



Cognitive Representation, Emotional Responses and Hospitalization Experience in Predicting Decision Making for Receiving Treatment Among Patients with Acute Coronary Syndrome*

Pimpa Thepphawan, Doungnat Watthnakitkrileart,
Kanaungnit Pongthavornkamol, Chatkanok Dumavibhat

Corresponding author:

P. Thepphawan

E-mail: pimpathepphawan@msn.com

Pimpa Thepphawan RN MNS

Department of Medicine, Faculty of

Medicine Siriraj Hospital,

Mahidol University,

Bangkok, Thailand

Doungnat Watthnakitkrileart RN DNS

Assistance Professor, Faculty of Nursing,

Mahidol University, Bangkok, Thailand

Kanaungnit Pongthavornkamol RN DNS

Associate Professor, Faculty of Nursing,

Mahidol University, Bangkok, Thailand

Chatkanok Dumavibhat MD

Her Majesty Cardiac Center, Faculty of

Medicine Siriraj Hospital,

Mahidol University,

Bangkok, Thailand

*Master thesis, Faculty of Graduate

Studies, Mahidol University.

J Nurs Sci S1 2011;29(2): 111-119

Abstract:

Purpose: To examine the factors predicting decision making for receiving treatment among patients with acute coronary syndrome.

Design: Correlational predictive research.

Methods: The samples comprised 92 patients with acute coronary syndrome were admitted in a super tertiary level hospital, Bangkok. Data were collected by the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). The statistics used in the analysis include descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, multiple regression analysis, and the Mann-Whitney U test.

Main findings: The results revealed that the median decision time to seek treatment was 37 minutes from onset (mean = 120 minutes, S.D. = 157.087). Three components of cognitive representation (illness identity, control/cure, and consequences), emotional response, and hospitalization experience with acute coronary syndrome could predict the decision making for receiving treatment at 67.1%, The control/cure component and the consequences component which could predict decision making for receiving treatment of the participant, which was statistically significant ($p < .05$ and $.001$). This study found that patients who had hospitalization experience with acute coronary syndrome decide to receive treatment later than patients who had no experience at a significance level of 0.05.

Conclusion and Recommendations: Nurses must be aware of cognitive representation and to make plans for providently information to patient in order to orientation or develop informational interventions to establish correct understanding about treatment and promote appropriate decision making for receiving treatment.

Keywords: cognitive representation, emotional responses, hospitalization experience, decision making for receiving treatment, patients with acute coronary syndrome



การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับ การรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*

พิมพ์ เทพวัลย์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ คณินิจ พงศ์ถาวรกุล จัตรกนก ทุมวิภาต

Corresponding author:

พิมพ์ เทพวัลย์

E-mail: pimpathepphawan@msn.com

พิมพ์ เทพวัลย์ RN MNS

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ RN DNS

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

คณินิจ พงศ์ถาวรกุล RN DNS

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

จัตรกนก ทุมวิภาต MD (Certificate in cardiology)

สำนักงานศูนย์โรคหัวใจ

สมเด็จพระบรมราชินีนาถ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล

J Nurs Sci S1 2011;29(2): 111-119

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive research)

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 92 คน ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติ Mann-Whitney U test และการวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ

ผลการวิจัย: พบว่าผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษามีค่ามัธยฐาน 37 นาที (mean = 120, S.D. = 157.087) การรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาได้ 67.1% ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยและความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $.001$ ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาคัดสินใจมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โรงพยาบาลต้องตระหนักถึงการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย ผลที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดตามมา เพื่อมาใช้ในการวางแผนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือพัฒนาวิธีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

คำสำคัญ: การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การตัดสินใจมารับการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



ความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS) เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของประชากรไทย โดยสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ.2549 พบมีประชากรเสียชีวิตจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 17,775 คนต่อประชากรแสนคน หรือร้อยละ 28.4 และในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 18,452 คน หรือร้อยละ 29.3¹ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นนั้น เกิดจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาล่าช้าภายหลังเกิดอาการขึ้น ร้อยละ 17 ของผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลมักมีภาวะช็อกจากหัวใจซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 25 หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาช้ากว่า 12 ชั่วโมง² สาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญคือการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยร้อยละ 40-75 ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะเกิดลิ้นเลือดอุดตันอย่างเฉียบพลันจากการฉีกขาดของคราบไขมันที่ปกคลุมบนเยื่อผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery) เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (unstable angina) โดยหากเป็นนานเกิน 20 นาที จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction, AMI) และถ้ากล้ามเนื้อหัวใจยังได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอนานเกิน 2 ชั่วโมง จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหันก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล³ จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงและขณะเดียวกันผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปทำงานในอาชีพเดิมได้ ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มด้านภาระค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวและสังคม โดยพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยเฉลี่ยสูงถึง 45,157 บาทต่อครั้งต่อราย²

Dracup และคณะ⁴ ได้เสนอกรอบแนวคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเชื่อว่าพฤติกรรมการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (emotional responses) ปัจจัย

ทั้งสองนี้จะถูกควบคุมโดยสิ่งเร้าจากภายใน (internal stimuli) ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล ประสบการณ์ความเจ็บป่วยในอดีต และสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (environmental stimuli) หากผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และสภาวะทางอารมณ์ที่เหมาะสมจะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ซึ่งจะเห็นว่าการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการมารับการรักษาเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล แต่การที่พยาบาลจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงกระบวนการคิดตัดสินใจ และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลัน⁵⁻¹⁴ พบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทของต่างประเทศ ในประเทศไทยนั้นพบว่าการวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วย เช่น งานวิจัยของ สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล¹⁵ เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงยังไม่จำเป็นต้องรีบมารับการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า ทั้ง นุชนาด ไกรรัตน์เจริญ¹⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าการรับรู้ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษา และเป็น รักเกิด¹⁷ ที่ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้โรคสามารถรักษา/ควบคุมได้จะทำให้ผู้ป่วยมา



รับการรักษาเร็วขึ้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมปัจจัยทั้งสามด้าน คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในเรื่องนี้มากขึ้น และมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจมารับการรักษา และระยะเวลาในการเดินทางมาถึงโรงพยาบาล
2. เปรียบเทียบระยะเวลาในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์
3. ปัจจัยในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย (ด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย) การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีอาการครั้งแรกและ/หรือผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร power analysis¹⁸ โดยกำหนดขนาดอิทธิพล

(moderate effect size) .13 และอำนาจการทำนาย (level of power) .80 ที่ระดับนัยสำคัญ (significant level) .05 ได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 92 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่มีโรคร่วมรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤตของโรค เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ต้องใช้เครื่องพยุงหัวใจหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรับรู้ความจำหรือการใช้ความคิด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคโรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 21 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (the Brief Illness Perception Questionnaire, BriefIPQ) เป็นเครื่องมือที่ Broadbent และคณะ¹⁹ พัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ โดยผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจาก Broadbent แล้ว หลังผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) อย่างครบถ้วน และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จึงนำมาใช้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0-10 คะแนน มีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามกันอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10 คะแนน) ดังนี้

1) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ

2) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อ



คำถามจำนวน 2 ข้อ

3) การรับรู้ความเจ็บปวดด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บปวด ประเมินโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ

4) การรับรู้ความเจ็บปวดด้านสาเหตุของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ

โดยคะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความเจ็บปวดไม่รุนแรง คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความเจ็บปวดรุนแรง

2. การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) หมายถึง ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ประเมินจากระดับความกังวล และภาวะอารมณ์ต่อความเจ็บปวด มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ

ลักษณะคำตอบในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0 – 10 คะแนน โดยมีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามกันอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านลบ คะแนนสูง หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านบวก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถาม ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้โดยศึกษานำร่องในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อถาม และปัญหาในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.697 และเมื่อนำไปใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 92 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .708

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (Si 138//2009) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดย

ไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มประชากรเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกมาแล้วอย่างน้อย 24 ชั่วโมง โดยประเมินจากการสอบถามอาการผู้ป่วยและจากบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเรื่องสายตา ทำให้การอ่านหนังสือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แทน โดยใช้เวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 15 - 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณเพื่อวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของประสบการณ์การเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บปวด และการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเปรียบเทียบระยะเวลาในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 63.29 ปี (SD = 11.16) ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 56.5 เพศชายร้อยละ 64.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ 35.9 NSTEMI ร้อยละ 31.5 และชนิด UA ร้อยละ 32.6 ผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันแต่ไม่มีเงินออมเหลือเก็บไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากต้นสังกัดร้อยละ 55 บุคคลที่อยู่ด้วยขณะผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตรร้อยละ 69.3 ผู้ป่วยร้อยละ 56.2 ต้องเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55.7 เคยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเฉียบพลันมาแล้ว โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 63 เคยได้รับความรู้ในเรื่อง



อาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การใช้ยาอมใต้ลิ้นและการปฏิบัติตัวขณะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมาก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษามีค่ามัธยฐาน 37 นาที โดยมีค่าเฉลี่ย 120 นาที (Min = 5 mins, Max = 540 mins, S.D. = 157.087) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 30 นาที โดยมีค่าเฉลี่ย 39 นาที (Min = 5 mins, Max = 240 mins)

ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาใน

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณเพื่อพยากรณ์การตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยนำปัจจัยทุกด้านเข้าในสมการ

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	p-value
1) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	.077	.382	.021	.201	.841
2) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	-2.272	.365	-.758	-6.223	< .001
3) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย	-1.133	.530	-.238	-2.137	.038
4) การตอบสนองทางอารมณ์	.598	.315	.212	1.897	.065
5) ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	3.329	4.477	.083	.744	.461

Constant (a) = 48.715 ; SEest = ± 11.29

R = .840 ; R² = .706 ; Adjusted R² = .671 ; F = 20.133 ; p-value = < .001

นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์

ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย (นาที)	ค่าเฉลี่ยอันดับ (นาที)	ค่ามัธยฐาน (นาที)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					.0415
ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์	103	30.48	30	159.521	
ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์	128	39.51	60	156.860	



การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาเดินทางมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 37 นาที และ 30 นาที ตามลำดับ พบว่าระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาต่ำกว่าเวลามาตรฐานตามแนวปฏิบัติของ ACC/AHA ที่กำหนดไว้ คือ ผู้ป่วยต้องตัดสินใจมารับการรักษาทันที เมื่อมีอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายในเวลา 5 นาที โดยร้อยละ 46.7 ผู้ป่วยจะรอเผื่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมถึงรอให้อาการหายไปเอง และร้อยละ 29 พยายามที่จะบรรเทาอาการด้วยตัวเอง ทำให้ระยะเวลาจากการเกิดอาการจนได้รับการรักษานั้นยาวนานขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล¹⁵ ซึ่งพบว่าร้อยละ 33 ของผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการครั้งแรกจะรักษาอาการเองก่อน เมื่ออาการไม่ดีขึ้นร้อยละ 78 จึงจะไปโรงพยาบาล เหตุผลที่ไปโรงพยาบาลคือ มีอาการเป็นมากขึ้นร้อยละ 59 รอปรึกษาคุณสมรสและบุตรก่อนที่จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 69.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาด ไกรรัตน์เจริญ¹⁶ ที่พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 74 ของผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อเกิดอาการจะรอปรึกษาญาติก่อนที่จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที ซึ่งทำให้ระยะเวลาในการตัดสินใจยาวนานขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ล่าช้าของผู้ป่วยที่เป็นคนไทย

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยมีอิทธิพลเชิงลบกับการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $< .05$ ตามลำดับ) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาหลังจากความเจ็บป่วยนั้น มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต มีความรุนแรง และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ประกอบกับผู้ป่วยรับรู้ถึงโรคนี้ก็สามารถควบคุมหรือการรักษาได้ จำเป็นต้องให้ทีมแพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างทันท่วงที จึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Dracup และคณะ⁴ ที่เชื่อว่าพฤติกรรมในการตัดสินใจของผู้ป่วยนั้น รวมถึงการจัดการกับตนเอง ขึ้นอยู่กับการรับรู้และการแปลความ

หมายต่อสถานการณ์หรือภาวะที่คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้น ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงโรคนี้ควบคุมได้ และผลที่ตามมามีความรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการมารับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร้อยละ 55.7 จะตัดสินใจมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สะท้อนให้เห็นว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคในเรื่องอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การใช้ยาอมใต้ลิ้นและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ ที่ได้รับจากประสบการณ์ที่ผ่านมาไม่น่าไปสู่การตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้อย่างทันท่วงที แต่มีข้อสงสัยจากการศึกษาครั้งนี้ จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มาแล้วหลายคนทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนเป็นอาการที่บ่งบอกถึงการเริ่มต้นของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่สรุปว่าตนเองมีอาการรุนแรงถึงขั้นที่ต้องตัดสินใจไปโรงพยาบาลแล้ว จึงอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว มักจะได้ยากลับบ้านเป็นยาอมใต้ลิ้นด้วยและทุกครั้งที่เกิดอาการผู้ป่วยจะนำยามาอมใต้ลิ้นเพื่อบรรเทาอาการ และเมื่อมีอาการเกิดซ้ำอีกผู้ป่วยจะใช้วิธีการเช่นนี้ซ้ำอีก จึงอาจเป็นไปได้ว่าเวลาที่ผู้ป่วยเชื่อว่าการปฏิบัติเช่นนี้แล้วจะสามารถบรรเทาอาการได้ทุกครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เล็งเห็นความสำคัญในการมารับการรักษาพยาบาลทันที อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษาในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์แล้ว สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Dracup และคณะ⁴ ที่กล่าวว่ากระบวนการตัดสินใจเป็นเรื่องของพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ที่ประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับโรคเพียงอย่างเดียว อาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลและการจดจำประสบการณ์ความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละคน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลที่ได้จากวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล โดยข้อมูลดังกล่าวจะทำให้พยาบาลเข้าใจถึงกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ดีขึ้น สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในเรื่องโรค การรักษาและการดูแลตนเองแล้ว การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าและผลที่ตามมาที่มีความรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการมารับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่ โดยเน้นให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลใกล้ชิดเกิดความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันทีเมื่อเกิดอาการ สามารถสังเกตและจดจำอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รู้จักวิธีใช้ยาไนโตรกลีเซอรีน วิธีเรียกรถฉุกเฉินและรู้ว่าต้องไปโรงพยาบาลไหนที่ใกล้ที่สุดเพื่อที่จะได้รับการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากภูมิภาคต่างๆ ในประเทศไทย ที่มีบริบททางวัฒนธรรมสังคมแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากร ลักษณะสังคม และถิ่นฐานที่อยู่อาศัย รวมถึงการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎีของ Dracup และคณะ⁴ คือ ศึกษาถึงปัจจัยทางด้านบทบาทของบุคคลรอบข้างเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายที่มุ่งอธิบายถึงปัจจัยที่สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงควรนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับตนเองอย่างเหมาะสมและตัดสินใจมารับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 10 ลำดับการตาย ปี 2550. [Electronic version] [6 เมษายน 2553] Available from: URL: <http://bps.ops.moph.go.th/2.3.4-50.pdf>.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยใน

พระบรมราชูปถัมภ์. ทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย. [12 มกราคม 2553] Available from: URL: <http://www.thaiheart.org/phpBB2/download.php?id=6>.

3. อุไร ศรีแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง. สงขลา: ลิ้มบรรดาการพิมพ์; 2543.
4. Dracup K, McKinley S, Riegel B, Mieschke H, Doering LV, Moser DK. A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome: a randomized clinical trial. J Cardiovasc Nurs, 2006; 21(3): 186-93.
5. Al-Hassan MA, Omran SA. The effects of health beliefs on health care-seeking decisions of Jordanian patients with myocardial infarction symptoms. Int J Nurs Pract. 2005; 11(1): 13-20.
6. Burnett RE, Blumenthal JA, Mark DB, Leimberger JD, Califf RM. Distinguishing between early and late responders to symptoms of acute myocardial infarction. Am J Cardiol. 1995; 75(15): 1019-22.
7. Dracup K, McKinley S, Moser DK. Australian patients' delay in response to heart attack symptoms. Med J Aust. 1997; 166(5): 228-9.
8. Dracup K, Moser DK. Beyond sociodemographics: factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. Heart & Lung. 1997; 26(4): 253-62.
9. Finnegan JR Jr, Mieschke H, Zapka JG, Leviton L, Meshack A, Benjamin-Garner R, et al. Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: findings from focus groups conducted in five U.S. regions. Prev Med. 2000; 31(3): 205-13.
10. Goldberg R, Yarzebski J, Lessard D, Gore JM. Decade-long trends and factors associated with time to hospital presentation



- in patients with acute myocardial infarction: the worcester heart attack study. *Arch Intern Med.* 2000; 160: 3217-23.
11. Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Educ Couns.* 1987; 10: 117-38.
12. Nouredine S, Adra M, Arevian M, Dumit NY, Puzantian H, Shehab D, et al. Delay in seeking health care for acute coronary syndromes in a Lebanese sample. *J Transcult Nurs.* 2006; 17(4): 341-8.
13. Sheifer SE, Rathore SS, Gersh BJ, Weinfurt KP, Oetgen WJ, Breall JA, et al. Time to presentation with acute myocardial infarction in the elderly. *Circulation.* 2000; 102(14): 1651-6.
14. Walsh JC, Lynch M, Murphy AW, Daly K. Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. An evaluation of the self-regulatory model of illness behaviour. *J Psychosom Res.* 2004; 56(1): 67-73.
15. สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540. 161 หน้า.
16. นุชนาด ไกรรัตน์เจริญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549. 98 หน้า.
17. เป็น รักเกิด. การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์) สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550. 96 หน้า.
18. Polit DF, Beck CT. *Nursing research principles and methods.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
19. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ). *J Psychosom Res* 2006; 60: 631-7.