

# Sex Difference in Response to Signs and Symptoms among Patients with Acute Coronary Syndrome

Nantiya Watthayu, RN, PhD<sup>1</sup>, Duangjai Rattanathanya, RN, PhD<sup>1</sup>,

Wiyada Khongkaew, RN, MSN<sup>2</sup>, Supinda Ruangjiratain, RN, PhD<sup>1</sup>

---

## Abstract

**Purpose:** To examine differences between men and women in response to signs and symptoms among patients with Acute Coronary Syndrome (ACS).

**Design:** Secondary analysis of existing data.

**Methods:** An obtained existing data contained a total of 148 patients with ACS who were receiving care services at an out-patient unit in a tertiary hospital. The response to signs and symptoms of the patients were measured using the Response to Symptom Questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient was .67. Descriptive statistics, t-test, chi square and Fisher exact test were used for secondary analysis.

**Main findings:** The findings revealed that ACS patients were mostly male (64.2%). Most women had symptoms occurred at home and in the company of family members. However, male patients had symptoms occurred at work more than women ( $\chi^2 = 9.07$ ,  $p = .011$ ). In cognitive response, the majority of male patients were not aware of signs and symptoms of ACS. ( $\chi^2 = 6.94$ ,  $p = .031$ ) and waited for sign and symptoms to go away than women ( $\chi^2 = 16.47$ ,  $p = .002$ ). Findings on emotional response demonstrated that male patients experienced less severe pain ( $\chi^2 = 6.560$ ,  $p = .028$ ) and had more control over the signs and symptoms ( $\chi^2 = 8.89$ ,  $p = .012$ ) and less anxiety comparing to female. ( $\chi^2 = 8.46$ ,  $p = .015$ ) Women and men did not differ in behavior response ( $\chi^2 = 6.465$ ,  $p = .347$ ) by rest and wait to observe the sign and symptoms. Others' responses to symptoms differ between men and women by suggesting to rest and taking medication among men and by taking to the hospitals among women ( $\chi^2 = 13.248$ ,  $p = .03$ ).

**Conclusion and recommendations:** The study findings found the differences between men and women in response to signs and symptoms of ACS except the behavior response. The findings suggest the need of educating people to have correct knowledge about signs and symptoms to reduce delay in seeking care.

**Keywords:** acute coronary syndrome, sex, signs and symptoms

---

*J Nurs Sci. 2018;36(3):46-58*

Corresponding Author: Assistant Professor Duangjai Rattanathanya, Faculty of Nursing, Mahidol University, Nakhon Pathom 73170, Thailand; e-mail: duangjai.rat@mahidol.ac.th

<sup>1</sup> Faculty of Nursing, Mahidol University, Nakhon Pathom, Thailand

<sup>2</sup> Vibhavadi Hospital, Surattani Province, Thailand

# ความแตกต่างระหว่างเพศต่อการตอบสนองอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

นันทิยา วัฒนาย, PhD<sup>1</sup> ดวงใจ รัตนธัญญา, U.S.N.<sup>1</sup> วิยะดา คงแก้ว, พย.ม.<sup>2</sup> สุพินดา เรืองจิรัชเชฐิย, PhD<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงในด้านการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

**รูปแบบการวิจัย:** การวิเคราะห์หัตถ์ติยमान

**วิธีดำเนินการวิจัย:** ข้อมูลจากงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เข้ารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 148 ราย การตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงวัดจากแบบสัมภาษณ์การตอบสนองต่ออาการต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา t-test, chi square และ Fisher exact test

**ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.2) เป็นเพศชาย เพศหญิงส่วนใหญ่เกิดอาการที่บ้านและอยู่กับสมาชิกในครอบครัวมากกว่าเพศชาย ส่วนเพศชายเกิดอาการที่ทำงานมากกว่าเพศหญิง ( $\chi^2 = 9.07, p = .011$ ) การตอบสนองด้านการรับรู้เพศชายส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเป็นอาการโรคหัวใจกำเริบ ( $\chi^2 = 6.94, p = .031$ ) และมีกรอดูอาการหายไปมากกว่าเพศหญิง ( $\chi^2 = 16.47, p = .002$ ) การตอบสนองด้านอารมณ์พบว่าผู้ชายประเมินความเจ็บปวดของอาการน้อยกว่าเพศหญิง ( $\chi^2 = 6.560, p = .028$ ) และรู้สึกสามารถควบคุมอาการได้มากกว่าเพศหญิง ( $\chi^2 = 8.89, p = .012$ ) และรู้สึกกังวลน้อยกว่าเพศหญิง ( $\chi^2 = 8.46, p = .015$ ) การตอบสนองด้านพฤติกรรมพบว่าเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน ( $\chi^2 = 6.465, p = .347$ ) คือ ใช้การพักผ่อนและรอสังเกตอาการ การตอบสนองของบุคคลอื่นพบว่ามีความแตกต่างกัน เพศชายได้รับคำแนะนำให้พักผ่อนและรับประทานยา ส่วนเพศหญิงมีการตอบสนองโดยพาไปโรงพยาบาล ( $\chi^2 = 13.248, p = .03$ )

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** ผลการศึกษานี้พบความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงต่อการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงต่างๆ ของอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ยกเว้นการตอบสนองด้านพฤติกรรม ผลการศึกษาทำให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดแก่ประชาชนเพื่อลดความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา

**คำสำคัญ:** กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพศ อาการและอาการแสดง

*J Nurs Sci. 2018;36(3):46-58*

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงใจ รัตนธัญญา, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา นครปฐม 73710, e-mail: duangjai.rat@mahidol.ac.th

<sup>1</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

## ความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) นับเป็นโรครุนแรงที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตทั่วโลก<sup>1</sup> สถานการณ์โรคหัวใจยังคงเป็นสาเหตุ 3 อันดับแรกของการเสียชีวิตของประชากรไทย และโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2556 และในปี พ.ศ. 2557 พบมีผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดสูงถึง 264,820 คน โรคหัวใจขาดเลือดเป็นภาวะเร่งด่วนต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต<sup>2,3</sup> มีปัจจัยเสี่ยงหลายๆ ปัจจัยที่มีผลต่อโรคหัวใจและเพศนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ โดยพบว่าเพศหญิงมีการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศชาย โดยพบการเสียชีวิตมาจากโรคหัวใจขาดเลือดในเพศหญิง ร้อยละ 18 และเพศชายมีการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 7.7 ในปี พ.ศ. 2557<sup>4</sup>

การรับรู้และการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงเป็นตัวกำหนดความต้องการและการตัดสินใจแสวงหาการรักษาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ อาการเจ็บเค้นอกรุนแรงเฉียบพลันหรือเจ็บขณะพัก (rest angina) นานกว่า 20 นาที หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ (unstable angina)<sup>6</sup> นอกจากนี้ มีหลักฐานพบความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายกับอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้หญิงมักไม่มีการเจ็บหน้าอกหรืออาจมีอาการไม่เฉพาะเจาะจง (atypical symptoms) ได้แก่ ปวดขากรรไกร ปวดไหล่ ปวดแขน คลื่นไส้ เหนื่อยล้าหรือหอบเหนื่อย รวมถึงการจัดการดูแลรักษา และผลลัพธ์ของการรักษาก็แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย<sup>7</sup>

แนวคิดการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงเป็นที่ได้รับความสนใจทั่วโลก ได้แก่ แนวคิดของ Dracup และคณะ<sup>9</sup> ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการด้วยตนเอง (self-regulatory model) ของ Leventhal

และ Cameron<sup>9</sup> ซึ่งเป็นแนวคิดการควบคุมตนเองของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย Dracup และคณะ<sup>7</sup> เชื่อว่า กระบวนการตอบสนองของผู้ป่วยต่ออาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการตัดสินใจในการมารับบริการของผู้ป่วย และแบ่งการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงเป็นด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้อื่น

การตอบสนองด้านการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรค (cognitive response) เป็นความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแปลความหมายของอาการว่ารุนแรงหรือไม่รุนแรงสามารถรอดูอาการได้<sup>10</sup> สำหรับการตอบสนองทางอารมณ์ (affective or emotional response) เป็นภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยคุกคามที่เกิดขึ้น เช่น มีความวิตกกังวล มีความกลัวเกิดขึ้น ก็ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงในอารมณ์ทำให้มารับบริการด้วยความรวดเร็ว<sup>11</sup> การตอบสนองด้านพฤติกรรม (behavioral response) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหลายวิธี เช่น การรักษาตนเองเบื้องต้นโดยการรับประทานยาลดกรด อดทนรอให้อาการทุเลา หรืออาจจะมีการปรึกษาบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น หรือหาวิธีการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนการตอบสนองด้านอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น (behavioral or emotional responses of others) เป็นการตอบสนองของบุคคลอื่นรอบข้าง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดเมื่อพบผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะมีส่วนสำคัญในการร่วมพิจารณาอาการและร่วมตัดสินใจในการมารับการรักษา

การศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจแสวงหาการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกเพื่อลดระยะเวลาในการมารับบริการล่าช้า พบความแตกต่างทางเพศระหว่างเพศชายและเพศหญิงต่อการตัดสินใจค้นหาการรักษา หลายการศึกษาพบว่าผู้หญิงส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลานานกว่าเพศชายในการตัดสินใจมารับบริการ<sup>8,12,13</sup> อย่างไรก็ตามบางการศึกษา

ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงต่อระยะเวลาในการมารับบริการล่าช้า<sup>14</sup> นอกจากนี้เพศชายและเพศหญิงจะมีการรับรู้ และการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกัน รวมถึงความอดทนต่อความเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคได้ต่างกัน<sup>8,14</sup>

สำหรับการศึกษเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงในการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการล่าช้า ในประเทศไทยยังมีน้อยและผลการศึกษจากต่างประเทศไม่สามารถนำมาใช้อ้างอิงในผู้ป่วยไทยได้ เนื่องจากวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาความแตกต่างทางเพศระหว่างเพศหญิงและเพศชายเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นถึงความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง ว่ามีการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงด้านต่างๆ และความล่าช้าในการมารับบริการว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ ผลจากการศึกษครั้งนี้จะมีประโยชน์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมที่จำเป็นในการป้องกันที่เหมาะสมกับเพศชายและเพศหญิงโดยมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเกี่ยวกับการรับรู้ และตระหนักถึงอาการของหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อให้มีการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงด้านต่างๆ อย่างเหมาะสมกับเพศสถานะเพื่อลดระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลเพื่อช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพและสามารถลดอัตราการเกิดโรคหัวใจและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงในด้านการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงด้านต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และพฤติกรรมและอารมณ์ของบุคคลอื่น

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวิเคราะห์ทุติยภูมิ (secondary analysis of existing data) โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดย วิยะดา คงแก้ว และคณะ<sup>15</sup>

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของข้อมูลงานวิจัยที่นำมาใช้วิเคราะห์ทุติยภูมิ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาตามนัดหลังจากรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมีลักษณะทางคลินิก 3 กลุ่มอาการคือ Unstable Angina (UA) ST-elevation myocardial infarction (STEMI) และ non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) ภายใน 2 เดือน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ในกรณีผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องไม่มีปัญหาการรับรู้และการจำ โดยมีการประเมิน MMSE ต้องได้คะแนน MMSE  $\geq 15$  ขึ้นไป ในการศึกษานี้ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างชุดเดียวกับข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 ราย

### เครื่องมือการวิจัย

ตัวแปรจากข้อมูลงานวิจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้รับการรวบรวมโดยเครื่องมือวิจัยต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทาง และระยะทางมาโรงพยาบาล
2. แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการต่างๆ (response to symptom questionnaire) ของ Dracup

และ Moser<sup>12</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) โดยอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 14 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามเป็นทั้งแบบเลือกตอบและแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 แต่ระดับความเจ็บปวดวัดเป็นคะแนนต่อเนื่อง 0-10 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังนี้

บริบททางสังคม - ข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมสถานที่เกิดอาการ และเมื่อเกิดอาการครั้งแรกอยู่กับใคร จำนวน 3 ข้อ

การตอบสนองด้านการรับรู้ - ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้และตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น เช่น การรับรู้อาการที่เกิดขึ้นเกิดจากสาเหตุใด การให้ความสำคัญของสาเหตุ/เหตุผลของการชะลอการมารับการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับยาละลายลิ้มเลือด จำนวนทั้งหมด 4 ข้อ

การตอบสนองทางอารมณ์ - ข้อคำถามด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ เช่น ความกังวล ความสามารถในการควบคุมอาการ รวมถึงสาเหตุ/เหตุผลสำคัญของการชะลอการมารับรักษาเพราะกลัวในสิ่งที่เกิดขึ้น และข้อคำถามประเมินความเจ็บปวดจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ

การตอบสนองทางพฤติกรรม - ข้อคำถามถึงการตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อมีอาการเกิดขึ้น เช่น พยายามผ่อนคลาย แสร้งทำเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น รับประทานยารักษาตนเองบอกใครสักคน หรือไปโรงพยาบาล คำถามจำนวน 1 ข้อ

การตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น - ข้อคำถามถึงการตอบสนองพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่นต่ออาการที่เกิดขึ้น เช่น ไม่พูดไม่ทำอะไร พยายามปลอบ แนะนำให้พักผ่อนและรับประทานยา หรือพาไปโรงพยาบาล คำถามจำนวน 1 ข้อ

คำถามอื่นๆ - เป็นคำถามอาการแสดงครั้งแรกเกิดขึ้นเมื่อไหร่ จำนวน 1 ข้อ

แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการต่างๆ ที่ใช้มีการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงในส่วนที่เป็นมาตราประมาณค่า โดยวิธีหาความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .67

3. แบบบันทึกการเจ็บป่วย คือ ระยะเวลาเป็นมาที่เริ่มตั้งแต่เกิดอาการ และตัดสินใจมารับการรักษาจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย จำนวน 1 ข้อ

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2017/410.0307) โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยของ วิยะดา คงแก้ว และคณะ<sup>15</sup>

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลของงานวิจัยที่นำมาศึกษา<sup>15</sup> ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีการลงบันทึกข้อมูลไว้แล้วในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม PASW Statistics version 18.0 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติ t-test สำหรับข้อมูล continuous data สำหรับข้อมูล categorical data ใช้สถิติ chi square และ Fisher exact test ในกรณีที่ ค่าความถี่ที่คาดหวัง (expected count) ในแต่ละ cell มีค่าน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวน cell ทั้งหมด โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

### ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 148 ราย เป็นเพศชาย 95 คน (ร้อยละ 64.2) อายุระหว่าง 36-73 ปี มีอายุเฉลี่ย 53.20 ปี (SD = 7.70) และเพศหญิง 53 คน (ร้อยละ 45.8) อายุระหว่าง 35-71 ปี มีอายุเฉลี่ย 54.28 ปี (SD = 8.26) อายุของเพศชาย และเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน (t = .598, p = .43) เพศหญิงมีการศึกษาน้อยกว่าเพศชาย โดยส่วนใหญ่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนเพศชายเกือบครึ่ง จบระดับมัธยมศึกษาหรือปริญญาตรี

มากกว่า 1 ใน 3 ของเพศหญิง มีสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยก ส่วนเพศชายส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่ และประมาณ 2 ใน 3 ของเพศหญิง มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาท ในขณะที่เพศชายมากกว่าครึ่ง มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป เพศชายเกือบครึ่ง เป็นโรคหัวใจโรคเดียว ในขณะที่ 1 ใน 4 ของเพศหญิงเป็นโรคหัวใจโรคเดียว และเกือบครึ่งของเพศหญิง มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไปมากกว่าเพศชาย

สำหรับสภาพแวดล้อมที่อาศัย เพศหญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.2) อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมเป็นชนบท

มากกว่าเพศชาย โดยมีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลพบว่าเพศหญิง 1 ใน 3 อยู่ไกลกว่า 20 กิโลเมตรขึ้นไป เปรียบเทียบกับเพศชาย นอกจากนี้พบว่าเพศชาย มารับบริการที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ส่วนตัวหรือรถโดยสารมากกว่า ในขณะที่เพศหญิง มีการใช้บริการรถการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าเพศชาย สำหรับระยะเวลาเริ่มมีอาการจนมารับบริการพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย โดยเพศชายมีค่าเฉลี่ยระยะเวลา 137.87 มากกว่าเพศหญิงซึ่งมีค่าเฉลี่ยระยะเวลา 89.44 นาที ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (N = 148)

คุณลักษณะ	เพศชาย (95) (n, %)	เพศหญิง (53) (n, %)	$\chi^2$	p-value
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>			12.23	.002
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	52 (54.7)	44 (83.0)		
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	29 (30.5)	5 (9.4)		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	14 (14.7)	4 (7.5)		
<b>สถานภาพ</b>				.001*
โสด	2 (2.1)	1 (1.9)		
คู่	85 (89.5)	32 (60.4)		
หม้าย/หย่า/แยก	14 (14.7)	20 (37.7)		
<b>รายได้เฉลี่ย</b>			5.49	.064
น้อยกว่า 10,000	44 (46.3)	35 (66.0)		
10,001-20,000	28 (29.5)	11 (20.8)		
มากกว่า 20,000	23 (24.2)	7 (13.2)		
<b>โรคร่วม</b>			20.59	.004
ไม่มี (เป็นโรคหัวใจอย่างเดียว)	47 (49.5)	13 (24.5)		
มีโรคร่วม 1 โรค	68 (49.5)	14 (26.4)		
2 โรค	16 (16.9)	12 (22.7)		
3 โรค	4 (4.2)	14 (26.4)		
<b>การเดินทางไปโรงพยาบาล</b>				.046*
รถฉุกเฉิน	4 (4.2)	7 (13.2)		
รถอื่นๆ (รถส่วนตัว รถโดยสาร)	91 (95.8)	46 (86.8)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะ	เพศชาย (95) (n, %)	เพศหญิง (53) (n, %)	$\chi^2$	p-value
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล			6.92	.03
≤ 20	72 (75.8)	36 (67.9)		
21-40	9 (9.5)	13 (24.5)		
> 40	14 (14.7)	4 (7.5)		
ระยะเวลาเริ่มมีอาการจนมารับบริการ			3.94	.41
≤ 30 นาที	32 (33.7)	17 (32.1)		
31-60 นาที	21 (22.1)	18 (34.0)		
61-90 นาที	10 (10.5)	2 (3.8)		
91-120 นาที	7 (7.4)	4 (7.5)		
>120 นาที	25 (26.3)	12 (22.6)		
Range	5-1480	10-400		
Mean (SD)	137.87 (235.87)	89.44 (90.52)		
Median	60	60		
Mode	60	60		

\* ใช้สถิติ Fisher exact test

2. ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายในการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ด้านบริบททางสังคมพบว่า สถานที่พบอาการครั้งแรกส่วนใหญ่ทั้งเพศหญิง และเพศชาย มีอาการที่บ้าน โดยเพศหญิง (ร้อยละ 92.5) มีอาการที่บ้านมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 71.6) ส่วนในที่ทำงานพบในเพศชาย (ร้อยละ 17.9) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 3.8) ( $\chi^2 = 9.07, p = .011$ ) และขณะเกิดอาการพบว่าเพศหญิงเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.2) อยู่กับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ในขณะที่เพศชายมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.6) อยู่กับสามี/ภรรยา/แฟน ( $\chi^2 = 17.80, p = .001$ )

การตอบสนองต่ออาการและอาการแสดง ด้านการรับรู้พบว่า การตอบสนองด้านการรับรู้ของผู้ป่วยเพศชายคิดว่าอาการที่เกิดขึ้น เป็นปัญหาจากการหายใจ (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ ปัญหาอาหารไม่ย่อยหรือกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 29.5) ขณะที่เพศหญิงคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาจากการหายใจ (ร้อยละ 34.0) และปัญหาอาหาร

ไม่ย่อยหรือกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 34.0) และคิดว่าเป็นปัญหาจากโรคหัวใจในเพศหญิง (ร้อยละ 20.8) พอๆ กับเพศชาย (ร้อยละ 20.0) ( $\chi^2 = 5.78, p = .97$ ) ในด้านความรุนแรงของอาการพบว่า 2 ใน 3 ทั้งเพศชายและเพศหญิงคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากถึงมากที่สุด ( $\chi^2 = .263, p = .88$ ) สำหรับสาเหตุ/เหตุผลสำคัญการชะลอรับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รอดูว่าอาการเหล่านั้นหายไป พบว่าเพศชาย (ร้อยละ 56.9) รอดูอาการหายไปมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 47.2) ( $\chi^2 = 16.47, p = .002$ ) สำหรับเหตุผลการชะลอรับการรักษาเพราะอายุที่จะรับการช่วยเหลือ พบว่าเพศหญิง (ร้อยละ 11.3) อายุที่จะรับการช่วยเหลือมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 2.1) ( $p = .003$ ) ด้านเหตุผลการชะลอรับการรักษาเพราะไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจกำเริบ พบว่าเพศชายไม่ทราบว่าเป็นอาการของโรคหัวใจกำเริบ (ร้อยละ 68.4) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 58.5) ( $p = .031$ ) สำหรับการรับรู้ความสำคัญของการไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการ

พบว่าเพศชายรับรู้ถึงความสำคัญของการไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการ (ร้อยละ 98.9) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 92.6) ( $p = .029$ )

การตอบสนองทางอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยเพศชายมากกว่า 2 ใน 3 (ร้อยละ 65.3) เมื่อสังเกตพบอาการครั้งแรกมีความกังวลน้อยหรือไม่มีเลย ในขณะที่เพศหญิงเกือบครึ่ง (ร้อยละ 41.5) พบว่ามีความกังวลน้อยหรือไม่มีเลยแต่เพศหญิงมีความกังวลมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 34.0) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 16.8) ( $\chi^2 = 8.46, p = .015$ ) สำหรับความสามารถในการควบคุมอาการพบว่า ผู้ป่วยเพศชายมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.6) สามารถควบคุมอาการได้ดีกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 32.1) ( $\chi^2 = 8.89, p = .012$ ) ด้านความเจ็บปวดพบว่าผู้ป่วยเพศหญิง (ร้อยละ 86.8) มีระดับคะแนนความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 78.95) ( $p = .028$ ) สำหรับความกลัวสิ่งที่อาจเกิดขึ้นพบว่าไม่แตกต่างกันเพศหญิง (ร้อยละ 26.4) เพศชาย (ร้อยละ 13.7) ( $\chi^2 = 4.39, p = .112$ )

การตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อมีอาการ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยเพศหญิง (ร้อยละ 52.8) เพศชาย (ร้อยละ 48.4) ใช้วิธีการตอบสนองด้านพฤติกรรมโดยการบอกใครบางคน รองลงมาคือ เพศหญิง (ร้อยละ 28.33) เพศชาย (ร้อยละ 18.9) พยายามผ่อนคลาย และเพศชาย (ร้อยละ 18.9) เพศหญิง (ร้อยละ 15.1) รับประทานยา เช่น ยาลดกรด ( $p = .347$ )

การตอบสนองพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่นพบว่า มีความแตกต่างกันเมื่อผู้ป่วยมีอาการและบอกบุคคลอื่นๆ เกี่ยวกับอาการของตนเอง บุคคลอื่นๆ มีการตอบสนองโดยพาผู้ป่วยเพศหญิง (ร้อยละ 60.4) ไปโรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 43.2) รองลงมาคือ แนะนำให้พักผ่อนและทานยา พบในเพศชาย (ร้อยละ 18.9) และแนะนำให้พบแพทย์ (ร้อยละ 12.6) มากกว่าในเพศหญิงซึ่งถูกแนะนำให้พักผ่อนและทานยา (ร้อยละ 13.2) และแนะนำให้พบแพทย์ (ร้อยละ 11.3) ( $p = .03$ )

**ตารางที่ 2** ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายในการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดง (N = 148)

การตอบสนองต่ออาการและอาการแสดง	Chi square	p-value
<b>บริบททางสังคม</b>		
สถานที่พบอาการครั้งแรก	9.07	.011
สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	12.79	.002
บุคคลที่ผู้ป่วยอยู่ด้วยเมื่อพบอาการ	17.80	.001
<b>การตอบสนองด้านการรับรู้</b>		
เมื่อพบอาการครั้งแรกคิดว่าเกิดจากสาเหตุใด	.58	.970
อาการเหล่านั้นรุนแรงแค่ไหน	.26	.877
เหตุผลชะลอรอดูว่าอาการหายไป	14.79	.001
เหตุผลชะลอเพราะอายุที่จะรับการช่วยเหลือ		.003*
เหตุผลชะลอเพราะอาการเป็นๆ หายๆ	4.49	.106
เหตุผลชะลอเพราะไม่ทราบเป็นอาการของโรคหัวใจ	4.18	.124
เหตุผลชะลอเพราะไม่ยอมรับกวนใคร	1.72	.423
เหตุผลชะลอเพราะไม่ทราบอาการโรคหัวใจกำเริบ		.031*
เหตุผลชะลอเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการ	2.13	.344
ความสำคัญของการไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการ		.029*
การรับรู้เกี่ยวกับยาลดกรดลิเทียม	2.91	.115

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การตอบสนองต่ออาการและอาการแสดง	Chi square	p-value
<b>การตอบสนองทางอารมณ์</b>		
ระดับความกังวล	8.46	.015
ความสามารถควบคุมอาการ	8.89	.012
เหตุผลชะลอเพราะกลัวสิ่งที่อาจเกิดขึ้น	4.39	.112
ระดับความเจ็บปวด	5.98*	.028
การตอบสนองทางพฤติกรรม	6.47*	.347
การตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น	13.25*	.030

\* ใช้สถิติ Fisher exact test

**การอภิปรายผล**

การตอบสนองต่ออาการกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งเพศหญิงและเพศชายยังเป็นปัญหาสำคัญ การศึกษานี้พบทั้งความเหมือนและความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายในการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงต่างๆ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 148 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.2 สอดคล้องกับข้อมูลเชิงระบาดวิทยาที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป<sup>16</sup> ผู้หญิงมีการศึกษาน้อยกว่าเพศชาย มีสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยก และมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาท ส่วนเพศชายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.5) มีสถานภาพคู่ และมีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป เพศชายเกือบครึ่ง (ร้อยละ 49.5) เป็นโรคหัวใจโรคเดียว ในขณะที่เพศหญิงเพียงร้อยละ 24.5 เป็นโรคหัวใจอย่างเดี่ยวแต่เพศหญิง (ร้อยละ 49.1) มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไปมากกว่าเพศชาย (p = .004)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตัดสินใจแสวงหาการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกยังไม่ชัดเจน บางการศึกษาพบว่าผู้หญิงมีความล่าช้าในการมารับบริการมากกว่าเพศชาย<sup>11,12,17,18</sup> ในขณะที่บางการศึกษาพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย<sup>13</sup> สำหรับการศึกษานี้ก็ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศหญิงและเพศชายต่อความล่าช้าในการมารับบริการ

เมื่อพิจารณาระยะเวลาเฉลี่ยจากเริ่มมีอาการจนมารับบริการพบว่า เพศชายใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 137.87 นาที มากกว่าเพศหญิงซึ่งใช้เวลาเฉลี่ย 89.44 นาที ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Alshahrani และคณะ<sup>19</sup> ที่พบว่าโดยรวมแล้วเพศหญิงใช้ระยะเวลาเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย โดยใช้เวลา 180 นาที แต่เพศชายใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 150 นาที ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ เพศหญิงขามุสลิมต้องได้รับการอนุญาตหรือได้รับความยินยอมจากหัวหน้าครอบครัวหรือสามีก่อนจึงจะออกจากบ้านได้ หรือต้องคอยสามีในการนำส่งโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้หญิงไปโรงพยาบาลล่าช้าเป็น 2 เท่าของผู้ชาย รวมทั้งพบว่าเพศหญิง (ร้อยละ 13.2) มีการใช้บริการรถการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 4.2) (p = .046) ซึ่งอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่สำคัญส่งผลให้เพศหญิงใช้ระยะเวลาเฉลี่ยน้อยกว่าเพศชาย

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า การตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงของเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันในหลายประเด็นดังนี้ ส่วนใหญ่มีอาการขณะอยู่ที่บ้าน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย แต่เพศหญิง (ร้อยละ 92.5) มีอาการที่บ้านมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 71.6) ส่วนในที่ทำงานพบในเพศชาย (ร้อยละ 17.9) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 3.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากเพศหญิงส่วนใหญ่ร้อยละ 83 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียนหนังสือ จึงเป็นแม่บ้านและส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานแล้ว และป่วยด้วยโรคหัวใจและ

มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคมากกว่าเพศชาย จึงพบอาการที่บ้านมากกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Lesneski<sup>20</sup> พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 เกิดอาการที่บ้าน การศึกษานี้บุคคลที่อยู่ด้วยขณะมีอาการ เพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ (ร้อยละ 47.2) อยู่กับสมาชิกครอบครัวคนอื่น เช่น เด็กและผู้สูงอายุ ในขณะที่เพศชายมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.6) อยู่กับสามี/ภรรยา/แฟน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศหญิงมีสถานภาพเป็น หม้าย หย่า หรือแยก มากกว่า

การตอบสนองด้านการรับรู้ การศึกษานี้พบว่าทั้ง เพศหญิงและเพศชายส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเป็นอาการโรคหัวใจกำเริบ และมีกรดดูอาการให้หายไป โดยเพศชายไม่ทราบว่าเป็นอาการโรคหัวใจกำเริบมากกว่าเพศหญิง และเพศชายมักกรดดูอาการหายไปมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความตระหนักและความไม่เข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแปลความหมายของอาการผิดพลาดคิดว่าเป็นอาการไม่รุนแรงสามารถรอดดูอาการได้ เพศหญิงจะไม่เชื่อว่าอาการที่เจ็บหน้าอกเกิดจากหัวใจ เพราะเชื่อจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา และมากกว่าร้อยละ 60 ของเพศหญิงเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกจะมีความกลัวเกี่ยวกับการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า มีเพียงแค่ร้อยละ 6 ที่มีความกลัวว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นมาจากหัวใจ<sup>2,21</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Nouredine และคณะ<sup>22</sup> พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคิดว่าลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่สาเหตุจากหัวใจ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชายยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง อาการเหล่านั้นเป็นๆ หายๆ สามารถรอดได้ และรู้สึกไม่สบายใจหากจะต้องรบกวนบุคคลอื่น ซึ่งจากการศึกษานี้ก็พบว่าเพศหญิงอายุในการขอความช่วยเหลือมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจมีความสัมพันธ์กับการไม่ทราบว่า เป็นอาการโรคหัวใจกำเริบ รอดดูอาการก่อน และอาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยคิดว่าไม่มีความรุนแรงมากพอที่จะขอความช่วยเหลือจากคนอื่นทั้งนั้นในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน

และทีมสุขภาพ อีกทั้งขณะเกิดอาการเพศหญิงอยู่กับสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ไม่ใช่คู่ครองซึ่งต่างจากเพศชาย ซึ่งส่วนใหญ่อยู่กับคู่ครอง Emslie<sup>23</sup> กล่าวว่าเพศหญิงมักไม่สบายใจที่จะขอความช่วยเหลือแม้แต่สมาชิกในครอบครัว เพราะไม่อยากให้เป็นภาระครอบครัว รวมถึงไม่ต้องการให้กระทบกับงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุเพียร โภคทิพย์ และศิริพร จิรวัดน์กุล<sup>17</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงยังคงละเลยต่อการแสวงหารักษา เนื่องจากให้ความสำคัญกับบทบาทหน้าที่ในครอบครัวมากกว่า ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และยังขาดโอกาสเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญ

การตอบสนองด้านอารมณ์พบว่า เพศชายรู้สึกถึงระดับความเจ็บปวดของอาการที่เกิดขึ้นน้อยกว่าเพศหญิง และรู้สึกที่สามารถควบคุมอาการได้มากกว่าเพศหญิง และยังรู้สึกกังวลน้อยกว่าเพศหญิง จึงชะลอการรับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>20,22</sup> ที่พบว่าเหตุผลหนึ่งในการมาโรงพยาบาลล่าช้า คือ การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาการ ผู้ป่วยคิดว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้ จึงชะลอเพราะรอดดูอาการ และอาการแสดงเหล่านั้นหายไปแล้วหรือไม่ การมีความวิตกกังวลมีความกลัวเกิดขึ้นของเพศหญิงที่มากกว่าเพศชายก็จะส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงในอารมณ์ทำให้มารับบริการด้วยความรวดเร็ว<sup>13</sup> เพศหญิงยังได้รับพฤติกรรมตอบสนองของผู้อื่นโดยการพาไปโรงพยาบาล และเมื่อตัดสินใจจะรับการรักษาเลือกใช้วิธีการเดินทางโดยรถฉุกเฉินหรือรถพยาบาลมากกว่าเพศชาย ซึ่งการใช้รถบริการรถฉุกเฉินทำให้ใช้เวลาเฉลี่ยน้อยกว่า<sup>24</sup> และการศึกษาของ McKinley และคณะ<sup>25</sup> พบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลโดยใช้ EMS จะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ

การตอบสนองด้านพฤติกรรมพบว่า เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมตอบสนองเมื่อมีอาการไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง และคิดว่าเป็นปัญหาจากการหายใจและปัญหาอาหารไม่ย่อยหรือกระเพาะอาหาร จึงตอบสนองด้านพฤติกรรมโดยพยายามผ่อนคลาย และรับประทานยา เช่น ยาลดกรด และรอให้

อาการหายไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Moser และคณะ<sup>14</sup> ที่พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอาการหายใจเหนื่อยมากกว่าอาการเจ็บหน้าอก และมีการรับรู้อาการคล้ายคลึงกันว่าไม่รุนแรงเพียงพอที่จะตัดสินใจรับการช่วยเหลือ

สำหรับการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น เมื่อผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับลักษณะอาการที่เกิดขึ้นให้ทราบพบว่ามีความแตกต่างกัน กล่าวคือเพศชายเมื่อมีอาการมักไม่บอกใคร และมักได้รับคำแนะนำให้พักผ่อนและรับประทานยาบรรเทาอาการ รอดูให้อาการหายไปมากกว่าในเพศหญิง ส่วนเพศหญิงเมื่อบอกคนอื่นแล้วบุคคลอื่นมีการตอบสนองโดยแนะนำหรือพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และขอความช่วยเหลือจากบริการฉุกเฉินทางการแพทย์มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lesneski<sup>20</sup> ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติบุคคลอื่นมีการตอบสนองทางพฤติกรรมโดยโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างทันท่วงที อย่างไรก็ตามพบว่าแตกต่างจากการศึกษาของ Allana และคณะ<sup>26</sup> ที่พบว่าบุคคลรอบข้างมักแนะนำให้เพศหญิงพักผ่อนหรือรับประทานยามากกว่าแนะนำหรือพาไปโรงพยาบาล ในขณะที่ถ้าเป็นเพศชาย บุคคลรอบข้างมักนำส่งโรงพยาบาลหรือโทรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการรักษา เพราะเห็นว่าสุขภาพของเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้หารายได้หลัก สุขภาพของเพศชายจึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก

### สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปได้ว่าการตอบสนองต่ออาการกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ด้านการรับรู้ยังเป็นปัญหาสำคัญทั้งเพศหญิงและเพศชายเนื่องจากยังไม่ทราบว่าเป็นอาการของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเพศชายรอดูอาการมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงก็ไม่อยากบอกคนอื่นถึงอาการที่เกิด จึงทำให้ชะลอเวลาการรักษา ส่วนการตอบสนองด้านอารมณ์ เพศชายจะรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าและคิดว่าสามารถควบคุมอาการได้มากกว่าเพศหญิง เพศหญิงจะกังวลมากกว่าเพศชาย การตอบสนองด้านพฤติกรรมไม่มี

ความแตกต่างกัน การตอบสนองด้านอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลอื่นพบว่าแตกต่างกัน เพศหญิงเมื่อบอกคนอื่นแล้วบุคคลอื่นมีการตอบสนองโดยแนะนำหรือพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และขอความช่วยเหลือจากบริการฉุกเฉินทางการแพทย์มากกว่าเพศชาย จากผลวิจัยที่ได้ครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการพยาบาล: พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้กับประชาชนและกลุ่มเสี่ยง เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยเน้นการรีบมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา ไม่ชะลอดูอาการ แม้ว่าจะมีความเจ็บปวดไม่มากหรือรู้สึกควบคุมอาการได้ในเพศชาย ส่วนเพศหญิงก็เน้นการกล่าวบอกผู้อื่นมากขึ้น ทั้งเพศหญิงและชายต้องตระหนักถึงความสำคัญขอระยะเวลาในการได้รับการรักษาไม่รอดูอาการ รวมถึงการให้เบอร์โทรศัพท์การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อให้เข้าถึงบริการได้รวดเร็ว

2. ด้านการวิจัย: ควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mix method) เพื่อให้เข้าใจการตอบสนองต่ออาการต่างๆ และเหตุผลในการชะลอการรับการรักษาเชิงลึกทั้งเพศชายและเพศหญิง และควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของหัวใจขาดเลือดและการตอบสนองต่ออาการที่จะทำให้ได้รับบริการที่รวดเร็ว

### References

1. Hengrassamee K. Coronary artery disease. Department of Medical Services Journal. 2015;40(3):6-15.
2. Farshidi H, Rahimi S, Abdi A, Salehi S, Madani A. Factors associated with pre-hospital delay in patients with acute myocardial infarction. Iran Red Crescent Med J. 2013;15(4):312-6.

3. Gersh BJ, Sliwa K, Mayosi BM, Yusuf S. The epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications. *Eur Heart J*. 2010;31:642–8.
4. International Health Policy Program, Ministry of Public Health. Burden of diseases and injuries of Thai population report 2011. Bangkok: WVO Office of Printing Mill; 2014. (in Thai).
5. Riegel B, Hanlon AL, McKinley S, Moser DK, Meischke H, Doering LV, et al. Differences in mortality in acute coronary syndrome symptom clusters. *Am Heart J*. 2010;159(3):392–8.
6. Sittisuk S. Guideline for ischemic heart disease patients in Thailand 2014. Bangkok: The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King; 2014. (in Thai).
7. Pagidipati NJ, Peterson ED. Acute coronary syndromes in women and men. *Nat Rev Cardiol*. 2016;13(8):471-80.
8. Dracup K, McKinley S, Riegel B, Mieschke H, Doering LV, Moser DK. A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome: a randomized clinical trial. *Cardiovasc Nurs*. 2006;21(3):186-93.
9. Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Educ Couns*. 1987;10(2):117-38.
10. Vidotto G, Bertolotti G, Zotti AM, Marchi S, Tavazzi L. Cognitive and emotional factors affecting avoidable decision- making delay in acute myocardial infarction male adults. *Int J Med Sci*. 2013;10(9):1174-80.
11. Banks AD, Dracup K. Are there gender differences in the reasons why African Americans delay in seeking medical help for symptoms of an acute myocardial infarction? *Ethn Dis*. 2007;17(2):221-7.
12. Bertoni AG, Bonds DE, Lovato J, Goff DC, Brancati FL. Sex disparities in procedure use for acute myocardial infarction in the United States, 1995 to 2001. *Am Heart J*. 2004;147(6):1054-60.
13. Dracup K, Moser DK. Beyond socio-demographics: factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 1997;26(4):253-62.
14. Moser DK, McKinley S, Dracup K, Chung ML. Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient Educ Couns*. 2005;56(1):45-54.
15. Khongkaew W, Watthayu N, Rattanathanya D, Ruangjiratain S. Factors predicting pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2016;28(1):54-66. (in Thai).
16. Wu JR, Moser DK, Riegel B, McKinley S, Doering LV. Impact of prehospital delay in treatment seeking on in-hospital complications after acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs*. 2011;26(3):184-93.
17. Pokathip S, Jirawatkul S. Perception of myocardial infarction in Northeastern Thailand: Ubon Ratchathani context. *Journal of Nursing and Health*. 2012;35(2):43-52. (in Thai).

18. Taghaddosi M, Dianati M, Fath Gharib Bidgoli J, Bahonaran J. Delay and its related factors in seeking treatment in patients with acute myocardial infarction. *ARYA Atheroscler*. 2010;6(1):35-41.
19. Alshahrani H, McConkey R, Wilson J, Youssef M, Fitzsimons D. Female gender doubles pre-hospital delay times for patients experiencing ST segment elevation myocardial infarction in Saudi Arabia. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014;13(5):399-407.
20. Lesneski L. Factors influencing treatment delay for patients with myocardial infarction. *Appl Nurs Res*. 2010;23(4):185-90.
21. Zerwic JJ. Patient delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *J Cardiovasc Nurs*. 1999;13(3):21-32.
22. Nouredine S, Arevian M, Adra M, Puzantian H. Response to signs and symptoms of acute coronary syndrome: differences between Lebanese men and women. *Am J Crit Care*. 2008;17(1):26-35.
23. Emslie C. Women men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. *J Adv Nurs*. 2005;51(4):382-95.
24. Løvlien M. When every minute counts: from symptoms to admission for acute myocardial infarction with special emphasis on gender differences [dissertation]. Gjøvik: Norwegian University of Science and Technology; 2010. 144 p.
25. McKinley S, Aitken LM, Marshall AP, Buckley T, Baker H, Davidson PM. Delays in presentation with acute coronary syndrome in people with coronary artery disease in Australia and New Zealand. *Emerg Med Australas*. 2011;23(2):153-61.
26. Allana S, Khowaja K, Ali TS, Moser DK, Khan AH. Gender differences in factors associated with prehospital delay among acute coronary syndrome patients in Pakistan. *J Transcult Nurs*. 2015;26(5):480-90.