



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*

วริษา กันบัวลา**

นิภาวรรณ สามารถกิจ***

ภาวนา กิริติยวงศ์****

บทคัดย่อ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันถือเป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน โดยที่ประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับระยะเวลาการมารับการรักษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 80 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 70 มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ($\bar{X} = 5.62$, $SD = 1.22$) มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับปานกลาง ($Mean\% = 56.60$) มีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 99.63 นาที ($SD = 116.12$) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 60 นาที ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .24$) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.38$) และความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.26$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ บ่งชี้ว่าบุคลากรทีมสุขภาพควรมีการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแก่ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และสมาชิกในครอบครัว โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

คำสำคัญ : ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา, เพศ, การสนับสนุนทางสังคม, ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**พยาบาลวิชาชีพ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



FACTORS RELATED TO DECISION TIME FOR SEEKING TREATMENT IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION*

Warisa Kanbuala**

Niphawa Samartkit***

Pawana Keeratiyutawong***

Abstract

This descriptive correlational research study aimed to analyze the relationships among gender, perceived social support, knowledge of myocardial infarction and decision time for seeking treatment in patients with myocardial infarction. The sample consisted of 80 patients with myocardial infarction who were admitted to the medical department of Chonburi hospital during February and May, 2014. Data were collected by a demographic questionnaire and a decision time to seek treatment questionnaire. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) gave a reliability coefficient of 0.93 and the knowledge about myocardial infarction questionnaire adherence had a reliability coefficient of 0.78. Data were analyzed using descriptive statistic, Point biserial Correlation and Pearson's product moment correlation.

The results of the study showed that the sample had a high level of perceived social support ($\bar{X} = 5.63$, $SD = 1.22$) and moderate level of knowledge about myocardial infarction ($Mean\% = 56.60$). The sample had mean decision time for seeking treatment in patients with myocardial infarction of 99.63 minutes ($SD = 116.12$) from onset. There was a significantly positive relationship between gender and decision time for seeking treatment in patients with myocardial infarction, with correlation coefficients of 0.24 ($p < .05$). There was a significantly negative relationship between perceived social support and knowledge about myocardial infarction with decision time to seeking treatment in patients with myocardial infarction, with correlation coefficients of -0.38 , -0.26 ($p < 0.01$ and $p < 0.05$), respectively.

The study may be beneficial for nurse and health care teams to develop education program for patients, particularly those with heart disease risk – groups and families especially, by focusing on the causes of myocardial infarction, symptoms and management of symptoms of myocardial infarction, which would result in their appropriate decision time for seeking treatment.

Keywords : Decision time for seeking treatment, Gender, Perceived social support, Knowledge of myocardial infarction, Patients with myocardial infarction

* Master Thesis Master of Nursing Science Program in Adult nursing, Faculty of Nursing Burapha University.

**Registered nurse, Master of Nursing Science Program in Adult nursing, Faculty of Nursing Burapha University.

*** Assistant Professor, Ph.D, Faculty of Nursing Burapha University.



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบตันอย่างเฉียบพลันทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานเกิน 20 นาทีจะทำให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างถาวร ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ นำไปสู่ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในที่สุด¹⁻³ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น จากการศึกษาของเกรียงไกร เฮงรัศมี⁴ พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีโอกาสเสียชีวิตภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการถึงร้อยละ 63 และร้อยละ 45 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล

จากสถานการณ์ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระบบสาธารณสุขทั่วโลกจึงพัฒนาเทคโนโลยีในการรักษาโดยการเปิดทางเดินของหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุด เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจกลับมาเป็นปกติตามเดิม ซึ่งมีวิธีที่นิยม 2 วิธี คือ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention [PCI])¹⁻² ถึงแม้ว่าการรักษาทั้ง 2 วิธีนี้จะมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ตาม แต่ประสิทธิภาพการรักษานั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษา ซึ่งประสิทธิภาพสูงสุดของการรักษามีระยะเวลาเพียง 60 นาทีที่แรกหลังเกิดอาการเท่านั้น หลังจากนั้นประสิทธิภาพการรักษาจะลดลงตามระยะเวลา¹ American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/ AHA)⁵ จึงได้กำหนดค่ามาตรฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับการรักษา

ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมงสำหรับประเทศไทยได้มีการกำหนดเป้าหมายของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2553 -2555 ให้มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาไม่ควรเกิน 3 ชั่วโมง⁶

โดยระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมี 3 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา ระยะเวลาการเดินทาง และระยะเวลาการได้รับการรักษาในโรงพยาบาล⁷⁻⁸ ซึ่งในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service [EMS]) และระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Fast track myocardial infarction [Fast tract MI]) เพื่อลดระยะเวลาการเดินทางมารับการรักษาและระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลแล้วก็ตาม แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังคงมีระยะเวลาดังแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาล่าช้าอยู่ โดยผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้านั้น พบว่า ร้อยละ 60 เกิดจากความล่าช้าของระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยเอง⁹ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยถึง 95.24 นาที และ 90.88 นาที ตามลำดับ¹⁰⁻¹¹ ถึงแม้ว่า ACC/AHA จะได้กำหนดว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาไม่ควรเกิน 5 นาที แล้วก็ตาม จะเห็นได้ว่าระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงล่าช้ากว่าค่ามาตรฐานอยู่มาก

จากแนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเอง เมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วยของ Leventhal และคณะ¹² ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่คุกคามจากความเจ็บป่วย บุคคลจะมีสามัญสำนึก (Commonsense) ในการกำกับตนเองและปรับตัวตอบสนอง



ต่อความเจ็บป่วย โดยบุคคลจะประมวลข้อมูลจากตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคล (Inner stimuli) และตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล (Outer stimuli) แล้วผสมผสานข้อมูลดังกล่าวเป็นการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representation) ใช้ข้อมูลจากการรับรู้ความเจ็บป่วยในการควบคุมการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และเกิดเป็นพฤติกรรมผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อเกิดอาการของภาวะกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการอย่างไรวินิจฉัยขึ้นอยู่กับตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคล ตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล และการรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งการตัดสินใจมารับการรักษาเป็นพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการอย่างหนึ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศหญิงจะมีอาการและอาการแสดงที่ไม่ได้บ่งบอกถึงภาวะกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างชัดเจน แต่จะแสดงอาการอื่นๆ เช่น หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและอ่อนเพลีย เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเพศหญิงมีคำมธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย¹³⁻¹⁵ แต่จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระยะเวลาการตัดสินใจ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา¹¹ การศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยเพศ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคลมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา

ถึงแม้ว่าการตัดสินใจมารับการรักษานั้นเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง แต่หากผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจในอาการ บุคคลรอบข้างจะมีส่วนสำคัญในการร่วมพิจารณาอาการและร่วมตัดสินใจมารับการรักษาการรับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างได้ ส่งผลให้เมื่อเกิดอาการของภาวะกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันผู้

ป่วยจะกล้าขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างและตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคลจากการศึกษาของสุวีณา เบาะเปลี่ยน¹¹ พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.44$) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงอาจมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 70 มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับการรักษามากกว่า 2 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการของภาวะกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการด้วยวิธีที่เข้าใจว่าจะช่วยบรรเทาอาการได้ เช่น การสวดมนต์ภาวนาขอให้อาการที่เกิดขึ้นนั้นหายไป การใช้ยารับประทานหรือยานวดเพื่อบรรเทาอาการ และการหาวิธีการผ่อนคลาย¹⁶ จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้ด้านอาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการอย่างถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการมารับการรักษาที่ล่าช้า โดย Tullmann และคณะ¹⁷ กล่าวว่าความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ต้องเป็นความรู้ ความเข้าใจที่ครอบคลุมทั้งด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของภาวะกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากแนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วย อธิบายว่าการที่บุคคลมีความรู้จะส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ความเจ็บป่วย และมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยนั้น ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็น



อย่างดี น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาอย่างรวดเร็ว ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าสนใจในการนำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ยังมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นไม่เกิดประโยชน์สูงสุด เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจนอาจเสียชีวิตในที่สุด หากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

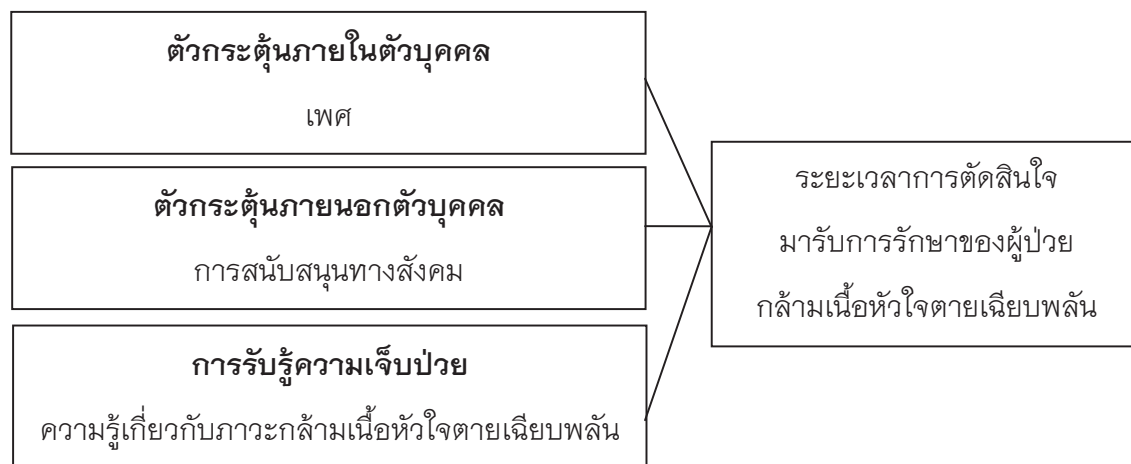
3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดสามัญสำนึกในการทำกับตนเอง เมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วยของ Leventhal และคณะ¹² ที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสถานการณ์ตึงเครียดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย บุคคลจะมีสามัญสำนึกในการทำกับตนเองเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วยโดยไม่มีการหยุดนิ่ง บุคคลจะมีพฤติกรรมการทำกับตนเองหรือมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยอย่างไรขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representation) ซึ่งการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยมี 2 ด้าน คือ การรับรู้ด้านความคิด (Cognitive illness representation) และการรับรู้ด้านอารมณ์ (Emotional illness representation) โดยการรับรู้ทั้ง 2 ด้านนี้ มีผลมาจากการประมวลข้อมูลจากตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคล (Inner stimuli) เช่น อายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นต้น และตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล (Outer stimuli) เช่น บุคคลรอบข้าง การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น โดยบุคคลจะนำข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ ที่ตนเองมีอยู่มาประมวล ให้ความหมาย และเป็นการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากนั้นจึงเกิดเป็นพฤติกรรมหรือวิธีการทำกับการดูแลตนเอง โดยการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยจะตัดสินใจมารับการ

รักษาที่รวดเร็วหรือช้านั้น ขึ้นอยู่กับตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคล ตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล และการรับรู้ความเจ็บป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ เพศเป็นตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคล การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล และความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

หัวใจตายเฉียบพลันเป็นการรับรู้ความเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST Elevated Myocardial Infarction (STEMI) และ Non – ST Elevated Myocardial Infarction (NSTEMI) ที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ของโรงพยาบาลชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และ NSTEMI ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) คือ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้สีกตัวดีมีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้ ได้

รับการพิจารณาจากแพทย์ว่ามีอาการคงที่ โดยมีสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หรืออาการอื่นๆ ที่แสดงถึงการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2557¹⁸

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis)¹⁹ โดยกำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว (One-tailed Test) กำหนดขนาดอิทธิพล .30 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจทดสอบ .80 ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20



เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย หรือมีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ 80 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิดแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา เป็นต้น

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย สถานที่เกิดอาการ บุคคลที่อยู่ด้วย ขณะเกิดอาการ บุคคลที่ร่วมตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น

2. แบบบันทึกระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ หรือมีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจว่าต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล มีหน่วยวัดเป็นนาที

3. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Zimet และคณะ²⁰ ในปี ค.ศ 1988 และผ่านการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลและแปลย้อนกลับโดยทinker วงศ์ปาริณย์ และ ณหทัย วงศ์ปาริณย์²¹ ใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านครอบครัว ด้านเพื่อนและด้านบุคคลพิเศษ ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert

scale) 7 อันดับ ค่าคะแนนที่นำมาวิเคราะห์อยู่ระหว่าง 1-7 คะแนน การแปลความหมายของระดับคะแนน คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.0-2.5 คะแนน หมายถึง การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.6-5.5 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 5.6-7.0 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง .93 และนำแบบสอบถามชุดนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ได้ค่าความเที่ยง .92

4. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้วัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ ข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบคำถามถูกต้องได้ = 1 คะแนน ตอบคำถามผิดได้ = 0 คะแนน และตอบว่าไม่ทราบได้ = 0 คะแนน นำคะแนนโดยรวมและคะแนนรายด้านมาคิดเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ จะได้ค่าเฉลี่ยร้อยละเพื่อนำมาวิเคราะห์²² ดังนี้ ค่าเฉลี่ยร้อยละน้อยกว่า 50 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยร้อยละอยู่ระหว่าง 50-69 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยร้อยละอยู่ระหว่าง 70-79 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับดี และค่าเฉลี่ยร้อยละอยู่ระหว่าง 80-100 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับดีมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 1 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการของ Kuder - Richardson (KR - 20) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อ



หัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง .78 และนำแบบทดสอบชุดนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ได้ค่าความเที่ยง .79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 06-11-2556 และผ่านการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวสามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในแต่ละวัน จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาที่บันทึกในเวชระเบียน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามและให้ตอบแบบสอบถาม ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเวชระเบียน

ของกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาด้วยสถิติพรรณนา ในส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาใช้สถิติ Point-biserial Correlation และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาใช้สถิติ Pearson's Product-Moment Correlation

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 58.74 ปี ($SD = 12.64$) สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.8 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78.8 มีบุตรเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 51.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดอาการเจ็บหน้าอกขณะอยู่ที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 80 บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการเป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 62.5 ตัดสินใจมารับการรักษาด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมา คือ สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 45 บุคคลที่นำส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 77.5 ชนิดของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดขึ้นครั้งนี้เป็นชนิด STEMI คิดเป็นร้อยละ 56.3



2. กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.62$, $SD = 1.22$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\bar{X} = 6.37$, $SD = 3.51$) รองลงมา คือ ด้านบุคคลพิเศษ ($\bar{X} = 5.35$, $SD = 6.57$) และด้านเพื่อน ($\bar{X} = 5.14$, $SD = 6.74$) ตามลำดับ

3. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean\% = 56.60$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างความรู้ด้านสาเหตุสูงสุดที่สุด ($Mean\% = 58.46$) รองลงมา คือ ด้านอาการ ($Mean\% = 56.48$) และด้านการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ ($Mean\% = 54.83$) ตามลำดับ

4. กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 99.62 นาที (1 ชั่วโมง 39 นาที) ($SD = 116.12$, $Median = 60$) ระยะเวลาการตัดสินใจเร็วที่สุดเท่ากับ 6 นาที และระยะเวลาการตัดสินใจนานที่สุดเท่ากับ 540 นาที (9 ชั่วโมง) และยังพบว่า

ผู้ป่วยเพศหญิงมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 142.29 นาที (2 ชั่วโมง 22 นาที) ($SD = 189.96$) ขณะที่เพศชายมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 81.34 นาที (1 ชั่วโมง 21 นาที) ($SD = 79.65$)

5. ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .24$, $p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.26$, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.38$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($n = 80$)

ตัวแปร	ระยะเวลาการตัดสินใจ
	มารับการบริการ
1. เพศ	$r_{pb} = .24^*$
2. การสนับสนุนทางสังคม	$r = -.38^{**}$
3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	$r = -.26^*$

* $p < .05$, ** $p < .01$

r = Pearson's Product Moment Correlation

r_{pb} = Point-biserial Correlation (กำหนดให้ เพศชาย = 0 และเพศหญิง = 1)



การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.62$, $SD = 1.23$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือ และสามารถขอความช่วยเหลือจากครอบครัวเพื่อน และบุคคลพิเศษได้เป็นอย่างดี เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวมากที่สุด ($\bar{X} = 6.37$, $SD = 3.51$) ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของวัฒนธรรมไทยสมาชิกในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน และดูแลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพของบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวีณา เบาะเปลี่ยน¹¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุดและอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ผลการศึกษาดังนี้ยังพบว่า บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวถึงร้อยละ 62.5 สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลถึงร้อยละ 45 และผู้ที่นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเป็นสมาชิกในครอบครัวถึงร้อยละ 77.5 จะเห็นได้ว่า บุคคลในครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับการร่วมตัดสินใจมารับการรักษาและการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ซึ่งหากบุคคลในครอบครัวสามารถช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพของผู้ป่วย ทีมสุขภาพจึงควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมประเมินอาการและอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และร่วมตัดสินใจในการมารับการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean\% = 56.50$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ในอดีตเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากร้อยละ 78.8 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งยังไม่เคยประสบกับเหตุการณ์วิกฤตฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และด้วยเหตุที่การให้ข้อมูลและการสอนเกี่ยวกับโรคในระบบสุขภาพจะมีการให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว ดังนั้นความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้และเข้าใจก่อนเกิดอาการในครั้งนี้ จึงมาจากสื่อประชาสัมพันธ์ และการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมนอกจากนี้ ร้อยละ 78.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาจึงอาจเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสาเหตุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ว่าการมีความเครียดในระดับสูง การดื่มกาแฟ และ/หรือ เครื่องดื่มชูกำลังในปริมาณมากเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดอาการอยู่ในระดับต่ำ คือ การอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศหนาวมาก และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเข้าใจผิดว่า การออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน หรือเดินเร็ว และการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิด



อาการ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า หากกลัมนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานเกิน 20 นาที จะส่งผลให้กลัมนื้อหัวใจตาย ทั้งนี้เนื่องมาจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ โดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์ จะเน้นการนำเสนอว่าภาวะเครียดและการดื่มกาแฟทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก แต่ไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา

ส่วนความรู้ด้านอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกที่เฉพาะเจาะจงในระดับดีมาก ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกเหมือนถูกกดทับ ปีบรีด หรือ แน่นหน้าอกรู้สึกเหมือนมีอะไรหนักๆ มาทับที่หน้าอก ส่วนอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจง และอาการอื่นๆ ที่พบร่วม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลางถึงดีมาก โดยจะมีความรู้ในระดับดีถึงดีมากในส่วนของอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับทรวงอก เช่น อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจถี่ หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น ส่วนอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น อาการปวดร้าวไปที่หลัง แขน ไหล่ และอาการจุกแน่นลิ้นปี่ เป็นต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาการอื่นๆ ที่พบร่วมในระดับต่ำ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ บ้าหมุน หน้ามืด เป็นลมหมดสติ เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากการให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาการของภาวะกลัมนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่จะมีการอธิบายเพียงอาการเจ็บแน่นหน้าอกตรงกลาง ซึ่งเป็นอาการเจ็บหน้าอกที่เฉพาะเจาะจง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับต่ำเกี่ยวกับอาการอื่นๆ ที่พบร่วม

ส่วนการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ ไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกแต่ไม่ควรขับรถไป โรงพยาบาล

เอง และหาวิธีไปโรงพยาบาลทันทีเมื่ออาการไม่ทุเลาใน 5 นาที ส่วนการจัดการเบื้องต้นเกี่ยวกับการบรรเทาอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้ว่าต้องหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ทันทีและพักนิ่งๆ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ นอกจากนี้ ในกรณีที่อยู่กับสมาชิกในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดีมากเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างว่าต้องให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดโทรศัพท์เรียกรถพยาบาลมารับ หรือนำส่งไปยังโรงพยาบาลทันที แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าเมื่อเกิดอาการ ต้องปรึกษาและเล่าอาการให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรทางการแพทย์ฟังหลายๆ คน แล้วจึงหาข้อสรุปว่าจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และโทรศัพท์บอกญาติและเพื่อนๆ แล้วรอให้เขากลับมาพาไปโรงพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ อุ่นเต๊ะ^๑ และสุวีณา เบาะเปลี่ยน^{๑๑} ที่พบว่า มีผู้ป่วยกลัมนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 4.3 และร้อยละ 4.5 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการเพื่อบรรเทาอาการ โดยเข้าใจว่าเมื่อเกิดอาการ ควรพัก สวดมนต์ และ/หรือ ทำสมาธิรอให้อาการนั้นทุเลา ดมยาดม และ/หรือ ให้ญาติบีบนวดด้วยยาหม่องบริเวณที่ปวดร้าว ทั้งนี้เนื่องมาจากการประชาสัมพันธ์ หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของภาวะกลัมนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้น ส่วนใหญ่การประชาสัมพันธ์ยังคงเน้นว่าต้องไปโรงพยาบาลทันที แต่ไม่ได้รับรู้ถึงระยะเวลาที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยควรตัดสินใจมารับการรักษาภายในระยะเวลาเท่าไรหลังเกิดอาการ นอกจากนี้ไม่



ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการเพื่อบรรเทาอาการและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 99.62 นาที (1 ชั่วโมง 39 นาที) ($SD = 116.12$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 95.24 นาที และ 90.88 นาที ตามลำดับ¹⁰⁻¹¹ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังคงมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษานั้นล่าช้าอยู่มาก แม้ว่า American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA)⁵ จะได้กำหนดค่ามาตรฐานของระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาไม่ควรเกิน 5 นาที

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .24$) โดยพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 142.29 นาที (2 ชั่วโมง 22 นาที) ($SD = 189.96$) ขณะที่เพศชายมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 81.34 นาที (1 ชั่วโมง 21 นาที) ($SD = 79.65$) หมายความว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษานานกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศหญิงมีระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย¹⁴⁻¹⁵ เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ด้วยแนวคิดของ Leventhal และคณะ¹² ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับประมวลผลจากตัวกระตุ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งก็คือ เพศ สำหรับสังคมไทยเพศหญิงจะถูกอบรมสั่งสอนให้มีความอดทน

เกรงใจ และแสดงบทบาทของเพศหญิงผ่านบทบาทในครอบครัวด้วยการเป็นแม่ ภรรยา บุตรสาว ลูกสะใภ้ เป็นต้น โดยบทบาทที่แสดงออกมาจะสะท้อนให้เห็นถึงการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว และปฏิบัติบทบาทให้ทุกคนในครอบครัวอยู่ดีมีสุข²³ สอดคล้องกับการศึกษาของสุเพียร โภคทิพย์และศิริพร จิรวัดนกุล²⁴ ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยเพศหญิงมีระยะเวลาการมารับการรักษาช้า เนื่องจากยังคงให้ความสำคัญกับบทบาทในครอบครัวเป็นหลัก ส่งผลให้ละเลยต่อการแสวงหาการรักษาเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ดังนั้น เมื่อเกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยเพศหญิงจึงตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบว่า อาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของเพศหญิงมีความแตกต่างกับเพศชาย^{13,25} Chen และคณะ²⁵ ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีอาการและอาการแสดงที่หลากหลาย เช่น หายใจเร็วตื่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหลัง ปวดคอ ปวดกราม เหนื่อยล้า ในขณะที่อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเพศชายจะเป็นอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงร่วมกับเหงื่อออก ส่งผลให้ผู้ป่วยเพศหญิงเกิดความไม่แน่ใจในอาการ ทำให้มีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาที่ล่าช้า ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรตระหนักถึงความแตกต่างของอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา และบทบาทหน้าที่ทางสังคมของเพศหญิงและเพศชาย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ



ตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.38$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือ และสามารถขอความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษอย่างเพียงพอ จะใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็วมากกว่าผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสามารถอธิบายด้วยแนวคิดของ Leventhal และคณะ¹² ที่กล่าวว่าบุคคลจะประมวลข้อมูลจากตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคลซึ่งคือ การสนับสนุนทางสังคมในการกำกับตนเองและปรับตัวตอบสนองต่อความเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ที่สามารถเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากบุคคลรอบข้างจะส่งผลให้ผู้ป่วนั้นกล้าขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์และแสวงหาการรักษาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุวีณา เบาะเปลี่ยน¹¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบขนาดปานกลางกับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.44$)

ผลการศึกษา ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.26$) หมายความว่า ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็น

อย่างดี มีโอกาสที่จะมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็วมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal และคณะ¹² ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามกับชีวิตอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยจะตัดสินใจมารับการรักษาช้าหรือเร็วขึ้นขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาในอดีตของผู้ป่วนั้นเอง ซึ่งยืนยันด้วยการศึกษาของอุดมรัตน์ ชโลธร²⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ McKinley และคณะ²⁷ ที่ทำการศึกษาโดยให้ความรู้และคำปรึกษาในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเกิดอาการของภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งยังสอดคล้องกับ Tullmann และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ครอบคลุมทั้งด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการจะส่งผลให้ผู้ป่วนั้นมีพฤติกรรมการตอบสนองโดยการตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็วหลังเกิดอาการ จะเห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลต่อพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการ หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างดีครอบคลุมทั้งด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษานั้นมีแนวโน้มที่จะสั้นลง



ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาล หรือบุคลากรที่มีสุขภาพควรพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เฉพาะเจาะจงและอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเพศหญิง เพื่อให้ผู้ป่วยเพศหญิงสามารถประเมินและรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจะส่งผลให้สามารถตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

2. พยาบาล หรือบุคลากรที่มีสุขภาพควรพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแก่ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสมาชิกในครอบครัว โดยครอบคลุมเนื้อหาด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ รวมทั้งระยะเวลาที่เหมาะสมในการตัดสินใจมารับการรักษา และสร้างความเข้าใจถึงประโยชน์ในการเรียกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินขณะเกิดภาวะฉุกเฉินของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสมาชิกในครอบครัว สามารถตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

3. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย ในการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ครอบคลุมทั้งด้านสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการแก่ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวินิจฉัยพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่ง

เสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และเรวัตร พันธุ์ทองคำ. ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2554.
2. อภิชาติ สุคนธ์สรรพ. Coronary artery disease: The new frontiers. เชียงใหม่: ทริค ชิงค์; 2553.
3. Hoffman JW Jr, Gilbert TB, Poston RS, Silldorff EP. Myocardial reperfusion injury: Etiology, mechanisms, and therapies. J Extra Corpor Technol. 2004; 36(4):391-411.
4. เกรียงไกร เสงรัตมี. สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST Elevation ในประเทศไทย. ใน: เกรียงไกร เสงรัตมี, กนกพร แจ่มสมบุญ, บรรณาธิการ. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2555. หน้า 1-3.
5. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction--executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). Circulation. 2004 3; 110(5):588-636.



6. พัทธภรณ์ ชุ่มเต๊ะ, บรรณาธิการ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน; 2554.
7. Lesneski L. Factors influencing treatment delay for patients with acute myocardial infarction. *Appl Nurs Res.* 2010; 23(4):185–90.
8. Riegel B, McKinley S, Moser DK, Meischke H, Doering L, Dracup K. Psychometric evaluation of the Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index. *Res Nurs Health.* 2007; 30(6): 584–94.
9. Perkins–Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre–hospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home–to–hospital delay. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2009; 8(1): 26–33.
10. นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ, เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, วรณีย์ สัตยวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2552; 28: 49–57.
11. สุวิณา เบาะเปลี่ยน. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุสิทธิการรักษาพยาบาล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2554.
12. Leventhal H, Brissette I, & Levanthal EA. The common–sense model of self–regulation of health and illness. In: Cameron LD, & Leventhal H, editors. *The self–regulation of health and illness behavior.* London: Routledge; 2003. p. 42–65.
13. Shin JY, Martin R, Suls J. Meta–analytic evaluation of gender differences and symptom measurement strategies in acute coronary syndromes. *Heart Lung.* 2010; 39(4):283–95.
14. Kaur R, Lopez V, Thompson DR. Factors influencing Hong Kong Chinese patients' decision–making in seeking early treatment for acute myocardial infarction. *Res Nurs Health.* 2006; 29(6): 636–46.
15. Walsh JC, Lynch M, Murphy AW, Daly K. Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction: an evaluation of the Self–Regulatory Model of illness behaviour. *J Psychosom Res.* 2004; 56(1): 67–73.
16. Fukuoka Y, Dracup K, Rankin SH, Froelicher ES, Kobayashi F, Hirayama H, et al. Prehospital delay and independent/interdependent construal of self among Japanese patients with acute myocardial infarction. *Soc Sci Med.* 2005; 60(9): 2025–34.
17. Tullmann DF, Haugh KH, Dracup KA, Bourguignon C. A randomized controlled trial to reduce delay in older adults seeking help for symptoms of acute myocardial infarction. *Res Nurs Health.* 2007; 30(5): 485–97.



18. อรุณ จิรวัดณ์กุล. ชุดความรู้สถิติ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550.
19. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2553.
20. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, & Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess. 1988; 52: 30-41.
21. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised version of the Thai Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Span J Psychol. 2012; 15(3):1503-9.
22. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลการวิจัย. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์; 2549.
23. ศิริพร จิรวัดณ์กุล, นันทพันธ์ ชินล้าประเสริฐ, ประณีต ส่งวัฒนา, วรณี เดียววิศเรศ, วรณี พองแก้วและสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. วิชาชีพการพยาบาล: ความหมายเชิงเพศภาวะ. วารสารสหการพยาบาล. 2554; 26(2): 26-41.
24. สุเพียร โภคทิพย์, ศิริพร จิรวัดณ์กุล. การรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสานบริบทจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35: 43-52.
25. Chen W, Woods SL, Puntillo KA. Gender differences in symptoms associated with acute myocardial infarction: a review of the research. Heart Lung. 2005; 34(4): 240-7.
26. อุดมรัตน์ ชโลธร, ทิพนาส ชินวงศ์, วิภา แซ่เซี่ยง, บรรณาธิการ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. บทความวิจัยเสนอในการประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4; 10 พฤษภาคม 2556; มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
27. McKinley S, Dracup K, Moser DK, Riegel B, Doering LV, Meischke H, et al. The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2009; 46(8):1037-46.