



26 ก.พ. 2533

การศึกษปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

A Study of Some Factors Which Have Impact on the Quality of Life
of Myocardial Infarction Patients



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2532

ISBN 974-586-583-4

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

18036

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

.....
ประภา รัตนเมธานนท์

ผู้วิจัย

.....

.....
จำเรียง กุระสุวรรณ, B.N., สส.ม.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

.....
เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, วท.บ., วท.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

.....
เดือนฉาย ชยานนท์, พ.บ., ป.ก. ชั้นสูง

ทางคลินิก (อายุรศาสตร์), Diploma in

Specialty Medicine (Cardiology)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

.....
มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

.....
ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ, วท.บ., ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

.....
ทัศนยา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา

.....

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 22 พฤษภาคม 2532

..... 2/5/32 รัตนเมธานนท์

ประภา รัตนเมธานนท์

ผู้วิจัย

..... จำเรียง ภูมิธรรม, B.N., สส.ม.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... 1/5/32 เลิศฤทธิ์

เสาวลักษณ์ เลิศฤทธิ์, วท.บ., วท.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... 3/5/32

ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ, วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... 4/5/32

ทัศนีย์ บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... 5/5/32

เดือนฉาย ชยานนท์, พ.บ., ป.ก.ชั้นสูง

ทางคลินิก (อายุรศาสตร์), Diploma in
Specialty Medicine (Cardiology)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... 6/5/32

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

..... 7/5/32

ทัศนีย์ บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวประภา รัตนเมธานนท์
วัน เดือน ปีเกิด	18 กันยายน 2499
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	อนุปริญญาพยาบาลและประกาศนียบัตรมดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2521 พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2526
ทุนวิจัย	ทุน China Medical Board of New York, Inc.
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลประจำหน่วย ไอ.ซี.ยู. อายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์จำเริญ ภูมระสุวรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเดือนฉาย ขยานนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ และผู้ช่วยศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกทราบดีถึงและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความรู้ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตาม เนื้อหาของ เครื่องมือ พร้อมทั้งนี้ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เจ้าหน้าที่แผนกตรวจโรคอายุรกรรม คัดตรวจโรคผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่คลินิกโรคหัวใจ

เจ้าหน้าที่ห้องบัตรแผนกผู้ป่วยนอก ที่ เพ็ญ และน้อง ๆ พยาบาลหน่วย ไอ.ซี.ยู. อายุรกรรม ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณ คุณอุไรรัตน์ สุนทรวิลาส ที่ให้ความช่วยเหลือในการเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล และท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือ จนช่วยให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ รวมทั้ง China Medical Board of New York, Inc. ที่ได้กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

ประกาศ รัตน เมธานนท์

1. สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วย มีเพียงระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .2716$ และ $.2284$ ตามลำดับ)

2. ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.2530$)

3. ทศณคติดต่อโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .5420$)

4. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .5098$)

5. ทศณคติดต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($P < .001$) ซึ่งสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.53 โดยมีสมการทำนายดังนี้

$$Y = 53.54801 + .38533 (\text{ทศณคติดต่อโรค}) + .83449 (\text{การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม}) + 2.55452 (\text{ระดับการศึกษา})$$

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีทศณคติดต่อโรค โดยการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึ่งจะต้องคำนึงถึงพื้นฐานการศึกษาของผู้ป่วย และเป็นสื่อกลางในการแนะนำครอบครัวให้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรจะได้มีการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ และใช้ทฤษฎีหรือกรอบความรู้อื่น ๆ ในการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีมาตรฐานต่อไป

Thesis Title A Study of Some Factors Which Have Impact on The
Quality of Life of Myocardial Infarction Patients

Name Prapa Ratanametanont

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Chamriang Kooramasuvan, B.N., M.A.

Kaimook Wichiencharoen, B.Sc., M.A.

Sauvaluck Lekutai, B.Sc., M.A.

Duanchai Jayananda, M.D. Cert. in Post Graduate
Medicine, Diploma in Specialty Medicine
(Cardiology)

Date of Graduation 22 May B.E. 2532 (1989)

Abstract

Myocardial Infarction has been a crucial health problem because of increasing in number of patients. Patients who are undergone this incurable disease have a miserable experiences which affect their quality of life. As a nurse who provides health care should know about the influence of some factors on the quality of life in order to enhance patients' well-beings. The purpose of this research was to study some factors which had impact on the quality of myocardial infarction patients. The sample was composed of 120 myocardial infarction patients who were followed up at the Out Patient Department of the Medical and the heart clinics of Chulalongkorn Hospital. The instruments used in the study were composed of demographic data, the quality of life, the severity of physical impairment, the attitude toward illness and the perceived social support questionnaires. Data were analysed by using percentage, arithmetic means, standard deviations, pearson product moment correlation coefficient and the stepwise multiple regression.

4

The results were as follows :

1. There were positive significant correlations between educational level, monthly income and quality of life of myocardial infarction patients at the .01 level ($r = .2716$ and $.2284$ respectively).

2. There were no statistically significant correlations between sex, age, marital status, occupation, duration of illness, frequency of hospitalization and the quality of life of myocardial infarction patients at the .05 level.

3. There was a negative significant correlation between severity of physical impairment and quality of life of myocardial infarction patients at the .001 level ($r = -.2530$).

4. There was a positive significant correlation between attitude toward illness and quality of life of myocardial infarction patients at the .001 level ($r = .5420$).

5. There was a positive significant correlation between perceived social support and quality of life of myocardial infarction patients at the .001 level ($r = .5098$).

6. The results of the stepwise multiple regression analysis showed that 45.53 percent of the variance of quality of life of myocardial infarction patients was counted for by three significant predictors, i.e., attitude toward illness, perceived social support and educational level. The regression equation respectively in raw score (y) was as follows : $y = 53.54801 + .38533$ (attitude toward illness) $+ .83449$ (perceived social support) $+ 2.55452$ (educational level)

By this study, the recommendations for nursing practice are nurses should encourage the patients' families to give support and care to the patients and provide effective health teaching which based on patients' education in order to maintain good attitude toward illness. For a further study, an assessment tools for quality of life of other chronic diseases should be considered.

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

ก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ค

สารบัญ

จ

สารบัญตาราง

ข

สารบัญแผนภูมิ

ฅ

บทที่

1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

วัตถุประสงค์

5

สมมุติฐาน

5

ขอบเขตของการวิจัย

6

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

6

ข้อตกลงเบื้องต้น

7

นิยามตัวแปร

7

2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

11

การประเมินคุณภาพชีวิต

17

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

24

3 วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

48

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

49

การเก็บรวบรวมข้อมูล

61

การวิเคราะห์ข้อมูล

63

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
	ผลการวิจัย	68
	การอภิปรายผล	85
5	สรุปการวิจัยและข้อ เสนอแนะ	
	สรุปการวิจัย	103
	ข้อ เสนอแนะ	
	การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล	105
	การทำวิจัยต่อไป	108
บรรณานุกรม		109
ภาคผนวก	ก ความ เชื่อมั่นของ เครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย	128
	ข สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในของแบบวัดคุณภาพชีวิต	131
	ค การจัดลำดับความสำคัญและความพึงพอใจของแบบวัดความพึงพอใจ ในชีวิต เจาะาะ เรื่อง	133
	ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	139
	จ ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	144

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	คำร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว ระยะเวลา ของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ	69
2	คำมีชนิด เลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงคะแนน ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทศนคติต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	72
3	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง กับคุณภาพชีวิต	77
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการสูญเสีย หน้าที่ด้านร่างกาย ทศนคติต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุน ทางสังคมกับคุณภาพชีวิต	78
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย	80
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับคุณภาพชีวิต การทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ สัมประสิทธิ์การถดถอย และการทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ การถดถอยของปัจจัยแต่ละประการ	83
7	ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย และ 20 ราย	129
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดความพึงพอใจใน วงกว้างของชีวิต แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง และแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม	132

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่

หน้า

9	คำมีชนิม เลขคณิศของคะแนนความทึงพอใจและความสำคัญ ในแต่ละ เรื่องของแบบวัดความทึงพอใจในชีวิค เจเพาะ เรื่อง	135
10	ลำดับความสำคัญและความทึงพอใจใน เรื่องต่าง ๆ ของ แบบวัดความทึงพอใจในชีวิค เจเพาะ เรื่อง	136

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1. กรอบความรู้ เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และ สิ่งแวดล้อมของอาจารย์	17
2. กรอบแนวความคิดที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตาย	47
3. การกระจายของคะแนนแบบวัดความรุนแรงของการสูญเสีย หน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยจำนวน 120 ราย	73
4. การกระจายของคะแนนแบบวัดทัศนคติต่อโรคของผู้ป่วย 120 ราย	74
5. การกระจายของคะแนนแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทาง สังคมของผู้ป่วย จำนวน 120 ราย	75
6. การกระจายของคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 120 ราย	76
7. สรุปแผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับคุณภาพชีวิต	101

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หัวใจ เป็นอวัยวะที่สำคัญยิ่งและมีประสิทธิภาพในการทำงานสูงสามารถทำงานสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ตลอดอายุขัยของคน ดังนั้น เมื่อมีโรคที่เกิดขึ้นกับหัวใจและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงตายได้มากกว่าโรคอื่น ปัจจุบันโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพและเป็นปัญหาใหญ่ของสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากมีประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคนี้กันมากและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของสาเหตุการตายจากโรคหัวใจทั้งหมด นอกจากนี้ ยังเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้วสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก (Bridody 1984 : 387) สำหรับประเทศไทยนั้นสถิติของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีจำนวนมากขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มของอัตราการตายสูงขึ้น โดยพบว่า สถิติผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจซึ่งเป็นอันดับสองในปี พ.ศ. 2523-2524 ได้เลื่อนขึ้นมาเป็นอันดับหนึ่งในปี พ.ศ. 2525-2526 (กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2521-2526) ซึ่งเห็นว่าโรคหัวใจในประเทศไทยเป็นปัญหา เช่นเดียวกับประเทศในกลุ่มที่พัฒนาแล้ว ซึ่งประเทศเหล่านี้โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุด โดยมีประมาณร้อยละ 30-40 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และพบว่าเป็นร้อยละ 75-85 ของสาเหตุการตายจากโรคหัวใจทุกชนิด (สันต์ หัตถิรัตน์ 2519 : 1-2) นอกจากนี้ยังพบว่า 1 ใน 2 ของผู้ป่วยดังกล่าวเสียชีวิตเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Wenger & Hellerstein 1978: 12) ดังนั้นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงเป็นโรคที่สำคัญและเป็นต้นเหตุให้ประเทศชาติต้องเสียเงินเป็นจำนวนมากเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย โรคนี้จึงได้รับความสนใจจากวงการแพทย์และสาธารณสุขของทุกประเทศ ได้มีการรณรงค์เพื่อลดอัตราการเกิดและพยายามพัฒนาประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลเพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยาวต่อไป อัตราการตายของผู้ป่วยโรคนี้จึงลดลงจากร้อยละ 34 ในปี ค.ศ. 1963 เหลือเพียงร้อยละ 14 ในปี ค.ศ. 1971 (Sloman, et al. 1980 : 30) ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเพิ่มขึ้นแต่ไม่ได้เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการบรรลุเป้าหมายของการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมาน

จากโรคและการรักษา ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพเหมือนปกติ เนื่องจากผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Boogaard 1984 : 433) เคลเลอแมน (Kellerman 1968 cited in Hijeck 1984 : 448) รายงานว่าในปี ค.ศ. 1968 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 20-30 ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ส่วนผู้ที่กลับไปทำงานก็ต้องเปลี่ยนงานหรือออกจากงานในเวลาต่อมา เนื่องจากสมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลง มีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทำให้ต้องจำกัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือเปลี่ยนแปลงกิจกรรมในชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถภาพของหัวใจและกำลังของร่างกายที่ลดลงก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปดำรงบทบาทเดิมได้ ทำให้ต้องละทิ้งสิทธิและหน้าที่ความรับผิดชอบที่ตนคุ้นเคยและขาดความสุข ต้องเปลี่ยนบทบาทใหม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจ กลัววิตกกังวลต่ออนาคตที่ไม่แน่นอน กลัวความตาย และกลายเป็นบุคคลที่มองโรคที่ตนเป็นอยู่ในแง่ร้าย นั่นคือ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรค นอกจากนี้อาการเจ็บหน้าอกซึ่งเป็นผลจากโรคและ เกิดซ้ำ ๆ จะส่งผลกระทบอย่างร้ายแรงก่อให้เกิดความทุกข์และไม่สามารถดำเนินชีวิตเช่นปกติได้ โดยเฉพาะความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการร่วมสังสรรค์ทางสังคมกับผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะอ่อนล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ยิ่งกว่านั้นถ้าผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าวไม่ได้รับการช่วยเหลือให้กำลังใจจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคมโดยเฉพาะครอบครัวและบุคคลที่เป็นที่รักแล้วจะกลายเป็นปฏิกิริยาย้อนกลับทำให้โรคเลวร้ายลง และผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นอีก

เนื่องจากความพยายามในการป้องกัน และลดสาเหตุของการเกิดโรคยังไม่ได้ผลเท่าที่ควรดังจะพบว่าสถิติของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยังคงทวีจำนวนมากขึ้นทุกปี ประกอบกับผลกระทบต่าง ๆ จากอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคนี้ยังผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานทำให้ความสนใจส่วนใหญ่และจุดประสงค์ของการรักษาพยาบาลในปัจจุบันหันมาให้ความสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคนี้มากขึ้น (Moynihan 1984 : 441) ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งปรารถนาในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคนไม่เฉพาะแต่ในบุคคลทั่วไปเท่านั้น แต่รวมถึงบุคคลที่ได้รับความเจ็บป่วย ซึ่งต่างตระหนักว่าชีวิตที่มีค่านั้นไม่ใช่อยู่ที่การมีชีวิตที่ยืนยาวแต่แท้ที่จริงอยู่ที่คุณภาพหรือการมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ฉะนั้นการพยายามช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขในชีวิตจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด (Taylor 1987 : 234) บุคลากรในทีมสุขภาพได้ให้ความสนใจเพิ่มขึ้น

เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางที่ดีซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของกาลลาเกอร์ (Gallagher 1987 : 20) ที่กล่าวว่าโครงสร้างใหม่ของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่บนพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ไม่ใช่อยู่ที่คุณภาพของการดูแลรักษาเท่านั้น ในปัจจุบันคุณภาพชีวิตได้กลายเป็นเป้าหมายหลักของการรักษาพยาบาลและถือเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงคุณภาพของการพยาบาลผู้ป่วยอย่างแท้จริงซึ่งจะต้องคำนึงถึงการวางแผน การปฏิบัติการประเมินผลการดูแล และการกำหนดนโยบายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับความทุกข์ทรมานตลอดชีวิตอันเนื่องจากปัจจัยหลายด้านดังกล่าว ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาทีมสุขภาพในการช่วยให้เขาสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและการพยาบาลเกี่ยวข้องไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและลดอัตราการตายของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมิบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญในช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม แต่เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวที่ซับซ้อนโดยขึ้นอยู่กับธรรมชาติและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการที่พยาบาลจะหาแนวทางหรือกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้นั้น จำเป็นต้องทราบถึงองค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่การประเมินปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลหรือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคนี้ยังได้รับความสนใจเพียงเล็กน้อยจากบุคลากรทางการพยาบาล แม้ว่าปรัชญาการพยาบาลจะมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ก็ยังไม่มีการวัดหรือการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบที่แท้จริง (Burckhardt 1985 : 11) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของบราวน์และคณะ (Brown, et al. 1981 : 1136) ว่าบุคลากรในทีมสุขภาพยังมีความรู้เล็กน้อยเกี่ยวกับการกำหนดหรือพิจารณาความรู้สึก เป็นสุขของผู้ป่วยและยังไม่สามารถกำหนดลักษณะของตัวแปรที่บรรเทาหรือร่วมเป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ความเข้าใจตัวแปรที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับโรคเป็นสิ่งจำเป็นต่อการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงได้มีผู้พยายามศึกษาเพื่อจำแนกหรือค้นหาองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังเช่นเทย์เลอร์ (Taylor 1987 : 234-235) กล่าวว่าโรค ความรุนแรงของอาการ และการรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจตายเป็นเรื่องสำคัญที่รบกวนความสุขในชีวิตของผู้ป่วย และสรุปว่าองค์ประกอบต่าง ๆ ที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคนี้อาจแบ่งง่าย ๆ ได้ 3 กลุ่ม คือ อาการ การรับรู้ของผู้ป่วย และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น ขึ้นกับสมรรถภาพของหัวใจ และการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายหลังจากเป็นโรค เช่นเดียวกับการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบของบรุคฮาร์ด (Burckhardt 1982) ซึ่งใช้กรอบความรู้ (Cognitive frame work) ของลาซารัส (Lazarus) เป็นแนวทางในการประเมิน โดยกล่าวถึงความสัมพันธ์ ระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อมจะนำมาสู่การปรับตัว โดยสิ่งแวดล้อมนั้น ได้แก่ สิ่งแวดล้อมด้านร่างกาย สังคม สถานภาพส่วนตัว และปัญหาที่บุคคลต้องปรับตัวซึ่งเป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการที่บุคคลจะปรับตัวได้อย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับตัวกลางซึ่งหมายถึงการประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์ของบุคคล ได้แก่ ความคิด การรับรู้ หรือกลไกการตระหนักรู้ ส่วนผลลัพธ์ของการปรับตัวหมายถึงคุณภาพชีวิต จากกรอบความรู้ของลาซารัสที่บรุคฮาร์ดได้คัดเลือกสถานภาพส่วนตัว ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายซึ่งเป็นผลกระทบจากโรค ทักษะติดต่อโรคและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ จากผลการศึกษาของบรุคฮาร์ดดังกล่าวพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจริงตามสมมุติฐาน นอกจากนี้ยังพบว่า สถานภาพส่วนตัวที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ (Burckhardt 1985a; Padilla & Grant 1985; Mc Sweeny, et al. 1982) สถานภาพสมรส (Eaton 1978; Thoists 1982 ; Warheit 1979 cited in Somchit Hanucharurnkul 1988 : 16) ระดับการศึกษา (Cameran 1974) อาชีพ รายได้ของครอบครัว (Levy & Wynbrant 1975) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Lewis 1982) และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจอย่างยิ่งที่จะศึกษาถึงปัจจัยบางประการ อันได้แก่ สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วย ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทักษะติดต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยว่า มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลได้ใช้ตัวแปรเหล่านั้น ในการประเมินผลเพื่อวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพอัน เป็นเป้าหมายใหม่ของการพยาบาลยุคปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วยอันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและจำนวนครั้งของการ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโรคกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
5. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยศึกษาความสัมพันธ์ทุกคุณ และสร้างสมการถดถอยโดยมี สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วย ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทัศนคติต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นตัวเกณฑ์

สมมุติฐาน

1. สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วยอันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2. ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3. ทศนคติต่อโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

5. สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วย ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทศนคติต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยศึกษาในผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมานานอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งผู้ป่วยชายและหญิงที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ และที่แผนกตรวจโรคอายุรกรรม ตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 120 คน โดยไม่จำกัดอายุ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการ เพื่อให้พยาบาลนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและใช้ในการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ดีขึ้น

2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิตตลอดจนปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพยาบาล และการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการบริหาร เป็นแนวทางที่จะให้ผู้บริหารทางการพยาบาลพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้ทราบและตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตลอดจนส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4. เป็นแนวทาง สำหรับการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามต่างๆของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายถือว่าเป็นข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

นิยามศัพท์

1. ปัจจัยบางประการ หมายถึง สภาวะที่สำคัญบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อันได้แก่ สถานภาพส่วนตัว ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทศนคติต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

1.1 สถานภาพส่วนตัว หมายถึง สถานภาพประจำตัวของผู้ป่วยอันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ

เพศ หมายถึง เพศของผู้ป่วย แบ่งเป็นเพศชาย และเพศหญิง
 อายุ หมายถึง จำนวนเต็ม เป็นปีของอายุผู้ป่วยนับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่
 ผู้วิจัยทำการศึกษา

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ป่วยที่แบ่งตามการสมรส
 คือ สถานภาพสมรสโสด คู่ หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วย แบ่งเป็น
 ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษา ปวช. หรืออนุปริญญา ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

อาชีพ หมายถึง อาชีพปัจจุบันที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ แบ่งเป็นทำงานบ้าน
 รับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ หรืออยู่บ้านเฉย ๆ

รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
 หัวใจตาย เมื่อผู้ป่วยมีสถานภาพสมรส โสด หรือหมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยและคู่สมรส
 เมื่อผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสคู่ หรือหมายถึง รายได้ต่อเดือนของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่
 รับผิดชอบในการที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในความรับผิดชอบของผู้อื่น

ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง ระยะเวลา
 เวลานับ เป็น เดือนหรือปี ตั้งแต่ผู้ป่วยทราบว่าตนเอง เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจนถึงวันที่ผู้วิจัย
 ทำการศึกษา

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ หมายถึง
 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วย เข้ามานอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ นับตั้งแต่ทราบว่าตนเอง
 เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

1.2 ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย หมายถึง ระดับของการ
 สูญเสียความสามารถด้านร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย
 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ทศนคติต่อโรค หมายถึง ความรู้สึกทางด้านบวกหรือลบ ที่ผู้ป่วยมีต่อ
 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดทศนคติต่อโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวการวัด
 ทศนคติทางตรงของออสกู๊ดและคณะ (Osgood, et al. 1957)

1.4 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกี่ยวกับกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยติดต่อสัมพันธ์ด้วย ซึ่งกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือนั้นช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ได้

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1.4.1. การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนหรือการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

1.4.2. การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ซึ่งได้แก่ การได้รับกำลังใจ ความรักใคร่ห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ได้รับความมั่นใจ มีความผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน การได้รับการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า ตลอดจนการช่วยให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

1.4.3. การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน หรือบริการบางประการ

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกเป็นปกติสุขของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคลประเมินโดยดัดแปลงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของบรุคฮาร์ด (Burckhardt) ประกอบด้วย

2.1 แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ประเมินโดยใช้แบบวัด แอลเอสไอ-แซด (LSI-Z หรือ Life Satisfaction Index) ของวูด และคณะ (Wood, et al. 1969) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของนีวการ์เทน และคณะ (Neugarten, et al. 1961)

2.2 แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง (Domain Satisfaction Rating Scale) ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่องของ ฟลานาแกน (Flanagan 1978)

2.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life Rating)



วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญเรียงลำดับดังนี้ คือ

แนวความคิด เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ปัญหาที่บุคคลต้องปรับตัว : ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย

ปัจจัยด้านสถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วย

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ทัศนคติต่อโรค

แนวความคิด เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คำว่า คุณภาพชีวิตปรากฏขึ้นเป็นครั้งแรกในสำนวนที่สละสลวยของรัฐบาลอเมริกา ในปี ค.ศ.1960 (Burckhardt 1982 : 2) เนื่องจากเป็นเรื่องที่สำคัญในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่าง ๆ ในปัจจุบัน โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่า ถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะทำให้ดี และรวดเร็วขึ้น การที่คนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต้องรู้จักคิด รู้จักทำ รู้จักตัดสินใจ คำว่า คุณภาพชีวิตจึงเกิดขึ้นพร้อมกับคำว่าประชากรศึกษา โดยถูกกำหนดขึ้นจากปัญหาความเป็นอยู่ที่สมดุลของมนุษย์ (สุกษัย สุรวรรณ 2529 : 85) และกำลังได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากทั้งภาครัฐ เอกชน สังคม ตลอดจนถึงการบริการสุขภาพ นักวิชาการและนักการศึกษาในหลาย ๆ ประเทศได้พยายามวางแนวความคิดและทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพ

ชีวิตตลอดจนพยายามหาระดับความมีคุณภาพชีวิตของบุคคลว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันมากในระดับฐานความคิดของแต่ละวิชาชีพ และพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเป็นที่ประจักษ์ว่าคุณภาพชีวิตมิได้มุ่ง หรือให้ความสนใจเพียงการบรรลุความต้องการในปริมาณหรือความสมบูรณ์ของวัตถุสิ่งของ หรือเศรษฐกิจการเงินเท่านั้น แต่เป้าหมายที่เปลี่ยนแปลงไปคือมุ่งให้ความสนใจและยึดถือความต้องการทางด้านจิตสังคมของบุคคลมากขึ้น ซึ่งเป็นแนวความคิดใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจกันอย่างกว้างขวาง เนื่องจากความคิดเห็นที่ตรงกันว่าเงินไม่อาจจะซื้อความสุขได้

ความหมายของคุณภาพชีวิต

เนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องค่านิยม มีธรรมชาติและปฏิกิริยาที่ซับซ้อนระหว่างองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตซึ่งเป็นนามธรรมได้อย่างชัดเจนแน่นอน ได้มีผู้พยายามที่จะอธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตแตกต่างกันมากมายตามทรรศนะของแต่ละคนดังนี้

ดาลเคย์ และไรคี (Dalkey & Rourke 1973) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงความรู้สึกเป็นปกติสุขของบุคคล ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับชีวิตของตน หรือมีความสุขและไม่มีความสุข ซึ่งแคมป์เบล (Campbell 1976 cited in Ferrans & Powers 1985 : 16) ได้แย้งว่า ความสุขและความพึงพอใจเป็นแนวความคิดที่แตกต่างกัน โดยกล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นการประเมินทางปัญญา ขณะที่ความสุขเป็นความรู้สึกหรืออารมณ์

ดูบอส (Dubos 1976:8-9) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตที่พอสรุปได้ว่า คือ ความอิ่มเอมในชีวิต (Joie de vivre) ซึ่งแสดงถึงความสุข การกำหนดหรือตัดสินใจตัดสินความสุขของกลุ่มสังคมหนึ่งจะแตกต่างกับอีกกลุ่มสังคมหนึ่งและแตกต่างกันในแต่ละบุคคลด้วย แต่เทย์เลอร์ (Taylor 1987 : 235) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตไม่สามารถแปลได้ง่าย ๆ ว่าเป็นความสุข เพราะคำว่าความสุขได้รับผลกระทบจากองค์ประกอบมากมาย แต่จิตวิสัยความพึงพอใจในแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างเห็นได้ชัด

อุทุมพร จามรمان (2530 : 1) กล่าวถึงการให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า บางคนหมายถึงสภาพทางจิตใจที่รู้สึกมีความสุข บางคนมองถึงบริการของรัฐที่ก่อให้เกิดความสะดวกสบาย บางคนมองครอบคลุมถึงสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมที่กลมกลืนกัน และบางคนมองเฉพาะสังคมที่มีระเบียบและมีความปลอดภัย

บดี ณะมัน (2530 : 821) สรุปว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง สภาพความเป็นอยู่ในทางที่ดีทั้งในแง่ของส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ทัศนีย์ จินางกูร (2530 : บทนำ) กล่าวสรุปว่า แม้จะมีผู้ให้ความหมายที่แตกต่างกัน แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ คุณภาพชีวิตบ่งบอกสภาพความเป็นอยู่ที่ดีในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล

ลิปพนนท์ เกตุทัต (2523 : 2) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตในแนวของการปรับตัวว่า คือ ชีวิตที่มีความสุข ชีวิตที่สามารถปรับตนเองให้เข้ากับธรรมชาติ ทั้งธรรมชาติทางกายภาพและทางสังคม และสามารถปรับธรรมชาติให้เข้ากับตนเองโดยไม่เบียดเบียนธรรมชาติ และสังคม ไม่เบียดเบียนผู้อื่น

โดยสรุปแล้ว ปัจจุบันมีผู้นิยามให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกันคือ คำว่า ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) และมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า ความสุข (Happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

คุณภาพชีวิตกับการให้บริการทางสุขภาพ

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างเห็นได้ชัดในระบบการบริการทางสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากคุณภาพชีวิต เป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคน เพราะไม่ว่าใครก็ตามที่เกิดมาต่างมุ่งหวังที่จะให้ชีวิตของตนมีคุณภาพดีที่สุดในแนวที่ตนปรารถนาทั้งสิ้น แม้กระทั่งผู้ที่เจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความ เครียดอันเนื่องมาจากโรคร้ายไข้เจ็บ

ผู้ป่วยจะพยายามปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เท่าที่จะสามารถกระทำได้ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ เช่น การพยายามป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรักษาความคงที่ของสิ่งแวดล้อม สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพก็เริ่มตระหนัก และให้ความสนใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งแสดงถึงการ เปลี่ยนแปลงทัศนคติและความ เชื่อว่าคุณค่าของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมิใช่ตัดสิน เฉพาะที่การรอดชีวิตหรือการที่สามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไปของผู้ป่วย เท่านั้นแต่ยังขึ้นอยู่กับคุณภาพของชีวิตที่อยู่รอดนั้นด้วย นอกจากนี้ยังได้มีการพิจารณาและกำหนดเอาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน เป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ซึ่งทำให้นบทบาทของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยขยายวงกว้างออกไปอีกมากมายนั่นก็คือ การประสมผลสำเร็จในการดูแลคนแบบองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ดูปอส (Dubos 1976 : 8) ที่ว่า ในทางทฤษฎีบทบาทของทีมนสุขภาพมี เพียงป้องกันหรือแก้ไขความผิดปกติของร่างกาย และจิตใจ แต่ในทางปฏิบัติบทบาทนี้ได้ขยายไปในหลายแง่มุมอื่น ๆ ของชีวิตอีกมากมาย โดยความจริงแล้ววิชาชีพทางการแพทย์ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละบุคคลและชุมชนทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งไม่ เพียงกระทำผ่านทาง การรักษาพยาบาลเท่านั้นแต่ยังผ่านทาง การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น นอกจากนี้โฮลล์ม (Holmes 1985 : 43) ยังกล่าวว่า การให้ความสนใจในคุณภาพชีวิต และการคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในบทบาทของพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ เผชิญกับชีวิตประจำวันที่ทำทนาย การให้การพยาบาลเกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านร่างกาย และการประ เหมินอย่างต่อเนื่อง คุณภาพของการดูแลจึงต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็น เป้าหมายที่แท้จริงของการให้บริการทางสุขภาพในปัจจุบัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นแนวความคิดที่ซับซ้อนมาก แม้จะได้มีการศึกษาวิจัยมากมายเพื่อหาข้อสรุปชี้แจง และพยายามอธิบายความหมายและความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต แต่ก็ยังไม่อาจบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ โดยเฉพาะการค้นหาคำตอบของปัญหาที่ว่า องค์ประกอบหรือปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องอย่าง เป็น เหตุ เป็นผลต่อกัน และองค์ประกอบเหล่านี้ มีปฏิกริยาหรือมีอิทธิพลอย่างไรต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งพบว่าการศึกษา เกี่ยวกับเรื่องนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับ

การพิจารณาอย่างเป็นระบบ ดังนั้นการศึกษาเพื่อให้ได้คำตอบที่ถูกต้องตามความต้องการและเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบที่เป็น เหตุ เป็นผลในการอธิบาย เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจึงได้มีการศึกษาโดยใช้กรอบทฤษฎีหรือกรอบความรู้ (Cognitive Framework) ของลาซารัส (Lazarus) มาเป็นแนวทาง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้คือ

ลาซารัสได้เสนอกรอบความรู้เกี่ยวกับบุคคล-สิ่งแวดล้อม (Cognitive Person Environment Framework) ภายใต้ข้อสันนิษฐานเดิมที่ว่ามนุษย์อยู่เหนือสิ่งแวดล้อมมาเป็นมนุษย์และสิ่งแวดล้อมมีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน และเสนอว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ และสิ่งแวดล้อมนี้นำมาสู่ผลลัพธ์ของการปรับตัว ลาซารัสได้แบ่งกรอบความรู้นี้ออกเป็น 3 องค์ประกอบใหญ่ ๆ คือ

1. สิ่งนำเข้า หรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Input or Antecedents)
2. ตัวกลาง (Mediators)
3. ผลลัพธ์ (Outcomes)

1. สิ่งนำเข้าหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อน คือ ตัวแปรทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีต่อมนุษย์ และสัตว์ หรือคือองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

1.1 สิ่งแวดล้อมทางด้านร่างกาย (The physical environment) ได้แก่ สภาพอากาศ ภูมิประเทศ สิ่งที่เป็นธรรมชาติ และสิ่งประดิษฐ์ ซึ่งประกอบขึ้นเป็นพื้นฐานที่ช่วยให้มนุษย์มีชีวิตรอยู่ได้

1.2 สิ่งแวดล้อมทางสังคม (The social environment) ได้แก่ สถานการณ์ทางสังคม หรือขนบธรรมเนียมประเพณี บทบาท

1.3 ลักษณะของประชากร (Population characteristics) ได้แก่ ตัวแปรทางด้านประชากร (Demographic variables)

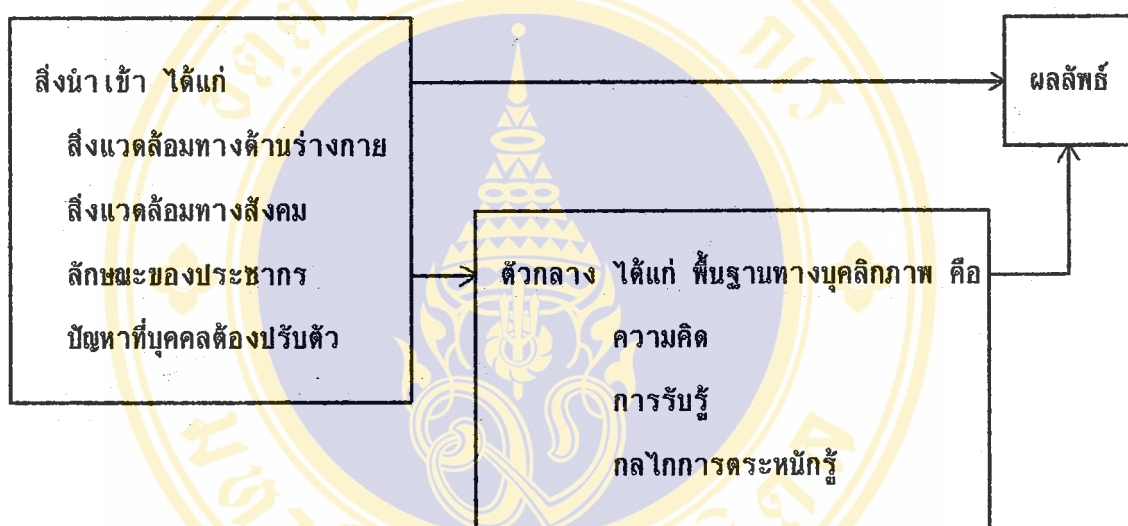
1.4 ปัญหาที่บุคคลจะต้องปรับตัว โดยแบ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต หรือ เหตุการณ์ที่รุนแรง และ เหตุการณ์คงที่หรือเกิดซ้ำ ๆ เรื้อรังในสิ่งแวดล้อมซึ่งจะมีความสำคัญ เมื่อส่งผลกระทบต่อบุคคล หรือภาวะนั้นทำลายความปกติสุขของเขา ดังนั้นตามความหมายนี้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอื่น เนื่องมาจากความเจ็บป่วยจึงจัดเป็นตัวแปรทางด้านสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ลาซารัสยังเชื่อว่า ตัวแปรทางด้านสิ่งแวดล้อมไม่ได้มีอิทธิพลต่อบุคคลหรือ ต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวของบุคคลโดยอิสระ แต่ยังขึ้นกับกระบวนการแทรก (intervening process) ซึ่งบุคคลประเมินจากผลกระทบของสิ่งแวดล้อม ซึ่งเรียกว่าตัวกลาง

2. ตัวกลาง ลาซารัสพิจารณาว่าตัวกลางนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ของบุคคลต่อ สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งแวดล้อมกับผลลัพธ์ของการปรับตัว ตัวกลางที่สำคัญที่สุดคือพื้นฐานทางบุคลิกภาพ ที่แตกต่างกันของบุคคลซึ่ง ได้แก่ความคิด การรับรู้หรือกลไกการตระหนักรู้ (awareness mechanism) ซึ่งบุคคลกลั่นกรองออกจากสิ่งแวดล้อมและอาจปรากฏออกมาทันทีหรือซ่อนเร้นอยู่ ได้มีการโต้เถียงกันมากเกี่ยวกับการตัดสินใจหรือการประเมินสถานการณ์หรือ เหตุการณ์ของบุคคล เมื่อรับรู้หรือตระหนักถึงสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งการประเมินนี้เป็นวิธีที่บุคคลเข้าใจข้อมูล และให้ความสนใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน การแสดงการรับรู้หรือการประเมินของบุคคลมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่ไม่แน่นอนและไม่เหมือนกันอย่างสมบูรณ์จาก ช่วงเวลาหนึ่งหรือสถานการณ์หนึ่ง และอีกประการหนึ่งเนื่องมาจากกระบวนการคิดของแต่ละ บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ สิ่งเหล่านี้ผลักดันให้บุคคล เลือกและหาหนทางแก้ไขหรือควบคุม เหตุการณ์ที่คุกคามหรือท้าทายซึ่งเป็น เรื่องสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้วย ในการศึกษาคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ โดยอาศัยกรอบความรู้ของลาซารัสนี้ บรูคฮาร์ดได้จัดให้ การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม ทักษะติดต่อโรค ความรู้สึกรู้ค่าในตนเองและความเชื่ออำนาจควบคุม ภายนอกภายในเป็นตัวกลาง

3. ผลลัพธ์ ลาซารัสกล่าวอย่างกว้าง ๆ ว่าผลลัพธ์คือความสำเร็จหรือความล้มเหลว ของการปรับตัว โดยธรรมชาติบุคคลจะมีแรงขับภายในที่จะไม่ยอมอยู่ภายใต้หรือ เป็นเหยื่อของ สิ่งแวดล้อม แต่จะค่อย ๆ ประเมินความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องเพื่อหาสภาพที่ เหมาะสมต่อความต้องการของตน บุคคลส่วนมากมีความสามารถในการปรับตัวและประสบความสำเร็จ

จากการใช้วิธีการต่าง ๆ แม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตหรือความเจ็บป่วยที่ทำให้เสื่อมสมรรถภาพ ผลลัพธ์ที่ตั้งเป้าหมายไว้คือ การปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถ้าจะพิจารณาจากหลาย ๆ มิติ อาจมองว่าผลลัพธ์คือ สุขภาพร่างกาย หน้าที่ทางสังคม ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งในการศึกษานี้ผลลัพธ์ในความหมายของลาซาร์ส คือ คุณภาพชีวิตนั่นเอง กรอบความรู้ของลาซาร์สอาจแสดงเป็นแผนภูมิดังนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบความรู้ เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อมของลาซาร์ส

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวความคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีข้อตกลงที่สมบูรณ์แบบที่จะแสดงถึงเรื่องต่าง ๆ ของชีวิตที่ควรจะรวมอยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามมีแนวความคิดหนึ่งที่สอดคล้องกันคือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นมิติที่สำคัญที่สุด และถือว่าเป็นบารอมิเตอร์ของการประเมินคุณภาพชีวิต (Laborbe & Powers 1980 : 19) แคมป์เบล และคณะ (Cambell, et al. 1976) ได้รายงานว่าในการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไป แต่ละบุคคลจะตอบโดยใช้คำว่าความพึงพอใจในชีวิต เมื่อถาม เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเขา จึงได้มีการใช้ความพึงพอใจในชีวิต เป็นมิติหนึ่งของ

คุณภาพชีวิตกันอย่างกว้างขวางทั้งในภาวะสุขภาพดี และสภาวะของการเจ็บป่วยโดยมีแนวความคิดว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการปรับตัวทางจิตสังคมที่สำคัญ ไชชน (chown 1977 cited in Burckhardt 1982 : 25) ได้เพิ่มเติมว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นส่วนประกอบทางอารมณ์ของทัศนคติของบุคคลที่มีต่อชีวิตของตน และอาจแสดงถึงผลสะท้อนของความรู้สึกของเขาเกี่ยวกับอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยจะสะท้อนถึงระดับของความสัมพันธ์ระหว่างความหวังแรกเริ่ม เป้าหมาย และความสำเร็จของเขา

นอกจากนี้ได้มีการประเมินคุณภาพชีวิตโดยพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต โดยแบ่งเป็น

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียวซึ่งนิยมกันมากในการศึกษาเดิม บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมดซึ่งถือว่าการประเมินที่เที่ยงตรง และเชื่อถือได้ (Andrew & McKennell 1980; Cantril 1985) วิธียี้ (Withey 1985 อ้างถึงใน Somchit Hanucharunkul 1988 : 35) กล่าวว่าบุคคลสามารถสรุปคุณภาพชีวิตทั้งหมดโดยยึดการมองความปกติสุขของเขา ซึ่งเป็นการสะท้อนทางจิตวิสัยของความจริงที่เขา เป็นหรือประสบอยู่
2. การประเมินโดยมีทฤษฎีว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ คือ การที่บุคคลประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยอยู่บนพื้นฐานของเกณฑ์ต่าง ๆ มากมาย โดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตเป็นโครงสร้างอันหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสภาพทั้งหมดของการดำรงชีวิตของมนุษย์ การศึกษาวิจัยตามแนวการประเมินนี้เริ่มต้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 โดยได้มีการศึกษาเพื่ออธิบายถึงการรับรู้ความสุข ความพึงพอใจ และความปกติสุขทางด้านจิตใจ คือมุ่งที่ทฤษฎีความสุขทางจิตของประชาชนชาวอเมริกัน พบว่าการจัดอันดับความสุข (Happiness rating) ของตนเองเป็นการวัดทางจิตวิสัยของการปรับตัวที่เชื่อถือได้ และในปี ค.ศ. 1965 นักวิจัยได้มุ่งให้ความสนใจในการตอบสนองของการรับรู้เกี่ยวกับความสุขของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าการจัดอันดับหรือการให้คะแนนโดยผู้อื่นที่มีความชำนาญ (Burckhardt 1982 ; Holmes 1985)

การวิจัยได้พยายามค้นหาว่า อะไร เป็นแหล่งที่สำคัญที่สุดของความสุข โดยให้ผู้ป่วยตอบว่า เรื่องเฉพาะที่สำคัญต่อชีวิตของเขามีอะไรบ้าง และให้จัดอันดับความพึงพอใจในเรื่องเหล่านั้น เช่น แคมป์เบล และคณะ (Cambell, et al. 1976) พบว่าคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกันอธิบายได้จากโครงสร้าง 5 มิติ คือ ความปกติสุขทางด้านร่างกาย และวัตถุ การสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ กิจกรรมทางสังคมและชุมชน การพัฒนาตนเอง และการบรรลุความปรารถนา และการสันถนาการ จากการศึกษาของแคมป์เบลพบว่าคะแนนที่ได้จากการวัดความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องต่าง ๆ สามารถอธิบายความปกติสุขได้ร้อยละ 54

นอกจากนี้ ฟลานาแกน (Flanagan 1978 : 138-147) ได้ทำการศึกษาเพื่อค้นหาความต้องการหรือตัวบ่งชี้ที่แสดงถึงความต้องการที่แท้จริงของคุณภาพชีวิตของคนอเมริกันโดยทำการสำรวจจากชาวอเมริกันเกือบ 3,000 คน ที่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ เชื้อชาติ และภูมิหลัง โดยได้สุ่มตัวอย่างจากแหล่งต่าง ๆ ของประเทศ จากการศึกษาฟลานาแกนพบว่าเรื่องต่าง ๆ ที่ชาวอเมริกันส่วนใหญ่กำหนดว่าเป็นส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตมี 15 เรื่อง เรียกว่า Domain Life Satisfaction ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับ

1. ความปกติสุขทางด้านร่างกาย และองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต แบ่งเป็น

1.1 องค์ประกอบในการดำเนินชีวิตประกอบด้วย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในทรัพย์สิน

1.2 สุขภาพ และความปลอดภัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การมีความสุข ความปลอดภัยจากความเจ็บป่วยด้านร่างกาย และจิตใจ

2. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แบ่งเป็น

2.1. สัมพันธภาพกับคู่สมรส หรือคู่รัก

2.2. การเลี้ยงดูบุตรหลาน

2.3. สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว

2.4. สัมพันธภาพกับเพื่อนสนิท

3. กิจกรรมทางสังคม ชุมชนและกิจกรรมของพลเมือง แบ่งเป็น

3.1. กิจกรรมในการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม

3.2. กิจกรรมในท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐ

4. การพัฒนาตนเอง และมีความรู้สึกภูมิใจ แบ่งเป็น

4.1. การพัฒนาสติปัญญา มีการเรียนรู้ และมีความสามารถในการแก้ปัญหา

4.2. ความเข้าใจส่วนบุคคล และการวางแผนของตนเอง ได้แก่ การมี

เป้าหมาย และหลักเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต

4.3. การประกอบอาชีพการงาน ได้รับการยอมรับ และประสบความสำเร็จ

ในการทำงาน

4.4. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

5. สันทนาการ

5.1. การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

5.2. การได้รับสิ่งบันเทิง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ

5.3. การหาสิ่งพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การออกกำลังกาย เล่นกีฬา และการ

ท่องเที่ยว

นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาเครื่องมือซึ่งใช้วัดความพึงพอใจทางด้านจิตใจของประชากรผู้สูงอายุ เรียกว่า ดัชนีความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction Index) สร้างขึ้นโดยนิวการ์เทิน และคณะ (Neugarten, et al. 1961 : 134-143) เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางมานานกว่า 20 ปี ประกอบด้วยการวัด 5 ส่วนประกอบ คือ

1. ความสนุก (Zest) คือมีความสุขความพึงพอใจจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นกิจกรรมของชีวิตประจำวัน

2. ความตั้งใจและความอดทน (Resolution and Fortitude) คือ การคิดว่าชีวิตมีความหมาย และยอมรับอย่างเด็ดเดี่ยวในสิ่งที่ชีวิตเป็นอยู่

3. ความสมดุลระหว่างความปรารถนา และการได้รับความสำเร็จตามเป้าหมาย (Congruence between desired and achieved goals) คือ ความรู้สึกประสบความสำเร็จในเป้าหมายสำคัญที่ตั้งใจว่าจะทำ

4. อึดมั่นในทัศนคติทางด้านบวก (positive self-concept) คือการยึดถือความนึกคิดทางด้านบวกของตนเอง

5. อารมณ์ที่เป็นสุข (positive mood tone) คือการมีความสุขมองโลกในแง่ดี

แคมป์เบล และคณะ (1976) ให้ความเห็นว่าการวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้เรื่องต่าง ๆ (domains) สามารถกำหนดหรือเตรียมข้อมูลสำหรับคุณภาพชีวิตได้มากกว่าไม่เพียงแต่ช่วยให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต แต่ยังสามารถช่วยให้นักสังคมศาสตร์ และนักวางแผนตัดสินใจเปลี่ยนแปลงของรอบเหล่านั้นไปในรูปของนโยบายทางสังคม นอกจากนี้ในแง่ของการประเมินในผู้ป่วย พาดิลลา และแกรนท์ (Padilla & Grant 1985) ให้ความเห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจจะเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เนื่องจากช่วยทำให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาถึงผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ สามารถแสดงให้เห็นว่าทำไมผู้ป่วยจึงพึงพอใจ และไม่พึงพอใจกับอะไร เช่น พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งถูกกระทบจากองค์ประกอบต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ สถานภาพส่วนบุคคล ตำแหน่งและระยะของมะเร็ง แบบแผนของการรักษา ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และการสนับสนุนทางสังคม (Somchit Hanucharurnkul 1988 : 39) ส่วนการที่ผู้วิจัยจะเลือกใช้โครงสร้างใดมาเป็นองค์ประกอบขึ้นกับทฤษฎีและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ถ้าศึกษาในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่

องค์ประกอบที่เป็นผลจากโรคและการรักษา และคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาได้จากความรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจกับเรื่องต่าง ๆ ของชีวิต แต่ยังไม่มีการตกลงที่แน่นอนเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ที่แท้จริงของชีวิตที่ควรจะร่วมอยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิต (Ferrans & Powers 1985 : 16) นั่นคือ การศึกษาคุณภาพชีวิตยังไม่มีผลสอดคล้องกันในเรื่องตัวแปรที่ใช้ในการวัด ฟลินน์ และฟรานซ์ (Flynn & Frantz 1987 : 159) จึงแยกการศึกษาคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 หลักใหญ่ ๆ คือ

1. การวัดในเชิงวัตถุวิสัย (The objective approach) แสดงถึงภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรมหรือลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินโดยบุคคลอื่นหรือด้วยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ทางด้านร่างกาย เป็นต้น
2. การวัดในเชิงจิตวิสัย (The subjective approach) เป็นการสอบถามอ้างอิงของแต่ละบุคคลโดยขึ้นอยู่กับความรู้จากประสบการณ์ในอดีตของตนเองสะท้อนถึงภาวะทางอารมณ์ เช่น ความปรารถนา ความพอใจในชีวิต ส่วนใหญ่จะเห็นว่าการวัดในเชิงจิตวิสัยของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่ดีและน่าเชื่อถือที่สุด เพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง

การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของบรุคฮาร์ด (Burckhardt 1982) มาดัดแปลงซึ่งประกอบด้วย 3 เครื่องมือ คือ

1. แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต บรุคฮาร์ดประเมินโดยใช้แบบวัดแอลเอส ไอ แซต (LSI-Z) ของวูด และคณะ (Wood, et al. 1969) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากดัชนีวัดความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction Index หรือ LSI) ของนิวการ์เทน และคณะ (Neugarten et al. 1961) ให้เป็นเครื่องมือที่สั้นลงและเชื่อถือได้มากขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 2, 1, 0 วูดและคณะได้นำเครื่องมือ

นี้ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 100 คน และคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนแบค (Cronbach's alpha) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น = .79 บุรุษาร์ดได้นำเครื่องมือแอล เอส โอ-เซด ไปใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจำนวน 94 คน และเนื่องจากเครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อใช้วัดความปกติสุขทางด้านจิตวิสัยของผู้สูงอายุ บุรุษาร์ดจึงได้ดัดแปลงข้อความบางข้อในแบบวัดเพื่อลดอคติในเรื่องอายุ และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของฮอยท์ (Hoyt) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น = .78

2. แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง (Domain Satisfaction Rating Scale) ของฟลานาแกน (Flanagan 1978) ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินถึงเรื่องต่าง ๆ ที่ชาวอเมริกันให้ความเห็นว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของเขา ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความสุขสบายด้านร่างกายและองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ด้านกิจกรรมในสังคม ด้านการพัฒนาตนเองและมีความรู้สึกภูมิใจ และด้านการพักผ่อนหย่อนใจ แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ เรียกว่า Delighted-Terrible Scale ที่สร้างโดยแอนดรูส์ และวิทธีย์ (Andrews & Withey 1976) บุรุษาร์ดได้นำเครื่องมือนี้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของฮอยท์ได้ว่าความเชื่อมั่น = 0.81

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life Rating) แบบวัดนี้บุรุษาร์ดใช้เพียงคำถามเดียวให้ผู้ตอบสรุปถึงคุณภาพชีวิตทั้งหมดของตนเอง

เหตุผลที่ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตของบุรุษาร์ดมาดัดแปลงใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ

1. แบบวัดนี้บุรุษาร์ดได้นำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถึงแม้ว่า เครื่องมือแต่ละแบบที่บุรุษาร์ดนำมาประกอบกันจะเป็นเครื่องมือที่ใช้ในคนปกติและผู้สูงอายุ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ บุรุษาร์ดสรุปว่าประชากรผู้สูงอายุและคนพิการไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากประชากรทั่วไปในคุณค่าที่พวกเขาพิจารณาว่าสำคัญต่อชีวิต (Burckhardt 1982 : 31)

2. เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่กว้างและซับซ้อน การใช้เครื่องมือในการประเมินมีมากมายหลายแบบ ซึ่งโดยมากจะเลือกใช้วิธีการประเมินในแบบใดแบบหนึ่งของการประเมิน โดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียวหรือหลายมิติ แต่บรูซฮาร์ดได้รวบรวมวิธีการประเมินทั้ง 2 แบบมาใช้ประกอบกันโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิตินั้น บรูซฮาร์ดได้นำถึง 2 เครื่องมือมาใช้ร่วมกัน คือ แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิตของ นิวการ์เทนและคณะ และแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต เฉพาะ เรื่องของฟลานาแกน ซึ่งเป็นแบบวัดที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวางทั้งในคนปกติและผู้เจ็บป่วย และใช้วัดโครงสร้างในมิติที่แตกต่างกันจึงทำให้สามารถประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้กว้างขึ้นครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

3. เป็นแบบวัดที่มีความเชื่อมั่นสูงดังกล่าวข้างต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีผลมาจากหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ทำให้เนื้อเยื่อของหัวใจขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงมีผลให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจตายไป.

พบในเพศชาย : เพศหญิงเท่ากับ 3 : 1 และพบได้บ่อยในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยจะพบมากที่สุด ในระหว่างอายุ 50-60 ปี (เดือนฉาย ชยานนท์ 2530 : 14) จากการศึกษาพบว่า โดยทั่วไปโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมักเกิดกับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจแข็ง (Coronary atherosclerosis) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 99 (Luckmann & sorensen 1980 : 839) โดยมีองค์ประกอบที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค ได้แก่ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูงซึ่งจัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ส่วนองค์ประกอบที่มีความสำคัญรองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน ความอ้วน กรรมพันธุ์ ความเครียด และการไม่ได้ออกกำลังกาย ในปัจจุบันได้มีการรณรงค์เพื่อลดอัตราการเกิดโดยพยายามลดสาเหตุของการเกิดโรค เช่น ส่งเสริมการออกกำลังกาย และเผยแพร่ความรู้ในเรื่องโรคและการป้องกันแก่ประชาชนแต่ก็ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ขณะที่การปรับปรุงวิธีการรักษาผู้ป่วยโดยยาที่มีประสิทธิภาพสูงและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ทำให้ประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคนี้นั้น อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยจึงเพิ่มขึ้น โดยที่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้นอาจมีความทุกข์ทางกายอื่นเนื่องมาจากโรคเองและมีความทุกข์ทางใจอื่นเนื่องจากความกังวลทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว

และสังคม ออท และคณะ (Ott, et al. 1983 : 162) รายงานว่ามีประชาชนชาวอเมริกันประมาณ 1.5 ล้านคนที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีประมาณ 550,000 คนที่รอดชีวิต นอกจากนี้สมาคมโรคหัวใจของอเมริกายังรายงานว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่รอดชีวิตมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างเห็นได้ชัด ฉะนั้นการประเมินองค์ประกอบหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและซับซ้อนมาก การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้อาศัยกรอบความรู้ของลาซารัสซึ่งกล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อมโดยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวนั้นได้แก่ สิ่งนำเข้าคือ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และตัวกลาง แต่การที่จะคัดเลือกหรือกำหนดตัวแปรย่อยที่เฉพาะเจาะจงว่ามีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างแท้จริงและนำมาศึกษานั้น จำเป็นต้องพิจารณาโดยอาศัยการศึกษาผลกระทบจากโรค การทบทวนจากการศึกษาวิจัยที่ได้ศึกษามาก่อน และจากการสังเกต ซึ่งสรุปได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบและทำให้ชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้านและขาดความสุขตามกรอบความรู้ของลาซารัสมีดังนี้คือ

1. สิ่งนำเข้าหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อน คือ องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลกระทบต่อนักป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ปัญหาที่บุคคลคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องปรับตัว ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอื่นเนื่องมาจากความเจ็บป่วย หรือความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย กล่าวคือ เมื่อเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในเวลา 12 ชม. กล้ามเนื้อหัวใจของผู้ป่วยจะเปลี่ยนเป็นสีเขียวคล้ำ หลังจากนั้น 18 ชม. ไซโตรพลาสซึม (cytoplasm) ของกล้ามเนื้อจะจับกันเป็นก้อนตะกอน หลอดเลือดฝอยจะขยายตัวและเริ่มมีเม็ดเลือดขาวซึ่งส่วนใหญ่เป็น นิวโตรฟิล (Neutrophile) เข้ามาอยู่ในเนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ หลัง 24 ชม. ผ่านไปบริเวณกล้ามเนื้อที่ตายจะมีเม็ดเลือดเข้าไปแทรกอยู่เต็มไปหมด ในสัปดาห์ที่สามจะเริ่มมีแผลเป็นเกิดขึ้นโดยมีเซลล์พวกไฟโบรบลาส (fibroblast) มากขึ้นและสร้างคอลลาเจนไฟเบอร์ (collagen fiber) เข้ามาแทนที่กล้ามเนื้อที่ตาย เซลล์ของกล้ามเนื้อที่ตายจะถูกขจัดออกเหลือแต่โครงสร้างของเซลล์อยู่ และแผลเป็นจะเสร็จสมบูรณ์ในราว 4 - 8 สัปดาห์ ซึ่งจะทำให้เยื่อหัวใจในบริเวณนั้นแข็งเป็นก้อน เมื่อหัวใจบีบตัวกล้ามเนื้อส่วนที่ตายจะถูกยืดออกไปแต่ไม่สามารถ

หดรกลับมาได้ นั่นคือหัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานลดลงไม่สามารถทำหน้าที่ได้โดยสมบูรณ์ดัง เช่น ปกติ เมื่อผู้ป่วยออกกำลังกายหรือทำงานมากเกินไปจะเกิดอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยจึงต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามขีดความสามารถในการทำงานของหัวใจ นอกจากอาการเหนื่อยหอบที่เกิดจากระดับสมรรถภาพของหัวใจลดลงจะสร้างความทุกข์กังวลให้กับผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยยังได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจนของเซลล์และปริมาณออกซิเจนจากเลือดที่เลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจโดยเป็นผลจากหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละครั้งจะเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือเกิดขึ้นหลังการทำกิจกรรมบางอย่างและบางครั้งอาจรุนแรงมากจนผู้ป่วยทนไม่ได้และหวาดกลัวว่าจะทำให้ตายได้ ทั้งอาการเหนื่อยหอบและอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายไม่กล้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะรุนแรงมากขึ้นเพียงใดขึ้นกับความรุนแรงของโรค สมรรถภาพของหัวใจและความวิตกกังวลของผู้ป่วยเอง จากการศึกษาของมิกคัส (Mickus 1986 : 379-380) พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลงเนื่องจากอาการเหนื่อยง่าย และการออกกำลังกายมากทำให้เจ็บหรือแน่นหน้าอก จากการสอบถามผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นเพศหญิงพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยตอบว่ามีกิจกรรมน้อยลงหลังเป็นโรคและจากการสังเกตโดยระดับสมรรถภาพของหัวใจตามการแบ่งของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์กพบว่าร้อยละ 52 มีระดับสมรรถภาพของหัวใจลดลง ระดับสมรรถภาพของหัวใจที่ลดลงและการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายดำรงชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน เป็หน่าย เพราะต้องดำเนินชีวิตอยู่กับการที่ต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม สันทนาการหรือแม้กระทั่งกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่สมรสแล้ว ความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่สมรสมักจะเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากความกลัวว่า หากยังมีความสัมพันธ์ทางเพศกันอยู่จะเป็นอันตรายถึงชีวิต แม้ว่าจะต้องการดำรงความสัมพันธ์และให้ความพอใจแก่คู่สมรสแต่ก็ไม่กล้าที่จะมีความสัมพันธ์กันตามปกติ (ศิริอร สินธุ 2526 : 5) ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความสามารถและความมั่นใจในการควบคุมชีวิตของตนเอง รู้สึกสูญเสียอิสรภาพขาดความกระตือรือร้นในชีวิตไม่มีความหวัง และเนื่องจากการได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ หมายถึง การเป็นบุคคลที่มีสถานภาพและบทบาทในระดับหนึ่ง ทำให้มีความรู้สึกว่าคุณค่า ได้รับการยอมรับจากสังคม แต่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถทำหน้าที่หรือดำรงบทบาทต่าง ๆ ดังปกติได้ ผู้ป่วยจึงย่อมจะรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่า และไม่มีความสุขในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับความคิดของเทย์เลอร์ (Taylor 1987 : 234) ที่ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเสียไปเนื่องจากการไม่สามารถทำ

กิจกรรมต่าง ๆ ได้ตั้งปกติและความวิตกกังวลกับอาการซึ่งรบกวนต่อความสุขในชีวิตประจำวันอันจะนำไปสู่ความยุ่งยากในการปรับตัว จากผลของสมรรถภาพหัวใจที่ลดลงและการสูญเสียหน้าที่ทางด้านร่างกายอาจนำไปสู่ความคิดผิด ๆ ว่าการออกกำลังกายเพียงเล็กน้อยจะทำให้ตายได้ ผู้ป่วยจะอยู่เฉย ๆ ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย เหงา ไม่มีความสุข กลายเป็นคนสุขภาพทรุดโทรม ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอไว้ในปี 1957 ว่า ภาวะสุขภาพที่ดีควรพิจารณาในสภาวะหรือคุณภาพของร่างกายที่สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมตามสภาวะที่อำนวยความสะดวกให้ทางด้านการขนส่งและสิ่งแวดล้อม เติบโตการวัดในทางปฏิบัติของบทบาทหน้าที่ได้มีการพัฒนาโดยการวัดกิจกรรมที่ถูกจำกัด เช่น การสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยและการจำกัดกิจกรรมในการทำงาน ฉะนั้นแสดงว่าความสำคัญของบทบาทหน้าที่ เป็น เกณฑ์หนึ่งของความสุข ซึ่งฟรอยด์ ฮาวิกเฮิร์สต์และคูเฮน (Freud, Havighurst & Kuhlen cited in Katz 1987 : 459-463) ได้อภิปรายว่าความสำคัญของความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นพื้นฐานการดำรงไว้ซึ่งบทบาทของตน ทำให้สิ่งมีชีวิตปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้

ดังนั้นความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่คงอยู่อย่างเรื้อรัง และมีความสำคัญที่ส่งผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งทำลายความปกติสุขของผู้ป่วย ตัวแปรนี้จึงจัดเป็นตัวแปรทางด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการปรับตัวคือคุณภาพชีวิตตามกรอบความรู้ของลาซารัส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของฟลินน์และฟรานซ์ (flynn & Frantz 1987 : 159-166) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือด หัวใจในระยะต้นหลังผ่าตัดจำนวน 29 คน ผลของการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความสามารถในการออกกำลังกายเป็นอันดับที่ 3 ใน 8 อันดับ รองจากความสัมพันธ์ในครอบครัวและการดูแลสุขภาพ และจากการศึกษาวิจัยของบรุคฮาร์ด (Burckhardt 1985 a : 11-16) เกี่ยวกับผลกระทบของโรคข้ออักเสบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจำนวน 94 คน พบว่า ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ อีแวนส์และคณะ (Evans, et al. 1985 : 553-559) ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมหรือการปลูกถ่ายไตจำนวน 859 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีการสูญเสียหน้าที่ทางด้านร่างกายน้อยมีคุณภาพชีวิตทางจิตวิสัยดีกว่าผู้ป่วยที่มีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมาก

1.2 ลักษณะของประชากร ได้แก่ ตัวแปรทางด้านประชากร หรือคือปัจจัยด้านสถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย

1.2.1 ด้านอาชีพ สมาคมโรคหัวใจของอเมริกา รายงานว่ามีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 20-50 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหัวใจไม่สามารถกลับไปทำงานได้ (cited in Ott, et al. 1983 : 162) และสอดคล้องกับการศึกษาของโบวาร์ และเฟอร์เรส (Bowar & Ferres 1975) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80-85 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งหมด สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการความทุกข์ทรมานจากโรคจะออกจากงานอย่างน้อยที่สุด 3 เดือนหลังจากเจ็บป่วย ประกอบกันเป็นไขครายที่สภาพงานต่าง ๆ ในสังคมปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะรองรับคนที่มีบุคลิกภาพแบบ เอซึ่ง เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรค นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีกร้อยละ 20 ที่มีปัญหาในการกลับไปทำงานเดิมเพราะความจำกัดด้านร่างกายและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการงาน และพบว่าผู้ป่วยที่ออกจากงานหลังจากร่างกายฟื้นสภาพโดยสมบูรณ์แล้วนานเท่าไรจะพบความยุ่งยากในการฟื้นฟูสมรรถภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถกลับเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้มากกว่าผู้ป่วยที่กลับเข้ามาทำงาน (Lambert, et al. 1979 : 188-189) นอกจากนี้ นักสังคมวิทยายังมีความเชื่อว่าบทบาทของคนทำงาน (worker role) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตเนื่องจากช่วยทำให้บทบาทอื่น ๆ ยังคงอยู่และประสานกัน การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนที่มีคุณค่า ส่วนการออกจากงานเป็นการสูญเสียบทบาทของคนซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำ ผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนงานหรือไม่ได้กลับไปทำงานจะมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ สูญเสียความสำเร็จในการงาน สูญเสียบทบาทสถานะในครอบครัวและหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆที่เคยปฏิบัติ มีชีวิตอยู่ไปวันหนึ่ง ๆ คล้ายกับผู้ไร้ความสามารถ ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดท้อแท้และไม่มีความสุขในชีวิต พาลเมอร์และลูการ์ท (Palmore & Luikart 1972 : 68-80) ได้ทำการวิเคราะห์ตัวแปรด้านสุขภาพ กิจกรรม จิตสังคม และตัวแปรทางเศรษฐกิจ สังคมซึ่งคิดว่ามีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตในคนวัยกลางคน พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความพึงพอใจในชีวิตในเพศชายและเกือบไม่มีความสัมพันธ์ในเพศหญิง นอกจากนี้ อีแวนส์และคณะ (Evans, et al. 1985 : 553-559) ได้ศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมหรือการปลูกถ่ายไตจำนวน 859 คน พบว่าผู้ป่วยที่สามารถกลับไปทำงานมีคุณภาพชีวิตทางจิตวิสัยสูงกว่าผู้ซึ่งไม่สามารถกลับไปทำงาน

1.2.2 รายได้ของครอบครัว เนื่องจากความเจ็บป่วยกระทบกระเทือนต่อเศรษฐกิจการเงินของครอบครัว โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบได้บ่อยในเพศชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงอายุของการทำงานและเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว บุตรที่กำลังศึกษาเล่าเรียน ประกอบกับการเจ็บป่วยจำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการติดตามรับการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อไปจนตลอดชีวิต และจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติต้องเปลี่ยนงานที่ใช้กำลังน้อยลงหรือลาออกจากงาน ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวเป็นอย่างมาก ดังนั้นครอบครัวที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลางมักจะมีภาวะเดือดร้อนหรือมีปัญหาด้านการเงินและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ กังวลซึมเศร้า และคิดว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่ามากยิ่งขึ้น แม้จะมีผู้กล่าวว่าเงินไม่สามารถซื้อความสุขได้ แต่เงินก็สามารถช่วยมิให้ความทุกข์ที่มีอยู่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 18 คน และมีอายุอยู่ระหว่าง 21-56 ปี ได้พบว่ารายได้เป็นตัวแปร 1 ใน 3 ตัว ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่มีความทุกข์จากการสูญเสียรายได้ โดยพบว่าผู้ป่วย 9 คน มีรายได้ลดลงจากเดิมร้อยละ 31-88 (Levy & Wynbrandt 1975 : 1328-1330) แคเมอรันและคณะ (Cameron, et al. 1973, 1974 cited in Burckhardt 1982 : 28) ได้ประเมินการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตทั้งหมดของคนพิการ และรายงานไว้ว่า รายได้เป็นผลที่สำคัญที่สุดที่จะกำหนดให้ความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน

สรุปได้ว่าผลกระทบต่ออาชีพและรายได้ของครอบครัว เป็นตัวแปรทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นลักษณะของประชากรที่มีความเกี่ยวข้องหรือส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามกรอบความรู้ของ ลาซารัส นอกจากนี้ยังมีสถานภาพส่วนตัวอื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคือ

1.2.3 เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจเพราะความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับแตกต่างกันรวมทั้งทัศนคติต่อความเจ็บป่วย (Andreason & Noris 1972 : 352-362) และเชื่อว่าเพศหญิงจัดว่ามีการปรับตัวในชีวิตได้ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากสังคมมีความต้องการในด้านผลผลิตจากงานอาชีพอย่างมากจากเพศชาย ขณะที่เพศหญิงมีข้อยกเว้นมากกว่า นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคหัวใจเพศชายจะรู้สึกสูญเสียความเป็นชาย ต้องพึ่งปรารถนาร่างกายตนเอง มักเป็นไปในรูปที่คิดว่าตนเองมี

ความเป็นคนน้อยกว่าที่เคยเป็นมาก่อน (ศิริอร ลินธุ 2526 : 22) ดังนั้นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นเพศชายอาจมีความทุกข์มากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง

1.2.4 อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอายุอยู่ระหว่าง 50-60 ปี แสดงอาการเป็นทุกข์ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Rosen & Biring 1966 cited in Lambert, et al. 1970 : 175) และจากการศึกษาของพาดิลลาและแกรนต์ (Padilla & Grant 1985) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ทำการโคลอสโตมีย์ (colostomy) ทั้งนี้เนื่องจากอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นและพบว่าบุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป

1.2.5 สถานภาพสมรส กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ มักขาดคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการช่วยเหลือคำจูงกันมาก และช่วยลดภาวะเครียดต่าง ๆ ส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี (Eaton 1987 ; Thoists 1982 ; Warheit 1979 cited in Somchit Hanucharunkul 1988 : 16)

1.2.6 ระดับการศึกษา แคเมอรัน (Cameran 1974 : 63-64) ได้ทำการศึกษาความสุขระหว่างเด็กปัญญาอ่อนและเด็กปกติ คนชราและคนหนุ่มสาวพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะมีการศึกษาดีตระหนักว่าเงินและการศึกษาช่วยให้พวกเขามีโอกาสที่จะมีความสุข นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาดีจะ เข้าใจปัญหาและวิธีการปฏิบัติตัว เมื่อ เป็นโรคได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย

นอกจากนี้อีแวนส์และคณะ (Evan, et al. 1985 : 553-559) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม หรือได้รับการปลูกถ่ายไตจำนวน 895 คน พบว่าตัวแปรทางด้านประชากรได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น

1.2.7 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระยะเวลายาวของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อคุณภาพชีวิต เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัย

ระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ป่วยที่มีประวัติการเป็นโรคนานระดับการควบคุมตนเอง และคุณภาพชีวิตจะยิ่งต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การเจ็บป่วยนาน ๆ อาจทำให้ระดับสมรรถภาพของหัวใจและร่างกายทรุดโทรมลงซึ่งมีผลกระทบต่อความปกติสุขของผู้ป่วย ได้ ลีวิส (Lewis 1982 : 113) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 57 คน พบว่า ระยะเวลาของการเป็นโรคล้มพ่นในทางลบกับคะแนนความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .03 โดยมาริโนและคูเซอร์ (Marino & Kooser 1981 ; 56) ให้ความเห็นว่าปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลจะแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย

1.2.8 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรค

หัวใจ เช่นเดียวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีประวัติเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อย อาจแสดงว่ามีความรุนแรงของโรคนานจนทำให้ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและร่างกายทรุดโทรมลง หรืออาจแสดงว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมดูแลตนเองท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพราะการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลกับโรคของตนเอง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเป้าหมายต่อการที่จะต้องปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวันให้เข้ากับกฎระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาล

2. ตัวกลาง ลาสซาร์สกล่าวว่า ตัวกลางคือ กระบวนการแทรกที่บุคคลประเมินจากผลกระทบของสิ่งแวดล้อม ตัวกลางที่สำคัญที่สุดคือพื้นฐานทางบุคลิกภาพที่แตกต่างกันของบุคคลซึ่งได้แก่ การรับรู้หรือกลไกการตระหนักรู้ และความคิดซึ่งในการศึกษานี้ ตัวแปรที่จัดเป็นตัวกลางตามกรอบความรู้ของลาสซาร์ส และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายคือ

2.1 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับหัวใจที่มีผลต่อความรู้สึกด้านจิตใจของผู้ป่วยมากกว่าโรคที่เกิดกับอวัยวะอื่น ๆ เนื่องจากสำหรับคนทั่วไปหัวใจมีความหมายและความสำคัญถึง 3 ประการใหญ่ ๆ คือ เป็นแหล่งที่มาของอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ เป็นจุดศูนย์กลางของร่างกายและศูนย์รวมของชีวิต หัวใจจึงเป็นส่วนหนึ่งของภาพลักษณ์ที่สำคัญของคน เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยจะเผชิญกับการสูญเสีย นั่นคือสูญเสียความสุข (Lambert, et al. 1979 : 125) สูญเสียความแข็งแรง กำลังใจ หวาดกลัวและรู้สึกว่า เป็นโรคที่อันตรายสามารถคุกคามชีวิต

ได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดการเจ็บหน้าอกซึ่งจะเกิดขึ้นได้ทันทีทันใดโดยไม่มีสัญญาณเตือน ผู้ป่วยจะยิ่งหวาดกลัววิตกกังวลมากขึ้นเป็นทวีคูณและคิดอยู่ตลอดเวลาว่าชีวิตของตนจะไม่มีวันยาว อนาคตไม่แน่นอน เกิดความรู้สึกว่าร่างกายเสื่อมถอยลง มีมึนตึ๋น สูญเสียความมั่นคงทางจิตใจ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและ เป็นภาระของผู้อื่นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือต้องการให้ใครคนหนึ่งฟังความทุกข์ของเขาด้วยความสนใจ และถ้าไม่ได้รับการตอบสนองผู้ป่วยจะยิ่งรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า (Pinneo 1984 : 460) กลัวความเบื่อหน่ายรังเกียจและการตีจากของบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นที่รัก กลัวเสียความรักความเอาใจใส่จากบุคคลรอบตัว การถูกแยกจากสังคมและการไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือวางแผนในกิจกรรมต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่มีคุณค่าในตนเองและขุ่นเคือง เมื่อสมาชิกในครอบครัวพยายามกีดกันเขาออกจากข่าวสารต่าง ๆ ที่คิดว่าจะกระทบกระเทือนความรู้สึก เหล่านี้ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า หงุดหงิด วิตกกังวล แยกตัวจากสังคม สูญเสียบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม และอาจแสดงปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมกับบุคคลในสังคม ซึ่งจะยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความคับข้องใจ เกิดพฤติกรรม เบี่ยงเบน และไม่มีความสุข ได้มีการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าการมีคู่คิดที่สัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มีความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือกัน มีความสัมพันธ์กับการมีขวัญกำลังใจ และเป็นตัวป้องกันผลของความหดหู่จากการลดปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Lowenthal 1968 ; Palmore & Luikert 1972) นั่นคือการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมหรือลดความปกติสุขของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมสามารถทดแทนความรู้สึกสูญเสีย และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี เป็นพลังกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวอย่างปกติสุข นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น การได้รับความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ การเงิน ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยอมรับ ความเคารพยกย่องจากผู้อื่น และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถควบคุมตนเองแก้ปัญหาได้ตรงจุดและมีพลังใจเมื่อเผชิญกับ ปัญหา หรืออุปสรรคต่าง ๆ เกิดการปรับตัวที่ดี และลดความเครียดที่เป็นผลกระทบจากโรคให้น้อยลง จากการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพพบว่า เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีโอกาสปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง มีผลต่อด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า

หรือทำให้คนเปลี่ยนแปลงกลไกในการต่อสู้เอาชนะไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Berkman & Syme 1979 : 202) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ภาวะสุขภาพและความสุขในชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วย จากหลักฐานที่พบในการศึกษาของแมคเอลวิน (MacElveen 1972 cited in Burckhardt 1982 : 37) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับขวัญและกำลังใจของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงช่วยให้ผู้ป่วย เกิดการตอบสนองในทางบวก กระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดความต้องการปรับปรุงสุขภาพของตน ช่วยให้เกิดการดำรงบทบาทการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม และช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตผู้ป่วย นอกจากนี้คอบบ์ (Cobb 1976) ยังเสนอว่าบุคคลซึ่งได้รับความช่วยเหลือจะพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกเป็นอิสระ และจะยิ่งเพิ่มความพยายามในการควบคุมและเปลี่ยนแปลงแก้ไขสิ่งแวดล้อม และจากการศึกษาของแม็คเน็ตต์ (McNett 1985 : 98-102) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองความเครียดของบุคคล ทำให้บุคคลควบคุมตนเองได้และแก้ปัญหาได้ตรงจุด การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลยจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดหรือส่งผลทางลบต่อภาวะสุขภาพ แต่ความเครียดจะลดลงเมื่อการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญหรือต่อสู้กับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต อันเนื่องมาจากความเสื่อมทางด้านร่างกายและจิตใจได้ ทั้งนี้จากการศึกษาทฤษฎีการปรับตัวต่อภาวะเครียดพบว่า เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งลบล้าง (Buffer) ภาวะเครียด และยังลดปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย (Cassel 1974 ; Kaplan, Cassell & Gure 1977 ; Nuckholls, Cassel & Kaplan 1972 cited in Brandt & Weinert 1981 : 277) การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมักจะศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับผลลัพธ์ทางด้านบวก เพื่อที่จะวิจัยถึงกลไกเหตุหรือหาคำตอบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถลบล้างหรือป้องกันบุคคลจากความกดดันได้อย่างไร สมมุติฐานหนึ่งซึ่งได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากนักวิจัยทำนายว่า การสนับสนุนทางสังคมดำเนินการผ่านกระบวนการแทรก (intervening process) โดยทำให้บุคคลให้ความสนใจในการประเมินสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (stressor) ตั้งแต่ต้น และหาพฤติกรรมในการเผชิญความเครียด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ถึง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย สมมุติฐานดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบความรู้ของลาซารัสซึ่งเรียกกระบวนการแทรกนั้นว่าตัวกลาง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งผลักดันให้ผู้ป่วย

สามารถเผชิญหรือควบคุมเหตุการณ์อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวคือคุณภาพชีวิตได้ สมจิต หนูเจริญกุล (1988) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ ซึ่งได้รับรังสีรักษาจำนวน 112 คน ในโรงพยาบาล 3 แห่งในกรุงเทพ ฯ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

แนวความคิดของการรับรู้อาการสนับสนุนทางสังคม

ในปัจจุบัน แนวความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากพบว่า มีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการตอบสนองต่อความเครียดในชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากแนวความคิดนี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบแตกต่างกันออกไป คือ

ไวส์ (Weiss 1974 cited in Brandt & Weinert 1987 : 277) เสนอว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมที่จำเป็นต่อการดำรงความสุขด้านจิตใจแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม คือ การมีส่วนร่วมในความทุกข์กังวล (sharing of concerns) ความใกล้ชิดสนิทสนม (intimacy) การอบรมเลี้ยงดู (opportunity for nurturance) การทำให้รู้สึกมีคุณค่า (reassurance of worth) และการให้ความช่วยเหลือ/คำแนะนำ (assistance/guidance)

คอบบี้ (Cobb 1976 : 300) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมซึ่งมีการติดต่อ และผูกพันซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังรวมถึง การแลกเปลี่ยนสิ่งของ การบริการ สุขทางอารมณ์ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความช่วยเหลือ การแก้ไขปัญหาและการเกี่ยวข้องเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน (Brandt & Weinert 1981 : 227)

แคปแลนและคณะ (Kaplan, et al. 1977 : 50-51) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า คือ การติดต่อของบุคคลต่าง ๆ ในสังคมที่ทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้รับ

ความพึงพอใจ และได้รับการตอบสนองความต้องการ ซึ่งลินและคณะ (Lin, et al. 1979 : 109) ได้เพิ่มเติมว่า การติดต่อนี้อาจจะเป็นการติดต่อเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือชุมชนขนาดใหญ่

คาห์น (Kahn cited in Norbeck 1981 : 265) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วย การติดต่อระหว่างบุคคลซึ่งรวมถึงการแสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีต่อกัน ยอมรับในพฤติกรรมของกันและกัน รับรู้ถึงการแสดงออกและให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุต่อกัน

นอกจากนี้เฮาส์ (House 1981 cited in Thoits 1982 : 147) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือการติดต่อระหว่างบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งต่างาหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งเรื่องดังนี้

1. ความทุกข์กังวลทางอารมณ์ (emotional concern) ได้แก่ความรัก ความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ
2. การช่วยเหลือด้านเครื่องมือ (instrumental aid) เช่น สิ่งของ และบริการซึ่งเป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล
3. ข้อมูลข่าวสาร (information) ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การประเมิน (Appraisal) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตนเองซึ่งทำให้มีความมั่นใจ

ความหมายของการรับรู้

การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งภายใน ภายนอกร่างกาย กระตุ้นต่อประสาทสัมผัสแล้วนำไปแปลความหมายที่สมองร่วมกับความคิดภายในจิตใจ ตลอดจนอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ ทำให้บุคคลมีการรับรู้และตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น (เยาวิลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ 2529 : 41) กระบวนการรับรู้สามารถแยกเป็น 2 ขั้นตอนคือ ขั้นการรู้สึก และขั้นตีความ ขั้นการรู้สึก เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบระบบประสาทสัมผัสของร่างกาย เปรียบเสมือนปฏิกิริยาตอบสนองของกลไกที่คอยจับสภาพการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในและภายนอกร่างกาย การรู้สึกนี้เองเป็นกระบวนการรับข่าวสารเพื่อตีความต่อไปจึงนับเป็นพื้นฐานของการรับรู้ ส่วนการตีความนั้นต้องอาศัยประสบการณ์หรือการเรียนรู้จากอดีต จึงจะเกิดการจำได้หรือรับรู้ได้ (recognition) ว่าสิ่งที่รู้สึกนั้นคืออะไร การตีความจนทำให้เกิดรู้ได้นั้น จึงทำให้การรับรู้เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ (ชัยพร รัชชาวุธ 2523 : 190)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้รับกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือจากบุคคลในกลุ่มสังคมซึ่งติดต่อสัมพันธ์ด้วย และตีความว่า กิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือนั้นสามารถช่วยให้ตนบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลหรือตอบสนองความต้องการของตนในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ได้

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความเสื่อมของสมรรถภาพของหัวใจและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับความเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจและการไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และขาดความสุข รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าเมื่อรับรู้ว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530 : 21) กล่าวว่า ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความจำเป็นพื้นฐานที่บุคคลต้องการและได้รับจากการติดต่อกับบุคคลอื่น ในสังคมนั้นมี

ผู้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมตามการให้ความหมายและแนวความคิด เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีความคล้ายคลึงกันดังนี้

แคปแลน (Caplan 1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) ซึ่งอาจอยู่ในรูปของการช่วยเหลือทางการเงิน หรือการช่วยเหลือด้านร่างกาย (financial or physical assistance) แคปแลนให้ความหมายเพิ่มเติมว่าคือพฤติกรรมที่ให้โดยตรงต่อบุคคล ซึ่งได้แก่ การให้วัตถุ การช่วยเหลือด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือทางการเงิน การรักษา และการนำส่ง (transportation)
2. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (Intangible support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรัก หรือความอบอุ่นทางอารมณ์ แคปแลนเรียกการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบนี้ว่า การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ (psychological support) ซึ่งได้แก่การให้ความรู้ การสร้างความรู้สึกลึกในทางบวก เช่น การยกย่องและการให้กำลังใจ

สมจิต หนูเจริญกุล (1988 : 13) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลป้อนกลับ เกี่ยวกับความประพฤติดและการปฏิบัติของบุคคล (Information support)
2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งทำให้เขาารู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่หรือความรัก

3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) คือ การให้ความช่วยเหลือโดยตรงหรือการให้สิ่งของหรือให้บริการ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แยกรายละเอียดเกี่ยวกับชนิดของการสนับสนุนทางสังคมจาก 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมเพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไว้ดังนี้ คือ

1. การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนหรือการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

2. การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ซึ่งได้แก่ การได้รับกำลังใจ ความรักใคร่ห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ได้รับความมั่นใจ มีความผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน การได้รับการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า ตลอดจนการช่วยให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

3. การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงานหรือบริการบางประการ

การประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินหรือวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของแต่ละคนดังเช่น

1. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งยึดแนวคิดของไวส์ (Weiss) สร้างโดยแบรนต์และไวเนอร์ (Brandt & Weinert 1980 : 277-280) เรียกชื่อเครื่องมือว่า The Personal Resource Questionnaire (PRQ) เครื่องมือนี้เฉพาะส่วนที่ 2 ที่วัดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ความใกล้ชิดสนิทสนม การมีส่วนร่วมในสังคม พฤติกรรม การดูแลรับผิดชอบ การได้รับการยอมรับและการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และวัตถุ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งเครื่องมือนี้มีการวัดการสนับสนุนทางสังคมทั้งชนิดและปริมาณ

2. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคาห์น (Kahn) ที่สร้างโดย นอร์เบคและคณะ (Norbeck, et al. 1981 : 264-269) วัดการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด การยืนยันรับรองและเห็นพ้องต่อพฤติกรรมของกันและกัน และการให้ความช่วยเหลือ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ เครื่องมือชุดนี้วัดการสนับสนุนทางสังคมทั้งชนิดและปริมาณโดยไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการประเมินหรือวัดการสนับสนุนทางสังคมต้องวัดให้ครอบคลุมทั้งชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจจะเฉพาะเจาะจงหรือไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดและลักษณะคำตอบมักใช้ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า

2.2 ทศนคติต่อโรค

นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมดังกล่าวที่ทำให้ผู้ป่วยต้องพยายามปรับตัวและหาแนวทางในการเผชิญความเครียด โดยมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกลางซึ่งจะมีผลต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุขของผู้ป่วยแล้ว ลัคแมนและซอเรนเซน (Luckman & Sorencen 1974a : 53-60) ยังกล่าวว่าการที่บุคคลจะสนองตอบต่อความเจ็บป่วยของตนอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับการปรับตัวและการพัฒนามาตลอดชีวิต หรืออาจกล่าวได้ว่า มโนคติประกอบย่อยซึ่งเป็นสิ่งหล่อหลอมแบบแผนบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลอันได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม สอดคล้องกับคำกล่าวของเคิร์ทและโอเวนส์ (Kurtz & Owens 1981 : 46) ซึ่งกล่าวถึงการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อ ทศนคติที่มีต่อโรคมะเร็ง กล่าวคือจากผลกระทบของโรคที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวว่าโรคล้ำมเนื้อหัวใจตาย เป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายของเขามีความสมบูรณ์น้อยกลายเป็นคนเฉื่อยชา และมองว่าโรคนี้ทำให้แก่เกินวัย และผลกระทบจากโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในชีวิต ผู้ป่วยอาจมองอนาคตของตนไปในทางไม่ดี โดยอาจมองว่าโรคล้ำมเนื้อหัวใจตาย เป็นอุปสรรคต่อความปรารถนาในอนาคตและความสำเร็จ ทำให้รู้สึกเวทนาตนเอง อาจหลบแยกตัวเองไปอยู่คนเดียว และทำให้ออกจากงานก่อนเวลา ทำยที่สุดผู้ป่วยบางคนอาจเชื่อว่าการเกิดอาการของโรคหัวใจเป็นการใกล้ตาย ทำให้รู้สึกหมดหวังใน

ชีวิต (Lambert, et al. 1979 : 183) แบริดเบิร์น (Bradburn 1969 cited in Burckhardt 1982 : 41) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่าโรคหรือความพิการ คือ ความรู้สึกทางด้านลบที่มีต่อโรค และได้ทำการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายจะมีคะแนนความรู้สึกไปในทางลบมาก นอกจากนี้ยังได้ทำการสำรวจความปกติสุขทางด้านจิตใจของประชากรปกติ ทำให้เชื่อว่าความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่ให้ระดับความพึงพอใจในชีวิตของเขาต่ำ และจัดว่าตัวเองไม่มีความสุขมีคะแนนความรู้สึกทางลบสูง ตรงกันข้ามกับการมองโลกในแง่ดีซึ่งพาเลย์และคณะ (Paley, et al.) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ และจากการศึกษาของ National Jewish Hospital and Research Center (NJHRC) พบว่าปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วยหอบหืดคือ พฤติกรรมความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยซึ่งเกี่ยวเนื่องมาจากทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และได้เสนอแนวความคิดว่า ถ้าให้ความสนใจต่อทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อโรคตั้งแต่ในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล อาจจะช่วยป้องกันมิให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่ดีต่อการรักษาได้ (Kinsman, et al. 1976 : 159) ดังนั้นทัศนคติต่อโรคจึงเป็นพื้นฐานสำหรับการคงสภาพของการเจ็บป่วยเรื้อรังไว้ เพราะรูปแบบของทัศนคติอาจสัมพันธ์หรือสะท้อนได้ดีถึงความแตกต่างของลักษณะ แบบแผน หรือการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วย ซึ่งอาจสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติในทางลบต่อโรค และเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ดีเมื่อเผชิญกับความเครียดที่เป็นผลกระทบจากโรค และย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความสุขและมองโลกในแง่ร้าย

ดังนั้น เมื่อพิจารณาตามกรอบความรู้ของลาซารัส สรุปได้ว่าทัศนคติต่อโรคจัดเป็นปัจจัยตัวกลางอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

แนวความคิดของทัศนคติต่อโรค

ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ เป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ ทัศนคติ

ไม่ใช่แรงจูงใจหรือแรงผลักดัน หากแต่เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะได้ตอบและแสดงให้ทราบถึงแนวทางของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า เช่น การเจ็บป่วย ได้มีผู้ให้ความหมายของทัศนคติไว้มากมายแตกต่างกันออกไปโดยยังไม่เป็นที่ตกลงกันแน่นอนว่าควรใช้ความหมายใดจึงจะดีที่สุด ดังนี้

ออสแคมป์ (Oskamp 1977) กล่าวว่าความหมายดั้งเดิมของทัศนคติหมายถึงท่าทางของคน (a person's bodily position) แต่ในสังคมศาสตร์มักใช้ในความหมายว่าเป็นท่าทางของจิตใจคน (posture of the mind) มากกว่าร่างกาย (อ้างถึงในธีระพร อุวรรณโณ 2529 : 4/1)

สวานไรคิช (Rokeach 1970 : 112) กล่าวว่าทัศนคติเป็นการผสมผสานหรือจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

ธีระพร อุวรรณโณ (2529 : 4/4) กล่าวว่าความหมายของทัศนคติที่มีผู้นิยามนำไปใช้อ้างกันบ่อยคือ นิยามของอัลพอร์ท (Allport) ที่ให้ไว้ในปี 1935 ว่าทัศนคติ หมายถึงสภาพทางจิตหรือประสาทของความพร้อมที่จัดรูปขึ้นจากประสบการณ์และส่งผลอิทธิพลในทางกำกับหรืออิทธิพลที่ไม่อยู่นิ่ง แก่การตอบสนองของบุคคลต่อที่หมายและสถานการณ์ทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง

แต่จากความหมายต่าง ๆ ดังกล่าวของทัศนคติ จะพบลักษณะบางประการที่คล้ายคลึงกันในการให้ความหมายคือ ทัศนคติมีที่หมาย ได้แก่ สิ่งของ คน สถานที่ แนวความคิด สถานการณ์ซึ่งในที่นี้ที่หมายของทัศนคติคือโรคกลัวมเหศวรหัวใจตาย มีการระบุทัศนคติในแง่ดีหรือไม่ดี มีความพร้อมในการตอบสนองต่อที่หมายของทัศนคติตามความรู้สึก และมีลักษณะไม่เปลี่ยนแปลงง่าย ๆ

จึงอาจสรุปได้ว่า ทัศนคติต่อโรคหมายถึง ความเชื่อความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อโรคที่เป็นอยู่ซึ่งจัดรูปขึ้นจากประสบการณ์ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย และส่งผลหรือกำหนดแนวโน้มของผู้ป่วยที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคไปในทางบวกหรือลบ

องค์ประกอบของทัศนคติ

องค์ประกอบของทัศนคติ เป็นสิ่งที่ เชื่อมโยงถึงนิยามของทัศนคติและความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านี้หรือความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ นักจิตวิทยาได้ เสนอองค์ประกอบของทัศนคติไว้ 3 แนว คือ (ธีระพร อุวรรณโณ 2529 ก : 103-105)

1. ทัศนคติมี 3 องค์ประกอบคือ

1.1 องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive Component) มีส่วนย่อยที่ประกอบด้วย ความเชื่อ ความรู้ ความคิด และความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อที่หมายของทัศนคติ (attitude object)

1.2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective component) หมายถึงความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ หรือทำที่ดี-ไม่ดีที่บุคคลมีต่อที่หมายของทัศนคติ

1.3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component) หมายถึงแนวโน้มหรือความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติต่อที่หมายของทัศนคติ

แต่แมคกวายร์ (McGuire 1969) ได้ทบทวนงานวิจัยด้านนี้และได้ข้อสรุปว่า องค์ประกอบของทัศนคติทั้งสามมีความสัมพันธ์กันมาก จนอาจจะไม่มีประโยชน์ที่จะแบ่งแยกทัศนคติออกเป็น 3 องค์ประกอบ

2. ทัศนคติมี 2 องค์ประกอบ คือองค์ประกอบด้านปัญญา และองค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก

นักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งทัศนคติเป็น 2 องค์ประกอบได้แก่ แคทซ์ (Katz 1960) และโรเซ็นเบิร์ก (Rosenberg 1956, 1960, 1965) โดยโรเซ็นเบิร์กเห็นว่ามนุษย์มีความต้องการที่จะบรรลุและรักษาไว้ซึ่งความคล่องจองระหว่างอารมณ์ ความรู้สึกและปัญญา

3. ทศนคติมีองค์ประกอบเดียว คือ องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึกและเป็นอารมณ์ความรู้สึกในทางชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลมีต่อที่หมายของทศนคติ

แนวความคิดนี้ได้รับความนิยมมากที่สุดในปัจจุบัน ส่วนองค์ประกอบด้านปัญญาและองค์ประกอบด้านพฤติกรรม นักจิตวิทยาบางคน เช่น ฟิชไบน์และเอเจน (Fishbein & Ajzen) เห็นว่าเป็นตัวแปรหรือมโนทัศน์ที่แยกจากทศนคติได้

ดังนั้นในการศึกษาทศนคติต่อโรคในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาทศนคติที่มีองค์ประกอบเดียว คือองค์ประกอบด้าน อารมณ์ ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประเภทของทศนคติ

โดยทั่วไปนักจิตวิทยาสังคมได้แบ่งประเภทของทศนคติออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ทศนคติทางบวก (Positive attitude) หมายถึงความรู้สึกของบุคคลที่พร้อมจะเข้าหาเมื่อเกิดความรู้สึกชอบ เห็นด้วย หรือพอใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บุคคล หรือสภาพการณ์หนึ่ง ๆ คนที่มีทศนคติในทางบวกต่อสิ่งใด เช่น ผู้ป่วยที่มีทศนคติในทางบวกต่อโรคของตนเอง มักจะเป็นคนที่มีมองโลกในแง่ดี และมีความสุขทำให้บุคคลปรับตัวได้

2. ทศนคติทางลบ (Negative attitude) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่พร้อมจะถอยหนีหรือหลีกเลี่ยงเมื่อเกิดความรู้สึกไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย หรือไม่พอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง บุคคลที่มีทศนคติในทางลบต่อสิ่งใดมักเป็นคนมองโลกในแง่ร้าย ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ซิงซัง ต้องการหนีให้ห่างจากสิ่งนั้น ถ้าเกิดทศนคติทางลบมาก ๆ อาจทำให้เกิดโรคจิต โรคประสาท หรือมีอาการหวาดระแวงได้

ลักษณะของทศนคติ

ลักษณะของทศนคติที่นิยมวัดแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ทิศทาง (Direction) คือ การประเมินค่าของความรู้สึก ชอบหรือไม่ชอบ บวก หรือลบต่อที่หมายของทัศนคติ

2. ปริมาณหรือความเข้มข้น (Magnitude) คือ ความเข้มข้น หรือปริมาณ ความรุนแรงของทัศนคติไปในทิศทางบวก หรือลบนาน้อยหรือรุนแรงเพียงใดทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความ สำคัญของสิ่งนั้น หรือขึ้นอยู่กับความพัวพันของบุคคลกับ เรื่องนั้น

การวัดทัศนคติ

เนื่องจากทัศนคติเป็น เรื่องที่ได้รับความสนใจ เป็นอย่างมากจากนักสังคมวิทยา จึงได้ มีการพัฒนาวิธีการวัดทัศนคติต่าง ๆ กันถึง 5 วิธี คือ (กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ 2529 : 187)

1. โดยการประมาณความรู้สึกของตนเอง (self-report measure)
2. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (observation of overt behavior)
3. การตีความหรือแปลความหมายจากปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงต่อสิ่งเร้าบางชนิด
(Reactions and interpretations of partially structured stimuli)
4. การทำงานบางอย่างที่กำหนดให้ (Performance on objective tasks)
5. ปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกาย (physiological reaction)

แต่วิธีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือวิธีประมาณความรู้สึกของตนเอง ซึ่งวิธีนี้ มีนักจิตวิทยาสังคมได้พยายามสร้าง เครื่องมือขึ้นมาวัด เป็นมาตราส่วนประมาณความรู้สึกซึ่งมีอยู่หลาย แบบที่มีชื่อ เลียงและนิยมใช้กันมากได้แก่

1. สเกลของเธอร์สโตน (The Thurstone scale) โดยเธอร์สโตนได้ให้ ความเห็นเกี่ยวกับการวัดทัศนคติที่น่าสนใจคือ ข้อความในแบบวัดทัศนคติไม่ว่าแบบใดต้องไม่เป็น ข้อความเกี่ยวกับความรู้ หรือความจริงเพราะคำตอบของผู้ตอบข้อความที่เป็นจริงจะไม่แสดง ให้เห็นทัศนคติของผู้ตอบต่อสิ่งนั้น ๆ วิธีการวัดที่เธอร์สโตนสร้างขึ้น เรียกว่า วิธีการใช้ค่าประจำ

ประโยชน์ แต่ในปัจจุบันไม่นิยมใช้เนื่องจากใช้เวลาและใช้กำลังคนในการสร้างมาก และต้องสร้างเครื่องมือใหม่ทุกครั้งที่จะทำการวัดทัศนคติต่อสิ่งใด

2. สเกลของไลเคิร์ต (The Likert Scale) เรียกว่าวิธีประเมินบนมาตราส่วน เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยประโยคต่าง ๆ เกี่ยวกับประเด็นทางทัศนคติที่ต้องการศึกษาแต่ละประโยคมีมาตราส่วนประกอบ มาตราส่วนนี้มีทั้งหมด 5 ระดับความรู้สึก ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การสร้างแบบสอบถามวัดทัศนคติของไลเคิร์ตนี้แม้จะเป็นวิธีการวัดที่นิยมกัน แต่ทำให้สิ้นเปลืองเวลาและแรงงานมาก เพราะต้องสร้างใหม่ทุกครั้งที่ผู้วิจัยมีความต้องการจะวัดทัศนคติในเรื่องใหม่

3. สเกลที่ใช้มาตรจำแนกความหมาย (Semantic Differential Scales) ซึ่งสร้างโดยออสกู๊ดและคณะ (Osgood, et al. 1957) โดยมีความคิดว่าคำคุณศัพท์ต่าง ๆ มีความหมายสองประเภท คือ ความหมายตรง (denotative meaning) และความหมายแฝง (connotative meaning) ความหมายแฝงนี้แสดงถึงทัศนคติและอารมณ์ของผู้ใช้คำคุณศัพท์นั้น ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีหลายประเภทที่นิยมใช้มี 3 ประเภท คือ

ประเภทประเมินค่า (evaluative type) คือ ความหมายแฝงของคำคุณศัพท์ต่าง ๆ ที่แสดงถึงการกล่าวถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปในทางที่ดีหรือเลว ความหมายแฝงประเภทนี้ ใช้มากที่สุดในการประเมินทัศนคติ เช่นคำว่า ดี-เลว, สะอาด-สกปรก เป็นต้น

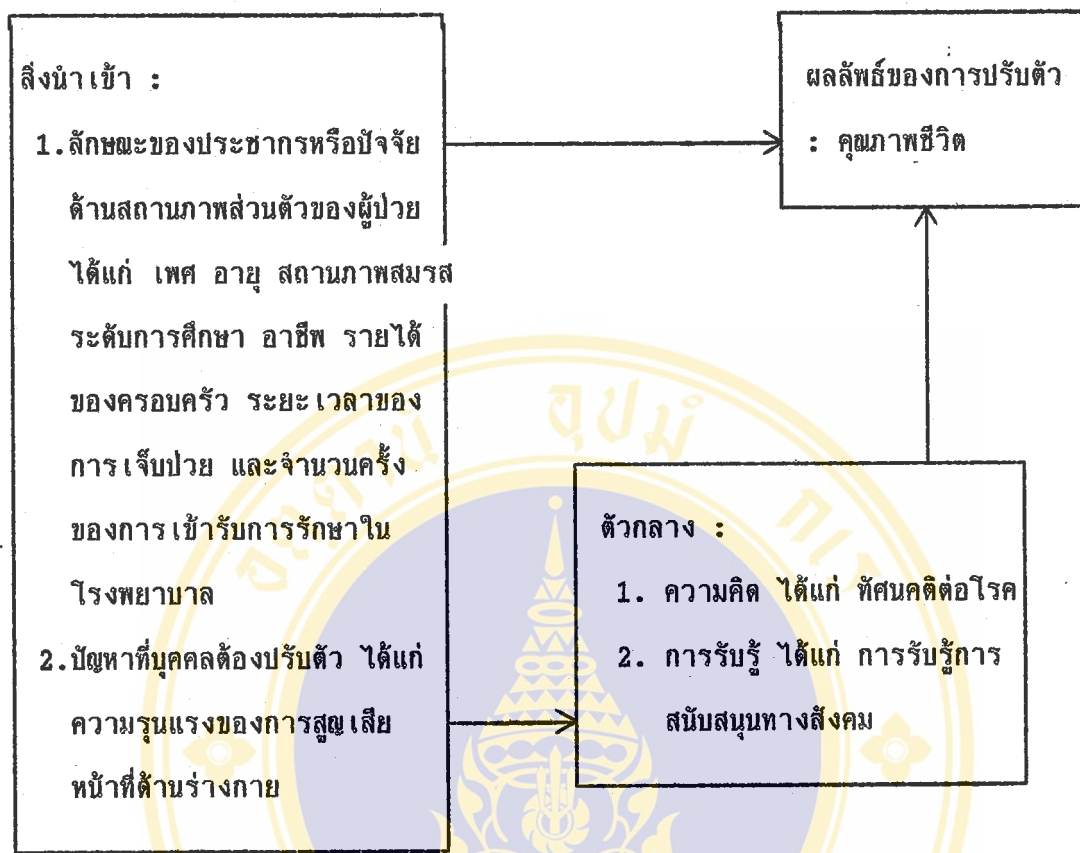
ประเภทพลังหรือศักยภาพ (potency type) คือ ความหมายแฝงที่แสดงถึงความมีกำลังแรงมาก-น้อยต่าง ๆ กัน เช่นคำว่า แข็ง-อ่อน, หนัก-เบา เป็นต้น

ประเภทกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหว (activity type) คือ ความหมายแฝงที่แสดงถึงการมีกิจกรรมที่มีปริมาณการเคลื่อนไหวต่าง ๆ กัน เช่น กระฉับกระเฉง-เฉื่อยชา, ร้อน-เย็น

วิธีการสร้าง เมื่อผู้วิจัยต้องการวัดทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งใดจะหาคำคุณศัพท์ที่แสดงถึงความรู้สึกของบุคคลซึ่งครอบคลุมแนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องนั้นทั้ง 3 ประเภทดังกล่าว จากนั้นหาคำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงกันข้ามกันเป็นคู่ประกอบ แล้วนำไปสร้างมาตราจำแนก 7 อันดับคือ ไม่เห็นด้วย น้อย ปานกลาง มาก ไม่ใช่ทั้ง 2 อย่าง เห็นด้วยน้อย ปานกลาง มาก การให้คะแนนจะให้จาก 1-7 โดยกำหนดคะแนนมากไว้ทางคุณศัพท์ด้านบวก (positive) และคะแนนน้อยไว้ทางคำคุณศัพท์ด้านลบ (negative) อีกวิธีหนึ่งอาจใช้ช่วงกลางมีค่า = 0 คะแนนถัดจาก 0 จะเป็น 1,2,3 และ -1,-2,-3 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวัดทัศนคติโดยอาศัยมาตราจำแนกของ ออสกู๊ด และคณะ เป็นวิธีการวัดทัศนคติที่มีต่อโรคกลัวมด เนื้อหัวใจตาย เนื่องจากเป็นวิธีที่สร้างได้ง่าย ประหยัดเวลาในการสร้างแบบสอบถาม และสามารถวัดทัศนคติได้โดยตรงโดยวัดได้ทั้งคุณภาพ ปริมาณ ทิศทาง และความเข้มของปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยมีต่อโรค และประการสำคัญคือ ใช้ได้ง่าย เพราะมีคำคุณศัพท์ที่ง่ายต่อการเข้าใจของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการใช้กรอบความรู้ของสาขาจิตวิทยาสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิต เป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวของบุคคลซึ่งปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกลัวมด เนื้อหัวใจตายสรุปได้ เป็นแผนภูมิของความสัมพันธ์ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวความคิดที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งดัดแปลงจากกรอบความรู้ เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อมของลาซารัส

สรุป

เพื่อให้สอดคล้องกับปรัชญาการพยาบาลที่มี เป้าหมาย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการ ประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพล หรือส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อ เป็นพื้นฐานสำหรับการหา ยุทธวิธีพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยศึกษาถึงปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ และที่แผนกตรวจโรคอายุรกรรม ตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยไม่จำกัดเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวน 120 คน โดยกำหนดลักษณะไว้ดังนี้ คือ

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมานานอย่างน้อย 6 เดือน
2. ไม่มีโรคเรื้อรังอย่างอื่นร่วมด้วยนอกจากโรคหรือภาวะที่เกิดร่วมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ
3. ไม่มีอาการ (signs) และอาการแสดง (symptoms) ของภาวะหัวใจวายที่รุนแรง (ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ไม่เกินระดับที่ 3 คือ มีอาการเหนื่อยหอบถึงแม้จะทำงานเพียงเล็กน้อยแต่ไม่มีอาการขณะพัก)

4. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีโรคจิตหรือภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท
5. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี
6. สามารถให้ข้อมูลได้และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาค้างนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ
2. แบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษา จากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ (ตัวอย่าง ในภาคผนวก จ) ข้อความที่ใช้ในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 5, 8 และข้อ 10 และข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9 และข้อ 11 ในแต่ละข้อความผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริง โดยประเมินจากการตัดสินใจของผู้ป่วย เกี่ยวกับความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ในปัจจุบันลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ คือ

เป็นจริงทุกครั้ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกครั้ง

เป็นจริงบางครั้ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับผู้ป่วยเพียงบางครั้ง

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง
เกี่ยวกับผู้ป่วยเลย

การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก					
ถ้าเลือก	เป็นจริงทุกครั้ง	ได้	0	คะแนน	
ถ้าเลือก	เป็นจริงบางครั้ง	ได้	1	คะแนน	
ถ้าเลือก	ไม่เป็นจริงเลย	ได้	2	คะแนน	
ข้อความที่มีความหมายทางลบ					
ถ้าเลือก	เป็นจริงทุกครั้ง	ได้	2	คะแนน	
ถ้าเลือก	เป็นจริงบางครั้ง	ได้	1	คะแนน	
ถ้าเลือก	ไม่เป็นจริงเลย	ได้	0	คะแนน	

ในการตอบแบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจตอบข้อคำถามในแบบวัดไม่ครบทั้ง 11 ข้อ โดยอาจยกเว้นไม่ต้องตอบคำถามข้อ 6, 7, 9 และข้อ 11 เนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายในข้อนั้น ๆ ไม่ได้เป็นผลกระทบจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น

ข้อ 6 และ 7 เป็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ซึ่งผู้ป่วยวัยสูงอายุอาจไม่ได้ปฏิบัติเพศสัมพันธ์ เนื่องจากหมดสมรรถภาพทางเพศ

ข้อ 9 เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการขึ้นรถยนต์และขึ้นรถประจำทาง แต่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่เคยขึ้นรถยนต์ หรือขึ้นรถประจำทางภายหลังการเจ็บป่วย เนื่องจากความกลัววิตกกังวล

และข้อ 11 เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำงาน (อาชีพ) ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้ทำงาน (อาชีพ) เนื่องจากปลดเกษียณอายุแล้ว เป็นต้น

ดังนั้นในการคิดคะแนนผู้วิจัยจึงต้องแปลงคะแนนดิบของผู้ป่วยแต่ละรายที่ตอบแบบวัดนี้ให้เป็นคะแนนร้อยละ เพื่อให้มีฐานการวัดเท่ากัน คะแนนของแบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายจะกระจายอยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 เปอร์เซนต์

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อย

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมาก

3. แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา วารสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินถึงการรับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนหรือการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การช่วยเหลือด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงานหรือบริการบางประการ มีจำนวน 16 ข้อ (ตัวอย่างในภาคผนวก จ) ในแต่ละข้อความผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงเกี่ยวกับความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับจากผู้อื่น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือ เป็นความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุดหรือ เป็นประจำ

เป็นจริงบางส่วน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือ เป็นความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นบางครั้ง

เป็นจริงน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือ เป็นความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยน้อยครั้ง

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่ เป็นความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเลย

การให้คะแนนพิจารณาตาม เกณฑ์ดังนี้

ถ้าเลือก	เป็นจริงมากที่สุด	ได้	3	คะแนน
ถ้าเลือก	เป็นจริงบางส่วน	ได้	2	คะแนน
ถ้าเลือก	เป็นจริงน้อย	ได้	1	คะแนน
ถ้าเลือก	ไม่เป็นจริงเลย	ได้	0	คะแนน

คะแนนของแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจะกระจายอยู่ระหว่าง 0 ถึง 48 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมน้อย

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก

4. แบบวัดทัศนคติต่อโรค ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้คำคุณศัพท์ที่แสดงถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามแนวการวัดทัศนคติทางตรงของฮอสกูตและคณะซึ่งมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

4.1 หากคำคุณศัพท์ที่แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและคำตรงกันข้ามเป็นคู่ๆ ให้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 3 ประเภท คือ

4.1.1 คำคุณศัพท์ประเภทประเมินค่า (evaluative type) ได้แก่ น่ารำคาญ/ไม่น่ารำคาญ, ทรมาณ/ไม่ทรมาณ, น่ากลัว/ไม่น่ากลัว, ท้อแท้ใจ/มีกำลังใจ, วิดกกังวล/ไม่วิดกกังวล

4.1.2 คำคุณศัพท์ประเภทพลังกำลัง (potency type) ได้แก่ แข็งแรง/อ่อนแอ, ร้ายแรง/ธรรมดา

4.1.3 คำคุณศัพท์ประเภทการเคลื่อนไหว (activity type) ได้แก่ เฉื่อยชา/กระฉับกระเฉง, หนักใจ/เบาใจ

4.2 นำคำคุณศัพท์ทั้ง 9 คู่ ที่สร้างขึ้น ไปสร้างมาตราจำแนกความหมาย (Semantic Differential Scale) ตามแนวของออสกูตและคณะ โดยเขียนเรียงไว้เป็นข้อ ๆ แต่ละคู่จะมีคำอธิบายสั้น ๆ ประกอบอยู่หน้าคำ เพื่อให้ทราบว่า เป็นคำคุณศัพท์ที่เกี่ยวกับเรื่องอะไร ดังตัวอย่าง

ท่านรู้สึกว่าการกล่อมเนื้อหัวใจตาย เป็นโรคที่ _____

ทำให้ ทรมาณ _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____: ไม่ทรมาณ

มาก ปาน น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปาน มาก

กลาง 2 อย่าง กลาง

4.3 นำแบบวัดทัศนคติต่อโรคที่สร้างขึ้นไปทดลองให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 8 คน ที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตอบแบบวัด เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของเครื่องมือก่อนใช้ เป็นเครื่องมือจริงและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกอื่น ๆ ที่มีต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยอิสระรวมทั้งสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลจากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้นี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มคำคุณศัพท์ประเภทพละกำลังขึ้นอีก 1 คู่ รวมเป็น 10 คู่ คือคำว่า หมดหวัง/มีความหวัง และได้จัดคำคุณศัพท์ที่มีความหมายทางบวกและลบให้อยู่ในขั้วเดียวกันตลอดตามข้อเสนอแนะของผู้ป่วย (ตัวอย่างในภาคผนวก จ)

ลักษณะคำตอบของแบบวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ ซึ่งผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกที่มีต่อโรค และมีเกณฑ์การให้คะแนนจาก 1 ถึง 7 คะแนน จากค่าคุณศัพท์ทางลบถึงค่าคุณศัพท์ทางบวก

คะแนนของแบบวัดทัศนคติต่อโรคจะกระจายอยู่ระหว่าง 10 ถึง 70 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีความรู้สึกหรือทัศนคติต่อโรคในทางลบ

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีความรู้สึกหรือทัศนคติต่อโรคในทางบวก

5. แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตของบรุคฮาร์ด (Burckhardt 1982) มาดัดแปลงใช้ ซึ่งประกอบด้วย 3 เครื่องมือคือ

5.1 แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต โดยใช้แบบวัด แอล เอส ไอ-แซด (Life Satisfaction Index หรือ LSI-Z) ของวูดและคณะ (Wood, et al. 1969) ซึ่งได้ดัดแปลงจากเครื่องมือเดิมคือ เครื่องมือวัดระดับความพึงพอใจในชีวิต (The Life Satisfaction Ratings) ของนิวการ์เทนและคณะ (Neugarten, et al. 1961) ซึ่งใช้ในการประเมินความรู้สึกเป็นสุขใจของผู้สูงอายุ วูดและคณะได้นำเครื่องมือ แอล เอส ไอ-แซด นี้ไปใช้วัดในผู้สูงอายุจำนวน 100 คน และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาโดยวิธีของครอนแบค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.78 เมื่อบรุคฮาร์ดนำเครื่องมือนี้มาใช้ได้ทำการดัดแปลงข้อความบางข้อเพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ และได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของชอยท์ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น = 0.78

แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิตประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ (ตัวอย่างในภาคผนวก จ) ข้อความที่ใช้ในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 8 ข้อคือ ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9 และข้อ 12 และข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 5 ข้อคือ ข้อ 3, 6, 10, 11 และข้อ 13 ในแต่ละข้อความผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของตนเอง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

การให้คะแนนพิจารณาตาม เกณฑ์ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ถ้าเลือก	เห็นด้วย	ได้	2	คะแนน
ถ้าเลือก	ไม่เห็นด้วย	ได้	1	คะแนน
ถ้าเลือก	ไม่เห็นด้วย	ได้	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ถ้าเลือก	เห็นด้วย	ได้	0	คะแนน
ถ้าเลือก	ไม่เห็นด้วย	ได้	1	คะแนน
ถ้าเลือก	ไม่เห็นด้วย	ได้	2	คะแนน

คะแนนของแบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิตจะกระจายอยู่ระหว่าง 0 ถึง 26

คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิตน้อย

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิตมาก

5.2 แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง (Domian Satisfaction Rating scale) ของฟลานาแกน (Flanagan 1978) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ บรรดชาร์ตได้นำเครื่องมือนี้มาใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบโดยดัดแปลงเกณฑ์การให้คะแนนใหม่เป็นคะแนนความพึงพอใจอย่างยิ่ง ถึงไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง (Delighted-Terrible Scale) และนำไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีของชอยท์ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.81 แต่เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำเครื่องมือนี้ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงโดยตัดข้อมูลบางข้อออกและเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และเพศสัมพันธ์ เข้าไป รวมเป็นข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ (ตัวอย่างในภาคผนวก จ)

การตอบแบบวัดนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 การวัดว่าเรื่องต่างๆ ที่กำหนดไว้ 16 เรื่องนั้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ละเรื่องมากน้อยเพียงใด ผู้ตอบแบบสอบถามต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 8 ระดับคือ

พึงพอใจอย่างยิ่ง	หมายถึง	ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นอย่างยิ่ง
พึงพอใจมาก	หมายถึง	ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นมาก
พึงพอใจเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นเล็กน้อย
เฉย ๆ	หมายถึง	ขณะนี้ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกใดๆ เกี่ยวกับเรื่องนั้น หรือมีความพึงพอใจเท่ากับไม่พึงพอใจ
ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	หมายถึง	ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นเล็กน้อย
ไม่พึงพอใจมาก	หมายถึง	ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นมาก
ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง	หมายถึง	ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นอย่างยิ่ง
ไม่เคยสนใจ	หมายถึง	ขณะนี้ผู้ตอบไม่เคยสนใจหรือคิดถึงเรื่องนั้นเลย

การให้คะแนนพิจารณาตาม เกณฑ์ดังนี้

ถ้าเลือก	พึงพอใจอย่างยิ่ง	ได้	7	คะแนน
ถ้าเลือก	พึงพอใจมาก	ได้	6	คะแนน
ถ้าเลือก	พึงพอใจเล็กน้อย	ได้	5	คะแนน
ถ้าเลือก	เฉย ๆ	ได้	4	คะแนน
ถ้าเลือก	ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	ได้	3	คะแนน
ถ้าเลือก	ไม่พึงพอใจมาก	ได้	2	คะแนน
ถ้าเลือก	ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง	ได้	1	คะแนน
ถ้าเลือก	ไม่เคยสนใจ	ได้	0	คะแนน

คะแนนของแบบวัดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เฉพาะ เรื่องจะกระจายอยู่ระหว่าง 0 ถึง

112 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องต่างๆ น้อย

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องต่างๆ มาก

ตอนที่ 2 การวัดว่าเรื่องต่างๆที่กำหนดไว้ 16 เรื่องนั้น แต่ละเรื่องมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมิณค่า 5 ระดับ คือ

สำคัญมากที่สุด หมายถึง ขณะที่ผู้ตอบมีความรู้สึกว่า เรื่องนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของตนมากที่สุด

สำคัญมาก หมายถึง ขณะที่ผู้ตอบมีความรู้สึกว่า เรื่องนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของตนมาก

สำคัญปานกลาง หมายถึง ขณะที่ผู้ตอบมีความรู้สึกว่า เรื่องนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของตนในระดับปานกลาง

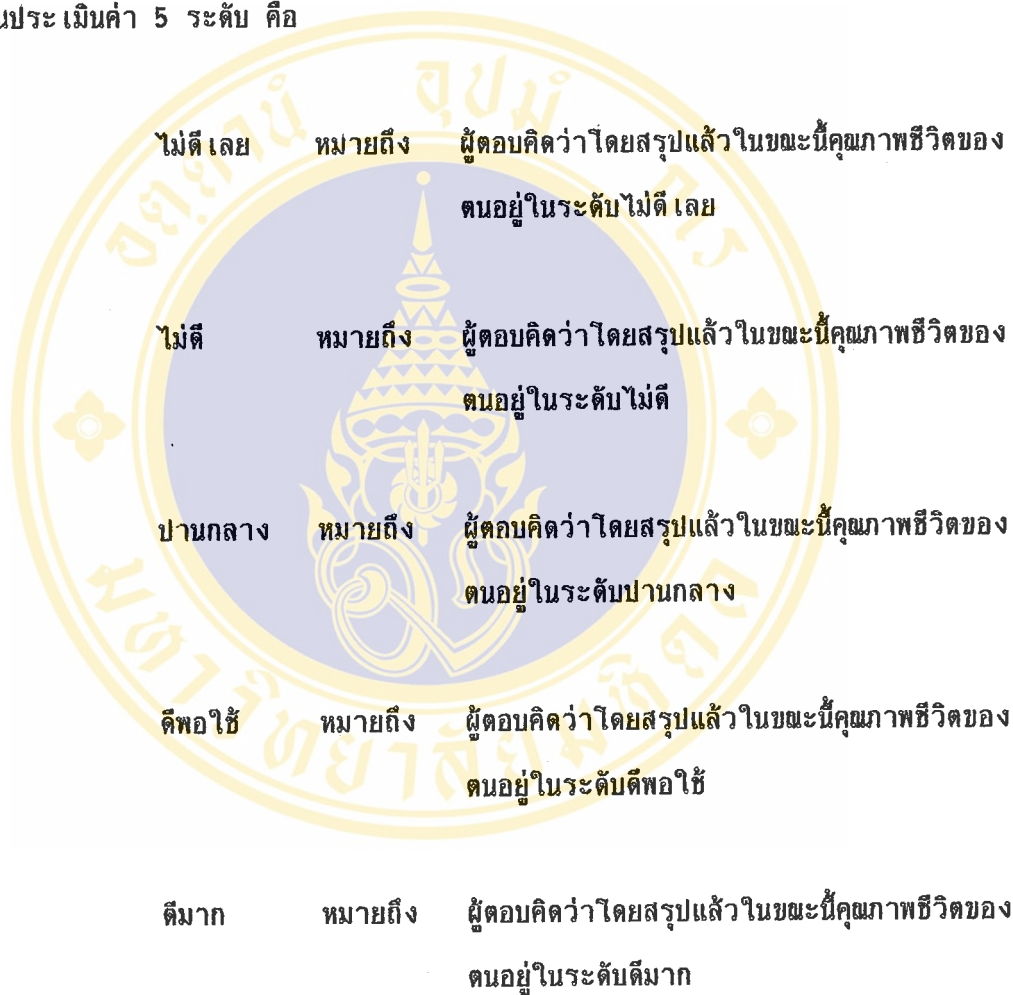
สำคัญเล็กน้อย หมายถึง ขณะที่ผู้ตอบมีความรู้สึกว่า เรื่องนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของตนเพียงเล็กน้อย

ไม่สำคัญเลย หมายถึง ขณะที่ผู้ตอบมีความรู้สึกว่า เรื่องนั้นไม่มีความสำคัญต่อชีวิตของตนเลย

แบบวัดนี้ไม่ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ แต่นำมาใช้ประกอบการอภิปรายผลในตอนที่ 1 ของแบบวัดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง (ภาคผนวก ค)

6.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life Rating)

เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยประเมินภาวะจิตวิสัยโดยสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมดของตนเอง ซึ่งมีเพียงคำถามเดียว (ในภาคผนวก จ) โดยให้ผู้ตอบคิดว่าขณะนี้คุณภาพชีวิตของเขายู่ในระดับใด ผู้ตอบต้องเลือกเพียง คำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริง ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ



การให้คะแนนพิจารณาตาม เกณฑ์ดังนี้

ถ้าเลือก	ไม่ดีเลย	ได้	1	คะแนน
ถ้าเลือก	ไม่ดี	ได้	2	คะแนน
ถ้าเลือก	ปานกลาง	ได้	3	คะแนน
ถ้าเลือก	ดีพอใช้	ได้	4	คะแนน
ถ้าเลือก	ดีมาก	ได้	5	คะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมจะกระจายอยู่ระหว่าง 1 ถึง 5 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่ดี

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดี

ดังนั้นคะแนนของแบบวัดคุณภาพชีวิตคือผลรวมของคะแนนที่ได้จากแบบวัดความพึงพอใจในวงกว้าง
ของชีวิต แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง และแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตดี

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงของ เครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายไปตรวจหาความ
เที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจจำนวน
3 ท่าน ทำการตรวจสอบ

2. นำแบบวัดทัศนคติต่อโรคไปตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความถูกต้อง
ของคำคุณศัพท์ที่ใช้ในการวัด โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านทำการตรวจสอบ คือ

อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ	1 ท่าน
พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญโรคหัวใจ	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวชศาสตร์	1 ท่าน
นักจิตวิทยา	1 ท่าน

3. นำแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไปตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้วิจัยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ทำการตรวจสอบ คือ

อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวชศาสตร์	2 ท่าน
อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางอายุรกรรม	1 ท่าน
นักสังคมศาสตร์	2 ท่าน

4. นำแบบวัดคุณภาพชีวิตไปตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมด้านภาษา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบ และ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง เป็นบรรณาธิการ

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนในเนื้อหา ตลอดจนการเรียงลำดับความสำคัญของข้อความให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดทั้งหมดไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนแบค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พรศรี ศรีอัมฤกษ์พร 2529 : 122)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 + \sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ α	=	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
n	=	จำนวนข้อของ เครื่องมือ
$\sum s_i^2$	=	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
s_t^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

ความ เชื่อมั่นของ เครื่องมือแต่ละฉบับ เป็นดังนี้

1. แบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายได้ค่าความ เชื่อมั่น = 0.78
2. แบบวัดทัศนคติต่อโรค ได้ค่าความ เชื่อมั่น = 0.89
3. แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความ เชื่อมั่น = 0.78
4. แบบวัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย
 - 4.1 แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิตได้ค่าความ เชื่อมั่น = 0.75
 - 4.2 แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะ เรื่องได้ค่าความ เชื่อมั่น = 0.89

การ เก็บรวบรวมข้อมูล

ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขอหนังสือแนะนำตัว จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความร่วมมือ ในการ เก็บข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัย เข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการ เก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

1. เก็บข้อมูลที่แผนกตรวจโรคอายุรกรรม ตักตรวจโรคผู้ป่วยนอกทุกวัน ตั้งแต่วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ โดยเริ่มเก็บในเวลา 09.00-12.00 น. และเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคหัวใจ ทุกวันพุธ เวลา 12.30-16.00 น.

2. ผู้วิจัยขอรายชื่อจากสมุดนัดตรวจ และศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกตรวจโรคอายุรกรรมตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก และคลินิกโรคหัวใจในช่วงเวลาที่ศึกษา จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามลักษณะที่กำหนดและบันทึกรายชื่อไว้

3. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัด ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและอธิบายถึงจุดประสงค์ในการตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเข้าใจ

4. เมื่อผู้ป่วยตกลงให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

4.1 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดทัศนคติต่อโรค แบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย และแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบ และอ่านข้อความรวมทั้งคำตอบตามแบบวัดให้ผู้ป่วยฟังทีละข้อ และบันทึกคำตอบของผู้ป่วยลงในแบบวัด

4.2 ผู้ป่วยที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยอธิบายถึงวิธีการตอบคำถามโดยละเอียด และให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดโดยไม่จำกัดเวลา เมื่อตอบแบบวัดทั้งหมดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบข้อใดไม่มีคำตอบผู้วิจัยจะซักถาม เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์

4.3 ในระหว่างการสัมภาษณ์ และการตอบแบบวัดด้วยตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 15-30 นาที ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา

5. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบวัดทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละรายมาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแบบวัดแต่ละฉบับ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำคะแนนจากแบบวัดทั้งสามที่ประกอบเป็นคะแนนคุณภาพชีวิต ได้แก่ คะแนนความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต คะแนนความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ไปเปลี่ยนให้เป็นคะแนนมาตรฐานที่ (Normalized T-score) โดยมีขั้นตอนในการทำดังนี้

1.1 เรียงลำดับคะแนนแต่ละชุดจากมากไปหาน้อย

1.2 หาความถี่ของแต่ละคะแนนว่ามีคนได้คะแนนนั้น เท่าไร (f)

1.3 หาความถี่สะสมจากข้างล่างขึ้นไปข้างบน (cf)

1.4 หาความถี่สะสมจากล่างขึ้นบน โดยเอาความถี่สะสมที่อยู่ใต้รวมกับครึ่งหนึ่งของความถี่ในชั้นคะแนนนั้น ($cf+1/2f$)

1.5 หาเปอร์เซ็นต์ไคล์ของ 1.4 จากสูตร

$$\text{Percentile} = \frac{(cf+1/2f) \times 100}{N}$$

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

1.6 ลบ Percentile ด้วย 50 ทุกจำนวน

1.7 เทียบค่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ให้เป็นคะแนนมาตรฐานซี (Normalized Z-score) โดยดูจากตาราง

1.8 เปลี่ยนคะแนนมาตรฐานซีให้เป็นคะแนนมาตรฐานทีโดยใช้สูตร

$$T = 10Z+50$$

2. นำคะแนนมาตรฐานทีของแบบวัดทั้งสามมารวมกัน เป็นคะแนนคุณภาพชีวิต

3. นำคะแนนดิบของผู้ป่วยแต่ละรายที่ตอบแบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมาแปลงเป็นคะแนนร้อยละ

4. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้คือ

4.1 แยกแยะความถี่และคิดอัตราร้อยละของข้อมูลทั่วไป

4.2 หาค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนของตัวแปรแต่ละตัว ได้แก่ ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการตัดสินใจ และคุณภาพชีวิต

4.3 คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยแต่ละประการคือ สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วย (อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ) ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการตัดสินใจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้ โดยใช้การทดสอบที (t-test) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2526 : 26)

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัวกับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

X	=	คะแนนของตัวทำนายแต่ละตัว
Y	=	คะแนนของตัวเกณฑ์
N	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่กำหนดไว้ โดยใช้การทดสอบค่าที ซึ่งมีสูตรดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2526 : 28)

$$t = \frac{r \sqrt{N - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

เมื่อ N	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
df	=	N-2
r	=	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4.4 คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยทั้ง 11 ประการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าเอฟส่วนรวม (Overall F-test) ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) ของปัจจัยแต่ละประการโดยการทดสอบค่าที (t-test)

เนื่องจากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณกำหนดไว้ว่าตัวแปรที่จะนำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป (ยุวดี ฤาชา และคณะ 2526 : 338) ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ในระดับนามบัญญัติ และมาตราเรียงลำดับ ดังนี้คือ

ปรับตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal scales) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้ (สถิติ ประสทิษฐ์รัฐสินธุ์ 2527 : 7)

เพศ กำหนดให้ เพศชาย = 1

เพศหญิง = 0

สถานภาพสมรส กำหนดให้ สถานภาพสมรสโสด = 1

สถานภาพสมรสคู่ = 2

สถานภาพสมรส หมาย หย่า แยกกันอยู่ = 3

ระดับการศึกษา กำหนดให้ ไม่เคยเรียน = 1

ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า = 2

มัธยมศึกษา = 3

ปวช. หรืออนุปริญญา = 4

ปริญาตรี หรือสูงกว่า = 5

อาชีพ กำหนดให้ ทำงานบ้าน = 1

รับจ้าง = 2

ค่าขาย = 3

เกษตรกรรม = 4

รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ = 5

อยู่บ้านเลข ๖ = 6

$$\text{อาชีพส่วนตัว} = 7$$

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนกำหนดให้

ต่ำกว่า 2,000 บาท = 1

2,001 - 4,000 บาท = 2

4,001 - 6,000 บาท = 3

6,001 - 8,000 บาท = 4

8,000 บาทขึ้นไป = 5

4.5 การใช้โปรแกรม SPSS/PC+ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวทำนายทั้งหมดกับตัวเกณฑ์ในสมการถดถอยโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยในขั้นแรกจะหาตัวแปรอิสระหนึ่งตัวที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้มากที่สุดมาวิเคราะห์สร้างสมการถดถอยสมการแรกก่อน

ขั้นที่สอง จะหาตัวแปรตัวที่สองที่เมื่อนำมารวมกับตัวแปรแรกแล้วสามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้มากกว่าตัวอื่น ๆ ที่จะนำมารวมกับตัวที่หนึ่ง ในขั้นต่อมาก็หาตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ ที่ยังคงเหลืออยู่มาเข้าสมการต่อ ๆ ไป ตามลำดับของความสามารถในการอธิบายการผันแปรของตัวแปรตาม จนกระทั่งพบว่าขั้นใดก็ตาม การทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายที่ถูกนำเข้าไปในขั้นนั้นไม่มีนัยสำคัญ กลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด ได้แก่ กลุ่มของตัวทำนายที่อยู่ในขั้นก่อนที่จะพบว่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่มีนัยสำคัญ

การสร้างสมการถดถอยเพื่อใช้ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีสูตรดังนี้คือ (สมจิต วัฒนายากุล 2524 : 153)

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

เมื่อ a = ค่าคงที่

b = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย

x = ตัวทำนาย

k = ลำดับขั้นที่ตัวทำนายถูกนำเข้ามาวิเคราะห์ในสมการถดถอย

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มาติดตามรับการรักษาที่แผนกตรวจโรคอายุรกรรม ตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก และคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 120 ราย ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ค่าร้อยละของสถานภาพส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง
2. ค่ามัธยฐาน เลขคณิต และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทักษะติดต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายคือ สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วยความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทักษะติดต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับตัวเกณฑ์คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย (Intercorrelation coefficient) พร้อมทั้งทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์นั้น
4. การทดสอบ เพื่อหากลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ร่วมกับสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายที่เพิ่มขึ้นจาก เดิมทีละตัว

1. สถานภาพส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ

สถานภาพส่วนตัว	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	68.3
หญิง	38	31.7
อายุ		
34-40 ปี	4	3.3
41-50 ปี	11	9.2
51-60 ปี	42	35.0
61-70 ปี	43	35.8
71-80 ปี	19	15.8
81-90 ปี	1	0.8
สถานภาพสมรส		
โสด	2	1.7
คู่	94	78.3
หม้าย	19	15.8
หย่า แยกกันอยู่	5	4.2
ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียน	18	15.0
ประถมศึกษา	55	45.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สถานภาพส่วนตัว	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
มัธยมศึกษา	30	25.0
ปวช. หรืออนุปริญญา	6	5.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11	9.2
อาชีพปัจจุบัน		
อยู่บ้านเฉย ๆ	72	60.0
ทำงานบ้าน	4	3.3
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	11	9.2
ค้าขาย	13	10.8
รับจ้าง	12	10.0
เกษตรกรรม	4	3.3
อื่น ๆ (อาชีพส่วนตัว)	4	3.3
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	14	11.7
2,001-4,000 บาท	27	22.5
4,001-6,000 บาท	21	17.5
6,001-8,000 บาท	16	13.3
8,000 บาทขึ้นไป	42	35.0
รายได้ทั้งหมดพอเพียงกับรายจ่าย		
พอทุกเดือน	74	61.7
พอเป็นส่วนใหญ่	14	11.7
ไม่พอทุกเดือน	12	10.0
ไม่พอเป็นส่วนใหญ่	20	16.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สถานภาพส่วนตัว	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย		
0.5-5 ปี	87	72.5
5.1-10 ปี	29	24.2
10.1-15 ปี	3	2.5
30 ปีขึ้นไป	1	0.8
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล		
ไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	8	6.7
1-5 ครั้ง	94	78.3
6-10 ครั้ง	11	9.2
11-15 ครั้ง	4	3.3
16-20 ครั้ง	1	0.8
21-25 ครั้ง	1	0.8
26-30 ครั้ง	1	0.8

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.3 และมีอายุระหว่าง 51-70 ปี ร้อยละ 70.8 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.3 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 55 อยู่บ้านเฉย ๆ โดยไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 60.0 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาทขึ้นไปร้อยละ 35.0 ซึ่งรายได้ทั้งหมดพอเพียงกับรายจ่ายทุกเดือนคิดเป็นร้อยละ 61.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนาน 6 เดือน-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.5 และเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 78.3

2. คะแนนความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทศนคติต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ค่ามัชฌิมเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงคะแนนความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทศนคติต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

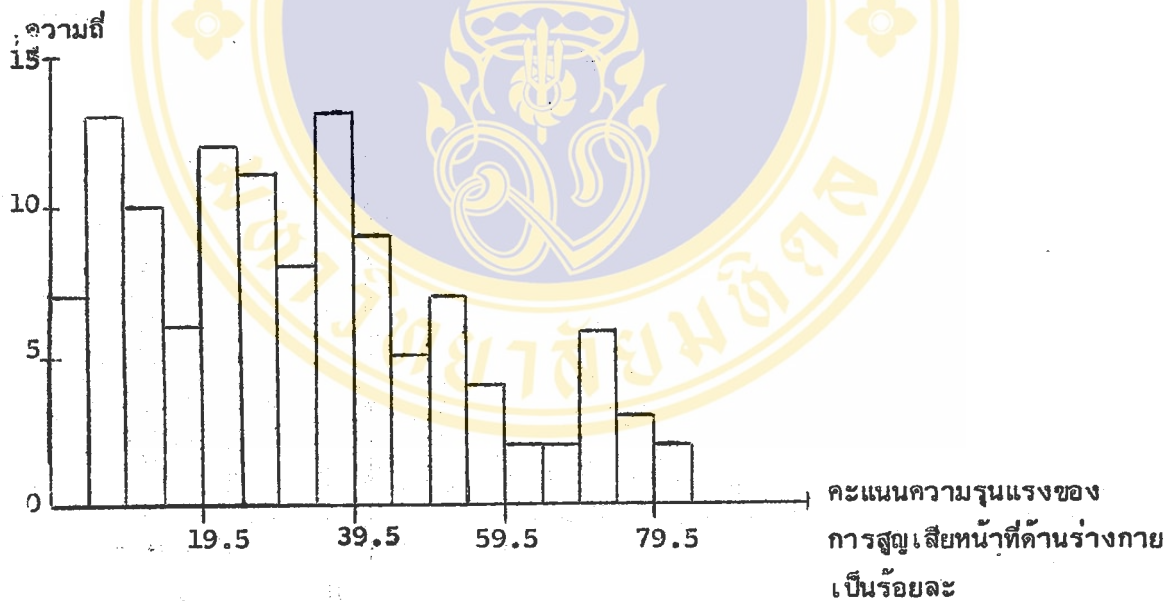
แบบวัด	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	S.D.
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง		
*ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	0-100%	0-83.33	32.314	21.234
ทศนคติต่อโรค	10-70	10-69	35.808	14.495
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	0-48	17-48	40.342	6.324
**คุณภาพชีวิต		51-134	107.333	14.235

*แบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายตอบข้อคำถามในแบบวัดไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงแปลงคะแนนดิบของผู้ป่วยแต่ละรายที่ตอบแบบวัดนี้เป็นร้อยละ เพื่อให้มีฐานการวัดเท่ากันและสามารถนำคะแนนร้อยละนั้นมาเปรียบเทียบกันได้

**แบบวัดคุณภาพชีวิต เนื่องจากคะแนนของแบบวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วยคะแนนจากแบบวัด 3 ชุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนในแบบวัดแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงแปลงคะแนนดิบของแบบวัดแต่ละชุดให้เป็นคะแนนมาตรฐานที่ (Normalized T score) ก่อนแล้วจึงนำคะแนนมาตรฐานที่ของแบบวัดแต่ละชุดมารวมกัน เป็นคะแนนของแบบวัดคุณภาพชีวิต

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายเท่ากับ 32.314 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.234 ค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนทัศนคติต่อโรคเท่ากับ 35.808 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.495 ค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 40.342 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.324 ค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 107.333 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.235 ซึ่งการแจกแจงข้อมูลมีลักษณะดังนี้

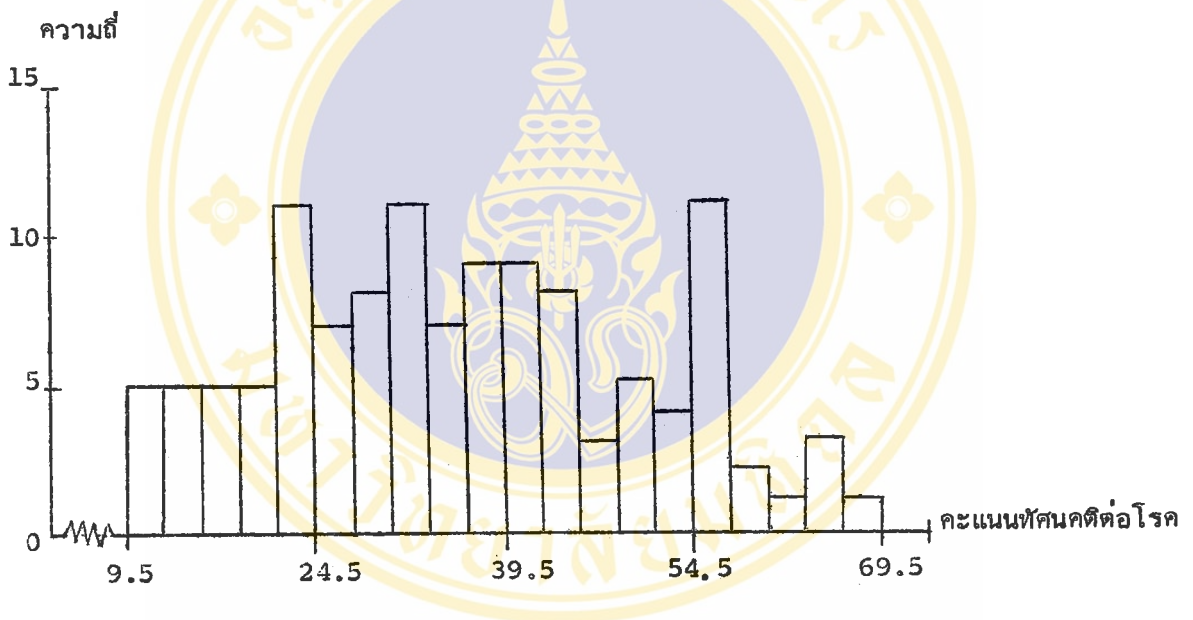
2.1 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของแบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย



แผนภูมิที่ 3 การกระจายของคะแนนแบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยจำนวน 120 ราย

การแจกแจงข้อมูลของคะแนนความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย มีลักษณะเป็นรูปโค้งเบ้ขวา (Positive Skew) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อย

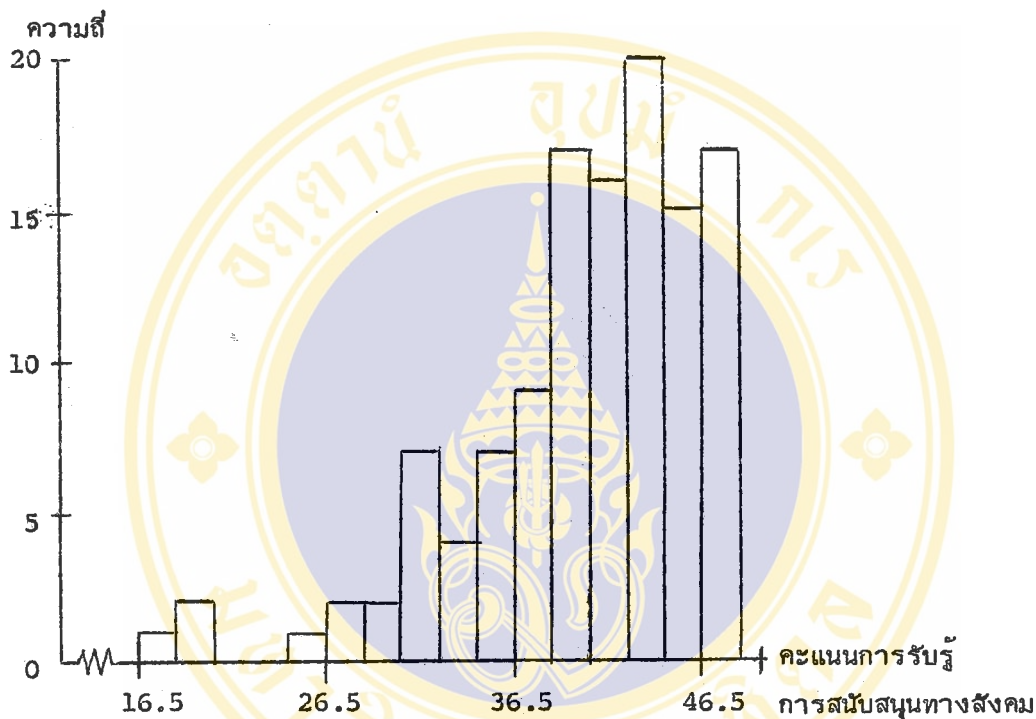
2.2 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของแบบวัดทัศนคติต่อโรค



แผนภูมิที่ 4 การกระจายของคะแนนแบบวัดทัศนคติต่อโรคของผู้ป่วย 120 ราย

การแจกแจงข้อมูลของแบบวัดทัศนคติต่อโรคมีลักษณะเป็นรูปโค้งเบ้ขวา (Positive Skew) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทัศนคติต่อโรคอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกหรือทัศนคติทางลบต่อโรคล้น เนื่อหัวใจตาย

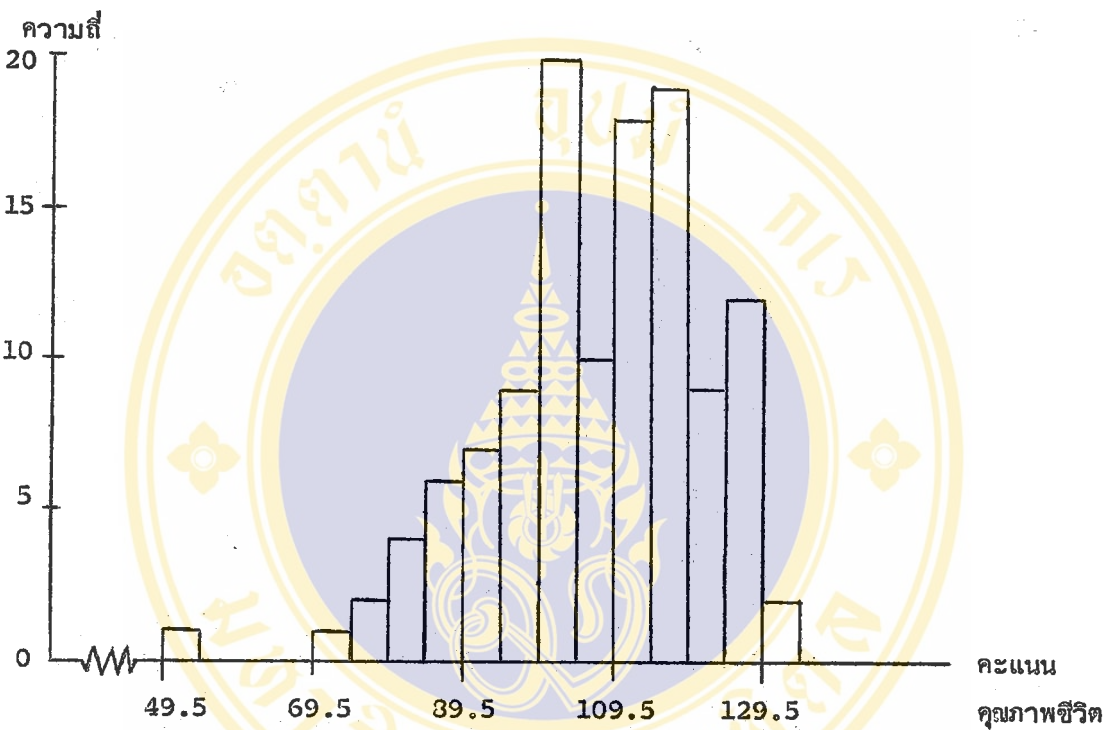
2.3 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม



แผนภูมิที่ 5 การกระจายของคะแนนแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย
จำนวน 120 ราย

การแจกแจงข้อมูลของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะเป็นรูปโค้งเบ้ซ้าย (Negative skew) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

2.4 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของแบบวัดคุณภาพชีวิต



แผนภูมิที่ 6 การกระจายของคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจำนวน 120 ราย

การแจกแจงข้อมูลของคะแนนคุณภาพชีวิต มีลักษณะเป็นรูปโค้งเบ้ซ้าย (Negative skew) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง แสดงว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี

3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

3.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง (อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้กับรายจ่าย ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล) ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทัศนคติต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบที (t-test)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างกับคุณภาพชีวิต

สถานภาพส่วนตัวที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิต	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	สัมประสิทธิ์การทำนาย (r ²)
เพศ	-.1525 ^{ns}	-
อายุ	.0139 ^{ns}	-
สถานภาพสมรส	-.0142 ^{ns}	-
ระดับการศึกษา	.2716**	.0738
อาชีพ	.0256 ^{ns}	-
รายได้ของครอบครัว	.2284**	.0522
ความพอเพียงของรายได้กับรายจ่าย	-.1774 ^{ns}	-
ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย	.0174 ^{ns}	-
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาน ในโรงพยาบาล	.0203 ^{ns}	-

Copyright by Mahidol University

** P < .01

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) แต่มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = .2716$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดี แต่โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ตามกัน เช่นนี้มีเพียงร้อยละ 7.38 เท่านั้น

ส่วนรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) แต่มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = .2284$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีคุณภาพชีวิตดี แต่โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ตามกัน เช่นนี้มีเพียงร้อยละ 5.22 เท่านั้น

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย
ทัศนคติต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	สัมประสิทธิ์การทำนาย (r ²)
ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	-.2530**	.0640
ทัศนคติต่อโรค	.5420***	.2938
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	.5098***	.2599

** $P < .01$

*** $P < .001$

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ในทางลบและสัมพันธ์กันในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = -.2530$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดี ซึ่งโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ตามกัน เช่นนี้มีเพียงร้อยละ 6.40

ส่วนทัศนคติต่อโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกและสัมพันธ์กันในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = .5420$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อโรคในทางบวกหรือมีทัศนคติที่ดีต่อโรคจะมีคุณภาพชีวิตดี ซึ่งโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ตามกัน เช่นนี้มีร้อยละ 29.38

และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = .5098$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตดี ซึ่งโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ตามกัน เช่นนี้มีร้อยละ 25.99

3.2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนายทั้ง 11 ตัว ซึ่งได้แก่ เพศ (SEX) อายุ (AGE) สถานภาพสมรส (MASTAT.) ระดับการศึกษา (EDU.) อาชีพ (OCC.) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (INC.) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (TIME) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (ADM.) ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย (IMP.) ทัศนคติต่อโรค (ATT.) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (PERC.) พร้อมทั้งทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์นั้น โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย

ปัจจัย	SEX	AGE	MASTAT.	EDU.	OCC.	INC.	TIME	ADM.	IMP.	ATT.	PERC.
SEX	1.0000										
AGE	0.0783 ^{ns}	1.0000									
MASTAT.	0.2945***	0.3046***	1.0000								
EDU.	-0.2789**	-0.1428 ^{ns}	-0.2926***	1.0000							
OCC.	-0.0592 ^{ns}	0.4980***	0.1604 ^{ns}	0.0654 ^{ns}	1.0000						
INC.	-0.1396 ^{ns}	0.1075 ^{ns}	0.0101 ^{ns}	0.4671***	0.0703 ^{ns}	1.0000					
TIME	-0.1205 ^{ns}	0.2176**	-0.0915 ^{ns}	0.0368 ^{ns}	0.0655 ^{ns}	0.0184 ^{ns}	1.0000				
ADM.	-0.0437 ^{ns}	0.1456 ^{ns}	-0.0016 ^{ns}	-0.0580 ^{ns}	0.0714 ^{ns}	-0.1614 ^{ns}	0.1112 ^{ns}	1.0000			
IMP.	0.3265***	0.5247***	-0.3939***	-0.3363***	0.3551***	-0.2210**	0.1381 ^{ns}	0.0457 ^{ns}	1.0000		
ATT.	-0.1176 ^{ns}	0.0564 ^{ns}	0.0097 ^{ns}	-0.1407 ^{ns}	-0.0297 ^{ns}	0.1794 ^{ns}	-0.0111 ^{ns}	0.0906 ^{ns}	-0.2143**	1.0000	
PERC.	0.0484 ^{ns}	-0.1120 ^{ns}	-0.0851 ^{ns}	0.0514 ^{ns}	-0.1038 ^{ns}	0.1436 ^{ns}	0.0098 ^{ns}	-0.0130 ^{ns}	-0.2100 ^{ns}	0.3286***	1.0000

*** P < .001 ** P < .01 * P < .05 ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 5 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวทำนายกับ
ตัวทำนาย พบว่า

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (INC.) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของ
การสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ($P < .01$) แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อ
เดือนมากจะมีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อย

ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย (IMP.) มีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติ
ต่อโรค ($P < .01$) แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมากจะมี
ทัศนคติในทางลบหรือมีทัศนคติไม่ดีต่อโรค

ทัศนคติต่อโรค (ATT.) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม
($P < .001$) แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีทัศนคติทางบวกหรือมีทัศนคติที่ดีต่อโรครับรู้ว่าได้รับการสนับสนุน
ทางสังคมมาก

4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ การทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และการสร้างสมการถดถอย

การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณนี้มีคุณภาพชีวิตเป็นตัว เกณฑ์ส่วนตัวทำนาย ได้แก่ สถานภาพส่วนตัวซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทักษะคิดต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ทั้งนี้หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณโดยการเพิ่มตัวทำนายเฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ละตัวจนครบทุกตัว แล้วทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟส่วนรวม (overall F-test)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับคุณภาพชีวิต การทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ สัมประสิทธิ์การถดถอย และการทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การถดถอยของปัจจัยแต่ละประการ

ขั้นที่	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² change	B	b	S.E.b.	F
1.	ทัศนคติต่อโรค	.54198	.29375	.29375	.39238	.38533	.07188	49.07896***
2.	การรับรู้การ สนับสนุนทางสังคม	.64583	.41710	.12335	.37073	.83449	.16332	41.85971***
3.	ระดับการศึกษา	.67474	.45527	.03817	.19736	2.55452	.89591	32.31710***
	Constant					53.54801	6.57361	66.35731***
R = .67474; R ² = .45527; R ² adj = .44119; SEE = 10.64100								

*** P < .001

จากตารางที่ 5 พบว่า เมื่อเริ่มวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับเลือกเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุดคือ ทัศนคติต่อโรค (ตารางที่ 4) ได้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .29375 ซึ่งแสดงว่า ทัศนคติต่อโรคสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 29.38 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายทีละตัวเข้าไปในแต่ละขั้นของการวิเคราะห์ โดยเลือกเฉพาะตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ตัวทำนายที่ได้รับเลือกเข้าไปพิจารณาในขั้นที่ 2 คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ปรากฏว่า สัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .4170 นั่นคือ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.70 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเพิ่มตัวทำนายเข้าไปในขั้นที่ 3 ซึ่งตัวที่ได้รับเลือกคือ ระดับการศึกษา พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .45527 แสดงว่า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45.53 มีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ต่อจากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นต่อไป ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายไม่มีนัยสำคัญ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาตัวทำนาย

คุณภาพชีวิตจึงยุติลงในระดับที่ 3 นั่นคือ เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ร่วมกันทั้ง 11 ปัจจัยแล้ว พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด คือ ทักษะคิดต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายชุดนี้กับคุณภาพชีวิตเป็นสัดส่วนกันโดยตรง ซึ่งมีผลให้ เมื่อค่าของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ค่าของทักษะคิดต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาจะเพิ่มขึ้นด้วย สำหรับปัจจัยอื่น ๆ อีก 8 ประการที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้นั้น อาจเนื่องมาจากปัจจัยเหล่านั้นมีความสัมพันธ์ภายในต่อกัน ทำให้มีผลต่อตัวเกณฑ์คือ คุณภาพชีวิตอีกต่อหนึ่ง (Multicollinearity) และเมื่อนำเข้ามาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ อาจทำให้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) ไม่นับนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผลการศึกษากายหลังการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณจึงสรุปได้ว่า ชุดตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ทักษะคิดต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.53 และตัวทำนายชุดนี้เริ่มมีอิทธิพลและสามารถอธิบายความผันแปรนี้ได้ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของคะแนนคุณภาพชีวิตมีค่าเท่ากับ 53.54801 คะแนน เนื่องจากสัมประสิทธิ์ถดถอยของค่าคงที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้น เมื่อสร้างแบบจำลองในรูปของสมการทำนายคุณภาพชีวิตจึงได้สมการ ดังนี้

$$y = 53.54801 + .38533 (ATT.) + .83449 (PERC.) + 2.55452 (EDU.)$$

โดยที่ y = คะแนนคุณภาพชีวิต

ATT. = คะแนนทักษะคิดต่อโรค

PERC. = คะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

EDU. = ระดับการศึกษา

การอภิปรายผล

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยปัจจัยบางประการที่ผู้วิจัยศึกษาประกอบด้วย สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วยซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทักษะคิดต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มาติดตามรับการรักษาที่แผนกตรวจโรคอายุรกรรม ตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก และคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 120 ราย ปรากฏผลการวิจัยดังนี้

1. สมมติฐานข้อที่ 1 สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วยอันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผลการวิจัยสามารถแยกอภิปรายได้ดังนี้

1.1 เพศ อายุ

ผลการศึกษาพบว่า เพศ และอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย หรือมีอายุนาน้อยเท่าใดก็ตามจะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเขา ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสำหรับคนทั่วไปแล้วหัวใจเปรียบเสมือนจุดศูนย์กลางของร่างกาย เป็นศูนย์รวมของชีวิตและ เป็นส่วนหนึ่งของภาพลักษณ์ที่สำคัญของคน ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยจะเผชิญกับการสูญเสียความสุข (Lambert, et al. 1979 : 125) และมีความรู้สึกไม่แตกต่างกันไม่ว่าผู้ป่วยเพศหญิงหรือเพศชายหรืออยู่ในกลุ่มอายุใด เพราะเมื่อเป็นโรคหัวใจแล้วย่อมเสี่ยงต่อความตายค่อนข้างสูง ประกอบกับปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้ถูกต้องตามแผนการรักษาภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกัน เช่น การติดตามรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงนิสัยในการรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่ การลดความเครียด และการเปลี่ยนอาชีพ เป็นต้น จากผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่คล้ายคลึงกันนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสภาพความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน นั่นคือ ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เพราะผลลัพธ์ของการปรับตัวตามความหมายของลาซาร์สก็คือ คุณภาพชีวิต นอกจากนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือเป็นกลุ่มผู้ป่วยนอกซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรครุนแรงมาก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และไม่มีความเสี่ยงของสมรรถภาพร่างกายมากนักโดยส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของการสูญเสียด้านร่างกายน้อยคือ เท่ากับ 32.314 (ตารางที่ 2) ดังนั้นผู้ป่วยไม่ว่าเพศใดหรือมีอายุน้อยต่างกันก็ตามยังคงสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามปกติ และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดี (ตารางที่ 4)

นอกเหนือจากเหตุผลดังกล่าว ผลของการศึกษาที่พบว่า อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ยังไม่สอดคล้องกับความเชื่อของโรเซนและไบริง (Rosen & Biring 1966 cited in Lambert, et al. 1979 : 175) ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอายุอยู่ระหว่าง 50-60 ปี แสดงอาการเป็นทุกข์ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ขณะที่ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปคิดว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เขาเป็นอยู่อาจเป็นเหตุนำสุดท้าย (final blow) ของวัยสูงอายุของเขา โดยอาการของโรคหัวใจที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่แสดงว่า เขาใกล้จะตาย (Lambert, et al. 1979 : 183) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัยสูงอายุ คืออยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 87.4 (ตารางที่ 1) แต่สภาพสังคมไทยแตกต่างจากสังคมของชาวตะวันตกกล่าวคือ ชาวไทยมีความเชื่อเรื่องโชคชะตามากกว่า ทำให้ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ง่าย (Somchit Hanucharurnkul 1988 : 135) ยอมรับเรื่องการเกิด แก่ เจ็บ และตาย ดังนั้นเมื่อมีสุขภาพทรุดโทรมลง ต้องเผชิญกับความทุกข์จากโรคและแผนการรักษา ผู้ป่วยวัยสูงอายุจะยอมรับว่าส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของวัยตนเองซึ่งเป็นเรื่องปกติธรรมดา ซึ่งการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตดีจะมีผลต่อความสามารถในการกำหนดภาพลักษณ์ใหม่ และสามารถปรับตัวได้ดีโดยไม่ยุ่งยาก (Bragg 1975 cited in

lambert, et al. 1979 : 181) ประกอบกับลักษณะครอบครัวไทยมีการยกย่องผู้สูงอายุให้เป็นผู้นำครอบครัว มีการให้ความเคารพนับถือ ผู้ป่วยยังคงได้รับการยกย่องและได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะจากบุคคลภายในครอบครัวเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถระบายความทุกข์ของตนเองต่อผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ก่อให้เกิดความหวังและพลังใจในการดำเนินชีวิต และพยายามปรับตัวท่ามกลางความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ตนประสบอยู่ จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยในวัยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ผู้วิจัยคาดว่าอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ เพศ และอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 สถานภาพสมรส

ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีสถานภาพสมรส ใดก็ตาม คู่ หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ จะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเขา ผลของการศึกษานี้ขัดแย้งกับความเชื่อที่ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่มักขาดคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการช่วยเหลือคำจูงกันมาก และช่วยลดความเครียดต่าง ๆ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Eaton 1987; Thoists 1982; Warheit 1979 cited in Somchit Hanucharunkul 1988 : 16) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสุขซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อดังกล่าว ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสดซึ่งมีเพียงร้อยละ 1.7 และสถานภาพสมรสหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่มีเพียงร้อยละ 20 (ตารางที่ 1) ซึ่งบุคคลเหล่านี้อาจไม่ได้อยู่ตามลำพังคนเดียว ไม่ได้ขาดคู่คิดหรือขาดบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือคำจูง เพราะลักษณะของครอบครัวไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่อบอุ่น มีความผูกพันกับญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน ต่างกับลักษณะของครอบครัวตะวันตกซึ่งมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว เป็นครอบครัวขนาดเล็กประกอบด้วย สามี-ภรรยา หรือพ่อแม่-ลูกเท่านั้น จึงมีความห่างเหินจากญาติพี่น้องเกิดความว้าเหวและขาดความอบอุ่นได้ง่าย ดังนั้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ไม่สามารถ

ดำรงบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวได้เหมือนก่อน สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวก็จะเข้ารับบทบาทแทน อาจเป็นบิดา มารดา หรือญาติพี่น้อง ซึ่งสังคมไทยมีลักษณะเป็นระบบเครือญาติอยู่แล้ว จึงไม่ค่อยขาดผู้ช่วยเหลือ (สุพัตรา สุภาพ 2524 : 40) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสอย่างไรจึงมีการปรับตัวภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคด้วยกล่อมเนื้อหัวใจตายไม่แตกต่างกัน หรือสรุปว่ามีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เพราะผลลัพธ์ของการปรับตัวก็คือคุณภาพชีวิตดังกล่าวแล้ว

1.3 ระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 และแสดงว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson, et al. 1982 : 29-34) ซึ่งทำการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของประชากรชาวอเมริกันผิวดำสูงอายุที่ยากจน และอาศัยอยู่ในเขตเมืองจำนวน 45 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 65-92 ปีพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งคำว่าความพึงพอใจในชีวิตนี้เป็นคำที่มีความหมายเหมือนคุณภาพชีวิต เป็นมิติที่สำคัญที่สุดและถือเป็นบารอมิเตอร์ของการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย (Laborde & Powers 1980 : 19) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญา ใฝ่รู้ และมีเหตุผล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงเมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใด ก็มีความใฝ่รู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยจะพยายามแสวงหาความรู้เพื่อค้นหาคำตอบที่ต้องการซึ่งอาจกระทำโดยการอ่านตำราเอกสารหรือรับฟังคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ การศึกษาจึงช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคของตนได้ดีขึ้น ซึ่งจากรายงานการวิจัยของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 76-77) ก็พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ได้เรียนรู้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค วิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตนได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของเจโลไวส์และเพาเวอร์ (Jalowise & Power, 1980 อ้างถึงในเพลินพิศ เลหาวิริยะกมล 2531 : 79) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยในท้องฉุกเฉินพบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาเพราะการศึกษาที่ดีกว่าจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ และใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้ว เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นใน

ปัจจุบันได้อย่างมีเหตุผล ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และมีความหวังในทางที่ดี ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการศึกษาน้อยโดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยศึกษาเล่าเรียนมักพบปัญหาในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและแผนการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน ทั้งนี้ เพราะความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ ผู้ป่วยต้องใช้เวลานานในการศึกษาให้เข้าใจ ใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเองอย่างลองผิดลองถูก ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งบางครั้งเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ น้อยมากหรือเข้าใจผิดพลาดเนื่องจากฟังหรืออ่านคำแนะนำจากเอกสารไม่เข้าใจ บางรายไม่กล้าซักถามถึงวิธีการปฏิบัติตัวหรือเรื่องต่าง ๆ ที่อยากทราบเพราะกลัวถูกหาว่าโง่ ผู้ที่มีการศึกษาน้อยจึงมีข้อจำกัดในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความเครียดรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาน้อยยังมีแนวโน้มที่จะเลิกสมการค้นหาความรู้หรือละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ง่าย เมื่อรู้สึกว่ามีความยุ่งยากหรือการปฏิบัติตนรบกวนต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของเขามาก เนื่องจากความรู้ที่มีจำกัดและความไม่เข้าใจถึงประโยชน์หรือความจำเป็นในการปฏิบัติตน จึงทำให้อาการของโรคทรุดลง และไม่มีความสุขในชีวิต ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$ ตารางที่ 5) แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาดำเนินความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมาก ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเลวลง ดังนั้นระดับการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย เหตุผลดังกล่าว

1.4 อาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า อาชีพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ไม่ว่าผู้ป่วยจะประกอบอาชีพอะไรก็ตาม ทำงานบ้าน หรืออยู่บ้านเฉย ๆ โดยไม่ได้ประกอบอาชีพล้วนไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพาลเมอร์และลูกคาร์ท (Palmore & Luikart 1972 : 68-80) ซึ่งพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความพึงพอใจในชีวิตของเพศชายวัยกลางคน ซึ่งคำว่า ความพึงพอใจในชีวิตก็คือคุณภาพชีวิตนั่นเอง นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอีแวนส์ และคณะ (Evans, et al. 1985 : 553-559) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย

เครื่องไตเทียมหรือการปลูกถ่ายไตที่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ซึ่งไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษามีอายุเฉลี่ย 47.6 ปี จากผลของการศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่บ้านเฉย ๆ โดยไม่ได้ประกอบอาชีพอะไรถึงร้อยละ 60 (ตารางที่ 1) แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลับมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตค่อนข้างสูง (ตารางที่ 2 $\bar{x} = 107.333$) ซึ่งขัดแย้งกับความเชื่อของนักสังคมวิทยาที่ว่า บทบาทของคนทำงานเป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า ส่วนการออกจากงานเป็นการสูญเสียบทบาทของคนซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะประการแรกผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (ตารางที่ 1 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง = 60.875 ปี) ซึ่งเป็นวัยปลดเกษียณอายุ สังคมยอมรับให้คนในวัยนี้ไม่ต้องทำงาน ร่วมกับการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคลำไส้เนื้อหัวใจตาย ผลกระทบจากโรคและคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยทราบว่าไม่สามารถทำงานหนักและต้องหลีกเลี่ยงความเครียดจากงาน อาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือลาออกจากงานโดยไม่เกิดความรู้สึกที่ว่าตัวเองสูญเสียความสำเร็จในชีวิต หรือสูญเสียบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติไป ตรงกันข้ามผู้ป่วยกลับรู้สึกพึงพอใจและคิดว่าถึงเวลาอันสมควรที่จะพักผ่อน ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยและปฏิบัติตามคำแนะนำ และอาจสามารถปรับจิตใจได้ดีกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงแต่ต้องออกจากงาน เนื่องจากต้องดำรงบทบาทที่กำกวมไม่เด่นชัด (Zahn cited in Brown, et al. 1981 : 1136-1146) เกิดความรู้สึกขัดแย้งในตัวเองและรู้สึกสูญเสียสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประการที่สอง จากการรับรู้ของบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย ต่างตระหนักถึงผลกระทบจากโรคลำไส้เนื้อหัวใจตายที่มีต่อผู้ป่วย จึงไม่รู้สึกว่าต้องแบกภาระที่ผู้ป่วยวัยสูงอายุหยุดทำงาน ประกอบกับสภาพสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ และผู้เจ็บป่วย ผู้ป่วยจึงได้รับการช่วยเหลือประคับประคองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยไม่ได้รับการตีตราว่าเป็นบุคคลไร้ความสามารถ นอกจากนี้การที่สมาชิกในครอบครัวไทยปัจจุบันยังเชื่อฟังผู้ใหญ่หรือผู้อาวุโสกว่าอยู่บ้าง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงบทบาทให้คำปรึกษาและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนยังมีความสำคัญ มีคุณค่า เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและยังสามารถประกอบอาชีพได้ ผลของการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของครูว์ (Crewe 1980 : 586-589) ซึ่งได้ทำการศึกษาดูตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังและอยู่ในระหว่างการฟื้นฟูสุขภาพ ณ มหาวิทยาลัยมิเนโซตา และพบว่าบุคคลซึ่งประกอบอาชีพได้ไม่จำเป็นต้องมีสุขภาพดีกว่า

ความพิการน้อยกว่าหรือมีความสุขทางใจดีกว่าคนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

1.5 รายได้ของครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อ เดือนของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 และแสดงว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อ เดือนมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อ เดือนน้อย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อ เดือนมากกว่า 8,000 บาทขึ้นไป (ตารางที่ 1) ซึ่งอธิบายได้ว่า แม้รายได้ของครอบครัวจะไม่ใช่ว่าจำเป็นที่สุดในชีวิต แต่รายได้ก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความสามารถในการปรับตัวและการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่งพาลเมอร์และโลการ์ท (Palmore & Luikart 1972 : 75) กล่าวว่าผู้มีรายได้เพียงพออาจได้มาซึ่งความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิต เช่น อาหารที่เพียงพอ บ้าน ความปลอดภัย การเดินทาง และฐานะทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของคนชราโดย เขมิกา ยามะรัต (2527 : 29) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม การมีงานอดิเรก หรือการใช้เวลาว่างของคนชราบางครั้งต้องอาศัยเงิน เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้คนชราได้มีโอกาสทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้รายไดยังเป็นปัจจัยที่สามารถช่วยให้คนชรามีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเมื่อเจ็บป่วย เพราะช่วยให้ได้รับประทานอาหารที่ดีมีคุณค่า การอยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ และการดูแลสุขภาพอนามัย นั่นคือผู้มีรายได้สูงย่อมจะมีโอกาสหรือสามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ระหว่างการเจ็บป่วยเพื่อดำรงภาวะสุขภาพ รวมทั้งสามารถดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของตน จึงทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษามากกว่าผู้ที่มิได้รับรายได้น้อย ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ มีความเครียดจากการหาเลี้ยงชีพจนไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมักแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าจะวางแผนล่วงหน้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและได้รับการรักษามานาน เพราะ

นอกจากค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ต้องสูญเสียไปเพื่อการยังชีพแล้ว ผู้ป่วยยังต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งกับการติดตามรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งบางรายต้องมารับการตรวจทุก 1-2 ครั้งต่อเดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคซึ่งมีราคาค่อนข้างแพง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีหน่วยงานให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มีรายได้น้อย เช่น การใช้บัตรสงเคราะห์ หรือการมีบริการสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล แต่บริการเหล่านี้ยังไม่สามารถกระทำได้อย่างทั่วถึง เช่นเดียวกับการศึกษาของบอม และบอม (Baum & Baum 1980 : 45 อ้างถึงใน เขมิกา ยามะรัต 2527 : 29) ซึ่งพบว่า คนชราชาวอเมริกันส่วนมากจะมีความทุกข์กับรายได้ที่จะมาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยรู้สึกสูญเสียความมั่นคง ขาดหลักประกันในชีวิตและครอบครัว รู้สึกว่าตนเป็นบุคคลไร้คุณค่าต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยจึงรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ไม่สามารถดำรงบทบาทความเจ็บป่วยที่เหมาะสม และไม่มีความสุขในชีวิต

การศึกษาอื่น ๆ ที่สนับสนุนสมมุติฐานที่ว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การศึกษาวิจัยของลาร์สัน (Larson cited in Johnson, et al. 1982 : 28) ซึ่งรายงานว่า ความปกติสุขของประชากรชาวอเมริกันที่มีอายุมากกว่า 60 ปีนั้นสัมพันธ์คงที่กับความมั่นคงทางการเงิน การศึกษาของเมเยอร์วิทซ์ (Meyerowitz, et al. 1983 : 235) ซึ่งได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 50 คน พบว่า ภาวะทางการเงินทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตเนื่องจากการสูญเสียรายได้ การลาออกจากงาน การไม่ได้เลื่อนตำแหน่ง และการถูกไล่ออกจากงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของลิวีและไวน์แบรนต์ (Levy & Wynbrant 1975 : 1328-1330) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยชายจำนวน 6 คนใน 18 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมมีคุณภาพชีวิตไม่ดีเนื่องจากรู้สึกผิดที่ล้มเหลวเกี่ยวกับการจัดการเงินในครอบครัว และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความทุกข์จากการสูญเสียรายได้

1.6 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 แสดงว่าไม่ว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมานานเท่าไรก็ตาม หรือ เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจมากี่ครั้ง จะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเธอ ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับความเชื่อของผู้วิจัยที่ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เจ็บป่วยมานานและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ อาจเป็นเพราะระดับสมรรถภาพของหัวใจที่ทรุดโทรมลง และมีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมากซึ่งส่งผลกระทบต่อความปกติสุขของผู้ป่วย จากผลการศึกษานี้พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$ ตารางที่ 5) แสดงว่า แม้ผู้ป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมานานเท่าไรก็ตาม และ/หรือ เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกี่ครั้งก็ตามไม่สามารถบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคได้ซึ่งไม่สอดคล้องกับความเชื่อดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้การที่สมมุติฐานไม่ได้รับการสนับสนุนยังอาจเนื่องมาจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคนี้ในระยะแรกจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมการตอบสนองได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว โกรธ ซึมเศร้า ปฏิเสธ และถดถอย ไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและพยายามปรับตัวต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพอันได้แก่ การมาติดตามรับการรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ทำให้สามารถควบคุมภาวะโรคได้ดีและเป็นปฏิกิริยาสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามให้ถูกต้อง มีกำลังใจ เชื่อถือในการรักษาซึ่งผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้เหมาะสมจนสามารถทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างได้ตามปกตินั้นจะใช้เวลานานประมาณ 3-6 เดือนหลังเจ็บป่วย (คณะกรรมการโครงการพัฒนางานพยาบาลแผนกอายุรกรรม 2529-2530 : 27) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉลี่ย = 4.432 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้โดยไม่แตกต่างกัน เนื่องจากแนวทางการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจของผู้ป่วยหลังพ้นระยะเฉียบพลันของโรคมีความคล้ายคลึงกันมาก ประกอบกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยในรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้ความรู้และคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ได้ล่วงหน้า

เกี่ยวกับอาการที่อาจเกิดขึ้นและสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้โดยไม่ตื่นตกใจ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยแตกต่างกันจึงมีการปรับตัวท่ามกลางความเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน และมีความหมายชีวิตไม่แตกต่างกัน

สำหรับจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตนั้น อาจเนื่องมาจากไม่ว่าผู้ป่วยจะเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลกี่ครั้งก็ตาม แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้และประเมินว่าตนมีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อย (ตารางที่ 2 $\bar{X} = 32.314$) สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและดำเนินชีวิตได้ดังเดิม เมื่อออกจากโรงพยาบาล ประกอบกับการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและมั่นใจว่าชีวิตจะปลอดภัยกว่าอยู่ที่บ้าน เพราะได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคลากรทีมสุขภาพและมีอุปกรณ์การช่วยชีวิตครบถ้วน นอกจากนี้การได้รับบริการฟรีจากโรงพยาบาลของรัฐในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านการรักษานพยาบาล และค่ายาซึ่งอำนวยความสะดวกต่อผู้ป่วยมาก ร่วมกับการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและอยู่บ้านเฉย ๆ โดยไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแต่ละครั้งไม่มีผลกระทบต่อความปกติสุขหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากนัก นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วนั้น การให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของตนเองซึ่งผู้ป่วยจะประเมินจากความรู้สึกเป็นปกติสุขของเขาในปัจจุบัน ยังอาจเป็นสาเหตุให้คุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซึ่งเป็นเหตุการณ์หรือเป็นประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วย

โดยสรุปคือระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลไม่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวหรือส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. สมมุติฐานข้อที่ 2 ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = -.2530$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานดังกล่าว และแสดงว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดี ทั้งนี้เนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เรื้อรังของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและมีผลให้ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถเข้าร่วม

ในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมได้ ังเดิม ดังที่สเตรสส์ (Strauss cited in Brown, et al. 1981 : 1141) กล่าวว่าโรคเรื้อรังขัดขวางต่อความสัมพันธ์ทางสังคมจากการสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกายและจากความจำกัดด้านเวลาและพลังงานของผู้ป่วย ในขณะที่กิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับคนทุกวัย ซึ่งลีมอน และคณะ (Lemon, et al. 1972 cited in Markides & Martin 1979 : 88) มองว่ากิจกรรมเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงไว้หรือส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เพราะเป็นแนวทางช่วยให้ได้รับการสนับสนุนด้านบทบาทหรือส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลได้รับการยกย่องเป็นที่ยอมรับของสังคม และช่วยให้บุคคลมองภาพพจน์ของตนไปในทางที่ดี ไม่รู้สึกเหงาหรือถูกทอดทิ้งด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมากเท่าไร ก็ยังรู้สึกสูญเสียอิสรภาพในการปกครองตนเอง (loss of autonomy) มากเท่านั้น ซึ่งเป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ของโรคการสูญเสีย และความพิการ (Katz 1987 : 459) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ จะยังเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการควบคุมชีวิตตนเอง ขาดความกระตือรือร้น สูญสิ้นความหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้สมรรถภาพ ไร้พลังและไม่มีคุณค่าต้องเป็นภาระต่อครอบครัว ผู้ป่วยจะรู้สึกท้อแท้ต่อทุกสิ่ง ท้อแท้และขาดความสุข เพราะความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นพื้นฐานของการดำรงบทบาทและทำให้สิ่งที่มีชีวิตสามารถปรับตัวได้ ซึ่งถือว่าเป็น เกณฑ์หนึ่งของความสุข นอกจากนี้ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายยังสะท้อนถึงระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ของการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกังวล หดหู่ มีชีวิตอยู่ไปวันหนึ่ง ๆ คล้ายผู้ไร้ความสามารถ และเกิดความเครียดสอดคล้องกับคำกล่าวของเทย์เลอร์ (Taylor 1987 : 234) ที่ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเสียไปเนื่องจากการไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดังปกติและวิตกกังวลกับอาการซึ่งรบกวนต่อความสุขในชีวิตประจำวันก่อให้เกิดความยุ่งยากในการปรับตัว ตรงข้ามกับผู้ป่วยที่มีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อยซึ่งจะมีทั้งพลังกายพลังใจในการต่อสู้ และสามารถปรับตัวต่อความเครียดต่าง ๆ อันเนื่องจากการเจ็บป่วยได้ดีและมีความสุข ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของบรุคฮาร์ด (Burckhardt, 1982) ซึ่งศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจำนวน 94 คน และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมหรือการปลูกถ่ายไตจำนวน 859 คน ของอีแวนส์ และคณะ (Evans, et al.

1985 : 553-559) ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมาก

จากผลของการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากคะแนนความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีการกระจายมาก (ตารางที่ 2 ช่วงคะแนนความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง = 0-83.33 เปอร์เซนต์ S.D. = 21.234) ขณะที่คะแนนคุณภาพชีวิตมีการกระจายน้อย (ตารางที่ 2 ช่วงคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง = 51-134 S.D. = 14.235) นอกจากนี้ยังอธิบายได้ว่า แม้ผู้ป่วยจะมีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมาก แต่อาจเป็นเพราะผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนคำจูงใจจากบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี (ตารางที่ 2 $\bar{X}$ = 40.342) ซึ่งจะสามารถช่วยบรรเทาความทุกข์และความรู้สึกไร้คุณค่าของผู้ป่วยให้ลดน้อยลงได้

3. สมมุติฐานข้อที่ 3 ทศนคติต่อโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผลของการศึกษาค้นคว้าพบว่า ทศนคติต่อโรคของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = .5420$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานดังกล่าว และแสดงว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ดีต่อโรคจะมีคุณภาพชีวิตดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การตอบสนองความเครียดของผู้ป่วยแต่ละโรคแต่ละรายจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับทัศนคติของผู้ป่วยต่อโรคนั้น ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยนามธรรมที่สะท้อนถึงพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยต่อการรักษา ทำให้เกิดการแสดงออกทางด้านปฏิบัติ เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะได้ตอบและแสดงให้ทราบถึงแนวทางการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า คือ ความเจ็บป่วยและการรักษา ทั้งนี้เพราะทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคล ย่อมเป็นเครื่องแสดงว่าเขามีความรู้สึกทางด้านที่ดีหรือไม่ดีเกี่ยวกับสิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด และเขามีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นเพียงใด ทัศนคติของบุคคลจึงเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลนั้นจะมีการกระทำต่อสิ่งนั้นไปในทำนองใดด้วย ฉะนั้นการทราบทัศนคติของบุคคลย่อมช่วยให้สามารถทราบการกระทำของบุคคลนั้นได้ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน

2529 : 2) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับผลกระทบจากโรคทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายของเขาไม่สมบูรณ์ และต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตใหม่ เป็นผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอุปสรรคต่อความปรารถนาในอนาคต และหมดความสุขในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของแบรดเบิร์น (Bradburn 1969 cited in Burckhardt 1982 : 41) ที่ว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่าโรคหรือความพิการคือ ความรู้สึกทางด้านลบที่มีต่อโรค และได้ทำการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายจะมีคะแนนความรู้สึกทางด้านลบต่อโรค ความรู้สึกหรือทัศนคติที่ผู้ป่วยแสดงออกนี้สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อการรักษามากเท่าไร และทิศทางของทัศนคตินี้ยังมีอิทธิพลต่อการตอบสนองการรักษา (Kinsman & Jones 1976 : 164) นั่นก็คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความรู้สึกในทางลบต่อโรคจะเปรียบเสมือนมีสาเหตุภายในที่ผลักดันให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือต่อการรักษา ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ เมื่อเผชิญกับความเครียดที่เป็นผลกระทบจากโรค และจะเป็นปฏิกิริยาป้องกันกลับให้การดำเนินโรคเลวลงอีก ทำให้มีทัศนคติต่อโรคไปในทางลบมากขึ้นและหมดความสุขในชีวิต ส่วนผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อโรคในทางบวกมักจะมองโลกในแง่ดี ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสุขภาพ (Paley, et al. cited in Kinsman & Jones 1976 : 159) เขาจะมีความหวังต่อการรักษา โดยเชื่อว่าการรักษาจะสามารถควบคุมภาวะโรคที่คุกคามเขาอยู่ได้ ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะติดตามการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงและมีความสุข สอดคล้องกับแนวความคิดของเคทซ์ (Katz อ้างถึงใน ไวรส์ เจียมบรรจง 2522 : 97-98) ซึ่งได้แบ่งหน้าที่ของทัศนคติออกเป็น 4 ประเภทคือ ทัศนคติช่วยเป็นเครื่องมือทำให้บุคคลไปถึงจุดมุ่งหมาย และช่วยในการปรับตัว ทัศนคติช่วยป้องกันตัวบุคคลได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยมีทัศนคติต่อโรคในทางบวก จะทำให้สบายใจ และรักษาภาพพจน์ (body image) ของตัวเองได้ นอกจากนี้ยังช่วยทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และช่วยให้บุคคลได้แสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นเครื่องแสดงถึงความสำเร็จในการปรับตัวท่ามกลางความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และความสำเร็จของการปรับตัวก็คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเอง จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ผู้วิจัยคาดว่าอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ดีต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติไม่ดีต่อโรค

4. สมมุติฐานข้อที่ 4 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

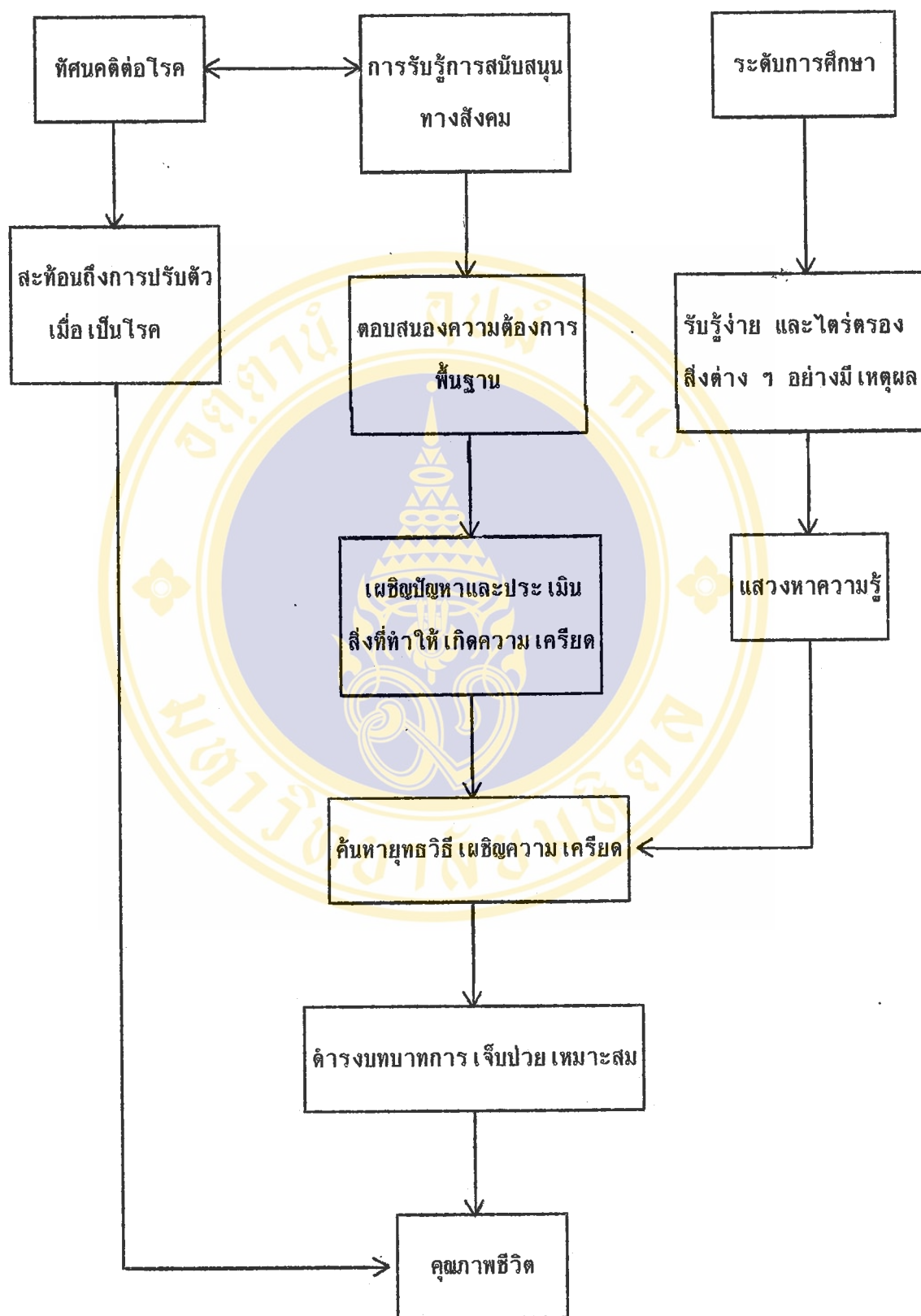
ผลของการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = .5098$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานดังกล่าว และแสดงว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีคุณภาพชีวิตดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โดยปกติบุคคลทั่วไปมักคาดหวังว่า เมื่อตนเจ็บป่วยหรือมีความทุกข์จะมีคนคอยดูแลและช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่จำเป็นต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นในด้านแรงงานและบริการบางอย่าง รวมทั้งด้านสิ่งของ เงินทอง นอกจากนี้ก็รูปแบบหนึ่งของการพึ่งพาที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ ต้องการให้ใครคนหนึ่งฟังความทุกข์ของเขาด้วยความสนใจ และถ้าไม่ได้รับการตอบสนองผู้ป่วยจะยิ่งรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไร้ค่า (Pinneo 1984 : 460) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานเหล่านี้ของผู้ป่วยได้ โดยเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ สนใจยกย่องหรือเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb 1976 : 300) ความรู้สึกดังกล่าวเป็นความต้องการด้านอารมณ์ซึ่งเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณได้รับการตอบสนอง จะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าคุณมีเสถียรภาพที่มั่นคงมีคุณค่าสำหรับบุคคลอื่น สามารถควบคุมตัวเองในการแก้ปัญหา เกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย สำหรับการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนด้านแรงงาน บริการบางอย่าง และการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง เป็นการช่วยเหลือโดยตรงที่มองเห็นได้ชัดเจนว่าจะช่วยแบ่งเบาภาระต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเป็นทุกข์อยู่ได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเต็มที่ และสามารถติดตามรับการรักษาโดยสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเสถียรภาพทางด้านร่างกาย มีกำลังใจ และมีอารมณ์ที่มั่นคง ส่งผลให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ดีขึ้น ช่วยลดโอกาสของการเกิดภาวะวิกฤตซึ่งเชื่อมโยงกับการเจ็บป่วย และนำไปสู่พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี (Cohen & Will 1985 : 310-357) นอกจากนี้ความช่วยเหลือในด้านทำให้ข้อมูล ข่าวสาร หรือคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพจะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยทราบแนวทางในการปฏิบัติตน

ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ เพราะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติ ลดการเกิดโรคซ้ำ ประกอบกับความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวจะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดความต้องการปรับปรุงสุขภาพ เกิดการตอบสนองในทางบวกคือ การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งดัดเลย์ และคณะ (Dudley, et al. 1980 : 414) กล่าวว่า ความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยนั้นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้มีกำลังใจเผชิญกับโรคปรับตัวได้ถูกต้อง นำไปสู่การปฏิบัติตามแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีและมีความสุขในชีวิต แต่โคเฮน และวิลส์ (Cohen & Wills 1985 : 310-357) กล่าวว่า แม้ว่าบุคคลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ แต่ไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะมีสุขภาพดีเสมอไป กับคำกล่าวนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของเขาจะเป็นเครื่องหล่อเลี้ยงจิตใจที่แม้จะมีความทุกข์ทรมานด้านร่างกายให้มีความสุขได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนกันชนที่จะปะทะกับความกดดันซึ่งเป็นผลจากการสูญเสียภาวะสุขภาพหรือ เป็นเสมือนสิ่งลบล้าง (Buffer) ภาวะเครียด (Brandt & Weinert 1981 : 277)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่รับรู้ว่าคุณได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมสามารถทดแทนความรู้สึกสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย ความสุข และสามารถทดแทนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วยได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี เป็นพลังกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองในทางบวกโดยทำให้เกิดความสนใจในการประเมินสิ่งทำให้เกิดความเครียด อันเนื่องมาจากความเสื่อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ ร่วมมือกับญาติในการหาหนทางวิธีเผชิญความเครียดเพื่อควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ อันเนื่องมาจากโรคและการรักษา เป็นการลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตผู้ป่วย กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการปรับปรุงสุขภาพของตน ช่วยให้เกิดการดำรงบทบาทการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม โดยเกิดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอันเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวอย่างปกติสุข

5. สมมุติฐานข้อที่ 5 สถานภาพส่วนตัว อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทศนคติต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผลการศึกษารังนี้พบว่า ชุดตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ทศนคติต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา ซึ่งมีอิทธิพลในการทำนายร้อยละ 45.53 ($P < .001$) ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมุติฐานดังกล่าว ซึ่งอธิบายได้ว่า รูปแบบของทศนคติต่อโรคอาจสัมพันธ์หรือสะท้อนได้ดีถึงความแตกต่างของลักษณะแบบแผน หรือการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วย หรือกล่าวได้ว่าเป็นการสะท้อนถึงการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถบอกได้ถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อการรักษา ทิศทางของทศนคดียังมีอิทธิพลต่อการตอบสนองการรักษา (Kinsman & Jones 1976 : 164) กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ จะเกิดทศนคติต่อโรคในทางบวกเกิดการมองโลกในแง่ดี เกิดความร่วมมือในการฟื้นฟูสุขภาพและมีความสุขในชีวิตตามอัตภาพ การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่คุกคามผู้ป่วยอยู่นี้จะสามารถประสพผลสำเร็จได้มากน้อยเพียงใดนั้นต้องอาศัยพลังใจของผู้ป่วย เป็นแหล่งสำคัญซึ่งได้มาจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตนอยู่ อันจะ เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ที่ทำให้เกิดความกล้าที่จะเผชิญกับโรคที่คุกคามความสุขของเขา และพยายามประเมินสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดอันเป็นผลกระทบจากโรคและการรักษา โดยอาศัยปัจจัยอื่นที่เอื้ออำนวยคือ ระดับการศึกษาซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย (Jalowitz & Power 1980) โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาดีจะส่งเสริมให้เป็นบุคคลที่รับรู้ง่าย สามารถไตร่ตรองสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล และขณะเดียวกันก็จะพยายามแสวงหาความรู้ซึ่งเป็นเสมือนขุมพลังอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้ปฏิบัติและควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยพยายามค้นหายุทธวิธีเผชิญและกำจัดความเครียดซึ่งนำมาสู่การดำรงพฤติกรรม การปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องตามแผนการรักษา สามารถควบคุมภาวะความเจ็บป่วยของตนได้ ทำให้ผู้ป่วยดำรงบทบาทการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตดี ซึ่งอาจสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับคุณภาพชีวิตได้ดังแผนภูมิที่ 7



Copyright by Mahidol University

สำหรับความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่เหลือก็ร้อยละ 54.47 ซึ่งไม่สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจจะเป็นผลจากปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แต่ผู้วิจัยไม่นำมาศึกษา เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่ออำนาจควบคุมภายนอกภายใน ความเชื่อด้านสุขภาพ อึดทนในทศน์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นต้น



สรุปการวิจัยและข้อ เสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาถึงปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งปัจจัยบางประการที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาโดยทบทวนจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และอาศัยกรอบความรู้เกี่ยวกับบุคคล-สิ่งแวดล้อม (Cognitive Person Environment Framework) ของลาซารัส (Lazarus) เป็นแนวทางประกอบด้วย สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทักษะคิดต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม พร้อมทั้งศึกษาเลือกแบบจำลองเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ และที่แผนกตรวจโรคอายุรกรรม ดัดตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2531 ถึงวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2532 จำนวน 120 ราย ที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย แบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย แบบวัดทักษะคิดต่อโรค แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัว โดยหาความถี่และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลทั่วไป
2. หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทศนคติต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และคะแนนคุณภาพชีวิต
3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วย ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทศนคติต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยการทดสอบที (t-test)
4. วิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอิทธิพลของตัวทำนายแต่ละตัว ได้แก่ สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วย คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ทศนคติต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ว่ามีผลต่อตัวเกณฑ์คือ คุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) และสร้างแบบจำลองแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายและตัวเกณฑ์

ซึ่งการวิจัยปรากฏผลดังนี้

1. สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วย มีเพียงระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)
2. ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

3. ทศนคติต่อโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

4. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

5. ทศนคติต่อโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($P < .001$) ซึ่งสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.53 โดยมีสมการทำนายดังนี้

$$Y = 53.54801 + .38533 (ATT.) + .83449 (PERC.) + 2.55452 (EDU.)$$

ข้อ เสนอแนะ

จากผลการวิจัยซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความรุนแรงของการสูญเสียที่ด้านร่างกาย ทศนคติต่อโรค และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยมีข้อ เสนอแนะที่ได้จากการวิจัยดังนี้

1. ด้านการบริหารและบริการพยาบาล

ในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกนั้น ฝ่ายบริหารและฝ่ายบริการพยาบาลควรมุ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และร่วมประสานงานกันอย่างจริงจังในการปรับเปลี่ยน แก้ไข หรือส่งเสริมปัจจัยเหล่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดย

1.1 จัดโครงการการศึกษานอกระบบ ซึ่งอาจทำในรูปการจัดหลักสูตร การอบรม หรือการสัมมนาเฉพาะสาขารึขึ้นในหน่วยงาน โดยเน้นถึงความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยเฉพาะการให้ความสนใจเกี่ยวกับผลกระทบด้านจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.2 จัดโปรแกรมการสอนที่เป็นมาตรฐานขึ้นเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย วิธีการรักษา และแนวทางในการปฏิบัติตน โดยทำการสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล และจัดทำคู่มือ เอกสาร หรือสื่อทัศนูปกรณ์ประกอบการสอน รวมทั้งจัดวิธีการสอนที่เหมาะสม ชัดเจน และเข้าใจง่ายตามระดับการศึกษาและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สร้างแนวทางและทำการประเมินความรู้ความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยทราบแนวทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถเผชิญปัญหาและคาดการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.3 จัดบุคลากรสำหรับทำหน้าที่ติดตามประเมินความรู้ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้คำแนะนำและประเมินผลเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ติดตามให้ผู้ป่วยปฏิบัติให้สอดคล้องกับระยะของโรคและความสามารถด้านร่างกาย ตลอดจนจัดบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติตัว กิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยกระทำได้ และลักษณะอาชีพที่เหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบแนวทางในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย และมีทัศนคติที่ดีต่อโรค

นอกจากนี้ควรจัดให้มีการรวมกลุ่มผู้ป่วย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย แบ่งเบาความทุกข์ซึ่งกันและกัน และได้แนวทางในการปฏิบัติตนรวมทั้งวิธีการแก้ปัญหาอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยจากบุคคลในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัว ก่อให้เกิดกำลังใจ และคลายความทุกข์กังวลจากการได้ทราบว่ายังมีบุคคลอื่น ๆ ที่ประสบปัญหาจากความเจ็บป่วยเช่นเดียวกัน

1.4 จัดให้มีโครงการส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย โดย

1.4.1 จัดอบรมญาติที่ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วยโดยใช้เวลาที่ผู้ป่วยกำลังรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ ให้ญาติของผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสม และวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

1.4.2 ร่วมประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและญาติ โดยทำตัวเป็นสื่อกลางในการพูดคุยให้ผู้ป่วยและญาติมีเป้าหมายของการปฏิบัติเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย มีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมโดยไม่พึ่งพาญาติจนเกินไป และช่วยบรรเทาความรู้สึก เป็นทุกข์ของญาติผู้ป่วย

1.4.3 จัดรวมกลุ่มญาติของผู้ป่วยให้มีโอกาสได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และระบายความรู้สึกเป็นทุกข์ซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดการคิดหาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยอาศัยพลังกลุ่มช่วยคิดแก้ปัญหา อีกทั้งยังช่วยให้ญาติเกิดกำลังใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

1.4.4 จัดอบรมพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจ และประจำแผนกตรวจโรคอายุรกรรม ดึงตรวจโรคผู้ป่วยนอก ให้มีความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย โดยอาจใช้แบบสำรวจเรื่องต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพมาเป็นแนวทางประกอบเนื้อหาของการอบรม

1.5 จัดให้มีพยาบาลหรือหน่วยงานซึ่งผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ง่ายในการช่วยเหลือแนะแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยยึดหลักการบริการที่เข้าหาผู้ป่วย มีความเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ป่วยระบายปัญหาด้านนี้โดยไม่เกิดความละอาย

1.6 ร่วมประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย เพื่อสำรวจทัศนคติต่อโรคและการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา จนกระทั่งมาติดตามรับการตรวจตามนัด เพื่อนำมาเป็นแนวทางประกอบการวางแผนให้การพยาบาล และการสร้างโปรแกรมการสอนเพื่อเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วย

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

Copyright by Mahidol University
ควรบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและแนวทางการประเมินภาวะนี้ เน้นให้นักศึกษาพยาบาลทราบถึงการประเมินผลสำเร็จของการรักษาพยาบาล โดยการ

ประเมินจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้อาสาสมัครสามารถวางแผนและสร้างมาตรฐานการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างแท้จริงได้ บรรลุเนื้อหาเกี่ยวกับโมทัศน์ของการปรับตัว แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติต่อโรคที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย ฝึกให้นักศึกษาเรียนรู้ถึงการประเมินปัญหาด้านจิตสังคมที่เป็นผลกระทบจากโรค นอกเหนือจากปัญหาด้านร่างกาย และการวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.2 ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง ความเชื่ออำนาจควบคุมภายนอกภายใน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอัตมโนทัศน์ เป็นต้น

3.3 การศึกษาผลของการสร้างรูปแบบการพยาบาลเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อโรคของผู้ป่วย

3.4 ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการสอนญาติ เพื่อส่งเสริมการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

3.5 ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยใช้กรอบความรู้หรือทฤษฎีอื่น เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของทฤษฎี และการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีมาตรฐานต่อไป



บรรณานุกรม

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. จิตวิทยาสังคม. ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527. (อัคราเน).

กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. สรุป รายงานการป่วยของ
ผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2526. (อัคราเน).

เขมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวง
เกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์
การแพทย์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.

คณะกรรมการโครงการพัฒนางานพยาบาล, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. คู่มือ
การพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2529 (อัคราเน).

จรรยาวัตร คมพัยค์. "การพัฒนาคุณภาพชีวิต." วารสารพยาบาล. 32 (ตุลาคม - สิงหาคม
2526) : 327-332 .

จินตนา ไยธามุท และคณะ. "วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน
ในวชิรพยาบาล." วชิรเวชสาร. 27 (พฤษภาคม 2526) : 195 - 204.

ชัยพร รัชชาวุธ. การวิจัยเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช,
2523.

ฉวีวรรณ แก้วพรหม. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุน
ทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
ปรัชญาดุษฎีศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์-
มหาวิทยาลัย, 2530.

ดวงเดือน พันธมนาวิน. เอกสารประกอบการฝึกอบรม การวิจัยขั้นสูงทางพฤติกรรมศาสตร์.

กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2529 (อัดสำเนา).

เดือนฉาย ชยานนท์. "เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน." จุลสารสมาคมศิษย์เก่าแพทย์จุฬาลงกรณ์.

12 (มิถุนายน 2531) : 7-25.

ทัศนีย์ จินางกูร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

นภาพร แก้วนิมิตรชัย. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2529.

ธีระพร อุวรรณไผ. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราและเอกสารทาง

วิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. (อัดสำเนา).

_____ .ก. "การวัดทัศนคติ." ในบทความทางวิชาการทดสอบ โครงการพัฒนาแบบ

ทดสอบ. หน้า 103 - 123. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,
2529.

บดี ณะมัน. "บทฟื้นฟูวิชาการ ความจำเป็นพื้นฐานและคุณภาพชีวิต." จุฬาลงกรณ์เวชสาร.

31 (ตุลาคม 2530) : 821-828.

บุญประคอง บัตรพรธนะ และคณะ. การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. เล่ม 2.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์, 2525.

ประคอง กรณสูตร. สถิติศาสตร์ประยุกต์สำหรับครู. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร :

ไทยวัฒนาพานิช, 2520.

พรทิพย์ พัชราพันธุ์. การศึกษาภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.

พรศรี ศรีอัญญาพร. สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช,

2529.

เพลินพิศ เลาวิริยะกมล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลัง

การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ยุวดี ฤาชา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และทำปก

เจริญผล, 2526.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง

จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

ลัดดา กิติวิภาต. ทัศนคติทางสังคมเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : แสงจันทร์การพิมพ์, 2526.

ลิปพนนท์ เกตุทัต. "ระบบการศึกษาช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างไร." ปาฐกถาในคราวสัมมนาทางวิชาการโครงการประชากรศึกษาคั้งที่ 3 ณ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 1 มีนาคม 2523. (อัดสำเนา).

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

ไวรรัส เจียมบรรจง. จิตสังคม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด กรมประชาสงเคราะห์, 2522.

ศิริอร ลินธ. ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

ศุภชัย ศุภวรรณ. "มุมมองหนึ่งของสิทธิมนุษยชนกับคุณภาพชีวิต." วารสารประชากรศึกษา. 12 (เมษายน 2529) : 85 - 87.

สมจิต วัฒนาชยากุล. สถิติวิเคราะห์เบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2524.

สมจิต หนูเจริญกุล. "การพยาบาลผู้ป่วย Angina pectoris." ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2, หน้า 55 - 62. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บำรุงนุกุลกิจ, 2524.

สันต์ หัตถิรัตน์. บรรยายร่วมศิริราช โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานครการพิมพ์, 2519.

สุรัชย์ อรรถธรรม. ทศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนในจังหวัดชัยภูมิที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2527.

สุภัทรา สุภาพ. สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิชจำกัด, 2524.

สุวรรณ จันทรประเสริฐ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับเจตคติต่องานสาธารณสุขระดับตำบลของนักเรียนเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย). วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2528.

อุทุมพร จามรมาน. "คุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร." วารสารจิตวิทยาคลินิก. 18 (มกราคม - มิถุนายน 2530) : 1-23.

อิสรา สุขุมลจันทร. "โรคหัวใจขาดเลือด." ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด, หน้า 292 - 301. สมชาติ โลจายะและคนอื่นๆ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2524.

Adams, D.L. "Analysis of a Life-Satisfaction Index." Journal of Gerontology. 24 (October 1969) : 470-474.

Andreasson, N.T.C. & Norris, A.C. "Long Term Adjustment and Adaptation Mechanism in Severely Burned Adult." Journal Nervous and Mental Disease. 154 (July 1972) : 352-362.

- Andreasson, N.C. "Nature of the Patient." in Comprehensive Text Book of Psychiatry 111. 3rd ed. PP. 1519-1520 Edited by H. Kaplan, et al. Baltimore : Williams & Wilkins, 1980.
- Andrew, F. & McKennell, A. "Measures of Self-Reported Well-being Their Affective, Cognitive and other Components." Social Indicators. 8 (February 1980) : 127-155.
- Bayles, M.D. "The Value of Life by What Standard." American Journal of Nursing. 80 (December 1980) : 2226-2230.
- Berger, M. et al. "The Sickness Impact Profile : Validation of a Health Status Measure." Medical care. 14 (January 1976) : 57-67.
- Berkman, L.F. & Syme, S.L. "Social Networks, Host Resistance, and Mortality : a Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents." American Journal of Epidemiology. 109 (February 1979) : 186-203.
- Bohachick, P. "Progressive Relaxation Training in Cardiac Rehabilitation : Effect on Psychologic Variable." Nursing Research. 33 (September / October 1984) : 283-287.
- Boogaard, M.A.K. "Rehabilitation of the Female Patient after Myocardial Infarction." The Nursing Clinics of North America. 19 (September 1984) : 433-440.

Brandt, P.A. & Weinert, C. "The PRQ-a Social Support Measure." Nursing Research. 30 (September / October 1981) : 277-280.

Briody, M.E. "The Role of the Nurse in Modification of Cardiac Risk Factor." The Nursing Clinics of North America. 19 (September 1984) : 387.

Brown, J.S. et al. "Life Satisfaction and Chronic Diseases : Exploration of Theoretical Model." Medical Care. 19 (November 1981) : 1136-1146.

Burckhardt, C.A.S. "The Impact of Arthritis on Quality of Life." Doctoral Dissertation University of Colorado, 1982.

_____. a "The Impact of Arthritis on Quality of Life." Nursing Research. 34 (January / February 1985) : 11-16.

Burgess, A.W. & Hartman, C. R. "Patients, Perceptions of the Cardiac Crisis Key to Recovery." American Journal of Nursing. 86 (May 1986) : 568-571.

Cambell, A. "Subjective Measure of Well-being." American Psychologist. 31 (January 1976) : 117-124.

Cameron, P. "Social Stereotypes 3 Faces of Happiness." Psychology Today. 8 (August 1974) : 63-64.

Cantril, H. "A Study of Aspiration." Scientific American. 208
(February 1963) : 41-45.

Caplan, R.D. "Patient, Provider, and Organization : Hypothesized
Determinants of Adherence." In New Directions in Patient
Compliance. pp. 75-110 Edited by S.J. Cohen. Lexington, MA :
D.C.Health & Co., 1979.

Cobb, S. "Social Support as a Moderator of Life Stress." Psychosomatic
Medicine. 38 (September-October 1976) : 300-314.

Cohen, S. & Willis, T.A. "Stress, Social Support, and the Buffering
Hypothesis." Psychological Bulletin. 98 (September 1985) :
310-357.

Crewe, N.M. "Quality of Life the Ultimate Goal in Rehabilitation."
Minnesota Medicine. 63 (August 1980) : 586- 589.

Cronenwett, L.R.H. "Relationship Among Social Network Structure,
Perceived Social Support, and Psychological outcomes of
Pregnancy." Doctoral Dissertation The University of Michigan,
1984.

Dobson, M. et al. "Attitudes and Long-Term Adjustment of Patients
Surviving Cardiac Arrest." British Medical Journal. 24 (July
1971) : 207-212.

Dubos, R. "The State of Health and the Quality of Life." The Western Journal of Medicine. 125 (July 1976) : 8-9.

Dudley , D.L. et al. "Psychosocial Concomitants to Rehabilitation in Chronic obstructive Pulmonary Disease : Part I Psychosocial and Psychological Considerations." chest. 77 (March 1980) : 413-419.

Evans, R.W. et al. "The Quality of Life of Patients with End-Stage Renal Disease." The New England Journal of Medicine. 132 (February 1985) : 553-559.

Ferrans, C.E. & Powers, M.J. "Quality of Life Index : Development and Psychometric Properties." Advances in Nursing Science. 8 (October 1985) : 15-24.

Flanagan, J. "A Research Approach to Improving Our Quality of life." American Psychologist. 31 (February 1978) : 138-147.

Flynn, M.K. & Frantz, R. "Coronary Artery Bypass Surgery : Quality of Life during Early Convalescence." Heart & Lung. 16 (March 1987) : 159-166.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. "An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample." Journal of Health and Social Behavior. 21 (September 1980) : 219-239.

Gallagher, A.P. "A Model for Change in Long-Term Care." Journal of Gerontological Nursing. 12 (May 1987) : 19-23.

Gilson, B.S. et al. "The Sickness Impact Profile Development of an Outcomes Measure of Health Care." AJPH. 65 (December 1975) : 1304-1310.

Hijeck, T.W. "The Health Belief Model and Cardiac Rehabilitation." The Nursing Clinics of North America. 19 (September 1984) : 448-458.

Hilbert, G.A. "Spouse Support and Myocardial Infarction Patient Compliance." Nursing Research. 34 (July / August 1985) : 217-220.

Holmes, s. "Pursuit of Happiness." Nursing Mirror. 161 (September 1985) : 43-45.

Holmes, S. & Dickerson, J. "The Quality of Life : Designs and Evaluation of a Self-Assessment Instrument for Use with Cancer Patients." Internal Journal Nursing Studies. 24 (1987) : 15-24.

Johnson, F. et al. "Life Satisfaction of Poor Urban Black Aged." Advances in Nursing Science. 4 (April 1982) : 27-34.

Julian, D.G. "Quality of Life after Myocardial Infarction." American Heart Journal. 114 (July 1987) : 241-244.

Kaplan, B. et al. "Social Support and Health." Medical Care. 15 (5 Suppl. 1977) : 47-58.

Katz, S. et al. "Studies of Illness in the Aged the Index of ADL : A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function." JAMA. 21 (September 1963) : 94-99.

Katz, S. "The Science of Quality of Life." Journal of Chronic Disease. 40 (June 1987) : 459-463.

Kellerman, J.J. et al. "Return to work after Myocardial Infarction." Geriatrics. 23 (March 1968) : 151-156.

Kinsman, R.A. et al. "Patient Variables Supporting Chronic Illness." The Journal of Nervous and Mental Disease. 163 (September 1976) : 159-165.

Kurtz, R.B. & Owen, N.S. Nursing Care of the Cancer Patient. 4th ed. St. Louis : The C.V. Mosby Co., 1981.

Laborde, J.M. & Powers, M.J. "Satisfaction with Life for Patients undergoing Hemodialysis and Patients Suffering from Osteoarthritis." Research in Nursing and Health. 3 (June 1980) : 19-24.

- Lambert, V.A. & Lambert, C.E.Jr. "The Patient with an Alteration in Cardiovascular Function." In The Impact of Physical Illness and Related Mental Health Concepts. pp. 170-204. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, Inc., 1979.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping. New York : Springer Pub. Co., 1984.
- Levy, N.B. & Wynbrandt, G.D. "The Quality of Life on Maintenance Hemodialysis." Lancet. 1 (June 1975) : 1328-1330.
- Lewis, F.M. & "Experienced Personal Control and Quality of Life in Late-State Cancer Patients." Nursing Research. 31 (March / April 1982) : 113-119.
- Lin, N. et al. "Social Support, Stressful Life Events, and Illness : a Model and Empirical Test." Journal of Health and Social Behavior. 20 (June 1979) : 108-119.
- Longosch, W. et al. "Psychophysiological Testing of Postinfarction Patients : a Study Determining the Cardiological Importance of Psychophysiological Variables." In Biobehavioral Bases of Coronary Heart Disease. vol. 2. pp. 197-227 Edited by M.D. Theodore, et al. Sydney : Karger, 1983.
- Lowenthal, M.F. & Haven, C. "Interaction and Adaptation : Intimacy as a Critical Variable." American Sociological Review. 33 (February 1968) : 20-30.

Luckman, J. & Sorensen, K.C. Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1974.

_____. a Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach.
2 nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1980.

Marino, L.B. & Kooser, J.A. "The Psychosocial Care of Cancer Clients and Their Families : Periods of High Risk." In Cancer Nursing. pp. 53-66 Edited by L.B. Marino. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1981.

Markides, K.S. & Martin, H.W. "A Causal Model of Life Satisfaction Among the Elderly." Journal of Gerontology. 34 (January 1979) : 86-93.

McNett, S.C. "Social Support, Threat, and Coping Responses and Effectiveness in the Functionally Disabled." Nursing Research. 36 (March / April 1987) : 98-103.

McSweeney, A.J. et al. "Life Quality of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease." Archives of Internal Medicine. 142 (March 1982) : 473-478.

Meyerowitz, B.E. et al. "Quality of Life for Breast Cancer Patients Receiving Adjuvant Chemotherapy." American Journal of Nursing. 83 (February 1983) : 232-235.

Mickus, D. "Activities of Daily Living in Women after Myocardial Infarction." Heart & Lung. 15 (July 1986) : 376-381.

Monat, A. & Lazarus, R.S. Stress and Coping an Anthology. New York : Columbia University Press, 1977.

Moynihan, M. "Assessing the Educational Needs of Post-Myocardial Infarction Patients." The Nursing Clinics of North America. 19 (September 1984) : 441.

Nagle, R. et al. "Factors Influencing Return to Work after Myocardial Infarction." The Lancet. 28 (August 1971) : 454-456.

Neugarten, B.L. et al. "The Management of Life Satisfaction." Journal of Gerontology. 16 (April 1961) : 134-143.

Norbeck, J. et al. "The Development of an Instrument to Measure Social Support." Nursing Research. 30 (September-October 1981) : 264-269.

Nyamathi, A.M. "The Coping Responses of Female Spouses of Patients with Myocardial Infarction." Heart & Lung. 16 (January 1987) : 86-92.

Ott, C.R. et al. "A Controlled Randomized Study of Early Cardiac Rehabilitation : The Sickness Impact Profile as an Assessment Tool." Heart & Lung. 12 (March 1983) : 162-170.

Padilla, G.V. et al. "Quality of Life Index for Patients with Cancer."

Research in Nursing and Health. 6 (June 1983) : 117-126.

Padilla, G.V. & Grant, M.M. "Quality of life as Cancer Nursing Outcome

Variable." Advances in Nursing Science. 8 (October 1985) :

45-60.

Palmore, E. & Luikart, C. "Health and Social Factors Related to Life

Satisfaction." Journal of Health & Social Behavior. 13 (March

1972) : 68-80.

Penckofer, S.H. & Holm, K. "Early Appraisal of Coronary Revascularization

on Quality of Life." Nursing Research. 33 (March / April

1984) : 60-63.

Perchalski, D.L. & Pepine, C.J. "Patient with Coronary Artery Spasm

and Role of the Critical Care Nurse." Heart & Lung. 16 (July

1987) : 392-402.

Pinneo, R. "Living with Coronary Artery Disease : the Nurse's Role."

The Nursing Clinics of North America. 19 (September 1984) :

459-467.

Rokeach, M. Belief, Attitude and Value : a Theory of Organization and

Change. Sanfrancisco : Jossey Press Inc., 1970.

Copyright by Mahidol University
Scott, D.W. et al. "A Stress-Coping Model." Advance in Nursing Science.

3 (October 1980) : 9-23.

Sloman, G. et al. Coronary Care Workbook. 4th ed. Sydney : Boehinger Ingelheim Pty. Ltd., 1980.

Somchit Hanucharurnkul. "Social Support, Self-Care, and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand." Doctoral Dissertation Wayne State University, 1988.

Spitzer, W.O. "State of Science 1986 : Quality of Life and Functional Status as Target Variable for Research." Journal Chronic Disease. 40 (June 1987) : 465-471.

Stern, M.J. et al. "Life Adjustment Postmyocardial Infarction." Archives of Internal Medicine. 137 (December 1977) : 1680-1685.

Storstein, L. "How Should Changes in Life-Style be Measured in Cardiovascular Disease." American Heart Journal. 114 (June 1987) : 234-240.

Taylor, S.H. "Drug Therapy and Quality of Life in Angina Pectoris." American Heart Journal. 114 (July 1987) : 234-240.

Thoits, P.A. "Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress." Journal of Health and Social Behavior. 23 (June 1982) : 145-159.

Turner, R.J. "Social Support as a Contingency in Psychological Well-being." Journal of Health and Social Behavior. 22 (December 1981) : 257-367.

Underhill, S.L. "Coronary Artery Disease Risk Factor." In Cardiac Nursing. pp. 130-148 Edited by S.L. Underhill, et al.
Philadelphia : J.B.Lippincott Company, 1982.

Wenger, N.K. & Hellerstein, H.K. Rehabilitation of the Coronary Patient.
New York : John Wiley & Sons, 1978.

Wincott, E.A. & Caird, F.I. "Return to Work after Myocardial Infarction."
British Medical Journal. 2 (November 1966) : 1302-1304.

Wood, V. et al. "An Analysis of a Short Self Report Measure of Life Satisfaction ; Correlation with Rater Judgements." Journal of Gerontology. 24 (October 1969) : 465-469.

Yong, K.J. & Longman, A.J. "Quality of Life and Persons with Melanoma : A Pilot study." Cancer Nursing. 6 (June 1983) : 219-225.





ความเชื่อมั่นของ เครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย

หลังจากได้นำแบบวัดทั้งหมดไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนแบค (Cronbach Alpha Coefficient) แล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดอีกครั้ง ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดแต่ละฉบับ เปรียบเทียบกับค่าความ เชื่อมั่นที่ได้จากการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 20 ราย ดังนี้

ตารางที่ 7 ค่าความ เชื่อมั่นของ เครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่าง 120 รายและ 20 ราย

แบบวัด	ค่าความ เชื่อมั่น	
	N = 120	N = 20
1. ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	0.8458 (N = 62) *	0.78
2. ทศนคติต่อโรค	0.8247	0.89
3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	0.8676	0.78
4. ความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต	0.8124	0.747
5. ความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง	0.8546	0.89

* ค่าความ เชื่อมั่นของแบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายคิดจากคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออีก 58 ราย ตอบคำถามไม่ครบทุกข้อ เพื่อให้ได้ค่าความ เชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ ผู้วิจัยจึงนำคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามในแบบวัดนี้ครบทุกข้อมาคำนวณค่าความ เชื่อมั่น

จากตารางที่ 7 พบว่า มีเฉพาะแบบวัดทัศนคติต่อโรคและแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต เฉพาะเรื่องเท่านั้นที่ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นแล้วได้ค่าความ เชื่อของเครื่องมือ ลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนใหญ่มีความรู้สึกหรือทัศนคติต่อโรค และมีความพึงพอใจในชีวิต เฉพาะเรื่องคล้ายคลึงกัน แต่อย่างไรก็ตามค่าความ เชื่อมั่นของแบบวัด ทั้งสองก็ยังอยู่ในเกณฑ์สูง สำหรับแบบวัดอื่น ๆ คือ แบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้าน ร่างกาย แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิตนั้น เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นพบว่า ค่าความ เชื่อมั่นของเครื่องมือสูงขึ้น ซึ่งแสดงว่า เครื่องมือทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่มีความ เชื่อถือได้สูง และมีความคงที่ในการวัด





สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในของแบบวัดคุณภาพชีวิต

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือ 3 ชุดที่ประกอบเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต คือ แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต (LSI) แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง (Dom Sat.) และแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (QOL Rat.) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยทดสอบที (t-test)

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง และแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม

แบบวัด	LSI	Dom Sat.	QOL Rat.
LSI	1.0000		
Dom Sat.	0.5195***	1.0000	
QOL Rat.	0.6009***	0.4524***	1.0000

*** $P < .001$

จากตารางที่ 8 พบว่า แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง และแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P < .001$) นอกจากนี้แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่องยังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P < .001$)

เนื่องจากเครื่องมือทั้ง 3 ชุดที่ประกอบกันเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดว่าเมื่อนำเครื่องมือนี้ไปวัดหรือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มใด ๆ ก็ตาม ไม่ควรแยกใช้เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง แต่ควรนำไปใช้ทั้ง 3 เครื่องมือประกอบกันจึงจะสามารถวัดหรือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้กว้าง ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม



การจัดลำดับความสำคัญและความพึงพอใจของแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง (Domain Satisfaction Rating)

เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง ซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ประกอบเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ความสำคัญกับเรื่องใดในชีวิตของเขา และปัจจุบันเขามีความพึงพอใจกับเรื่องเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางประกอบการวางแผนให้การพยาบาลต่อไป ผู้วิจัยจึงได้นำคะแนนความพึงพอใจในชีวิตและคะแนนความสำคัญในแต่ละเรื่องของแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่องมาหาค่าเฉลี่ย และเนื่องจากยังไม่มีเกณฑ์การให้คะแนนของการให้ระดับความสำคัญในแต่ละเรื่องของแบบวัดนี้ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ

- สำคัญมากที่สุด หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าการนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของตนมากที่สุด
- สำคัญมาก หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าการนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของตนมาก
- สำคัญปานกลาง หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าการนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของตนในระดับปานกลาง
- สำคัญเล็กน้อย หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าการนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของตนเพียงเล็กน้อย
- ไม่สำคัญเลย หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าการนั้นไม่มีความสำคัญต่อชีวิตของตนเลย

ผู้วิจัยจึงพิจารณาให้คะแนนตาม เกณฑ์ ดังนี้

ถ้าเลือก	สำคัญมากที่สุด	ได้	4	คะแนน
ถ้าเลือก	สำคัญมาก	ได้	3	คะแนน
ถ้าเลือก	สำคัญปานกลาง	ได้	2	คะแนน
ถ้าเลือก	สำคัญเล็กน้อย	ได้	1	คะแนน
ถ้าเลือก	ไม่สำคัญเลย	ได้	0	คะแนน

ตารางที่ 9 ค่ามัชฌิม เลขคณิตของคะแนนความพึงพอใจและความสำคัญในแต่ละ เรื่องของแบบวัด ความพึงพอใจในชีวิต เฉพาะ เรื่อง

เรื่องต่าง ๆ ของแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต เฉพาะเรื่อง	ค่ามัชฌิม เลขคณิต	
	คะแนนความพึงพอใจ	คะแนนความสำคัญ
1. ความสุขสบายด้านวัตถุ	5.82	2.833
2. การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง	4.95	3.952
3. สัมพันธภาพกับญาติพี่น้อง	5.58	2.592
4. การมีบุตรและความเจริญก้าวหน้าของบุตร	6.13	3.225
5. การมีสัมพันธภาพใกล้ชิดกับสามี (ภรรยา) หรือ บุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับท่าน	5.95	2.925
6. การมีเพื่อนสนิท	5.47	2.25
7. การได้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น	5.94	2.725
8. การมีส่วนร่วมในสมาคม ชมรม หรือกลุ่มเพื่อน	5.13	2.233
9. การศึกษาเล่าเรียน	5.52	2.616
10. การเข้าใจตนเอง	5.85	2.883
11. การมีงานทำนอกบ้านหรือในบ้าน	5.46	2.858
12. การได้แสดงความคิดสร้างสรรค์	5.45	2.317
13. การพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น ๆ	5.32	2.108
14. การอ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือดูการละเล่น	5.62	2.358
15. การออกกำลังกาย	5.37	2.958
16. การมีเพศสัมพันธ์	4.58	0.858

จากตารางที่ 9 เมื่อนำค่ามัชฌิม เลขคณิตของคะแนนพึงพอใจ และคะแนนความสำคัญ
ของเรื่องต่าง ๆ 16 เรื่องในแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต เฉพาะ เรื่อง มาจัดลำดับตามความ
มาก-น้อยของคะแนน พบว่า ผู้ป่วยให้ลำดับความสำคัญและความพึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

ตารางที่ 10 ลำดับความสำคัญและความพึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ ของแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง

ลำดับความสำคัญ	เรื่องต่าง ๆ ของแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง	*ลำดับความพึงพอใจ
1	การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง	15
2	การมีบุตรและความเจริญก้าวหน้าของบุตร	1
3	การออกกำลังกาย	12
4	การมีสัมพันธภาพใกล้ชิดกับสามี (ภรรยา) หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับท่าน	2
5	การเข้าใจตนเอง	4
6	การมีงานทำนอกบ้านหรือในบ้าน	10
7	ความสบายด้านวัตถุ	5
8	การได้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น	3
9	การศึกษาเล่าเรียน	8
10	สัมพันธภาพกับญาติพี่น้อง	6
11	การอ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือดูการละเล่น	7
12	การได้แสดงความคิดสร้างสรรค์	11
13	การมีเพื่อนสนิท	9
14	การมีส่วนร่วมในสมาคม ชมรม หรือกลุ่มเพื่อน	14
15	การพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น ๆ	13
16	การมีเพศสัมพันธ์	16

* ลำดับความพึงพอใจมาก (เช่น 15, 16) หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องนั้นน้อย

ลำดับความพึงพอใจน้อย (เช่น 1, 2) หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องนั้นมาก

จากตารางที่ 10 ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญและความพึงพอใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งไม่แตกต่างกันถ้า ลำดับที่ความสำคัญและลำดับที่ความพึงพอใจต่างกันไม่เกิน 3 ลำดับ และพบว่า

1. เรื่องที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อชีวิตของเขามาก แต่ปัจจุบันเขามีความพึงพอใจในเรื่องนั้น ๗ น้อย คือ

การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง (สำคัญลำดับที่ 1 แต่พึงพอใจลำดับที่ 15)

การออกกำลังกาย (สำคัญลำดับที่ 3 แต่พึงพอใจลำดับที่ 12)

การมีงานทำนอกบ้านหรือในบ้าน (สำคัญลำดับที่ 6 แต่พึงพอใจลำดับที่ 10)

2. เรื่องที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อชีวิตของเขาน้อย แต่ปัจจุบันเขามีความพึงพอใจในเรื่องนั้น ๗ มาก คือ

การได้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น (สำคัญลำดับที่ 8 แต่พึงพอใจลำดับที่ 3)

สัมพันธภาพกับญาติพี่น้อง (สำคัญลำดับที่ 10 แต่พึงพอใจลำดับที่ 6)

การอ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือดูการละเล่น (สำคัญลำดับที่ 11 แต่พึงพอใจลำดับที่ 7)

การมีเพื่อนสนิท (สำคัญลำดับที่ 13 แต่พึงพอใจลำดับที่ 9)

3. เรื่องที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อชีวิตของเขา ใกล้เคียงกับลำดับความพึงพอใจในปัจจุบัน คือ

การมีบุตรและความเจริญก้าวหน้าของบุตร (สำคัญลำดับที่ 2 พึงพอใจลำดับที่ 1)

การมีสัมพันธภาพใกล้ชิดกับสามี (ภรรยา) หรือบุคคลอื่น ๗ ที่มีความสำคัญสำหรับท่าน (สำคัญลำดับที่ 4 พึงพอใจลำดับที่ 2)

การเข้าใจตนเอง (สำคัญลำดับที่ 5 และพึงพอใจลำดับที่ 4)

ความสุขสบายด้านวัตถุ (สำคัญลำดับที่ 7 และพึงพอใจลำดับที่ 5)

การศึกษาเล่าเรียน (สำคัญลำดับที่ 9 และพึงพอใจลำดับที่ 8)

การได้แสดงความคิดสร้างสรรค์ (สำคัญลำดับที่ 12 และพึงพอใจลำดับที่ 11)

การมีส่วนร่วมในสมาคม ชมรม หรือกลุ่มเพื่อน (สำคัญลำดับที่ 14 และพึงพอใจลำดับที่ 14)

การพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น ๆ (สำคัญลำดับที่ 15 และพึงพอใจลำดับที่ 13)

การมีเพศสัมพันธ์ (สำคัญลำดับที่ 16 และพึงพอใจลำดับที่ 16)

ดังนั้นในการวางแผนให้การพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคนี้ จึงอาจเน้นให้ความสนใจ
เรื่อง que ผู้ป่วยให้ลำดับความสำคัญต่อชีวิตของเขามาก แต่ปัจจุบันเขามีความพึงพอใจในเรื่องนั้น ๆ
น้อย



**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบวัด
ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย**

1. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง คุณหญิงพึงใจ งามอุโฆษ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิเชียร ทองแดง
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นายแพทย์สุรพันธ์ สิทธิสุข
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบวัด
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม**

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจมา ยอดดำเนิน
สถาบันวิชาประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กมลมา แสงสีทอง
คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบวัด

ทัศนคติต่อโรค

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิเชียร ทองแดง
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ กมลรัตน์ หล้าสูงษ์
ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา บุญทอง
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ เฉลิศรี สุวรรณเจดีย์
แผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
5. นาง ลดาวัลย์ รวมเมฆ
ผู้ช่วยหัวหน้าหน่วยไอ.ซี.ยู อายุรกรรม แผนกพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง
และความเหมาะสมของแบบวัดคุณภาพชีวิต**

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

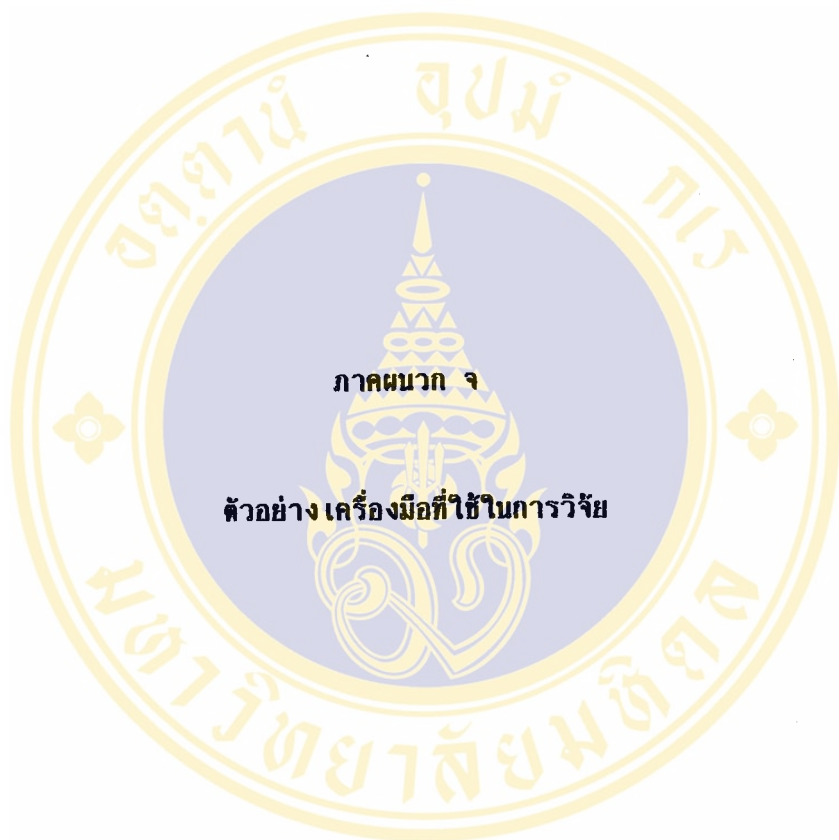
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล



--	--	--	--

1-4

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

ลำดับที่..... เลขที่ทั่วไป.....
วันที่บันทึก.....

โปรดเติมข้อความหรือใส่เครื่องหมาย /
ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

[] 5
2. อายุ.....ปี

[] [] 6-7
3. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ คู่

[] 8
- ☐ หม้าย หย่า แยกกันอยู่
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา

[] 9
- ☐ ไม่เคยเรียน
- ☐ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
- ☐ มัธยมศึกษา
- ☐ ปวช. หรืออนุปริญญา
- ☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพปัจจุบัน

[] 10

- ☐ ทำงานบ้าน
- ☐ รับจ้าง
- ☐ ค้าขาย
- ☐ ทำนา ทำสวน ทำไร่
- ☐ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
- ☐ อยู่บ้านเฉยๆ ระบุสาเหตุ.....
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

[] 11

- ☐ ต่ำกว่า 2,000 บาท
- ☐ 2,001 - 4,000 บาท
- ☐ 4,001 - 6,000 บาท
- ☐ 6,001 - 8,000 บาท
- ☐ 8,000 บาทขึ้นไป

รายได้ทั้งหมดพอเพียงกับรายจ่ายหรือไม่

[] 12

- ☐ พอทุกเดือน
- ☐ พอ เป็นส่วนใหญ่
- ☐ ไม่พอทุกเดือน
- ☐ ไม่พอ เป็นส่วนใหญ่

7. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

[] [] 13-14

_____ เดือน(ปี)

8. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ

[] [] 15-16

_____ ครั้ง



แบบวัดคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง

แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึก เป็นปกติสุขในสภาพปัจจุบัน ของท่าน ขณะเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มี 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของท่าน
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับชีวิตของท่าน ในแต่ละข้อคำถามให้ท่าน เลือกตอบ เพียงคำตอบเดียว (โปรดทำทุกข้อ)

ตัวอย่าง

ท่านมีความรู้สึก เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของท่านอย่างไร

1. ขณะนี้เป็นช่วงชีวิตที่ดีที่สุดของท่าน

เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	สำหรับผู้วิจัย
		✓	

ท่านมีความรู้สึก เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของท่านอย่างไร

	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	สำหรับผู้วิจัย
1. เมื่อฉันอายุมากขึ้น สิ่งต่าง ๆ ดูเหมือนจะ ดีขึ้นกว่าที่ฉันคาดไว้				[] 17
2. ฉันคิดว่า ฉันมีโอกาสดีในช่วงชีวิตมาก กว่าคนอื่น ๆ ที่ฉันรู้จัก				[] 18
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
13. ไม่ว่าใครจะพูดอย่างไร ฉันยังคงคิดว่า ชะตาชีวิตของคนส่วนใหญ่มีแต่จะ เลวลง มากกว่าดีขึ้น				[] 29

ตอนที่ 2 เป็นข้อคำถาม เกี่ยวกับความพึงพอใจและการให้ความสำคัญกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่าน ในแต่ละข้อคำถาม ให้ท่าน เลือกตอบ เพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกข้อ)

ตัวอย่าง

ท่านคิดว่าสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้มีความสำคัญต่อชีวิตของท่านอย่างไร และขณะใดที่ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่ง เหล่านี้มากน้อย เพียงใด

สิ่งต่อไปนี้มีความสำคัญต่อชีวิตของท่าน					ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งเหล่านี้				เจียวพอใจเท่ากับ		ท่านไม่พึงพอใจกับสิ่งเหล่านี้			ไม่เคยสนใจ		สำหรับผู้วิจัย
มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่สำคัญเลย	อย่างยิ่ง	มาก	เล็กน้อย	เล็กน้อย	มาก	อย่างยิ่ง	เล็กน้อย	มาก	อย่างยิ่ง			

1. การมีงานทำนอกบ้านหรือในบ้าน

ท่านคิดว่าสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้มีความสำคัญต่อชีวิตของท่านอย่างไร และขณะใดท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งเหล่านี้มากที่สุดเพียงใด

สิ่งต่อไปนี้มีความสำคัญต่อชีวิตของท่าน					ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งเหล่านี้			เจียว			ท่านไม่พึงพอใจกับสิ่งเหล่านี้			ไม่เคยสนใจ		
มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่สำคัญเลย	อย่างยิ่ง	มาก	เล็กน้อย	พอใจ	ไม่พอใจ	เท่ากับ	เล็กน้อย	มาก	อย่างยิ่ง			
																[] 30
																[] 31
																[] 45

1. ความสุขสบายด้านวัตถุ เช่นที่อยู่อาศัย

เครื่องนุ่งห่มอาหาร

2. การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

.
.
 .

16. การมีเพศสัมพันธ์

ตอนที่ 3 เป็นข้อคำถามโดยสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของท่าน ท่านคิดว่าโดยสรุปแล้วท่านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

สำหรับผู้วิจัย

☐ ไม่ดีเลย

☐ 46

☐ ไม่ดี

☐ ปานกลาง

☐ ดีพอใช้

☐ ดีมาก



ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับ _____

สำหรับผู้วิจัย

[] 47

1. ทำให้ท่าน ท้อแท้ใจ _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: มีกำลังใจ

มาก ปาน น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปาน มาก
กลาง 2 อย่าง กลาง

[] 48

2. เป็นโรคที่ น่ารำคาญ _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ไม่น่ารำคาญ

มาก ปาน น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปาน มาก
กลาง 2 อย่าง กลาง

[] 56

10. ทำให้ท่าน วิตกกังวล _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: ไม่วิตกกังวล

มาก ปาน น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปาน มาก
กลาง 2 อย่าง กลาง

แบบวัดความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย

คำชี้แจง

แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึง การเปลี่ยนแปลงความสามารถทาง ด้านร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็นในชีวิตปัจจุบันของท่าน อันเป็นผล เนื่องมาจาก ความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ในการตอบแบบวัดชุดนี้ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน และเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (โปรดทำทุกข้อ)

ตัวอย่าง

1. ท่านรับประทานอาหารเองได้

เป็นจริง ทุกครั้ง	เป็นจริง บางครั้ง	ไม่เป็น จริงเลย	สำหรับผู้วิจัย
	✓		[]

	เป็นจริง ทุกครั้ง	เป็นจริง บางครั้ง	ไม่เป็น จริงเลย	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งกายด้วยตนเองได้ เป็นปกติ				[] 57
2. ท่านทำงานบ้านต่าง ๆ ได้เป็นปกติ เช่น ซักผ้า รีดผ้า เช็ดถูทำความสะอาดบ้าน กวาดบ้าน ทำครัว เช็ดรถ รดน้ำต้นไม้ ตัดหญ้า				[] 58
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
11. ท่านไม่สามารถทำงาน (อาชีพ) เดิม เวลาได้ทุกวัน เหมือนก่อนเจ็บป่วย				[] 67

แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง

แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึง ความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ท่านได้รับจากผู้อื่นตั้งแต่ท่าน เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในการตอบแบบวัดชุดนี้โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงเกี่ยวกับความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ท่านได้รับจากผู้อื่น (บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล) และ เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (โปรดทำทุกข้อ)

ตัวอย่าง

1. มีผู้ทำให้ท่านสบายใจแม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย

เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงบางส่วน	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริงเลย	สำหรับผู้วิจัย
	✓			



	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง บางส่วน	เป็นจริง น้อย	ไม่ เป็น จริงเลย	สำหรับผู้วิจัย
1. มีผู้ให้ข่าวสารหรือความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคที่ท่าน เป็นอยู่					[] 68
2. มีผู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน เกี่ยวกับ การเจ็บป่วยของท่าน					[] 69
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
16. ระหว่างการเจ็บป่วยนี้ มีบุคคลมาเยี่ยม หรือร่วมพูดคุยกับท่าน เช่น เคย					[] 83