

รายงานการวิจัยเรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับ
ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของ
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
ในเขตพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก
ของประเทศไทย

✓ 29/9/46

ดร.เรณู พงษ์เรืองพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

พ.ศ. 2538

ได้รับทุนอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดินประจำปี 2537

คำนำ

ในการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในเขตพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกของประเทศไทย” นี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการใน โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลสมเด็จพระราชา ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอในรูปแบบเชิงบรรยาย และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สำหรับรูปแบบการเขียนรายงานการวิจัยฉบับนี้ ได้ใช้แนวทางของสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association, 1988)

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ 2537 และขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลสมเด็จพระราชา ตลอดจนคณะแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่กรุณาเอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ให้สำเร็จลงได้ด้วยดี เหนือสิ่งอื่นใดขอขอบคุณผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ คุณประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธ์ และคุณสุภาณี พงษ์เรืองพันธ์ ที่ช่วยกรุณาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เป็นที่ปรึกษา และเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้ นอกจากนั้นยังมีบุคคลอีกหลายฝ่ายที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณพ่อวัชร วัฒนานรงค์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิตท่าน และเป็นแรงบันดาลใจให้ศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ดร.เรณู พงษ์เรืองพันธ์

1 มีนาคม 2538

เรื่อง : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความพึงพอใจในการ
ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในเขตพื้นที่
ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกของประเทศไทย

ผู้ทำวิจัย : ดร.เรณู พงษ์เรืองพันธุ์

ผู้ให้ทุนอุดหนุน : งบประมาณแผ่นดินประจำปี 2537

ปีที่ทำวิจัย : 2538

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับอัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยที่มีสถานภาพส่วนบุคคลต่างกัน หาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต กับปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อัตมโนทัศน์ การศึกษาระยะเวลาของการเป็นโรค และอายุของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการจากโรงพยาบาล 4 แห่ง ในเขตพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และอัตมโนทัศน์ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ผลการวิจัยพบว่า

1. อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับมาก
2. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทั้งเพศหญิงและชาย รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกันไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ สูงกว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหม้าย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

4. อัตราโน้ตส์มีความสัมพันธ์เป็นเส้นโค้งกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนั้นยังพบว่า ความสัมพันธ์ที่พบมีลักษณะเป็นเส้นโค้งหงายขึ้น นั่นคือ เมื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตลดลงถึงระดับหนึ่ง อัตราโน้ตส์จะเพิ่มสูงขึ้น และเมื่ออัตราโน้ตส์เพิ่มขึ้นความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตจะเพิ่มขึ้นด้วย

5. กลุ่มตัวแปรพยากรณ์ซึ่งสามารถร่วมกันในการพยากรณ์ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ (อัตราโน้ตส์)² อัตราโน้ตส์ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และอายุของผู้ป่วย ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้ร้อยละ 37.2 ($R^2 = .372$)

TITLE: RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS
AND LIFE STYLE SATISFACTION OF ISCHEMIC
HEART PATIENTS IN THE EASTERN SEABOARD
AREA OF THAILAND

RESEARCHER: Dr.Rana Pongruengphant

RESEARCH GRANT: Government Fund

YEAR: 1995

ABSTRACT

The purpose of this research was to identify the extent of self concept and life style satisfaction among ischemic heart patients in the eastern seaboard area of Thailand, to compare the life style satisfaction of the patients who had different background and to determine the relationship between self concept and life style satisfaction.

The subjects for the study consisted of ischemic heart patients who attended 4 hospitals in the eastern seaboard area. Data were collected on personal background, life style satisfaction, and self concept by means of a questionnaire, which was used to interview 100 patients.

Findings were:

1. Ischemic heart patients in the eastern seaboard area generally satisfied with their life style and self concept.
2. There was no significant difference in life style satisfaction between male and female ischemic patients and among different occupations.
3. Married ischemic heart patients were significantly more satisfied with their life style than widowed ischemic heart patients.
4. There was a curvilinear relationship between self concept and life style satisfaction, as well as a curvilinear relationship between self concept and life style satisfaction when controlling for selected background variables. As life style satisfaction decreased below the minimum, there was an increase in self concept, and then the life style satisfaction increased, the self concept did increase.
5. The 37.2 percent of variance in life style satisfaction was explained by 5 predictors which included a square of self concept, self concept, education, duration of disease, and age.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	จ
รายการตารางประกอบ	ช
รายการแผนภูมิประกอบ	ญ
บทที่	
1. บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามในการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7

2. วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	8
ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	12
การวัดระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	14
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	17
3. วิธีดำเนินการวิจัย	24
ประชากร	24
ตัวอย่างประชากร	24
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	25
คุณภาพของเครื่องมือ	26
การเก็บรวบรวมข้อมูล	27
การวิเคราะห์ข้อมูล	27
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	29
ตอนที่ 1 คำร้อยละของสถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	30
ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด	33
1. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนอัตมโนทัศน์	33
2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิต	36
ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพส่วนบุคคลต่างกัน	40

ตอนที่ 4 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง อัตมโนทัศน์กับความ	
พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	46
ตอนที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจใน	
การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกับ	
ตัวแปรพยากรณ์คือ อัตมโนทัศน์ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค	
และอายุ รวมทั้งทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์	
สหสัมพันธ์	50

5. สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	53
-------------------------------	----

สรุปผลการวิจัย	54
----------------	----

อภิปรายผลการวิจัย	55
-------------------	----

ข้อเสนอแนะ	60
------------	----

บรรณานุกรม	62
------------	----

ภาคผนวก	66
---------	----

ประวัติผู้วิจัย	73
-----------------	----

รายการตารางประกอบ

ตารางที่	หน้า
1. แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาของการเป็นโรค	30
2. แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ และระยะเวลาของการเป็นโรค	33
3. แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเป็นจริงและอันดับของคะแนนอัตมโนทัศน์ จำแนกเป็นรายด้านและสรุปรวม	34
4. แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเป็นจริงและอันดับของคะแนนอัตมโนทัศน์ จำแนกเป็นรายข้อและสรุปรวม	35
5. แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเป็นจริงและอันดับของคะแนนความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตจำแนกเป็นรายด้าน และสรุปรวม	37
6. แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเป็นจริงและอันดับของคะแนนความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตจำแนกเป็นรายข้อ และสรุปรวม	38
7. เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีเพศต่างกันจำแนกตามรายด้านและสรุปรวม	40

8. เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอาชีพต่างกันจำแนกตามรายด้านและสรุปรวม 41
9. เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจำแนกตามรายด้านและสรุปรวม 42
10. เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันในด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชนเป็นรายคู่ 44
11. เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันในด้านสันติภาพการเป็นรายคู่ 45
12. เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันโดยสรุปรวมเป็นรายคู่ 46
13. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตกับอัตมโนทัศน์ (โมเดลเส้นตรง) 47
14. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตกับอัตมโนทัศน์ และ (อัตมโนทัศน์)² (โมเดลเส้นโค้ง) 48
15. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรพยากรณ์ 50
16. ค่าสัมประสิทธิ์ตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และอัตมโนทัศน์ รวมทั้งตัวแปรพยากรณ์อื่น ๆ 52

รายการแผนภูมิประกอบ

แผนภูมิ

หน้า

1. กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความพึงพอใจ
ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3
2. ความเกี่ยวข้องกันระหว่างอัตมโนทัศน์และอัตตา ในลักษณะ
ที่เรียกว่า “ซิส เบอร์กอร์” 19
3. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจ
ในการดำเนินชีวิต 49

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เป็นความรู้สึกสุขใจ อิ่มเอมใจ ซึ่งจัดเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพของบุคคล มนุษย์เราจะดำเนินชีวิตอยู่ได้ต้องประกอบด้วยร่างกายและจิตใจ ทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างมาก จนไม่สามารถจะแบ่งแยกจากกันได้ ถ้าบุคคลนั้นเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ก็ย่อมส่งผลกระทบต่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจตามมาด้วย ในทำนองเดียวกัน หากบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ก็จะมีผลกระทบต่อร่างกายด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ทำให้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ลดลง (Cambel et al.'s study (cited in Laborde & Powers, 1980))

ปัจจัยที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตนั้น มีทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวบุคคลนั้นและจากสิ่งแวดล้อมที่มากระทบตัวบุคคลนั้นด้วย อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวของบุคคลนั้น ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างรุนแรง ซึ่งนาน ๆ จึงจะเกิดขึ้นสักครั้งหนึ่ง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเสมอ ๆ ในชีวิตประจำวัน (Lazarus and Cohen's study (cited in Burckhardt, 1985))

ด้วยเหตุนี้จึงกล่าวได้ว่า ความเจ็บป่วยก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในการ ดำเนินชีวิต โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลารักษานาน และสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก ผู้ป่วยด้วยโรคนี้จึงต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่พบกันอย่างแพร่หลายมากใน

ปัจจุบัน อัตราการตายด้วยโรคนี้สูงสุดที่เป็นสาเหตุการตายจากโรคหัวใจทั้งหมด (Briody, 1984, p. 387) สถิติอัตราการตายในสหรัฐอเมริกาพบว่า ในปี พ.ศ. 2526 ประชากรป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีจำนวนถึง 1,500,000 คน และมีผู้เสียชีวิตไปเป็นจำนวน 550,000 คน (Hijek, 1984, p. 449) สำหรับประเทศไทย สถิติของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกำลังเพิ่มมากขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มของอัตราตายสูงขึ้น สถิติแสดงอัตราการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญของกองสถิติสาธารณสุขพบว่า โรคหัวใจ ซึ่งเคยเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สี่ ในปี พ.ศ. 2521 ได้เลื่อนขึ้นมาเป็นอันดับสองในปี พ.ศ. 2522-2524 และเป็นอันดับหนึ่งในปี พ.ศ. 2525 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2531 โรคหัวใจก็ยังคงเป็นสาเหตุการตายอันดับที่หนึ่งอยู่ โดยพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึง 9,127 คน และมีผู้เสียชีวิต 1,050 คน (กองสถิติสาธารณสุข, 2532, หน้า 15)

โรคหัวใจขาดเลือดกำลังเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย และกลุ่มประเทศตะวันตก สาเหตุเนื่องมาจากสภาวะแวดล้อมและความเป็นอยู่ของประชาชนเปลี่ยนไป โรคหัวใจที่พบในประเทศไทยมี 3 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มแรกได้แก่โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิดพบอัตราเกิดโรค 7 ต่อ 1,000 คน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ โรคหัวใจรูมาติกซึ่งปัจจุบันโรคนี้น้อยลงเหลือ 1 ต่อ 1,000 คน มักพบในประเทศด้อยพัฒนา กลุ่มสุดท้ายคือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งเกิดขึ้นภายหลัง แต่มีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดและการตายของโรคนี้ค่อนข้างสูงมาก ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (พันธ์พิณธ์ สาครพันธ์, 2536, หน้า 3)

ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอัตราเสี่ยงต่อการตายจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่างๆ นั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ โดยในระยะแรกอาจต้องจำกัดการออกกำลังกายเพื่อต้องการลดการทำงานของหัวใจเป็นผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ในภาวะคล้ายกับผู้ไร้ความสามารถ แม้ภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก็จำเป็นต้องปฏิบัติตัว และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทางด้านจิตใจของผู้ป่วยก็อาจเปลี่ยนแปลงได้มากเพราะว่าในสภาพที่รู้ตัวว่าเป็นโรคร้ายแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ผู้ป่วยย่อมได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ ทำให้

เกิดความกระวนกระวายและตึงเครียด ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขก็อาจทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และส่งผลให้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตลดลง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตลอดจนปัจจัยบางอย่างที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมของมนุษย์มาจากเหตุผลพหุคูณ (Multicausal) กล่าวคือมีสิ่งกำหนดหลายอย่างถ้าเราสามารถพยากรณ์พฤติกรรมล่วงหน้าได้ การศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ได้ข้อมูลมาเพื่อให้นักการศึกษาพยาบาลและผู้บริหารการพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและวางแผนให้การพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และช่วยส่งเสริมความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยทำตัวเป็นประโยชน์ต่อสังคมได้อย่างมีความสุขไม่น้อยกว่าคนทั่วไป



แผนภูมิ 1. กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับ อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. เพื่อเปรียบเทียบ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพส่วนบุคคลต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อัตมโนทัศน์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตกับปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อัตมโนทัศน์ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค และอายุของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

คำถามในการวิจัย

1. อัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับใด
2. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มีสถานภาพส่วนบุคคลต่างกัน จะมีความแตกต่างกันหรือไม่
3. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือไม่ และความสัมพันธ์มีลักษณะเป็นเส้นตรงหรือเส้นโค้ง
4. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อัตมโนทัศน์ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค และอายุ สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้หรือไม่

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างเพศชายและเพศหญิง มีความแตกต่างกันทั้งในภาพรวมและรายด้าน
2. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มที่มีอาชีพต่างกัน มีความแตกต่างกันทั้งในภาพรวมและรายด้าน
3. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความแตกต่างกันทั้งในภาพรวมและรายด้าน

4. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยมีความสัมพันธ์เป็นเส้นตรง

5. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อัตมโนทัศน์ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค และอายุ สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี อยุธยา

2. ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรเกณฑ์ คือ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตัวแปรพยากรณ์มีทั้งหมด 4 ตัว คือ อัตมโนทัศน์ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ตัวแปรที่ผู้วิจัยคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และคาดว่าจะสามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ จำนวนตัวแปรมี 4 ตัวแปร ได้แก่ อัตมโนทัศน์ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และอายุ

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง ซึ่งแบ่งเป็นการรับรู้ 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านส่วนตัว

ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายตนเอง ทั้งทางด้านรูปร่างหน้าตา ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และสภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล

ด้านส่วนตัว หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกมั่นใจ และการประเมินค่าบุคลิกภาพของตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 ศีลธรรมจรรยา หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความถูกต้อง หรือความผิด ความดี หรือความเลวของตนเอง ที่เกิดจากการประพฤติที่ฝ่าฝืนค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาที่ตนเองยอมรับนับถือ

ด้านที่ 2 ความสม่ำเสมอในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่แสดงถึงความ
เป็นตนเอง เพื่อให้ตนเองมีความสมดุลอยู่ตลอดเวลา

ด้านที่ 3 ความคาดหวัง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ทศนคติเกี่ยวกับตน
เองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็น บุคคลจะตั้งความหวังไว้แล้วจะพยายามเปลี่ยน
แปลงตนเองให้เป็นอย่างที่ตั้งความหวังไว้

ด้านที่ 4 การยอมรับในคุณค่าของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด
ที่เกี่ยวกับตนเองในคุณค่าหลาย ๆ ด้านที่ตนมีอยู่

ระยะเวลาของการเป็นโรค หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย
จากแพทย์ว่า เป็นโรคลำไส้เนื้อหัวใจขาดเลือดจนถึงปัจจุบัน โดยมีหน่วยของระยะ
เวลาเป็นเดือน

ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต หมายถึง ความรู้สึกที่ดีมีความสุขของผู้ป่วย
โรคลำไส้เนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มีต่อองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต ซึ่งประกอบด้วย การมี
ความสุขในชีวิต ด้วยความพร้อมทางวัตถุ และการมีความปลอดภัยทางด้านสุขภาพ

ด้านที่ 2 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้แก่ คู่สมรสหรือผู้ใกล้ชิด สมาชิก
ในครอบครัวและเพื่อน

ด้านที่ 3 กิจกรรมในสังคมหรือชุมชน ได้แก่ การช่วยเหลือบุคคลอื่นทั้ง
ในรูปการกระทำส่วนตัว หรือเป็นสมาชิกองค์การ และกิจกรรมในท้องถิ่น และหน่วย
งานของรัฐ

ด้านที่ 4 การพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงานซึ่งประกอบ
ด้วยความเข้าใจส่วนบุคคล และการวางแผนของตนเอง ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
ที่ตัวเองป่วย และสามารถวางแผนทำกิจกรรมในชีวิต ตลอดจนบทบาทของตนเองโดย
ไม่ขัดกับโรคที่ป่วยอยู่และอาชีพหรืองาน ได้แก่ การมีความสุขสมหวังและรู้สึกว่ามี
คุณค่าในการทำงาน สามารถทำงานได้ดี ใช้ความสามารถที่มีอยู่ปฏิบัติงานให้ประสบ
ความสำเร็จโดยเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

ด้านที่ 5 สันทนาการ ได้แก่ การเข้าสังคม การได้รับสิ่งบันเทิง และ
การมีสันทนาการโดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ เช่น การเล่นกีฬา การออกกำลังกาย
 เป็นต้น

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งแพทย์ได้ทำการวินิจฉัยว่าเป็น แองจิ้นา เพคโตริส (Angina pectoris) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) โรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary heart disease) โรคหัวใจจากหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerotic heart disease) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อันจะใช้เป็นแนวทางสำหรับปรับปรุงและวางแผนเพื่อการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย

2. ผู้บริหารทางการแพทย์ สามารถนำเอาผลการวิจัย มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการนิเทศให้บุคลากรทางการแพทย์ ได้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมาเป็นส่วนร่วมในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์กับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้

3. สถานศึกษาพยาบาล สามารถนำเอาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตนี้ สอดแทรกเข้าไปในการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ อันจะเป็นประโยชน์ในการให้คำแนะนำและแก้ไขปัญา ตลอดจนการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข

4. การวิจัยการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ อีกต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาตามหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต
3. การวัดระดับของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

หัวใจดีมีสุข เป็นคำขวัญที่องค์การอนามัยโลกจัดตั้งขึ้นในวันอนามัยโลก พ.ศ. 2515 เนื่องจากได้เล็งเห็นว่า โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความสำคัญอย่างยิ่งในวงการแพทย์ จากดัชนีของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในช่วงแต่ละปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มสูงขึ้นอยู่ตลอดเวลาทั้งๆ ที่ความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ก้าวหน้าขึ้นมาก แต่ไม่สามารถลดอัตราการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ จากสถิติของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1985 พบว่า มีประชากรชาวอเมริกาจำนวน 40 ล้านคน ที่ป่วยเป็นโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบมากเป็นอันดับหนึ่ง หรือประมาณ 4.6 ล้านคน อันดับสองได้แก่ โรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง และในแต่ละปีพบว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เสียชีวิตประมาณ 6 แสนคน (Williams & Wallace, 1987, p. 10)

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไว้ว่า เป็นความพิการของหัวใจชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ซึ่งเกิดเนื่องจากการที่เลือดไปเลี้ยง

กล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือหยุดชะงักไป เพราะเกิดโรคขึ้นในหลอดเลือดโคโรนารี (อิศรา สุขุมาลจันทร์, 2524, หน้า 292) โรคนี้มีชื่อที่นิยมเรียกกันหลายชื่อ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) โรคหัวใจโคโรนารี (Coronary heart disease) และโรคหัวใจจากหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerotic heart disease) เป็นต้น

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จึงเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอแก่ความต้องการ ทำให้หัวใจขาดออกซิเจน จึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น สาเหตุที่สำคัญของโรคนี้คือ ผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัวเนื่องจากผนังด้านในของหลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีก้อนไขมันเล็กๆ มาตกตะกอนจับอยู่ที่ผนังหลอดเลือดมากๆ ทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป ผนังด้านในขรุขระและแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ขาดอาหารและออกซิเจนและ เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคนี้พบบ่อยในวัย 40 ปีขึ้นไป และจะมีความรุนแรงในคนสูงอายุ (Huang, 1983, p. 112) นอกจากนี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ที่เรียกว่า โรคหลอดเลือดโคโรนารีชนิดที่ไม่ได้เกิดจากหลอดเลือดแข็ง เช่น มีความพิการแต่กำเนิด ความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจากกรรมพันธุ์ ลุกลามถึงหลอดเลือดโคโรนารี ความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารีภายหลังกำเนิด และหลอดเลือดโคโรนารีบีบเกร็ง เป็นต้น

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะตามความรุนแรง

1. แอ้งใจนา เพ็คตอริส หมายถึงการเจ็บหน้าอกที่เกิดเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอกับความต้องการ และอาการเจ็บหน้าอก มักเกิดเนื่องจากการออกกำลังกาย หรือเกิดจากความเครียด ถ้านอนพักจะหาย อาการเจ็บหน้าอกมักไม่เกิน 15 นาที
2. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง มีอาการเจ็บหน้าอกคล้าย แอ้งใจนา เพ็คตอริส แต่ระยะการเจ็บนานกว่า ครั้งหนึ่งนานไม่เกิน 30 นาที
3. กล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นการเจ็บหน้าอกที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อาการเจ็บรุนแรงมากและนานเกินกว่า 30 นาทีอาจอยู่นานต่อไปเป็น 1-2 ชั่วโมง หรือ 1-2 วัน นอกจากนี้อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนด้วย เนื่องจากปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เลือดไปเลี้ยงกระเพาะอาหารและลำไส้น้อยลงการหลั่งน้ำย่อยน้อยลงเกิดอาการท้องอืด และไปกระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียนในเมดัลลาลา

ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน พบบางรายมีไข้ร่วมด้วย เนื่องจากเป็นผลตอบสนองของร่างกายต่อเนื้อเยื่อที่ตาย

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายชนิด ได้แก่

1. การเต้นของหัวใจผิดปกติ
2. หัวใจวาย
3. ภาวะช็อคจากหัวใจ
4. การแตกหรือการทะลุของหัวใจ

ซึ่งอาการแทรกซ้อน 3 ชนิดแรก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุตายของผู้ป่วยพบถึงร้อยละ 90 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่มีความรุนแรง ซึ่งแบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ คือ

- ระดับที่ 1 ไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ มีอัตราการตายร้อยละ 5
- ระดับที่ 2 มีอาการหัวใจวายเฉียบพลันเล็กน้อย หรือปานกลาง อัตราการตายร้อยละ 24
- ระดับที่ 3 มีอาการปอดบวมน้ำเย็บพลัน อัตราการตายร้อยละ 40
- ระดับที่ 4 มีอาการช็อค อัตราการตายร้อยละ 90-100

มีปัจจัยหลายประการที่เชื่อว่าทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

1. อายุ การตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารี จะพบได้บ่อยขึ้นตามอายุ ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ซึ่งเชื่อว่าเป็นกระบวนการเสื่อมสลายของหลอดเลือด (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2530, หน้า 789)
2. เพศ พบในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของ เมลเซอร์ และคณะ (Meltzer, 1977, p. 4) พบว่า ในระหว่างอายุ 30-40 ปี เพศชายจะเสียชีวิตด้วยโรคนี้เป็น 13 เท่าของเพศหญิง และเมื่ออายุ 40-60 ปี การเสียชีวิตของเพศชายเมื่อเทียบกับเพศหญิงแล้ว จะลดลงประมาณ 2 เท่า และเมื่ออายุ 60 ปีไปแล้ว เพศชายและเพศหญิงมีโอกาสที่จะเป็นโรคนี้ได้ใกล้เคียงกัน ความแตกต่างดังกล่าวนี้เชื่อว่าเกิดจากฮอร์โมน เช่น เอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ซึ่งสังเคราะห์มาจากโคเลสเตอรอล ตามปกติฮอร์โมนทั้ง 2 หลังจากต่อมหมวกไต (Adrenal cortex) ในปริมาณที่จะทำให้ไม่เกิดโรคหรือความผิดปกติใน

ร่างกาย ซึ่งในช่วงอายุระหว่าง 30-40 ปี เพศหญิงจะมีระดับฮอโมนทั้งสองมากกว่าเพศชาย จึงทำให้โคเลสเตอรอลถูกนำไปใช้มากกว่า แต่เมื่ออายุเลยวัย 30-40 ปีไปแล้ว ระดับฮอโมนทั้งสองจะลดลง โคเลสเตอรอลถูกนำไปใช้น้อยลง จึงมีโอกาสเป็นโรคนี้เพิ่มขึ้นใกล้เคียงกับเพศชาย

3. กรรมพันธุ์ พบว่า ผู้ที่มีประวัติการเป็นโรคนี้ในครอบครัวมีโอกาสที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคประมาณ 2-7 เท่า นอกจากนี้ยังพบโรคกรรมพันธุ์ที่เห็นได้ชัด เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูงในครอบครัว (familial hyperlipoproteinemia) ซึ่งมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคนี้

4. ระดับไขมันในเลือด โดยปกติระดับไขมันในเลือดไม่ควรสูงเกิน 250 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะโคเลสเตอรอลจะมีโอกาสเป็นโรคนี้มากขึ้น (Gwilt, 1985, p. 466) การที่มีระดับไขมันในเลือดสูงเป็นผลเนื่องมาจาก การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน หรือรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก หรือรับประทานไขมันชนิดไม่อิ่มตัวมากเกินไป

5. ความดันโลหิตสูง จะมีผลทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต เกิดการเปลี่ยนแปลงไหลเวียนของเส้นเลือดโคโรนารี กล่าวคือจะเร่งกระบวนการเกิดเส้นเลือดแข็ง และมีการลดลงของเลือดที่จะมายังเส้นเลือดโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และเพิ่มอัตราการตายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Tuban, 1987, p. 231)

6. เบาหวาน พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีสถิติการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าโรคอื่น และมีอัตราการตายสูงกว่าคนปกติ 1.5-2 เท่า ทั้งที่บริเวณที่เกิดกล้ามเนื้อตายไม่ได้มีขนาดใหญ่กว่าพวกที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่า 80-85% ของผู้ป่วยเบาหวานจะเสียชีวิตเพราะหัวใจวาย (Gwilt, 1985, p. 466)

7. ความอ้วนและการไม่ออกกำลังกาย ความอ้วนมากเกินไป เช่น มีน้ำหนักตัวสูงกว่า 130 เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักมาตรฐาน จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ เชื่อว่าคนอ้วนมักมีเมตาบอลิซึมผิดปกติหลายอย่าง อาทิ น้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ โคเลสเตอรอล ในเลือดสูงผิดปกติ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2530, หน้า 790)

8. การสูบบุหรี่ นับได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1985, p. 1511) พบว่า คนที่สูบบุหรี่เกิน 20 ปี และสูบบุหรี่ตั้งแต่ 25 มวนขึ้นไปต่อ

วัน จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบ มากกว่าคนไม่สูบ 4.1 เท่า และถ้าหยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 ปี จะพบว่าอัตราเสี่ยงจะลดลงอย่างมาก การสูบบุหรี่จะเพิ่มความรุนแรงของการตีบของเส้นเลือดหัวใจ มีผลเสียต่อการแข็งตัวของเลือด และการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งผลจะสัมพันธ์กับปริมาณที่สูบบุหรี่ในแต่ละวันมากกว่าระยะเวลาที่สูบมา ถ้าผู้ใดมีเส้นเลือดหัวใจตีบแล้วยังสูบบุหรี่อีก จะพบว่ามีควมถี่ในการเจ็บหน้าอกมากกว่าผู้ไม่ได้สูบ 3 เท่า ในแต่ละวัน และเจ็บนานกว่า 12 เท่า ในผู้สูบ (Berry, 1989, p. 398)

9. ความเครียดมีส่วนสัมพันธ์กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเชื่อว่าความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ซิมพาเทติก (Sympathetic) และสาร เคททีโคลามีน (Catecholamine) ที่สูงขึ้น เป็นผลให้หลอดเลือดหดเกร็งตัว นอกจากนี้ความเครียดยังอาจสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดด้วย

แนวทางการป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอาจแบ่งได้เป็น 2 ทาง คือ

1. การป้องกันปฐมภูมิ คือ ป้องกันมิให้เกิดโรคโดยให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และการเกิดโรค
2. การป้องกันทุติยภูมิ คือ การป้องกันมิให้เกิดโรคนี้ซ้ำภายหลังที่มีอาการของโรคนี้ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย) และการป้องกันทุติยภูมิกระทำได้โดยการควบคุมภาวะปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยเฉพาะเรื่องบุหรี ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันสูง และเบาหวาน ซึ่งจะช่วยให้โรคดำเนินต่อไปมากขึ้น

ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เป็นคำที่มีความหมายลึกซึ้ง ผู้ที่มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต นับว่าเป็นผู้ที่มีความสุขในชีวิต สำหรับความหมายของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ได้มีผู้พยายามที่จะอธิบายในทัศน์ของคำๆ นี้ ในทัศนะต่างๆ และให้ความหมายไว้ในงานวิจัยหลายๆ เรื่อง ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเรื่องนั้นๆ ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้

โฮมส์ (Holmes, 1985, p. 43) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เป็นคำที่มีความหมายคล้ายคำว่าความสุข (Happiness) ปราศจากความเครียด (Stress)

ดัลคี (Dalky's study (cited in Laborde & Power, 1980)) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลถึงการมีความสุข สนุกสนานในการดำเนินชีวิต คำๆ นี้เปรียบเสมือนบารอมิเตอร์วัดคุณภาพของชีวิตของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ แจ็คเคิล (Jackle, 1974, p. 362) ที่ว่าความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เป็นความยินดีมีความสุขกับชีวิตของแต่ละคน เป็นความพอใจที่บุคคลได้รับจากการมีกิจวัตรประจำวันอันเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลรับรู้เกี่ยวกับชีวิตของตนเองว่า มีความหมายสามารถดำรงไว้ซึ่งพัฒนาการด้านต่างๆ ของชีวิต และนั่นก็คือองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ดูบอส (Dubos's study (cited in Burckhardt, 1985)) ยังได้กล่าวว่า ความพึงพอใจในกิจกรรมที่กระทำในชีวิตประจำวัน จะเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น เช่นเดียวกับที่ดัลลีและแจ็คเคิลกล่าว

จูริน และคณะ (Gurin et al.'s study (cited in Burckhardt, 1985)) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของประชาชนว่ามีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต และมีความรู้สึกที่ดี ทั้งสามสิ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แคมเบล และคณะ (Campbell et al.'s study (cited in Burckhardt, 1985)) และเฟลนาแกน (Flanagan, 1978, p. 138) ได้ออกแบบสอบถามเกี่ยวกับคำว่าคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกัน คนเหล่านั้นได้อธิบายคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจ ซึ่งรวมถึงองค์ประกอบที่สำคัญอีก 5 ด้านคือ ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต (Physical and mental well being) ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relations with other people) ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน (Social, community and civic activities) ด้านการพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงาน (Personal development and fulfillment) และด้านการมีสันทนาการ (Recreation)

สำหรับ มาสโลว์ (Maslow, 1970, p. 24) ได้อธิบายแนวความคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลาสั้นๆ ทั้งนี้เพราะในธรรมชาติของมนุษย์นั้น เมื่อความปรารถนาอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็จะมีความปรารถนาอย่างอื่นเข้ามาแทนที่และจะเป็นเช่นนี้เรื่อยไป ลักษณะเฉพาะของชีวิตมนุษย์ก็คือการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนา นั่นคือเมื่อใดมีความ

ปรารถนาเกิดขึ้นก็จะมีแรงขับ และการกระทำก็จะถูกปลุกเร้าแล้วก็จะเกิดความพึงพอใจขึ้น จากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรม หรือการกระทำใดๆ ของบุคคลที่ปรากฏนั้น มักจะขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับ ดังนี้คือ

1. ความต้องการด้านร่างกาย
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต
3. ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ
4. ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ
5. ความต้องการความสำเร็จและรู้สึกสมบูรณ์ในชีวิต

กล่าวโดยสรุป ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ามีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต และมีความรู้สึกที่ดี ไม่มีความเครียด

การวัดระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

การวัดระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ตามแนวคิดของ เฟลนาแกน (Flanagan, 1978, p. 138) ในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1971 ได้มีการประชุมของสถาบันการวิจัยของสหรัฐอเมริกา (The American Institutes for Research) เพื่อทบทวนถึงงานวิจัยที่สำคัญในรอบ 25 ปี ที่ผ่านมา ในการประชุมครั้งนี้ได้มีการสนทนากันถึงเป้าหมาย และการวางแผนงานวิจัยในอีก 10 ปีข้างหน้าด้วย ซึ่งได้มีการถกเถียงกันอย่างกว้างขวาง หัวข้อหนึ่งที่ถกเถียงกันมากคือ การวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกัน ผู้เข้าร่วมประชุมต่างเห็นพ้องด้วยกับหัวข้อการวิจัยชิ้นนี้ และได้มีการกำหนดเป็นคำถามของงานวิจัยว่า ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตคืออะไร และเป็นอย่างไร ซึ่ง เฟลนาแกน ได้ค้นหาเหตุการณ์ที่สำคัญซึ่งบ่งบอกถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต จากนั้นจึงได้รวบรวมเหตุการณ์ 6,500 เหตุการณ์จากตัวอย่างประชากร 2,200 คนที่ต่างเชื้อชาติ และภูมิหลัง ซึ่งมีอายุ 30-70 ปี เพื่อค้นหาว่า เขาเหล่านั้นคิดว่าอะไรคือความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เหตุการณ์ทั้ง 6,500 เหตุการณ์นี้บางเหตุการณ์ที่ใกล้เคียงกันก็จะจัดให้เป็นหมวดหมู่เดียวกัน ซึ่ง เฟลนาแกน ได้แบ่งความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็น 5 ด้าน และในแต่ละด้านยังมีข้อปลีกย่อยลงไป ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่ เฟลนาแกน แบ่งไว้มีดังนี้

1. ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต

1.1 การมีความสุขในชีวิตด้วยความพร้อมทางวัตถุและการประกันความปลอดภัย ได้แก่ การมีอาหารที่ดี มีที่อยู่อาศัย การได้เป็นเจ้าของ มีความสะดวกสบาย รวมทั้งการคาดหวังสิ่งเหล่านี้ในอนาคต การมีทรัพย์สินเงินทอง และการประกันความปลอดภัย ก็จัดเป็นองค์ประกอบชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญ (ซึ่งคนส่วนมากมีความรู้สึกว่ ความต้องการเหล่านี้เป็นเพียงพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความพยายามของตนเองหรือของคู่สมรส)

1.2 สุขภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล ได้แก่ การมีความสุขปลอดภัยจากความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ หลีกเลี่ยงจากการประสบอุบัติเหตุ รวมทั้งอันตรายอื่นๆ หลีกเลี่ยงจากปัญหาเกี่ยวกับการติดสุรา ยาเสพติด หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความตาย และผู้ป่วยสูงอายุ การรักษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ จัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ

2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

2.1 สัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือคู่รัก ได้แก่ การแต่งงาน หรือการมีคู่รัก สัมพันธภาพนี้รวมถึงการมีความรัก มีมิตรภาพและความเป็นเพื่อนให้แก่กันและกัน มีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการติดต่อสื่อสารที่ดี รู้คุณค่าของฝ่ายตรงข้าม ยอมสละหรืออุทิศเพื่อคนที่ตนรัก

2.2 การมีและได้เลี้ยงดูบุตรหลาน ได้แก่ การที่ตนได้กลายเป็นบิดามารดา มีบุตรหลาน ความสัมพันธ์นี้รวมถึงการได้เฝ้าดูเห็นการเจริญเติบโตของเด็กๆ การใช้เวลาในการอยู่และมีความสุขกับบุตรหลาน นอกจากนี้แล้วยังรวมถึงการเป็นรูปแบบ การแนะนำช่วยเหลือและการเรียนรู้จากบุตรหลานพร้อมๆ ไปกับเขาด้วย

2.3 สัมพันธภาพกับ บิดา มารดา และบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ได้แก่ การมีบิดามารดา รวมทั้งสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว ความสัมพันธ์นี้คือ การติดต่อสื่อสาร การได้ทำในสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกัน การเยี่ยมเยียน การมีความสุขสนุกสนานร่วมกัน ช่วยแบ่งเบาภาระ มีความเข้าใจและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีใครสักคนที่จะสนทนา จัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ

2.4 สัมพันธภาพกับเพื่อน ได้แก่ การมีเพื่อนสนิท ในสัมพันธภาพนี้หมายถึง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยกัน มีความสนใจในสิ่งเดียวกัน ซึ่งรวมถึงการ

ยอมรับการเย็บเยียน การให้ความรัก ความไว้วางใจ การช่วยเหลือสนับสนุน และการเป็นผู้นำที่ดี

3. กิจกรรมในสังคมหรือชุมชน

3.1 กิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือหรือส่งเสริมบุคคลอื่น ได้แก่ การช่วยเหลือส่งเสริมทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ในรูปที่กระทำเป็นส่วนตัว หรือเป็นสมาชิกขององค์การ กลุ่มอาสาสมัคร และการทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

3.2 กิจกรรมในท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง การมีอิสระในทางการเมือง สังคม และการนับถือศาสนา

4. การพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงาน

4.1 การพัฒนาด้านสติปัญญา ได้แก่ การเรียนรู้ การเข้าศึกษาในสถาบันการศึกษา การได้รับความรู้และความสามารถทางสมอง มีความสามารถในการแก้ปัญหา เพิ่มความเข้าใจในด้านต่างๆ ของชีวิต

4.2 ความเข้าใจส่วนบุคคล และการวางแผนของตนเอง ได้แก่ การพัฒนาและการสร้างหลักฐานเบื้องต้นสำหรับชีวิต รวมถึงการมีวุฒิภาวะสูงขึ้น การยอมรับในทรัพย์สินและข้อจำกัดของตน การเจริญเติบโตและพัฒนาตนเอง ความสามารถที่มีอิทธิพลในชีวิตคน การตัดสินใจและวางแผนการทำกิจกรรมในชีวิต ตลอดจนบทบาทของตนเอง

4.3 อาชีพ (งาน) ได้แก่ มีความสนใจ ทำทนาย และรู้สึกมีคุณค่าในการทำงาน (รวมทั้งการทำงานบ้านด้วย) ความพึงพอใจในหัวข้อนี้รวมถึงการทำงานได้ดี สามารถใช้ความสามารถที่มีอยู่ เรียนรู้ จดจำ และปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จได้

4.4 การแสดงความคิดสร้างสรรค์ ได้แก่ การกล้าแสดงออก มีความคิดสร้างสรรค์ และจินตนาการ มีพรสวรรค์ในเรื่อง ดนตรี ศิลปะ การเขียน งานฝีมือ การละคร การถ่ายภาพ หรือการเป็นนักปฏิบัติการ หรือนักวิทยาศาสตร์ หรือการทำกิจกรรมประจำวัน

5. การมีสันทนาการ

5.1 การเข้าสังคม ได้แก่ การมีความสุขสนุกสนานทั้งที่บ้าน หรือที่อื่นๆ ก็ตาม ได้ร่วมงานปาร์ตี้หรืองานสังสรรค์อื่นๆ ได้พบปะกับบุคคลใหม่ๆ ซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมในองค์การของสังคม

5.2 การได้รับสิ่งบันเทิง ได้แก่ การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูภาพยนตร์หรือดูกีฬา

5.3 การมีสันทนาการโดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเล่นกีฬา การล่าสัตว์ ตกปลา เล่นเรือ แคมป์ปิ้ง การเดินป่า เทียวดูสถานที่ต่างๆ การเล่นเกมส์ ร้องเพลง เดินรำ เป็นต้น

จากแบบวัดของ เฟลนาแกน ที่ถึงแม้จะใช้กับคนที่มีสุขภาพดี แต่เราก็สามารถนำมาดัดแปลงใช้กับประชากรที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ โดยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสม ทั้งนี้เพราะองค์ประกอบทั้ง 15 ประการของแบบวัดนี้ค่อนข้างจะครอบคลุม สามารถใช้ได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย นอกจากนี้แล้วแบบวัดของเฟลนาแกน ยังสามารถใช้กับตัวอย่างประชากรทุกอายุ ดังจะเห็นได้จากการนำแบบวัดของเฟลนาแกน มาใช้กับตัวอย่างประชากรที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกที่จะศึกษาประชากร ซึ่งป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุเกิน 40 ปี จึงอาจกล่าวได้ว่า สามารถนำแนวคิดของ เฟลนาแกน มาใช้กับการวิจัยครั้งนี้ได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ปัจจุบันมีงานวิจัยเป็นจำนวนมาก ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และอัตมโนทัศน์ เป็นต้น (Crewe, 1980; Dimond, 1979; Earle, 1979; Levy & Wynbrandt, 1975; Lewis, 1982; McSweeny, 1982) สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้มีรายละเอียดดังนี้

1. อายุ ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพทางร่างกายบีแลนด์ (Beland, 1981, p. 757) กล่าวว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความสามารถของบุคคลในการควบคุมภาวะความสมดุล (Homeostasis) ทางสรีรวิทยาของร่างกายเมื่อตกอยู่ในความเครียด โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยที่ประสิทธิภาพของร่างกายจะสูงสุดในช่วงอายุประมาณ 20-30 ปี หลังจากนั้นความสามารถต่างๆ ก็จะลดลงด้วย เหตุนี้จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่จะสนับสนุนว่าคนที่มีอายุน้อยจะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูง

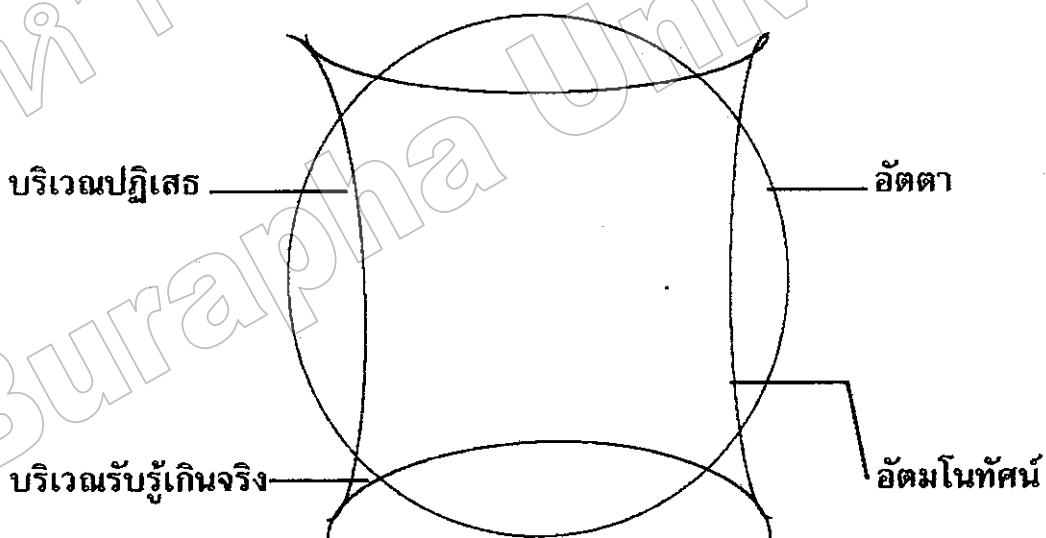
กว่าผู้ที่มีอายุมาก สำหรับปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเราพบว่าทุกช่วงของวงจรชีวิตของคนเราจะมีเหตุการณ์อันไม่พึงปรารถนาเกิดขึ้นเสมอ ผู้ที่มีอายุมากขึ้นเท่าไรก็ต้องผ่านเหตุการณ์ในวัยต่างๆ มากขึ้น เก็บสะสมภาพเหตุการณ์ในอดีตและความทุกข์ต่างๆ ที่ผ่านมามากมาย (ชนาน หัสศิริ และคณะ, 2525, หน้า 110)

2. ระดับการศึกษา การศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผลและใฝ่รู้ ดังนั้นผู้ที่ได้รับการศึกษาจึงมีความสามารถที่จะตัดสินใจ หรือเลือกที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม โรเจอร์ (Roger, 1969, p. 157) ได้ให้แนวคิดเรื่องนี้ไว้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงเมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใด ก็ จะมีความใคร่รู้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะ ค้นหาหรือแสวงหาความรู้ เพื่อนำมาตอบคำถามให้แก่ตนเองว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร ซึ่งการแสวงหาความรู้นั้นก็มักมีโอกาสที่จะกระทำได้ทั้งโดยการอ่านเอกสาร และได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์ในด้านนั้นๆ ซึ่งต่างกับผู้ที่มีการศึกษาน้อย โดยเฉพาะผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออกย่อมใช้เวลาในการศึกษาหาความรู้ และต้องใช้ประสบการณ์ การเรียนรู้ด้วยตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างลองผิดลองถูก ทั้งยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในการ อ่านให้ฟัง ซึ่งบางครั้งเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ น้อยมาก หรือเกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดได้ นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาน้อยยังเลิกล้มการค้นหาความรู้หรือการปฏิบัติตน ตามแผนการรักษาได้ง่าย เมื่อรู้สึกว่ายากต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากไม่มี ลักษณะใคร่รู้ในสิ่งต่างๆ ที่มากพอและขาดความเข้าใจในประโยชน์ จุดมุ่งหมายหรือ ความจำเป็นในสิ่งที่ตนปฏิบัติ หรือกระทำอย่างแท้จริง ผู้ที่มีการศึกษาน้อยจึงมีโอกาส เกิดความเจ็บป่วยและกลับเป็นโรคซ้ำได้อีก จากการศึกษาของ เจโลไวส์และเพาเวอร์ (Jalowise & Power, 1980, p. 10) พบว่า ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา เพราะการศึกษาที่ดีกว่า จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ ความ เข้าใจ และใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้ว เพื่อ เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนอกจากนี้คนที่มีการศึกษาน้อยยังมีความสามารถ ในการใช้กระบวนการย้อนกลับ (Feed-back process) แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้น้อย และมีข้อจำกัดในการแก้ไขปัญหาก่อนที่ความตึงเครียดจะทวีความรุนแรงมากขึ้นด้วย

3. ระยะเวลาของการเป็นโรค ธรรมชาติของมนุษย์อาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ประสบการณ์ในทางลบที่เกิดขึ้น เช่น การเจ็บป่วย มีอาการเจ็บ

หน้าอกย่อมรบกวนจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ไม่มีความมั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง โดยเฉพาะในระยะแรกหลังจากมีอาการ แต่เมื่อได้รับการรักษาและอาการของโรคดีขึ้น ซึ่งมักต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการรักษาและการปฏิบัติตัวดีขึ้นเรื่อย ๆ เซลเซอร์ (Salzer, 1975, p. 1324) กล่าวว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับข้อมูลของความรู้ยู่ตลอดเวลา จะทำให้เขาสามารถควบคุมโรคของตนเองได้ดี ปัญหาที่เกิดขึ้นก็น้อยลง และนอกจากนี้ยังมีความรับผิดชอบที่จะดูแลปัญหาของตนได้อย่างถูกต้องด้วย

4. อัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึนึกคิด ทศนคติ และการยอมรับเกี่ยวกับตนเอง รวมถึงการประเมินตนเองด้วย (Beland & Passos, 1975, p. 363) อัตมโนทัศน์ (Self concept) และอัตตา (Self) มีความหมายที่ใกล้เคียงกัน นักจิตวิทยาบางท่านได้ใช้ในความหมายเดียวกัน แต่ว่า แมคเดวิด และฮารารี (McDavid & Harari, 1969, p. 220) ได้กล่าวถึงความแตกต่างและความเกี่ยวข้องกันระหว่าง อัตมโนทัศน์ และอัตตาไว้อย่างชัดเจน โดยใช้แผนภูมิที่เรียกว่า “ซิส เบอร์กอร์”



แผนภูมิ 2. ความเกี่ยวข้องกันระหว่างอัตมโนทัศน์และอัตตา ในลักษณะที่เรียกว่า “ซิส เบอร์กอร์”

อัตตา คือ ส่วนรวมทั้งหมดของ ร่างกาย พฤติกรรม และความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ตามวิธีการที่บุคคลนั้นเป็น แทนด้วยวงกลมทั้งหมด

อัตมโนทัศน์ คือ ระบบโครงสร้างของการรับรู้ที่บุคคลมีต่ออัตตา เป็นผลมาจากประสบการณ์ทั้งอดีตและปัจจุบัน แทนด้วยรูปเหลี่ยมที่คลุมทับวงกลม

บริเวณปฏิเสธ เป็นส่วนของอัตตาที่อัตมโนทัศน์รับรู้ไม่ได้ หรือไม่ยอมรับรู้ อาจเป็นไปได้ทั้งลักษณะที่ดีและไม่ดี

บริเวณรับรู้เกินจริง เป็นส่วนของอัตมโนทัศน์ที่รับรู้ได้เกินที่ตนเป็นจริงอาจเป็นได้ทั้งดีและไม่ดี

อัตมโนทัศน์พัฒนาตามวัยและวุฒิภาวะจากประสบการณ์แห่งตน โดยในขณะที่เป็นทารก แม้ยังไม่สามารถใช้ภาษาพูดได้ทารกก็เริ่มรู้จักว่าสิ่งใดคือฉัน สิ่งใดเป็นของฉัน ต่อมาเมื่อเริ่มพูดได้ การใช้ภาษาจะช่วยให้บุคคลเกิดอัตมโนทัศน์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ทารกจะเริ่มแบ่งแยกสิ่งที่ตนชอบหรือไม่ชอบและให้ค่านิยมตามประสบการณ์ที่ได้รับ ประสบการณ์ที่ดีจะให้ค่านิยมในทางบวก ประสบการณ์ที่ไม่ดีจะให้ค่านิยมในทางลบ โดยประสบการณ์ที่สำคัญในวัยทารก ได้แก่ การได้รับความรักจาก บิดา มารดา สิ่งนี้จะสร้างความพึงพอใจและมีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์เมื่อบุคคลเริ่มรับรู้การประเมินผลเกี่ยวกับพฤติกรรมและคุณลักษณะของคนจากบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา ทำให้ขยายการรับรู้เกี่ยวกับคนเพิ่มมากขึ้น ต่อมาเมื่อเด็กเติบโตขึ้นมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ประสบการณ์และการประเมินผลทางสังคมที่ได้รับเป็นปรากฏการณ์ที่รับรู้เฉพาะคน (Roger, 1951, p. 498) ในขณะเดียวกัน วัฒนธรรมและแบบแผนทางสังคมก็มีผลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์เช่นเดียวกัน ซึ่งอัตมโนทัศน์นี้สามารถพัฒนาไปได้ทั้งในทางบวกและทางลบ บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางบวก มักเป็นผู้เปิดเผยและน่าเชื่อถือ ทั้งนี้เพราะมีรากฐานของประสบการณ์ที่แท้จริง ซึ่งได้รับการยอมรับ และประสบความสำเร็จ อัตมโนทัศน์ในทางบวกเป็นผลให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ จะไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง จะมีการรับรู้ที่แคบและเบี่ยงเบนจากความเป็นจริง เนื่องจากถูกรู้สึกคุกคามได้ง่าย มีความวิตกกังวลสูง และหมกมุ่นกับการป้องกันตนเอง (Stuart & Sundeen, 1983, p. 244)

อัตมโนทัศน์จะส่งผลไปถึงการรับรู้ต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต บุคคลจะรับรู้ต่อประสบการณ์ที่สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์ และปฏิเสธหรือบิดเบือน

ประสบการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์แห่งตน (Roger, 1951, p. 509) การยอมรับหรือปฏิเสธประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ขึ้นอยู่กับความสอดคล้องต่ออัตมโนทัศน์ในปัจจุบันที่ดำรงอยู่ อัตมโนทัศน์จึงมีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม ด้วยเหตุนี้บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางบวก จะยอมรับเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ถูกต้อง ทำให้สามารถดำรงบทบาทที่เหมาะสม

ไดรฟเวอร์ (Drieve, 1976, p. 232) ได้แบ่งอัตมโนทัศน์เป็น 2 ด้าน คือ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย และอัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว

อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเองทั้งทางด้านรูปร่างและหน้าตา ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายและสภาวะสุขภาพที่เกิดจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งก็คือภาพลักษณ์ (body image) นั้นเอง ความเจ็บป่วยที่มีผลต่ออัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์บางอย่าง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการสูญเสีย ได้แก่ ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม (Gruendemann, 1976, p. 193)

อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกมั่นใจ และการประเมินค่าบุคลิกภาพของตนเอง แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (The moral ethical self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความถูกต้องหรือความผิด ความดีหรือความเลวของตนเอง ที่เกิดจากการประพฤติที่ฝ่าฝืนค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาที่ตนเองยอมรับนับถือ ความเจ็บป่วยทำให้การรับรู้ด้านนี้ของผู้ป่วยเปลี่ยนไป จะเกิดความรู้สึกเจ็บปวดทางจิตใจที่เกิดจากการกระทำที่ฝ่าฝืนค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาของตนเอง และคนส่วนมาก ความรู้สึกนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและอารมณ์ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีอาการหอบหืด ซึมเศร้า ร้องไห้ ทำโทษตนเองโดยวิธีการต่างๆ ประนามตนเอง เป็นต้น (Perley, 1976, p. 202)

ด้านที่ 2 อัตมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง (Self consistency) เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความเป็นตนเอง เพื่อให้ตนเองมีความสมดุลอยู่ตลอดเวลา เช่น ตนเองรู้จักตนเองเป็นคนใจคอเยือกเย็นหนักแน่น ซึ่งคุณสมบัตินี้ก็มีมานานแล้ว จนกระทั่งขณะนี้ก็ยังยืนยันความรู้สึกเช่นเดิมที่มีต่อตนเองว่า มีลักษณะใจคอเยือกเย็นหนักแน่น หรือเรียกว่าเป็นความสม่ำเสมอแห่งความเป็นตนเอง อะไรก็ตามที่รบกวน

อัตมโนทัศน์ด้านนี้ เช่น ความรู้สึกไม่สมดุลในด้านต่างๆ จะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เกิดได้กับทุกคน พฤติกรรมที่แสดงถึงความวิตกกังวลนั้นยุ่งยาก ซับซ้อน สามารถพบได้ทั้งทาง ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ บทบาทหน้าที่ และทางด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Perley, 1976, p. 210)

ด้านที่ 3 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธาน หรือความคาดหวัง (Self Ideal/Self Expectancy) เป็นความรู้สึกนึกคิด ทศนคติเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็น บุคคลจะตั้งปณิธานเอาไว้แล้วจะพยายามเปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นอย่างที่ตั้งไว้ ถ้าทำได้ก็จะเกิดอัตมโนทัศน์ด้านบวก ถ้าทำไม่ได้จะเกิดความท้อถอยตนเองด้วย ในคุณค่า บทบาทในสังคมเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ในด้านปณิธานหรือความคาดหวัง ทำให้มนุษย์มีปฏิกิริยาตอบสนองในด้านที่สังคมส่วนใหญ่ยอมรับ (Roy, 1976, p. 224) ความเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความคาดหวังหรือปณิธานของมนุษย์เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของเขาเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ ปัญหาในด้านนี้คือ ผู้ป่วยจะท้อถอยหมดกำลังใจ ซึ่ง ซีแมน (Seeman's study (cited in Roy, 1979)) ได้อธิบายถึงภาวะนี้ว่าเป็นภาวะที่ปณิธาน หรือความคาดหวังของเขาไม่ประสบผลสำเร็จในสถานการณ์ที่เขาเผชิญอยู่

ด้านที่ 4 อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเอง (Self esteem) เป็นอัตมโนทัศน์ส่วนตัวที่เป็นส่วนความรู้สึกนึกคิดหลายๆ ด้าน ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณค่าของตนเอง การยอมรับในคุณค่าของตนเองนี้พัฒนาจากแหล่งเบื้องต้นสอง องค์ประกอบคือ ตนเองและผู้อื่น อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเอง มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ในด้านอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกายและด้านส่วนตัว การสูญเสีย การวิตกกังวล ความรู้สึกผิด และความไม่สมหวัง เหล่านี้มีส่วนเปลี่ยนแปลงการยอมรับในคุณค่าของตนเอง ประกอบกับปฏิกิริยาย้อนกลับจากบุคคลอื่นที่ใกล้ชิด มีส่วนเสริมสร้างให้ อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเองนี้ชัดเจนยิ่งขึ้น (Lambert & Lambert, 1981, p. 11) ความเจ็บป่วยมีผลทำให้อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับในคุณค่าน้อยลง ซึ่งเป็นปัญหาเนื่องจาก เป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยนักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความเห็นว่า การยอมรับในคุณค่าของตนเองมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอัตมโนทัศน์ บุคคลที่มีการยอมรับในคุณค่าของตนเองสูงจะมองตนเองเป็นผู้ที่มีความสามารถ มีพลัง และมีคุณค่า

ด้วยเหตุนี้จึงเห็นได้ว่า อัตมโนทัศน์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการปรับตัวของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเจ็บป่วย ถ้าบุคคลมีอัตมโนทัศน์ในด้านบวก จะช่วยให้มีการปรับตัวได้ดี และสามารถรับกับทุกสถานการณ์ได้ (Stuart & Sundeen, 1983, p. 120) ลักแมน และ ซอเรนเสน (Luckman & Sorensen, 1974, p. 64) ได้กล่าวว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนกำหนดพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วย คือ ทักษะคติของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยของตนเอง ทั้งนี้เพราะ ความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุสำคัญที่รบกวนภาวะปกติสุขของมนุษย์และรบกวนภาพลักษณ์ (self image) ของผู้ป่วยด้วย ซึ่งมีผลต่ออัตมโนทัศน์ของเขา ถ้าบุคคลนั้นมีอัตมโนทัศน์ในด้านบวก พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยก็จะแสดงออกมาในทางที่ดี คือการป้องกัน ดูแลสุขภาพ ตลอดจนการให้ความร่วมมือรักษาทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ในขณะเดียวกันถ้าบุคคลนั้นมีอัตมโนทัศน์ในด้านลบ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยก็จะออกมาในทางที่ไม่ดี เช่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ท้อถอย รู้สึกว่าตนเองด้อยในคุณค่า มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในระดับต่ำ

6/6.1

54578

๑๗๐

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยศึกษาถึงปัจจัยคัดสรรบางประการ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในเขตพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 300 เตียงขึ้นไป ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้า จักรราช ชลบุรี

ตัวอย่างประชากร

ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบ่งเป็นพวก (Stratified random sampling) ตามจำนวนของผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ขนาดที่พอเหมาะ คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากร ได้ขนาดตัวอย่างประชากร 100 คน

หลักเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด แองจิ้นาเพกทอริส (Angina pectoris) โรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary heart disease) โรคหัวใจอาเทอโรสเคลโรติก (Atherosclerotic heart disease) หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ทำการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยไม่เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจมาก่อน และแพทย์นัดมารับการรักษาเป็นระยะๆ

2. ไม่มีโรคอื่นแทรกซ้อนหรือเกิดร่วมด้วย ทั้งโรคทางกาย และจิตใจ
3. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน และการใช้ภาษาไทย รวมทั้งยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบวัดมีทั้งหมด

3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 2 แบบวัดอัตมโนทัศน์

ชุดที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือด

แบบวัดทั้ง 3 ชุดมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาของการเป็นโรค ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบวัดอัตมโนทัศน์ แบบวัดนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือตามแนวคิดของ ไตรฟเวอร์ (Drieve, 1976, p. 232) ซึ่งสร้างโดย ชรัสนิกุล ยัมบุญญะ (2533) โดยนำมาปรับปรุงการใช้ถ้อยคำให้เหมาะสม แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ข้อความที่ใช้ในแบบวัดประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 9 ข้อ คือ ข้อ 3, 5, 7, 9, 12, 15, 16, 20, และ 24 ส่วนข้อที่เหลือเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 16 ข้อ แบบวัดอัตมโนทัศน์แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านส่วนตัว ซึ่งได้แก่ ศีลธรรมจรรยา ความสม่ำเสมอในตนเอง ความคาดหวัง และการยอมรับในคุณค่าของตนเอง

ชุดที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือตามแนวคิดเรื่องความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของเฟลนาแกน (Flanagan, 1978, p. 139) ซึ่งสร้างโดย ชรัสนิกุล ยัมบุญญะ (2533) และนำมาปรับปรุงการใช้ถ้อยคำให้เหมาะสม แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ข้อความที่ใช้ในการวัด ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 4, 5, 10, 13, 22, และ 25 ส่วนข้อที่เหลือเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวกมีจำนวน 17 ข้อ แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตนี้แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย

และสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน ด้านการพัฒนาตนเอง ตลอดจนความสมหวังในการทำงาน และด้านการมีสันติภาพการ ด้านละ 5 ข้อ

สำหรับข้อคำถามในแบบวัดอัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) โดยกำหนดให้ค่าแต่ละค่ามีความหมายดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่เป็นจริงเลย เป็นข้อความที่ไม่ตรงกับความจริงของท่านเลย
- 1 หมายถึง เป็นจริงเล็กน้อย เป็นข้อความที่ท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นพอจะตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านบ้าง
- 2 หมายถึง เป็นจริงปานกลาง เป็นข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
- 3 หมายถึง เป็นจริงมาก เป็นข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนมาก
- 4 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด เป็นข้อความที่ตรงกับ สภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

เกณฑ์ในการพิจารณา ระดับของอัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีดังนี้

- | | |
|-----------------|------------------------------|
| คะแนน 3.51-4.00 | อยู่ในระดับเป็นจริงมากที่สุด |
| คะแนน 2.51-3.50 | อยู่ในระดับเป็นจริงมาก |
| คะแนน 1.51-2.50 | อยู่ในระดับเป็นจริงปานกลาง |
| คะแนน 0.51-1.50 | อยู่ในระดับเป็นจริงเล็กน้อย |
| คะแนน 0.00-0.50 | อยู่ในระดับไม่เป็นจริงเลย |

คุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดซึ่งปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน แล้วนำค่าที่ได้ไปหาความเที่ยงของแบบ

วัด โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha (α)) (Cronbach, 1990, p. 202) ผลการวิเคราะห์เป็นดังนี้

1. แบบวัดอัตมโนทัศน์ มีค่าความเที่ยง $\alpha = .70$
2. แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีค่าความเที่ยง $\alpha = .74$

ซึ่งแบบวัดทั้งสองมีค่าความเที่ยงสูงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี สามารถนำไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งวัตถุประสงค์ และแนบตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้
2. พบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล
3. ขอรายชื่อและศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วย ที่เข้ารับการตรวจรักษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และบันทึกรายชื่อไว้
4. ขอความร่วมมือจากผู้ป่วย และอธิบายถึงจุดประสงค์ ในการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยเข้าใจ
5. ดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือในการวิจัยที่พัฒนาจนสมบูรณ์แล้ว
6. นำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน นำมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานภาพส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างโดยหาค่าความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (M) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation (SD)) ของอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
3. เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มี เพศ อาชีพ และสถานภาพสมรสต่างกัน โดยใช้สถิติ t test และ Oneway ANOVA

4. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอัตราชีพชีพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ถดถอยธรรมดา (Simple regression analysis) เมื่อพบว่ามีความสัมพันธ์กัน ได้ทำการพิจารณาลักษณะการกระจายที่ได้จากการจุดกราฟ (Scatter plot) เพื่อพิจารณาลักษณะของความสัมพันธ์ ถ้ามีลักษณะเป็นเส้นตรง จะสรุปความสัมพันธ์ด้วยโมเดล $Y = a + bx$ แต่ถ้าความสัมพันธ์มีลักษณะเป็นเส้นโค้ง (Curvilinear) วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้โมเดล $Y = a + b_1x + b_2x^2$ ซึ่งใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) สำหรับโมเดลที่เป็นเส้นโค้ง จุดสูงสุดต่ำสุดของเส้นโค้งสามารถคำนวณได้โดยใช้สูตร $-b_1/2b_2$ ในขณะที่ b_1 และ b_2 คือค่าสัมประสิทธิ์ของค่าอัตราชีพชีพทั้ง 2 ค่า

5. หากกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้เสนอเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ค่าร้อยละของสถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพส่วนบุคคลต่างกัน

ตอนที่ 4 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง อัตมโนทัศน์ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ตอนที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกับตัวแปรพยากรณ์คือ อัตมโนทัศน์ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค และอายุ รวมทั้งทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

เพื่อความสะดวกในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ทางสถิติเพื่อนำเสนอในตาราง ดังต่อไปนี้

M	หมายถึง ค่าเฉลี่ย
SD	หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	หมายถึง ค่าที่ (t) ใช้ทดสอบนัยสำคัญของค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม
Prob.	หมายถึง ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ
r	หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
R	หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

R^2	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอย (พยากรณ์)
R^2 change	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การพยากรณ์ ที่เปลี่ยนไปจากเดิมเมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ทีละตัว
SE est	หมายถึง	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์
SE b	หมายถึง	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์
b	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
β (Beta)	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน
a	หมายถึง	ค่าคงที่ (intercept) ของสมการพยากรณ์
F	หมายถึง	อัตราส่วนเอฟที่ใช้ทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์

ตอนที่ 1 คำร้อยละของสถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างเพื่อคุณลักษณะเด่นของกลุ่มตัวอย่าง ความเป็นไปได้ที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ และแนวคิดที่พึงพอใจในการดำเนินชีวิตในรูปแบบนั้น ๆ ซึ่งสถานภาพของกลุ่มตัวอย่างที่วิเคราะห์นี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาของการเป็นโรค โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาของการเป็นโรค

สถานภาพส่วนตัว	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	46	46.0
หญิง	54	54.0
รวม	100	100.0

(ตารางที่ 1 ต่อ)

สถานภาพส่วนตัว	จำนวน	ร้อยละ
2. อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	5	5.0
41-50 ปี	14	14.0
51-60 ปี	23	23.0
มากกว่า 60 ปี	58	58.0
รวม	100	100.0
3. สถานภาพสมรส		
คู่	66	66.0
โสด และหย่า	7	7.0
หม้าย	27	27.0
รวม	100	100.0
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	19	19.0
ประถมศึกษา	56	56.0
มัธยมศึกษา	12	12.0
อนุปริญญาขึ้นไป	13	13.0
รวม	100	100.0
5. อาชีพ		
รับราชการ	7	7.0
ค้าขาย	12	12.0
เกษตรกรรม	26	26.0
รับจ้าง	10	10.0
อื่นๆ	45	45.0
รวม	100	100.0

ต่อ

(ตารางที่ 1 ต่อ)

สถานภาพส่วนตัว	จำนวน	ร้อยละ
6. ระยะเวลาของการเป็นโรค		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน	11	11.0
4-6 เดือน	8	8.0
7-12 เดือน	11	11.0
13-60 เดือน	48	48.0
61-120 เดือน	15	15.0
มากกว่า 120 เดือน	7	7.0
รวม	100	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 54 ซึ่งมีมากกว่าเพศชาย ด้านอายุนั้นกลุ่มอายุที่มากกว่า 60 ปี มีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58 และอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปีมีเพียงร้อยละ 5 ด้านสถานภาพสมรสพบว่า กลุ่มตัวอย่างแต่งงานมีคู่แล้วจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 66 สำหรับระดับการศึกษานั้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาซึ่งมีจำนวนถึงร้อยละ 56 ในขณะที่ระดับมัธยมศึกษามีเพียงร้อยละ 12 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 26 และระยะเวลาของการเป็นโรคอยู่ระหว่าง 13-60 เดือน เป็นจำนวนสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 48 และมากกว่า 120 เดือน มีเพียงร้อยละ 7

ตารางที่ 2

แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ และ ระยะเวลาของการเป็นโรค ($n=100$)

สถานภาพส่วนตัว	M	SD	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด
1. อายุ (ปี)	62.47	12.85	85	22
2. ระยะเวลาของการเป็นโรค (เดือน)	47.18	57.69	360	1

ในตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62.47 ปี ซึ่งเป็นวัยของผู้สูงอายุ แต่มีผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดเพียง 22 ปีรวมอยู่ด้วย สำหรับระยะเวลาของการเป็นโรคนั้นมีค่าเฉลี่ย 47.18 เดือน โดยมีผู้ที่เป็นโรคหัวใจที่ได้รับการรักษา ตั้งแต่เพิ่งทราบว่าป่วยเป็นโรคนี้เพียง 1 เดือน จนถึง 360 เดือน ซึ่งทำให้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาของการเป็นโรคมีค่าสูงถึง 57.69

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ในตอนี่ 2 นี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์แยกเป็นสองส่วน ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนอัตมโนทัศน์. ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เป็นรายด้าน แล้วประเมินค่าเฉลี่ยของคะแนนตามเกณฑ์ที่ได้ตั้งไว้ จากนั้นจึงจัดอันดับที่ มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3 สำหรับตารางที่ 4 ได้วิเคราะห์เป็นรายข้อในส่วนของอัตมโนทัศน์

ตารางที่ 3

แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเป็นจริง และอันดับ ของคะแนนอัต
มโนทัศน์ จำแนกเป็นรายด้านและสรุปรวม (n=100)

อันดับที่	อัตมโนทัศน์	M	SD	ระดับความ เป็นจริง
1.	ด้านการยอมรับในคุณค่าของงาน	3.15	0.60	มาก
2.	ด้านศีลธรรมจรรยา	2.73	0.44	มาก
3.	ด้านความคาดหวัง	2.45	0.57	ปานกลาง
4.	ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง	2.28	0.58	ปานกลาง
5.	ด้านร่างกาย	2.01	0.63	ปานกลาง
รวม		2.52	0.37	มาก

จากตารางที่ 3 ปรากฏว่า คะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์โดยสรุปรวม ของผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่า 2.52 ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์พบว่า
กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าตรงกับสภาพความเป็นจริงมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านนั้น ด้าน
ที่อยู่ในระดับมากมี 2 ด้าน ระดับปานกลาง 3 ด้าน โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย
อัตมโนทัศน์สูงที่สุด คือ ด้านการยอมรับในคุณค่าของงาน และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด
คือด้านร่างกาย เป็นที่น่าสังเกตว่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอัตมโนทัศน์ใน
แต่ละด้านอยู่ในช่วง 0.44-0.63 คือมีการกระจายของคะแนนน้อย

ตารางที่ 4

แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเป็นจริง และอันดับ ของคะแนนอัต
มโนทัศน์ จำแนกเป็นรายข้อและสรุปรวม (n=100)

อันดับ ข้อที่	อัตมโนทัศน์	M	SD	ระดับความเป็นจริง
1. 6.	ท่านเป็นคนมีคุณธรรม	3.47	0.63	มาก
2. 1.	อวัยวะที่ท่านเป็นห่วงเป็นใยมากที่สุดคือ 'หัวใจ'	3.42	0.94	มาก
3. 21.	ท่านเป็นคนสำคัญของครอบครัว ญาติ มิตร สหาย	3.39	0.78	มาก
4. 23.	ท่านรู้สึกว่าคุณยังเป็นบุคคลที่มีค่าสำหรับครอบครัว	3.38	0.78	มาก
5. 25.	ท่านรู้สึกภูมิใจในตัวเอง (ภูมิใจที่ได้เกิดมาเป็นท่าน)	3.26	0.93	มาก
6. 22.	ผู้อื่นยังเห็นความสำคัญของท่าน แม้ท่านจะเจ็บป่วย	3.24	0.81	มาก
7. 8.	ท่านปฏิบัติตามหลักศาสนาเป็นประจำ	3.17	0.83	มาก
8. 10.	ท่านคิดว่า การระงับความโกรธ, การให้อภัย, และการให้ท่านช่วยลดความรุนแรงในโรคนี้ได้	3.17	0.92	มาก
9. 17.	การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอสามารถทำให้ท่านอาการดีขึ้นได้	3.12	0.84	มาก
10. 19.	การเจ็บป่วยจะทำให้การดูแลตนเองดีขึ้น	2.94	1.03	มาก
11. 18.	ท่านหวังว่าอาการของโรคจะไม่รุนแรงขึ้นอีก	2.85	0.89	มาก
12. 14.	ท่านเป็นคนใจคอก่อนหนักแน่น ไม่ผันแปรง่าย	2.81	0.95	มาก
13. 13.	ท่านสามารถควบคุมอารมณ์และมีสติดี ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดๆ ก็ตาม	2.70	0.96	มาก
14. 24.	ท่านไม่รู้สึกละอายใจตัวเอง (เนื่องจากเป็นโรคหัวใจ)	2.47	1.45	ปานกลาง
15. 11.	แม้ท่านจะเป็นโรคหัวใจ แต่ท่านก็สามารถทำงานได้ตามปกติ	2.29	1.32	ปานกลาง
16. 2.	ท่านพอใจในรูปร่างลักษณะของร่างกายท่านดังที่เป็นอยู่	2.16	1.24	ปานกลาง
17. 9.	ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านในโรคนี้ไม่ได้เกิดจากผลกระทบที่ท่านทำในอดีต	2.04	1.38	ปานกลาง
18. 4.	ท่านยังมีร่างกายแข็งแรง	1.91	1.30	ปานกลาง

ต่อ

(ตารางที่ 4 ต่อ)

อันดับ	ข้อที่	อัตรโนทัศน์	M	SD	ระดับความ เป็นจริง
19.	12.	ท่านไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงลักษณะนิสัยส่วนตัว บางอย่างเพื่อให้สอดคล้องกับการดำรงชีวิต	1.87	1.22	ปานกลาง
20.	7.	ท่านไปพึ่งเทศน์หรือปฏิบัติธรรมอย่างเหมาะสม	1.81	1.20	ปานกลาง
21.	20.	ท่านมีความคาดหวังอะไรในชีวิตเสมอ	1.78	1.37	ปานกลาง
22.	15.	การเจ็บป่วยไม่ทำให้ท่านมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จากเดิม	1.71	1.27	ปานกลาง
23.	16.	การเจ็บป่วยไม่ทำให้ท่านไม่สามารถกระทำในสิ่งที่ท่าน ตั้งใจไว้ได้	1.56	1.23	ปานกลาง
24.	3.	ท่านไม่รู้สึกว่าท่านเคลื่อนไหวร่างกายได้ช้า ไม่คล่องแคล่ว	1.34	1.08	เล็กน้อย
25.	5.	ท่านคิดว่าสุขภาพไม่เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ท่าน ไม่มีความสุข	1.21	1.24	เล็กน้อย
รวม			2.52	0.37	มาก

จากตารางที่ 4 อัตรโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำแนกเป็น
รายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก 13 ข้อ ระดับปานกลาง 10 ข้อ และระดับเล็กน้อย 2
ข้อ สำหรับข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือข้อ 6. "ท่านเป็นคนมีคุณธรรม" ซึ่งอยู่ในด้าน
ศีลธรรมจรรยา ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือข้อ 5. "ท่านคิดว่าสุขภาพไม่เป็นปัญหา
สำคัญที่ทำให้ท่านไม่มีความสุข" ซึ่งอยู่ในด้านร่างกาย

2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความพึงพอใจในการดำเนิน
ชีวิต. ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เป็นรายด้าน
แล้วประเมินค่าเฉลี่ยของคะแนนตามเกณฑ์ที่ได้ตั้งไว้ จากนั้นจึงจัดอันดับที่ ซึ่งมีราย
ละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5 สำหรับตารางที่ 6 ได้วิเคราะห์เป็นรายข้อในส่วนของ
ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ตารางที่ 5

แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเป็นจริง และอันดับ ของคะแนน ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต จำแนกเป็นรายด้านและสรุปรวม (n=100)

อันดับ ที่	ด้าน ที่	ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	M	SD	ระดับความ เป็นจริง
1.	2.	ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	3.23	0.62	มาก
2.	4.	ด้านการพัฒนาตนเอง	3.01	0.64	มาก
3.	3.	ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน	3.00	0.65	มาก
4.	5.	ด้านสันติภาพ	2.67	0.71	มาก
5.	1.	ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต	2.03	0.69	ปานกลาง
รวม			2.79	0.41	มาก

จากตารางที่ 5 ปรากฏว่า ระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตโดยสรุปรวมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับ "มาก" 4 ด้าน และระดับ "ปานกลาง" 1 ด้าน โดยด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นด้านที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความพึงพอใจสูงที่สุด สำหรับด้านที่มีระดับความพึงพอใจต่ำที่สุดคือ ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต

ตารางที่ 6

แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเป็นจริง และอันดับ ของคะแนน ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต จำแนกเป็นรายข้อและสรุปรวม (n=100)

อันดับ ที่	ข้อที่ ที่	ด้าน	ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	M	SD	ระดับความ เป็นจริง
1.	7.	2.	แม้ท่านจะเจ็บป่วยแต่ท่านและสมาชิกในครอบครัว ยังคงมีการพบปะพูดคุยกัน	3.38	0.66	มาก
2.	15.	3.	ท่านรู้สึกพึงพอใจที่มีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับ ตัวท่านเอง	3.36	0.76	มาก
3.	8.	2.	สมาชิกในครอบครัวให้การดูแล และช่วยเหลือ ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อท่านต้องการ	3.22	0.84	มาก
4.	6.	2.	เพราะการเจ็บป่วยทำให้ท่านรู้สึกถึงคุณค่าของ คู่ครองหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดท่าน	3.22	1.04	มาก
5.	2.	1.	ท่านพอใจในสภาพบ้านที่ท่านพักอาศัยอยู่ (ไม่ต้อง เดินขึ้นบันได หรือเดินไปห้องต่าง ๆ ระยะทางไกล ๆ)	3.21	0.95	มาก
6.	12.	3.	ท่านเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ถ้าท่าน สามารถช่วยได้	3.19	0.85	มาก
7.	14.	3.	ทุกครั้งที่วัดหรือสถานที่สำคัญมีกิจกรรม เช่น ทอดกฐิน งานวันเด็ก งานวันสงกรานต์ท่านยินดี เข้าร่วมกิจกรรมนั้น	3.19	0.98	มาก
8.	9.	2.	ญาติมิตรของท่านแสดงความห่วงใยได้ถาม อาการและทุกข์สุขของท่าน	3.18	0.83	มาก
9.	10.	2.	ท่านไม่รู้สึกว่าท่านอยู่ในโลกนี้เพียงคนเดียว	3.15	1.28	มาก
10.	16.	4.	ท่านรู้สึกพอใจที่ได้รับทราบรายละเอียด เกี่ยวกับโรคที่ท่านป่วยอยู่	3.07	1.05	มาก
11.	17.	4.	ท่านพอใจที่สามารถดำเนินชีวิตได้โดยอาการ ของโรคไม่รุนแรง	3.05	0.88	มาก
12.	18.	4.	ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นบุคคลที่มีคุณค่าในงาน ที่ท่านกำลังทำ	3.05	0.91	มาก

ต่อ

(ตารางที่ 6 ต่อ)

อันดับ ที่	ข้อที่ ที่	ด้าน	ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	M	SD	ระดับความ เป็นจริง
13.	20.	4.	ท่านพอใจและภูมิใจในผลงานที่ท่านได้ปฏิบัติ	3.03	0.92	มาก
14.	25.	5.	ท่านมีเวลาพักผ่อน เนื่องจากอาการของโรคไม่ คุกคามตลอดเวลา	2.97	1.28	มาก
15.	24.	5.	เมื่อท่านมีเวลาว่างท่านสามารถทำงานอดิเรก ที่ท่านชอบได้	2.86	1.00	มาก
16.	19.	4.	ท่านใช้ความสามารถที่มีอยู่ปฏิบัติงานให้ประสบ ความสำเร็จได้โดยเหมาะสมกับสภาพร่างกาย ของท่าน	2.85	0.97	มาก
17.	11.	3.	ท่านพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน หรือสังคม	2.80	0.98	มาก
18.	23.	5.	ท่านพอใจที่ได้ออกกำลังกายตามความเหมาะสม กับสภาพร่างกายและอาการของโรค	2.70	1.05	มาก
19.	22.	5.	การเจ็บป่วย ท่านยังสามารถ ดูภาพยนตร์ อ่านหนังสือ หรือดูกีฬาที่ตื่นเต้นได้	2.47	1.48	ปานกลาง
20.	13.	3.	การที่ท่านเจ็บป่วยไม่ทำให้ท่านรู้สึกตัวเอง เป็นภาระของสังคม	2.45	1.40	ปานกลาง
21.	21.	5.	ท่านพอใจที่ได้ร่วมงานรื่นเริงต่าง ๆ	2.34	1.23	ปานกลาง
22.	4.	1.	ท่านไม่รู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยา เป็นประจำ	2.31	1.52	ปานกลาง
23.	3.	1.	แพทย์มีเวลาที่จะให้ท่านซักถามสิ่งที่ท่าน ต้องการทราบ	1.87	1.40	ปานกลาง
24.	5.	1.	การเจ็บป่วยไม่ทำให้ท่านต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น	1.48	1.37	เล็กน้อย
25.	1.	1.	ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีรสจืดชืด	1.30	1.38	เล็กน้อย
รวม				2.79	0.41	มาก

จากตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำแนกเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก 18 ข้อ ระดับปานกลาง 5 ข้อ และระดับเล็กน้อย 2 ข้อ โดยข้อที่มีคะแนนสูงที่สุดคือข้อ 7. “แม้ท่านจะเจ็บป่วย แต่ท่านและสมาชิกในครอบครัวยังคงมีการพบปะพูดคุยกัน” ซึ่งอยู่ในด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่วนข้อที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือข้อ 1. “ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัดจืด” ซึ่งอยู่ในด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพส่วนบุคคลต่างกัน

การวิเคราะห์ตอนที่ 3 นี้ ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ในตัวแปรทางด้านเพศ อาชีพ และสถานภาพสมรสที่ต่างกันโดยแสดงรายละเอียดในตารางที่ 7-9

ตารางที่ 7

เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีเพศต่างกัน จำแนกตามรายด้านและสรุปรวม

ด้าน ที่	ความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิต	ชาย (n=46)		หญิง (n=54)		t	Prob.
		M	SD	M	SD		
1.	ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต	2.06	0.69	2.01	0.70	0.36	.723
2.	ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	3.21	0.56	3.25	0.66	-0.32	.751
3.	ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน	3.00	0.55	3.00	0.74	0.03	.977
4.	ด้านการพัฒนาตนเอง	3.13	0.56	2.90	0.68	1.83	.070
5.	ด้านสันตินาการ	2.77	0.80	2.59	0.62	1.27	.207
รวม		2.83	0.35	2.75	0.45	1.03	.304

ในตารางที่ 7 ปรากฏว่า ระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยสรุปรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิง ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8

เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอาชีพต่างกัน จำแนกตามรายด้านและสรุปรวม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Prob.
ด้านที่ 1 ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต					
ระหว่างกลุ่ม	4	1.657	0.414	0.855	.4939
ภายในกลุ่ม	95	46.027	0.485		
รวม	99	47.684			
ด้านที่ 2 ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น					
ระหว่างกลุ่ม	4	1.136	0.284	0.741	.5665
ภายในกลุ่ม	95	36.414	0.383		
รวม	99	37.550			
ด้านที่ 3 ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน					
ระหว่างกลุ่ม	4	0.694	0.173	0.398	.8099
ภายในกลุ่ม	95	41.426	0.436		
รวม	99	42.120			
ด้านที่ 4 ด้านการพัฒนาตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม	4	2.653	0.663	1.690	.1588
ภายในกลุ่ม	95	37.297	0.393		
รวม	99	39.950			

(ตารางที่ 8 ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Prob.
ด้านที่ 5 ด้านสันทนการ					
ระหว่างกลุ่ม	4	1.413	0.353	0.695	.5973
ภายในกลุ่ม	95	48.285	0.509		
รวม	99	49.698			
สรุปรวม					
ระหว่างกลุ่ม	4	0.868	0.217	1.304	.2742
ภายในกลุ่ม	95	15.815	0.167		
รวม	99	16.683			

จากตารางที่ 8 พบว่า ระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยสรุปรวมและรายด้าน ในผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 9

เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จำแนกตามรายด้าน และสรุปรวม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Prob.
ด้านที่ 1 ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.004	0.002	0.004	.9956
ภายในกลุ่ม	97	47.680	0.492		
รวม	99	47.684			

ต่อ

(ตารางที่ 9 ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Prob.
ด้านที่ 2 ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.587	0.294	0.771	.4656
ภายในกลุ่ม	97	36.963	0.381		
รวม	99	37.550			
ด้านที่ 3 ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน					
ระหว่างกลุ่ม	2	3.412	1.706	4.275	.0166
ภายในกลุ่ม	97	38.708	0.399		
รวม	99	42.120			
ด้านที่ 4 ด้านการพัฒนาตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม	2	2.259	1.130	2.907	.0594
ภายในกลุ่ม	97	37.691	0.389		
รวม	99	39.950			
ด้านที่ 5 ด้านสันตนาการ					
ระหว่างกลุ่ม	2	4.674	2.337	5.034	.0083
ภายในกลุ่ม	97	45.024	0.464		
รวม	99	49.698			
สรุปรวม					
ระหว่างกลุ่ม	2	1.542	0.771	4.938	.0091
ภายในกลุ่ม	97	15.142	0.156		
รวม	99	16.683			

จากตารางที่ 9 ระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยสรุปรวมของผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน 3 กลุ่มนั้น พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านได้พบอีกว่า ในด้านที่ 3 "ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน" และด้านที่ 5 "ด้านสัน

ทนาการ” ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันทั้ง 3 กลุ่ม มีระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นเพื่อให้ทราบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันทั้ง 3 กลุ่ม ที่ทำให้ระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยสรุป รวม ด้านที่ 3 และด้านที่ 5 นั้น กลุ่มใดบ้างที่แตกต่างกันจนเป็นผลให้เกิดความแตกต่างทางสถิติดังกล่าวแล้วในตารางที่ 9 ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้การทดสอบ LSD (Fisher's) (Least significant difference) โดยมีรายละเอียดในตารางที่ 10-12

ตารางที่ 10

เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ในด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชนเป็นรายคู่

สถานภาพสมรส		หม้าย	โสดและหย่า	คู่
	M	2.70	2.94	3.12
หม้าย	2.70	-	0.24	0.42**
โสดและหย่า	2.94		-	0.18
คู่	3.12			-

** p<.01

จากการเปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ในด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชนเป็นรายคู่ ดังในตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส “คู่” มีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส “หม้าย” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกันในการเปรียบเทียบคู่อื่น ๆ

ตารางที่ 11

เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันในด้านสันตนาการเป็นรายคู่

สถานภาพสมรส	M	หม้าย	โสดและหย่า	คู่
		2.34	2.49	2.82
หม้าย	2.34	-	0.15	0.48**
โสดและหย่า	2.49		-	0.33
คู่	2.82			-

** $p < .01$

ในตารางที่ 11 เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ในด้านสันตนาการเป็นรายคู่ พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส "คู่" มีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส "หม้าย" อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกันในการเปรียบเทียบคู่อื่นๆ

ตารางที่ 12

เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน โดยสรุปรวมเป็นรายคู่

สถานภาพสมรส		หม้าย	โสดและหย่า	คู่
	M	2.59	2.74	2.87
หม้าย	2.59	—	0.15	0.28**
โสดและหย่า	2.74		—	0.13
คู่	2.87			—

**p<.01

ในตารางที่ 12 เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน โดยสรุปรวมเป็นรายคู่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส "คู่" มีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส "หม้าย" อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกันในการเปรียบเทียบคู่อื่น ๆ

ตอนที่ 4 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง อัตมโนทัศน์ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ ผู้วิจัยต้องการทดสอบลักษณะของความสัมพันธ์ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ และเป็นไปในรูปใด ดังนั้นจึงทำการทดสอบขั้นแรก ด้วยการทดสอบความเป็นเส้นตรง และค่านัยสำคัญของความสัมพันธ์ในทั้งสองตัวแปร ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต กับอัตมโนทัศน์
(โมเดลเส้นตรง)

ตัวแปรพยากรณ์	b	β	SE b	t	Prob.
อัตมโนทัศน์	0.650	0.589	0.090	7.212	.0000
ค่าคงที่	1.148		0.230	4.996	.0000
R = 0.589		R ² = 0.346		df = 1, 98	
F = 52.020		Sig. F = .0000			

ในตารางที่ 13 พบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่า $R = 0.589$

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อัตมโนทัศน์ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวก เมื่อพบความสัมพันธ์ดังกล่าวแล้ว เพื่อให้มั่นใจได้ว่าความสัมพันธ์นั้นมีลักษณะเป็นเชิงเส้นตรงจริง ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบว่าเป็นเส้นตรงหรือไม่ สาเหตุที่ต้องทำการทดสอบเพิ่มเติมอีกเพราะ วิลคินนิง (Wilkening, 1973, p. 68) ได้แนะนำว่า ความสัมพันธ์ที่เป็นเส้นโค้ง ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระจะสามารถอธิบายได้ดีที่สุด โดยสมการที่เป็นเส้นโค้งมากกว่าสมการที่เป็นเส้นตรง นอกจากนี้อาเกรสตี และ ฟินเลย์ (Agresti & Finlay, 1986, p. 358) ได้ให้เหตุผลไว้ 2 ประการ สำหรับการใช้โมเดลที่ไม่เป็นเส้นตรง ประการแรกคือ สมการที่เป็นเส้นตรงไม่สามารถประมาณการหรือทำนายได้สมบูรณ์พอ อีกเหตุผลหนึ่งก็คือ มีสูตรที่ใช้คาดคะเนความสัมพันธ์ที่ไม่ได้เป็นเส้นตรงอยู่แล้ว สัญลักษณ์ของค่าสัมประสิทธิ์ β_2 ของอัตมโนทัศน์กำลังสอง (X^2) ในโมเดลเส้นโค้งนั้น จะเป็นค่าที่ได้รับการพิจารณาว่า รูปโค้งนั้นเป็นโค้งนูน (bowl shaped) หรือโค้งหงายขึ้น (mound shaped) ถ้าค่า β_2 มีค่าเป็นลบแสดงว่ากราฟเป็นเส้นโค้งนูน ถ้าค่า β_2 มีค่าเป็นบวกแสดงว่ากราฟจะเป็นเส้น

โค้งงายขึ้น จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และอัตมโนทัศน์ในโมเดลเส้นโค้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่าง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต กับอัตมโนทัศน์ และ (อัตมโนทัศน์)² (โมเดลเส้นโค้ง)

ตัวแปรพยากรณ์	b	β	SE b	t	Prob.
อัตมโนทัศน์	0.248	0.224	1.017	0.244	.8081
(อัตมโนทัศน์) ²	0.077	0.366	0.194	0.397	.6921
ค่าคงที่	1.661		1.312	1.266	.2085
R = 0.590 R ² = 0.348 df = 2, 97					
F = 25.865 Sig. F = .0000 R ² change = .002					

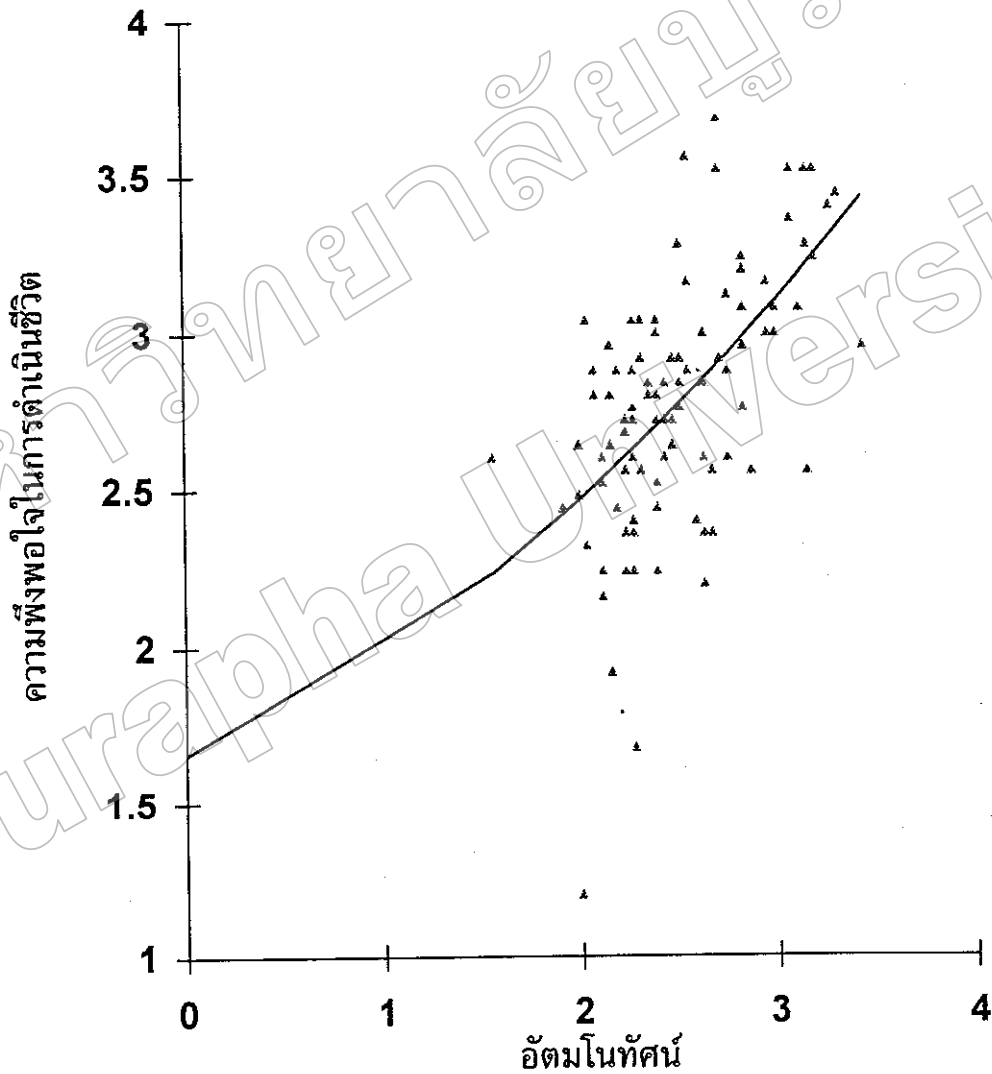
สำหรับโมเดลเส้นตรงที่แสดงในตารางที่ 13 มีค่า R² = 0.346 และค่า F(1, 98) = 52.020, p<.0001 เมื่อเพิ่มค่าอัตมโนทัศน์ยกกำลังสองเข้าไปในโมเดลเส้นโค้งดังตารางที่ 14 ปรากฏว่า R² เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า R² เพิ่มขึ้น .002, p<.0001 ดังนั้นสำหรับโมเดลเส้นโค้ง (Curvilinear model) R² = 0.348, F(2, 97) = 25.865, p<.0001 สามารถอธิบายได้ว่าประมาณ 34.8% ของความแปรปรวนความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อธิบายได้จากความแปรผันของระดับอัตมโนทัศน์

กล่าวโดยสรุป เมื่อค่าความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ลดลงถึงระดับหนึ่ง อัตมโนทัศน์เพิ่มสูงขึ้น หลังจากนั้นเมื่ออัตมโนทัศน์เพิ่มขึ้นความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตจะเพิ่มขึ้นด้วย สมการในการทำนายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีดังนี้

ความพึงพอใจ
ในการดำเนินชีวิต
ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

$$= 1.661 + 0.248(\text{อึดทนทัศน}) + 0.077(\text{อึดทนทัศน})^2$$

CURVILINEAR MODEL



แผนภูมิ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างอึดทนทัศนและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ตอนที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กับตัวแปรพยากรณ์คือ อัตราโนทัศน์ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค และอายุ รวมทั้งทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรเกณฑ์ คือความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นโรค อัตราโนทัศน์ และ (อัตราโนทัศน์)² ผู้วิจัยได้วิเคราะห์หาสหสัมพันธ์แบบเส้นตรงเพื่อดูความสัมพันธ์อีกทั้งทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยการทดสอบค่าที (t test) ซึ่งผลที่ได้แสดงในรูปตารางเมตริกดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ และตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรพยากรณ์

ตัวแปร	(อัตราโนทัศน์) ²	อัตราโนทัศน์	ระดับการ	ระยะเวลาของ	อายุของ	ความพึงพอใจใน
			ศึกษา	การเป็นโรค	ผู้ป่วย	การดำเนินชีวิต
(อัตราโนทัศน์) ²	1.0000					
อัตราโนทัศน์	.9960**	1.0000				
ระดับการศึกษา	.0336	.0405	1.0000			
ระยะเวลาของ	.1557	.1598	.0418	1.0000		
การเป็นโรค						
อายุของผู้ป่วย	-.2516*	-.2314*	-.2892**	.0435	1.0000	
ความพึงพอใจใน	.5894**	.5869**	.1688	.0843	-.1461	1.0000
การดำเนินชีวิต						

* p<.05

** p<.01

จากตารางที่ 15 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ พบว่า ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ (อัตมโนทัศน์)² และอัตมโนทัศน์ ($r = .5894, .5889$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอัตมโนทัศน์ในทางบวก มีแนวโน้มที่จะได้รับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูง ส่วนระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และอายุของผู้ป่วย ไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปได้ว่า มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรพยากรณ์พบว่า อายุของผู้ป่วยนั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับ (อัตมโนทัศน์)² และอัตมโนทัศน์ ($r = -.2516, -.2314$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก มีแนวโน้มที่จะมี (อัตมโนทัศน์)² อัตมโนทัศน์ และระดับการศึกษาต่ำ

อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ (อัตมโนทัศน์)² ($r = .9960$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มีอัตมโนทัศน์สูงจะมี (อัตมโนทัศน์)² สูงด้วย

จากตารางเมตริกจะเห็นว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวนี้ มีอยู่ 2 ตัวแปรคือ (อัตมโนทัศน์)² และอัตมโนทัศน์ ที่สามารถทำนายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้ดีกว่าตัวแปรอื่น แต่เมื่อนำตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัว มาร่วมกันทำนายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะสามารถทำนายได้ดีเพียงใด ผู้วิจัยจึงได้คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรเกณฑ์ คือความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นโรค อัตมโนทัศน์ และ (อัตมโนทัศน์)² โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์แบบถดถอยพหุคูณ แล้วทดสอบความมีนัยสำคัญ ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยทำการทดสอบค่าสถิติเอฟส่วนรวม (Overall F test) ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16

ค่าสัมประสิทธิ์ตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และอัตมโนทัศน์ รวมทั้งตัวแปรพยากรณ์อื่นๆ

ตัวแปรพยากรณ์	b	β	SE b	t	Prob.
(อัตมโนทัศน์) ²	0.136	0.643	0.202	0.671	.5038
อัตมโนทัศน์	-0.048	-0.043	1.053	-0.045	.9640
การศึกษา	0.015	0.165	-0.008	1.910	.0592
ระยะเวลาที่เป็นโรค	-0.000	-0.018	0.000	-0.219	.8268
อายุ	0.002	0.055	0.003	0.594	.5537
ค่าคงที่	1.843		1.316	1.401	.1646
R = 0.610 R ² = 0.372 df = 5, 94					
F = 11.148 Sig. F = .0000					

ในตารางนี้พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อใช้ (อัตมโนทัศน์)² อัตมโนทัศน์ การศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และอายุ ร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด $R^2 = 0.372$, $F(5, 94) = 11.148$, $p < .0001$ ซึ่งหมายความว่า ประมาณ 37.2% ของความแปรปรวน จากความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สามารถอธิบายได้จากความผันแปรของอัตมโนทัศน์ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาของการเป็นโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์เป็นเส้นโค้งกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เมื่อควบคุมด้วย ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และอายุของผู้ป่วย นั่นคือ เมื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตลดลงถึงระดับหนึ่ง อัตมโนทัศน์จะเพิ่มสูงขึ้น หลังจากนั้นเมื่ออัตมโนทัศน์เพิ่มขึ้นความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตจะเพิ่มขึ้นด้วย

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และอัตมโนทัศน์ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่มีสถานภาพส่วนตัวแตกต่างกัน และได้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และอัตมโนทัศน์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งศึกษากลุ่มของตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาล 4 แห่ง ในเขตพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไว้ก่อน และทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบ่งเป็นพวก (Stratified random sampling) จำนวน 100 คน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2537 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2537 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ใช้แนวทางจากเครื่องมือของ ชรัสนิกุล บุญญะ (2533) นำมาปรับปรุงแก้ไขการใช้คำและข้อความ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าที (t test) วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (Oneway Analysis of Variance) และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกรกรรม และมีระยะเวลาของการเป็นโรคอยู่ในช่วง 13-60 เดือน

2. คะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์โดยสรุปรวม ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากความเป็นจริงตามความคิดเห็นอยู่ในระดับ "มาก" เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความเป็นจริงตามความคิดเห็นอยู่ในระดับ "มาก" มี 2 ด้าน ส่วนระดับ "ปานกลาง" มี 3 ด้าน โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์สูงสุดคือ ด้าน "การยอมรับในคุณค่าของคน" ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์ต่ำที่สุด คือ ด้าน "ร่างกาย"

3. คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตโดยสรุปรวม ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากความเป็นจริงตามความคิดเห็น อยู่ในระดับ "มาก" เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความเป็นจริงตามความคิดเห็นอยู่ในระดับ "มาก" มี 4 ด้าน ระดับ "ปานกลาง" มีอยู่ 1 ด้าน โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูงสุด คือ ด้าน "สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น" ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตต่ำที่สุด คือ ด้าน "ร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต"

4. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยสรุปรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกันก็ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในคะแนนเฉลี่ยโดยสรุปรวม ด้านที่ 3 "กิจกรรมในสังคมหรือชุมชน" และด้านที่ 5 "ร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต" เมื่อวิเคราะห์เป็นรายคู่ปรากฏว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหม้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งโดยสรุปรวม และในด้านที่ 3 และด้านที่ 5 ด้วยเช่นเดียวกัน

5. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ เป็นเส้นโค้ง (Curvilinear model) ในลักษณะหงาย

ขึ้น (mound shape) ประมาณร้อยละ 34.8 ของความแปรปรวนในความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สามารถอธิบายได้จากความแปรผันของคะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์ ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อค่าอัตมโนทัศน์เพิ่มขึ้น ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตจะเพิ่มขึ้นทีละน้อยในระยะแรก และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะต่อมา โดยที่สมการในการทำนายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นดังนี้

ความพึงพอใจ

ในการดำเนินชีวิต

ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือด

$$= 1.661 + 0.248(\text{อัตมโนทัศน์}) + 0.077(\text{อัตมโนทัศน์})^2$$

6. กลุ่มตัวแปรพยากรณ์ ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ (อัตมโนทัศน์)² อัตมโนทัศน์ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และอายุของผู้ป่วย ($R = 0.610$) สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ถึงร้อยละ 37.2 ($R^2 = 0.372$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอการอภิปรายผลตามลำดับขั้นดังนี้

ตอนที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1. คะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์ โดยสรุปรวมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากความเป็นจริงตามความคิดเห็นอยู่ในระดับ “มาก” ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีกลุ่มอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ต่อตนเองในทางที่ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์สูงสุดคือด้าน “การยอมรับในคุณค่าของคน” ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวกับตนเอง ในคุณค่าหลาย ๆ ด้านที่ตนมีอยู่เพราะเป็นผู้สูงอายุ ผ่านประสบการณ์ชีวิตในอดีตที่ประสบความสำเร็จ และสิ่งที่ดีงามในวัยหนุ่มสาว ดังนั้น ค่าเฉลี่ยอัตมโนทัศน์ในด้านนี้จึงมีสูงที่สุด สำหรับด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์ต่ำสุดคือด้าน “ร่างกาย” ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วย

เป็นผู้สูงอายุ สังขารย่อมเสื่อมลงไปตามวัยของตน ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายก็เสื่อมถอยลงไปตามสภาวะ นอกจากนั้น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยังมีความบกพร่องในเรื่องการทำหน้าที่ของหัวใจอีกด้วย ตามความรุนแรงของโรค เช่น อาการ แอ้งใจนา เพ็คโทริส อาการเจ็บหน้าอก การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ และอื่นๆ ดังนั้น อัตราโน้ตคนในด้านร่างกายจึงมีค่าคะแนนต่ำสุด

2. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตโดยสรุปรวมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากความเป็นจริงตามความคิดเห็นอยู่ในระดับ "มาก" ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเป็นโรคนานประมาณ 13-60 เดือน ซึ่งปรับตัวกับสภาพการเจ็บป่วยได้แล้ว ดังนั้นจึงมีความรู้สึกที่ดี มีความสุข รู้สึกว่าตนมีคุณค่า และสามารถปฏิบัติงานได้เหมาะสม และประสบความสำเร็จตามความเหมาะสมแก่สภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูงที่สุดคือด้าน "สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น" ซึ่งได้แก่ คู่สมรสหรือผู้ใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จึงมีความรู้สึกว่าได้ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ นอกจากนั้นเนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมไทยจะให้ความเคารพดูแลเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นสังคมที่อบอุ่น ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความสุขและมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ด้านสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นได้คะแนนสูงที่สุด สำหรับด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือด้าน "ร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต" ซึ่งประกอบด้วย การมีความสุขในชีวิตด้วยความพร้อมทางวัตถุและการมีความสุขปลอดภัยทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำเป็นต้องอดทนอยู่กับภาวะความเจ็บป่วย ต้องรับประทานอาหารรสจืด ต้องรับประทานยาเป็นประจำ และต้องจำกัดกิจกรรมของร่างกาย เช่น การขึ้นบันได ทำให้ความสุขสบายในชีวิตประจำวันลดลงไป นอกจากนี้ญาติ เพื่อนร่วมงานหรือบุคคลโดยทั่วไป ส่วนใหญ่มีความคิดว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจนั้น ออกกำลังกายไม่ได้ ผู้ป่วยจึงถูกจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้ (ชวนพิศ ทานอง, 2527, หน้า 1) ความเจ็บป่วยตลอดจนสิ่งเล็กๆ น้อยๆ เหล่านี้ เมื่อสะสมไว้เป็นจำนวนมากและนานๆ เข้าย่อมรบกวนต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ดังนั้น ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตด้าน "ร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต" จึงมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีสถานภาพส่วนบุคคลต่างกัน

1. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยสรุปรวมและรายด้าน ในผู้ป่วยชายและหญิง ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัย ข้อที่ 1 ที่ว่า "ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระหว่างเพศชายและเพศหญิง มีความแตกต่างกันทั้งในภาพรวมและรายด้าน" ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยอยู่ในพื้นฐานทางด้านสังคมและเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน และอยู่ในสภาวะแวดล้อมคล้ายคลึงกัน ดังนั้นความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหญิง และผู้ป่วยชายจึงไม่แตกต่างกัน

2. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยสรุปรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกัน ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 ที่ว่า "ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มที่มีอาชีพต่างกัน มีความแตกต่างกันทั้งในภาพรวมและรายด้าน" ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่ว่าจะเป็นอาชีพรับราชการ ค้าขาย เกษตรกรรม หรือรับจ้าง ผู้ป่วยเหล่านี้ก็สามารถมีความสุขมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้เหมือน ๆ กัน เพราะผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับภาวะการเจ็บป่วยของตนได้เป็นอย่างดี

3. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน พบว่า โดยสรุปรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตมากกว่าสถานภาพหม้าย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3 ที่ตั้งไว้ว่า "ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความแตกต่างกันในภาพรวมและรายด้าน" ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ได้รับการช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพจากคู่สมรส เนื่องจากสัมพันธ์ภาพระหว่างสามี ภรรยา นั้นเป็นสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองคนที่เต็มใจจะร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกัน และยอมรับว่าแต่ละคนมีความสำคัญซึ่งกันและกัน (Hilbert, 1985, p. 217) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จึงมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหม้าย ซึ่งคู่

ครองได้เสียชีวิตไปแล้ว ชาดคู่คิด ชาดผู้สนับสนุนระดับประคองจิตใจ ทำให้เกิดความว่าเหว จึงทำให้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย มีค่าต่ำกว่าผู้ป่วยสถานภาพสมรสคู่

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในด้าน "กิจกรรมในสังคมหรือชุมชน" และด้าน "สันตนาการ" ของผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต สูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหม้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน ซึ่งได้แก่ การช่วยเหลือบุคคลอื่นทั้งในรูปการกระทำส่วนตัว หรือเป็นสมาชิกขององค์กร และกิจกรรมในท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐ และกิจกรรม "สันตนาการ" ซึ่งได้แก่ การเข้าสังคม การได้รับสิ่งบันเทิงต่าง ๆ กิจกรรมทั้ง 2 อย่างนั้น เป็นกิจกรรมซึ่งผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่สามารถได้รับการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้มากกว่าเนื่องจากมีคู่สมรสให้การสนับสนุนทางด้านสังคมด้วย นอกจากนี้ คู่สมรสยังสามารถช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยลดภาวะเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (Cronenwett, 1984, p. 9) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่น่าจะมีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหม้าย สำหรับด้านที่ 1 "ร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต" ด้านที่ 2 "สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น" และด้านที่ 4 "การพัฒนาตนเอง" นั้น ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ทั้ง 3 ด้านนี้ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันสามารถดำเนินกิจกรรมและพัฒนาตนเองได้ โดยไม่จำเป็นต้องมีคู่ครองสนับสนุนหรือไม่ก็ตาม อันเป็นสาเหตุให้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของทั้ง 3 ด้านที่เหลือนี้ จึงไม่พบความแตกต่างกันของค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง อัตมโนทัศน์ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ผลการวิจัยพบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวก ในลักษณะเป็นเส้นโค้งหยายขึ้น กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ประมาณร้อยละ 34.8 ของความแปรปรวนของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสามารถอธิบายได้จาก ความแปรผันของอัตมโนทัศน์ แสดงว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด

เลือดที่มีอัตมโนทัศน์ในทางบวก จะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้นทีละน้อยในระยะแรก แล้วความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะต่อมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลี (Lee, 1982, p. 29) ที่ว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยอัตมโนทัศน์จะมีส่วนผลักดันให้บุคคลผู้นั้นสามารถเปลี่ยนบทบาทให้เหมาะสม รับรู้ในคุณค่าของตน และสามารถนำตนเองผ่านเหตุการณ์ต่างๆ ไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อัตมโนทัศน์มีอิทธิพลในการปรับตัวของบุคคลทุกช่วงชีวิต (Stuart & Sundeen, 1979, p. 120) ดังนั้นบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางบวกจะสามารถเข้าใจตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในที่สุด (Padilla & Grant, 1985, p. 45) แต่ผลการวิจัยที่พบไม่ เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า 'ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยมีความสัมพันธ์เป็นเส้นตรง' ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้น ในช่วงแรกของการรับรู้ว่าเป็นโรคนี้ ผู้ป่วยอาจจะตกใจ เสียใจ กังวลใจ แต่เมื่อปรับตัวได้บ้างและระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ที่ดีขึ้นทีละน้อย อันเป็นผลให้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตค่อยดีขึ้นช้าๆ เมื่อผ่านไปอีกระยะหนึ่งความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยก็จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงทำให้ความสัมพันธ์นั้นไม่เป็นเส้นตรง แต่เป็นเส้นโค้งในลักษณะหงายขึ้น

ตอนที่ 4 กลุ่มตัวพหุการณ์ ที่สามารถอธิบายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จากการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ พบว่า (อัตมโนทัศน์)² อัตมโนทัศน์ การศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และอายุของผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ซึ่งค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ $R = 0.610$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือร้อยละ 37.2 ($R^2 = 0.372$) ของความผันแปรจากความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สามารถอธิบายได้จากความผันแปรของ อัตมโนทัศน์ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาของการเป็นโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์เป็นเส้นโค้งกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เมื่อควบคุมด้วยระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็น

โรค และอายุของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาทิศทางของความสัมพันธ์ พบว่า การศึกษา และอายุ มีทิศทางในด้านบวก แสดงว่า เมื่อผู้ป่วยมีระดับการศึกษา และอายุที่เพิ่มขึ้น จะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น ส่วนทิศทางความสัมพันธ์ด้าน อัตมโนทัศน์ และระยะเวลาของการเป็นโรค มีทิศทางในทางลบ แสดงว่า เมื่อผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์เพิ่มขึ้น และระยะเวลาของการเป็นโรคนานขึ้น ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจะลดลง เมื่อพิจารณาน้ำหนักของตัวแปรพบว่า (อัตมโนทัศน์)² มีค่าน้ำหนักสูงที่สุด ($Beta = 0.643$) (จากตารางที่ 15) แสดงว่า อัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ในการอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ตั้งไว้ว่า “ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อัตมโนทัศน์ การศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และอายุ สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้” ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ทาฟ (Taft, 1985, p. 78) ที่ว่า อัตมโนทัศน์เป็นรากฐานของการมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเป็นตัวบ่งชี้ถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้ นอกจากนี้ บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางบวกจะก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ และปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ตลอดจนการให้ความร่วมมือรักษา (Pender, 1982, p. 157) สามารถดำรงบทบาทผู้ป่วยที่เหมาะสมเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า อัตมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์กับ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย มีดังนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล ควรมุ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม และมุ่งส่งเสริมความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ โดยพยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วย ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ ดังนี้

- ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับและขณะให้การพยาบาลทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง และให้การร่วมมือในการพยาบาลอย่างดีที่สุด

ขั้นที่ 2 ประเมินอัตมโนทัศน์ในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

ขั้นที่ 3 ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมอัตมโนทัศน์ ในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพสูงสุด เป็นการทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป มุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองอย่างเต็มที่และถูกต้อง ซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Stuart & Sundeen, 1983, p. 269)

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

2.1 การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ควรเน้นให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญของการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยฝ่ายกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต โดยจัดหลักสูตร เนื้อหาวิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม และจรรยาบรรณของวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้ตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และช่วยเป็นแนวทางในการแสดงออกด้านพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

2.2 การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ฝึกให้ผู้เรียนเรียนรู้ถึงวิธีการประเมินปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และอัตมโนทัศน์ รวมทั้งวางแผนการพยาบาล ฝึกทักษะในการให้การพยาบาล ตลอดจนประเมินผลการพยาบาลที่ให้ในผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายด้วย

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

3.1 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพคู่มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีศักยภาพหม้าย ดังนั้นน่าจะศึกษาระบบการสนับสนุนของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้ป่วยได้รับจากแหล่งต่างๆ เช่น บุตรญาติ เพื่อน พยาบาล และผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเดียวกัน เป็นต้น

3.2 ศึกษาผลการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผน ต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

3.3 ศึกษาถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตนั้นด้วย

บรรณานุกรม

- ขนาน หัสศิริ และคณะ. (2525). การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเมื่อกรุงรัตนโกสินทร์ ครบ 200 ปี พ.ศ. 2525. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (อัดสำเนา).
- ชรัสนิกุล ยิ้มบุญ. (2533). "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด". วิทยานิพนธ์ ครุศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชวนพิศ ทานอง. (2527). "ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน". วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยลัยมิตล.
- พันธ์พิษฐ์ สาครพันธ์. (2536). โรคหัวใจขาดเลือด. โลกกว้างทางการแพทย์, (27 กรกฎาคม - 3 ตุลาคม): 3.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. (2530). โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย. คลินิก, 3 (พฤศจิกายน), 786-795.
- สถิตินาถารณสุข, กอง. (2532). สถิตินาถารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2530-2532. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อิสรา สุขุมาลจันทร์. (2524). หัวใจขาดเลือด. ใน สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, และพันธ์พิษฐ์ สาครพันธ์ (บรรณาธิการ), ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- Agresti, A., & Finlay, B. (1986). Statistical methods for the social sciences. San Francisco: Dallen Publishing.
- American Psychological Association. (1988). Publication Manual of the American Psychological Association (3rd ed.). Washington DC: Author.

- Gwilt, D. J. (1985). Myocardial infarct size and mortality in diabetic patients. British Heart Journal, 54, 466-472.
- Haung, S. H. (1983). Coronary care nursing. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Hijack, T. W. (1984). The health belief model and cardiac rehabilitation. Nursing Clinics of North America, 23(September), 449.
- Hilbert, G. A. (1984). Spouse support and myocardial infarction patient compliance. Nursing Research, 34(July-August), 217-220.
- Holmes, S. (1974). Life satisfaction and kidney dialysis. Nursing Forum, 13(December), 260-370.
- Jalowise, A., & Powers, M. J. (1981). Stress and coping in hypertension and emergency room patients. Nursing Research, 30(January), 10-15.
- Laborde, J. M., & Powers, M. J. (1980). Satisfaction with life for patients undergoing hemodialysis and patients suffering from osteoarthritis. Research in Nursing and Health, 3(June), 19-24.
- Lambert, V. A., & Lambert, C. E., Jr. (1981). Role theory and the concept of powerlessness. Journal of Psychosocial Nursing, 19, 11-14.
- Lee, C. F. (1977). Social support and health. Medical Care, 15(May), 18-32.
- Levy, N. B., & Wynbrandt, G. D. (1975). The quality of life on maintenance hemodialysis. Lancet, 1(June), 1328-1330.
- Lewis, F. M. (1982). Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients. Nursing Research, 31(March-April), 113-119.
- Luckman, J., & Sorensen, K. C. (1974). Medical surgical nursing: A psychophysiologic approach. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Maslow, A. H. (1970). Motivation and personality (2nd ed.). New York: Harper and Row.
- McDavid, J. W., & Harari, H. (1969). Social psychology. New York: Harper and Row.

- McSweeney, A. J. (1982). Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Archives of Internal Medicine, 42, 473-478.
- Meltzer, L. E. (1977). Intensive coronary care. Maryland: The Charles Press.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as cancer nursing outcome variable. Advances in Nursing Science, 8(October), 45-60.
- Pender, S. S. (1982). The management of life satisfaction. Nursing Research, 31(March-April), 155-160.
- Perley, N. Z. (1976). Problems of moral-ethical self: Guilt, and problems in self-consistency: Anxiety. In N. Z. Perley (Ed.), Introduction to nursing: An adaptation model (pp. 202-223). New Jersey: Prentice-Hall.
- Rogers, C. R. (1951). Client-Centered Theory. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenberg, L. (1985). The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. English Journal Medicine, 24, 1151-1214.
- Roy, S. C. (1976). Problem in self-ideal and expectancy: Powerlessness. In N. Z. Perley (Ed.), Introduction to nursing: An adaptation model (pp. 224-231). New Jersey: Prentice-Hall.
- Salzer, A. J. (1975). Classes to improve diabetic self-care. American Journal of Nursing, 75(August), 1324.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1983). Principle and practice of psychiatric nursing (2nd ed.). London: The C. V. Mosby.
- Taft, L. B. (1985). Self-esteem in later life: A nursing perspective. Advances in Nursing Science, 8(October), 77-84.
- Tuban, J. F. (1987). Systemic hypertension, left ventricular hypertrophy and coronary artery disease. American Journal Cardiol, 60, 231-235.
- Wilkening, H. E. (1973). The psychology almanac. CA: Brooks / Cole Publishing.
- Williams, B., & Wallace, J. (1987). Coronary heart disease and quality of life. Canadian Journal Medicine, 26, 7-25.

- Beland, L. H., & Passon, J. Y. (1981). Clinical nursing pathophysiological and psychological approach (4th ed.). New York: McMillan Publishing.
- Berry, J. (1989). Effect of smoking on the activity of ischemic heart disease. JAMA, 3(March), 398-402.
- Briody, M. E. (1984). The role of the nurses in modification of cardiac risk factor. Nursing Clinics of North America, 19(May), 387.
- Burckhardt, C. S. (1985). The impact of arthritis on quality of life. Nursing Research, 34(January-February), 11-16.
- Crewe, N. (1980). Quality of life: The ultimate goal in rehabilitation. Minnesota Medicine, 63, 586-589.
- Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing (5th ed.). New York: Harper Collins.
- Cronenwett, L. R. (1983). Relationships among social network structure, perceived social support and psychological outcomes of pregnancy. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Michigan.
- Dimond, M. (1979). Social support and adaptation to chronic illness. Research in Nursing and Health, 2(September), 101-108.
- Driever, M. J. (1976). Development of self-concept. In N. Z. Perley (Ed.), Introduction to nursing: An adaptation model (pp. 169-191). New Jersey: Prentice-Hall.
- Earle, J. R. (1979). Psycho-social adjustment of rheumatoid arthritis patients from two alternative treatment settings. Journal of Rheumatology, 6, 80-81.
- Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. American Psychologist, 33(February), 138-147.
- Gruendemann, B. J. (1976). Problem of physical self: loss. In N. Z. Perley (Ed.), Introduction to nursing: An adaptation model (pp. 192-201). New Jersey: Prentice-Hall.

ภาคผนวก

ที่ ทม 2003/

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
114/114 หมู่ที่ 7 ต.แสนสุข อ.เมือง
จ.ชลบุรี 20131

31 พฤษภาคม 2537

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์เรื่อง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ
จำนวน 1 ชุด

ด้วยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พงษ์เรืองพันธุ์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดินประจำปี 2537 ให้ทำวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งชายและหญิงที่มารับบริการการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของท่านจำนวน 25 คน โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2537 ตามตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ที่แนบมาด้วยแล้ว คำตอบของผู้ป่วยจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะเสนอภาพรวม เกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยไม่ระบุเป็นรายบุคคล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นักวิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ซึ่งมารับบริการการรักษาจากโรงพยาบาลของท่าน ผลการพิจารณาเป็นประการใดขอได้โปรดแจ้งให้คณะพยาบาลศาสตร์ได้ทราบด้วยจะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางรวิวรรณ เผ่ากัณหา)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะ

โทร (038) 390-462

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง "ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด"

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 2 แบบวัดทัศนคติ

ชุดที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ ☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ 1. คู่

☐ 2. โสด

☐ 3. หม้าย

☐ 4. หย่า

4. ระดับการศึกษา

☐ 1. ไม่ได้รับการศึกษา

☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 3. มัธยมศึกษา

☐ 4. อนุปริญญา

☐ 5. อุดมศึกษา

☐ 6. อื่น

5. อาชีพ

- ☐ 1. รับราชการ ☐ 2. ค้าขาย
- ☐ 3. เกษตรกรรม ☐ 4. รับจ้าง
- ☐ 5. อื่น

6. ท่านทราบว่าป่วยเป็นโรคหัวใจมานาน ปี เดือน

ชุดที่ 2 แบบวัดอัตมโนทัศน์

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านคำถามแต่ละข้อ แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกคำตอบ
ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ และใส่ตัวเลข
หน้าข้อความ ซึ่งตรงกับข้อความในแต่ละข้อคำถามดังนี้:-

- | | |
|-----------------------------|---|
| 0 หมายถึง ไม่เป็นจริงเลย | เป็นข้อความที่ไม่ตรงกับความจริงของท่านเลย |
| 1 หมายถึง เป็นจริงเล็กน้อย | เป็นข้อความที่ท่านคิดว่า ข้อความในประโยคนั้น
พอจะตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านบ้าง |
| 2 หมายถึง เป็นจริงปานกลาง | เป็นข้อความที่ตรงกับ สภาพความเป็นจริงของ
ท่านเพียงครึ่งหนึ่ง |
| 3 หมายถึง เป็นจริงมาก | เป็นข้อความที่ตรงกับ สภาพความเป็นจริงของ
ท่านเป็นส่วนใหญ่ |
| 4 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด | เป็นข้อความที่ตรงกับ สภาพความเป็นจริงของ
ท่านมากที่สุด |

ก. ด้านร่างกาย

- 1. อวัยวะที่ท่านเป็นห่วงเป็นใยมากที่สุดคือ "หัวใจ"
- 2. ท่านพอใจในรูปร่างลักษณะของร่างกายท่านดังที่เป็นอยู่
- 3. ท่านรู้สึกว่าคุณเคลื่อนไหวร่างกายได้ช้าไม่คล่องแคล่ว
- 4. ท่านยังมีร่างกายแข็งแรง
- 5. ท่านคิดว่าสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ท่านไม่มีความสุข

ช. ด้านศีลธรรมจรรยา

- 6. ท่านเป็นคนมีคุณธรรม
- 7. ท่านควรไปฟังเทศน์หรือปฏิบัติธรรมให้มากกว่านี้
- 8. ท่านปฏิบัติตัวตามหลักศาสนาเป็นประจำ
- 9. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านในโรคนี้นี้เกิดจากผลกรรมที่ทำมาในอดีต
-10. ท่านคิดว่า การระงับความโกรธ, การให้อภัย, และการให้ทาน ช่วยลดความรุนแรงในโรคนี้ได้

ค. ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง

- 11. แม้ท่านจะเป็นโรคหัวใจ แต่ท่านก็สามารถทำงานได้ตามปกติ
- 12. ท่านต้องการเปลี่ยนแปลงลักษณะนิสัยส่วนตัวบางอย่าง เพื่อให้สอดคล้องกับการดำรงชีวิต
- 13. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์และมีสติดีไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดๆ ก็ตาม
- 14. ท่านเป็นคนใจคอหนักแน่น ไม่ผันแปรง่าย
- 15. การเจ็บป่วยทำให้ท่านมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ง. ด้านความคาดหวัง

- 16. การเจ็บป่วยทำให้ท่านไม่สามารถกระทำในสิ่งที่ท่านตั้งใจไว้ได้
- 17. การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอสามารถทำให้ท่านอาการดีขึ้นได้
- 18. ท่านหวังว่าอาการของโรคจะไม่รุนแรงขึ้นอีก
- 19. การเจ็บป่วยจะทำให้การดูแลตนเองดีขึ้น
- 20. ท่านไม่คาดหวังอะไรในชีวิต

จ. ด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเอง

- 21. ท่านเป็นคนสำคัญของครอบครัว ญาติ มิตร สหาย
- 22. ผู้อื่นยังเห็นความสำคัญของท่าน แม้ท่านจะเจ็บป่วย
- 23. ท่านรู้สึกว่าคุณยังเป็นบุคคลที่มีค่าสำหรับครอบครัว
- 24. ท่านรู้สึกเกลียดตัวเอง (เนื่องจากเป็นโรคหัวใจ)
- 25. ท่านรู้สึกภูมิใจในตัวเอง (ภูมิใจที่ได้เกิดมาเป็นท่าน)

ประวัติผู้วิจัย

ดร.เรณู พงษ์เรืองพันธ์ุ

วุฒิการศึกษา

วุฒิ
Ph.D. (Higher Ed. Admin.)
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
วท.บ. (พยาบาล)

สถาบัน
Illinois State University, USA
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติการทำงาน

ตำแหน่งปัจจุบัน.

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาวิจัย ประเมินผล และบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 - รองคณบดีฝ่ายวางแผนและวิเทศสัมพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา
 - อุปนายกคนที่ 1 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออก
- ตำแหน่งในอดีต.
- หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มศว.บางแสน

ผลงานวิชาการ

1. งานแต่งตำรา.

- 1.1 บทเรียนด้วยตนเองเรื่อง "การดูแลสายสวนปัสสาวะ" 2526 และ 2536.
- 1.2 คู่มือปฏิบัติการกายวิภาคศาสตร์สำหรับพยาบาล, 2526.
- 1.3 สถิติที่ใช้ในการวิจัยทางการพยาบาล, 2536 และ 2537.

2. เอกสารคำสอน.

- หัวข้อเลือกสรรการบริหารการพยาบาล 2537.

3. บทความวิชาการ.

บทความทางวิชาการ ประมาณ 20 เรื่อง พิมพ์ใน วารสารพยาบาล, วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออก, วารสารการศึกษาพยาบาล, วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, วารสารโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์, Asian Journal of Nursing Studies และวารสารอื่นๆ

4. ผลงานวิจัย.

4.1 เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย (7 โครงการ)

4.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพภาคตะวันออก ของประเทศไทย, 2538.

4.1.2 แหล่งความเครียด วิธีการปรับตัวต่อความเครียด และความพึงพอใจในงานของพยาบาลไทย, 2537.

4.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก, 2537.

4.1.4 การเปรียบเทียบทัศนคติและผลสัมฤทธิ์ ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาที่ผ่านการคัดเลือกประเภทการสอบร่วมเข้ามหาวิทยาลัยและประเภทโควต้า, 2536.

4.1.5 ความต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ของพยาบาลเทคนิคภาคตะวันออก, 2536.

4.1.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาทและความพึงพอใจในงานต่อตัวแปรคัดสรรของอาจารย์พยาบาล ในประเทศไทย, 2532.

4.1.7 ประเมินผลสัมฤทธิ์การศึกษาภาคปฏิบัติ การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2531.

4.2 เป็นผู้ร่วมวิจัย (14 โครงการ)

4.2.1 รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ในเขตพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก, 2538.

4.2.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคเอดส์, 2538.

4.2.3 ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาล โรงพยาบาล เมืองฉะเชิงเทรา, 2538.

4.2.4 รูปแบบเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในสถานบริการทางเพศ เขตพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลตะวันออก, 2538.

4.2.5 การทดลองใช้การเรียนการสอน แบบใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาทางการแพทย์พยาบาล, 2537.

4.2.6 การให้เหตุผลทางจริยธรรม ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2537.

4.2.7 การศึกษาการปฏิบัติการพยาบาล เกี่ยวข้องกับการควบคุมการติดเชื้อโรคของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา, 2535.

4.2.8 โครงการหมู่บ้านต้นแบบอีสานเชื่อมมหาวิทยาลัยบูรพา, 2535.

4.2.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กในเขตพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก, 2534.

4.2.10 การเปรียบเทียบ การเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัดด้วยวิธีพันผ้าและไม่พันผ้า, 2534.

4.2.11 ปัญหาและความต้องการ ประสิทธิภาพการเรียนการสอนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์, 2531.

4.2.12 การศึกษาความต้องการการศึกษาต่อ ในสาขาเฉพาะทางการแพทย์พยาบาลระดับปริญญาโทของพยาบาล, 2530.

4.2.13 การประเมินผล : โครงการอบรมอาสาสมัครเผยแพร่ความรู้วางแผนครอบครัวและทำหมัน, 2529.

4.2.14 การประเมินโครงการ พัฒนาวิถีใจด้านวางแผนครอบครัวและทำหมันแห่งประเทศไทย, 2526.

งานบริการวิชาการ

- วิทยากรบรรยายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล ให้แก่
พยาบาลในภาคตะวันออก
- อาจารย์พิเศษของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- วิทยากรร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากประเทศออสเตรเลียอบรมเรื่อง การวิจัย
เชิงคุณภาพด้านสุขภาพอนามัย