

## ภาคผนวก ก

## ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/ นางสาว).....นามสกุล.....  
 ได้รับการอธิบายถึงรายละเอียดของการวิจัย ในการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตามคำอธิบายข้างต้น จากนายเป็น รักเกิด ซึ่งเป็นผู้วิจัยถึงวิธีการและผลที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้แล้ว ข้าพเจ้ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หากข้าพเจ้าไม่พอใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิปฏิเสธเข้าร่วมโครงการได้ทันที โดยไม่ต้องให้เหตุผลแม้ว่าข้าพเจ้าได้เซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว โดยที่ข้าพเจ้าจะไม่เสียสิทธิในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ข้าพเจ้าหรือญาติข้าพเจ้าได้รับการรักษาอยู่

.....  
 ( )  
 (ลายเซ็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย) (วัน / เดือน/ปี.)

.....  
 ( )  
 (ลายเซ็นนักวิจัย) (วัน / เดือน /ปี.)

.....  
 ( )  
 (ลายเซ็นพยาน) (วัน / เดือน/ปี.)

### คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

สวัสดิ์ศรีรับ กระทบ นายเป็น รักเกิด เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมากเนื่องจากหากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นโรคอะไร ก็จะมีผลต่อความรุนแรงของโรคและผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้นำไปพัฒนาการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและมีความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการดังกล่าวผู้ป่วยสามารถที่จะตัดสินใจในการมารับการรักษาในระยะเวลาอันรวดเร็ว กระทบจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ซึ่งกระทบจะอธิบายรายละเอียดให้ทราบก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อของท่าน โดยระบุเป็นรหัสเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูล และจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ในระหว่างมีการสัมภาษณ์หากท่านรู้สึกไม่สุขสบาย หรือมีอาการผิดปกติใดๆ ท่านสามารถแจ้งให้กระทบทราบเพื่อให้ความช่วยเหลือท่านในทันที

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการให้การพยาบาลต่อท่าน ท่านสามารถออกจากการศึกษาได้ทันที โดยไม่ต้องมีคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อตัวท่านและครอบครัวของท่านทั้งในปัจจุบันและอนาคต ในการตกลงเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถตอบรับด้วยวาจาโดยการบอกกับผู้วิจัยโดยตรงหรืออาจจะแสดงเป็นลายลักษณ์อักษร โดยท่านสามารถลงนามในข้อความด้านล่าง หากมีข้อสงสัยท่านสามารถสอบถามกระทบได้โดยตรงที่เบอร์โทรศัพท์ 086-5936960 กระทบขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

เป็น รักเกิด

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

## ภาคผนวก ข

### คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย (ผู้ช่วยวิจัย)

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาว/นาง.....เป็นผู้ช่วยวิจัย กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลยะลา ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาก เนื่องจากหากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่มีการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ก็จะมีผลต่อความรุนแรงของโรคและผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง และจะนำข้อมูลที่ได้นำไปพัฒนาการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและมีความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการดังกล่าวผู้ป่วยสามารถที่จะตัดสินใจในการมารับการรักษาในระยะเวลาอันรวดเร็ว กระผมจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดให้ทราบก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อของท่าน โดยระบุเป็นรหัสเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูล และจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ในระหว่างมีการสัมภาษณ์หากท่านรู้สึกไม่สุขสบาย หรือมีอาการผิดปกติใดๆ ท่านสามารถแจ้งให้ผู้วิจัยทราบเพื่อให้ความช่วยเหลือท่านในทันที

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการให้การรักษาพยาบาลต่อท่าน ท่านสามารถออกจากการศึกษาได้ทันที โดยไม่ต้องมีคำอธิบายใดๆและไม่มีผลต่อตัวท่านและครอบครัวของท่านทั้งในปัจจุบันและอนาคต ในการตกลงเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถตอบรับด้วยวาจาโดยการบอกกับผู้วิจัยโดยตรงหรืออาจจะแสดงเป็นลายลักษณ์อักษรท่านสามารถลงนามในข้อความด้านล่าง ขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้ร่วมวิจัย

.....

(.....)

ผู้ช่วยวิจัย

## ภาคผนวก ค

## ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ค 1

ความถี่และร้อยละของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามชนิดของโรคประจำตัว  
( $N = 90$ )

ชนิดของโรคประจำตัว	ความถี่	ร้อยละ
ไม่มี	32	35.6
โรคหัวใจ	22	24.4
โรคเบาหวาน	24	26.6
โรคความดันโลหิตสูง	36	40
โรคไขมันในเลือดสูง	20	22.2
อื่นๆ	1	1.1

ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด

ตาราง ค 2

ความถี่และร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามจำนวนตามอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (N = 90)

จำนวนอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	ความถี่	ร้อยละ
ไม่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	31	34.4
4	1	1.1
5	2	2.2
6	2	2.2
7	3	3.3
8	9	10.0
9	10	11.1
10	7	7.8
11	5	5.6
12	5	5.6
13	3	3.3
14	3	3.3
15	4	4.4
16	5	5.6

## ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

สถานที่.....

วันที่.....

เรื่อง การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลัน มี 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยด้วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย

3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย

3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา

### CRITERIA

- มีอาการเจ็บหน้าอกไม่น้อยกว่า 20 นาที
- มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST-segment มากกว่า 1 mm ติดต่อกันใน 2 lead
- ผลการตรวจเลือดคือ CK-MB เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 เท่าของค่าปกติหรือ Troponin- T มีค่าเป็นบวก

## แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมายกากบาท (x)

หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

( ) 1. ชาย

( ) 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (จำนวนเป็นปีเต็ม)

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด

( ) 2. คู่

( ) 3. หม้าย

( ) 4. หย่า

( ) 5. แยกกันอยู่

4. ศาสนา

( ) 1. พุทธ

( ) 2. คริสต์

( ) 3. อิสลาม

( ) 4. อื่นๆระบุ.....

5. อาชีพ

( ) 1. นักเรียน นักศึกษา

( ) 2. รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ

( ) 3. ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว

( ) 4. รับจ้างทั่วไป

( ) 5. เกษตรกรรม/ประมง

( ) 6. แม่บ้าน/พ่อบ้าน

( ) 7. อื่นๆ (ระบุ).....

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

( ) 1. < 5,000 บาท/เดือน

( ) 2. 5,001-10,000 บาท/เดือน

( ) 3. 10,001-20,000 บาท/เดือน

( ) 4. 20,000-50,000 บาท/เดือน

( ) 5. > 50,000 บาท/เดือน

7. ระดับการศึกษา

( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

( ) 2. ประถมศึกษา

( ) 3. มัธยมศึกษา

( ) 4. อนุปริญญา

( ) 5. ปริญญาตรี/เทียบเท่า

( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี

( ) 7. อื่นๆ (ระบุ).....

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

คำชี้แจง กรุณานับ tick ข้อมูล โดยทำเครื่องหมายกากบาท (x) หรือเติมคำในช่องว่าง ตามความเป็นจริงมากที่สุด

8. ขณะเริ่มอาการเจ็บหน้าอกท่านอยู่กับใคร

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี            | <input type="checkbox"/> 2. คู่สมรส        |
| <input type="checkbox"/> 3. บุตร             | <input type="checkbox"/> 4. คู่สมรสและบุตร |
| <input type="checkbox"/> 5. ญาติหรือคนรู้จัก | <input type="checkbox"/> 6. มารดา/บิดา     |

9. ขณะเริ่มเจ็บหน้าอกท่านอยู่ที่ใด

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ที่บ้าน             | <input type="checkbox"/> 2. ที่ทำงาน |
| <input type="checkbox"/> 3. ที่อื่นๆ ระบุ ..... |                                      |

10. ใครเป็นคนนำท่านมาโรงพยาบาล

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. มาเอง               | <input type="checkbox"/> 2. ญาติ (อยู่บ้านเดียวกัน) |
| <input type="checkbox"/> 3. ญาติ (อยู่คนละบ้าน) | <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ.....              |

11. ท่านมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยพาหนะอะไร

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. เดินมาเอง  | <input type="checkbox"/> 2. รถส่วนตัว |
| <input type="checkbox"/> 3. รถรับจ้าง  | <input type="checkbox"/> 4. รถฉุกเฉิน |
| <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ..... |                                       |

12. ระยะทางจากบ้านท่านกับโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ห่างกัน.....กิโลเมตร (โดยประมาณ)

13. ระยะทางจากบ้านท่านกับโรงพยาบาลที่ท่านเลือกรักษา ห่างกัน.....กิโลเมตร (โดยประมาณ)

14. ท่านมีอาการของโรคหัวใจเป็นครั้งที่เท่าไร

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ครั้งแรก | <input type="checkbox"/> 2. ครั้งที่..... |
|--------------------------------------|---|

15. ประวัติการได้รับการทำหัตถการเพื่อขยายหรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดง โคลโรนารี

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย | <input type="checkbox"/> 2. เคย ระบุชนิด...นาน...ปี...เดือน |
|------------------------------------|---|



16. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

( ) 1. ไม่มี

( ) 2. มี โปรดระบุ

( ) โรคหัวใจ

( ) โรคเบาหวาน

( ) โรคความดันโลหิตสูง

( ) โรคไขมันในเลือดสูง

( ) โรคอื่นๆ ระบุ.....

17. ท่านมีประวัติสูบบุหรี่หรือไม่

( ) 1. ไม่เคยสูบ

( ) 2. เลิกสูบแล้ว เลิกมานาน...ปี

ระยะเวลาที่สูบ.....ปี

( ) 3. ปัจจุบันยังสูบอยู่ จำนวนที่สูบ...../วัน ระยะเวลาที่สูบ.....ปี

18. ในครอบครัวมีใครเป็นโรคหัวใจหรือไม่

( ) 1. ไม่มี

( ) 2. มี

19. ท่านได้รับขาละลายลิ้มเลือดหรือไม่

( ) 1. ได้รับ

( ) 2. ไม่ได้รับ

เหตุผลที่ไม่ได้รับ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำชี้แจง การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งนี้ ท่านมีอาการต่างๆ

ต่อไปนี้หรือไม่ ท่านคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่

โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงในช่องที่กำหนดให้ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ	ฉันมีประสบการณ์อาการตั้งแต่ฉันเจ็บป่วย		อาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	
	มี	ไม่มี	ใช่	ไม่ใช่
1. เจ็บหน้าอก				
2. เจ็บร้าวไปที่ไหล่ แขนหรือกราม				
3. อ่อนเพลีย				
4. คลื่นไส้				
5. เหงื่อออกหรือตัวเย็น				
6. หายใจลำบากหรือหายใจหอบเหนื่อย				
7. ใจสั่น				
8. เหนื่อยล้า				
9. วิงเวียน/มึนงง				
10. ปวดศีรษะ				
11. ปวดแน่นท้องบริเวณยอดอกหรือลิ้นปี่				
12. แน่นหน้าอก				
13. หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ				
14. กังวลใจ/หงุดหงิด				
15. เป็นลม				
16. รู้สึกชาบริเวณ ( )				
17. อื่นๆ				

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน  
 คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามที่ตรงกับความคิด ความเข้าใจของท่าน เกี่ยวกับความคิด ความ  
 เข้าใจต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใส่เครื่องหมาย  ในช่องที่กำหนดให้ โดยตอบ  
 ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 4 = เห็นด้วย 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่ แน่ใจ (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)
1. ความเจ็บป่วยของฉันเกิดจากเชื้อโรค					
2. ความเจ็บป่วยของฉันเป็นเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ					
3. อาหารเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ฉันเจ็บป่วย					
4. มลภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุทำให้ฉันเจ็บป่วย					
5. ความเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นเรื่องที่ร้ายแรง					
6. ความเจ็บป่วยของฉันมีผลกระทบต่อชีวิตฉันมาก					
7. ความเจ็บป่วยครั้งนี้จะดีขึ้นถ้าใช้เวลา					
8. มีหลายสิ่งที่คุณสามารถทำได้เพื่อควบคุมอาการ ของคุณ					
9. ความเจ็บป่วยของฉันเป็นจากกรรมพันธุ์					
10. ที่ฉันเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นเรื่องของความบังเอิญ					
11. ความเจ็บป่วยครั้งนี้น่าจะเป็นถาวรมากกว่าชั่วคราว					
12. ฉันอยู่กับความเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ง่ายกว่าที่คิดไว้					
13. ความเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ได้มีผลกับชีวิตของฉันมาก					
14. มีเพียงบางอย่างเท่านั้นที่สามารถทำได้ เพื่อทำให้ ความเจ็บป่วยของฉันครั้งนี้ดีขึ้น					
15. การรักษาที่ฉันได้รับสามารถรักษาความเจ็บป่วย ของฉันให้หายขาดได้					
16. ความเครียดเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ฉันเจ็บป่วย					
17. ความเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากการกระทำของตนเอง					
18. การหายจากความเจ็บป่วยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับโชคชะตา					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่ แน่ใจ (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)
19. คนอื่นเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ฉันเจ็บป่วย					
20. ความเจ็บป่วยของฉันเกิดจากการที่ฉันไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอในอดีต					
21. ความเจ็บป่วยครั้งนี้ น่าจะเป็นอยู่นาน					
22. ความเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลทำให้คนอื่นมองฉันเปลี่ยนไป					
23. ความเจ็บป่วยนี้มีผลอย่างมากต่อภาวะการเงินของฉัน					
24. สิ่งที่ฉันปฏิบัติมีผลทำให้ความเจ็บป่วยของฉันดีขึ้นหรือแย่ลง					
25. ความเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลทำให้ฉันมองตัวเองเปลี่ยนไป					
26. ภาวะจิตใจของฉันเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ฉันเจ็บป่วยครั้งนี้					

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

#### 3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นว่าท่านใช้วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ด้วยวิธีการใดบ้างก่อนมารับการรักษา กรุณาใส่เครื่องหมาย  ในช่องที่กำหนดให้ โดยตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	ปฏิบัติ (1)	ไม่ปฏิบัติ (0)
1. พยายามผ่อนคลาย		
2. หวังหรือสวดมนต์ให้อาการนั้นหายไป		
3. แสร้งทำว่าเป็นปกติหรือพยายามคิดเรื่องอื่น		
4. บอกเล่าสมาชิกในครอบครัว		
5. รักษาด้วยตนเองโดยการไช้ยา (ระบุ)		
6. พยายามบรรเทาอาการโดยการเปลี่ยนท่า		
7. บอกเพื่อนร่วมงาน		
8. ไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาล		
9. โทรศัพท์เรียกแพทย์มาตรวจที่บ้าน		
10. ให้สมาชิกในครอบครัวโทรศัพท์เรียกรถฉุกเฉิน		
11. เล่าอาการให้เพื่อนหรือคนอื่นๆ ฟัง		
12. ไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวว่าจะทำให้เสียชีวิต		

#### 3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา

3.2.1 ท่านเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อเวลา .....น. วันที่ .....ท่านมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเมื่อเวลา .....น. วันที่.....

3.2.2 รวมเวลาที่มีอาการเจ็บหน้าอกจนกระทั่งมารับการรักษายังห้องฉุกเฉิน .....ชั่วโมง .....นาที

## ภาคผนวก จ

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์ศรีัญญ สุวรรณอักษร  
อายุรแพทย์ โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ใหม่ ไทย ศรีแก้ว  
ภาควิชาการพยาบาลชุมชนและสุขภาพจิต  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กิตติกร นิลมานัต  
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. อาจารย์หทัยรัตน์ แสงจันทร์  
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. คุณจรรยาผล แปงโยธา  
พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก  
โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช