

ชื่อวิทยานิพนธ์	การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ผู้เขียน	นายเป็น รักเกิด
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2549

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลยะลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 90 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (ค่าคะแนน 1-5) เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของการวัดโดย แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยหาความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าความสอดคล้องของค่าคะแนนในการวัดซ้ำ (percent of agreement) เท่ากับ 0.92 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

#### 1. การรับรู้การเจ็บป่วย เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ พบว่า

1.1 อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลพบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเกิดขึ้นและอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 65.6) โดยรับรู้ว่ามีอาการแน่นหน้าอกมากที่สุด (ร้อยละ 95.6) รองลงมาคืออาการเจ็บหน้าอก (ร้อยละ 91.1) และรู้ว่าอาการแน่นหน้าอกเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด (ร้อยละ 63.3) รองลงมาคืออาการเจ็บหน้าอก (ร้อยละ 61.1)

1.2 สาเหตุของโรค พบว่า ผู้ป่วยรู้ว่าภาวะจิตใจเป็นสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.51, SD = 0.99$ ) รองลงมาคืออาการกระทำของตนเอง ( $\bar{X} = 3.48, SD = 0.99$ ) ความเครียด ( $\bar{X} = 3.40, SD = 1.10$ ) และ อาหาร ( $\bar{X} = 3.18, SD = 1.17$ )

1.3 ช่วงเวลาของการเป็นโรค พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าช่วงเวลาของการเป็นโรค  
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นช่วงเวลานาน ( $\bar{X} = 3.30, SD = 0.59$ )

1.4 ผลกระทบจากการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย  
เฉียบพลันมีผลกระทบที่รุนแรง ( $\bar{X} = 3.38, SD = 0.44$ )

1.5 การรักษา/การควบคุมการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจ  
ตายเฉียบพลันสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือควบคุมได้ ( $\bar{X} = 3.50, SD = 0.47$ )

2. วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยใช้การรักษาด้วยตนเองมากที่สุด  
(ร้อยละ 74.4) รองลงมาคือการรักษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น  
(ร้อยละ 64.8) การแสวงหาการรักษา/การปรึกษานักลากรในทีมสุขภาพ (ร้อยละ 53.3) และการ  
พยายามอดทน/รอดูอาการ (ร้อยละ 48.6)

3. ระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย  
เฉียบพลัน ร้อยละ 66.7 ใช้เวลามากกว่า 1 ชั่วโมง และมีเพียงร้อยละ 33.3 ที่ใช้เวลาน้อยกว่า 1  
ชั่วโมง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย  
พบว่า การรับรู้อาการเกี่ยวข้องกับโรคมีความสัมพันธ์กับการไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวจะเสียชีวิต  
อย่างมีนัยสำคัญระดับ .05 ( $\chi^2 = 4.27, p < .05$ ) การรับรู้ผลกระทบมีความสัมพันธ์กับการไม่กล้าทำ  
อะไรเพราะกลัวจะเสียชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $\chi^2 = 5.11, p < .05$ ) การรับรู้การ  
รักษา/การควบคุมมีความสัมพันธ์กับการหวังหรือสวดมนต์ให้อาการนั้นหายไป อย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 5.14, p < .05$ ) และ การรับรู้การรักษา/การควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับ  
ระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 5.76, p < .05$ )

<b>Thesis Title</b>	Illness Representations and Illness Responses in Patients Diagnosed with Acute Myocardial Infarction
<b>Author</b>	Mr Pen Rakkerd
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Adult Nursing)
<b>Academic Year</b>	2006

## ABSTRACT

This research aimed to study illness representations and illness responses in patients diagnosed with acute myocardial infarction. The sample consisted of 90 cases admitted in 5 center hospitals of Southern Thailand (Hadyai, Trang, Maharat Nakornsrihammarat, Surattanee and Yala hospitals). Data were collected using the following instruments: Demographic Data Questionnaire, Illness Perceptions Questionnaire (Weinman, et al., 1996) and Illness Response Strategies Questionnaire (Dracup & Moser, 1997). Perceptions were scored on scales of 1-5. All instruments were validated by a panel of experts. The reliability of the illness Perceptions Questionnaire was 0.82. The test-retest reliability of Illness Response Strategies questionnaire revealed a percentage agreement of 0.92. The data were analyzed using mean, standard deviation and chi-square test.

The research findings were as follows:

1. Illness representations were classified into 5 components:

1.1 Identity: Patients reported that they experienced chest discomfort (95.6%) and chest pain (91.1%). Patients perceived that chest discomfort was the symptom most associated with myocardial infarction (63.3%), followed by chest pain (61.1%).

1.2 Causes: Patients perceived that emotional stage ( $\bar{X} = 3.51$ ,  $SD = 0.99$ ), behaviors ( $\bar{X} = 3.48$ ,  $SD = 0.99$ ), stress ( $\bar{X} = 3.40$ ,  $SD = 1.10$ ) and diet ( $\bar{X} = 3.18$ ,  $SD = 1.17$ ) were causes of acute myocardial infarction.

1.3 Time-line: Patients perceived that acute myocardial infarction would last for a long period of time ( $\bar{X} = 3.30$ ,  $SD = 0.59$ ).

1.4 Consequences: Patients perceived that acute myocardial infarction is a serious condition ( $\bar{X} = 3.38$ ,  $SD = 0.44$ ).

1.5 Cure/controllability: Patients perceived that acute myocardial infarction is curable or controllable ( $\bar{X} = 3.50$ ,  $SD = 0.47$ ).

2. Illness response strategies: Before seeking treatment most patients used self-treatment (74.4%), consulting family/asking someone (64.8%), consulting professional/seeking treatment at hospitals (53.3%), and wait and see (48.6%).

3. Time before seeking treatment: 66.7 percent of patients delayed more than 1 hour before seeking treatment from health professionals and 33.3 percent of patients delayed less than 1 hour before seeking treatment from health professionals.

4. Relationship between illness representations and illness responses: Identity was significantly associated with doing nothing because patients feared they would die ( $\chi^2 = 4.27$ ,  $p < .05$ ). Consequences were significantly associated with doing nothing because patients feared they would die ( $\chi^2 = 5.11$ ,  $p < .05$ ). Cure/controllability was significantly associated with hoping or praying that symptoms would go away ( $\chi^2 = 5.14$ ,  $p < .05$ ) and with time before seeking treatment ( $\chi^2 = 5.76$ ,  $p < .05$ ).