

การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาล ในการทำนายนการตัดสินใจมารับการรักษาของ
ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาล ในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของ
ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

..... นิลพนธ์ เทนฉ่อย

พิมพ์ เทพวัลย์

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

รองศาสตราจารย์ณิงนิง พงศ์ถาวรภมร,

Ph.D.(Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

อาจารย์นัฏรณก ทุมวิภาต, พ.บ.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ไฉ สัทธิมงคล, Ph.D.(Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาล ในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของ
ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2553

.....
.....

รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,
Ph.D.(Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

พิมพ์เทพวัลย์
ผู้วิจัย

.....
.....

อาจารย์ฉัตรกนก ทุมวิภาต,
พ.บ.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพณ ศรียุคศุทธ, D.S.N.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนกพร จิตปัญญา,
Ph.D.(Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D.(Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนไกรเลิศ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และอาจารย์ นพ.นัทรณก ทุมวิภาต อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อชี้แจงต่างๆ รวมทั้งตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อย่างดีเสมอมา และดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพณ ศรียุคศุทธ ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะซึ่งเป็นประโยชน์ เพื่อให้ทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ ที่กรุณาให้คำปรึกษา และคำแนะนำ ด้านการใช้สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ อาจารย์นภาพร โสวัฒนางกูร ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และอาจารย์อีกหลายๆ ท่านที่ไม่ได้กล่าว ณ ที่นี้ ที่กรุณาให้ข้อคิด และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบคุณพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู หอผู้ป่วย ไอ.ซี.ซี.ยู และหอผู้ป่วยสามัญ ดิถีอัมภวนต์ โรงพยาบาลศิริราช ที่กรุณาช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และขอบพระคุณอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทำยที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และเพื่อนๆ ร่วมชั้นเรียนที่ให้ความรัก ความอบอุ่นและกำลังใจในการศึกษาตลอดมา คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแด่ บุพการี คณาจารย์ ผู้ป่วย และเพื่อนร่วมวิชาชีพทุกท่าน

พิมพ์ เทพวัลย์

การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

COGNITIVE REPRESENTATION, EMOTIONAL RESPONSES AND HOSPITALIZATION EXPERIENCE IN PREDICTING DECISION MAKING FOR RECEIVING TREATMENT AMONG PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

พิมพ์ เทพวัลย์ 4936713 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด., คณิน พงศ์ถาวรกุล, Ph.D. (Nursing), ฉัตรกนก ทุมวิภาต, พ.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 92 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2552 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ตั้งแต่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาล และแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) มาใช้ในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น 2) ด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 3) ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถิติทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ และสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษามีค่ามัธยฐาน 37 นาที (mean = 120, S.D. = 157.087) การรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถร่วมกันทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 70.6 ($p < 0.001$) โดยเฉพาะการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถทำนายการตัดสินใจมารับรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้มากที่สุด ($\beta = -.758, p < 0.001$) รองลงมาคือการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย สามารถทำนายการตัดสินใจมารับรักษาของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\beta = -.238$) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะตัดสินใจมารับรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อพยาบาล ในการวางแผนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย หรือพัฒนาวิธีการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจมารับรักษาได้อย่างทันท่วงที

คำสำคัญ : การรับรู้ความเจ็บป่วย/ การตอบสนองทางอารมณ์/ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล/ การตัดสินใจมารับการรักษา/ ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

COGNITIVE REPRESENTATION, EMOTIONAL RESPONSES AND HOSPITALIZATION EXPERIENCE IN PREDICTING DECISION MAKING FOR RECEIVING TREATMENT AMONG PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

PIMPA THEPPHAWAN 4936713 NSAN/M

M.N.S (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: DOUNGRAT WATTHNAKITKRILEART, D.N.S., KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL, Ph.D. (Nursing), CHATKANOK DUMAVIBHAT, M.D.

ABSTRACT

The purposes of this correlational predictive study were to examine the factors influencing decision making for receiving treatment among patients with acute coronary syndrome. The samples comprised 92 patients with acute coronary syndrome who received treatment from May to September, 2009, in a super tertiary level hospital, Bangkok. Data were collected by questionnaires, consisting of demographic information, hospitalization experience with acute coronary syndrome, the time frame counted from the onset of symptoms to the time the patient arrives at a hospital. Cognitive representation and emotional response were assessed using the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). The statistics used in the analysis include descriptive statistics used to describe the demographic information of the sample. Statistical hypothesis testing used Pearson's product moment correlation, multiple regression analysis, and the Mann-Whitney U test.

The results revealed that the median decision time to seek treatment was 37 minutes from onset (mean = 120, 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 70.6% ($p < 0.001$), especially the control/cure component which could predict decision making for receiving treatment at the highest level ($\beta = -.758$, $p < 0.001$), followed by the consequences component which could predict the decision making for receiving treatment of the participant, which was statistically significant at 0.05 ($\beta = -.238$). This study found that patients who had hospitalization experience with acute coronary syndrome decided to receive treatment later than patients who had no experience at a significance level of 0.05.

Information obtained from this study will be of benefit for the nurse, as it will enable the nurse to better understand the decision-making process of patients with acute coronary syndrome and to make a plan for patient orientation or develop informational interventions to establish correct understanding about treatment and promote appropriate decision making for receiving treatment and timely seeking of treatment.

KEY WORDS: COGNITIVE REPRESENTATION/ EMOTIONAL RESPONSES/ HOSPITALIZATION EXPERIENCE/ DECISION MAKING FOR RECEIVING TREATMENT/ PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

99 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	10
นิยามตัวแปร	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	12
1. กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	12
1.1 พยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	13
1.2 อาการแสดงของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	14
1.3 การรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	14
2. แนวคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	15
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	18
3.1 ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย	19
3.2 ปัจจัยด้านการตอบสนองทางอารมณ์	21

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.3 ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	24
ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	24
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง	25
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	26
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	26
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	29
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	30
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	31
การวิเคราะห์ข้อมูล	31
บทที่ 4 ผลการวิจัย	33
บทที่ 5 การอภิปรายผล	42
บทที่ 4 สรุปผลการวิจัย	53
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	58
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	70
รายการอ้างอิง	82
ภาคผนวก	86
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	87
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	88
ภาคผนวก ค คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย	92
ภาคผนวก ง การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	94
ภาคผนวก จ การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ	95
ประวัติผู้วิจัย	99

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	34
2. แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ของระยะเวลาต่างๆ ที่ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษา และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาล	37
3. แสดงค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนัยสำคัญทางสถิติ (p -value) ของระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แยกตามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	38
4. แสดงความสัมพันธ์ (Pearson's product moment correlation) ระหว่างตัวแปรที่มีผลต่อเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	39
5. การวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณเพื่อพยากรณ์การตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยนำปัจจัยทุกด้านเข้าในสมการ	41

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1. แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ดัดแปลงจากกรอบแนวคิดของ Dracup, et al. (2006)	9
2. แผนภูมิแสดงเป้าหมายระยะเวลาที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามแนวทางปฏิบัติของ American College of Cardiology และ American Heart Association	15
3. ภาพการกระจายของค่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น	95
4. กราฟฮีستแกรมแสดงการกระจายของระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง	96
5. กราฟฮีستแกรมแสดงการกระจายของระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการแปลงข้อมูลให้เป็นค่าลอการิทึมด้วย natural logarithm transformation	97
6. ภาพการกระจายของความแปรปรวนของความคาดเคลื่อน	98

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก โดยพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ. 2546 มีประชากรเสียชีวิต 16.7 ล้านคน หรือร้อยละ 29.2 และในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 17.5 ล้านคน หรือร้อยละ 31.7 (องค์การอนามัยโลก, 2548) สำหรับในประเทศไทย สถานการณ์การระบาดของโรคหลอดเลือดหัวใจโดยภาพรวมของประเทศ จากการรวบรวมและวิเคราะห์โดยกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่าในปี พ.ศ. 2549 มีประชากรเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 17,775 คนต่อประชากรแสนคน หรือร้อยละ 28.4 และในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 18,452 คน หรือร้อยละ 29.3 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การเสียชีวิตของประชากรส่วนใหญ่ พบว่าเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล เนื่องจากการที่ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาช้า (McKinley, Moser, & Dracup, 2000; Fukuoka, et al., 2006; สุนิย์ เอี่ยมศิริณกุล, 2540; นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ, 2548) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นมาจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือ รับรู้ว่าเป็นอาการจากโรคอื่นๆ ซึ่งสามารถรอให้อาการหายไปเอง หรือ สามารถบรรเทาอาการด้วยตัวเองได้ รวมถึงการไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อเกิดอาการ โดยกังวลว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะเป็นภาระแก่ผู้อื่น ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจมารับการรักษา (Burnett, Blumenthal, Mark, Leimberger, & Califf, 1995; Dracup, McKinley, & Morser, 1997; Pattenden, Watt, Lewin, & Stanford, 2002; Walsah, Murphy, & Daly, 2004)

เป็นที่ทราบกันดีว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกิดจากการอุดตันของลิ้มเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery) อย่างเฉียบพลันจากการฉีกขาดของเยื่อไขมันชั้นใน (plaque rupture) ของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่คลุมบนคราบไขมัน (atherosclerotic plaque) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (unstable angina) โดยหากเป็นนานเกิน 20 นาที จะทำให้เกิดภาวะหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction, AMI) และ ถ้ากล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือดบริเวณกว้างนานเกิน 2 ชั่วโมง จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหันก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล แนวทางการรักษา คือ การเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เร็วที่สุด เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามเดิม และลดการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จนมาถึงโรงพยาบาลและได้รับการรักษา โดยพบว่าทุกๆ 30 นาทีของการเข้ามารับการรักษาซ้ำทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตเฉียบพลันสูงถึงร้อยละ 7.5 (DeLuca, 2004) และพบว่าผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลร้อยละ 17 เมื่อมาถึงมักมีภาวะช็อกจากหัวใจซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายในเวลา 3 ชั่วโมงหลังจากมีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อัตราการเสียชีวิตต่ำไม่เกินร้อยละ 7.4 หากได้รับการรักษาภายใน 3-6 ชั่วโมง อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.8 และอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 25 หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาล่าช้ากว่า 12 ชั่วโมง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2549) ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น (myocardial infarction) และการรักษาภาวะที่เป็นอันตรายอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเร็วที่สุด ดังนั้นระยะเวลานับแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาล และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) จึงมีความสำคัญต่อผลการรักษาที่ดี และอัตราการรอดชีวิต

Dracup, et al.(2006) ได้เสนอกรอบแนวคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมุมมองของแนวคิดเชื่อว่า พฤติกรรมการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยมีผลมาจากการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต และหากผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และสภาวะทางอารมณ์ที่เหมาะสม ขณะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่ถูกคามต่อชีวิต จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งจะเห็นว่าการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจมารับรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการมารับการรักษาเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถประเมินลักษณะอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความล่าช้าต่อการมารับการรักษา และตัดสินใจมารับรักษาได้ถูกต้อง รวดเร็ว จึงเป็นบทบาทที่สำคัญ แต่การที่

พยาบาลจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงกระบวนการคิดตัดสินใจ และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้

ปัจจุบันนักวิจัยหลายท่านได้มีการศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ Dracup และ Moser (1997) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นรุนแรง และมีสาเหตุจากหัวใจ จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Johansson, Stromberg, และ Swahn (2004) พบว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นรุนแรง และเกี่ยวข้องกับหัวใจ จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาเร็วขึ้น ด้านการศึกษาของ Finnegan, et al. (2000) พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษา คือการไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการเริ่มต้นของภาวะหัวใจขาดเลือด คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นสามารถหายได้เอง ส่วนเหตุผลของการมารับการรักษา คือ ผู้ป่วยคิดว่าเป็นอาการจากหัวใจ และทำให้เสียชีวิตได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2006) การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่ได้มีสาเหตุจากหัวใจ โดยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุจากโรคอื่น เช่น โรคกระเพาะ หรือปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น และ ฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมถึงรอให้อาการหายไปเอง ทำให้ระยะเวลาจากการเกิดอาการจนได้รับการรักษานั้นยาวนานขึ้น

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ เป็น รักเกิด (2550) ที่ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการสามารถรักษาหรือควบคุมได้ จะมารับการรักษาเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง และมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย ดังนั้นการมารับการรักษาเร็ว ก็จะสามารถรักษาชีวิตเอาไว้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมา ภายหลังจากความเจ็บป่วยสามารถร่วมทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาได้ร้อยละ 6.2 ($p < 0.05$)

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาจากความเจ็บป่วย จากการศึกษาของ Walsh, Lynch, Murphy, และ Daly (2004) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการแทรกซ้อน ภายหลังจากเกิดอาการนั้น มีความรุนแรง และอันตรายถึงชีวิต จะตัดสินใจเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Leventhal, et al. (1984) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีผลกระทบรุนแรงจะมารับการรักษาเร็ว ส่วนการศึกษาของ Al-Hassan และ Omran

(2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่รับรู้ว่ามีผลที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดอาการนั้นไม่รุนแรง จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า

สำหรับการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการศึกษาของ Walsh, et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยที่กลัวผลกระทบที่ตามมาภายหลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาอย่างทันเวลาที่ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Burnett, Blumenthal, Mark, Leimberger, และ Califf (1995) พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง และรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาได้เร็วขึ้น และจากการศึกษาของ Finnegan, et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีความกังวลว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะสร้างความยุ่งยากให้กับผู้อื่น จะทำให้เวลาในการมารับการรักษายาวนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Dracup และ Moser (1997) พบว่าผู้ป่วยที่ตัดสินใจมารับการรักษาช้า ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จะไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อเกิดอาการ โดยให้เหตุผลว่ากังวลว่าความเจ็บป่วยของตนจะเป็นภาระแก่ครอบครัว

นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Goldberg, et al. (2000) พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะเข้ามารับการรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ Carney, et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อเกิดอาการครั้งต่อไปก็ยังมารับการรักษาช้า ส่วนการศึกษาของ Dracup, et al. (1997) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีประวัติเคยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เคยเป็นโรคมามาก่อน แตกต่างจากการศึกษาของ Sheifer, et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาเร็ว ภายใน 6 ชั่วโมง หลังเกิดอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาโดยการสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีทางผิวหนัง หรือ การผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคนี้นี้มีความรุนแรง และมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย ดังนั้นการมารับการรักษาเร็ว ก็จะสามารถรักษาชีวิตเอาไว้ได้ นั่นคือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการเข้ามารับการรักษาโรคจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในอดีต ที่

เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกันอย่างแพร่หลาย จนทำให้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาช้าหรือเร็ว สามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายในประเทศ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทของต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยนั้น พบว่าการศึกษาวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่ศึกษาในด้านของการรับรู้ความเจ็บป่วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกุล (2540) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง ยังไม่จำเป็นต้องรีบมารับการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า ส่วนการศึกษาของ นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในภาคเหนือ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย ได้แก่ 1) ส่งผลทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ 2) ทำให้สูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย 3) รู้สึกว่าต้องเป็นภาระต่อครอบครัว 4) ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในสังคม 5) ทำให้ผู้อื่นมองว่าตนเป็นคนอ่อนแอ 6) ส่งผลกระทบต่อรายได้และความเป็นอยู่ของครอบครัว เป็นต้น และการรับรู้ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจมารับการรักษา ($r = .244, p < 0.05$) และจากการศึกษาของ เปิ่น รักเกิด (2550) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคสามารถรักษา/ควบคุมได้จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วขึ้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในเรื่องนี้มากขึ้น และมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตัดสินใจมารับรักษาได้อย่างทันท่วงที

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้ระยะเวลาเท่าใดในการตัดสินใจมารับการรักษาและเดินทางมาโรงพยาบาล
2. ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาแตกต่างกันหรือไม่ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ อย่างไร

3. ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถทำนายการตัดสินใจรับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่
 - 1) ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจรับการรักษาและ
 - 2) ระยะเวลาในการเดินทางมาถึงโรงพยาบาล
2. ศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์
3. ศึกษาปัจจัยทำนายการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่
 - 1) การรับรู้ความเจ็บป่วย
 - ด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
 - ด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
 - ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย
 - 2) การตอบสนองทางอารมณ์
 - 3) ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ Dracup, et al. (2006) เสนอไว้ แนวคิดนี้เชื่อว่าการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) และ การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) ของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ที่คุกคามชีวิต (health threat) ที่เกิดขึ้นปัจจัยทั้งสองนี้จะถูกควบคุมโดยสิ่ง

เร้าจากภายใน (internal stimuli) ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล ประสบการณ์ความเจ็บป่วยในอดีต (clinical history) และสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (environmental stimuli) เช่น บทบาทของบุคคลรอบข้างเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ โดยผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตในลักษณะดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 การรับรู้และแปลผลต่อสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้น (cognitive representation of the health threat)

การรับรู้และแปลผลต่อสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นประกอบด้วย การให้ความหมายอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (identification) รวมถึงการระบุสาเหตุของความเจ็บป่วย (potential causes) และ ผลกระทบที่ตามมาภายหลังความเจ็บป่วย (consequences) ซึ่งมีอิทธิพลมาจากความรู้ความเข้าใจ เจตคติ (attitudes) และความเชื่อ (beliefs) ของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเกิดควบคู่กับการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses)

การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) จะมีผลต่อการจัดการกับสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นในระยะต่อไป โดยมีอิทธิพลมาจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้น (perceived control) และระดับความวิตกกังวลในอดีต (level of anxiety experienced)

ระยะที่ 2 การเผชิญกับปัญหาหรือการวางแผนกระทำกิจกรรมต่างๆ (action plan or coping stage)

ระยะนี้จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ การแปลผลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสภาวะทางอารมณ์ ของแต่ละบุคคล ดังนั้นกลไกในการเผชิญกับสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นและการวางแผนกระทำกิจกรรมต่างๆ จึงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หากผู้ป่วยรับรู้อาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากหัวใจ ผู้ป่วยจะเผชิญกับการเจ็บหน้าอกด้วยการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที แต่ถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าอาการเหล่านั้นเป็นเพียงอาการจากกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยอาจรักษาโดยการรับประทานยาลดกรด และคอยให้อาการเหล่านั้นหายไปเอง

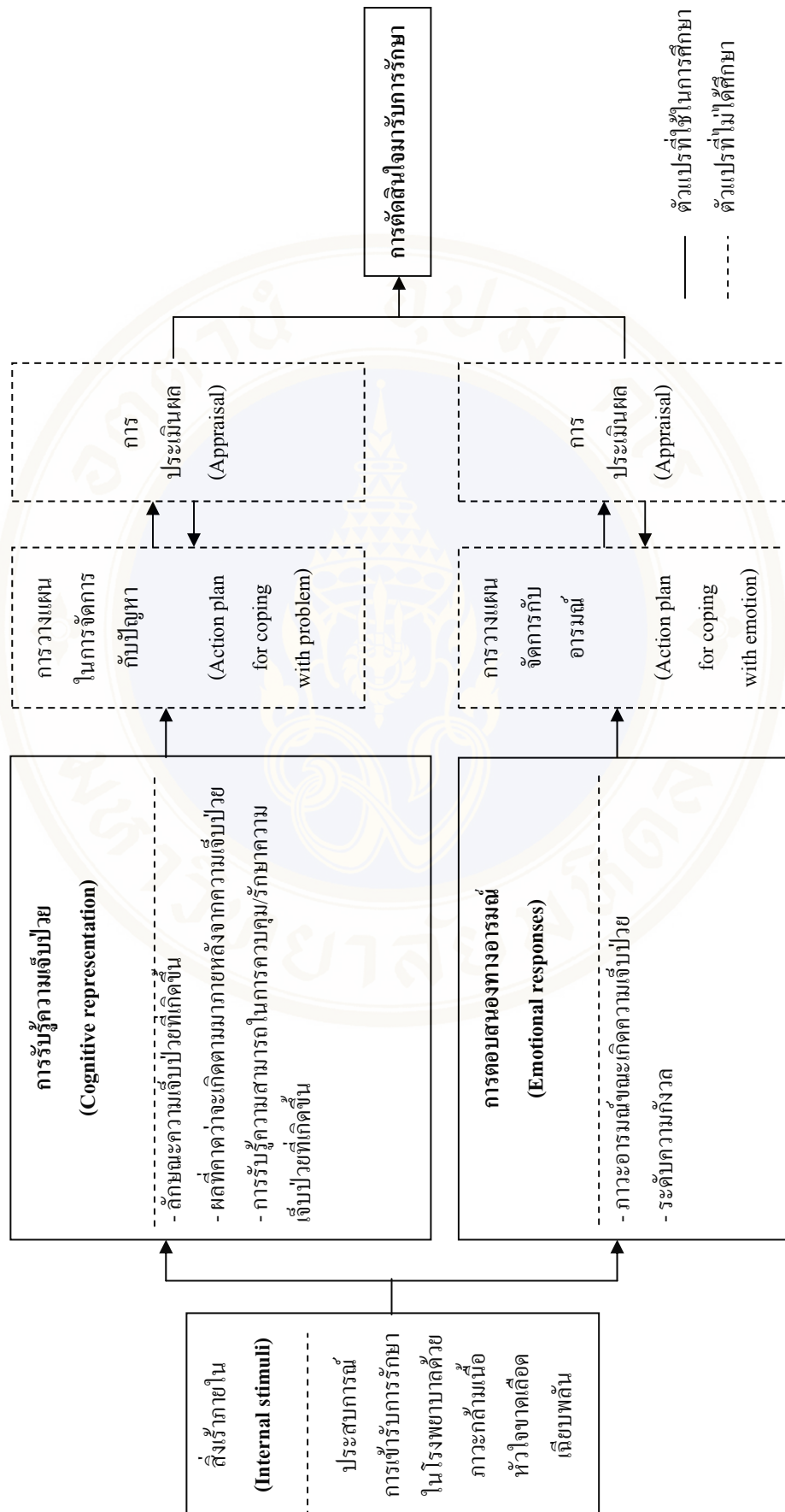
ระยะที่ 3 การประเมินผล (appraisal)

การประเมินผลของการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการจัดการกับสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะประเมินถึงวิธีการที่ใช้ในการเผชิญกับปัญหาว่าได้ผลเพียงใด เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่นต่อไป

กระบวนการของการรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) และการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) จะเกิดในรูปแบบขนานควบคู่กันไป (parallel) และเป็นอิสระต่อกัน

โดยกระบวนการของการรับรู้ความเจ็บป่วย จะมีอิทธิพลมาจากการจำความหมาย (semantic memories) ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ส่วนการตอบสนองทางอารมณ์นั้น จะเป็นผลจากการจดจำเหตุการณ์ (episodic memories) ได้แก่ ความจำเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผ่านมา ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละคน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) ปัจจัยด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) และปัจจัยด้านประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีลักษณะอาการที่เกิดขึ้นรุนแรง และมีสาเหตุจากหัวใจ จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาเร็วขึ้น (Johansson, et al., 2004) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่แน่ใจในอาการจะรอให้อาการหายไปเอง หรือพยายามที่จะบรรเทาอาการด้วยตัวเอง ก็จะทำให้ระยะเวลาจากการเกิดอาการจนได้รับการรักษานั้น ยาวนานขึ้น (Finnegan, et al., 2000; McKinley et al., 2004) ด้านการศึกษาของ Walsh, et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีภาวะแทรกซ้อนภายหลังเกิดอาการนั้น มีความรุนแรง และอันตรายถึงชีวิตจะตัดสินใจเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว สำหรับการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional response) ต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่กลัวผลกระทบที่ตามมาภายหลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาอย่างทันท่วงที (Walsh, et al., 2004) ในขณะที่ผู้ป่วยที่กังวลว่าความเจ็บป่วยของตนเองจะสร้างความยุ่งยากให้กับผู้อื่น จะทำให้เวลาในการรักษายาวนานขึ้น (Finnegan, et al., 2000) ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น มีพื้นฐานมาจากประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในอดีต โดยพบว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาโดยการสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีทางผิวหนัง หรือ การผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ จะตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ (Sheifer, et al., 2000) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ดัดแปลงจากกรอบแนวคิดของ Dracup, et al. (2006)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive research) เพื่อศึกษาถึงปัจจัยในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยซีซียู, ไอซีซียู และหอผู้ป่วยสามัญ ตึกอักษณาศัล โรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2551 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553

นิยามศัพท์

1. การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) หมายถึง การแปลผล หรือ การให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตามความเข้าใจ ทักษะ และความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หมายถึง การให้ความหมายอาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การรับรู้ถึงช่วงเวลาของความเจ็บป่วยว่าจะมีช่วงเวลายาวนานเพียงไร รวมถึงการรับรู้ถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยว่ามาจากสาเหตุใด ประเมินโดยแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ (the Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ข้อคำถามที่ 2 และ 5 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale)

2) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามภายหลังจากความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความรุนแรง และ ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังจากความเจ็บป่วย ประเมินโดยแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ ข้อคำถามที่ 1 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง

3) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการรักษาว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือสามารถควบคุมได้มากน้อยเพียงไร ประเมินโดยแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ ข้อคำถามที่ 3 และ 4 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง

2. การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) หมายถึง ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินจากระดับความกังวล และ ภาวะอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ ข้อคำถามที่ 6 และ 8 ซึ่งรวมอยู่ในแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ ลักษณะคำตอบจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง

3. ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยเคยหรือไม่เคย ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนการเข้ารับการรักษา ครั้งนี้ รวมถึงความรู้ที่เคยได้รับจากประสบการณ์ครั้งก่อนเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ควรมาพบแพทย์ทันที การใช้ยาเม็ดลิ้นอย่างถูกต้อง และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ เจ็บแน่นหน้าอก ประเมินโดยใช้แบบสอบถามลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก โดยสามารถเลือกตอบได้หลายข้อ

4. การตัดสินใจมารับการรักษา หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการตัดสินใจมารับ การรักษาในโรงพยาบาล นับตั้งแต่เกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนผู้ป่วย ตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคิดเป็นนาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อพยาบาล ในการวางแผนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย หรือ พัฒนาวิธีการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่าง ทันทีทันที่
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองครั้งต่อไป ในการสร้างแนวปฏิบัติ หรือโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับตนเองอย่างเหมาะสมและตัดสินใจมา รับการรักษาอย่างทันที

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยทำนายการตัดสินใจมารับการรักษา ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมใน 3 ประเด็น ดังนี้

1. กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS)
 - 1.1 พยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - 1.2 อาการแสดงของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - 1.3 การรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. แนวคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - 3.1 ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation)
 - ลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
 - ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
 - ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย
 - 3.2 ปัจจัยด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses)
 - 3.3 ปัจจัยด้านประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1. กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS)

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS) คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง และเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุหลักจากการฉีกขาดหรือปริ

แตกที่ด้านในของผนังหลอดเลือดส่วนที่มีภาวะเสื่อมสภาพ หรือแข็งตัวอย่างเฉียบพลัน เป็นผลให้เกิดการอุดตัน หรือการไหลเวียนลดลงอย่างรุนแรงในหลอดเลือดแดงที่หัวใจ (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

1.1 พยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สาเหตุสำคัญของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS) เกิดจากการฉีกขาดหรือปริแตกของ plaque ที่ด้านในของผนังหลอดเลือดส่วนที่มีภาวะเสื่อมสภาพหรือแข็งตัว (atherosclerosis) ซึ่งกระตุ้นเกร็ดเลือดให้มาเกาะกลุ่มกัน (platelet aggregation) ตรงบริเวณที่มีการฉีกขาดหรือปริแตก หลังจากนั้นจะมีการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (thrombus formation) อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าว หากลิ่มเลือดอุดตันบางส่วน (partial occlusion) ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วน จะเกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) โดยยังไม่มีการกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบ non ST elevation MI ถ้าลิ่มเลือดเกิดอุดตันโดยสมบูรณ์ (complete occlusion) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบ ST elevation MI ผลจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำให้สามารถแบ่งกลุ่มอาการออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) Unstable angina (UA) ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มอาการที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (chest pain) ที่ยังไม่มีการกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยพบการเปลี่ยนแปลงของ EKG มี ST segment depression มากกว่า หรือเท่ากับ 0.5 mm (0.05mV) ตั้งแต่ 2 leads ขึ้นไป และ/หรือ T wave inversion มากกว่า หรือเท่ากับ 1 mm. (0.1 mV) และมีค่า cardiac enzyme อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2) Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการเปลี่ยนแปลงของ EKG มี ST segment depression มากกว่า หรือเท่ากับ 0.5 ม.ม. (0.05mV) ตั้งแต่ 2 leads ขึ้นไป และ/หรือ T wave inversion มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ม.ม. (0.1 mV) และมีค่า cardiac enzyme อย่างน้อย 1 ข้อใน 3 ข้อ ต่อไปนี้

2.1) CK-MB มากกว่า หรือ เท่ากับ 2 เท่าของเกณฑ์ปกติ

2.2) Troponin T มากกว่า หรือ เท่ากับ 0.1 ng/mL

2.3) Troponin I มากกว่า หรือ เท่ากับ 2.0 ng/mL

3) ST-elevation myocardial infarction (STEMI) ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของ ECG มี ST segment elevation มากกว่า 0.1 mV ตั้งแต่ 2 leads ติดกันขึ้นไป หรือ 0.2 mV ใน lead V1-V3 ร่วมกับการเพิ่มของ cardiac enzyme

1.2 อาการแสดงของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการของ angina pectoris ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ อาการเจ็บแน่นบริเวณกึ่งกลางหน้าอกหลังกระดูก sternum และอาจจะเจ็บร้าวไปที่คอ หลัง หรือ แขนข้างใดข้างหนึ่ง หรือสองข้าง (typical symptom) ลักษณะของการปวดจะมีอาการรุนแรง และเป็นอยู่นานกว่า หรือเท่ากับ 20 นาที

ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประมาณร้อยละ 20 จะไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หรือมีลักษณะของการเจ็บหน้าอกไม่เฉพาะเจาะจง (atypical symptom) แต่จะมีอาการเหนื่อยหอบ หน้ามืด เป็นลม นอนราบไม่ได้ ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่สูงอายุหรือเป็นโรคเบาหวาน (Woon & Lim, 2003)

1.3 การรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดจากการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงที่หัวใจ (coronary artery) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ จุดมุ่งหมายหลัก คือ การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction, AMI) และการป้องกันการเสียชีวิตกะทันหัน (sudden cardiac death) ในปัจจุบันหลักการรักษาที่สำคัญ ได้แก่ การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุด เพราะการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง ในปัจจุบันมี 2 วิธี ได้แก่ การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolysis) และการขยายหลอดเลือดแดงที่หัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention, PCI)

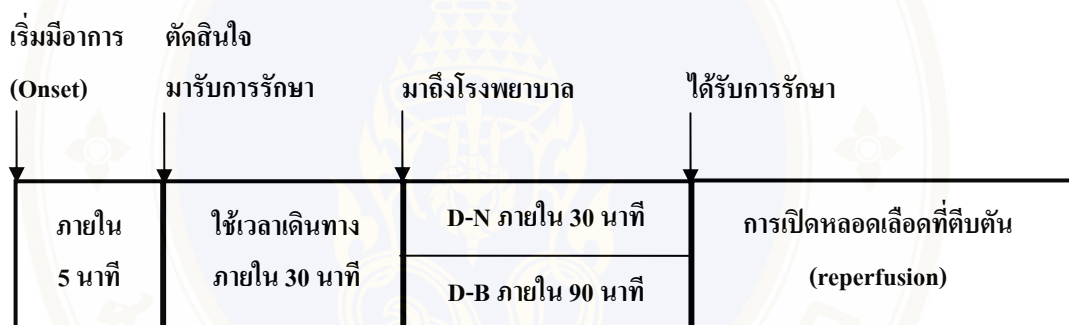
ตามแนวทางปฏิบัติของ American College of Cardiology และ American Heart Association (ACC/AHA, 2004) กำหนดเป้าหมายระยะเวลาที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (แผนภูมิที่ 2) ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยต้องตัดสินใจมารับการรักษาทันที เมื่อมีอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายในเวลา 5 นาที
- 2) ผู้ป่วยต้องเดินทางมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 30 นาที
- 3) เมื่อมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolysis) ภายในเวลา 30 นาที (Door-to-Needle time) หรือ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) ในเวลา 90 นาที (Door-to-Balloon time)

การรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic therapy) ถ้าให้ภายใน 1 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 30 ถ้าให้ภายใน 2 - 3 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 25 และถ้าให้ใน 4 - 6 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้เพียง ร้อย

ละ 18 (ACC/AHA, 2004) และจากการรายงานของ GISSI-1 ในปี 1986 พบว่าผู้ป่วยที่ได้ streptokinase มีอัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับยาหลอก (placebo) โดยผู้ที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากเริ่มมีอาการ จะมีอัตราการเสียชีวิตลดลงถึงร้อยละ 50 และจะได้ผลดีที่สุดเมื่อให้ยาภายใน 6 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ในขณะที่ยาจะไม่ได้ผลหากผู้ป่วยมีอาการมานานเกิน 12 ชั่วโมงไปแล้ว (Fibrinolytic Therapy Trialists Collaborative Group, 1994)

ดังนั้นผู้ป่วยที่ตัดสินใจเข้ามารับการรักษาเร็วจึงมีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาช้า รวมทั้งป้องกันการเกิดหัวใจล้มเหลว (heart failure) หรือ กล้ามเนื้อหัวใจตายที่อาจทำให้เกิดเสียชีวิตกะทันหัน ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ



D-N = Door-to-Needle time

D-B = Door-to-Balloon time

แผนภูมิที่ 2 แผนภูมิแสดงเป้าหมายระยะเวลาที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามแนวทางปฏิบัติของ ACC/AHA (2004)

2. แนวคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจมารับการรักษา ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ Dracup, et al. เสนอไว้ในปี 2006 นั้น (Dracup, et al., 2006) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต (the Leventhal self regulation model of illness behavior) (Leventhal & Cameron, 1987)

จากแนวคิดของ Leventhal และ Cameron (1987) กล่าวว่าบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพในการเผชิญความเครียด และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ทั้งนี้กระบวนการแก้ไขปัญหา หรือ เผชิญกับภาวะที่คุกคามต่อชีวิตนั้น มีพื้นฐานอ้างอิงมาจากประสบการณ์การเรียนรู้ ความคิด ความเข้าใจของบุคคล ที่จะมีภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย และสรุปมโนทัศน์ หรือ ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย เปรียบเสมือนผังความรู้ ความเข้าใจ (schema) ของบุคคล ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นภาพที่เกิดขึ้นในความคิด เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะคุกคาม บุคคลจะรวบรวม วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลที่ได้ จากการรับรู้ต่าง ๆ และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยนั้นออกมา เป็นภาพความคิดต่อการเจ็บป่วยที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการเผชิญปัญหา จากแนวคิดนี้กล่าวว่า การจัดการตนเอง มี 3 ขั้นตอนด้วยกัน คือ ระยะที่ 1 ระยะของการให้ความหมายหรือการแปลผลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (illness representation) ระยะที่ 2 ระยะของการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือ การวางแผนทำกิจกรรมต่างๆ (action planning and coping) และ ระยะที่ 3 การประเมินความสำเร็จของบุคคลในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (appraisal) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะของการให้ความหมายหรือการแปลผลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (illness representation) มีองค์ประกอบของการรับรู้ความเจ็บป่วย ดังนี้

- ลักษณะอาการที่เกิดขึ้น (illness identity) ระบุนาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น
- สาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วย (cause) เป็นการรับรู้สาเหตุของโรคว่ามาจากสาเหตุใด เช่น กรรมพันธุ์ เป็นต้น
- ระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป (time-line) เป็นการรับรู้ว่าช่วงเวลาของความเจ็บป่วยว่าจะมีช่วงเวลายาวนานเพียงไร
- ผลที่คาดว่าจะเกิดตามภายหลังจากความเจ็บป่วย (consequences) เป็นการรับรู้ถึงความรุนแรง และผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วย
- ความสามารถในการควบคุมหรือการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (control/cure) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าจะสามารถควบคุมหรือรักษาได้มากน้อยเพียงไร

ระยะที่ 2 ระยะของการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือ การวางแผนทำกิจกรรมต่างๆ (action planning and coping) เป็นการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือ จัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจมีรูปแบบหรือไม่มีก็ได้

ระยะที่ 3 การประเมินผลที่เกิดขึ้นของการกระทำหรือกิจกรรม (appraisal) ในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ว่าสำเร็จหรือล้มเหลว หากไม่ประสบผลสำเร็จ บุคคลก็จะกลับไปยังระยะที่ 1 ใหม่และมีการทบทวนค้นหาปัญหาใหม่

ส่วนแนวคิดของ Dracup, et al. (2006) เชื่อว่า พฤติกรรมการตัดสินใจ การจัดการกับตนเองขณะเผชิญกับภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นอกจากจะมีพื้นฐานมาประสบการณ์การเรียนรู้ ความคิด ความเข้าใจของบุคคลตามแนวคิดทางทฤษฎีที่ Leventhal, et al. (1984) กล่าวไว้แล้วนั้น ยังขึ้นอยู่กับตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องในขณะเกิดความเจ็บป่วย ประกอบด้วย

สิ่งเร้าจากภายใน (internal stimuli) ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานะทางสังคม เชื้อชาติ รวมถึงประสบการณ์ความเจ็บป่วยในอดีต (clinical history)

สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (environmental stimuli) ได้แก่ การได้รับคำปรึกษาจากบุคคลสำคัญอื่นๆ เช่น สมาชิกครอบครัว แพทย์ หรือ บทบาทของบุคคลรอบข้างเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ

นอกจากนี้ Dracup, et al. (2006) กล่าวว่า การตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญอีก 2 ประการ คือ **การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation)** และ **การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses)** ของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตที่เกิดขึ้น (health threat) ปัจจัยทั้งสองนี้ จะถูกควบคุมโดยสิ่งเร้าจากภายใน และ สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการปรับตัวดังต่อไปนี้ คือ

ระยะที่ 1 การรับรู้และแปลผลต่อสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้น (cognitive representation of the health threat)

การรับรู้และแปลผลต่อสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นประกอบด้วย การให้ความหมายของอาการ และอาการแสดงของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (identification) รวมถึงการระบุสาเหตุของความเจ็บป่วย (potential causes) และผลกระทบที่ตามมาภายหลังความเจ็บป่วย (consequences) ซึ่งมีอิทธิพลมาจากความรู้ความเข้าใจ เจตคติ (attitudes) และความเชื่อ (beliefs) ของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเกิดควบคู่กับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (emotional responses)

การตอบสนองทางด้านอารมณ์ (emotional responses) จะมีผลต่อการจัดการกับสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นในระยะต่อไป โดยมีอิทธิพลมาจากการรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้น (perceived control) และระดับความวิตกกังวลในอดีต (level of anxiety experienced)

ระยะที่ 2 การเผชิญกับปัญหาหรือการวางแผนกระทำกิจกรรมต่างๆ (action plan or coping stage)

การเผชิญกับปัญหา หรือ การวางแผนหาทางเลือกต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาและจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยนั้น แล้วตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง

เพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ ระยะนี้จะขึ้นอยู่กับความรู้ การแปลผลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสถานะทางอารมณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นกลไกในการเผชิญกับสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นและการวางแผนกระทำกิจกรรมต่างๆ จึงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หากผู้ป่วยระบุอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากหัวใจ ผู้ป่วยจะเผชิญกับการเจ็บหน้าอกด้วยการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที แต่ถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าอาการเหล่านั้นเป็นเพียงอาการจากกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยอาจรักษาโดยการรับประทานยาลดกรด และปล่อยให้อาการเหล่านั้นหายไปเอง

ระยะที่ 3 การประเมินผล (appraisal)

ตรวจสอบ หรือ ติดตามประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการจัดการกับสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะประเมินถึงวิธีการที่ใช้ในการเผชิญกับปัญหาว่าได้ผลหรือไม่เพียงพอ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่นต่อไป

กระบวนการของการรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) และการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (emotional responses) จะเกิดในสองเส้นทางคู่ขนานกันไป (parallel pathway) และเป็นอิสระต่อกัน โดยกระบวนการของการรับรู้ความเจ็บป่วย จะมีอิทธิพลมาจากการจำความหมาย (semantic memories) ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ส่วนการตอบสนองทางด้านอารมณ์นั้น จะเป็นผลจากการจดจำเหตุการณ์ (episodic memories) ได้แก่ ความจำเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผ่านมา ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรม การตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละคน (Dracup, et al., 2006)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation)
- 2) ปัจจัยด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses)
- 3) ปัจจัยด้านประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.1 ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation)

ลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หมายถึง การให้ความหมายอาการของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป รวมถึงการรับรู้ถึงสาเหตุของความเจ็บป่วย โดยมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยการรับรู้ด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ McKinley, et al. (2004) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 595 คน ในประเทศต่างๆ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ญี่ปุ่น และ เกาหลีใต้ โดยการสัมภาษณ์ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาเร็ว คือ การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นรุนแรง และมีสาเหตุจากหัวใจ จะทำให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาอย่างทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาของ Johansson, et al. (2004) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชาวสวีเดน 403 คน พบผลเช่นเดียวกันคือ การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการรุนแรง และเป็นจากหัวใจ จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็ว

ด้านการศึกษาของ Finnegan, et al. (2000) ที่ศึกษาถึงเหตุผลของการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 207 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการสัมภาษณ์ พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษา คือ การไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการเริ่มต้นของภาวะหัวใจขาดเลือด คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นสามารถหายได้เอง ส่วนเหตุผลของการมารับการรักษา คือ ผู้ป่วยคิดว่าเป็นอาการจากหัวใจ และทำให้เสียชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2006) ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 247 คน ในประเทศเลบานอน พบว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้มีสาเหตุจากหัวใจ โดยรับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุจากโรคอื่น เช่น โรคกระเพาะ หรือ ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น และ ฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมถึงรอให้อาการหายไปเอง ทำให้ระยะเวลาจากการเกิดอาการจนได้รับการรักษานั้นยาวนานขึ้น และจากการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษา ช้า หรือ เร็ว ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 100 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2539 - 2540 พบว่าการรับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นไม่ต้องรีบมารับการรักษา พบมากในกลุ่มที่มารับการรักษาช้าเกิน 6 ชั่วโมงขึ้นไป และผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่าอาการจะดีขึ้นแล้วมีอาการอีก จึงทำให้ไม่มารับรักษาทันที โดยรอดูอาการไปก่อน แตกต่างจากกลุ่มที่มารับการรักษาเร็ว โดยผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากหัวใจ มีอันตรายมาก และต้องไปรับการรักษาเร็วที่สุดเมื่อเกิดอาการ

ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการรักษาว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือสามารถควบคุมได้ (Leventhal, et al., 1984) ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการ

จากการศึกษาของ Burnett, et al. (1995) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาเร็วหรือช้า ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่สามารถควบคุม หรือ รักษาได้ด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาเร็วขึ้น และจากการศึกษาของ Dracup, et al. (1995) ที่ศึกษาถึงสาเหตุของการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยโรคหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยที่รู้สึกสามารถควบคุมอาการได้ด้วยตัวเอง จะมารับการรักษาล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Dempsey, Dracup, และ Moser (1995) ที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 16 คน ที่มีอายุระหว่าง 42 ถึง 82 ปี พบว่าผู้หญิงที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง จะพยายามบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ทั้งที่ผู้ป่วยทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นว่าผิดปกติ แทนที่จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกุล (2540) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเกิดอาการครั้งแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 33 จะพยายามรับประทานเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และเมื่ออาการไม่ดีขึ้นร้อยละ 78 จึงจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย

ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังจากความเจ็บป่วย (Dracup, et al., 2006) จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาด้านการรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการรักษา ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ การศึกษาของ Al-Hassan และ Omran (2004) ที่ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยชาวจอร์แดนที่ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 79 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 38 จะตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้ากว่า 1 ชั่วโมง และร้อยละ 77 ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้านั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหญิง โดยพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดอาการนั้นไม่รุนแรง จึงไม่รีบ

ตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที ด้านการศึกษาของ Walsh, et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ภาวะแทรกซ้อนภายหลังเกิดอาการนั้น มีความรุนแรง และอันตรายถึงชีวิต จะตัดสินใจเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว และจากการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ร้อยละ 62 รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นมีอันตรายมาก และจะทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว จะมารับการรักษาเร็ว แตกต่างจากการศึกษาของ นุชนาด ไกรรัตน์เจริญ (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใน 3 จังหวัดทางภาคเหนือ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงผลที่คาดว่าจะตามมารุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า ($r=.244$, $p<.05$) ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Leventhal, et al. (1984) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่รับรู้ความเจ็บป่วยมีผลกระทบรุนแรงจะมารับการรักษาเร็ว

3.2 ปัจจัยด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses)

จากการศึกษาปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional response) ต่อการตัดสินใจมารับการรักษา ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ผลกระทบที่อาจเกิดตามมาภายหลังการเกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น มีความรุนแรง และ อันตรายถึงชีวิต จะตัดสินใจเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว อาจเป็นไปได้ว่า การที่ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวผลกระทบที่ตามมาภายหลังเกิดอาการนั้น นำไปสู่แรงจูงใจในการเข้ารับการรักษอย่างทันทั่วที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Walsh, et al. (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 61 คน พบว่าผู้ป่วยที่รู้สึกหวาดกลัวว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ทำให้นำไปสู่แรงจูงใจในการเข้ารับการรักษอย่างทันทั่วที่ และจากการศึกษาของ McKinley, et al. (2000) ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่อาศัยอยู่ในแถบอเมริกาเหนือ จำนวน 277 คน พบว่าผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดอาการขึ้น จะตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Dracup และ Moser (1997) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ พบว่าความกังวลต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัว จะไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อเกิดอาการ โดยให้เหตุผลว่ากังวลว่าความเจ็บป่วยของตนจะเป็นภาระแก่ครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีกังวลว่าจะสร้างความยุ่งยากให้กับผู้อื่น ซึ่งจะทำให้เวลาในการมารับการรักษายาวนานขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Finnegan, et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีความกังวลว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะ

สร้างความยุ่งยากให้กับผู้อื่น จะทำให้เวลาในการมารับการรักษายาวนานขึ้น ด้านผลการศึกษาของ Burnett, et al. (1995) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาเร็ว หรือ ช้า ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุน้อยกว่า 76 ปี และไม่มีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมาก และ รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาได้เร็วขึ้น

3.3 ปัจจัยด้านประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษา โดยพิจารณาถึงประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Dracup, et al. (1997) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีประวัติเคยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เคยเป็นโรคมามาก่อน ส่วน Goldberg, et al. (2000) ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 3,837 คน พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะเข้ามารับการรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก แตกต่างจากการศึกษาของ Sheifer, et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาเร็ว ภายใน 6 ชั่วโมง หลังเกิดอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาโดยการสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีทางผิวหนัง หรือ การผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ นั่นคือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษารอคอยตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ ตรงกันข้ามกับผลการศึกษาของ Carney, et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อเกิดอาการครั้งต่อไปก็ยังมารับการรักษาช้า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่นผลการศึกษาของ Dracup, et al. (1997) ที่พบว่าเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีประวัติเคยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เคยเป็นโรคมามาก่อน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Pattenden, et al. (2002) ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อน การตัดสินใจมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในครั้งที่สอง สาม หรือสี่นั้น ไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการ

ตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่ โดยผู้ป่วย 20 จาก 22 ราย รายงานว่าอาการที่เกิดขึ้นครั้งนี้ มีความแตกต่างกับอาการจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดครั้งก่อน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในอดีต ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกันอย่างแพร่หลาย จนทำให้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาช้าหรือเร็ว สามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายในประเทศ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทของต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยนั้น พบว่าการศึกษาวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่ศึกษาในด้านของการรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งยังไม่ครอบคลุมปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ปัจจัยด้านอารมณ์ และประสบการณ์ในการเจ็บป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญว่าหากมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในเรื่องนี้มากขึ้น และมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย หรือ พัฒนาศักยภาพการปฏิบัติกรพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive research) เพื่อศึกษาระยะเวลาในการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมถึงระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาล และปัจจัยในการทำนายการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามภายหลังจากความเจ็บป่วย การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยซีซียู ไอซีซียู และหอผู้ป่วยสามัญ ดิโกอัสฐานค์ โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

- 1) เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรก หรือ ผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)
- 2) ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวปกติ และการรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถทำแบบสอบถามได้เอง หรือตอบคำถามที่ผู้วิจัยซักถามได้

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบ หรือ เจ็บหน้าอก (angina pectoris) ภายใน 24 ชั่วโมง โดยประเมินจากการสอบถามอาการผู้ป่วย และจากบันทึกทางการแพทย์
- 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของโรค หรือมีโรคร่วมรุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ (unstable hemodynamic) ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ ใส่เครื่องพุงหัวใจ (Intra-aortic balloon pump, IABP) เป็นต้น และแพทย์ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมใดๆ เนื่องจากอาจเป็นสาเหตุให้อาการรุนแรงขึ้น
- 3) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท (neurological disorder) มีความบกพร่องเกี่ยวกับกระบวนการรับรู้ ความจำ หรือ การใช้ความคิด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (dementia) หรือ ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เป็นต้น
- 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช (psychological disorders) ในกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง ได้แก่ โรคซึมเศร้า (depression) หรือ โรควิตกกังวล (anxiety disorders) เป็นต้น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ power analysis (Polit & Beck, 2004) ซึ่งเป็นสูตรที่ใช้ในการประมาณ population effect size ในสถิติการวิเคราะห์ข้อมูลการถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยใช้สูตร ดังนี้

$$N = L / R^2 + k + 1$$

N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

L = ค่าอำนาจการทำนายจากตาราง

k = จำนวนปัจจัยทำนาย

$$R^2 = \text{ค่าขนาดของอิทธิพลกลุ่มตัวอย่าง} = R^2 / 1 - R^2$$

ผู้วิจัยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (significant level, α) = .05 อำนาจการทำนาย (level of power) = .80 และกำหนดค่าขนาดของอิทธิพลปานกลาง (moderate effect size, R^2) = .13 โดยอ้างอิงงานวิจัยของ นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ (2548) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งได้กำหนดค่า medium effect size = .13 และสามารถอธิบายปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เจ็บพลัน ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยและด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษาครั้งนี้ มี 5 ปัจจัยทำนาย คือ 1) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 2) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 3) การรับรู้ความเจ็บป่วยผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย 4) การตอบสนองทางอารมณ์ และ 5) ประสบการณ์การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เจ็บพลัน และเมื่อกำหนดจำนวนปัจจัยทำนาย (K) = 5 ค่าอำนาจการทำนายจากตาราง (L) = 12.83 (Polit & Beck, 2004)

$$\begin{aligned}\text{แทนค่าสูตร จะได้} \quad N &= L / (R^2 / 1 - R^2) + k + 1 \\ &= 12.83 / (.13 / 1 - .13) + 5 + 1 \\ &= (12.83 / .149) + 5 + 1 \\ &= 92.11\end{aligned}$$

ดังนั้น จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 92 คน

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยซีซียู ไอซีซียู และหอผู้ป่วยสามัญ ตึกอักษุศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเฉพาะโรคที่มีความซับซ้อน และรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิเฉพาะทาง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจและหลอดเลือด ให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจตามมาตรฐานการรักษาสากล จากสถิติโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2549 พบว่ามีผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 955 ราย (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 21 ข้อคำถาม สำหรับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูล มีทั้งคำถามปลายปิดแบบกำหนดตัวเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล และประสบการณ์การเข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด สิทธิรักษาพยาบาล ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ และระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก

2) ประสบการณ์การเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนการเข้ารับการรักษารั้งนี้ จำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับความรู้ที่เคยได้รับจากประสบการณ์การเข้ารับการรักษในครั้งที่ผ่านมา ได้แก่ การได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ควรมาพบแพทย์ทันที การใช้ยาที่มีลิ้นอย่างถูกต้อง และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก โดยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

3) ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาล

ระยะเวลาดังแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ วันและเวลา ที่เริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกครั้งล่าสุด เวลาที่ตัดสินใจมารับการรักษที่โรงพยาบาล เวลาที่มาถึงโรงพยาบาล และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด โดยนำระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจมารับการรักษที่โรงพยาบาล และระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อตอบคำถามการวิจัยต่อไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ (the Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) เป็นเครื่องมือที่ Broadbent, Petrie, Main, และ Weinman (2006) พัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ ที่มีเนื้อหากระชับและครอบคลุมประเด็นสำคัญ เพื่อความสะดวกในการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง ช่วยลดเวลาในการตอบคำถามที่นานเกินไป เนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อนมากที่สุด

Broadbent, et al. (2006) ทำการทดสอบความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ของแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (Brief IPQ) เทียบกับแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire-Revised, IPQ-R)

โดยการได้นำแบบสอบถามไปใช้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ในผู้ป่วย 6 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 103 คน โรคหอบหืด 309 คน โรคไต 132 คน โรคเบาหวาน 199 คน ความเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ได้แก่ โรคหัวใจ ภูมิแพ้ และปวดศีรษะ 166 คน รวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกระยะรอตรวจการตรวจสมรรถภาพหัวใจ (stress exercise testing) 62 คน หลังจากนั้นได้นำไปทดสอบความเที่ยงโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ที่ 3 และ 6 สัปดาห์ภายหลังเกิดอาการในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการทดสอบซ้ำ อยู่ระหว่าง 0.42 - 0.75

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจาก Broadbent, et al. ในการนำแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมาแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) อย่างครบถ้วน และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนการนำมาใช้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ โดยมีข้อคำถามทางด้านบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2 และ 5 โดยคะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่รุนแรง คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรง และข้อคำถามทางด้านลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3 และ 4 คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรง คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่รุนแรง

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0 - 10 คะแนน มีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามกันอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10 คะแนน) ยกเว้นข้อที่ 9 เป็นข้อคำถามปลายเปิด ดังนี้

- 1) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อคำถามที่ 2 และ 5
- 2) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อคำถามที่ 3 และ 4
- 3) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย ประเมินโดยใช้ข้อคำถามที่ 1
- 4) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อคำถามที่ 9

2. การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 และ 8 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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การหาความตรง (validity)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ (cardiologist) 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 ท่าน
3. พยาบาลผู้ปฏิบัติขั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่านและพยาบาลชำนาญการ 1 ท่าน

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปหาความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามต่อไป

การหาความเที่ยง (reliability)

หลังจากปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้โดยการศึกษานำร่อง ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในคำถาม และปัญหาในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.697 และเมื่อนำไปใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 92 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.708

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำแบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอการรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และยื่นแบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคน โดยส่งพร้อมหนังสือส่งตัวเพื่อการอนุมัติให้เข้าทำวิจัย
2. ขอหนังสือส่งตัวเพื่อขออนุมัติเข้าทำวิจัยในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยซีซียู ไอซีซียู และหอผู้ป่วยสามัญ ดิโกอัสถุรักษ์
3. ภายหลังแบบเสนอโครงการวิจัย ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยซีซียู หัวหน้าไอซีซียู และหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญ ดิโกอัสถุรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย ผู้ซึ่งมีอาการอยู่ในระยะคงที่ และไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (angina pectoris) มาแล้วอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง และให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์การทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย วิธีการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการไม่เข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย
5. ผู้วิจัยขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ป่วย ภายหลังการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ที่ถูกประทับตราการรับรองด้านจริยธรรมในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนฯ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลแล้ว
6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ต่อกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเรื่องสายตา ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีสายตายาว หรือ สายตาสั้น ทำให้การอ่านหนังสือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แทนการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 15 - 20 นาที
7. ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อโครงการวิจัย ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากกรวิจัยสามารถบอกยกเลิกได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มประชากรเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ ได้วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล ดังนี้

1. อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด สิทธิรักษาพยาบาล ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้สถิติพรรณนาในรูปของความถี่และร้อยละ

2. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษา โดยวิธีการหาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบระยะเวลาในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าข้อมูลแต่ละค่าที่เก็บมามีความแตกต่างกันมาก ทำให้รูปแบบการกระจายของข้อมูลมีทิศทางเบ้ขวา ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ Mann-Whitney U-test ในการทดสอบเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าว คือ ตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และมีการกระจายของข้อมูลแบบไม่ปกติ ซึ่งสถิติ Mann-Whitney U-test จะใช้วิธีการเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (median) ซึ่งค่าของตัวแปรต่อเนื่อง (continuous) จะถูกเปลี่ยนให้เป็นตัวแปรเรียงอันดับ (ordinal scale) ก่อนทำการทดสอบ (ทรงศักดิ์ ภูสีอ่อน, 2551)

4. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการตอบสนอง

ทางอารมณ์ ต่อเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (all enter multiple regression analysis) (ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณภาคผนวก จ)



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตาม ภายหลังจากความเจ็บป่วย การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยนำได้นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยซีซียู ไอซีซียู และหอผู้ป่วยสามัญ ตึกอักษณาศึกษา โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 92 คน มาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกออกเป็น 6 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จนมาถึงโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อเวลาที่ ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อ เวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 6 การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 92 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 35.9 non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ร้อยละ 31.5 และชนิด unstable angina (UA) ร้อยละ 32.6 ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 34 – 85 ปี (อายุเฉลี่ย 63.29 ปี, ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน=11.16) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 56.5 รองลงมาร้อยละ 34.8 อยู่ช่วงระหว่าง 51 – 60 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 64.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 47.8 และ ร้อยละ 70.9 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันแต่ไม่มีเงินออมเหลือเก็บไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากต้นสังกัด และร้อยละ 47.7 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บุคคลที่อยู่กับกลุ่มตัวอย่างขณะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตรของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 69.3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.2 ต้องเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.7 เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาแล้ว โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 63.3 เคยได้รับความรู้ในเรื่องอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ การปฏิบัติตัวขณะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และ ร้อยละ 89.8 เคยได้รับความรู้ในเรื่องการใช้ยาเมื่อได้ลิ้นมาก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=92)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
Unstable angina (UA)	30	32.6
Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI)	29	31.5
ST-elevation myocardial infarction (STEMI)	33	35.9
อายุ		
30 – 40 ปี	5	5.4
41 – 50 ปี	3	3.3
51 – 60 ปี	32	34.8
61 ปีขึ้นไป	52	56.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	33	35.9
ชาย	59	64.1
สิทธิรักษาพยาบาล		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	42	47.7
ประกันสังคม	2	2.3
ต้นสังกัด	44	55.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	8.9
ประถม	43	47.8
มัธยม/ปวช.	14	15.6
ปวส.	7	7.8
ปริญญาตรี	15	16.7
ปริญญาโทขึ้นไป	3	3.3
ความเพียงพอของรายได้		
มีพอใช้เหลือเก็บ	13	15.1
มีพอใช้ ไม่เหลือเก็บ	61	70.9
ไม่พอใช้	12	14.0
บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ		
คนเดียว	5	5.7
คู่สมรส/บุตร	61	69.3
ญาติ/พี่น้อง	15	17.0
เพื่อน/ผู้ร่วมงาน	7	8.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล		
ระยะทาง < 10 กม.	32	43.8
ระยะทาง > 10 กม.	41	56.2
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเฉียบพลัน		
ไม่เคย	39	44.3
เคย	49	55.7
ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ผู้ป่วยเคยได้รับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อน		
ความรู้เรื่องอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	31	63.3
ความรู้เรื่องการใช้ยาอมใต้ลิ้น	44	89.8
ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก	31	63.3

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การวิเคราะห์ระยะเวลาต่างๆ ที่ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษา และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ โดยจำแนกตามระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษา และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาล

พบว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลโดยมีทิศทางเบ้ขวา และจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกติ เช่นเดียวกัน (สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล, 2540; นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ, 2549) ทั้งนี้เพราะเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับการรักษาของบุคคล ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ซึ่งอาจมาเร็วเป็นนาทีจนกระทั่งมาช้าเป็นวัน ทำให้ข้อมูลมีการกระจายมาก ดังนั้นในการนำเสนอผลวิจัยที่ได้จากการศึกษา จึงใช้ค่ามัธยฐาน ซึ่งเป็นค่าที่เป็นตัวกลางได้ดีที่สุดสำหรับข้อมูลในลักษณะนี้ (ทรงศักดิ์ ภูสีอ่อน, 2551) ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่ามัธยฐานเป็นหลักโดยมีค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ประกอบ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลาดังแต่เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 37 นาที โดยมีค่าเฉลี่ย 120 นาที (ค่าต่ำสุด = 5 นาที, ค่าสูงสุด = 540 นาที) และค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 30 นาที โดยมีค่าเฉลี่ย 39 นาที (ค่าต่ำสุด = 5 นาที, ค่าสูงสุด = 240 นาที) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ของระยะเวลาต่างๆ ที่ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษา และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาล

ระยะเวลา	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด (นาที)	ค่าเฉลี่ย (นาที)	ค่ามัธยฐาน (นาที)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (นาที)
-ระยะเวลาในการตัดสินใจ มารับการรักษา	5-540	120	37	157.087
-ระยะเวลาที่ใช้ในการ เดินทางมาโรงพยาบาล	5-240	39	30	43.466

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ จากผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการตัดสินใจมีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นปกติ จึงไม่สามารถใช้สถิติ independent samples t-test ได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ Mann-Whitney U test แทน โดยคุณสมบัติในการทดสอบของสถิติดังกล่าว คือ การเปรียบเทียบตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ซึ่งถ้าเป็น independent samples t-test จะเป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (mean) แต่ Mann-Whitney U test จะใช้วิธีการเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (median) ซึ่งค่าของตัวแปรต่อเนื่อง (continuous) จะถูกเปลี่ยนให้เป็นตัวแปรเรียงอันดับ (ordinal scale) ก่อนทำการทดสอบ (ทรงศักดิ์ ภูสีอ่อน, 2551)

พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะตัดสินใจมารับการรักษาช้ากว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 60 นาที (ค่าเฉลี่ย 128 นาที) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ของระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แยกตามประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย (นาที)	ค่าเฉลี่ยอันดับ (นาที)	ค่ามัธยฐาน (นาที)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					0.0415*
ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์	103	30.48	30	159.521	
ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์	128	39.51	60	156.860	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's product moment correlation) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บปวดด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ความเจ็บปวดด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น การรับรู้ความเจ็บปวดด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ มีค่าระหว่าง -0.355 ถึง 0.494 โดยพบว่า การรับรู้ความเจ็บปวดด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการรับรู้ความเจ็บปวดด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น และการรับรู้ความเจ็บปวดด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ ($r = .401, .240$) ด้านการตอบสนองทาง

อารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = .336, .494$)

เมื่อพิจารณาถึงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายและเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษา มีค่าระหว่าง $-0.814 - 0.291$ โดยพบว่าประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .291$) และเมื่อพิจารณาตัวแปรรายด้านของการรับรู้ความเจ็บป่วย พบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น และด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์เชิงลบกับเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ ($r = -.367, -.814$) ในขณะที่การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ (Pearson's product moment correlation) ระหว่างตัวแปรที่มีผลต่อเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1) ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	1.000					
2) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น	.107	1.000				
3) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	-.355**	.401**	1.000			
4) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย	.078	.176	.240*	1.000		
5) การตอบสนองทางอารมณ์	-.229*	.336**	.094	.494**	1.000	
6) เวลาในการตัดสินใจมารับการรักษา	.291*	-.367*	-.814**	-.140	.185	1.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่ามีตัวแปรอิสระอย่างน้อย 1 ตัวที่สามารถพยากรณ์เวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ กับ เวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาเท่ากับ 0.840 โดยที่ตัวพยากรณ์ทั้งหมด 5 ตัว สามารถพยากรณ์เวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาได้ร้อยละ 70.6 และมีความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์เท่ากับร้อยละ 29.4

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย สามารถพยากรณ์เวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น การตอบสนองทางอารมณ์ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถพยากรณ์เวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สามารถทำนายระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาได้สูงสุดคือ - 0.758 และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วย - 0.238 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5 และสามารถเขียนในรูปสมการทำนายได้ ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5$$

$$Y = 48.715 + 3.329x_1 + 0.077x_2 - 2.272x_3 - 1.133x_4 + 0.598x_5$$

โดยที่ Y = เวลาในการตัดสินใจมารับการรักษา

a = Constant (a) = 48.715

x₁ = ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

x₂ = การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น

x₃ = การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

x₄ = การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย

x₅ = การตอบสนองทางอารมณ์

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณเพื่อพยากรณ์การตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยนำปัจจัยทุกด้านเข้าในสมการ

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	p-value
1) ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	3.329	4.477	.083	.744	.461
2) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น	.077	.382	.021	.201	.841
3) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	-2.272	.365	-.758	-6.223	.000
4) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย	-1.133	.530	-.238	-2.137	.038
5) การตอบสนองทางอารมณ์	.598	.315	.212	1.897	.065
Constant (a) = 48.715 ; SE _{est} = ± 11.29					
R = .840 ; R ² = .706 ; Adjusted R ² = .671 ; F = 20.133 ; p-value = .000					

ส่วนที่ 6 การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การวิเคราะห์การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และร้อยละโดยจำแนกตามการรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้สาเหตุของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาจากหลายสาเหตุด้วยกัน โดยรับรู้ว่าการรับประทานอาหารเป็นสาเหตุของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากที่สุดร้อยละ 40.2 รองลงมาคือ ความเครียดร้อยละ 21.7 เชื้อโรคร้อยละ 3.3 กรรณพันธุ์ร้อยละ 2.2 มลภาวะของสิ่งแวดล้อมร้อยละ 2.2 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.4 ไม่ทราบสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งนี้

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามภายหลังจากความเจ็บป่วย การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 92 ราย จากผลการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายผล ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่
 - 2.1 ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจมารับการรักษา
 - 2.2 ระยะเวลาในการเดินทางมาถึงโรงพยาบาล
3. การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.1) มากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (สุณีย์ เอี่ยมศิรินุกุล 2540; นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ 2549; รุ่งทิพย์ พงษ์เจริญวรัญญู 2550; แสงเดือน กันทะขู้ 2552; Moser, McKinley, Dracup, & Chung, 2005; Xian-tao, Yun-dai, Wei-qi, & Shu-

zheng, 2007) ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ น้อยกว่าเพศหญิง การศึกษาของ Xian-tao, et al. (2007) พบว่า ร้อยละ 66.2 ของเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง พบเพียงร้อยละ 6.6 เท่านั้น และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ร้อยละ 56.5 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (อายุเฉลี่ย 63.23 ปี) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาของ นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ (2549) และ แสงเดือน กันทะขู (2552) คือ 61.9 และ 65.46 ปี ตามลำดับ รวมทั้งการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความใกล้เคียงกัน คือ ในประเทศสหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น และ อังกฤษ มีอายุเฉลี่ย 60.5, 56.9, 60.7 และ 60.7 ตามลำดับ (McKinleya, et al., 2004) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีหลอดเลือดแดงเกิดการเสื่อมสภาพตามอายุ มีไขมันและหินปูน (แคลเซียม) เข้าไปสะสมอยู่ตามผนังของหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นและแข็ง และยังมีหลายปัจจัยที่ทำให้หลอดเลือดแดงเกิดการเสื่อมได้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน บุหรี่ เป็นต้น

จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 70.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้พอใช้ แต่ไม่มีเหลือไว้เก็บออม แต่จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยบอกว่าไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยทุกรายในการศึกษานี้ ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการตามสิทธิรักษาพยาบาลของตนเองได้ ดังต่อไปนี้ สิทธิขั้นต้นสังกัด หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคม ร้อยละ 55, 47.7 และ 2 ตามลำดับ

2. ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การศึกษานี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการ กับ ระยะเวลาเดินทางมาโรงพยาบาล ผลการศึกษาทั้ง 2 ประเด็นดังกล่าว มีดังนี้

2.1 ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจมารับการรักษา

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังจากเกิดอาการจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีค่ามัธยฐาน 37 นาที (ค่าต่ำสุด = 5 นาที, ค่าสูงสุด = 540 นาที) แตกต่างกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิริบุญ (2540)

ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการตัดสินใจ และกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำก่อนมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2539 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2540 พบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาเท่ากับ 120 นาที เนื่องจากในช่วงเวลาของการศึกษาวิจัยดังกล่าวนี้ สังกมไทยยังไม่มีระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 มีรายได้ น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จึงอาจเป็นไปได้ว่า การที่ผู้ป่วยตัดสินใจมารับรักษาล่าช้านั้น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยยังมีความลังเลในการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล อันเนื่องจากการที่ผู้ป่วย ต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด

อย่างไรก็ตาม เวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากการศึกษาครั้งนี้ ยังช้ากว่าเวลามาตรฐานตามแนวปฏิบัติของ ACC/AHA (2004) โดย ACC/AHA กำหนดเป้าหมายระยะเวลาที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยต้องตัดสินใจมารับการรักษาทันที เมื่อมีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายในเวลา 5 นาที สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกและหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตโดยกะทันหันก่อนมาถึงโรงพยาบาล แต่หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้เสียชีวิต อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งต้องใช้ระยะเวลารักษาดูแลในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น รวมถึงสิ้นเปลืองทรัพยากร และงบประมาณของรัฐบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นเช่นเดียวกัน

การตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอาการจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันล่าช้าที่พบจากการศึกษาในครั้งนี้ จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรอเฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมถึงรอให้อาการหายไปเอง ร้อยละ 46.7 และ พยายามที่จะบรรเทาอาการด้วยตัวเอง ร้อยละ 29 ทำให้ระยะเวลาจากการเกิดอาการจนได้รับการรักษานั้นยาวนานขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ ที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจมารับรักษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ บางครั้งอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ไม่ชัดเจน เช่น อาการปวดตามแขน หรือ ไหล่ เหนือออก หรือ มีอาการจุกแน่นท้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าเป็นอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงรอดูอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณีย์ เอี่ยมศิริณกุล (2540) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยร้อยละ 33 จะรักษาอาการเองก่อน และเมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงจะไปโรงพยาบาล สำหรับเหตุผลของการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล คือ มีอาการเป็นมากขึ้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าพบว่าร้อยละ 69.3 ของผู้ป่วยจะรอปรึกษาผู้สมรส และบุตรก่อนที่จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยบางครั้งไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับโรคและอาการที่เกิดขึ้นจากโรคได้ ผู้ป่วยจึงปรึกษานุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาด ไกรรัตน์เจริญ (2548) ที่พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 74 ของผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อเกิดอาการจะรอปรึกษาญาติก่อนที่จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ระยะเวลาในการตัดสินใจยาวนานขึ้น และการศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจตีบ ร้อยละ 48.9 ใช้วิธีปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุตรชายและบุตรสาวมากที่สุด รองลงมาคือ ปรึกษาผู้สมรสร้อยละ 33 ซึ่งสะท้อนให้เห็นลักษณะของการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยไทย

2.2 ระยะเวลาในการเดินทางมาถึงโรงพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ใช้เวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐาน 30 นาที (ค่าต่ำสุด = 5 นาที, ค่าสูงสุด = 240 นาที) เป็นเวลาที่อยู่ในกำหนดตามมาตรฐานของ ACC/AHA (2004) ที่กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องเดินทางมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 30 นาที เพื่อให้ทันต่อการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดหรือการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน โดยพบว่าระยะเวลาในการเดินทางมาถึงโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่ไม่ได้เป็นปัญหาทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.2 ต้องเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร และผู้ป่วยร้อยละ 13 รายงานว่าประสบกับปัญหาการจราจรติดขัด โดยเฉพาะในช่วงชั่วโมงเร่งด่วน ซึ่งเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการเดินทางเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ สุนิย์ เอี่ยมศิริณกุล (2540) ที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงการกับศึกษาครั้งนี้ พบว่าเวลาที่ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 37 นาที ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ มีประชาชนจำนวนมากเดินทางมาใช้บริการ จึงทำให้การจราจรบริเวณย่านนี้หนาแน่น ส่งผลทำให้การเข้าออกโรงพยาบาลเป็นไปด้วยความยากลำบาก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ นุชนาด ไกรรัตน์เจริญ (2548) ที่ทำการศึกษากับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิใน 3 จังหวัดทางภาคเหนือ พบว่าระยะเวลาเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 110 นาที ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีความล่าช้ามาก เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมินั้นตั้งอยู่ในเขตเมืองซึ่งอยู่ห่างไกลชุมชน และผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบท ทำให้ต้องเดินทาง

ไปไกล จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลช้า แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยใช้เวลาในการเดินทางระหว่าง 7-22 นาที (Dracup & Moser, 1991) ผลที่ได้จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการเดินทางล่าช้ามากกว่าในการศึกษาของต่างประเทศ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในต่างประเทศมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services, EMS) ในการอำนวยความสะดวกในการเดินทาง และความแตกต่างด้านการจัดระบบการจราจร ซึ่งช่วยลดระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลลงได้

3. การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้สาเหตุของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันว่ามาจากหลายสาเหตุด้วยกัน โดยรับรู้ว่าการรับประทานอาหารไขมันสูงเป็นสาเหตุของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากที่สุดร้อยละ 40.2 รองลงมาคือ ความเครียดร้อยละ 21.7 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีของ Dracup, et al. (2006) ที่กล่าวว่า การรับรู้สาเหตุของโรคมาจากสาเหตุใดนั้น มีอิทธิพลมาจากความรู้ความเข้าใจ เจตคติ (attitudes) และความเชื่อ (beliefs) ของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ McKinley, et al. (2000) ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่อาศัยอยู่ในแถบอเมริกาเหนือ พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเครียด กรรมพันธุ์ การไม่ออกกำลังกายหรือน้ำหนักเกิน เป็นสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการศึกษาของเป็น รักเกิด (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่ามาจากหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไขมันสูง และสาเหตุจากจิตใจ เช่น ความเครียด นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 30.4 ของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ไม่ทราบสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งนี้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกุล (2540) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 62 ไม่ทราบมาก่อนว่าอะไรเป็นสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความหลากหลายนั้น ขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจทัศนคติ และความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน

อย่างไรก็ตามจากผลของการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 40.2 รับรู้ว่าการรับประทานอาหารไขมันสูงเป็นสาเหตุของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางราย (ร้อยละ 30.4) ไม่ทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเจ็บ

แน่นหน้าอกครั้งนี้ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไขมันสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้น

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และ ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษามารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น

จากการวิเคราะห์สถิติถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณโดยนำปัจจัยทุกด้านเข้าในสมการ พบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .021, p = 0.841$) ไม่สอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีของ Dracup, et al. (2006) ที่เชื่อว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเกิดจันรุนแรงและเป็นต่อเนื่องยาวนานไม่หายไป จะตัดสินใจมารับการรักษาเร็ว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระบวนการตัดสินใจมารับการรักษานั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ลักษณะอาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีก ดังจะเห็นได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่าขณะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการกับอาการก่อนตัดสินใจมารับการรักษา ได้แก่ การรอให้อาการหายไปเอง หรือ การบรรเทาอาการด้วยตัวเอง รวมถึงการขอคำปรึกษาจากผู้สมรสและบุตรก่อนที่จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เป็น รักเกิด (2550) ที่ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา ($\chi^2 = 2.38, p > 0.05$) เนื่องจากกระบวนการตัดสินใจมารับการรักษานั้นขึ้นอยู่กับ การพยายามอดทน หรือ การรอคอยอาการ ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ลักษณะอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเพียงอย่างเดียว และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เมื่อเกิดอาการครั้งแรก

ผู้ป่วยร้อยละ 33 จะรักษาอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองก่อน และเมื่ออาการไม่ดีขึ้น หรือ เกิดอาการเป็นมากขึ้น จึงตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($\beta = -.758$) โดยพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์เชิงลบกับเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = -.814$) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าสามารถควบคุม/รักษาได้ จะตัดสินใจมารับการรักษาเร็ว เหตุที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจมาจากการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมา หลังจากความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .240$) ทั้งนี้เพราะในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะแพร่กระจายที่จะเกิดขึ้นหลังจากความเจ็บป่วยนั้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมาก และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมหรือการรักษาได้ ถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องอย่างทันทั่วทั้งที่ ดังนั้นการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างรวดเร็วจึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีของ Dracup, et al. (2006) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมตัดสินใจของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับตนเอง ขึ้นอยู่กับการรับรู้และการแปลความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเป็น รักเกิด (2550) ที่ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 92 คน ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าจะสามารถรักษาหรือควบคุมได้จะมารับการรักษาเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าจะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง จำเป็นต้องให้ทีมแพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิด เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ นุชนาด ไกรรัตน์เจริญ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาหลังจากความเจ็บป่วยสามารถร่วมทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาได้ร้อยละ 6.2 ($p < 0.05$)

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย

จากการพิจารณาผลการศึกษาที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยสามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\beta = -.238, p = 0.038$) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับรู้ภาวะแทรกซ้อนภายหลังเกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมาก และมีความรุนแรง อันตรายถึงชีวิต จะตัดสินใจเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตอบสนองทางอารมณ์ และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ ($r = .494, .240$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างรู้สึกหวาดกลัวผลกระทบที่อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งอาจมีความรุนแรงถึงขั้นเป็นอันตรายถึงชีวิต รวมถึงกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโรคนี้สามารถควบคุมและรักษาได้ หากได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว จากทีมแพทย์อย่างใกล้ชิด จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ สอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีของ Dracup, et al. (2006) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่รับรู้ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยรุนแรง กระทบต่อการดำเนินชีวิตมาก จะส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาเร็ว และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกุล (2540) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ร้อยละ 62 จะรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นมีภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย นำไปสู่การเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว จะไปรับการรักษาเมื่อเกิดอาการทันที ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาด ไกรรัตน์เจริญ (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเฉียบพลัน ในจังหวัดทางภาคเหนือ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงผลที่คาดว่าจะตามมาภายหลังเกิดความเจ็บป่วยรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า ($r = .244, p < 0.05$) เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชนบทที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล จึงมีความลังเลในการตัดสินใจเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงแม้ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดตามมาในระดับสูงก็ตาม

การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses)

ปัจจัยด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional response) มีผลต่อเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมา (Walsh, et al., 2004; Dracup & Moser, 1997) แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า

ระดับการตอบสนองทางอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .185$) แตกต่างจากการศึกษาของ Burnett, et al. (1995) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาเร็วหรือช้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอาการครั้งแรก ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี จะมีความวิตกกังวลมาก และรู้สึกกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาได้เร็วขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย = 63.29 ปี) และจากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เด่นชัด มีเพียงแต่อาการเหนื่อยง่าย เหงื่อออกเป็นลม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 55.7) เคยมีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อนแล้ว จึงทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลงเมื่อเข้ารับการรักษาแล้ว อาการหายไปโดยเร็ว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dracup และ Moser (1997) ในการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 277 ราย จากโรงพยาบาล 43 แห่ง ในแถบอเมริกาเหนือ พบว่าผู้ป่วยที่ตัดสินใจมารับการรักษาช้า มีการตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย แต่เป็นความกังวลต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัว จะไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อเกิดอาการ โดยให้เหตุผลว่าความเจ็บป่วยของตนจะเป็นภาระแก่ครอบครัว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ พบว่าการตอบสนองทางอารมณ์ไม่ได้เป็นตัวพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ใช้ในการทำนายระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษาได้ ทั้งนี้อาจไปได้ว่าการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการตอบแบบสอบถามจากผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ผ่านพ้นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตมาแล้ว และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกรายมีอาการดีขึ้น จึงอาจทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง อาจเป็นเหตุทำให้การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง แต่เมื่อพิจารณาจากความสัมพันธ์รายด้านของปัจจัยด้านการตอบสนองทางอารมณ์ พบว่าความกังวลและภาวะอารมณ์ที่มีผลต่อความเจ็บป่วยที่สูง จะมีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยรับรู้ผลตามมามากหลังจากความความเจ็บป่วยนั้นรุนแรง ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Walsh, et al. (2004) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ผลกระทบที่อาจเกิดตามมามากหลังจากการเกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น มีความรุนแรง และอันตรายถึงชีวิต จะตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ซึ่งการที่ผู้ป่วยรู้สึกกลัวผลกระทบที่ตามมาภายหลังเกิดอาการนั้น ทำให้นำไปสู่แรงจูงใจในการเข้ารับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะตัดสินใจมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์มาแล้วมักจะรอดูการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมถึงพยายามที่จะบรรเทาอาการด้วยตัวเอง ก่อนตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเคยที่มีประสบการณ์มาแล้ว ส่วนใหญ่จะได้ยากลับบ้านเป็นยามไต้ลั่น และเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ผู้ป่วยจะนำยามไต้ลั่นมาใช้เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น และเมื่อมีอาการเกิดขึ้นอีก ผู้ป่วยจะใช้วิธีการเช่นนี้ซ้ำอีก จึงอาจเป็นไปได้ว่า การที่ผู้ป่วยเชื่อว่าการปฏิบัติเช่นนี้แล้ว จะสามารถบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้ทุกครั้งจึงทำให้ผู้ป่วยไม่เล็งเห็นความสำคัญในการตัดสินใจมารับการรักษาพยาบาลทันที ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา สอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีของ Dracup, et al. (2006) กล่าวว่า กระบวนการตัดสินใจเป็นเรื่องของพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ที่ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เคยได้รับจากประสบการณ์ที่ผ่านมาเพียงอย่างเดียว อาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล และ การจดจำประสบการณ์ความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละคน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Goldberg, et al. (2000) ศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความเกี่ยวข้องกับเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เคยมีประวัติเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีโรคร่วมเป็นเบาหวาน จะเข้ามารับการรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก โดยพบว่าผู้ป่วยทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนเป็นอาการที่บ่งบอกถึงการเริ่มต้นของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยมักไม่สรุปว่าตนเองมีอาการรุนแรงถึงขั้นที่ต้องตัดสินใจไปโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยหลายคนให้เหตุผลว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรง จึงทำให้ผู้ป่วยรอดูอาการก่อน และเมื่ออาการเป็นมากขึ้นจึงจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผลการวิจัยในภาพรวมสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสนอโดย Dracup, et al. (2006) ที่ว่าพฤติกรรมการตัดสินใจมีอิทธิพลมาจากการรับรู้ความเจ็บป่วย และประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วยแต่ละคน

อย่างไรก็ดี ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงบทบาทของผู้อื่นที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจ โดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เนื่องจากในสังคมไทย ผู้ป่วยมักอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว และเมื่อเกิดอาการผู้ป่วยมักจะรอปรึกษานักคนในครอบครัว

ก่อนที่จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที จึงควรมีการศึกษาถึงประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนต่อไป



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlation predictive design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาต่างๆ ที่ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้ ตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษา ในการทำนายการตัดสินใจมาเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ ตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจมาเข้ารับรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของ Dracup, et al. (2006)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยซีซียู หอผู้ป่วยไอซีซียู และหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 92 คน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 โดยการเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะเวลาต่างๆ ที่ผู้ป่วยใช้ตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาล และแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (the Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ภาวภาษาไทย ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของภาษา (back translation) และการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.708) มาใช้ในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดเรื่องสายตาในการอ่านหนังสือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์แทน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบสมมุติฐานใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (all enter multiple regression analysis) และสถิติ Mann-Whitney U test

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 92 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 35.9 non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ร้อยละ 31.5 และชนิด unstable angina (UA) ร้อยละ 32.6 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 34 ถึง 85 ปี (mean = 63.29, SD = 11.16) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.5 รองลงมาร้อยละ 34.8 อยู่ช่วงระหว่าง 51 – 60 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 64.1 จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.8 และ ร้อยละ 70.9 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันแต่ไม่มีเงินออมเหลือเก็บไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากต้นสังกัด และร้อยละ 47.7 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บุคคลที่อยู่ด้วยกับกลุ่มตัวอย่างขณะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตรคิดเป็นร้อยละ 69.3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.2 ต้องเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.7 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาแล้ว โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.3 เคยได้รับความรู้ในเรื่องอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการปฏิบัติตัวขณะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และร้อยละ 89.8 เคยได้รับความรู้ในเรื่องการใช้อาอมใต้ลิ้นมาก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้

1. กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษามีค่ามัธยฐาน 37 นาที โดยมีค่าเฉลี่ย 120 นาที (Min = 5 mins, Max = 540 mins)
2. ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 30 นาที โดยมีค่าเฉลี่ย 39 นาที (Min = 5 mins, Max = 240 mins)
3. กลุ่มตัวอย่างรับรู้สาเหตุของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาจากหลายสาเหตุด้วยกัน โดยรับรู้ว่าเป็นสาเหตุของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากที่สุดร้อยละ 40.2 รองลงมาคือ ความเครียดร้อยละ 21.7 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายร้อยละ 30.4 ไม่ทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกครั้งนี้
4. กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้ากว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05
5. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย และการตอบสนองทาง

อารมณ์ สามารถร่วมกันทำนายนการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 70.6 และมีความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์เท่ากับร้อยละ 29.4

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1.1 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55.7 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเฉียบพลันมาแล้ว โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 63 เคยได้รับความรู้ในเรื่องอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การใช้ยาอมใต้ลิ้นและการปฏิบัติตัวขณะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมาก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ แต่ผู้ป่วยก็ยังคงตัดสินใจมารับรักษาล่าช้าอยู่ จากข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่ายังต้องมีการพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านแก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันทีเมื่อเกิดอาการ ซึ่งจะช่วยให้มีเวลาเพียงพอที่จะให้ยาหรือทำหัตถการต่างๆ ได้ทันทั่วทั้งที่ เพื่อลดความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงการให้ความรู้แก่ครอบครัวของผู้ป่วย หรือผู้ดูแลใกล้ชิดในการสังเกต และจดจำอาการนำของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรหนักๆ มากดทับ และอาการต่างๆ ที่อาจเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น จุกแน่น หรือ แสบบริเวณลิ้นปี่ หายใจหอบ ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียว หรือทั้งสองข้างไปจนถึงคอและกราม เหงื่อออกท่วมตัว คลื่นไส้ หน้ามืด ใจสั่น ซึ่งโดยมากมักจะเกิดร่วมกับอาการนำ รวมถึงวิธีใช้ยาในโทรกลีเซอริน วิธีเรียกรถฉุกเฉิน และรู้ว่าต้องไปโรงพยาบาลไหนที่ใกล้ที่สุด เพื่อที่จะได้รับการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่

1.2 จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมา หลังจากความเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายนการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันได้ร้อยละ 70.6 ($p < 0.001$) ซึ่ง Dracup, et al. (2006) เชื่อว่ากระบวนการของการรับรู้ความเจ็บป่วย มีอิทธิพลมาจากการที่ผู้ป่วยสามารถจดจำความหมาย (semantic memories) อันได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล โดยข้อมูลดังกล่าวจะทำให้พยาบาลเข้าใจถึงกระบวนการคิดตัดสินใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เขียนพลันได้ดีขึ้น สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในเรื่องโรค การรักษา และการดูแลตนเองแล้ว การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ารโรคนี้ควบคุมได้ และผลที่ตามมามีความรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการมารับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

1.3 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 13 ประสบกับปัญหาการจราจรติดขัด ซึ่งเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการเดินทางเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งถึงจะเป็นเพียงส่วนน้อยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แต่ก็ยังเป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นว่า ยังต้องพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ พร้อมไปกับการลดระยะเวลาในการเดินทางเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่น การพัฒนาระบบรถพยาบาลที่สามารถออกไปสู่จุดเกิดเหตุได้อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในเขตที่การจราจรแออัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย หรือ การจัดหน่วยให้บริการด้านการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้สิทธิในการรักษา เพื่อความเข้าใจในการใช้สิทธิการรักษาเข้ารับการรักษาเบื้องต้นในโรงพยาบาลใกล้บ้านที่มีศักยภาพในการรักษา

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเขียนพลันจากภูมิภาคต่างๆ ในประเทศไทย ที่มีบริบทแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากร ลักษณะสังคมและถิ่นฐานที่อยู่อาศัย เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านแก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเขียนพลันให้เฉพาะเจาะจงกับบริบททางวัฒนธรรมสังคมที่แตกต่างกัน

2.2 การทำวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเขียนพลัน ตามกรอบแนวคิดของ Dracup, et al. (2006) ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยบางประการ คือ ในด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่า ในการทำการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมตามกรอบแนวคิดดังกล่าว คือ ศึกษาถึงปัจจัยทางด้านบทบาทของบุคคลรอบข้างเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต และลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมปัจจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้

2.3 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย ที่มุ่งอธิบายถึงปัจจัยที่สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเขียนพลัน จึงควร

นำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับตนเองอย่างเหมาะสมและตัดสินใจมารับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่



การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

COGNITIVE REPRESENTATION, EMOTIONAL RESPONSES AND HOSPITALIZATION EXPERIENCE IN PREDICTING DECISION MAKING FOR RECEIVING TREATMENT AMONG PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

พิมพ์ เทพวัลย์ 4936713 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด., คณิงนิจ พงศ์ถาวรกุล, Ph.D. (Nursing), นัตรกนก ทุมวิภาต, พ.บ.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก โดยพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกจากอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2003 มีประชากรเสียชีวิต 16.7 ล้านคน หรือร้อยละ 29.2 และในปี พ.ศ. 2004 เพิ่มขึ้นเป็น 17.5 ล้านคน หรือร้อยละ 31.7 (องค์การอนามัยโลก, 2005) สำหรับในประเทศไทย สถานการณ์การระบาดของโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยภาพรวมของประเทศ พบว่าในปี พ.ศ. 2547 มีประชากรเสียชีวิตจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 16,766 คนต่อประชากรแสนคน หรือร้อยละ 26.8 และในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 17,539 คน หรือร้อยละ 28.2 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549)

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงและขณะเดียวกันผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปทำงานในอาชีพเดิมได้ ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มด้านภาระ

ค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวและชุมชน โดยพบว่าผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยเฉลี่ยสูงถึง 45,157 บาทต่อครั้งต่อราย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2549)

สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นนั้น เกิดจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาล่าช้าภายหลังเกิดอาการขึ้นแล้ว พบว่าผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลร้อยละ 17 เมื่อมาถึงมักมีภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 25 หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาล่าช้ากว่า 12 ชั่วโมง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2549)

พบว่าร้อยละ 40-75 ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะเกิดลิ่มเลือดอุดตันอย่างเฉียบพลันจากการฉีกขาดของเยื่อผิวชั้นใน (plaque rupture) ของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่คลุมบนคราบไขมัน (atherosclerotic plaque) เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (unstable angina) โดยหากเป็นนานเกิน 20 นาที จะทำให้เกิดภาวะหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction, AMI) และถ้ากล้ามเนื้อหัวใจยังได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอานเกิน 2 ชั่วโมง จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหันก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล (Dracup, et al., 1997)

Dracup, et al. (2006) ได้เสนอกรอบแนวคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมุมมองของแนวคิดเชื่อว่า พฤติกรรมการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยมีผลมาจากการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต และหากผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และสภาวะทางอารมณ์ที่เหมาะสม ขณะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่ถูกคามต่อชีวิต จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งจะเห็นว่าการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการมารับการรักษาเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถประเมินลักษณะอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความล่าช้าต่อการมารับการรักษา และตัดสินใจมารับการรักษาได้ถูกต้อง รวดเร็ว จึงเป็นบทบาทที่สำคัญ แต่การที่พยาบาลจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงกระบวนการคิดตัดสินใจ และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้

ปัจจุบันนักวิจัยหลายท่านได้มีการศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ Dracup และ Moser (1997) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นรุนแรง และมีสาเหตุจากหัวใจ จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Johansson, et al. (2004) พบว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นรุนแรง และเกี่ยวข้องกับหัวใจ จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาเร็วขึ้น ด้านการศึกษาของ Finnegan, et al. (2000) พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษา คือ การไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการเริ่มต้นของภาวะหัวใจขาดเลือด คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นสามารถหายได้เอง ส่วนเหตุผลของการมารับการรักษา คือ ผู้ป่วยคิดว่าเป็นอาการจากหัวใจ และทำให้เสียชีวิตได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2006) พบว่า การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่ได้มีสาเหตุจากหัวใจ โดยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุจากโรคอื่น เช่น โรคกระเพาะ หรือ ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น เป็นสาเหตุของความล่าช้าในการตัดสินใจในการมารับการรักษา

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ เป็น รักเกิด (2550) ที่ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการสามารถรักษาหรือควบคุมได้ จะมารับการรักษาเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง และมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย ดังนั้นการมารับการรักษาเร็ว ก็จะสามารถรักษาชีวิตเอาไว้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมา ภายหลังจากความเจ็บป่วยสามารถร่วมทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาได้ร้อยละ 6.2 ($p < 0.05$)

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย จากการศึกษาของ Walsh, et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการแทรกซ้อนภายหลังเกิดอาการนั้น มีความรุนแรง และอันตรายถึงชีวิต จะตัดสินใจเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Leventhal, et al. (1984) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีผลกระทบรุนแรงจะมารับการรักษาเร็ว ส่วนการศึกษาของ Al-Hassan และ Omran (2004) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดอาการนั้น ไม่รุนแรง จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า

สำหรับการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการศึกษาของ Walsh, et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยที่กลัวผลกระทบที่ตามมาภายหลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาอย่างทันท่วงที เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Burnett, et al. (1995) พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง และรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาได้เร็วขึ้น และจากการศึกษาของ Finnegan, et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีความกังวลว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะสร้างความยุ่งยากให้กับผู้อื่น จะทำให้เวลาในการมารับการรักษายาวนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Dracup และ Moser (1997) พบว่าผู้ป่วยที่ตัดสินใจมารับการรักษาช้า ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จะไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อเกิดอาการ โดยให้เหตุผลว่ากังวลว่าความเจ็บป่วยของตนจะเป็นภาระแก่ครอบครัว

นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Goldberg, et al. (2000) พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะเข้ามารับการรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ Carney, et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อเกิดอาการครั้งต่อไปก็ยังมารับการรักษาช้า ส่วนการศึกษาของ Dracup, et al. (1997) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีประวัติเคยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เคยเป็นโรคมามาก่อน แตกต่างจากการศึกษาของ Sheifer, et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาเร็ว ภายใน 6 ชั่วโมง หลังเกิดอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาโดยการสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีทางผิวหนัง หรือ การผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยทราบว่าโรคนี้มีความรุนแรง และมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย ดังนั้นการมารับการรักษาเร็ว ก็จะสามารถรักษาชีวิตเอาไว้ได้ นั่นคือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการเข้ามารับการรักษาโรคจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในอดีต ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกันอย่างแพร่หลาย จนทำให้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาช้า

หรือเร็ว สามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายในประเทศ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทของต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยนั้น พบว่าการศึกษาวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่ศึกษาในด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกุล (2540) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง ยังไม่จำเป็นต้องรีบมารับการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า ส่วนการศึกษาของ นุชนาด ไกรรัตน์เจริญ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในภาคเหนือ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย ได้แก่ 1) ส่งผลทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ 2) ทำให้สูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย 3) รู้สึกว่าต้องเป็นภาระต่อครอบครัว 4) ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในสังคม 5) ทำให้ผู้อื่นมองว่าตนเป็นคนอ่อนแอ และ 6) ส่งผลกระทบต่อรายได้และความเป็นอยู่ของครอบครัว เป็นต้น และการรับรู้ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจมารับการรักษา ($r = .244, p < 0.05$) และจากการศึกษาของ เปิ่น รักเกิด (2550) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคสามารถรักษา/ควบคุมได้จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วขึ้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในเรื่องนี้มากขึ้น และมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทัน่วงที

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย
 - 1.2 ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจมารับการรักษา
 - 1.3 ระยะเวลาในการเดินทางมาถึงโรงพยาบาล

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์

3. เพื่อศึกษาปัจจัยในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่

3.1 การรับรู้ความเจ็บป่วย

- ด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
- ด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
- ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย

3.2 การตอบสนองทางอารมณ์

3.3 ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของ Dracup, et al. (2006) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าพฤติกรรมการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อมีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) และการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) ของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ปัจจัยทั้งสองนี้จะถูกควบคุมโดยสิ่งเร้าจากภายใน (internal stimuli) ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล ประสบการณ์ความเจ็บป่วยในอดีต และสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (environmental stimuli) เช่น บทบาทของบุคคลรอบข้างเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ โดยผู้ป่วยจะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่มาคุกคามต่อชีวิตใน 3 ระยะ ดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 การรับรู้และแปลผลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ระยะนี้ประกอบด้วย การให้ความหมายอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมถึงการระบุสาเหตุของความเจ็บป่วย และ ผลกระทบที่ตามมาภายหลังความเจ็บป่วย ซึ่งมีอิทธิพลมาจากความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเกิดควบคู่กับการ

ตอบสนองทางด้านอารมณ์ จะมีผลต่อการจัดการกับสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 การวางแผนกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยที่มาคุกคาม

ระยะนี้จะขึ้นอยู่กับความรู้ การแปลผลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสภาวะทางอารมณ์ ของแต่ละบุคคล ดังนั้นกลไกในการเผชิญกับสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นและการวางแผนกระทำกิจกรรมต่างๆ จึงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ระยะที่ 3 การประเมินผลของการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งผู้ป่วยจะประเมินถึงวิธีการที่ใช้ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าได้ผลเพียงใด เพื่อนำไปสู่การแก้ไขด้วยวิธีอื่นต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย ประกอบด้วยปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามภายหลังจากความเจ็บป่วย และด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะประมวลข้อมูลจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นสิ่งเร้าจากภายใน แล้วให้ความหมายและแปลผลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่วนการตอบสนองทางอารมณ์จะมีผลต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะนี้เช่นกัน หลังจากนั้นเป็นระยะที่ 2 ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการวางแผนกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และในระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลของการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะประเมินถึงวิธีการที่ใช้ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าได้ผลเพียงใด ก่อนจะตัดสินใจมารับการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยซีซียู หอผู้ป่วยไอซีซียู และหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 92 คน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2552 โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีสมัครใจ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคหัวใจ (cardiologist) ทั้ง 3 กลุ่มอาการ

1.1 Unstable angina (UA)

1.2 Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI)

1.3 ST-elevation myocardial infarction (STEMI)

2. ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาครั้งนี้ โดยมีอาการสำคัญที่มาพบแพทย์ คือ อาการและอาการแสดงของกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรก หรือ ผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)

3. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (angina pectoris) มาแล้วอย่างน้อย 24 ชั่วโมง โดยประเมินจากการสอบถามอาการผู้ป่วย และจากบันทึกทางการแพทย์

4. ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกรู้ตัวปกติ และการรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถทำแบบสอบถามได้เอง หรือตอบคำถามที่ผู้วิจัยซักถามได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของโรค หรือมีโรคร่วมรุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ (hemodynamic unstable) ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ ใส่เครื่องพุงหัวใจ (Intra Aortic Balloon Pump, IABP) เป็นต้น และแพทย์ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมใดๆ เนื่องจากอาจเป็นสาเหตุให้อาการรุนแรงขึ้น

2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท (neurological disorder) มีความบกพร่องเกี่ยวกับกระบวนการรับรู้ ความจำ หรือ การใช้ความคิด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (dementia) หรือ ผู้ป่วยโรคโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เป็นต้น

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช (psychological disorders) ในกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง ได้แก่ โรคซึมเศร้า (depression) หรือ โรควิตกกังวล (anxiety disorders) เป็นต้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกมาแล้วอย่างน้อย 24 ชั่วโมง โดยประเมินจากการสอบถาม

อาการผู้ป่วย และจากบันทึกทางการแพทย์ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเรื่องสายตา ทำให้การอ่านหนังสือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แทน โดยใช้เวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 15 - 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด สิทธิรักษาพยาบาล ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษา ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สถิติทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (all enter multiple regression analysis) วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเปรียบเทียบระยะเวลาในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 63.29 ปี (SD = 11.16) ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.5 เพศชายร้อยละ 64.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ 35.9 NSTEMI ร้อยละ 31.5 และชนิด UA ร้อยละ 32.6 ผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันแต่ไม่มีเงินออมเหลือเก็บไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากต้นสังกัดร้อยละ 55 บุคคลที่อยู่ด้วยขณะผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตรคิดเป็นร้อยละ 69.3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.2 ต้องเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.7 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเฉียบพลันมาแล้ว โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 63 เคยได้รับความรู้ในเรื่องอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การใช้ยาเม็ดลิ้นและการปฏิบัติตัวขณะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมาก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษามีค่ามัธยฐาน 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 ด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถร่วมกันทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 70.6 ($p < 0.001$) โดยเฉพาะการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้มากที่สุด ($\beta = -.758, p < 0.001$) รองลงมาคือการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\beta = -.238$) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาเดินทางมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 37 นาที และ 30 นาทีตามลำดับ พบว่าระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้ากว่าเวลามาตรฐานตามแนวปฏิบัติของ ACC/AHA (2004) ที่กำหนดไว้ โดยร้อยละ 46.7 ผู้ป่วยจะรอเฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมถึงรอให้อาการหายไปเอง และร้อยละ 29 พยายามที่จะบรรเทาอาการด้วยตัวเอง ทำให้ระยะเวลาจากการเกิดอาการจนได้รับการรักษานั้นยาวนานขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ร้อยละ 33 ของผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วย จะรักษาอาการเองก่อน และเมื่ออาการไม่ดีขึ้นร้อยละ 78 จึงจะไปโรงพยาบาล สำหรับเหตุผลของการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล คือ มีอาการเป็นมากขึ้นร้อยละ 59 (สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกุล, 2540)

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าพบว่าร้อยละ 69.3 ของผู้ป่วยจะรอปรึกษาคุณุสมรส และบุตรก่อนที่จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ (2548) ที่พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 74 ของผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อเกิดอาการจะรอปรึกษาญาติ

ก่อนที่จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที ซึ่งทำให้ระยะเวลาในการตัดสินใจยาวนานขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ล่าช้าของผู้ป่วยที่เป็นคนไทย

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้มากที่สุด ($\beta = -.758, p < 0.001$) รองลงมาคือการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาหลังจากความเจ็บป่วย สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\beta = -.238$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าผลกระทบหลังจากความเจ็บป่วยนั้น มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต มีความรุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นโรคนี้ก็สามารถควบคุมหรือการรักษาได้ จึงจำเป็นต้องให้ทีมแพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างทันทีจึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Dracup และคณะ (2006) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมในการตัดสินใจของผู้ป่วยนั้น รวมถึงการจัดการกับตนเอง ขึ้นอยู่กับการรับรู้ และการแปลความหมายต่อสถานการณ์หรือภาวะที่คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้น จากผลการศึกษาพบว่าการสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร้อยละ 55.7 จะตัดสินใจมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สะท้อนให้เห็นว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ในเรื่องอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การใช้ยาอมใต้ลิ้น และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ ที่ได้รับจากประสบการณ์ที่ผ่านมาไม่นำไปสู่การตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้อย่างทันที แต่มีข้อน่าสนใจจากการศึกษาครั้งนี้ จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มาแล้วหลายคนทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนเป็นอาการที่บ่งบอกถึงการเริ่มต้นของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่สรุปว่าตนเองมีอาการรุนแรงถึงขั้นที่ต้องตัดสินใจไปโรงพยาบาลแล้ว จึงอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว มักจะได้ยากกลับบ้านเป็นยาอมใต้ลิ้นด้วย และทุกครั้งที่เกิดอาการผู้ป่วยจะนำยามอมใต้ลิ้นเพื่อบรรเทาอาการ และเมื่อมีอาการเกิดซ้ำอีก ผู้ป่วยจะใช้วิธีการเช่นนี้ซ้ำอีก จึงอาจเป็นไปได้ว่าการที่ผู้ป่วยเชื่อว่าการปฏิบัติเช่นนี้แล้วจะสามารถบรรเทาอาการได้ทุกครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เล็งเห็นความสำคัญในการมารับการรักษาพยาบาลทันที อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษาในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์แล้ว สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Dracup, et al. (2006) ที่กล่าวว่า

กระบวนการตัดสินใจเป็นเรื่องของพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ที่ประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับโรคเพียงอย่างเดียว อาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล และ การจดจำประสบการณ์ความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละคน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล โดยข้อมูลดังกล่าวจะทำให้พยาบาลเข้าใจถึงกระบวนการคิดตัดสินใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ดีขึ้น สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในเรื่องโรค การรักษา และการดูแลตนเองแล้ว การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีโรคนี้ควบคุมได้ และผลที่ตามมา มีความรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการมารับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที โดยเน้นให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลใกล้ชิดเกิดความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันทีเมื่อเกิดอาการ สามารถสังเกต และจดจำอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รู้จักวิธีใช้ยาในโตรกลีเซอริน วิธีเรียกรถฉุกเฉิน และรู้ว่าต้องไปโรงพยาบาลไหนที่ใกล้ที่สุด เพื่อที่จะได้รับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

2. ด้านการวิจัย

- 2.1 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากภูมิภาคต่างๆ ในประเทศไทย ที่มีบริบททางวัฒนธรรมสังคมแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากร ลักษณะสังคมและถิ่นฐานที่อยู่อาศัย รวมถึงการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Dracup และคณะ (2006) คือ ศึกษาถึงปัจจัยทางด้านบทบาทของบุคคลรอบข้างเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต และลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

- 2.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย ที่มุ่งอธิบายถึงปัจจัยที่สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงควรนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาเป็น โปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับตนเองอย่างเหมาะสมและตัดสินใจมารับการรักษาอย่างทันท่วงที

COGNITIVE REPRESENTATION, EMOTIONAL RESPONSES AND HOSPITALIZATION
EXPERIENCE IN PREDICTING DECISION MAKING FOR RECEIVING TREATMENT
AMONG PATIENTS WITH ACUTE CORONARY ADVISORY SYNDROME

PIMPA THEPPHAWAN 4936713 NSAN/M

M.N.S (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: DOUNGRAT WATTHNAKITKRILEART,
D.N.S., KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL, Ph.D. (Nursing),
CHATKANOK DUMAVIBHAT, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background

Acute coronary syndrome is a major health problem of the world's population. It was found that acute coronary syndrome is the main cause of death of people around the world and it is ever increasing. In 2003, the number of people who died of acute coronary syndrome was 16.7 million (29.2%), and in 2004 it increased to 17.5 million (31.7%) (World Health Organization, 2005). In Thailand the number of people who died of coronary artery diseases (CAD) was 16,766 per 100,000 population (26.8%) in 2004, and it increased to 17,539 people (28.2 %) in 2005 (Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2006).

The situation mentioned above damages the economy because of the tremendous cost of health care in which patients must be treated for a long period of time. Some patients are unable to return to their previous work or occupation, which causes increased financial burdens for their families and communities. It was found that medical expenses for hospitalization due to coronary heart disease cost up to 45,157 Baht per visit. (The Heart Association of Thailand under Royal Patronage, 2006).

An important cause of high mortality rate is patients' delay in seeking treatment after onset of symptoms. Up to 17 percent of patients had already developed cardiogenic shock on arrival at the hospital, a complication which increases mortality rate by 50 percent. In addition, the mortality rate increases 25 percent further if patients were treated later than 12 hours after onset of symptoms (The Heart Association of Thailand under Royal Patronage, 2006).

Approximately 40-75 percent of acute coronary syndrome is caused by occlusion (blockage) of a coronary artery following the rupture of a vulnerable atherosclerotic plaque in the wall of the artery. The resulting ischemia (restriction in blood supply) and oxygen shortage is the cause of unstable angina, and if the heart muscle has not received enough oxygen for longer than 2 hours, sudden death may occur before patients' reaching the hospital (Dracup, et al., 1997).

Dracup, et al. (2006) has proposed a theoretical framework concerning behavior of patients with acute coronary syndrome in deciding to seek for treatment. This concept proposes that patients' behavior is influenced by the cognitive representation and emotional responses that occur based on the hospitalization experience. Being aware of their illness and having an appropriate emotional state during life-threatening illness promotes appropriate decision making for receiving treatment and timely seeking of treatment. This shows that the cognitive representation, emotional response, and hospitalization experience likely correlates with decision-making behavior of patients with acute coronary syndrome. Thus, helping patients understand the importance of seeking treatment immediately after onset of symptoms, be able to identify the symptoms, realize the destructive impact caused by delay to treatment, and decide to come for treatment on time are important responsibilities for nurses. However, in order to help patients more effectively, nurses must understand the decision-making process and know the factors influencing the decision to receive treatment.

Recently, many researchers have studied cognitive representation which is associated with the decision making for receiving treatment of patients with acute coronary syndrome, as follows.

Illness identity component of cognitive representation. A study by Dracup and Moser (1997) found that patients who could identify severe symptoms related to

myocardial ischemia were likely to seek treatment quickly. Johansson, Stromberg, and Swahn (2004) also found that appraisal of symptoms as serious and their attribution to cardiac disease predicted less delay time in decision to seek treatment. Finnegan, et al. (2000) found that reasons for patients do not seek medical treatment is unknown whether the symptoms that occur as initial symptoms of heart ischemia and waited for signs and symptoms to go away. The reason people seek medical treatment is that patients recognize the symptoms of heart attack and may cause death. The study of Nouredine, et al. (2006) also found that patients perceived of symptoms as the other disease such as gastritis or myalgia which is a cause of delay in decision to seek treatment.

The control/cure components of the cognitive representation. A study by Pen Rakgerd (2007) found that patients with high perceived ability to control symptoms will come for treatment in a timely manner. Because patients perceive that acute myocardial infarction is a severe disease which leads to high mortality, they realize that seeking treatment early could save their lives. Another study by Nuchanat Krairatcharoen (2006) studied factors influencing the decision for treatment among patients with acute myocardial infarction. The study found similarly that consequences and control/cure components had co-predictability toward the decision to seek treatment at the value 6.2% ($p < 0.05$).

The consequences component of cognitive representation. A study by Walsh, Lynch, Murphy, and Daly (2004) found patients who perceived complications after the symptoms would be severe and life threatening decide to seek treatment in a hospital quickly. This finding is consistent with the study of Leventhal, et al. (1984) which found that patients who perceived of illness as having more serious consequences had shorter delay times. Al-Hassan and Omran (2004) found patients with acute myocardial infarction who perceived the following complications would be mild resulted in delay to treatment.

Emotional response. A study by Walsh, et al. (2004) found that patients who feared the consequences from seeking help had shorter delay times. Burnett, Blumenthal, Mark, Leimberger, and Califf (1995) found similarly that patients who reported high levels of anxiety and perceiving lack of control over symptoms had shorter delay times. The study of Finnegan, et al. (2000) found that many patients

were embarrassed to seek help and this was associated with longer delay. This correlates with findings by Dracup and Moser (1997) that patients who decided to seek treatment longer time included elderly patients over 60 years who are unemployed. These people were embarrassed to seek help from family members when they perceived the onset because of they wanted to avoid disturbing their families.

There is also evidence to show that hospitalization experience correlated with the decision making for receiving treatment. A study by Goldberg, et al. (2000) found that patients who had hospitalization experience with acute coronary syndrome decide to receive treatment later than patients who had no experience. In the same way Carney, et al. (2002) found that patients who had previous history of acute myocardial infarction often delayed seeking treatment which caused greater damage to heart muscle, increased incidence of heart failure, made treatment more difficult, and resulted in more complications. However, Dracup, et al. (1997) found patients with prior ischemic heart disease decided to seek treatment were not significantly different compared to patients who had no experience. Sheifer, et al. (2000) also found that patients who had prior hospitalization, history of myocardial infarction, undergone percutaneous transluminal coronary angioplasty, and coronary artery bypass surgery were all associated with early arrival within 6 hours.

Most studies of the past have been done in a foreign context. In Thailand, the majority of studies have dealt with cognitive representation. This can be seen from the study of Sunee Auimsirinukul (1997), which analyzed factors which caused delays in seeking medical treatment of patients with acute coronary disease. Patients who thought the disease was not serious and did not need prompt treatment often did not come to the doctor in a timely manner. Another similar study done in patients in the northern region of Thailand by Nuchanat Krairatcharoen (2006) found consequences component showed a significant positive relationship with the decision time to seek treatment of acute myocardial infarction patients ($r = .244, p < 0.05$). These included: 1) Not being able to return to their jobs, 2) Loss of physical strength and vitality, 3) Becoming a burden to their families, 4) Effect on their place or status in society, 5) Being perceived as weak personality or unhealthy person, 6) Effect on their income and family welfare. Moreover, a study by Pen Rakgerd (2007) found a relationship between cognitive knowledge of illness and response to illness in patients with acute

coronary disease. It was found that patients who were aware that the condition could be controlled or cured did not delay in seeking treatment.

Previous studies have not covered factors which affect the decision of seeking treatment in the hospital. Therefore, the researcher was interested to conduct additional research on these issues. The information obtained from this study will provide important baseline data which are specific to the context of patients in Thailand. The information gained will also help the nurse and other health care providers develop informational interventions to promote an appropriate decision to receive treatment for patients with acute coronary syndrome.

Research Objectives

1. To assess the time frame, counting from the onset of symptoms to the time of patients' arrival at a hospital, including
 - 1.1 Time frame counting from the onset of symptoms to the time the patient decided to seek treatment at hospital.
 - 1.2 Time frame of travel to the hospital.
2. To compare the duration from symptoms to decision to come to the hospital, between patients who had their first experience and those with recurrent acute coronary syndrome
3. To study the factors predicting the decision to seek treatment of patients with acute coronary syndrome, including
 - 3.1 Cognitive representation
 - Illness identity component
 - Treatment/control component
 - Consequences component
 - 3.2 Emotional responses
 - 3.3 Hospitalization experience with acute coronary syndrome

Conceptual Framework

This research aims to study factors which predict the decisions to seek treatment of patients with acute coronary syndrome. The researcher uses the concept concerning decision-making behavior of patients with acute coronary syndrome, which was proposed by Dracup, et al. (2006), as the framework for this research. Dracup, et al. found that the decision to seek treatment for acute coronary syndrome depended on two factors: cognitive representation and emotional responses to the representation of the health threat. Both factors are controlled by internal stimuli or the individual's personal characteristics, such as age, gender, socioeconomic status, and clinical history. Environmental stimuli also affect the decision making process, especially roles of the family members present at the onset of symptoms of acute coronary syndrome. The process occurs in 3 stages.

Stage 1 Cognitive representation of the health threat. This stage consisted of a label of illness, symptom identification including potential causes and consequences which is influenced by knowledge, understanding, and beliefs of individuals. This is accompanied by the emotional response which will influence the life threatening management in the next stage.

Stage 2 Action plan or coping stage in response to the representation of the health threat. This stage depends on cognitive representation and interpretation of illness or symptoms the individuals experienced and their emotional response. Coping mechanisms/strategies to be used in dealing with the stressful situations and action planning vary from person to person.

Stage 3 Appraisal. In this final stage the individual uses criteria to appraise the success of his or her coping actions. If it is perceived that there is not enough progress, the representation of the problem and/or the plan to cope with it are reassessed and changed.

In this study, the researcher focuses on factors predicting the decision to seek treatment due to acute coronary syndrome. These include the illness representation, emotional response, and hospitalization experience. The cognitive representation includes factors dealing with the illness identity component, the consequences component, and the ability/control component. When patients experience symptoms of acute coronary syndrome, they process information from past

experiences, which is internal stimuli, which helps give meaning and interpretation of the illness. The emotional response will affect the management of illness that occurs at this stage as well. Next the patient enters the second phase, in which patients develop an action plan on how to deal with this health threat. In the following third stage, the patient appraises results of the actions. Failure to achieve a desired outcome leads to reassessment and alternative coping behaviors.

Methodology

This study used a correlational predictive design. The samples comprised of 92 patients with acute coronary syndrome, who were 20 years old and older, both male or female, who were admitted at the Cardiac Care Unit (C.C.U.), Intermediate Cardiac Care Unit (I.C.C.U.), and Medicine wards in the Siriraj Hospital. The study duration was from May 2009 to September 2009. Patients were recruited according to who voluntarily agreed to participate in the study and fitted the selection criteria defined below.

Inclusion criteria

1. Acute coronary syndrome patients who were diagnosed by cardiologists.
 - 1.1 Unstable angina (UA)
 - 1.2 Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI)
 - 1.3 ST-elevation myocardial infarction (STEMI)
2. Chief complaint included signs and symptoms of acute coronary syndrome, including patients who presenting with first experience or recurrent acute coronary syndrome.
3. Patients had been without chest pain for at least 24 hours, assessed from patient inquiry and the nursing record.
4. Patients have full consciousness and can answer questionnaire by themselves.

Exclusion criteria

1. Patients who are still in the acute phase of the disease or having serious comorbidities: severe heart failure or unstable vital signs, undergoing respiratory

support or intra-aortic balloon pump (IABP), or if the physician does not allow the patient to have any activities which may cause worsening of the disease.

2. Patients with neurologic disorders which impaired cognition, e.g. dementia and Alzheimer's disease.

3. Patients with psychological disorders, e.g. depression, anxiety disorders, or psychotic symptoms.

Data collection

The researcher was responsible for all data collection, mainly by questionnaire. For patients with visual limitations, making reading not possible, the researcher used interviews instead. The time frame for interviewing was around 15 to 20 minutes.

Patients' right protection

The researcher provided information to the subjects concerning the objectives and the data collection procedure, then asked for research participation without forceful measures. If the subjects agreed to participate in the research, they would sign a consent form. However they can quit their participation at any time they want without any consequences from standard health care service. There will be no undue influence on the patient's decision. All data collected were to be kept confidential. The presentation and publication of the research result were done by summing it all up during an overall view of the results.

Data analysis

The statistics used in the analysis include descriptive statistics to describe the demographic data of sample such as age, gender, level of education, health insurance, adequacy of income, the persons present with the patient during the onset of acute coronary syndrome symptoms, time frame counting from the onset of symptoms to the time the patient decided to receive treatment at hospital, time frame of travel to the hospital and hospitalization experience with acute coronary syndrome.

Statistical hypothesis testing using multiple regression analysis to investigate the predictive factors such as cognitive representation, emotional responses, and hospitalization experience with acute coronary syndrome. Comparison

of the time frame of patients who decided to receive treatment at hospital between those who had their first experience or those with recurrent acute coronary syndrome was performed using the Mann-Whitney U test.

Results

The average age of participants was 63.29 years (SD. = 11.16). Most of the participants were 60 years old or more, which accounted for 56.5 percent. Patients who were diagnosed with acute coronary syndrome could be categorized as STEMI 35.9%, NSTEMI 31.5%, and unstable angina 32.6%. Those who had just enough money for daily spending, but did not have any savings for life threatening for 70.9 percent. Fifty-five percent claimed their medical expense from the civil service reimbursement scheme, while 47.7 percent were covered by the universal health care scheme. The patients' spouse or children were usually with them at the onset of chest pain, which was 69.3 percent. About 56.2 percent of the participants travelled more than 10 kilometers from home to the hospital. We found that 55.7 percent of the participants had been previously admitted in the hospital with acute coronary syndrome, and more than 63 percent knew the signs and symptoms of acute coronary syndrome. They also knew how to take sublingual nitroglycerin and what to do when they have chest pain on the way to the hospital. Most of the participants took about 37 minutes to make a decision for the treatment. The average time was 120 mins (Min = 5 mins, Max = 540 mins, S.D. = 157.087). The median of the arrival time to the hospital was 30 minutes, the average being 39 minutes (Min = 5 mins, Max = 240 mins).

Research results showed that all three components of cognitive representation (illness identity, control/cure, and consequences), emotional response, and hospitalization experience with acute coronary syndrome can predict the decision making for receiving treatment at 70.6% ($p < 0.001$), especially the control/cure component which can predict decision making for receiving treatment at the highest level ($\beta = -.758$, $p < 0.001$), followed by the consequences component which can predict the decision making for receiving treatment of the participant, which was statistically significant at 0.05 ($\beta = -.238$). 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.

Discussion

According to the results from this research, the sample group's median timeframe for deciding to go to the hospital for treatment, and the timeframe for traveling, was equal to 37 and 30 minutes, respectively. The time used for deciding to go for treatment is longer than the standard time according to practice guidelines of ACC/AHA (2004). This is probably because the patients wanted to wait and see if their symptoms would improve (46.7%), while some tried to cure themselves (29%). This results in extension of time from the outset of symptoms to the time being admitted for treatment. Such findings are concordance with previous studies done by Sunee Auimsirinukul (1997) which found that patients with acute coronary syndrome would try to cure themselves upon the first onset (33%), and if symptoms existed 78% of them would then go to the hospital. Fifty-nine percent of patients went to the hospital due to increased severity of symptoms.

This study also found that 69.3% of patients would wait for consultation with their spouse and children before going to the hospital, which is line with the study done by Nuchanat Krairatcharoen (2006) which indicated that 74% of elderly patients, upon the onset of symptoms, would wait for consultation with their family members before going to the hospital, and thus delay their decision to seek prompt treatment. This reflects the nature of Thai patients which causes delays in making the life-saving decision.

Research results showed that all three components of cognitive representation (illness identity, control/cure, and consequences), the emotional response, and hospitalization experience with acute coronary syndrome can predict the decision-making process for receiving treatment 70.6% ($p < 0.001$). Especially control/cure component shows highly significant result, which is the best predict the decision for receiving treatment ($\beta = -.758, p < 0.001$). This is followed by the consequences component, which can predict the decision for receiving treatment, being at statistically significant 0.05 ($\beta = -.238$). This may be due to the fact that they have perceived that this illness is serious

and life-threatening, and rapid medical attention is mandatory to save their lives. This is consistent with the concept of Dracup's study (2006), which states that the behavior of decision-making, including the knowing how to care for themselves is based on perception and the ability to interpret situations or conditions that are life-threatening. Results of this study demonstrate that the ability to control or treat illnesses that occur is critical in influencing the decision to receive treatment for acute coronary syndrome.

It also found that 55.7 percent of patients who have had prior experience of admission to state hospitals due to acute coronary syndrome will decide to get treated later than patients who did not have prior experience, statistically significant at the 0.05 level. This reflects that even though patients with prior hospitalization due to this disease may have the knowledge, be able to recognize the symptoms and know what to do when having chest pain, this may not lead to a decision making to receive treatment at the hospital promptly.

There is an interesting point which the researcher discovered from interviews, which showed that although patients with prior experience of acute coronary syndromes can usually identify the initial symptoms of heart attacks, they often conclude that their symptoms are not severe enough to warrant a trip to the hospital at that time. It is possible that patients who had prior hospitalization use sublingual nitroglycerin on a regular basis, which usually relieves their chest pain promptly. Therefore, when angina symptoms recur, they believe that this method would be able to relieve their symptoms as in the past. Thus, patients do not realize the importance seeking medical treatment immediately. This is consistent with the theory from Dracup's study (2006), which mentions that the decision-making process is influenced by behavior of each individual. The experience and knowledge about the disease alone may not be able to change that behavior. This is dependent upon each person's perception of illness and recognition of illness in the past. These factors influence the decision-making behavior of individual patients.

Recommendations

This study proposes the following recommendations:

1. With respect to nursing practice, findings from this study will be of benefit to the nurse, as they will enable the nurse to better understand the decision-making process of patients with acute coronary disease, and to make plans for providing information to patient in order to establish correct and accurate understanding about treatment. Patients and their caregivers will be given emphasis in order to establish and correct understanding about immediate treatment when symptoms have occurred. This includes memorization of signs and symptoms of acute coronary disease, knowing how to use sublingual nitroglycerin, and how to call an ambulance to get to the nearest medical facilities to seek treatment in a timely manner.

2. Research aspect

- 2.1 There should be more studies concerning factors influencing the decision to seek treatment in patient with acute coronary disease in provincial areas nationwide. Each provincial region may have different social and cultural contexts, in terms of demography, social norms and ways of life. Other factors should be further studied under the conceptual theory of Dracup, et al. (2006), such as the role of family members during a heart attack, past medical and personal histories, in order to get complete and holistic information relating to the decision-making process of patients with acute coronary disease to seek prompt treatment.

- 2.2 The findings from this study should lead to the development of an interventional program for preparing hospitalized patients before discharge and to experimental research in order to enable patients to care for themselves appropriately, and to know the importance of deciding to come for treatment promptly.

รายการอ้างอิง

- ทรงศักดิ์ ภูสีอ่อน. (2551). (Phusee-orn, S., 2008). การประยุกต์ใช้ SPSS วิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กทม. สันฐ์: ประสานการพิมพ์.
- นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ. (2549). (Krairatcharoen, N., 2006). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปฎิพร บุญยพัฒน์กุล. (2543). (Boonyapatkul, P., 2000). ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เป็น รักเกิด. (2550). (Rakkerd, P., 2007). การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2549). ทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย. January 12 2010, Retrieved from <http://www.thaiheart.org/phpBB2/download.php?id=6>
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2550). 10 ลำดับการตายปี 2550. Retrieved April 6 2010, from <http://bps.ops.moph.go.th/2.3.4-50.pdf>
- สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกุล. (2540). (Auimsirinukul, S., 1997). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงเดือน กันทะขู้. (2552). (Kunthakhu, S., 2009). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งทิพย์ พงษ์เจริญวรัญญู. (2550). (Pongcharoenwaranyu, R., 2007). ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมก่อนย้ายกับการกลับเป็นซ้ำของโรคภายหลังย้ายออกจากหออภิบาลโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อุไร ศรีแก้ว. (2543). (Srikeaw, A., 2000). *การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง*. สงขลา: ลิขมบรรณการพิมพ์.
- Al-Hassan, A., M., & Omran, M., H. (2004) The effects of health beliefs on health care-seeking decisions of Jordanian patients with myocardial infarction symptoms. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 13 - 20.
- Antman, M. E., Anbe, T. D., Armstrong, W. P., Bates, R. E., Green, A. L., & Hand, M., et al. (2004) ACC/AHA Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. Retrieved November 20, 2007, from http://www.acc.org/qualityandsafety/clinical/guidelines/cabg/index_rev.pdf
- Broadbent, E., Petrie, J. K., Mani, J., & Weinman, J. (2006) The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631– 637.
- Burnett, R.E., Blumenthal, J.A., Mark, D., Leimberger, J.D., & Califf, R. (1995) Distinguishing between early and late responders to symptoms of acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 75, 1019-1022.
- Dracup, K., & Moser. D. K. (1991) Treatment seeking behavior among these with sign and symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung*.20, 570-575.
- Dracup, K., Moser, D. K., Eisenberg, M., Meischke, H., Alonzo, A. A., Braslow, A. (1995) Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Social Science & Medicine*, 40, 379-392.
- Dracup, K., McKinley, S., & Moser, D. K. (1997) Australian patients' delay in response to heart attack symptoms. *The Medical Journal of Australia*, 166, 233-236.
- Dracup, K., & Moser, K. D. (1997) Beyond sociodemographics: Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 26(6), 253-262.
- Dracup, K., McKinley, S., Riegel, B., Mieschke, H., Doering, V. L., & Moser, K. D. (2006) A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(3), 186-193.

- Fibrinolytic Therapy Trialists Collaborative Group. (1994) Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: Collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients. *Lancet*, 343, 311-322.
- Finnegan, J.R., Meischke, H., Zapka, J.G., Leviton, L., & Meshack, A., et al. (2000) Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: Findings from focus groups conducted in five U.S. regions. *Preventative Medicine*, 31, 205-213.
- Goldberg, R., Yarzebski, J., Lessard, D., & Gore, J. M. (2000) Decade-long trends and factors associated with time to hospital presentation in patients with acute myocardial infarction: the worcester heart attack study. *Archives Internal Medicine*, 160, 3217-3223.
- Goldberg, R. J., Osganian, S., Zapka, J. G., Mitchell, P., Bittner, V., & Daya, M., et al. (2002a) Prehospital delay in individuals with acute coronary disease: concordance of medical records and follow-up phone interviews. *Cardiology*, 97, 159-165.
- Johansson, I., Strömberg, A., Swahn, E., & Linköping, S. (2004) Factors related to delay times in patients with suspected acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 33, 291-300
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987) Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.
- Luca, D. G., Suryapranata, H., Ottervanger, J., & Antman, E. (2004) Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction: Every minute of delay counts. *Circulation*, 109, 1223-1225.
- Noureddine, S., Adra, M., Arevian, M., Dumit, Y. N., Puzantian, H., & Shehab, D., et al. (2006) Delay in seeking health care for acute coronary syndromes in a Lebanese sample. *Journal of Transcultural Nursing*, 17, 341-348.
- McKinley, S., Moser, D. K., & Dracup, K. (2000) Treatment-seeking behavior for acute myocardial infarction symptoms in North America and Australia. *Heart & Lung*, 29, 237-247.
- McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Ball, C., Yamasaki, K., & Kim, C. J., et al. (2004) International comparison of factors associated with delay in presentation for AMI treatment. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 225-230.

- Moser, D.K., McKinley, S., Dracup, K., & Chung, M.L. (2005) Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient Education and Counseling* 56, 45–54.
- Pattenden, J., Watt, I., Lewin, R. J. P., & Stanford, N. (2002) Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. *BMJ*, 324, 1006-1011.
- Sheifer, S. E., Rathore, S. S., Gersh, B. J., Weinfurt, K. P., Oetgen, W. J., & Breall, J. A., et al. (2000) Time to presentation with acute myocardial infarction in the elderly. *Circulation*, 102, 1651-1656.
- Walsh, J. C, Lynch, M., Murphy, A. W., & Daly, K. (2004) Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. An evaluation of the self-regulatory model of illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 67-73.
- Woon, C. V., & Lim, H. K. (2003) Acute myocardial infarction in the elderly the differences compared with the young. *Singapore Medical Journal*, 44(8), 414-418.
- World Health Organization. (2005). Major cardiovascular study shows substantial regional differences. Retrieved January 12, 2009, from [http://www.who.int-pr-1999/en/pr99-27.html](http://www.who.int/pr-1999/en/pr99-27.html).
- Xian-tao, S., Yun-dai, C., Wei-qi, P., & Shu-zheng, L. (2007) Gender based differences in patients with acute coronary syndrome: findings from Chinese Registry of Acute Coronary Events (CRACE). *Chinese Medical Journal*, 120(12), 1063-1067.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ศศิมา กุสุมา ณ อรุณยา
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์นายแพทย์วิทยา ไชยธีระพันธ์
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางดารณี อินทจักร
ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางพิชชุดา วิรัชพินทุ
ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิการแปลย้อนกลับแบบสอบถาม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณา X (กากบาท) ใน ☐ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก หรือ เติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ

☐

ชาย

☐

หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐

ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐

ประถม

☐

มัธยม/ปวช.

☐

ปวส.

☐

ปริญญาตรี

☐

ปริญญาโทขึ้นไป

4. สิทธิรักษาพยาบาล

☐

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐

ประกันสังคม

☐

ต้นสังกัด

☐

ประกันสุขภาพเอกชน

☐

จ่ายเอง

5. ความเพียงพอของรายได้

☐

มีพอใช้ เหลือเก็บ

☐

มีพอใช้ ไม่เหลือเก็บ

☐

ไม่พอใช้

6. บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ

☐

คนเดียว

☐

คู่สมรส/บุตร

☐

ญาติ/พี่น้อง

☐

เพื่อน/ผู้ร่วมงาน

☐

อื่นๆ โปรดระบุ.....

7. ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล

☐

ระยะทางน้อยกว่า 10 กิโลเมตร

☐

ระยะทางมากกว่า 10 กิโลเมตร

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำชี้แจง กรุณา X (กากบาท) ใน ☐ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก หรือ เติมข้อความในช่องว่าง

8. ท่านเคยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือไม่

☐

ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 6)

☐

→ เคย

ท่านเคยได้รับความรู้ในเรื่องใดบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐

อาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดที่ควรมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก เหงื่อออก หายใจฉุกเฉิน อึดอัด หายใจไม่ออก

☐

การใช้ออมใต้ลิ้นอย่างถูกวิธี ได้แก่ การวางเม็ดยาไว้ใต้ลิ้น (ห้ามเคี้ยว ทำให้แตก หรือบดยา) จากนั้นปิดปาก และอมยาไว้ โดยไม่กลืนน้ำลายอาการเจ็บหน้าอกจะค่อยๆ บรรเทา ลงภายใน 1-2 นาที ถ้าหลังจากอมยาไปแล้ว 5 นาทีอาการยังไม่ดีขึ้น ให้รีบไปโรงพยาบาล

☐

การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เช่น การขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก เบอร์โทรศัพท์ หน่วยบริการฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง เป็นต้น

ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการ จนมาถึงโรงพยาบาล

9. วัน/เวลา ที่ท่านเริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกครั้งล่าสุด

วันที่/เดือน/พ.ศ. เวลา

10. วัน/เวลา ที่ท่านตัดสินใจไปโรงพยาบาล หรือ ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

วันที่/เดือน/พ.ศ. เวลา

11. วัน/เวลา ที่ท่านมาถึงโรงพยาบาล

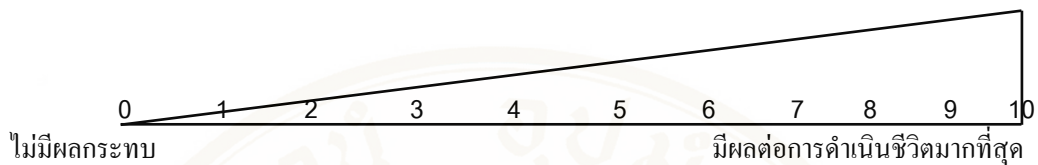
วันที่/เดือน/พ.ศ. เวลา

12. ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาล.....

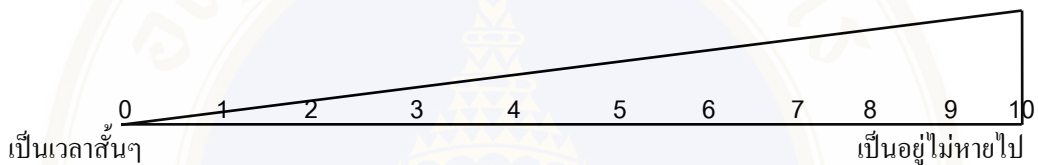
ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

คำชี้แจง กรุณา  (วงกลม) ล้อมรอบตัวเลขที่แสดงถึงความคิดเห็นของท่าน

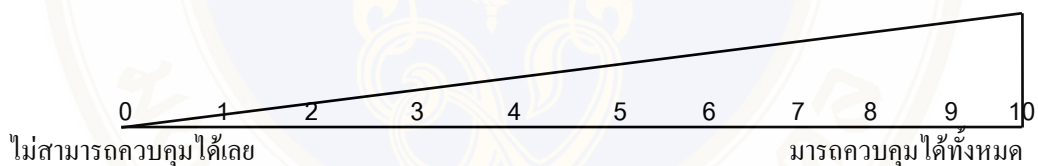
1. โรคหัวใจของท่านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด



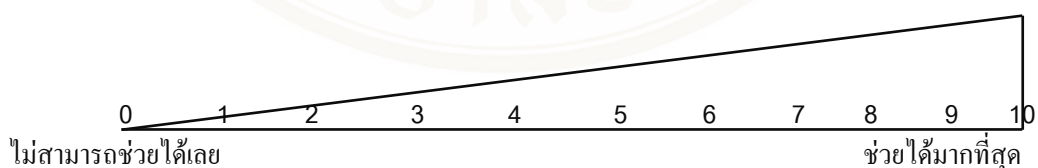
2. ท่านคิดว่าโรคหัวใจของท่านจะเป็นอยู่ระยะเวลานานเท่าไร



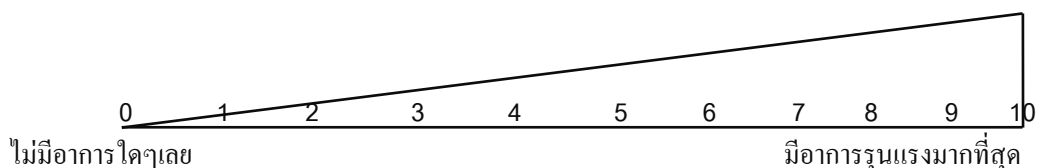
3. ท่านสามารถควบคุมโรคหัวใจที่เกิดขึ้นกับตัวท่านได้ด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด



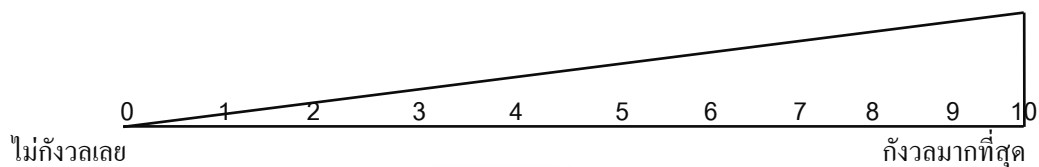
4. ท่านคิดว่าการรักษาที่ท่านได้รับสามารถช่วยบรรเทาโรคหัวใจของท่านได้มากน้อยเพียงใด



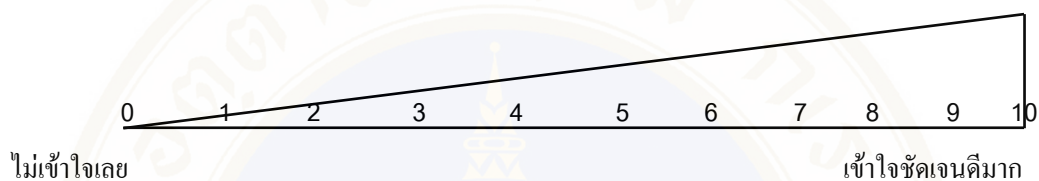
5. ท่านมีอาการอันเนื่องมาจากโรคหัวใจของท่านมากน้อยเพียงใด



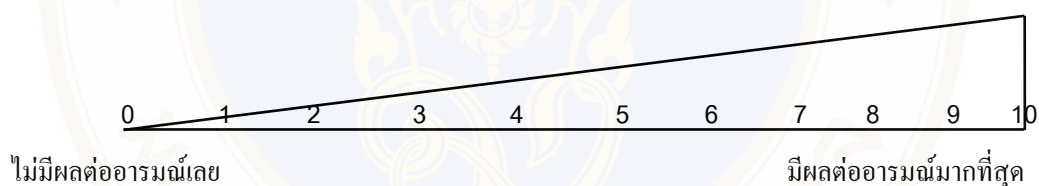
6. ท่านกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจของท่านมากน้อยเพียงใด



7. ท่านเข้าใจโรคหัวใจของท่านดีมากน้อยเพียงใด



8. โรคหัวใจมีผลต่ออารมณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด (เช่น มันทำให้ท่านโกรธ กลัว ไม่สบายใจ หรือ ซึมเศร้า หรือไม่)



9. ท่านเชื่อว่าอะไรเป็นสาเหตุของโรคหัวใจของท่าน

โปรดเรียงลำดับตามความสำคัญจาก 1-3

1.
2.
3.

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า อายุ ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่

ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และ
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการ
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิมพ์ เทพวัลย์

อาจารย์ผู้ควบคุมโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ

รองศาสตราจารย์ ดร. คณินิจ พงศ์ถาวรกุล

อาจารย์นายแพทย์ฉัตรกนก ทุมวิภาต

สถานที่ทำวิจัย หอผู้ป่วยซีซียู, ไอซีซียู และหอผู้ป่วยสามัญ ตึกอักษณางค์ โรงพยาบาลศิริราช

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย ดังต่อไปนี้

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของ
ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ จะทำให้แพทย์พยาบาลที่
ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เข้าใจถึงการคิดตัดสินใจ และทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่
เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น ตลอดจนสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็น
แนวทางในการวางแผนและพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้าพเจ้าได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เพราะข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน ซึ่งจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 92 คน ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น 8 เดือน

รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ในการวิจัยที่ข้าพเจ้าจะต้องปฏิบัติ คือ ข้าพเจ้าจะได้รับแบบสอบถาม
จำนวน 1 ชุด จำนวน 21 ข้อ จากผู้วิจัย ซึ่งคำถามจะถามถึงความคิดเห็นของข้าพเจ้าต่อความเจ็บป่วยครั้งนี้ การตอบ
แบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที

ความเสี่ยงต่ออันตรายหรือความไม่สุขสบายที่ข้าพเจ้าอาจจะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย คือ ความไม่สะดวกใจในการตอบแบบสอบถาม และหากมีคำถามใดที่ข้าพเจ้าไม่สะดวกใจที่จะตอบ ข้าพเจ้าก็มีอิสระที่จะไม่ตอบ และสามารถซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนมีความกระจ่างได้ รวมถึงสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้

ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล การรายงานผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลโดยรวมเท่านั้น แต่ข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นรายบุคคล อาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

การเข้าร่วมการวิจัยนี้ข้าพเจ้าจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ และไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการให้ข้อมูล

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับการบริการหรือการรักษาที่พึงจะได้รับ แต่ประการใด

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ปิดบัง

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่

นางสาวพิมพ์ เทพวัลย์ เบอร์โทรศัพท์ 02-4197101-2 และ 086-789-9690

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ข้าพเจ้าจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอศุขเวชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช เบอร์โทรศัพท์ 02-419-6405-6

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว โดยขอให้ผู้วิจัยจัดการเปิดเผยชื่อ ประวัติ ตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า แก่ผู้อื่นได้รับทราบแต่จะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวม

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม/ผู้แทน
(.....) โดยชอบธรรม(ระบุความเกี่ยวข้อง)
วันที่.....
ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/ผู้วิจัย
(.....)
วันที่.....

ภาคผนวก ง

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700		โทร (662) 4196405-6 โทรสาร (662) 4196405
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เอกสารรับรองโครงการวิจัย		
หมายเลข SI 138/2009		
ชื่อโครงการภาษาไทย : การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน		
รหัสโครงการ : 114/2552(EC3)		
หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวพิมพ์ เทพวัลย์ / สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล		
สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล		
เอกสารที่รับรอง : 1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 2. โครงร่างการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. แบบสอบถาม		
วันที่รับรอง : 19 มีนาคม 2552		
วันหมดอายุ : 18 มีนาคม 2553		
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).		
ลงนาม  (ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจิราพร เลิศสุวรรณพันธ์) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	7 เมษายน 2552 วันที่	
ลงนาม  (ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์) คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	8 เมษายน 2552 วันที่	
Page 1 of 2		

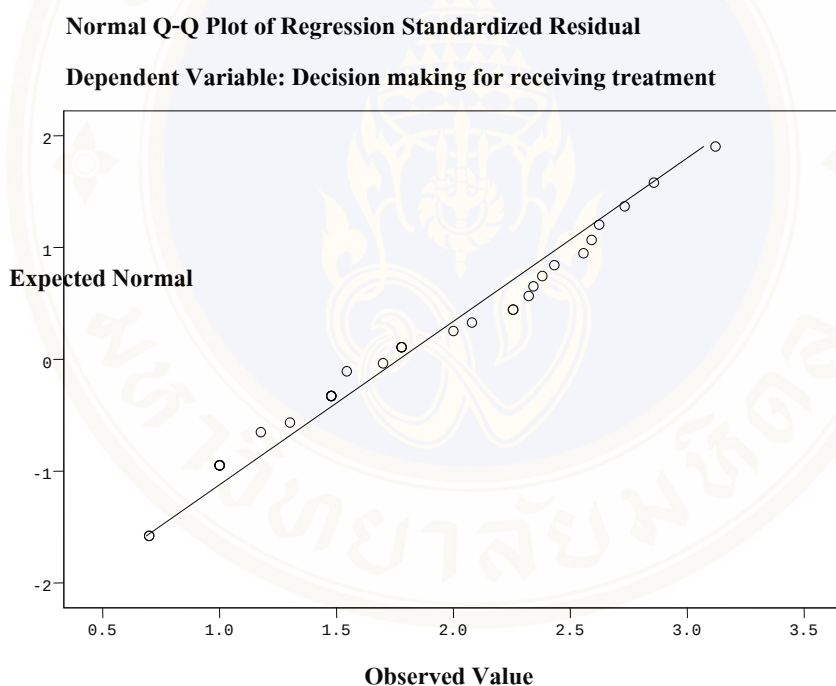
ภาคผนวก จ

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

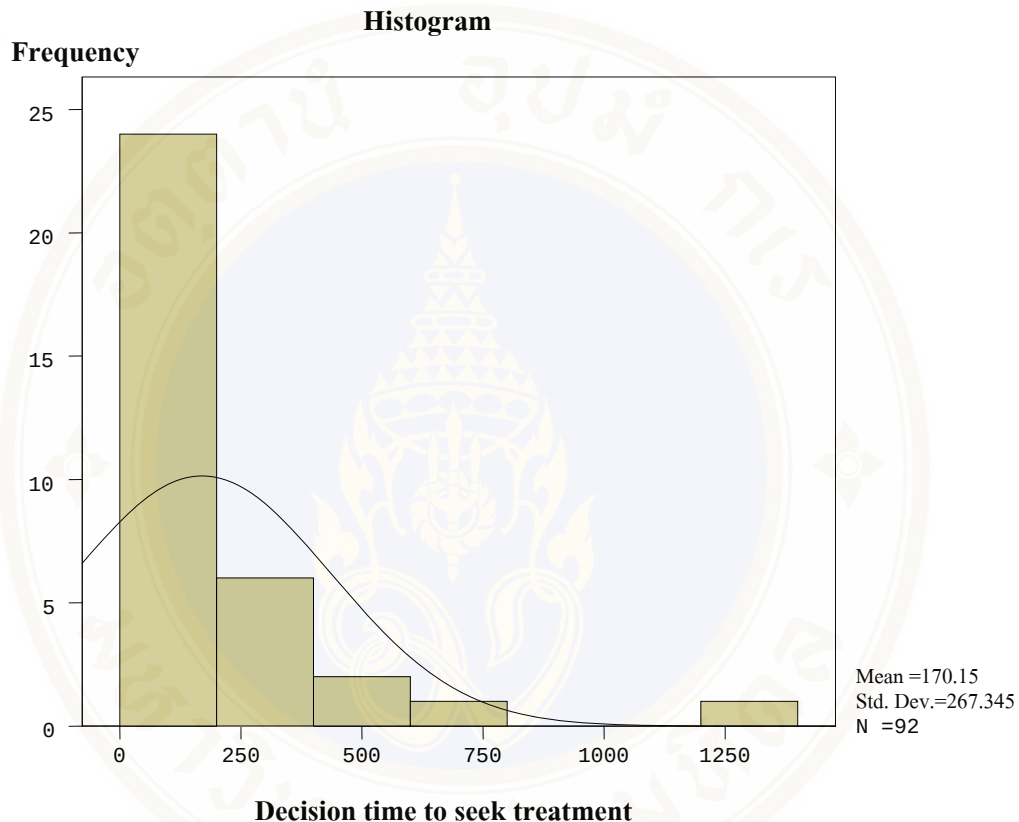
1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity)

รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (x) และตัวแปรตาม (y) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



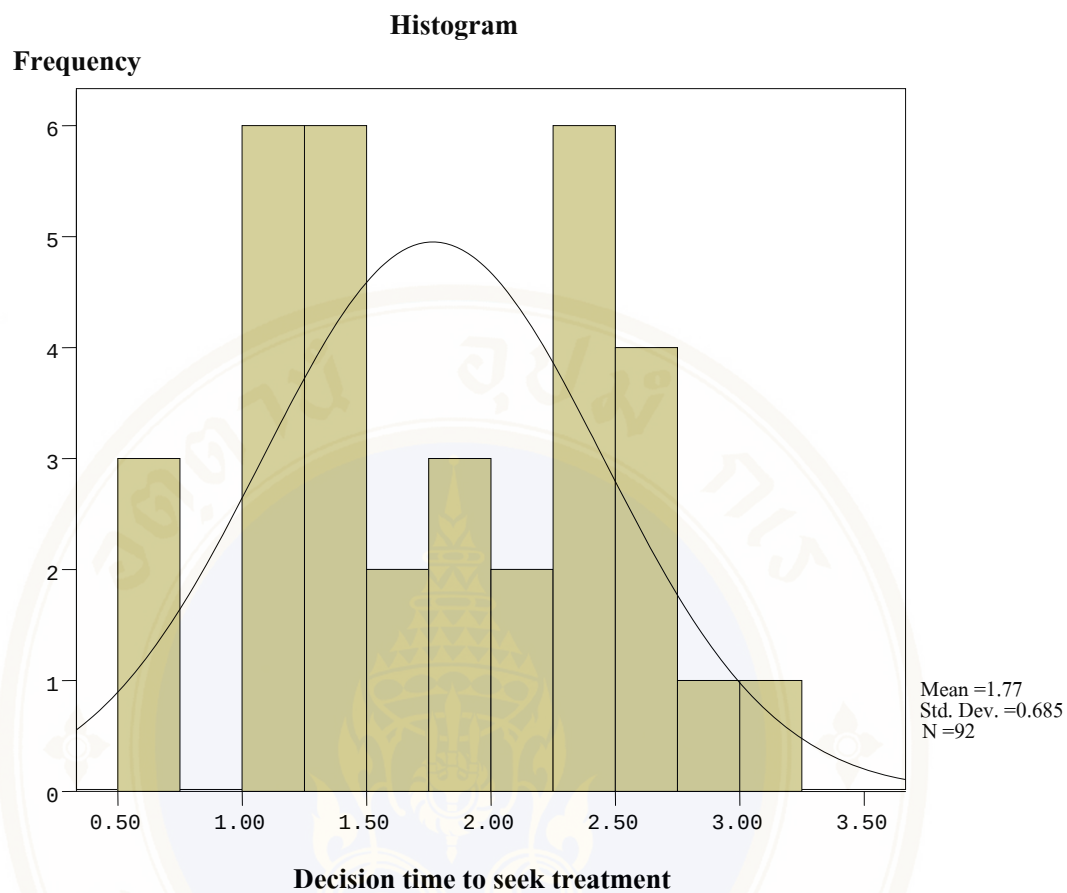
แผนภูมิที่ 3 ภาพการกระจายของค่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

2. ตรวจสอบว่าการแจกแจงของประชากรเป็นการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ ด้วยการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยกราฟฮิสโตแกรม (histogram) พบว่าระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นปกติมีทิศทางเบ้ขวา (ค่าความเบ้ 1.528) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4 กราฟฮิสโตแกรมแสดงการกระจายของระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

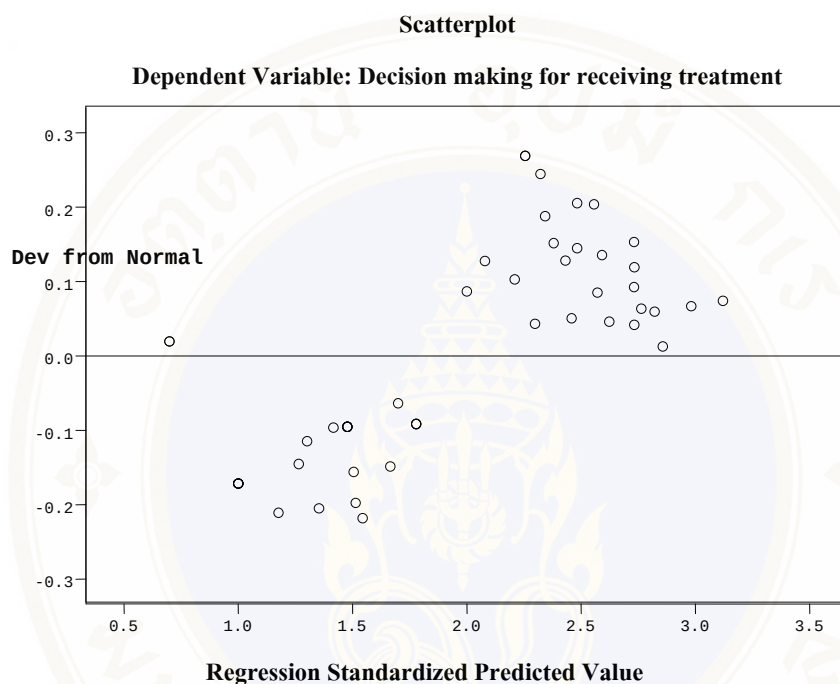
หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแปลงข้อมูลให้เป็นค่าลอการิทึมด้วย natural logarithm transformation เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ (normality) สามารถนำไปใช้ทดสอบด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (แผนภูมิที่ 5)



แผนภูมิที่ 5 กราฟฮิสโตแกรมแสดงการกระจายของระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการแปลงข้อมูลให้เป็นค่าลอการิทึมด้วย natural logarithm transformation

3. ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ (homoscedasticity)

ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (scatter plot) พบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระกระจายบริเวณค่าศูนย์ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 6



แผนภูมิที่ 6 ภาพการกระจายของความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน

4. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (multicollinearity) คือ น้อยกว่า 0.80 (ตารางที่ 4)

สรุปการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้สถิติการวิเคราะห์หาค่าคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์หาค่าคลาดเคลื่อน

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวพิมพา เทพวัลย์
วัน เดือน ปีเกิด	9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2525
สถานที่เกิด	จังหวัดฉะเชิงเทรา ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2543-2547 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2549-2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
ที่อยู่ปัจจุบัน	1/701 อาคาร A5 พาร์ควิว วิวาดี ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร 10210 E-mail: pimpathepphawan@msn.com
ประวัติการทำงาน	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2547 พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู โรงพยาบาลพญาไท 2 พ.ศ. 2547-2549 พยาบาลวิจัยประจำสาขาวิชาประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2553