



ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้า ของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

Selected Factor Relating to Fear of Illness Progression among Patients with First Diagnosis of Acute Myocardial Infarction

อุทัยวรรณ ปัทมานุช* ระพิน ผลสุข**

Utaiwan Pattamanuch,* Rapin Polsook**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

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

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: Rapin.p@chula.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก จำนวน 213 คน มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉับยอ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 6) แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยฉับยอ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.99, 0.71, 0.89, 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (Mean = 62.54, SD = 11.74) ส่วนความรุนแรงของโรค

Received: March 6, 2020, Revised: July 7, 2021; Accepted: July 15, 2021



ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 11.36, SD = 5.67; Mean = 11.34, SD = 3.49; Mean = 31.52, SD = 7.31 และ Mean = 26.93, SD = 10.22 ตามลำดับ)

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

คำสำคัญ: ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Abstract

The objective of this descriptive correlational research was to identify factors related to fear of illness progression among patients with first diagnosis of acute myocardial infarction. A multiple stage sampling of 213 patients with first diagnosis of acute myocardial infarction were recruited from cardiovascular outpatients department after discharge from Police General Hospital, King Chulalongkorn Memorial Hospital and Siriraj Hospital. Data were collected using six questionnaires for patient with first diagnosis of acute myocardial infarction: 1) Demographic data form, 2) Perceived chest pain questionnaire, 3) Coronary artery disease education questionnaire-short version, 4) Social support questionnaire, 5) Self-efficacy questionnaire, and 6) Fear of illness progression questionnaire-short form. All questionnaires were tested for their content validity by five experts. Reliability were 0.99, 0.71, 0.89, 0.88, and 0.89, respectively. Data were analyzed using Pearson's product correlation coefficient statistics. The findings were presented as follows:

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

2. The variable was significant positively correlated to fear of illness progression among patients with first diagnosis of acute myocardial infarction. The severity of illness ($r = .196$), Self-efficacy ($r = -.367$) was significant negatively correlated to fear of illness progression among patients with first diagnosis of acute myocardial infarction ($p < .05$).

Keywords: fear of illness progression, acute myocardial infarction

≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡ ของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก โดยพบมากที่สุดในวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 30 - 59 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน เหงื่อแตก อึดอัดหายใจไม่ออก ใจสั่น นานกว่า 20 นาที จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วนและได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevated^{1,2} ซึ่งการวินิจฉัยนี้บ่งบอกถึงความรุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิตอย่างเร่งด่วนด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจภายใน 120 นาที และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ¹

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการและการรักษาที่ได้รับการศึกษาของ Allen³ พบว่า ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวในด้านต่างๆ ได้แก่ กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ กลัวสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับหอผู้ป่วยวิกฤติ กลัวว่าจะเสียชีวิต กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลัวความเจ็บปวด กลัวว่าจะไม่ได้รับการรักษาเหมือนเดิม กลัวสูญเสียอิสรภาพ กลัวผลกระทบที่จะเกิดกับครอบครัว นอกจากนี้ Jackson และคณะ⁴ พบว่าภายใน 1 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวความไม่แน่นอน กลัวเกี่ยวกับอนาคต กลัวเสียชีวิต กลัวเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ กลัวถูกจำกัดกิจกรรม และ

กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีผลกระทบต่อครอบครัว จากการศึกษาของ Stevens & Thomas⁵ พบว่า ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ และจากการศึกษาของ Fait และคณะ⁶ พบว่า ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรง และเป็นภาวะคุกคามต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ซึ่งความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามที่ผู้ป่วยเผชิญ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดำเนินของโรครมีความรุนแรงและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่สามารถคาดเดาได้ กลัวว่าจะเสียชีวิต กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลัวความเจ็บปวด กลัวสูญเสียอิสรภาพ เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ดังกล่าว เป็นความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย^{3,7} โดยความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยนี้สามารถพบได้ตั้งแต่ 3 วันแรกหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จนถึง 6 เดือน⁸

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย เป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ กลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม หรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ขึ้นอยู่กับภาวะคุกคามต่อชีวิต หรือความเจ็บป่วยที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียความสามารถของบุคคล⁹ หากผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การแสวงหาความรู้ เพื่อลดหรือป้องกันการดำเนินไปของโรค¹⁰ แต่ถ้าผู้ป่วยมี



ความรู้สึกลัวความ ก้าวหน้าของความเจ็บป่วย จะส่งผลกระทบด้านร่างกาย โดยกระตุ้นต่อมหมวกไตและระบบประสาทซิมพาเธติกให้หลั่งฮอร์โมน Glucocorticoid, Epinephrine และ Norepinephrine ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ใจสั่น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เส้นเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะในหลอดเลือด มีการสลายไกลโคเจนที่ตับทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการหลั่ง Cortisol สารเกี่ยวกับกระบวนการอักเสบ และกระตุ้นการหลั่งสารเกี่ยวกับกระบวนการแข็งตัวของเลือด ส่งผลให้เกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น ระดับไฟบริโนเจนในเลือดสูงขึ้น ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ¹¹ ด้านจิตใจ ความรู้สึกลัวความ ก้าวหน้าของความเจ็บป่วย จะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน Norepinephrine และ Serotonin ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงและเกิดภาวะซึมเศร้า^{6,12}

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบเพียง 1 การศึกษา ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกลัวความ ก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ Fait และคณะ⁶ พบว่า ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกลัวความ ก้าวหน้าของความเจ็บป่วย นอกจากนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหืดหอบ และโรคปอดอักเสบเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลัวความ ก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹³⁻¹⁶ สำหรับ

การศึกษาในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกลัวความ ก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนการพยาบาลตามปกติมุ่งให้การพยาบาลทางกาย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปรับพฤติกรรมต่างๆ¹⁷ สำหรับการพยาบาลด้านจิตใจ เป็นการให้การพยาบาลเรื่องต่างๆ ไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจปัจจัยความรุนแรงของโรค รู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นการศึกษาความรู้สึกลัวความ ก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการประเมินและระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกลัวความ ก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สามารถเผชิญกับความรู้สึกลัวความ ก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อลดและชะลอการดำเนินของโรค ลดการกลับเป็นซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ความรู้สึกลัวความ ก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นอย่างไร
2. ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลัวความ ก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ ดังนี้

ความรุนแรงของโรค เป็นระดับของอาการทางกายที่บ่งบอกความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น¹⁸

ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะประเมินความรุนแรงของโรคจากความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก โดยผู้ป่วยจะรับรู้อาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นหน้าอกจะมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมาน กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากหรือรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานมาก ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าหัวใจตนเองไม่เหมือนเดิม รู้สึกไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย⁵

ความรู้ เป็นสาระ ข้อมูล แนวคิด ความเข้าใจ ที่บุคคลรวบรวมจากประสบการณ์ในชีวิต โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ การศึกษา อบรม การได้รับการถ่ายทอดจนสามารถสรุปสาระและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้¹⁹ ซึ่งผู้ป่วยที่มีข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาในระดับสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการเกี่ยวกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยลดลง¹⁶ โดยผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีระอาการและการรักษา ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง¹⁰

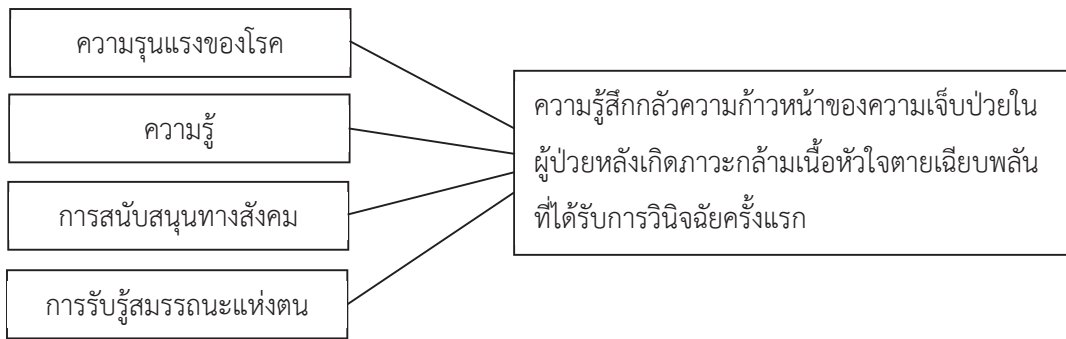
การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลในการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ²⁰ หากผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดี ลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้¹⁶ โดยผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ถึงความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ใน



ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร การได้รับการช่วยเหลือในการกระทำกิจกรรม จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งความเชื่อในความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมจะเป็นตัวกำหนดความรู้สึก ความคิด และกระตุ้น

ให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว²¹ โดยผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี จะมีทัศนคติที่ดีและมีความมั่นใจในความสามารถของตนด้านการจัดการและควบคุมการดำเนินไปของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง²² จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น เสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ครั้งแรกไม่เกิน 6 เดือน อายุระหว่าง 30 - 59 ปี มาตรฐานตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

(Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ครั้งแรกไม่เกิน 6 เดือน มาตรฐานตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) อายุระหว่าง 30 - 59 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถสื่อสารเข้าใจได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

(Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีอาการช็อก มีอาการปอดบวมน้ำเฉียบพลัน หรืออยู่ในระยะวิกฤติในขณะติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล



การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ 80% ขนาดอิทธิพล 0.2 เปิดตาราง Cohen²³ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 คน และผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 213 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน โดย

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยเลือกกลุ่มสังกัดมา 3 สังกัดจาก 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และโรงพยาบาลสังกัดองค์การอิสระ ขั้นตอนนี้สุ่มได้โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และโรงพยาบาลสังกัดองค์การอิสระ

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดสังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยการใช้การสุ่มอย่างง่าย ขั้นตอนนี้ทำการสุ่มเพียงสังกัดเดียว คือ สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้เป็น โรงพยาบาลศิริราช ส่วนสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และสังกัดองค์การอิสระ มีเพียงโรงพยาบาลเดียวไม่ต้องทำการสุ่ม ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้จากโรงพยาบาลทั้ง 3 สังกัด โรงพยาบาลละ 71 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 213 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และการมีโรคร่วม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของ เอ็มเมื่อน นิลพฤษ์ ชนกพร จิตปัญญา และ ระพีณ ผลสุข²⁴ แบ่งการประเมินเป็น 2 มิติ คือ 1) แบบประเมินมิติด้านความรุนแรงของอาการ และ 2) แบบประเมินด้านการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานของอาการ ใช้มาตรวัดความรู้สึกลับแบบตัวเลขในการประเมินทั้ง 2 มิติ โดยกำหนดเส้นตรงในแนวยาว 10 เซนติเมตร ระบุตัวเลข 1 - 10 ปลายสุดของด้านซ้ายระบุตัวเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ 1 หมายถึง มีความรุนแรงน้อยที่สุด และด้านขวาสุดระบุตัวเลข 10 หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด คะแนนรวมทั้ง 2 มิติมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 20 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ 0.00 - 6.66 หมายถึง ระดับคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกต่ำ 6.67 - 13.20 หมายถึง ระดับคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกปานกลาง และ 13.21 - 20.00 หมายถึง ระดับคะแนนการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถาม Short version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q SV)



ของ Ghisi, Sandison & Oh²⁵ เพื่อแปลเป็นภาษาไทย โดยใช้วิธีการแปลเครื่องมือแบบการแปลย้อนกลับ (Back-translation method)²⁶ เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในด้านพยาธิสรีรวิทยา อาการและการรักษา ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ให้เลือกตอบแบบ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ กำหนดให้ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน คะแนน 18.00 - 20.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับดีมาก คะแนน 14.00 - 17.99 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับดี คะแนน 10.00 - 13.99 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง คะแนน 5.00 - 9.99 หมายถึง มีความรู้เล็กน้อย และคะแนน 0.00 - 4.99 หมายถึง ขาดความรู้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถาม The Multi - dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley²⁰ แปลและปรับปรุงภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์²⁷ ใช้ประเมินการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือของแต่ละบุคคลที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประเมินใน 3 มิติ แต่ละมิติมีข้อคำถาม 4 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 7 ระดับ จาก 1 ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ถึง 7 เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมด 84 คะแนน คะแนน 12.00 - 36.00 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คะแนน 36.01 - 60.00 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนน 60.01 - 84.00 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมิน The Cardiac

Self-Efficacy Questionnaire (CSE) ของ Sullivan, Lacroix, Russo & Katon²⁸ แปลเป็นภาษาไทย โดย เกื้อกุล โอฬารวัฒน์²⁹ ใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเกี่ยวกับการควบคุมอาการ (ข้อ 1 - 8) และการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (ข้อ 9 - 13) มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบแบบ Likert scale 5 ระดับ โดย 0 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย 1 หมายถึง มั่นใจเล็กน้อย 2 หมายถึง มั่นใจปานกลาง 3 หมายถึง มั่นใจมาก และ 4 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมด 52 คะแนน คะแนน 0.00 - 17.39 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 17.40 - 34.69 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 34.70 - 52.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยฉบับย่อ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถาม Fear of Progressionnaire-Short Form (FoP-Q-SF) ของ Mehnert และคณะ⁷ แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงษ์กวน³⁰ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เคยเลย จนถึง 5 หมายถึง เป็นประจำ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 12 - 60 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ช่วงคะแนน 12.00 - 16.71 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย ช่วงคะแนน 16.72 - 37.15 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 37.16 - 60.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการ

วิจัย ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ฉบับย่อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยฉบับย่อ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน³¹ ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา และการสื่อความหมายของข้อคำถาม แล้วนำมาพิจารณาคำแนะนำค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ทุกฉบับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยฉบับย่อ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย³¹ ความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest method) ได้ค่าความเที่ยงที่ระดับ 0.99 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ ด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยฉบับย่อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89, 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือ

ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือก ได้แก่ 1) โรงพยาบาลตำรวจ 2) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ 3) โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติที่ผู้ป่วยที่มารับบริการตามเกณฑ์การคัดเลือก เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย และสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 - 20 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบประเมินจนได้ข้อมูลครบตามจำนวน 213 ชุดตามกำหนดแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่ จว.10/2563 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 สิ้นสุดวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลขที่ COA No.252/2020 IRB No. 052/63 เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563 สิ้นสุดวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2564 และโรงพยาบาลศิริราช เลขที่ COA no. Si 297/2020 เมื่อวันที่ 14 เมษายน 2563 สิ้นสุดวันที่ 13 เมษายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ กำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้



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

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

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

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 85.92 มีอายุเฉลี่ย 53.26 ปี (SD = 5.42) มีรายได้ระหว่าง 15,000 - 30,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 37.56 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.93 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 32.39 ใช้สิทธิการรักษาสวัสดิการ

ตารางที่ 1 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

คะแนน	Min	Max	Mean	SD	การแปลผล
ความรุนแรงของโรค	1	20	11.36	5.67	ปานกลาง
ความรู้	0	19	11.34	3.49	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	19	84	62.54	11.74	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	10	50	31.52	7.31	ปานกลาง
ความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย	12	57	26.93	10.22	ปานกลาง

ข้าราชการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.93 มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.01 มีประวัติไม่ดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.95 มีโรคร่วม 1 โรคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.99

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 11.36, SD = 5.67) มีคะแนนความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 11.34, SD = 3.49) มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (Mean = 62.54, SD = 11.74) มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 31.52, SD = 7.31) และมีคะแนนความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 26.93, SD = 10.22) ดังตารางที่ 1

ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .196$) กับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้ และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.367$) ในระดับปานกลางกับความรู้สึกล้วความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของภาวะความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (n = 213 คน)

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

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของภาวะความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผู้วิจัยอภิปรายและนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของภาวะความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของภาวะความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.93 (SD = 10.22)

อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงเฉียบพลัน เหงื่อแตก อึดอัด รู้สึกเหมือนจะเสียชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิตอย่างเร่งด่วน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภายหลังได้รับการรักษาต้องมีการรับประสานงาน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนจนมีการตรวจตามนัดแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามการดำเนินของโรค¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการและการรักษาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็น

ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อน ผู้ป่วยจะรับรู้หัวใจตนเองไม่เหมือนเดิม รู้สึกไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของภาวะความเจ็บป่วย^{5,32} สอดคล้องกับการศึกษาของ Peterson และคณะ³³ ที่พบว่า ภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวว่าการรักษาไม่ได้ผลกลัวจะกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเป็นความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของภาวะความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศริน ศรีเพ็ชร, จงจิต เสนหา, ศรีรัตน์ ศรีประสงค์ และ อนนก กนกศิลป์³⁴ ที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจะมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของภาวะความเจ็บป่วยร้อยละ 44.6

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของภาวะความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า

ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของภาวะความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความ



รุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกอยู่ในระดับรุนแรงมาก (7 - 10 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 42.26 และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกอยู่ในระดับรุนแรงมาก (7 - 10 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 45.07 โดยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะรับรู้อาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง เฉียบพลัน อึดอัดหายใจไม่ออก รู้สึกเหมือนจะเสียชีวิต¹ ประสพการณ์จากอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงเฉียบพลัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน กลัวความเจ็บปวด กลัวการเกิดโรคซ้ำ หรือกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall และคณะ³⁵ ที่พบว่า ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของโรค ($r = 0.29, p = 0.02$) กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าตนมีอาการรุนแรง จะมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมาก นอกจากนี้จากแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยของ Herschbach & Dinkel⁹ กล่าวว่า ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกกลัวว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป ส่งผลกระทบด้านร่างกาย จิต สังคม หรือมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งขึ้นกับประสพการณ์การรับรู้ภาวะคุกคามที่ผู้ป่วยได้รับ จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยมีคะแนนความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกและคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกอยู่ในระดับรุนแรงมาก ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดังกล่าวเป็นภาวะคุกคามจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากพบว่า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง

มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 32.39 ซึ่งระดับการศึกษาสูงทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ เข้าใจ และทำการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การดูแลตนเองจากบุคลากรทางด้านสุขภาพและจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ผู้ป่วยสามารถเข้าใจโรคได้อย่างถูกต้อง มีการปรับตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอกระบวนการดำเนินไปของโรคได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagner และคณะ³⁶ ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยที่มีความรู้สูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง นอกจากนี้ การศึกษาของ Ghojazadeh และคณะ¹⁶ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = -.367, p < .001$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค จะสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ เพื่อลดและควบคุมปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการของโรคแย่ลง ส่งผลให้มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง และการศึกษาของ Koch-Gallenkamp และคณะ³⁷ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สูงจะยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง

การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจาก ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 78 ใช้สิทธิการรักษาสวัสดิการข้าราชการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.93 และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (Mean = 62.54, SD = 11.74) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนดูแลและช่วยเหลือจากสมาชิก

ในครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษอื่นๆ เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้การใช้สิทธิการรักษาสวัสดิการข้าราชการ ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล เช่น ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาล ค่าห้อง และค่าอาหารตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล³⁸ จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghojazadeh และคณะ¹⁶ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = -.281, p < .05$) โดยผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี นอกจากนี้จากการศึกษาของ Koch-Gallenkamp และคณะ³⁷ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความทุกข์ทรมาน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 31.52, SD = 7.31) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการควบคุมอาการเจ็บหน้าอก เช่น การปรับเปลี่ยนกิจกรรมการใช้ยา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความสามารถในการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ เช่น สามารถออกกำลังกาย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอ

และลดการดำเนินของโรค²⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Melchior และคณะ³⁹ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = -.36, p < .001$) ซึ่งอธิบายไว้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการคาดหวังของผู้ป่วยในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยุงยากและท้าทาย ซึ่งส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์และการเผชิญกับโรค ทำให้ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง นอกจากนี้การศึกษาของ Shim, Lee & Min¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ($r = -.31, p < .01$)

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ≡

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรุนแรงของโรค ดังนั้นจึงควรนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการสอนและการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล



โดยนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการศึกษา ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยใน ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในระยะต่างๆ ต่อไป

3. ด้านการวิจัย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการ ศึกษาวิจัยทางการแพทย์ โดยนำข้อมูลที่ได้ จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการ พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกกลัว ความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการ วินิจฉัยครั้งแรกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มี ขนาดใหญ่มากขึ้น เช่น ในส่วนของภูมิภาคต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Sitthisook S. Guideline for ischemic heart disease 2014. 2nd ed. Bangkok: Sri Mueang Printing; 2557. p. 72. (in Thai).
2. Srivanichakorn S. Morbidity and mortality situation of non - communicable diseases (diabetes type 2 and cardiovascular disease) in Thailand during 2010 - 2014. Disease Control Journal 2017;43(4):379-90. (in Thai).
3. Allen G. The effect of fear on myocardial infarction patients in intensive care units. [Dissertation]. University of Alabama at Birmingham, School of Nursing; 1998.
4. Jackson D, Daly J, Davidson P, Elliott D, Cameron-Traub E, Wade V, et al. Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. Journal of Advanced Nursing 2000;32(6):1403-11.
5. Stevens S, Thomas SP. Recovery of midlife women from myocardial infarction. Health Care For Women International 2012;33(12):1096-113.
6. Fait K, Vilchinsky N, Dekel R, Levi N, Hod H, Matetzky S. Cardiac-disease-induced PTSD and Fear of illness progression: capturing the unique nature of disease-related PTSD. General Hospital Psychiatry 2018;53:131-8.

หรือในระดับประเทศเพื่อเป็นการยืนยันผล การศึกษาในครั้งนี้

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการ ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อป้องกันการ เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความ เจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกต่อไป

3. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่พยาบาล สามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไข ให้การพยาบาลได้ โดยตรง เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกกลัว ความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยหลังเกิด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการ วินิจฉัยครั้งแรก



7. Mehnert A, Herschbach P, Berg P, Henrich G, Koch U. Fear of progression in breast cancer patients--validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF). *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2006;52(3):274-88.
8. Heather I-S, Christi D, Malcolm C, Catherine M, Linda M. The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing* 2017;26(21-22):3511-8.
9. Herschbach P, Dinkel A. Fear of progression. *Psycho-Oncology*: New York: Springer; 2014. p. 11-29.
10. Messerli-Bürgy N, Molloy GJ, Poole L, Wikman A, Kaski JC, Steptoe A. Psychological coping and recurrent major adverse cardiac events following acute coronary syndrome. *The British Journal of Psychiatry* 2015;207(3):256-61.
11. Kivimäki M, Steptoe A. Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology* 2018;15(4):215.
12. Phromsont W, Aunguroch Y, Polsook R. Factors predicting depression among post-acute myocardial infarction patients. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2019;46(3):592-606. (in Thai).
13. Yang Y, Sun H, Liu T, Zhang J, Wang H, Liang W, et al. Factors associated with fear of progression in chinese cancer patients: sociodemographic, clinical and psychological variables. *Journal of Psychosomatic Research* 2018;114:18-24.
14. Shim E-J, Lee JW, Min YH. Does depression decrease the moderating effect of self-efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer? *Psycho-Oncology* 2018;27(2):539-47.
15. Parker PA, Davis JW, Latini DM, Baum G, Wang X, Ward JF, et al. Relationship between illness uncertainty, anxiety, fear of progression and quality of life in men with favourable-risk prostate cancer undergoing active surveillance. *BJU International* 2016;117(3):469-77.
16. Ghojzadeh M, Taghizadeh M, Abdi S, Azami-Aghdash S, Andalib S, Farhoudi M. Fear of disease progression in patients with multiple sclerosis: associations of anxiety, depression, quality of life, social support and knowledge. *Journal of Clinical Research & Governance* 2014;3(2):141-6.
17. Dunkley S, Siefers R, Tagney J. 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?: *BMJ Publishing Group Ltd and British Cardiovascular Society*; 2016.

18. Custers JA, de Laat P, Koene S, Smeitink J, Janssen MC, Verhaak C. Fear of disease progression in carriers of the m. 3243A> G mutation. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2018;13(1):203.
19. Office of the Royal Society. Body of knowledge-knowledge-knowledge management (km) 2015. [Internet]. [cited 2021 May 12]. Available from: <http://www.royin.go.th>. (in Thai).
20. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment* 1988;52(1):30-41.
21. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84(2):191.
22. Kang Y, Yang IS. Cardiac self-efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. *Journal of Clinical Nursing* 2013;22(17-18):2465-73.
23. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*: New York: Academic Press; 2013.
24. Nilpruk U, Jitpanya C, Polsook R. A study of post - traumatic stress in patients after acute myocardial infarction. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2018;45(2):289-310. (in Thai).
25. Ghisi GLdM, Sandison N, Oh P. 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* 2016;99(3):443-7.
26. Dhamani K, Richter M. Translation of research instruments: research processes, pitfalls and challenges. *Africa Journal of Nursing and Midwifery* 2011;13(1):3-13.
27. Wongpakarun N, Wongpakarun T. A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *The Spanish Journal of Psychology* 2012;15(3):1503-9.
28. Sullivan MD, Lacroix AZ, Russo J, Katon WJ. Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic Medicine* 1998;60(4):473-8.
29. Olanwat K. Selected factors related to depression in patients with acute coronary syndrome, general hospital. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2018. (in Thai).
30. Wongkuan D. Factors predicting sleep disturbances in acute myocardial infarction survivors. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2017. (in Thai).
31. Grove SK, Burns N, Gray J. *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2012.
32. Vosbergen S, Janzen J, Stappers PJ, van Zwieten MC, Lacroix J, Idema K, et al. A qualitative participatory study to identify experiences of coronary heart disease patients to support



the development of online self-management services. *International Journal of Medical Informatics* 2013;82(12):1183-94.

33. Peterson JC, Allegrante JP, Pirraglia PA, Robbins L, Lane KP, Boschert KA, et al. Living with heart disease after angioplasty: a qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart & Lung* 2010;39(2):105-15.
34. Sriphet K, Seneha C, Sriprasong S, Kanoksilp A. Factors influencing antiplatelet therapy adherence among patients with acute ST-elevation myocardial infarction in post percutaneous coronary intervention. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2019;30(2):111-25. (in Thai).
35. Hall DL, Lennes IT, Pirl WF, Friedman ER, Park ER. Fear of recurrence or progression as a link between somatic symptoms and perceived stress among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer* 2017;25(5):1401-7.
36. Wagner T, Augustin M, Blome C, Forschner A, Garbe C, Gutzmer R, et al. Fear of cancer progression in patients with stage IA malignant melanoma. *European Journal of Cancer Care* 2018;27(5):e12901.
37. Koch-Gallenkamp L, Bertram H, Eberle A, Holleczeck B, Schmid-Höpfner S, Waldmann A, et al. Fear of recurrence in long-term cancer survivors-Do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter? *Health Psychology* 2016;35(12):1329.
38. Commission OotCS. Royal decree on medical benefit money 2010. [Internet]. [cited 2021 March 3]. Available from: <https://www.ocsc.go.th>. (in Thai).
39. Melchior H, Büscher C, Thorenz A, Grochocka A, Koch U, Watzke B. Self-efficacy and fear of cancer progression during the year following diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology* 2013;22(1):39-45.