

ความแตกต่างของหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

สุเพียร โกคทิพย์

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของโลก ประเทศไทยพบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นขณะที่อัตราการเสียชีวิตในผู้ชายกลับลดลง แต่การศึกษาโรคนี้ในผู้หญิงยังมีน้อย จึงได้ทบทวนรายงานต่างๆ เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการของ Cooper จากรายงานวิจัยทั้งหมด 33 เรื่องทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการสังเคราะห์ พบความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใน 4 ด้านคือ 1) ด้านสังคมประชากร ผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอายุเฉลี่ยมากกว่าชาย สถานภาพสมรสเป็นหม้าย อาศัยอยู่คนเดียวมากกว่า 2) ลักษณะทางคลินิก ผู้หญิงส่วนใหญ่จะมีอาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ส่งผลให้มีการแสวงหาการช่วยเหลือรักษาล่าช้า ได้รับการดูแลรักษาที่ช้าและน้อยกว่าผู้ชายในทุกระยะ 3) ด้านการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ผู้หญิงจะรับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจเป็นโรคของผู้ชาย และเห็นว่าหน้าที่ในครอบครัวสำคัญกว่าสุขภาพของตัวเอง ทำให้มาโรงพยาบาลช้ากว่าผู้ชาย 4) ผลกระทบของโรคต่อคุณภาพชีวิตไม่ต่างกันอย่างชัดเจน แต่อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน ของผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายอย่างชัดเจน ส่วนอัตราการเสียชีวิตในระยะยาวยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่า รายงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ มีผู้หญิงอยู่ในการศึกษาจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 15.3-31.7 ทำให้องค์ความรู้ทั้งหมดมาจากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยที่ชัดเจน งานวิจัยที่ทบทวนยังมีความสับสนในการใช้คำว่าเพศ (sex) และเพศภาวะ (gender) ความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้เกิดขึ้นทั้งจากความแตกต่างที่เกิดจากเพศและเพศภาวะ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักถึงการบริการที่มีความเหมาะสมต่อความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชาย (gender sensitive care)

คำสำคัญ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพศภาวะ ความแตกต่างด้านเพศทางชีวภาพ และการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของทั่วโลก⁽¹⁾ ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 1.8 ในปี 2545 เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1 ในปี 2546⁽²⁾ ขณะที่อัตราการเสียชีวิตในผู้ชายกลับลดลง สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากอาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนในผู้หญิง⁽³⁻⁵⁾ ทำให้ผู้หญิงไม่เห็นความสำคัญกับอาการที่เกิดขึ้น แสวงหาการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงสูงขึ้นได้ แต่ต้องการรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในผู้หญิงยังมีการศึกษาจำกัด รายงานครั้งนี้จึงได้ทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างผู้หญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการ

ใช้การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการของ Cooper⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การกำหนดปัญหา คือ ความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างไร

ขั้นที่ 2 การรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นคือ gender & acute myocardial infarction, gender differences & acute myocardial infarction, gender & coronary artery disease, sex differences & acute myocardial infarction สืบค้นจากฐานข้อมูล CINAHL, Medline, Science direct, Blackwell Synergy ของห้องสมุด

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่าง ค. ศ. 1990-2007 เนื่องจากเริ่มมีการศึกษาโรคนี้ในผู้หญิงมากขึ้นเกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัยเข้าในการศึกษา คือเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่มีรายงานวิจัยฉบับเต็ม ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยสืบค้นได้ 39 เรื่อง เข้าได้กับเกณฑ์ 33 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ 28 เรื่อง มีงานวิจัยเชิงคุณภาพ 5 เรื่อง รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาชนิดติดตามไปข้างหน้า 10 เรื่อง (ร้อยละ 30.3) การศึกษาภาคตัดขวาง 3 เรื่อง (ร้อยละ 9.1) การศึกษาแบบย้อนหลัง 2 เรื่อง (ร้อยละ 6.1) การศึกษาเชิงสำรวจ 2 เรื่อง เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้ 7 เรื่อง (ร้อยละ 21.2) โดยมีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 10-46,007 คน ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยคือ 1, 3, 4, 6, 12, 18 เดือน สูงสุดคือ 3 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทั้งผู้หญิงและผู้ชาย มีเพียง 5 เรื่อง (ร้อยละ 15.1) ที่ศึกษาเฉพาะในผู้หญิง การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในประเทศอเมริกา แคนาดา อังกฤษ เยอรมัน ไอร์แลนด์ สวีเดน จอร์แดน สเปน ออสเตรเลีย ในเอเชียมีเพียง 2 รายงาน จากประเทศจีน

ขั้นที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย โดยใช้เกณฑ์ประเมินตามแนวทาง The Basic Research Review Check list (BRR)⁽⁷⁾ ผลการประเมินส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์และตีความ

ขั้นตอนที่ 5 การนำเสนอผลงาน

ผลการศึกษา

ความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถสังเคราะห์ออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร ผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้ชายทุกกลุ่มอายุ⁽³⁾ ส่วนใหญ่เป็นหม้าย^(4,8-14) อาศัยอยู่คนเดียวมากกว่าผู้ชาย⁽³⁾ ซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้าได้ มี 1 รายงาน⁽¹²⁾ ที่พบว่าผู้หญิงมีระดับการศึกษาและมีรายได้ต่ำกว่า รวมทั้งมีกิจกรรมทางสังคมน้อยกว่าผู้ชาย และผู้ชายจะมีความทำงานชนิดไม่ใช้มือ (non-manual) มากกว่าผู้หญิง

2. ลักษณะทางคลินิก อาการ อาการแสดง พยาธิสรีรภาพ และการรักษา

2.1 ประวัติการเจ็บป่วย ผู้หญิงมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ชาย^(3,10-11) แต่มีประวัติการเจ็บหน้าอกน้อยกว่าผู้ชาย⁽³⁾

2.2 อาการ อาการแสดง ผู้หญิงส่วนใหญ่จะมีอาการ อาการแสดงที่ไม่ชัดเจน (atypical symptoms) เหมือนผู้ชาย โดยพบว่ามีอาการเจ็บหน้าอกน้อยกว่าผู้ชาย^(4,5,11,14,15) ส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บหน้าอก ปวดแขน ปวดหลัง หรือปวดขากรรไกร หรือมาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย (shortness of breathing, SOB) อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดแน่นอึดอัดท้อง หรือคลื่นไส้อาเจียน

มากกว่าผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงไม่คิดว่าเป็นโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงที่เชื้อชาติต่างกันจะมีอาการ อาการแสดง ที่แตกต่างกันได้^(11,16) โดยผู้หญิงเม็กซิโกจะมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยอ่อนเพลีย เหงื่อแตก มากกว่าผู้หญิงอเมริกัน ซึ่งมีอาการเจ็บหน้าอกหายใจลำบาก ปวดแขน และปวดขากรรไกรมากกว่า⁽¹¹⁾ จึงควรที่จะมีวิธีการประเมินอาการของโรคหัวใจที่เหมาะสมในผู้หญิง

ส่วนบริบทของการเกิดอาการพบว่าผู้หญิงจะมีอาการขณะอยู่ที่บ้านซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนตัว (private area) ส่วนผู้ชายจะมีอาการขณะอยู่ในที่ทำงานหรือที่สาธารณะ (public area) มากกว่า⁽¹⁷⁾

2.3 กลไกการดำเนินของโรค ผู้หญิงส่วนใหญ่จะมีการหดตัวของหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvessel constricted) มากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด จากการตรวจวินิจฉัยหลอดเลือดแดงโคโรนารีในผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่าผู้หญิงมากกว่าร้อยละ 20 ไม่มีการอุดตันของหลอดเลือด (non-obstruction)⁽¹⁸⁾ ซึ่งแตกต่างจากผู้ชายที่มักพบการอุดตันของหลอดเลือด⁽¹⁹⁾ รวมทั้งส่วนประกอบของปื้นไขมัน (plaque) ที่แตกต่างกัน โดยในผู้หญิงจะมีความหนาแน่นและมีแคลเซียมน้อยกว่าในผู้ชายทำให้ปื้นไขมันมีความคงตัวต่างกัน⁽²⁰⁾ และกลไกการแตกตัวของปื้นไขมันจะแตกต่างกัน โดยผู้หญิงจะเกิด plaque erosion ซึ่งก้อนลิ่มเลือดจะไปจับที่ผิวของปื้นไขมันทำให้ผนังหลอดเลือดชั้นในสัมผัสกับก้อนลิ่มเลือดโดยตรง และหนาตัวอย่างรวดเร็ว จนทำให้โพรงหลอดเลือดมีขนาดเล็กลง ส่วนในผู้ชายพบ plaque rup-

tures มากกว่า ซึ่งกลไกที่ต่างกันนี้ต้องการการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน⁽¹⁹⁾ ส่วนตำแหน่งที่เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในผู้หญิงส่วนใหญ่จะเป็นที่บริเวณด้านหน้า (anterior wall) มากกว่า^(8,21) และผู้หญิงจะมีการตีบของหลอดเลือดทั้ง 3 เส้นน้อยกว่าผู้ชาย⁽¹¹⁾

ในระหว่างที่รอคอยการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือรอคอยการผ่าตัด ผู้หญิงจะมีความผิดปกติของการนอนและมีการเจ็บหน้าอกตอนกลางคืนมากกว่าผู้ชาย⁽²²⁾

2.4 ภาวะแทรกซ้อน ผู้หญิงเกิดโรคหัวใจล้มเหลวมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงมีอาการของการนำไฟฟ้าของหัวใจถูกอุดกั้น (complete heart block) ภาวะหัวใจห้องขวาตายและผนังหัวใจฉีกขาด (RV infarction & wall rupture) เลือดออกได้มากกว่าผู้ชาย^(10,23-24)

2.5 การรักษา ผู้หญิงจะได้รับการดูแลรักษาที่น้อยกว่าผู้ชาย^(8,13,21,23-25) ในทุกระยะ ดังนี้

2.5.1 ระยะแรกเริ่ม ผู้หญิงจะถูกส่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) น้อยกว่าและได้รับการรักษาจากแพทย์โรคหัวใจ (cardiologist) ภายใน 24 ชั่วโมงน้อยกว่าผู้ชาย การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด พบว่าผู้หญิงได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 23 ขณะที่ผู้ชายได้รับยา ร้อยละ 33 โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 65 ปี⁽²⁵⁾

ส่วนการตรวจวินิจฉัยโรคโดยวิธีการตรวจสมรรถภาพของหัวใจด้วยการ

ออกกำลังกาย (exercise stress test) พบว่าผู้หญิงได้รับการตรวจวินิจฉัยน้อยกว่าผู้ชาย 0.81 เท่า และถูกส่งตรวจด้วยวิธีการฉีดสีในหลอดเลือดแดงเพื่อวินิจฉัยภาวะหลอดเลือดอุดตันน้อยกว่าผู้ชาย 0.59 เท่า รวมทั้งได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าผู้ชาย⁽¹³⁾

2.5.2 ระยะต่อเนื่อง ในกลุ่มอายุมากกว่า 75 ปี ผู้หญิงจะได้รับยาต้านการรวมตัวของเกร็ดเลือด (แอสไพริน (ASA) น้อยกว่าผู้ชาย ส่วนในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 75 ปี ผู้หญิงได้รับยาต้านการเดินของหัวใจชนิดเบต้า (b-blocker) น้อยกว่า^(21,23) การได้รับยาต้านเกร็ดเลือดและยาลดไขมันก็น้อยกว่าผู้ชายทั้งในระยะเริ่มต้นและหลังการติดตามเป็นเวลา 1 ปี⁽¹³⁾ แต่กลับพบว่าได้รับยาขับปัสสาวะและยานอนหลับ (sedative) มากกว่า ในระหว่างที่รอคอยการทำผ่าตัด และหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ⁽²²⁾

2.5.3 การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (re-infarction) ผู้หญิงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำร้อยละ 4.8 ส่วนในผู้ชายพบได้น้อยกว่า (ร้อยละ 3.7) แต่ผู้หญิงกลับได้รับการรักษาแบบเต็มที่มี (aggressive) เช่น อัตราการขยายหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า ซึ่งส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงและอัตราการ

เสียชีวิตใน 1 ปี ของผู้หญิงที่มากกว่าผู้ชาย⁽²³⁾

สำหรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดใน 24 ชั่วโมงนั้น มีการศึกษาที่พบว่าเพศไม่มีผลต่อการได้รับยา⁽²⁵⁾ รวมทั้งการรักษาในระยะป้องกันชนิดทุติยภูมิ (secondary prevention)⁽²⁶⁾ ถึงแม้ว่าผลสำเร็จของการขยายหลอดเลือดหัวใจในหญิงและชายไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน แต่ก็พบอัตราการเสียชีวิตในหญิงสูงกว่าชาย⁽²⁴⁾

3. การรับรู้การเกิดโรค พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา และการเผชิญปัญหา (coping)

3.1 การรับรู้ การรับรู้การเกิดโรคอาจแตกต่างกันได้ในแต่ละเชื้อชาติ⁽²⁷⁻²⁸⁾ แต่โดยภาพรวมแล้วผู้หญิงจะรับรู้การเกิดโรคหัวใจและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำกว่าผู้ชาย^(16,27-28) ส่วนใหญ่จะรับรู้โรคหัวใจเป็นโรคของผู้ชายที่อ้วน มีความเครียดและสูบบุหรี่ แต่จะรับรู้โรคมาเรียมเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญในผู้หญิงมากกว่าโรคหัวใจ⁽²⁸⁾ การรับรู้โอกาสเสี่ยงสำหรับตนเองเกิดขึ้นเมื่อมีคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ อ้วน หรือรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง⁽²⁸⁾ นอกจากนั้นผู้หญิงมักพูดถึงอาการของโรคหัวใจได้ไม่ชัดเจนเท่าผู้ชาย⁽⁹⁾ อีกทั้งยังอดทนต่อการเจ็บปวดได้มากกว่า เมื่อเกิดอาการของโรคขึ้นผู้หญิงส่วนใหญ่เลือกที่จะปกปิดปัญหาสุขภาพของตนไม่ให้ครอบครัวรู้ และคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องไม่สำคัญเท่าหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัว อย่างไรก็ตาม

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้หญิงจะมากขึ้นหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว 1 ถึง 4 เดือน

อุปสรรคสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้โรคหัวใจคือ^(14,27-28) 1) ตัวผู้หญิงเอง โดยผู้หญิงมักจะให้ความสำคัญต่อสมาชิกและหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวมากกว่าสุขภาพของตัวเอง รวมทั้งระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยที่ต่ำกว่าผู้ชาย 2) อิทธิพลจากสื่อต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะแสดงภาพลักษณ์ของการเกิดโรคกับผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงคิดว่าโรคหัวใจเป็นโรคของผู้ชายมากกว่า 3) การให้บริการที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย (gender bias) ทำให้ผู้หญิงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจน้อยกว่าผู้ชาย 4) อาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนในผู้หญิงก็ยิ่งทำให้ผู้หญิงขาดความตระหนักถึงโรคหัวใจมากยิ่งขึ้น

3.2 พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา (health seeking) การศึกษาต่างๆ ถ้วนพบว่าผู้หญิงมาโรงพยาบาลช้ากว่าผู้ชายอย่างชัดเจน^(14,17,29-31) ซึ่งส่งผลกระทบต่อโอกาสในการได้รับการรักษาที่รวดเร็วและผลลัพธ์ของการรักษา ทำให้อัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย โดยผู้หญิงใช้เวลา 53.7 ชั่วโมง ขณะที่ผู้ชายใช้เวลาเพียง 15.6 ชั่วโมง ในการมาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการ⁽³¹⁾ ทั้งนี้ร้อยละ 38 ของผู้หญิงตัดสินใจมาโรงพยาบาลช้ามากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงมาโรงพยาบาลล่าช้า⁽¹⁴⁾ มีดังนี้

1) ปัจจัยทางด้านคลินิก ได้แก่ อาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ความรุนแรงของโรค จะมีผลต่อการมาโรงพยาบาลช้าในผู้หญิงได้มากที่สุด

รวมทั้งปัญหาการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวอื่น
ประวัติการสูบบุหรี่

2) ปัจจัยทางสังคมประชากร ได้แก่ อายุมาก
เป็นชนกลุ่มน้อย รายได้ต่ำ ระดับการศึกษาต่ำ อาศัย
อยู่คนเดียว มีอาการหลังเวลาทำงาน และไม่มีหลัก
ประกันสุขภาพ

3) ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการ การ
รับรู้และพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการ การ
แก้ไขอาการ การขอคำแนะนำจากคนอื่น

ทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์นี้มี
ทั้งทฤษฎีความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief
Model, HBM) และทฤษฎีบทบาท ซึ่งมีข้อมูลที่สนับสนุน
และขัดแย้งกับทฤษฎีทั้งสอง โดยประเด็นที่
สนับสนุนทฤษฎีบทบาทคือ ผู้หญิงจะรับรู้การเกิด
โรคหัวใจต่ำกว่าผู้ชายและตัดสินใจมาโรงพยาบาล
ช้ากว่า เรียกใช้บริการทางการแพทย์ช้า และบอก
ปัญหาสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า
ผู้ชาย⁽⁴⁾ ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีบทบาทว่า
ผู้หญิงจะให้ความสำคัญกับหน้าที่บทบาทและรับ
ผิดชอบในครอบครัวมากกว่าที่จะใส่ใจในสุขภาพ
ของตนเอง ซึ่งส่งผลให้การตัดสินใจมาโรง
พยาบาลล่าช้า อีกทั้งส่วนใหญ่จะสนใจดูแลความ
เรียบร้อยของครอบครัวและบ้านเมื่อผู้หญิงมีอาการ
ของโรคหัวใจจึงไม่ให้ความสำคัญของอาการและ
การรักษาเท่ากับเรื่องงานบ้านและครอบครัว^(14,17,27)

ส่วนที่ขัดแย้งกับทฤษฎีความเชื่อทางด้าน
สุขภาพคือ ผู้หญิงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค
จะมาโรงพยาบาลช้ากว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของ
โรคน้อยกว่า⁽²⁹⁾ ซึ่งอาจเป็นได้ว่าผู้ป่วยมีความวิตก

กังวลมากจนทำให้เกิดการตัดสินใจที่ไม่ดีได้ (nega-
tive decision)

กระบวนการตัดสินใจในการแสวงหาการ
รักษาในผู้หญิงสูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน พบว่ามีสองกลุ่มใหญ่ ซึ่งจำแนกได้ 6
รูปแบบ⁽³⁰⁾ ดังนี้

3.2.1 กลุ่มที่รับรู้ (knowing) จะมี
4 รูปแบบคือ 1) กลุ่มที่รับรู้และรีบไปรักษา
(knowing and going) เป็นกลุ่มที่รับรู้ว่ามี
สิ่งผิดปกติเกิดขึ้น และตัดสินใจขอความ
ช่วยเหลือด้วยตัวเองภายใน 1 ชั่วโมงหลัง
เกิดอาการ กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะได้รับการ
รักษาแบบรวดเร็ว (fast-track) 2) กลุ่มที่รู้
แต่ให้คนอื่นตัดสินใจแทน (knowing and
letting some one to take over) เป็นกลุ่มที่
รู้ว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น แต่ให้คนอื่นช่วย
ตัดสินใจ 3) กลุ่มที่รู้แต่จะจัดการบรรเทา
อาการด้วยวิธีการอื่นก่อน (knowing and
going on the patient's own terms) เป็น
กลุ่มที่รู้มีความผิดปกติ แต่จะพยายาม
ควบคุมอาการด้วยตนเองก่อน หรือแสวง
หาการรักษาเบื้องต้นก่อน กลุ่มนี้จะใช้
เวลาประมาณ 5 ชั่วโมงจึงมาถึงโรง
พยาบาล 4) กลุ่มที่รู้และรอคอย (knowing
and waiting) เป็นกลุ่มที่เกรงใจ ไม่กล้า
รบกวนสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะ
เมื่อมีอาการในตอนกลางคืนหรือวันหยุด
จะรอให้เช้าหรือเป็นวันทำการก่อนจึง
ตัดสินใจมาโรงพยาบาล

3.2.2 กลุ่มที่ต้องมีการจัดการ (managing) มี 2 รูปแบบ คือ 1) กลุ่มที่จัดการโดยใช้ทางเลือกอื่นแทน กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีอาการที่ไม่ชัดเจน เช่น อาการทางระบบทางเดินอาหาร ทำให้ไม่คิดถึงโรคหัวใจ และจะหาวิธีบรรเทาอาการก่อน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงจะมาโรงพยาบาล กลุ่มนี้มีความวิตกกังวลต่อการมาโรงพยาบาล 2) กลุ่มที่คิดว่าอาการจะหายไปเองเป็นกลุ่มที่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่สำคัญ ไม่ตระหนักถึงการเกิดโรค และคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นจะหายไปเอง

3.3 การเผชิญปัญหา (coping) มีการศึกษาในประเด็นนี้เพียง 2 รายงาน⁽³²⁻³³⁾ แต่ก็รายงานผลที่ไม่สอดคล้องกัน โดยการศึกษาติดตามหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1 ปี พบว่าในระยะแรกผู้หญิงและชายมีการเผชิญปัญหาไม่แตกต่างกัน ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้บ่อยคือ การมองโลกในแง่ดี (optimistic) มั่นใจในตัวเอง (self reliant) และการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontation) ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาวได้ ส่วนการเผชิญปัญหาที่ใช้กันน้อยคือ วิธีการประคับประคอง (palliative) และการใช้อารมณ์ (emotive) ในระยะหลังจะมีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันโดยผู้ชายจะใช้วิธีการยอมรับในโชคชะตา (fatalistic) ลดลง ส่วนผู้หญิงจะใช้การกลบเกลื่อนหรือหลีกเลี่ยงปัญหา (evasive) มากกว่า⁽³²⁾ ส่วนการศึกษาภายหลังเกิดโรคหัวใจ 4 และ 12 เดือน พบว่าผู้หญิงจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่หลากหลายมากกว่าผู้ชาย และใช้วิธี

การเผชิญปัญหาแบบการลดผลกระทบของโรค ซึ่งทำให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะแสวงหาการรักษาที่ล้ำซ้ำได้⁽³³⁾

3.4 การปรับตัวเพื่อให้อยู่กับการเปลี่ยนแปลงของโรค พบเฉพาะการศึกษาในผู้หญิงสูงอายุเท่านั้น ซึ่งการปรับตัวในระยะต่างๆ ส่วนใหญ่จะคล้ายกับโรคหรือรังอื่น โดยสามารถจำแนกได้เป็น 5 ระยะ⁽³⁴⁾ ดังนี้

3.4.1 ระยะแสวงหาการวินิจฉัย เริ่มจาก 4 ชั่วโมง ถึง 3 วัน หลังมีอาการ ผู้หญิงจะหาเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพด้วยตัวเอง และหาวิธีบรรเทาอาการ จะเริ่มเกิดความไม่แน่นอนในชีวิต (uncertainty)

3.4.2 ระยะต่อสู้กับสิ่งที่เกิดขึ้น เริ่มจากหลังได้รับการยืนยันจากทีมสุขภาพ แต่ผู้ป่วยไม่ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น มีความรู้สึกโกรธ ไม่พอใจและเริ่มมีการต่อรอง

3.4.3 เริ่มค้นพบธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้หญิงจะรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเอง บางคนรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต หรือรู้สึกว่ากำลังเผชิญหน้ากับความตาย (facing death)

3.4.4 การปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง ระยะนี้จะเริ่มเข้าใจการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เริ่มมีการปรับตัวปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่างๆ ให้เหมาะสมกับ

สภาพของตัวเอง เช่น การลดการใช้พลังงาน การทำงานบ้านต่างๆ ลดลง ซึ่งบางครั้งอาจต้องอาศัยคนอื่นหรือมีสมาชิกในครอบครัวคอยให้การช่วยเหลือ

3.4.5 การก้าวไปสู่การเปลี่ยนแปลง ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มยอมรับถึงระดับความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป และมีวิถีชีวิตใหม่ภายใต้ข้อจำกัดของโรค

4. ผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ คุณภาพชีวิต การกลับเข้าทำงาน ภาวะซึมเศร้า และอัตราการเสียชีวิต

4.1 คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย หน้าที่ทางสังคม และการควบคุมอารมณ์จะสูงขึ้นทั้งในผู้หญิงและผู้ชายหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1 ปี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่มีความแตกต่างกันมากนัก แต่ผู้หญิงมักจะได้รับการสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ จากผู้นำทางศาสนาและลูกหลานมากกว่าผู้ชาย⁽³²⁾

4.2 อัตราการกลับเข้าทำงานที่ 4 เดือน ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างเพศ ถึงแม้ว่าผู้หญิงจะมีระดับการทำงานของหัวใจ (functional class) ที่แย่กว่า⁽¹²⁾

4.3 ภาวะซึมเศร้า แม้ว่าการพบภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายจะไม่ต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในทั้งผู้หญิงและผู้ชาย^(33,35) โดยผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 8.3 เทียบกับร้อยละ 2.7 ในผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (3.29

เท่า) ส่วนผู้ชายที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 7 เทียบกับร้อยละ 2.4 (3.05 เท่า) ซึ่งภาวะซึมเศร้าสามารถใช้เป็นตัวทำนายอัตราการเสียชีวิตได้ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย นอกจากนั้นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจตายซ้ำใหม่เป็น 1.9 เท่าของผู้ที่ไม่มีอาการ อย่างไรก็ตามพบได้ว่าผู้หญิงจะมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเป็นโรคหัวใจแล้ว 4 เดือน แต่มีความต้องการการสนับสนุนมากกว่าผู้ชาย

4.4 อัตราการเสียชีวิต แบ่งตามระยะเวลาได้ดังนี้

4.4.1 อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ในกลุ่มที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่อายุน้อยกว่า 65 พบว่าผู้หญิงมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ชายเป็น 2-2.35 เท่า^(21,25) ในกลุ่มนี้ผู้หญิงได้รับยาละลายลิ่มเลือดน้อยกว่าผู้ชาย 0.48 เท่า⁽²⁵⁾ ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการขยายหลอดเลือด พบว่าผู้หญิงมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าชาย (OR 1.14, 95% CI 1.06-1.22) แต่ในกลุ่มที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าอัตราการเสียชีวิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽³⁶⁾

4.4.2 อัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน ในกลุ่มที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และปรับปัจจัยเรื่องอายุแล้ว พบว่าผู้หญิงมีอัตราการเสียชีวิตเป็น 1.06 เท่าของผู้ชาย⁽²⁴⁾

4.4.3 อัตราการเสียชีวิตในระยะยาว ยังมีความขัดแย้งกันในหลายรายงาน บางรายงานพบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงจะเป็น 1.14- 2 เท่าของผู้ชาย หลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1 ปี^(13,21) แต่บางรายงานพบว่าเพศไม่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตในระยะยาว⁽⁸⁾ แต่ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตได้แก่ อายุที่มากขึ้น ภาวะซึมเศร้า การได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แต่ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่าผู้หญิงจะมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ชาย 1.14 เท่า⁽³⁶⁾ เครือข่ายทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ซึ่งพบว่าผู้หญิงที่มีเครือข่ายทางสังคมน้อยกว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 2.3 เท่า รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจตายซ้ำ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจซ้ำ และมีอัตราการเสียชีวิตสูง

อภิปรายผล

คุณภาพและชนิดของงานวิจัยที่ทบทวนคุณภาพของงานวิจัยที่ทบทวนส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมินมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนชนิดของงานวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ และเป็นการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับความแตกต่างด้านเพศทางชีวภาพ (sex differences) ได้แก่พยาธิสรีรวิทยาและกลไกของการเกิดโรคในผู้หญิงและผู้ชาย ส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพยังมีจำกัดเพียง 5 เรื่อง (ร้อยละ 16.1) จึงอาจจะไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์

ที่สำคัญได้ครอบคลุม โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับเพศภาวะ (gender) ซึ่งหมายถึงการประกอบสร้างทางสังคมที่ทำให้ผู้หญิงผู้ชายมีบทบาทและรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการรับรู้พฤติกรรม การแสดงอาการเจ็บป่วย การแสวงหาการช่วยเหลือรักษา และการเข้าถึงบริการทรัพยากรสุขภาพ รวมทั้งความแตกต่างของการดำเนินโรคระหว่างหญิงชาย

ความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องเพศ (sex) และ เพศภาวะ (gender) คำว่าเพศ (sex) หมายถึงลักษณะที่ถูกกำหนดโดยลักษณะทางชีววิทยา ได้แก่ โครโมโซม ฮอร์โมน อวัยวะเพศ สรีรโมเป็นต้น ส่วนคำว่าเพศภาวะ (gender) หมายถึงความเป็นหญิงชายที่ถูกกำหนด หรือประกอบสร้าง (social construction) โดยสังคมวัฒนธรรม⁽³⁷⁾ จากรายงานที่ทบทวนพบว่ามีการใช้คำทั้งสองแทนกัน ทั้งที่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความแตกต่างที่เกิดจากเพศทางชีวภาพ (sex difference) แต่ใช้คำว่าเพศภาวะ (gender) แทน (17 เรื่อง, ร้อยละ 51.5) ทำให้ผลการทบทวนในครั้งนี้สามารถเห็นภาพความแตกต่างระหว่างผู้หญิงและผู้ชายที่เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพได้ชัดเจน ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างด้านเพศภาวะ (gender differences) ยังมีจำนวนน้อยกว่า (14 เรื่อง, ร้อยละ 42.4) โดยศึกษาในประเด็นบทบาทของหญิงชาย (gender roles) ที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ก็พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสังคมตะวันตกหรือผู้หญิงผิวขาวเท่านั้น ยังขาดการศึกษาในสังคมตะวันออก ผู้หญิงผิวดำ ผิวเหลือง

หรือชนกลุ่มน้อยต่างๆ รวมทั้งผู้หญิงที่ยากจน และที่สำคัญคือ ยังไม่มีการศึกษาประเด็นเพศภาวะกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในสังคมไทย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีผู้หญิงร่วมอยู่ด้วยเป็นจำนวนน้อย พบว่ามีผู้หญิงอยู่ในรายงานที่ทบทวนเพียงร้อยละ 15.3-31.7 ทำให้แนวทางในการดูแลรักษาส่วนใหญ่ถูกพัฒนาจากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับผู้หญิง (guideline bias) ได้

การศึกษาวิจัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในอดีตตั้งแต่ ปี ค.ศ 1960 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักเป็นผู้ชาย กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงมักมีน้อยหรือถูกคัดออกจากการศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้หญิง เช่น การตั้งครรภ์ การให้นมบุตร การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในแต่ละรอบเดือน ซึ่งจะถูกมองว่าเป็นอุปสรรคในการศึกษาวิจัย ทำให้ขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในผู้หญิง จนกระทั่งปี ค.ศ 1990 จึงเริ่มมีการศึกษาในผู้หญิงเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังพบว่าผู้หญิงถูกเลือกเข้าในการศึกษาน้อยกว่าร้อยละ 3⁽³⁸⁾ ซึ่งทำให้แนวทางที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจถูกพัฒนามาจากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก ยังขาดองค์ความรู้ในผู้หญิง ส่งผลให้การนำผลการศึกษาไปใช้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากแนวทางการดูแลรักษาดังกล่าวอาจจะไม่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับผู้หญิงทั้งในเรื่องอาการ อาการแสดงของโรค การดูแลรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้หญิงขาดโอกาสในการ ได้รับการรักษาที่สอดคล้องเหมาะสมกับความเป็นหญิง อันเป็นการ

ให้บริการที่ไม่เป็นธรรมและเท่าเทียมสำหรับผู้หญิง (gender in-equality)⁽³⁹⁾

สรุป

การสังเคราะห์รายงานวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งมีทั้งความแตกต่างที่เกิดจากเพศทางชีวภาพ (sex differences) และเพศภาวะหรือเพศทางสังคม (gender differences) บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ที่เป็โรคนี้จึงควรมีความตระหนักถึงความแตกต่างดังกล่าว รวมทั้งการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเหมาะสมในแต่ละเพศ (gender sensitive care) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการดูแลรักษาพยาบาลที่มีความเป็นธรรมและเท่าเทียม (gender equality) อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการบริการ

องค์ความรู้ที่ได้ยังสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเหมาะสม กับผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้เช่น

1.การพัฒนากลวิธีในการสร้างความตระหนักถึงการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้หญิงในรูปแบบต่างๆ และการผลิตสื่อที่มีความเหมาะสมกับเพศภาวะ

2.หากลยุทธ์ที่ช่วยลดระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้หญิง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทั้งในกลุ่มผู้หญิงสูงอายุ อาศัยอยู่คนเดียว ระดับการศึกษาต่ำ และมีรายได้น้อย เป็นต้น รวมทั้งพัฒนา

ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงลงได้

3.พัฒนาแนวทาง วิธีการประเมินที่มีความละเอียดอ่อนเหมาะสม กับอาการและอาการแสดงในผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4.การรณรงค์ ส่งเสริม ให้ความรู้ ในประเด็นความแตกต่างระหว่างหญิงชายทั้งที่เกิดจากความแตกต่างด้านเพศทางชีวภาพ (sex) และ เพศภาวะ (gender) แก่ผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการให้บริการที่มีความละเอียดอ่อนเหมาะสมทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย (gender sensitive care)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับเพศภาวะ ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชายในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเฉพาะในสังคมไทย จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นต่างๆ เพื่อนำข้อมูลสู่การวางแผนในการให้บริการที่มีความละเอียดอ่อนเหมาะสมกับผู้หญิงและผู้ชายต่อไป เช่น 1) ปัจจัยด้านสังคมประชากรในเรื่องระดับการศึกษา ลักษณะของงานที่ทำและรายได้ โอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ รวมทั้งการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้หญิงและผู้ชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2) การเผชิญปัญหา คุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า การกลับเข้าทำงาน เป็นต้น ซึ่งการศึกษาที่มีน้อยทำให้เห็นความแตกต่างได้ไม่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ร.ศ.ดร.วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และ ผ.ศ.ดร.พูลสุข ศรีพูล ที่ให้แนวคิดและข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าทั้งในด้านเนื้อหาการทบทวนงานวิจัยแบบบูรณาการ การประเมินคุณค่างานวิจัย และการเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics-2003 update. Dallas,Tex: American Heart Association. 2002.
2. <http://www.moph.go.th> asp on February 2008.
3. Milner KA, Vaccarino V, Arnold AL, Funk M, Goldberg RJ. Gender and age differences in chief complaints of acute myocardial infarction. The American Journal of Cardiology 2004; 93(1): 606-608.
4. King KB, McGuire MA. Symptom presentation and time to seek care in women and men with AMI. Heart & Lung 2007; 36: 235-243.
5. Chen W, Woods SL, Puntillo KA. Gender difference In Symptoms associated with AMI: A review of the research. Heart & Lung 2005; 34(4): 240-247.
6. Cooper H. Synthesizing research: A guide for literature reviews, 3 rd ed. London: SAGE Publications. 1998

7. Rasmussen L, O'Conner M, Shinkle S, Thomas MK. The basic research review check list. The Journal of Continuing Education in Nursing 2000; 31(1):13-17.
8. Heer T, Schiele R, Schneider S, Gitt AK, et al. Gender differences in AMI in the Era reperfusion (MITRA RA registry). American Journal of Cardiology 2002; 89 (1); 511-517.
9. Vodopiutz J, Poller S, Schneider B, Lalouschek J, Memnz F, Stollberger C. Chest pain in hospitalized patients: cause-specific and gender-specific differences. Journal of Women's Health 2002; 11(8): 719-727.
10. Murphy SA, Chen C, Cannon CP, Antman EM, Gibson MC. Impact of gender on angiographic and clinical outcomes after fibrinolytic therapy in AMI. The American Journal of Cardiology 2002; 90 (1): 766-770.
11. Miller CL. A review of symptoms of coronary artery disease in women. Journal of Advanced Nursing 2002; 39(1): 17-23.
12. Radley A, Grove A, Wright S, and Thurston H. Gender-role identity after heart attack: links with sex and subjective health status. Psychology and Health 2000; 15: 123-133.
13. Daly C, Clemens F, Lopez Sandon JL, Tavazzi L, Boersma E, Danchin N, Delahaye F, et al. Gender difference In the management and clinical outcome of stable angina. Circulation 2006; 113: 490-498.
14. Lefler LL, Bondy KN. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction. Journal of Cardiovascular Nursing 2004; 19 (4): 251-268.
15. Zuzelo PR. Gender and acute myocardial infarction symptoms. MedSurg Nursing 2002; 11(3): 126-136.
16. Engoren CA. Black, Hispanic, and White women's perception of heart disease. Progress in Cardiovascular Nursing 2007; 13-19.
17. Moser DK, McKinley S, Dracup K, Chung M. Gender-differences in reasons patients delay in seeking treatment for AMI symptoms. Patient Education and Counseling 2005; 56; 45-54.
18. Anderson RD, Pepine CJ. Gender differences in the treatment for acute myocardial infarction: bias or biology? Circulation, 2007; 20:115:823-826.
19. Schatz CR. Harvard women's Health: new view of heart disease in women. Harvard Medical School 2007; 14(6): 1-3.
20. Eastwood JA, Doering LV. Gender differences in coronary artery disease. Journal of Cardiovascular Nursing: 2005; 20(5); 340-351.

21. Vaccarino V, Horwitz RI, Meehan T, Petrillo MK, Radford M.J, Krumholz HM. Sex differences in mortality after myocardial infarction: evidence for a sex-age interaction. *Arch Intern Med* 1998; 158(12): 2054-2062.
22. Bengtson A, Karlsson T, Herlitz J. Differences between men and women on the waiting list for coronary revascularization. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(6): 1316-1367.
23. Tjandrawidjaja MC, Fu Y, Goodman SG, Van de Werf F, Granger CB, Armstrong PW. The impact of gender on the treatment and outcomes of patients with early re-infarction after fibrinolysis: insights from ASSENT-2. *European Heart Journal* 2003; 24: 1024-1034.
24. Cheng CI, Yeh KH, Chang HW, Yu TH, Chen YH, Chai HT, et al. Comparison of baseline characteristics, clinical features, angiographic results, and early outcomes in men vs. women with AMI undergoing primary coronary intervention. *Chest* 2004; 126(1): 47-53.
25. Mahon NG, McKenna CJ, Codd MB, O'Rourke C, McCann HA, Sugrue DD. Gender difference in the management and outcome of AMI in unselected patients in the thrombolytic era. *The American Journal Of Cardiology* 2000; 85(8): 921-926.
26. Nilsson P, Brandstrom H, Lingfors H, Erhardt L, et al. Gender differences in secondary prevention of coronary heart disease: reasons to worry or not? *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 38-42.
27. Lefler LL. Perceived risk of heart attack: a function of gender? *Nursing Forum* 2004; 39(2): 18-26.
28. Heart PL. Women's perception of coronary heart disease: an integrative review. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 20(3): 170-176.
29. Al-Hassan M, Omran SM. The effects of health beliefs on health care-seeking decisions of Jordanian patients with myocardial infarction symptoms. *International Journal of Nursing Practice* 2005; 11: 13-20.
30. Rosenfeld AG, Lindauer A, Darney BG. Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: descriptions of decision-making patterns. *American Journal of Critical Care* 2005; 14 (4): 285-293.
31. Kaur R, Lopez V, Thompson DR. Factors influencing Hong Kong Chinese patients' decision-making in seeking early treatment for acute myocardial infarction. *Research in Nursing & Health* 2006; 29: 636-646.

32. Kristofflerzon KL, Lofmark R, Carlsson M. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 52 (2): 113-124.
33. Smith NF, Lesperance F, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. Gender depression and one year prognosis after myocardial infarction: second analysis. *Psychosomatic Medicine* 1999; 61(1): 26
34. Sutherland B, Jensen L. Living with change: elderly women's perceptions of having a myocardial infarction. *Qualitative Health Research* 2000; 10(5): 661-676.
35. Horsten M, Mittleman MA, Wamala SP, Schenck-Guestafsson KS, Orth-Gomer K. Depressive symptoms and lack of social integration in relation to prognosis of CHD in middle-aged women. *Eur Heart Journal* 2000; 21(13): 1072-1080.
36. Aguado-Romeo MJ, Marquez-Calderon S, Buzon-Barrera ML. Hospital mortality in acute coronary syndrome: differences related to gender and use of percutaneous coronary procedure. *BMC Health Services Research* 2007; 13(7): 110-117.
37. World Health Organization. Gender sensitivity and Gender based analysis in women's health development: Historical outlines and case studies of best practice 2003. Retrieved September 2, 2007, from http://whqlibdoc.who.int/HQ/2003/WHO_WKC_Tech.Ser_
38. Holdcroft A. Gender bias in research: how does it affect evidence base medicine?. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2007; 100: 1-3.
39. Efre AJ. Gender bias in acute myocardial infarction. *The Nurse Practitioner*, 2004; 29(11); 48-55.

Gender differences in persons with Acute Myocardial Infarction : An Integrative Reviews

*Supian Pokathip**

Abstract

Acute myocardial infarction is the leading cause of death and disability worldwide. In Thailand, mortality rate of women with acute myocardial infarction is increasing in contrast with men. The purpose of this article was to explore gender differences among persons with acute myocardial infarction by reviewing 33 articles using Cooper's method. It was found that women with acute myocardial differed from men in four following characteristics. First was socio-demographic data; women were older age, widowed and living alone more than men. Second was clinical features; atypical symptoms were more common in women resulting in women received delayed and inadequate treatments more than men in every stage. Third; perceiving of heart disease as male disease, most women were rather concerned about the role in family more than their health. Delayed health seeking was most common in women with myocardial infarction. And forth, impacts of disease on quality of life in both women and men were not obviously different. Nevertheless women had higher hospital mortality rate and within 30-day mortality rate more than men. Most of primary studies were quantitative researches. Women had been enrolled as participants less than 31. The primary studies had shown some missed concepts of gender and sex differences. The differences among persons with acute myocardial infarction comprised both gender and sex differences and required different approaches. Health care providers should be more concerned over these differences and develop gender sensitive care.

Key words : acute myocardial infarction, gender differences, sex differences, integrative reviewed

Ph.D student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University