Myocardial infarction: management of the subacute period*. *Am Fam Physician*, 88(9), 581-588.
- Mishel. (1988). *Uncertainty in Illness*. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232. doi:doi:10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x
- Mishel. (1990). *Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory*. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262. doi:10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x
- Mishel. (1997). *Uncertainty in Illness Scales Manual*. University of North Carolina, Chapel Hill.
- Mishel, & Clayton, M. F. (2003). *Theories of uncertainty in illness*. In M. J. Smith & P. L. Liehr (Eds.), . New York: Springer Publishing.
- Mitchell, P., Powell, L., Blumenthal, J., Norton, J., Ironson, G., Rogers Pitula, C., . . . F Berkman, L. (2003). *A Short Social Support Measure for Patients Recovering From Myocardial Infarction* (Vol. 23).
- Muirhead, J., Meyerowitz, B. E., Leedham, B., Eastburn, T. E., Merrill, W. H., & Frist, W. H. (1992). *Quality of life and coping in patients awaiting heart transplantation*. *The Journal of heart and lung transplantation : the official publication of the International Society for Heart Transplantation*, 11(2 Pt 1), 265-271; discussion 271-262.
- Nahathai, & Tinakorn. (2012). *A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support*. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1503-1509.
- Nakao;, K. K. T. K. M. I. Y. N. K., Hagiwara;, K. M. T. S. K. T. N., Shimizu;, S. M. J. A. H. A. H. I. H. O. W., Itoh;, H. T. Y. T. Y. M. K. I. T., Sakamoto;, Y. I. K. U. H. E. K. K. K., Takeuchi;, H. S. T. S. A. S. J. T. I., . . . Group, T. Y. o. b. o. t. J. C. S. J. W. (2019). *JSC 2018 Guideline on Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Syndrome*. *Circulation Journal*, 83(May 2019), 1085-1196. doi:10.1253/circj.CJ-19-0133
- Orem, D. E. (1991). *Nursing : Concepts of practice* (4th Ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in Nursing Paractice* (2nd Ed.). Stamford, CT Appleton & Lange.
- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., & Buckley, J. (1996). *Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study*. *BMJ*, 312(7040), 1191-1194. doi:10.1136/bmj.312.7040.1191
- Polite, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and*

utilization: Lippincott Williams & Wilkins.

- 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.
- Pössel, P., Mitchell, A. M., Ronkainen, K., Kaplan, G. A., Kauhanen, J., & Valtonen, M. (2015). *Do depressive symptoms predict the incidence of myocardial infarction independent of hopelessness?* *Journal of Health Psychology*, 20(1), 60-68.
doi:10.1177/1359105313498109
- Rajandram, R. K., Ho, S. M., Samman, N., Chan, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). *Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study*. *BMC Research Notes*, 4(1), 519. doi:10.1186/1756-0500-4-519
- Raleigh, E. H., & Boehm, S. (1994). *Development of the Multidimensional Hope Scale* (Vol. 2).
- Rawshani, A. (2019). Classification of Acute Coronary Syndrome (ACS) & Acute Myocardial Infarction (AMI). Retrieved from <https://ecgwaves.com/ecg-topic>
- Reeder, G. S. (2021). Patient education: Heart attack (Beyond the Basics). [ออนไลน์]. Available from : <https://www.uptodate.com/contents/heart-attack-beyond-the-basics>. [10 มิถุนายน 2562].
- Rokade, P. B. (2011). Release of Endomorphin Hormone and Its Effects on Our Body and Moods: A Review. [ออนไลน์]. Available from : <https://pdfs.semanticscholar.org>. [8 มกราคม 2562].
- Rustøen, T., Cooper, B. A., & Miaszkowski, C. (2010). *The Importance of Hope as a Mediator of Psychological Distress and Life Satisfaction in a Community Sample of Cancer Patients*. *Cancer Nursing*, 33(4).
- Rustøen, T., Howie, J., Eidsmo, I., & Moum, T. (2005). *Hope in Patients Hospitalized With Heart Failure*. *American journal of critical care*, 14(5), 417-425.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). *The health-related functions of social support*. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406. doi:10.1007/bf00846149
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). *Optimism, coping, and health: Assessment and*

- implications of generalized outcome expectancies.* Health Psychology, 4(3), 219-247.
doi:10.1037/0278-6133.4.3.219
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). *Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test.* Journal of Personality and Social Psychology, 67(6), 1063-1078.
doi:10.1037/0022-3514.67.6.1063
- Scioli, A., Chamberlin, C. M., Samor, C. M., Lapointe, A. B., Campbell, T. L., Macleod, A. R., & McLenon, J. (1997). *A Prospective Study of Hope, Optimism, and Health.* Psychological Reports, 81(3), 723-733. doi:10.2466/pr0.1997.81.3.723
- Seligman. (1990). *Learned optimism: How to change your mind and your life.*
- Seligman. (1998). *Learned Optimism.* New York: Simon&Schuster Inc.
- Snyder, C. R. (1995). *Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope.* Journal of Counseling & Development, 73(3), 355-360. doi:10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x
- Snyder, C. R. (2002). *TARGET ARTICLE: Hope Theory: Rainbows in the Mind.* Psychological Inquiry, 13(4), 249-275. doi:10.1207/S15327965PLI1304_01
- Soleimani, M. (2017). *Effect of an illness perception-based intervention on hope in hemodialysis patients: A clinical trial study (Vol. 23).*
- Sowattanagoon. (2008). Brief Illness Perception Scale (Thai version). [ออนไลน์] Available from : <http://www.uib.no/ipq/>. [15 มิถุนายน 2562].
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: current trends in theory and research.* Oxford, England: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1983). *The measurement of State and Trait Anxiety: Conceptual and methodological issue in emotion.* New York: Ravan Press.
- Staats, S. (1991). *Quality of life and affect in older persons: Hope, time frames, and training effects.* Current Psychology, 10(1), 21-30. doi:10.1007/bf02686778
- Staples, P., & Jeffrey, J. (1997). *Quality of life, hope, and uncertainty of cardiac patients and their spouses before coronary artery bypass surgery.* Canadian journal of cardiovascular nursing = Journal canadien en soins infirmiers cardio-vasculaires, 8(1), 7-16.
- Stephenson, C. (1991). *The concept of hope revisited for nursing.* Journal of Advanced Nursing, 16(12), 1456-1461. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01593.x

- Stowers, M., & Short, D. (1970). *Warning symptoms before major myocardial infarction*. *British heart journal*, 32(6), 833-838.
- Townsend, M. C. (2011). *Nursing diagnosis in psychiatric nursing: Care plan and psychotropic medication* (8th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Van Beek, M. H., Zuidersma, M., Lappenschaar, M., Pop, G., Roest, A. M., Van Balkom, A. J., . . . Voshaar, R. C. (2016). *Prognostic association of cardiac anxiety with new cardiac events and mortality following myocardial infarction*. *Br J Psychiatry*, 209(5), 400-406.
doi:10.1192/bjp.bp.115.174870
- Wang, L.-Y., Chang, P.-C., Shih, F.-J., Sun, C.-C., & Jeng, C. (2006). *Self-care behavior, hope, and social support in Taiwanese patients awaiting heart transplantation*. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 485-491.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.11.013>
- Ware, J. E. J., Kosinski, M., Turner-Bowker, D., Sundaram, M., Gandek, B., & Maruish, M. E. (2009). *SF-12v2 health survey: Administration guide for clinical trial investigators*.
- World Health Organization. (2019). *About cardiovascular diseases*. [ออนไลน์] Available from :
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/. [2 มกราคม 2562]
- Yadav, S. (2010). *Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal*. *Quality of Life Research*, 19(2), 157-166.
doi:10.1007/s11136-009-9574-z
- Yaghoobzadeh, A., Soleimani, M. A., Allen, K. A., Chan, Y. H., & Herth, K. A. (2018). *Relationship Between Spiritual Well-Being and Hope in Patients with Cardiovascular Disease*. *Journal of Religion and Health*, 57(3), 938-950. doi:10.1007/s10943-017-0467-0
- Yu, P. S., & Ko, S. H. (2006). *A Study on the Relation among Uncertainty in illness, Hope and Spiritual Well-being of Cancer Patients*. .
- Yucens, B. (2019). *The association between hope, anxiety, depression, coping strategies and perceived social support in patients with chronic kidney disease*. Dý_ünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- 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.

doi:10.1207/s15327752jpa5201_2





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1.รองศาสตราจารย์ นพ.พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย	ผู้ช่วยคณบดี ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ การศึกษา อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชา จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2.รองศาสตราจารย์ นพ.สุวัจชัย พรรตน์รังสี	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์ โรคหัวใจ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
3.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์พยาบาลภาควิชาสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4.อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5.ดร.เอมอร แสงศิริ	หัวหน้าศูนย์พัฒนางานวิจัยและ นวัตกรรมทางการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิแปลภาษาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชื่อ - นามสกุล

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ติลาจรัส

อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2. อาจารย์ ดร.ฐิติพงษ์ ต้นคำปวน

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. ๐๒-๒๕๖-๔๔๖๓ โทรสาร. ๐๒-๒๕๖-๔๔๖๓
ที่ อว ๖๔.๑๓/๐๐๗๕๘ วันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๒
เรื่อง อนุมัติให้อาจารย์แพทย์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามหนังสือ ที่ อว ๖๔.๑๓/๑๒๑๕ ลงวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๒ ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มีความประสงค์ขอเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลีอบุญธวัชชัย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” ของนางสาวอัมพิกา อินทรอยู่ นิสิตชั้นปริญญา-มหาบัณฑิต ดังรายละเอียดทราบแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อินดีให้ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลีอบุญธวัชชัย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิฯ ดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)
รองคณบดีฝ่ายบริหาร
ปฏิบัติกรแทนคณบดี

ที่ อว 64.11/1216



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุวิงชัย พรรัตนรังสี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ โทร. 08-6374-0774

ที่ อว 64.11/ 1214



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ โทร. 08-6374-0774

ที่ อว 64.11/1211



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารักษ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ โทร. 08-6374-0774

ที่ อว 64.11/ 1217



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร.เอมอร แสงศิริ หัวหน้าศูนย์พัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมทางการแพทย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร.เอมอร แสงศิริ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ โทร. 08-6374-0774

ที่ อว 64.11/01๕๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

81 มกราคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ฐิติพงษ์ ตันคำปวน อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร.ฐิติพงษ์ ตันคำปวน

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 E-mail : fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ โทร. 08-6374-0774

ที่ อว 64.11/ 1428



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ ตุลาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือการวิจัย ที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิแปลเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ โทร. 08-6374-0774



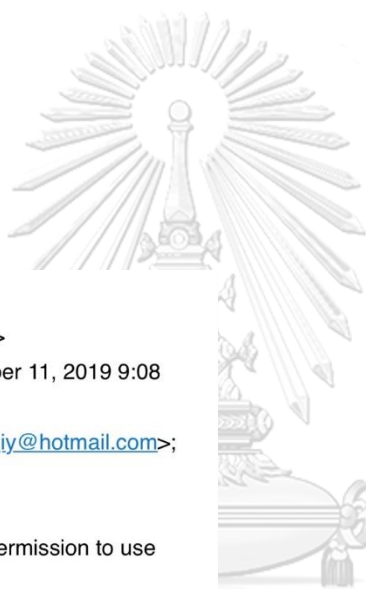

 UMaine Psychology 22 Aug 2562 BE
 To You ...

You have my permission to use the Hope Scale.
 Best of luck with your research.
 Sincerely,
 Sandra Sigmon

On Sun, Aug 11, 2019 at 12:56 PM Ampika
 Inyoo <ampika_iy@hotmail.com> wrote:

From: Gabriela Melo Ghisi
 <gabriela.ghisi@gmail.com>
Sent: Wednesday, September 11, 2019 9:08
 AM
To: Ampika Inyoo <ampika_iy@hotmail.com>;
 Utaiwan Pattamanuch
 <aum_ut4@hotmail.com>
Subject: Re: Ask for your permission to use
 the tool "CADE-Q"

Hello Ampika,
 I just emailed someone from the same
 University that requested the tool to be
 used in Thailand. Are you from the same
 study?
 He is Utaiwan Pattamanuch and I am
 copying him/her on this email, so you two
 can discuss this.
 Best, Gabriela



มหาวิทยาลัย
 UNIVERSITY



Eifert, Georg
To You

28 Aug 2562 BE

...

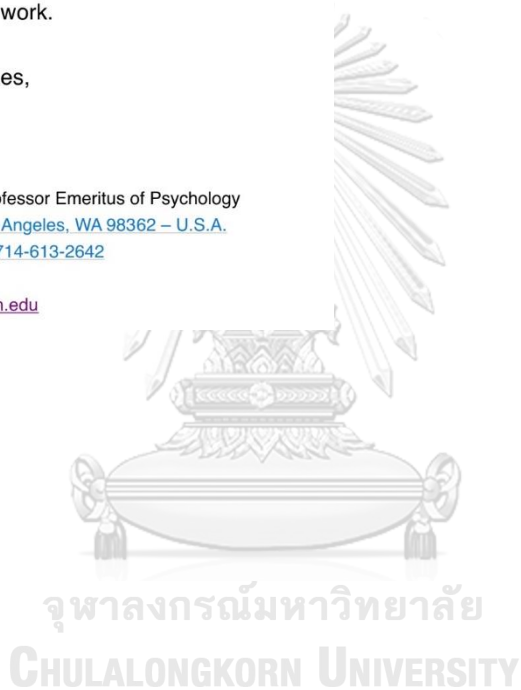
Dear Ampiko,

Thank you so much for your inquiry and request. I am very happy to give you permission to use the CAQ in the way you have described. The questionnaire is free to use for research and clinical purposes.

The instrument has been used in many different languages and settings, and I am always happy to see it used more. I will also forward you some research studies using the CAQ that you might find helpful in your own work.

With very best wishes,
Georg Eifert

Georg Eifert, Ph.D.
Chapman University Professor Emeritus of Psychology
[92 Park Forest Dr., Port Angeles, WA 98362 – U.S.A.](https://www.chapman.edu/~geifert/)
iPhone & WhatsApp: [1-714-613-2642](tel:17146132642)
Skype: georgheifert
[Email: geifert@chapman.edu](mailto:geifert@chapman.edu)



APPENDIX B



LICENSE AGREEMENT - DETAILS

Licensee: Chulalongkorn University
Ampika Inyoo
225 M.1 Nakhon Chaisri, Nakhon Chair
Nakhon Pathom, 10700

License Number: QM050821

Amendment to: N/A

Study Term: 09/18/19 to 09/18/20

Master License
Term: N/A

Approved Purpose
Selected Factors Related Hope Among Persons
With First Diagnosis Of Acute Myocardial Infarction

Study Name: Student Thesis/Dissertation
Protocol:
Govt. ID:
Study Type:
Clients Reference:

Licensed Surveys (Modes) and Services:

Item	Description	Mode of Admin	Quantity
SS505	PRO CoRE Annual Licensing Fee Individual and Aggregate Level Reports with Below Benchmarks turned on:		1
ES0170	SF-12v2, Self-Reported, 4-Week Recall	Paper	1
Approved Languages: Thailand (Thai)			
IS0170	SF-12v2 Interviewer Script	Interview Script	1
Approved Languages: Thailand (Thai)			
ADM012	Patient Enrolled Annually		300
ADMINS	Administrations (213 x 1)round to nearest 100		300
SS517	Keys to score the SF-12v2		300
SS805	Keys to Recover Missing Scores		300
SS806	Data Quality Evaluation Report		300
IT0105	Timepoints		1



ที่ อว ๖๕๐๑.๑๔/ ๑๓ ๙'๐

คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
๕๐ ถนนงามวงศ์วาน จตุจักร
กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐

๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ อว ๖๔.๑๑/๑๔๑๗ ลงวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๒ เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

ตามที่นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยของนางสาวจรศรี แสนปัญญา คือ “แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี”

ภาควิชาจิตวิทยาได้รับทราบแล้ว และอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นาวาอากาศโทหญิง ดร. งามลัมย์ ผิวเหลือง)
คณบดีคณะสังคมศาสตร์

ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์
โทรศัพท์ ๐-๒๕๖๑-๓๔๘๐, ๐-๒๕๖๑-๓๔๘๔ ต่อ ๑
โทรสาร ๐-๒๕๖๑-๒๒๓๐



ที่ อว ๘๓๔๓(๘).๗/ ๑๑๗๐

ฝ่ายวิชาการ พบ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วันที่: 29 ตุลาคม 2562 เวลา 14:44
เลขรับที่: วช.00765

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๒

คณะกรรมการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่หนังสือรับ ๕๕๐
ว.ด.ป. ๒๑ ต.ค. ๖๒
เวลา ๑๕:๒๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๖๔.๑๑/๑๔๑๘ ลงวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย)
พร้อมวารสารอ้างอิง จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยขอความอนุเคราะห์ให้ใช้แบบสอบถามเครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) จากรายงานการวิจัยเรื่อง A revised Thai Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (RMSPSS) ของ ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ มาใช้ในประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ความแจ้งแล้วนั้น

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

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดี

เพื่อทราบ และสำเนาเอกสารให้นิสิตดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

30 ตุลาคม 2562 เวลา 10:33

1 พฤศจิกายน 2562 เวลา 08:25

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณททัย วงศ์ปการันย์)
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

1 พฤศจิกายน 2562 เวลา 11:04

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
ทราบและไปขอคืนเงินประกันแล้ว

1 พฤศจิกายน 2562 เวลา 17:10

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 196
 วันที่ 29.9.62
 เวลา 8.55 น.
 ผู้รับ [Signature]

เรื่อง ขอนั่งสื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
 เขียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ รหัสประจำตัว 6077171036 นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์
 แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน 225 ม.1 ตำบล/แขวง นครชัยศรี อำเภอ/เขต นครชัยศรี
 จังหวัด นครปฐม รหัสไปรษณีย์ 73120 โทรศัพท์ 086 -3740774 Email ampika_iy@hotmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
 มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ อิทธิพลของอาการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญ
 ความเครียดต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวบุษบา สมใจวงษ์
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2553

ลงนาม อัมพิกา อินทร์อยู่ ผู้ยื่นคำร้อง
 (นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่)
 16 / ก.ย. / 2562

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ [Signature] (นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่) 16 / ก.ย. / 2562	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ [Signature] (ดร.อ. สุวิมล อึ้งยิ่ง) 2 / ต.ค. / 62
--	--

อนันต์ [Signature]
 (รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
 - 7 ก.ย. 2562



ที่ อว 64.11/ 0049



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 มกราคม 2563

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ.8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆหายหลอดเลือดแบบเร่งด่วนในระยะเวลา 1-7 เดือนที่ผ่านมา และเข้ารับการรักษาตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตติยภูมิโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 101 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ที่อนิสิต

นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ โทร. 08-6374-0774

ที่ อว 64.11/ 0046



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศิตพระฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 มกราคม 2563

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

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

เนื่องด้วย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ โทร. 08-6374-0774

ที่ ตช๐๐๓๖.(๘)/ ๒๐๘



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระราม ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

๒๕ มีนาคม ๒๕๖๓


เรื่อง ยินดีให้นำสินค้านำเข้าการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๔๗ ลงวันที่ ๔
มกราคม ๒๕๖๓ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นำสินค้านำเข้าการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการ
วิจัย

โรงพยาบาลตำรวจ มีความยินดีให้ นางสาว อัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มี
ความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” นั้น เก็บ
รวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอกหญิง 

(ฐานิสรา เมืองนารถ)

พยาบาล (สบ ๕) กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ
หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล

กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ

๐-๒๒๐๗-๖๑๗๗



โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ๑๗๑๒/๒๕๖๓

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	SELECTED FACTORS RELATED TO HOPE AMONG PERSONS WITH FIRST DIAGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION
ชื่อหัวหน้าโครงการ/หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว อัมพิกา อินทร์อยู่ พยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	Nq09011120/63
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ (Version 1.0 Date 26 February 2020) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ (Version 1.0 Date 26 February 2020) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ (Version 1.0 Date 26 February 2020) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
วันที่หมดอายุ	๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔


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

พลตำรวจตรีหญิง.....

(ธนิษฐ สมนึก)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและ วิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลตำรวจ

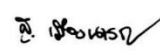
กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.
 เลขรับ 1935
 วันที่ ๒๕ มี.ค. ๒๕๖๓
 หน.กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.
 เวลา 14.10 น.
 - แจ้งให้เจ้าตัวทราบ
 - ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายและ
 ระเบียบฯ ต่อไป

พล.ต.ท. 
 (วิฑูรย์ นิติวรางกูร)
 พตร.
 ๒๕ มี.ค. ๒๕๖๓

หัวหน้าสายงานการพยาบาลอายุรกรรมและจิตเวช ๑

หัวหน้าสายงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกฯ

- เพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ
- ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องตามระเบียบต่อไป

พ.ต.อ.หญิง 
 (ฐานิศรา เมืองนารด)
 พยาบาล (สบ ๕) กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.
 หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล
 ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๓



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ อว 64.11 /0037 วันที่ 9 มกราคม 2563
 เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

เนื่องด้วย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารกรณ์ ชัยวัฒน์)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
 นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ โทร. 08-6374-0774

ที่ อว 64.11/ 0074



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 มกราคม 2563

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการถ่ายขยายหลอดเลือดแบบเร่งด่วนในระยะเวลา 1-7 เดือนที่ผ่านมา และเข้ารับการรักษาตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตติยภูมิโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 71 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ โทร. 08-6374-0774



COA No. 248/2020

IRB No. 063/63

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : SELECTED FACTORS RELATED TO HOPE AMONG PERSONS WITH FIRST DIAGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION.

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Ampika Inyoo

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

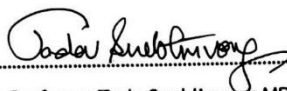
Document Reviewed :


1. Research Proposal Version 1 Date 16/01/2020
2. Protocol Synopsis Version 2 Date 13/02/2020
3. Information sheet for research participant Version 2 Date 13/02/2020
4. Informed consent for participating volunteers Version 1 Date 16/01/20
5. Research questionnaire Version 2 Date 13/02/2020



6. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Ampika Inyoo
- Assist.Prof. Rapin Polsook, Ph.D.

Signature 
 (Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)
 Chairperson
 The Institutional Review Board

Signature 
 (Associate Professor Supeecha Wittayalertpanya)
 Member and Assistant Secretary, Acting Secretary
 The Institutional Review Board

Date of Approval : February 24, 2020

Approval Expire Date : February 23, 2021

ที่ อว 64.11/ 0073



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 มกราคม 2563

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ขยายหลอดเลือดแบบเร่งด่วนในระยะเวลา 1-7 เดือนที่ผ่านมา และเข้ารับการรักษาตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตติยภูมิโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 71 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

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

นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ โทร. 08-6374-0774

ที่ อว 64.11/ 0036



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 มกราคม 2563

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

am pow
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ โทร. 08-6374-0774

2 WANGLANG Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 2667-72

Fax. +66 2411 0162

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no. Si 293/2020

Protocol Title(English) : Selected factors related to hope among persons with first diagnosis of acute myocardial infarction
 Protocol Title(Thai) : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
 SIRB Protocol No. : 221/2563(IRB2)
 Principal Investigator/Affiliation : Miss Ampika Inyoo / Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
 Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital
 Duration of research : 1 years
 Approval date : April 13, 2020
 Expired date : April 12, 2021

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

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

20 APR 2020

date

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

21 APR 2020

date

Approval includes :

1. SIRB submission form, date April 9, 2020
2. Proposal
3. Participant information sheet, date April 9, 2020
4. Informed consent form, date March 4, 2020
5. Questionnaire
6. Curriculum vitae



ชุดที่ 1 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

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

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ผู้สนับสนุนการวิจัย ทุนส่วนตัว

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 สาขาวิชาพยาบาล
ศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ผู้วิจัย 225 ม.1 ต.นครชัยศรี อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม 73120
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 086-3740774
E - mail: ampika_iv@hotmail.com

สถานที่ติดต่อของสำนักงานบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรี
ศตพรรษ ชั้น 11 ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ
10330
โทร. 02 218 1130

อาจารย์ที่ปรึกษา


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



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Version...2... Date...13/02/2563.....

หมายเลขโครงการ 062 163
วันที่รับรอง : 24 ก.พ. 2563

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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ


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

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



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 063 / 63
วันที่รับรอง : 24 ก.พ. 2563

Version...1... Date.....16/..01../62.....

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

การวิจัยเรื่อง บังคับคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือ
จากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส
เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังข้อเท็จจริง
จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ
วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะ
ให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ
ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน
การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

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

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลง
นามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 063 / 63
วันที่รับรอง : 24 ก.พ. 2553

Version...1... Date.....16/..01../62.....

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

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นบุคคลที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อายุ 30-59 ปี มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 71 คน โดยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ได้แก่ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ เบอร์โทรศัพท์ 086-3640774 ซึ่งจะเป็นผู้ที่สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้


ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.7 ล้านคน(สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ณัฐฉิรวรรณ พันธมุง, อลิสรา อยู่เลิศ และสรายุรัตน์ ลัทธิ, 2560) สำหรับประเทศไทยพบว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ โดยในปี พ.ศ. 2557 จำนวนผู้เสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 18,079 คน และในปี พ.ศ. 2558 อัตราตายเท่ากับ 22.88 ต่อแสนประชากรหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2017; 2561) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินตรวจพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST elevated และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation Myocardial Infarction ซึ่งแพทย์ได้รักษาด้วยการถ่ายยาขยายหลอดเลือดหัวใจแบบเร่งด่วนและย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในแผนกผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาให้ผ่านพ้นความเป็นความตาย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหมือนกลับมีชีวิตใหม่อีกครั้ง รู้สึกว่าอาการเจ็บหน้าอกหายไปซึ่งบ่งบอกว่าหายจากโรค รู้สึกว่าจะสามารถกลับมาทำตามสิ่งที่ต้องการ สามารถค้นหาวิธีเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น และเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งใจ (Hsu, Lu, Tsou, & Lin, 2003; Snyder, 2002) ซึ่ง Snyder(2002) กล่าวว่า บุคคลจะมีความหวังจะต้องเกิดจากการรับรู้ของบุคคลถึงแรงผลักดันภายในของบุคคลที่เชื่อว่าประสบความสำเร็จในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติและยาวนานขึ้น ทำงานได้ตามปกติ มีชีวิตที่ยืนยาวและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ(Benjamin, Gerber, Molshatzki, Goldbourt, & Drory, 2014; Kristofferzon, Löfmark, & Carlsson, 2008) แต่ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีความหวังเนื่องจากรับรู้ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤต อาจเสียชีวิตทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ส่งผลต่อการเพิ่มอุปสรรคและอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(Everson et al., 1996) เกิดภาวะร่างกายอ่อนแรง ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพลดลง (Björnnes et al., 2018) เกิดภาวะซึมเศร้า (Pössel, Mitchell, Ronkainen, Kaplan, Kauhanen, & Valtonen, 2015) และถ้าผู้ป่วยไม่มีความหวังเป็นระยะเวลานานจะเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย(Benzein & Berg, 2005; Chochinov, Wilson, Enns, &



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Version...2... Date...13/02/2563.....
หมายเลขโครงการ 063/16	
วันที่รับรอง : 24 ก.พ. 2563	

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

Lander, 1998) ดังนั้นจะเห็นว่า ความหวังมีความสำคัญและความหวังเป็นแรงผลักดันให้ชีวิตดำเนินต่อไป ทำให้มีแรงบันดาลใจ มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีจิตใจที่เข้มแข็งทำให้เกิดความรู้สึกยินดีและมีความสุข (Alarcon, Bowling, & Khazon, 2013)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ต่อความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยอธิบายให้ท่านทราบเกี่ยวกับรายละเอียดแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบาย วิธีตอบแบบสอบถามให้ท่านเข้าใจ โดยให้ท่านเลือกตอบแบบสอบถามแต่ละข้อให้ตรงความเป็นจริง โดยแบบสอบถามการวิจัยมี 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความหวัง	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2)	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย	จำนวน 23 ข้อ

ใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30-45 นาที หรือจนกว่าท่านจะทำเสร็จ ซึ่งท่านสามารถสอบถาม ข้อเสนอแนะกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ท่านทำแบบสอบถาม

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

เนื่องจากท่านต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับ บริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 063/13
วันที่รับรอง : 24.01.2563

Version...2... Date...13/02/2563.....

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

หากท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกว่าเสียเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น อาการใจสั่น หน้ามืด หรือรู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติระหว่างตอบคำถามให้หยุดพัก เมื่อพักแล้วไม่ดีขึ้น ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ เบอร์โทรศัพท์ 086-3740774 เพื่อช่วยประสานกับทีมแพทย์และแพทย์ที่ดูแลรักษาท่าน หรือเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในอนาคต เนื่องจากนำข้อค้นพบที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกได้อย่างครอบคลุม เพื่อเพิ่มความหวังให้ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ ป้องกันการดำเนินของโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้ แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้


จากการลงนามยินยอมของท่าน แพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Version...2... Date...13/02/2563.....

หมายเลขโครงการ 063/63
วันที่รับรอง : 24 ก.พ. 2563

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

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ 35 หอพักพนักงานโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ หอ 1 ห้อง 422 สุขุมวิท ซอย 1 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่เกิดโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอลงตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอลงตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

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

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Version...2... Date...13/02/2563.....

หมายเลขโครงการ 063 / 63
วันที่รับรอง : 24 ก.พ. 2563

ชุดที่ 2 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย โรงพยาบาลศิริราช

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อมูลที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หรือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่

สถานที่วิจัย แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ชั้น 2 ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

แผนกวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ชั้น 5 อาคารโรงพยาบาล โทรศัพท์ 086-3740774

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน ไม่มี มี ระบุ.....

ระยะเวลาในการวิจัย 6 เดือน

ที่มาของโครงการวิจัย ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุ 30-59 ปี ตรวจพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจและได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ซึ่งแพทย์ได้รักษาด้วยการถ่ายยาละลายเลือดหัวใจแบบเร่งด่วนและย้ายผู้ป่วยไปรับการดูแลต่อในแผนกผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหมือนกลับมีชีวิตใหม่อีกครั้ง รู้สึกว่าอาการเจ็บหน้าอกหายไปซึ่งบ่งบอกว่าหายจากโรคสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติและดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น แต่ในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีความหวังเนื่องจากรับรู้ว่าจะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตอาจเสียชีวิตทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพพลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า และถ้าผู้ป่วยไม่มีความหวังเป็นระยะเวลานานจะเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินทางด้านจิตสังคมและวางแผนการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังต่อไปในการดำเนินชีวิตซึ่งความหวังจะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพ มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีภาวะจิตสังคมที่ดี

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ต่อความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกชนิดเอสทียก ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการถ่ายยาละลายเลือดแบบปฐมภูมิหรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายเลือดก่อนการรักษาด้วยวิธีการถ่ายยาละลายเลือด

เอกสารหมายเลข 3ก, version November 11, 2019

1	รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ฉบับวันที่ 9 เมษายน 2563
วิจัยโครงการ	2 2 1 / 2563	(11802)	
COA No. S	29 3 / 20 20		
วันที่รับรอง	1 3 เม.ย. 2563		

และเข้ารับการติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) อายุระหว่าง 30-59 ปี 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการปอดบวมน้ำเย็บปอด มีอาการช็อค ไม่มีภาวะของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่มีภาวะเส้นเลือดในสมองตีบหรือแตกในขณะติดต่อก่อนเพื่อขอเก็บข้อมูล 4) ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 71 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการขอให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 8 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ชุด 2) แบบสอบถามความหวัง จำนวน 12 ชุด 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 20 ชุด 4) แบบสอบถามความวิตกกังวล 18 ชุด 5) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 12 ชุด 6) แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี จำนวน 15 ชุด 7) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ชุด และ 8) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย จำนวน 23 ชุด
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที จำนวน 1 ครั้ง ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ชั้น 2 ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องมีการเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมงานวิจัย
3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน
4. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย ได้แก่ แบบสอบถามและแบบบันทึกต่าง ๆ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย อาจจะไม่มีเนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการตอบแบบสอบถามเท่านั้น แต่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย อาจจะต้องสละเวลาส่วนตัวหรือเกิดความไม่สบายใจจากข้อความบางส่วนในแบบสอบถามได้

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง 086-3740774

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในอนาคตต่อผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เพราะผลการวิจัยนี้สามารถไปสู่แนวทางการพยาบาลในการประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการวิจัยนี้

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมกรณีเป็นการวิจัยทางคลินิกผลการวิจัยในภาพรวมนี้อาจดูได้จากเว็บไซต์ (<http://www.ClinicalTrials.gov/> <http://www.ClinicalTrials.in.th.>) ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย



สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

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

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

เอกสารหมายเลข 3ข

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง บัณฑิตศึกษที่มีความสัมพันธ์กับความหวังใน
ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียด
เกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการ
ปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย
รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการวิจัยนี้
โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับ
คำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์
จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ ที่อยู่ 35 หอพักพนักงาน
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ สุขุมวิทซอย 1 คลองเตยเหนือ เขตวัฒนา เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง คือ
086-3740774

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องการ
ปรึกษาปัญหา ข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการ
เข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุ
เหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต
และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็น
รายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

เอกสารหมายเลข 3ข, version November 11, 2019



ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในการวิจัยไว้แล้ว 1 ฉบับ

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

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



ชุดที่ 3 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

1

เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย)	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
(ภาษาอังกฤษ)	SELECTED FACTORS RELATED TO HOPE AMONG PERSONS WITH FIRST DIAGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION
ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ	นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่
สถานที่ติดต่อ	225 ม.1 ต.นครชัยศรี อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม 73120 โทร. 08-6374-0774

เหตุผลที่ต้องการทำวิจัย เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย

- เหตุผลที่ต้องการทำวิจัย

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดและในผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ตรวจพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยกสูง (ST-elevation myocardial infarction (STEMI)) ซึ่งแพทย์ได้รักษาด้วยการถ่ายยาละลายลิ่มเลือดหัวใจแบบเร่งด่วนและย้ายผู้ป่วยไปรับการดูแลต่อในแผนกผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหมือนกลับมีชีวิตใหม่อีกครั้ง รู้สึกว่าอาการเจ็บหน้าอกหายไปซึ่งบ่งบอกว่าหายจากโรค สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติและดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น) แต่ในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีความหวังเนื่องจากรับรู้ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตอาจเสียชีวิตทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่ออัตราการตายในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแรง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพพลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า และถ้าผู้ป่วยไม่มีความหวังเป็นระยะเวลานานจะเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินทางด้านจิตสังคมและวางแผนการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังต่อไป ในการดำเนินชีวิตซึ่งความหวังจะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพ มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีภาวะจิตสังคมที่ดี

- เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการนี้เป็นการวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย อาสาสมัครที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการเนื่องจาก มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและได้รับการรักษา

1

ด้วยวิธีการถ่ายภาพหลอดเลือดแบบเร่งด่วน อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถสื่อสารเข้าใจได้ และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ จึงมีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับงานวิจัยนี้

ดังนั้นจึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการทำวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการทำวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียด รอบคอบ และสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ต่อความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST- elevation myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและได้รับการรักษาด้วยวิธีการถ่ายภาพหลอดเลือดแบบเร่งด่วน และเข้ารับการติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST- elevation myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและได้รับการรักษาด้วยวิธีการถ่ายภาพหลอดเลือดแบบเร่งด่วน อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และเข้ารับการติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตติยภูมิ

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกชนิด ST- elevation myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการถ่ายภาพหลอดเลือดแบบเร่งด่วน และเข้ารับการติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการปอดบวม น้ำเย็บพลัน มีอาการช็อค ในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล 4) ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 213 คน คัดเลือกโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุดจาก 3 โรงพยาบาล เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับอาสาสมัคร โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที แบบสอบถามที่ใช้ใ้การเก็บรวบรวม ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความหวัง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวล ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 6 แบบสอบถาม

การมองโลกในแง่ดี ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะได้รับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อปริญญา อาสาสมัครจะไม่ได้รับประโยชน์ต่อสุขภาพโดยตรง แต่ความรู้ที่ได้จากการวิจัยจะช่วยให้เป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเดียวกับท่านในอนาคต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ทำให้ลดการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการให้ความรู้ และการวิจัยทางการพยาบาลในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับความหวังในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมความหวังให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

สิ่งที่อาสาสมัครจะต้องปฏิบัติและไม่ปฏิบัติระหว่างการศึกษ และระยะเวลาของการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลโดยตรงกับอาสาสมัครเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน และวิธีการตอบแบบสอบถาม เมื่ออาสาสมัครยินดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการ โดยให้อาสาสมัครลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากอาสาสมัครอ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้ อธิบายการเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการให้พิมพ์ลายนิ้วมือแสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วอาสาสมัครเลือกข้อคำตอบเอง

โครงการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) ผู้วิจัยขอใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลท่านเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

ความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับและมาตรการที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ป้องกัน

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ เกิดขึ้นกับอาสาสมัคร ผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่ออาสาสมัครและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่อาสาสมัครกำลังตอบแบบสอบถาม หากพบว่ามีการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครหยุดตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะขอความช่วยเหลือ แนะนำ และรายงานความผิดปกติดังกล่าวให้พยาบาลที่รับผิดชอบทราบเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยผู้วิจัยจะให้การดูแลรักษาพยาบาลหรือชดเชยอาสาสมัครอย่างไร

การวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากเป็นการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม อาสาสมัครอาจต้องสละเวลาส่วนตัวหรือเกิดความไม่สบายใจจากข้อความบางส่วนในแบบสอบถามได้ และมีความเสี่ยงในการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร ดังนั้นผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและมีเสียงรบกวนน้อยที่สุด เพื่อลดความเสี่ยงในการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กรณีการทดสอบยาในอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย เมื่อผลการวิจัยพบว่ายานั้นเป็นประโยชน์ ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนกับอาสาสมัครต่อไปหรือไม่อย่างไร และระยะเวลาเท่าไร ไม่มีการทดสอบยาในอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย

ในกรณีที่มีการรักษาหลายรูปแบบให้ระบุทางเลือกอื่นและเปรียบเทียบข้อดี, ข้อเสีย ของวิธีวิจัย ไม่มีการรักษาหลายรูปแบบ

การให้ค่าตอบแทนเป็นเงิน ควรระบุจำนวนและจำนวนครั้งที่ให้อาสาสมัคร โครงการนี้ไม่มีค่าตอบแทนให้กับอาสาสมัคร แต่หากอาสาสมัครมีข้อสงสัยหรือต้องการความรู้เพิ่มเติม ผู้วิจัยยินดีอธิบายข้อสงสัยนั้น ๆ เพื่อเป็นความรู้แก่อาสาสมัคร

การรักษาความลับเกี่ยวกับอาสาสมัคร ข้อมูลเกี่ยวกับท่านจะเก็บรักษาเป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดโครงการ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม สำหรับข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวตนของท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

วัตถุประสงค์ทางชีวภาพที่รวบรวมไว้ เช่น ตัวอย่างเลือดที่เหลือหลังจบโครงการจะจัดการอย่างไร ไม่มีการใช้วัตถุประสงค์ทางชีวภาพ

สิทธิของอาสาสมัครในการถอนตัวออกจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย การเข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ของท่านเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับรวมทั้งไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาพยาบาล

แหล่งทุนวิจัย ทุนส่วนตัว

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วย ความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ ในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะ ในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับ การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และหรือจะมีการชดเชยค่าตอบแทน ตลอดจนเงินทดแทนความพิการ ที่อาจเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ที่กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา

สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ ในการปิดบังข้อมูลของการ สมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอม นี้ด้วยความเต็มใจ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้

ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่ สถานที่ติดต่อ 35 ห้อง 422
สุขุมวิทซอย 1 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110 โทร. 086-374-0774

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)



ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อความหวังในผู้ป่วยที่มี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก”

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามวิจัย โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบ
คำถามทุกข้อให้ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถามการวิจัยมี 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความหวัง	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2)	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย	จำนวน 23 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้ สำหรับการให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

นางสาวอัมพิกา อินทร์อยู่

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

10. ข้อมูลส่วนบุคคลในด้านระดับความรุนแรงของโรค

ท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเมื่อใด

- () อาการเจ็บหน้าอกเกิดเฉพาะเมื่อออกกำลังกายหนักๆ หรือออกกำลังกายเป็นเวลานาน
- () อาการเจ็บหน้าอกเกิดเมื่อออกกำลังกายปานกลาง เช่น เดินขึ้นบันไดได้มากกว่า 1 ชั้น ด้วยความเร็วปกติหรือเกิดขณะมีความเครียดทางอารมณ์
- () อาการเจ็บหน้าอกเกิดแม้เพียงทำกิจวัตรประจำวันที่เบา ๆ เช่น เดินขึ้นบันไดได้เพียง 1 ชั้นเท่านั้น หรือเดินได้ระยะทางน้อยกว่า 100 เมตร
- () อาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นแม้ขณะพัก ไม่สามารถทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้
- () ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เช่น รู้สึกแน่นหน้าอกเหมือนมีของหนักกดทับกลางหน้าอก, รู้สึกไม่สบายตามร่างกาย เช่น แขนข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองแขน, หลัง, คอ, กราม หรือ ท้อง เป็นต้น รู้สึกหายใจลำบาก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเหงื่อออกโดยไม่ทราบสาเหตุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความหวัง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับความหวังของท่านภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ให้คะแนน 1-4 คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับคะแนน			
	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด 1	ไม่เห็นด้วย 2	เห็นด้วย 3	เห็นด้วยมากที่สุด 4
1. ท่านสามารถคิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่ยู่ยากได้				
2. ท่านมีความใส่ใจในการทำตามเป้าหมายที่ท่านได้คาดหวังไว้				
.				
.				
.				
.				
10. ท่านคิดว่าท่านค่อนข้างประสบความสำเร็จในชีวิต				
11. ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบางเรื่อง				
12. ท่านบรรลุเป้าหมายตามที่ท่านได้ตั้งใจไว้				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในแต่ละข้อความว่า ถูก หรือ ผิด ตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อคำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1.ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) เป็นโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีคอเลสเตอรอลสูงหรือสูบบุหรี่เท่านั้น			
2.ท่านคิดว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ความดันโลหิต ปริมาณคอเลสเตอรอล การสูบบุหรี่และการได้รับวันบุหรี่ ไขมันรอบเอว และความเครียด			
.			
.			
.			
.			
.			
18.ท่านคิดว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้ด้วย การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ			
19.ท่านคิดว่า ความเครียดจัดเป็นความเสี่ยงที่สำคัญอย่างยิ่งต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและสำคัญพอ ๆ กับภาวะความดันเลือดโลหิตสูงและโรคเบาหวาน			
20.ท่านคิดว่า อาหารที่สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ คืออาหารที่ประกอบไปด้วยผักและผลไม้ ธัญพืชเต็มเมล็ดที่ไม่ผ่านการขัดสี ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ถั่วและเมล็ดต่าง ๆ			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 18 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกวิตกกังวลของท่านภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในให้คะแนน 0 - 4 คะแนนที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับคะแนน				
	ไม่เคยเลย 0	นาน ๆ ครั้ง 1	บางครั้ง 2	เสมอๆ 3	เป็นประจำ 4
1. ท่านใส่ใจกับการเต้นของหัวใจตนเอง					
2. ท่านหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย					
3. การเต้นร้าวของหัวใจทำให้ท่านต้องตื่นนอนตอนกลางคืน					
.					
.					
.					
.					
16. ท่านรู้สึกตื่นตระหนกในอาการของท่าน					
17. ท่านต้องการให้แพทย์ตรวจสุขภาพของท่าน					
18. ท่านเล่าอาการ เรื่องสุขภาพให้ครอบครัวหรือเพื่อนฟัง					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ที่ตรงตามความรู้สึของท่านมากที่สุด

1. ท่านคิดว่า โดยทั่วไป ท่านสามารถพูดได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร?

-ดีเยี่ยม (1)
-ดีมาก (2)
-ดี (3)
-ปานกลาง (4)
-ไม่ดี (5)

เรื่องต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านทำในแต่ละวัน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นปัญหา/อุปสรรคในการทำกิจกรรมของท่านหรือไม่ ถ้าใช่ มากน้อยแค่ไหน

2. ท่านคิดว่าท่านสามารถทำกิจกรรมที่ใช้กำลังปานกลาง เช่น การยกโต๊ะ การทำความสะอาด เช็ดบ้านหรือหัวของกลับจากตลาด

-ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก (1)
-ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย (2)
-ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค (3)

3. ท่านคิดว่าท่านสามารถเดินขึ้นตึก 2-3 ชั้น หรือเดินขึ้นเนินได้

-ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก (1)
-ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย (2)
-ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค (3)

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาในเรื่องต่อไปนี้กับงานของท่านหรือกิจกรรมที่ท่านเป็นประจำทุกวันเนื่องจากสุขภาพของท่านหรือไม่

4. ท่านคิดว่า ปัญหาทางสุขภาพของท่านมีผลต่อการทำงานหรือทำกิจกรรมที่ท่านเป็นประจำได้น้อยลง

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นาน ๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

5. ท่านคิดว่าท่านไม่สามารถทำงานได้ทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลือกทำบางอย่างเท่านั้น

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นาน ๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาในเรื่องต่อไปนี้กับงานของท่านหรือกิจกรรมที่ท่านเป็นประจำทุกวัน เนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ของท่านหรือไม่

6. ท่านคิดว่า ปัญหาทางด้านอารมณ์ของท่านมีผลต่อการทำงานหรือทำกิจกรรมที่ท่านเป็นประจำทุกวันได้น้อยลง

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นาน ๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

7. ท่านคิดว่า ท่านสามารถทำงาน หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ โดยปราศจากความระมัดระวัง สืบเพราะ เล่นเล่ออย่างเคย

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นาน ๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

8. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกายทำให้ท่านไม่สามารถทำงาน ประจำวันได้ตามปกติ ได้แก่ งานในบ้านและนอกบ้าน มากน้อยเพียงใด

-ไม่เลย (1)
-เล็กน้อย (2)
-ปานกลาง (3)
-ค่อนข้างมาก (4)
-มากที่สุด (5)

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึก และสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน.....

9. ท่านคิดว่า ท่านรู้สึกใจสงบใจนิ่ง มีสมาธิ

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นาน ๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

10. ท่านคิดว่า ท่านรู้สึกแข็งแรง กระปรี้กระเปร่า สดชื่น

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นาน ๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

11. ท่านคิดว่า ท่านรู้สึกเศร้า หดหู่

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นาน ๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

12. ท่านคิดว่าในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ามีปัญหาทางสุขภาพ หรือปัญหาทางอารมณ์ เป็นอุปสรรคขัดขวางการทำกิจกรรมทางสังคมของท่าน เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน หรือญาติสนิท

-ตลอดเวลา (1)
-เกือบตลอดเวลา (2)
-บางครั้ง (3)
-นาน ๆ ครั้ง (4)
-ไม่เลย (5)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ของท่านภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ให้คะแนน 1-4 คะแนนที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	เป็นจริง น้อยที่สุด 1	เป็นจริง น้อย 2	เป็นจริง มาก 3	เป็นจริง มากที่สุด 4
1. ถ้าท่านทะเลาะกับลูกท่านคิดว่าอีกไม่นานก็ดีขึ้น				
2. เมื่อมีเรื่องร้าย ๆ เกิดขึ้นท่านคิดว่าท่านสามารถช่วยเหลือตัวเองได้				
3. ท่านคิดว่าเรื่องดี ๆ จะเกิดกับท่านเสมอ				
4. ถ้าหมอบอกว่าวันนี้อาการป่วยของท่านดีขึ้น ท่านคิดว่าเดี๋ยวพຽງนี้อาการก็แย่ลงอีก				
.				
.				
.				
.				
12. ท่านคิดว่าเรื่องร้าย ๆ ไม่ได้เกิดขึ้นกับท่านคนเดียว				
13. ถ้าท่านชวนลูกไปเที่ยวแล้วเขาไม่ไป ท่านคิดว่าต่อไปท่านชวนเขาไปไหนเขาก็จะไม่ไป				
14. ท่านคิดว่าเรื่องร้าย ๆ จะเกิดกับท่านเสมอ				
15. ท่านมักจะคิดว่าชีวิตคนอื่นมีแต่ความสุข แต่ชีวิตท่านเจอแต่ความทุกข์				

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของท่านภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ให้คะแนน 1 ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

หมายเหตุ: บุคคลพิเศษ หมายถึง บุคคลที่นอกเหนือจากในครอบครัวและเพื่อน เช่น เพื่อนร่วมงาน เจ้านาย เพื่อนบ้าน เป็นต้น

ข้อความ	ระดับคะแนน						
	ไม่เห็นด้วยอย่าง มาก 1	ไม่เห็นด้วย 2	ค่อนข้าง ไม่ เห็นด้วย 3	เฉยๆ 4	ค่อนข้าง เห็นด้วย 5	เห็นด้วย 6	เห็นด้วย อย่าง มาก 7
1.ท่านมีบุคคลพิเศษที่คอยช่วยเหลือท่าน หากท่านต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา							
2.ท่านมีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมสุขร่วมทุกข์กับท่านได้							
3.ครอบครัวของท่านพยายามช่วยท่านจริงๆ							
.							
.							
.							
10.มีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของท่าน							
11.ครอบครัวของท่านเต็มใจที่จะช่วยท่านในการตัดสินใจ							
12.ท่านสามารถเล่าปัญหาของท่านให้เพื่อนฟังได้							

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 23 แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของท่านภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ให้คะแนน 1-5 คะแนนที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับคะแนน				
	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยมากที่สุด
	1	2	3	4	5
1. ท่านไม่แน่ใจว่า ท่านมีอาการผิดปกติอะไร					
2. ท่านมีคำถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากมาย แต่หาคำตอบไม่ได้					
3. ท่านไม่แน่ใจว่า อาการเจ็บป่วยของท่านจะดีขึ้นหรือแย่ลง					
.					
.					
.					
.					
19. ท่านไม่แน่ใจว่า แพทย์จะตรวจหาความผิดปกติอื่น ๆ ของท่านหรือไม่พบ					
20. ท่านทราบว่าการรักษาที่ท่านได้รับอยู่นี้ เป็นที่รู้กันว่าน่าจะได้ผล					
21. ท่านไม่รู้ว่าท่านเป็นอะไรเนื่องจากแพทย์ไม่ได้บอกการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน					
22. ท่านได้รับการวินิจฉัยความรุนแรงของโรคที่แน่นอนแล้ว					
23. ท่านสามารถเข้าใจสิ่งที่แพทย์และพยาบาลพูดกับท่านเนื่องจากแพทย์และพยาบาลใช้ภาษาง่าย ๆ กับท่าน					



1.การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความหวัง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.746	.758	12

จากตาราง Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความหวัง ได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .746



Item-Total Statistics

Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Hope1	.085	.757	Hope7	.205	.747
Hope2	.285	.745	Hope8	.339	.735
Hope3	.544	.707	Hope9	.529	.715
Hope4	.421	.726	Hope10	.356	.732
Hope5	.391	.727	Hope11	.564	.710
Hope6	.478	.715	Hope12	.475	.723

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงว่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา Corrected Item-Total Correlation มากกว่า .3 จึงผ่านเกณฑ์การพิจารณาจากการวิเคราะห์ พบว่าข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาได้แก่ ข้อที่ 3-6 และ 8-12 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่น้อยกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991)ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

2.วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้

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

$$r_{tt} = \frac{20}{20-1} \left[1 - \frac{3.94}{14.96} \right]$$

$$r_{tt} = 0.76$$

3.วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวล

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.828	.830	18

จากตาราง Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวล ได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .828

item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Anxiety1	.402	.821	Anxiety10	.642	.807
Anxiety2	.205	.831	Anxiety11	.376	.822
Anxiety3	.210	.830	Anxiety12	.343	.824
Anxiety4	.349	.823	Anxiety13	.521	.815
Anxiety5	.329	.824	Anxiety14	.573	.811
Anxiety6	.384	.823	Anxiety15	.410	.820
Anxiety7	.598	.809	Anxiety16	.809	.800
Anxiety8	.301	.828	Anxiety17	.311	.826
Anxiety9	.627	.807	Anxiety18	.241	.829

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงว่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ได้แก่ ข้อที่ 1 และ 4-17 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

4.วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.806	.797	12

จากตาราง Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .806

Item-Total Statistics

Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
healthp1	-.484	.850	healthp7	.574	.779
healthp2	.611	.785	healthp8	.553	.781
healthp3	.631	.782	healthp9	-.037	.833
healthp4	.587	.777	healthp10	.662	.772
healthp5	.643	.771	healthp11	.463	.792
healthp6	.535	.783	healthp12	.784	.760

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงว่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ได้แก่ ข้อที่ 1-8 และ 10-12 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

5.วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.764	.768	15

จากตาราง Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .764

Item-Total Statistics

Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
optimism1	.341	.756	optimism9	.103	.778
optimism2	.431	.745	optimism10	.373	.750
optimism3	.578	.733	optimism11	.225	.763
optimism4	.471	.741	optimism12	.318	.755
optimism5	.407	.747	optimism13	.560	.734
optimism6	.195	.763	optimism14	.584	.732
optimism7	.106	.773	optimism15	.635	.724
optimism8	.261	.760			

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงว่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ได้แก่ ข้อที่ 1-5, 10 และ 12-15 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

6.วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.940	.941	12

จากตาราง Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความหวัง ได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .941

Item-Total Statistics

item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SS1	.707	.936	SS7	.700	.936
SS2	.891	.929	SS8	.776	.933
SS3	.630	.938	SS9	.693	.936
SS4	.615	.939	SS10	.742	.935
SS5	.794	.932	SS11	.700	.936
SS6	.707	.936	SS12	.810	.932

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงว่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่า Corrected Item-Total Correlation มากกว่า .3 จึงผ่านเกณฑ์การพิจารณา และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

7.วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.908	.902	23

จากตาราง Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความหวัง ได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .908

Item-Total Statistics

	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted		Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
uncertainty1	.546	.903	uncertainty13	.830	.896
uncertainty2	.795	.898	uncertainty14	.779	.898
uncertainty3	.600	.902	uncertainty15	.655	.901
uncertainty4	.670	.900	uncertainty16	.702	.900
uncertainty5	.537	.904	uncertainty17	.690	.900
uncertainty6	.278	.908	uncertainty18	.762	.899
uncertainty7	.650	.901	uncertainty19	-.749	.929
uncertainty8	.013	.913	uncertainty20	.394	.906
uncertainty9	.270	.910	uncertainty21	.601	.902
uncertainty10	.831	.897	uncertainty22	.324	.907
uncertainty11	.775	.899	uncertainty23	.177	.909
uncertainty12	.789	.898			

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงว่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1-5, 7 และ 10-22 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม

ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

8.วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) ระหว่าง ความรู้ ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

		Correlations						
		Sum Hope	Sum Knowledge	Sum Anxiety	Sum Health Perception	Sum Optimism	Sum Social Support	Sum Uncertainty
Sum Hope	Pearson Correlation	1						
	Sig. (2-tailed)							
	N	213						
Sum Knowledge	Pearson Correlation	.052	1					
	Sig. (2-tailed)	.453						
	N	213	213					
Sum Anxiety	Pearson Correlation	.046	.092	1				
	Sig. (2-tailed)	.504	.179					
	N	213	213	213				
Sum Health Perception	Pearson Correlation	.242**	-.106	-.462**	1			
	Sig. (2-tailed)	.000	.124	.000				
	N	213	213	213	213			
Sum Optimism	Pearson Correlation	.208**	.162*	-.097	.389**	1		
	Sig. (2-tailed)	.002	.018	.159	.000			
	N	213	213	213	213	213		
Sum Social Support	Pearson Correlation	.277**	.143*	.108	.171*	.210**	1	
	Sig. (2-tailed)	.000	.036	.116	.012	.002		
	N	213	213	213	213	213	213	
Sum Uncertainty	Pearson Correlation	-.112	-.087	.432**	-.474**	-.329**	-.156*	1
	Sig. (2-tailed)	.102	.206	.000	.000	.000	.023	
	N	213	213	213	213	213	213	213

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

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

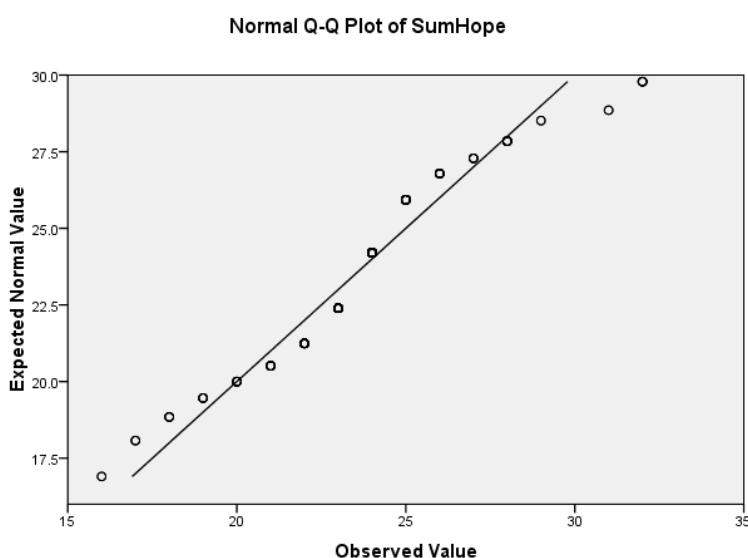
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน หากค่าสัมพัทธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าน้อยกว่า .80 ถือว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงจนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity (Tabachnick & Fidell, 2013) ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าน้อยกว่า .8 ถือว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงจนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

1. ข้อมูลของตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ

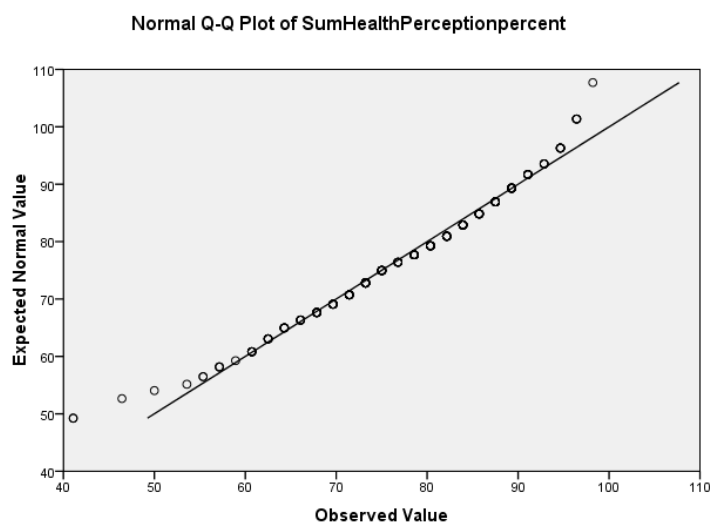
1.1 ข้อมูลความหวังมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.1.1 Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



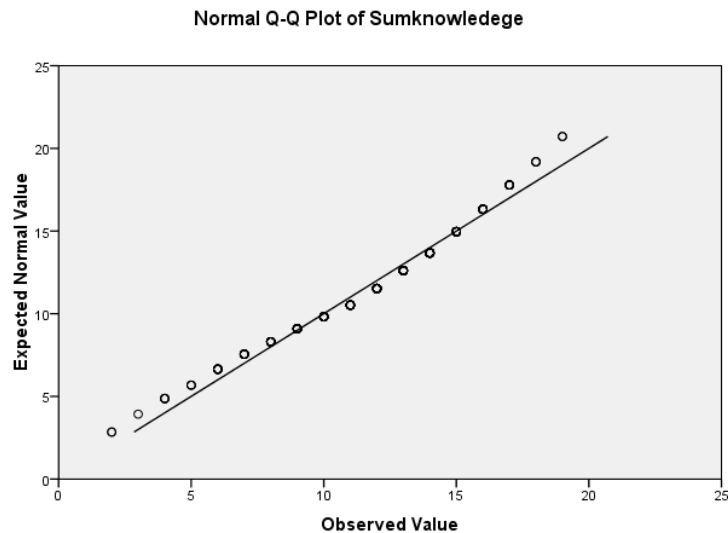
1.2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการแจกแจงแบบปกติ
ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.2.1 Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



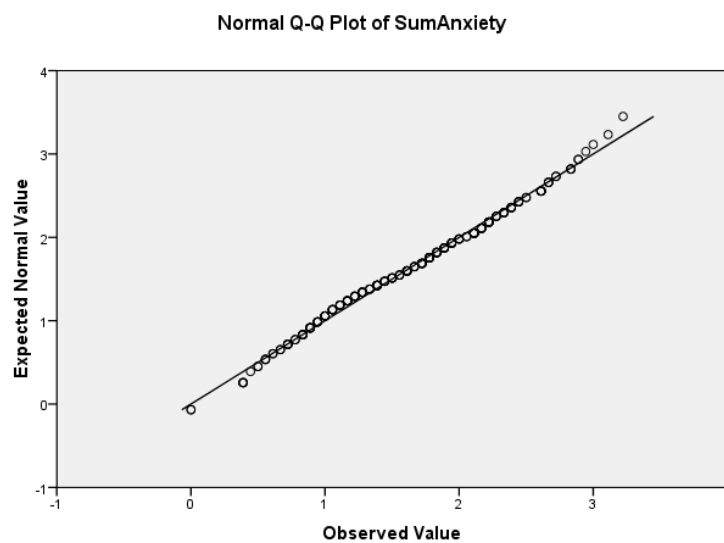
1.3 ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.3.1 Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



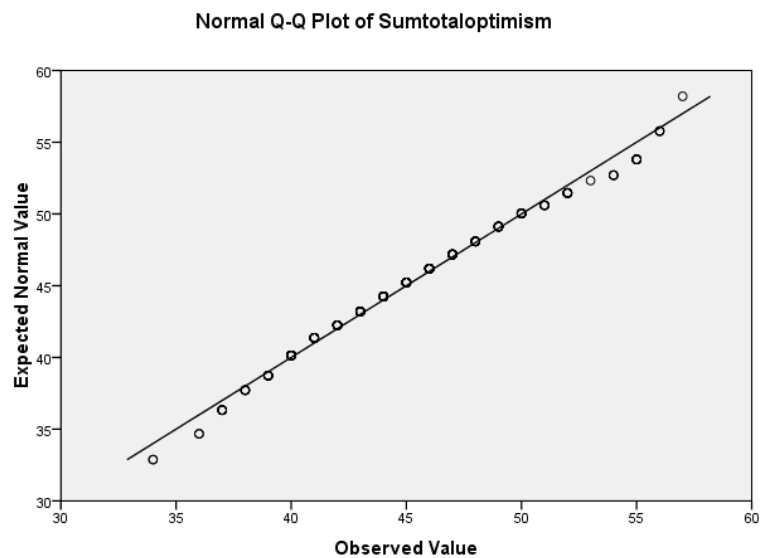
1.4 ข้อมูลความวิตกกังวล มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.4.1 Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



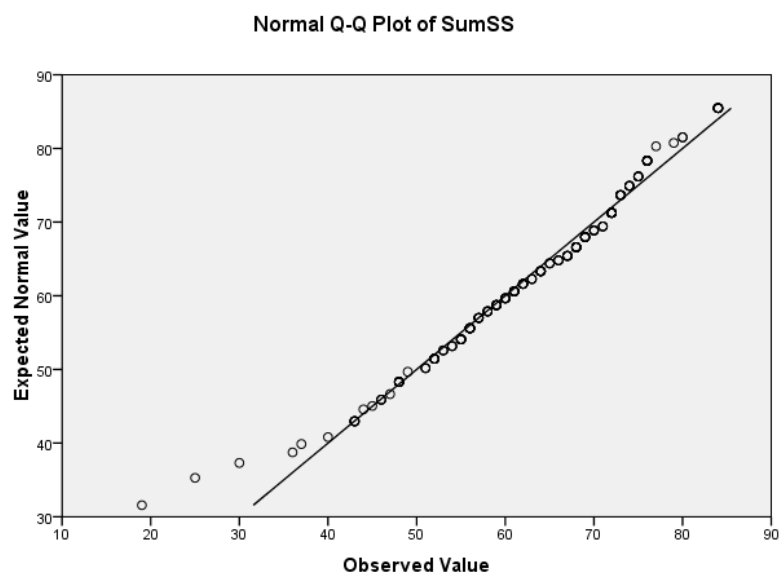
1.5 ข้อมูลการมองโลกในแง่ดี มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.5.1 Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



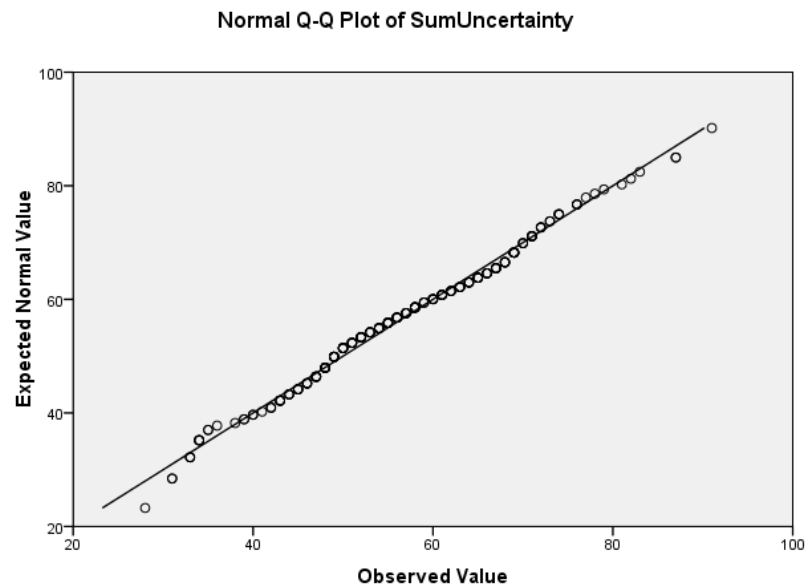
1.6 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.6.1 Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



1.7 ข้อมูลความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.7.1 Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาว อัมพิกา อินทร์อยู่
วัน เดือน ปี เกิด	17 เมษายน 2530
สถานที่เกิด	เชียงใหม่
วุฒิการศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์
ที่อยู่ปัจจุบัน	225 หมู่ที่ 1 ตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม 73120



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY