

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ
ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล
ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



เรือเอกหญิง อรรมณี ช่างชายวงศ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-3097-7

ลิขสิทธิ์ของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, SETTING WHERE SYMPTOM
OCCURRED, SYMPTOM EXPERIENCES, AND PREHOSPITAL PHASE OF
ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS



Lieutenant. Ormanee Changchaywong

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-3097-7

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ
 ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาใน
 โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 โดย เรือเอกหญิง อรมนี ช่างชายวงศ์
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
 อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ จริญญา ตันติธรรม

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ
ศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ จริญญา ตันติธรรม)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุ่ม)

อรรถณีย์ ช้างชายวงศ์, เรือเอกหญิง: ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. (RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, SETTING WHERE SYMPTOM OCCURRED, SYMPTOM EXPERIENCES, AND PREHOSPITAL PHASE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS) อ.ที่ปรึกษา: ผศ. ดร. ชนกวร จิตปัญญา, อ.ที่ปรึกษาร่วม : อาจารย์ จริยา ตันติธรรม, 87 หน้า. ISBN 974-17-3097-7

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และ ซี.ซี.ยู ใน โรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร 8 แห่ง ทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และ ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 150 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และระยะเวลาก่อนมารับ การรักษาในโรงพยาบาล และแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติทดสอบไคสแควร์

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิติ.....
 ปีการศึกษา.....2545..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

##4377640836: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD : PERSONAL FACTORS/ SETTING WHERE SYMPTOM OCCURRED/ SYMPTOM EXPERIENCES/ PREHOSPITAL PHASE/ ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS.

ORMANEE CHANGCHAYWONG, LIEUTENANT : RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, SETTING WHERE SYMPTOM OCCURRED, SYMPTOM EXPERIENCES, AND PREHOSPITAL PHASE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS, THESIS ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph. D., THESIS COADVISOR : MISS CHARIYA TANTITHAM, 87 pp. ISBN 974-17-3097-7

The purpose of this research was to study the relationships between personal factors, setting where symptom occurred, symptom experiences and prehospital phase of AMI patients. The subjects were 150 AMI patients admitted at medical wards and coronary care units of 8 governmental hospitals in Bangkok. The patients were male and female, 20 years old and over, and all voluntarily participated in the study. Data were collected by using the following instruments: personal factor data, setting where symptom occurred data and prehospital phase data form, and symptom experiences questionnaire. The reliability of the instrument was 0.76. Statistical techniques used in data analysis were mean, standard deviation, and Chi-Square test.

The findings was as follows:

There was a correlation between symptom experiences and prehospital phase of AMI patients at the significant level of .05

Field of study.....Nursing.....

Academic year.....2002.....

Student's signature.....

Advisor's signature.....

Co-Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ จริยา ตันติธรรม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมผู้ให้ ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความรักความห่วงใย และเป็นกำลังใจอย่างดี ยิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นທີ່ปรึกษาในการใช้สถิติ

ขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการ ทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบ และแก้ไขเครื่องมือวิจัยรวมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วิทยาลัย แพทยศาสตร์และเวชพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาล รามาธิบดี โรงพยาบาลตำรวจ และผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความกรุณาและความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัย

ขอขอบพระคุณกรมแพทยทหารเรือและโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าที่อนุญาตให้มาทำ การศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณนางาโทหญิง กรองทิพย์ จันทรอินทร์ และพี่ๆ น้อง ๆ แผนกห้อง บำบัดพิเศษ กองศัลยกรรม ที่กรุณาสับสนุนการศึกษา

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น พี่ น้อง เจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

เรือเอกหญิง อรรมณี ช่างชายวงศ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ปัญหาการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	12
บทบาทพยาบาลต่อความรวดเร็วในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	21
ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	22
แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	24
3. วิธีการดำเนินการวิจัย.....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	38
การรวบรวมข้อมูล.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	50

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	61
ภาคผนวก.....	66
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	67
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนผู้ทรงคุณวุฒิ.....	69
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	75
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	81
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	84
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	87

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ.....	42
2. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตาม สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ.....	44
3. จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตาม ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ.....	44
4. จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามระยะเวลา ก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	45
5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	46
6. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	48
7. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	49

สารบัญญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่

1. ภาพแสดงแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจในผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน..... 26



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขไทยพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุของการตายอันดับหนึ่ง คือ โรคหัวใจ จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจในปี พ.ศ. 2540 พบถึง 43,589 คน คิดเป็นอัตรา 72.1 คน ต่อประชากร 100,000 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540, 2542: 166-170) ซึ่งภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เป็นภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และเป็นสาเหตุของการตายในอันดับแรก ๆ (พรอณี เสถียรโชค และ ประดิษฐชัย ชัยศรี, 2536: 436) ภาวะดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในทันทีหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ โดยเฉพะช่วงระยะแรกของโรคถือว่าเป็นภาวะวิกฤต เนื่องจากมีรายงานพบว่า ระยะนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาลได้มากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ทั้งหมด (Gillum, 1989: 649-654)

แนวทางในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการพัฒนามาโดยตลอด เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือทำให้เกิดน้อยที่สุด หลักในการรักษาประการหนึ่งที่ได้รับการยืนยันและเป็นที่ยอมรับคือ เพื่อนำเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ตามเดิม โดยใช้วิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นและช่วยรักษาการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายได้ตามเดิม (Dempsey et al., 1995: 444-456) ซึ่งมีการศึกษาในเรื่องนี้กันมากจนเป็นที่ยอมรับว่า ประสิทธิภาพของยาละลายลิ่มเลือดขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังเกิดอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลักการที่สำคัญคือ ยิ่งให้ยาเร็วเท่าไรอัตราการตายยิ่งลดลงเท่านั้น (Daily, 1991: 552-563; Dempsey et al., 1995: 444-456; Habib, 1995: 225-232) โดยผู้ที่ได้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการแน่นหน้าอกจะมีอัตราการตายลดลงถึงร้อยละ 50 และถ้าผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้นอัตราการตายจะลดลงร้อยละ 1 ในทุกหนึ่งชั่วโมงที่ได้รับยาเร็วขึ้น (นิธิ มหานนท์, 2543) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 90 นาทีตั้งแต่เริ่มเกิดอาการจะมีประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด และยาละลายลิ่มเลือดจะไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาเมื่อเวลาผ่านไปมากกว่า 6 ชั่วโมง (Dempsey et al., 1995: 444-456)

ในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาลมากกว่า 1 ชั่วโมง (ปฏิพร บุญยพัฒนกุล, 2543: 66-67) และผู้ป่วยใช้เวลาในการตัดสินใจตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 3 ชั่วโมง 47 นาที และระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนได้รับการรักษาเฉพาะที่หน่วยฉุกเฉินเท่ากับ 4 ชั่วโมง 30 นาที และระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู./หอผู้ป่วยอายุรกรรมเท่ากับ 2 ชั่วโมง 46 นาที และระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู./หอผู้ป่วยอายุรกรรมเท่ากับ 7 ชั่วโมง 25 นาที (สุนีย์ เขียมศิริกุล, 2540: 99)

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้สามารถลดระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการมารับการรักษาช้า และลดอุบัติการณ์การเกิดการตายเพิ่มขึ้นจึงมีความสำคัญ โดยที่พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับการรักษาช้า โดยในปัจจุบันเริ่มมีผู้สนใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานพบว่าเกิดจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน ในต่างประเทศโดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา ได้มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาช้าของผู้ป่วยอย่างกว้างขวางจนสามารถทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาได้เร็วขึ้น โดยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการมารับการรักษา ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องอย่างมากต่อระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Goldstein et al., 1972: 720-724; Sjogren et al., 1979: 287-292; Turi et al., 1986: 203-209; Clark et al., 1989: 637; Karlson et al., 1990: 1213-1215; Schmidt et al., 1990: 1411-1415; Kenyon et al., 1991: 1969-1976; Goldberg et al., 1992: 421-425; Dracup et al., 1997: 253; Gurwitz et al., 1997: 593; McKinley et al., 2000: 237)

ปัจจัยอีกอันหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องต่อระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ซึ่งจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาใน

โรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประกอบด้วย สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ (Burnett et al., 1995: 1019 ; Dracup et al., 1997: 253; McKinley et al., 2000: 237)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่าการศึกษาในประเด็นของการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ต่อระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีเพียง 2 การศึกษา ได้แก่การศึกษาของ สุณีย์ เอี่ยมศิรินุกุล(2540) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ เพศหญิง การมีประวัติเจ็บแน่นหน้าอก การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอาการเจ็บแน่นหน้าอกแบบไม่คงที่ และการอยู่คนเดียวขณะเกิดอาการส่วนการศึกษาในประเด็นของการหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการต่อระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อผล การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน บทบาทของพยาบาลที่มีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้สามารถตัดสินใจมารับการรักษาอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด จึงเป็นบทบาทที่สำคัญ แต่การที่พยาบาลจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับการรักษาซ้ำเมื่อเกิดอาการขึ้น จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัญหาการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคล มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไร
2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไร
3. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยใช้ แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (An integrated model of decision making in acute myocardial infarction) ที่เสนอโดย ดร.คับและคณะ (Dracup et al.,1995: 379-392) โดยการตัดสินใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้น เกิดจาก 3 แนวคิดร่วมกัน คือแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) แนวคิดการควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต (Self regulation model of coping with health threats) และทฤษฎีบทบาทของการปฏิสัมพันธ์ (Interactionist role theory or symbolic interactionism) ซึ่งการตัดสินใจนั้นหมายรวมถึงการแปรผล และพฤติกรรมที่เกิดจากการตัดสินใจ

โดยการที่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมออกมา นั้นมีผลมาจากประสบการณ์การรับรู้ และแปลผลอาการ หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

จากแนวคิดนี้อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดอาการของโรค จะมีการรับรู้ให้ความหมายกับอาการที่เกิดขึ้น มีการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น โดยเกี่ยวข้องกับสถานการณ์แวดล้อมผู้ป่วยเช่นบุคคลที่มาเกี่ยวข้อง สถานที่ที่เกิดอาการนั้นมีผลกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลก็มีผลต่อกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเช่นกัน

ดังนั้นผู้วิจัยได้เสนอแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดอาการของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วย คือปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ

1. อายุ ตามกรอบแนวคิดการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย อายุเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Nonmodifiable factor) (Mitchell et al., 1991:154-157) อายุเป็นเรื่องประจำตัวของบุคคลและเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะของบุคคล การมีอายุเพิ่มขึ้นนั้นสิ่งที่เกิดตามมาด้วย คือ ความเจริญทางด้านร่างกาย และความคิดเห็นก็มีการพัฒนาตามมา (สุโท เจริญสุข, 2520: 45) อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิด และพฤติกรรม (รุ่งฤดี ห่อนาค, 2541: 14) ผู้ที่มีอายุต่างกันก็จะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันด้วย (Pender, 1996) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุมากจะมารับการรักษาช้า (Turi et al., 1986: 203-209; Karlson et al., 1990: 1213-1215; Goldberg et al., 1992: 421-425; McKinley et al., 2000: 237) แต่บางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมารับการรักษาช้า หรืออายุไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา (Sjogren et al., 1979: 287-292; Schmidt et al., 1990: 1411-1415)

2. เพศ ตามกรอบแนวคิดการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย เพศเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Nonmodifiable factor) (Mitchell et al., 1991:154-157) เพศเป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ (Dracup et al., 1995:379-392) จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาช้า (Turi et al., 1986 :203-209 ; Schmidt et al., 1990 :1411-1415 ; Gurwitz et al., 1997: 593) แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่า เพศหญิงไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาช้า และบางการศึกษาพบว่าเพศหญิงมารับการรักษาเร็วกว่าเพศชาย (Hackett et al., 1969 :651-658 ; Sjogren et al., 1979 :287-292 ; Clark et al., 1989:637)

3. ระดับการศึกษา ตามกรอบแนวคิดการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยระดับการศึกษาเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable factors) (Mitchell et al., 1991:154-157)ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ การศึกษาทำให้เกิดสติปัญญาสามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เรียนรู้เรื่องโรค เข้าใจแผนการรักษา และสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง (Orem , 1991) ในบุคคลที่มีการศึกษาน้อยมักจะพบปัญหาในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การปฏิบัติตน และมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้ และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง มีฐานะดี มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่ดีมีประโยชน์ หรือเื้ออำนวยการปฏิบัติการ (Pender , 1996) จากการศึกษาของแมคคินเลย์ (McKinley , 2000: 237) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยออสเตรเลียที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคือ ผู้ที่มีการศึกษาน้อย แต่จากการศึกษาของวิลกอสส์และคณะ (Wielgosz et al., 1988: 853-857) พบว่า การศึกษาไม่สามารถอธิบายการมารับการรักษาซ้ำได้

4. รายได้ ตามกรอบแนวคิดการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยรายได้เป็นปัจจัยด้านบุคคลที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable factor) (Mitchell et al., 1991:154-157) รายได้มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ เป็นตัวแสดงถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่เศรษฐกิจดีจะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่ดีเป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลเลือกแหล่งบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตน (Pender , 1996) มีผู้ทำการศึกษพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่นการศึกษาของ โสจเกรินและคณะ (Sjogren et al., 1979: 287-292), ดราคับและคณะ (Dracup et al., 1997: 253) และ แมคคินเลย์และคณะ (McKinley et al., 2000:237) พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาซ้ำส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย และจากการศึกษาของสมิตต์และคณะ (Schmidt et al., 1990: 1411-1415) พบว่ารายได้เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล ที่มากกว่า 6 ชั่วโมง แต่จากการศึกษาของ สุนีย์เอี่ยมศิริบุญกุล (2540) พบว่า รายได้มิได้เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การมารับการรักษาซ้ำ

5. ประวัติการมีโรคประจำตัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประวัติโรคเบาหวานร่วมด้วยจะมารับการรักษาซ้ำ (Dracup , 1997 :253 ; Turi et al., 1986 :203-209 ; McKinley et al., 2000: 237) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทรับความรู้สึกทำให้การตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกลดลง (จริยา ตันติธรรม, 2542: 123-130) และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาซ้ำ (Turi et al., 1986 : 203-209; Gurwitz et al., 1997:593) เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 mmHg ทำให้

เกิดคราบไขมันในหลอดเลือดมากขึ้น และทำให้เกิดการทำลายของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อปลายประสาทรับรู้สีกทำให้การตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกลดลง (จริยา ตันติธรรม , 2542:123-130) แต่ในบางการศึกษาพบว่า ประวัติโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา (Moss et al., 1970 : 737-742; Cooper et al., 1986 :208 ; Wielgusz et al., 1988 : 853-857; Kenyon et al., 1991:1969-1976)

6. ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันผู้ป่วยที่มีประวัติของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคนี้มาก่อนในอดีตทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติมาก่อน (Schmidt et al., 1990 :1411-1415 ; Kenyon et al., 1991 :1916-1917 ; Goldberg et al., 1992: 421-425) แต่มีบางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน จะมีระยะเวลาการมารับการรักษาสั้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติมาก่อน (Karlson et al., 1990: 1213-1215)

7. ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เนื่องจากลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากการเกิดการตายของชั้นของของกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตายแล้วเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ ทำให้เกิดรอยโรค เกิดแผล ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลงและหยุดชะงักและลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ จะฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้ยาก (จริยา ตันติธรรม , 2542: 140-141) ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ Non ST elevation MI (NSTEMI) เป็นลักษณะที่หลอดเลือด โคโรนารีมีการอุดตันยังไม่สมบูรณ์ ยังไม่มีการตายทุกชั้นของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นระยะที่ไม่มี Q-Wave ให้เห็นใน EKG ส่วน ST elevation MI (STEMI) เป็นระยะที่มีการตายเกิดขึ้นทุกชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจ จะมีลิ้มเลือดขนาดใหญ่อุดรูโคโรนารี จะพบ ST elevate ร่วมกับ Q-Wave ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและเกิดหัวใจหยุดเต้นได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2544)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มี ST elevate ร่วมกับ Q-Wave มีความสัมพันธ์ต่อการลดระยะเวลาในการมารับการรักษาช้า (Karlson et al.,1990:1213-1215) และพบว่าผู้ป่วย Non-Q MI ส่วนใหญ่จะมารับการรักษาช้า (Goldberg et al.,1992:421-425) และบางการศึกษาพบว่า ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษา (Hofgren et al., 1995:3)

8. ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการจากการศึกษาของ เบอร์เนทท์และคณะ (Burnett et al., 1995: 1019) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการรับรู้ว่ามีลักษณะของอาการว่าสาเหตุเกิดมาจากหัวใจ จะมีความสัมพันธ์ต่อการลดระยะเวลาในการมารับการรักษาช้า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีอาการมาจากหัวใจจะมีการตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่มองว่าอาการมาจากระบบ

ทางเดินอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการมาจากระบบทางเดินอาหารจะเลือกกระทำกิจกรรมอื่นมากกว่าที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที และจากการศึกษาของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 1997:253) และแมคคินเลย์และคณะ (McKinley et al., 2000: 237) พบว่า ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดจากหัวใจและเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามปกติ จะมารับการรักษาช้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) พบว่า ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการปกติ จะมารับการรักษาช้าอย่างมีนัยสำคัญ และนอกจากนี้การประเมินอาการก็มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาในโรงพยาบาล เบอร์เนทท์และคณะ (Burnett et al., 1995:1019) พบว่า ผู้ป่วยที่ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงจะมารับการรักษาเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยที่มองว่าการมีความรุนแรงสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากผู้ป่วยไม่รีบมารับรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดราคัพ (Dracup , 1997:253) และแมคคินเลย์ (McKinley , 2000: 237) พบว่า ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่าไม่มีความรุนแรงหรือไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตจะมารับการรักษาช้า

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ

1. สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ พบว่า การที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการเตือนของโรคกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่บ้าน จะทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา เนื่องจากกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำขณะอยู่ที่บ้านส่วนใหญ่เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่กระทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการแล้วผู้ป่วยจะรอคอยให้มีอาการหนักขึ้นก่อนจึงมารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะกลัวว่าหากมารับการรักษาจะเป็นการรบกวนสมาชิกในครอบครัว (Sjogren et al., 1979: 287-292; Dracup et al., 1997: 253 ; McKinley et al., 2000: 237) และจากการศึกษาของเบอร์เนทท์และคณะ (Burnett et al., 1995: 1019) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเตือนของโรคกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในที่ทำงานจะมารับการรักษาช้ากว่า ผู้ป่วยที่มีอาการนอกบ้านแต่ไม่ใช่ในที่ทำงาน เนื่องจากขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการในที่ทำงานหรือในขณะที่ผู้ป่วยทำงานอยู่ ผู้ป่วยจะกังวลต่อภาระงานที่กระทำทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะกระทำกิจกรรมในการทำงานและรอคอยให้มีอาการมากขึ้นก่อนจึงมารับการรักษา แต่ในผู้ป่วยที่เกิดอาการเตือนของโรคกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนอกบ้านแต่ไม่ใช่ในที่ทำงาน เช่นเกิดอาการในขณะออกกำลังกายจะมารับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วกว่า (Burnett et al., 1995: 1019)

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และลักษณะคลื่น

ไฟฟ้าหัวใจ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม และ ซี.ซี.ยู.

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคการมีประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ

2. สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ

3. ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง คุณลักษณะประจำตัวของบุคคล ประกอบด้วย

1.1 อายุ หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสัมภาษณ์ โดยจำนวนอายุของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคิดเป็นจำนวนปีเต็มในวันตอบแบบสัมภาษณ์ (เศษของอายุที่มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

1.2 เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้เห็นว่าหญิงหรือชาย (เพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบ่งออกเป็น เพศชายและเพศหญิง)

1.3 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดที่ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้รับโดยแบ่งออกเป็น ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา ปริญญาตรี และ สูงกว่าปริญญาตรี

1.4 รายได้ หมายถึง จำนวนเงินเดือนหรือรายรับของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และครอบครัว คิดเป็นจำนวนเต็มบาทต่อเดือน

1.5 ประวัติการมีโรคประจำตัว หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น ร่วมกับการป่วยด้วยโรคกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยต้องเป็นโรคที่กำลังรับการรักษา หรือมีอาการอยู่ในปัจจุบัน โดยครอบคลุมเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น ไม่มีประวัติโรคประจำตัว และ มีประวัติโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ภาวะไขมันในเลือดสูง และอื่นๆ เช่น โรคไต เป็นต้น

1.6 ประวัติเคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาโดยเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในอดีต โดยไม่รวมครั้งปัจจุบัน แบ่งออกเป็น ไม่เคยเข้ารับการรักษา และ เคยเข้ารับการรักษา

1.7 ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หมายถึง ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 lead) หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีเมื่อแรกรับ โดยสามารถทราบได้จากผลการวินิจฉัยของแพทย์ แบ่งออกเป็น STEMI (ST elevation MI) และ NSTEMI (Non ST elevation MI)

โดยปัจจัยด้านบุคคลทั้งหมดสามารถเก็บข้อมูลได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง และรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และเวชระเบียนของผู้ป่วย

1.8. ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการ หมายถึง แนวความคิดรวบยอดของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในด้านการรับรู้ต่ออาการเตือน และอาการเฉียบพลันของโรคกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเป็นสิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้ ประสพการณ์ส่วนบุคคล วัฒนธรรม สังคม และประสพการณ์ในอดีต โดยในการศึกษานี้จะเน้นเกี่ยวกับความคิดของผู้ป่วยต่ออาการเตือน และอาการเฉียบพลันของโรคกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในด้านสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ วิธีการจัดการกับอาการที่ถูกต้อง และผลกระทบของอาการต่อผู้ป่วย ซึ่งสามารถประเมินได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

2. สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ หมายถึง สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยแบ่งออกเป็น บ้าน ที่ทำงาน และนอกบ้านแต่ไม่ใช่ในที่ทำงาน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง และรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผลบันทึกจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

3. ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการเตือนจนมาถึงโรงพยาบาลที่แผนกฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอก โดยคิดเป็นชั่วโมง / นาที สามารถวัดได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยแบ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ออกเป็น

การมารับการรักษาทันที หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการเตือนจนมาถึงโรงพยาบาลที่แผนกฉุกเฉิน หรือแผนกผู้ป่วยนอกภายใน 6 ชั่วโมง

การมารับการรักษาช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการเตือนจนมาถึงโรงพยาบาลที่แผนกฉุกเฉิน หรือแผนกผู้ป่วยนอกที่นานกว่า 6 ชั่วโมง (Dempsey et al., 1995: 444-456)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อรณรงค์ให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มารับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการลดอัตราป่วยและอัตราตาย ส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยที่สามารถทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว และป้องกันปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความล่าช้าในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกันการลุกลามของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

2. เป็นแนวทางให้แก่สถาบันการศึกษาพัฒนาการเรียนการสอนแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้เข้าใจและตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. เป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อไปในอนาคตเพื่อการขยายความรู้ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อลดอุบัติการณ์ของอัตราตายในอนาคต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็นลำดับในแต่ละหัวข้อดังนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. บทบาทพยาบาลต่อความรวดเร็วในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
4. แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.1 ความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial infarction หรือ AMI) คือภาวะที่มีการสลายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือดซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจน เนื่องมาจากหลอดเลือดโคโรนารีอุดตัน (นิธิ มหานนท์, 2543) ทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนใดส่วนหนึ่งอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ หรือการขาดออกซิเจนในระยะเวลาหนึ่ง เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่ต้องทำงานอยู่ตลอดเวลา ถ้ามีการอุดตันหรือการไหลเวียนสู่กล้ามเนื้อติดขัด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดจะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อน และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic heart disease) (วราภรณ์ สัตยวงศ์, 2541: 111) เป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดใอเมริกา และประเทศแถบตะวันตก สำหรับประเทศไทยอัตราการตายด้วยโรคนี้อัตราเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในชุมชนเมือง ในปีหนึ่ง ๆ มีบุคคลจำนวนไม่น้อยที่ตายอย่างกะทันหันด้วยโรคหัวใจ (heart attack) ก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล (จริยา ตันติธรรม, 2542:123-156)

1.2 สาเหตุและพยาธิสภาพ

สาเหตุที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบบ่อยที่สุด คือ มีการตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Coronary atherosclerosis) อย่างสมบูรณ์ พบบ่อยในผู้ที่อยู่ในกลุ่มต่อไปนี้ ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง ไม่ได้ออกกำลังกาย มีบุคลิกภาพแบบเอ คือเป็นคนที่ชอบเอาชนะแข่งขัน ทะเยอทะยาน รับประทานอาหาร รับประทานเครื่องดื่ม เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดื่มกาแฟหรือได้รับสารคาเฟอีน สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซองต่อวัน มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคนี้ หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิด หญิงวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น ซึ่งทำให้เซลล์กล้ามเนื้อของหัวใจไม่ได้รับเลือดไปเลี้ยงเพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่ได้ ทำให้เมตาบอลิซึมของเซลล์ต้องหยุดลง เซลล์ของกล้ามเนื้อต้องตายไป ในหลอดเลือดที่อุดตันนี้พบว่ามี thrombus อยู่ และเชื่อว่า thrombus ที่เกิดขึ้นนี้มีผลมาจากการตีบแคบของหลอดเลือด และเมื่อเกิดมี anteromatous plaques เช่น การฉีกขาด การมีเลือดออกมาอยู่ใน plaques ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด thrombus ได้คือ เลือดไหลเวียนช้า ผู้ป่วยที่มี atherosclerosis หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบซึ่งทำให้เลือดไหลผ่านช้าอยู่แล้ว เมื่ออาการช็อคหรือหัวใจวาย ทำให้เลือดไหลช้าหรือน้อยลงไปอีกจึงเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ และจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การหดเกร็งของหลอดเลือด (coronary artery spasm) เกิดเป็นส่วนน้อย ภาวะขาดออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำเป็นเวลานาน ภาวะโลหิตจาง หรือเกิดการบาดเจ็บ โรคต่าง ๆ ที่มีผลต่อหลอดเลือดแดง เช่น โรคทากายาสู (Takayasu's disease) หลอดเลือดแดงหัวใจโป่งพอง เป็นต้น (วรารภรณ์ สัตยวงศ์, 2541: 111; จริยา ตันติธรรม, 2542:123-156; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543: 417; นิธิ มหานนท์, 2543)

หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื้อเยื่อของหัวใจจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังนี้ บริเวณที่ตายจะปรากฏชัดเจนภายใน 5-6 ชั่วโมง หลังจากหลอดเลือดโคโรนารีเกิดการอุดตัน และภายใน 24 ชั่วโมง จะมีเม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์โฟนิวเคลียร์มาแทรกซึมเพื่อกลืนกินเซลล์ที่ตาย ในวันที่ 4-5 หลอดเลือดรอบ ๆ บริเวณที่มีพยาธิสภาพจะขยายใหญ่ขึ้นและมีพวก fibroblast มาแทรกซึมอยู่ในบริเวณเซลล์ที่ตาย บริเวณที่มีการบาดเจ็บ (injury) อาจตายหรือดีขึ้นกลายเป็นเพียงขาดเลือด เนื่องจากภายใน 2-3 สัปดาห์ fibroblast จะสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย ระบบไหลเวียนรอบ ๆ จะขยายโตขึ้นเรื่อย ๆ ในระยะนี้บริเวณที่บาดเจ็บและขาดเลือดจะกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ การสร้าง fibrous tissue จะใช้เวลา 2-3 เดือน บริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายจึงจะกลายเป็นแผล (จริยา ตันติธรรม, 2542:123-156) กล้ามเนื้อหัวใจตายแบ่งได้ 2 ชนิดตามชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจคือ การตายในส่วนใต้เยื่อบุชั้นใน (Subendocardium) จะเป็นเฉพาะส่วนใต้ไม่ลุกลามถึงชั้นในสุดหรือนอกสุด และ Transmural infarction เป็นการตายในทุกชั้นของกล้ามเนื้อ

หัวใจ บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบบ่อยที่สุดคือ ผนังด้านหน้าของเวนทริเคิลซ้าย (anterior wall of the left ventricle) เกิดเนื่องจากการอุดตันของแขนงหลอดเลือดแดงโคโรนารีซีกซ้าย (Descending branch ของ Left coronary artery) (จรรยา ตันติธรรม, 2542:123-156)

คลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นบริเวณที่เห็นได้ชัด ตามความรุนแรงที่เซลล์ขาดออกซิเจน ซึ่งมีอยู่ 3 บริเวณ คือ บริเวณที่เซลล์ตาย (infarction) ได้รับความบาดเจ็บ (injury) และขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia) ซึ่งแต่ละบริเวณสามารถจะบอกได้จากการเปลี่ยนแปลงใน ECG การเปลี่ยนแปลงใน ECG จะช่วยให้สามารถทราบถึงตำแหน่ง และพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด (ischemia) ได้รับความบาดเจ็บ (injury) หรือขาดเลือดไปเลี้ยง (infarction) คือบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งอยู่รอบนอกสุดล้อมรอบบริเวณที่ได้รับความบาดเจ็บ เป็นบริเวณที่เซลล์ขาดออกซิเจนไม่มาก เซลล์เหล่านี้ยังมีชีวิตอยู่ และทำงานได้แม้จะไม่สมบูรณ์ การเต้นของหัวใจผิดปกติ มักจะเริ่มมาจากบริเวณที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ECG ที่วางให้ขั้วบวกอยู่เหนือบริเวณที่ขาดเลือดไปเลี้ยงนี้จะปรากฏเป็นคลื่น T หัวกลับ (inverted T wave) ซึ่งมีรูปร่างสมดุกันคือ อัตราการวิ่งลงและขึ้นของคลื่น T เท่านั้น ส่วน lead ที่วางขั้วบวกอยู่ตรงข้ามกับบริเวณนี้จะปรากฏคลื่น T wave หัวตั้ง

บริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายจะถูกล้อมรอบด้วยบริเวณที่เซลล์ได้รับความบาดเจ็บ ซึ่งเซลล์จะขาดออกซิเจนขนาดปานกลาง เซลล์เหล่านี้ยังมีชีวิตอยู่และทำหน้าที่ได้ การขาดออกซิเจนจะน้อยกว่าบริเวณที่กล้ามเนื้อตาย แต่จะมากกว่าบริเวณที่ขาดเลือด บริเวณที่เซลล์ได้รับความบาดเจ็บนี้มีโอกาสที่จะเกิดตายลุกลามกว้างขึ้นได้ถ้าขาดออกซิเจนมากขึ้นและใน ECG lead ที่ขั้วบวกวางอยู่เหนือบริเวณนั้นจะปรากฏ ST สูงขึ้น (ST elevate) ส่วน lead ที่ขั้วบวกอยู่ตรงกันข้ามจะมี ST ต่ำลง (ST depression)

ส่วนบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณที่เซลล์ขาดออกซิเจนอย่างสมบูรณ์ เซลล์ไม่สามารถจะทำงานได้ตามปกติ เป็นบริเวณที่อยู่ตรงกลางล้อมรอบด้วยบริเวณที่ได้รับความบาดเจ็บและขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์ ในบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายนี้จะไม่มีการ depolarization ใน ECG lead ที่ขั้วบวกวางอยู่เหนือบริเวณนี้จะมองผ่านเซลล์ที่ตายนี้ ซึ่งเหมือนกับหน้าต่างและจะกลับไปบันทึกคลื่น depolarization ของหัวใจในด้านตรงกันข้ามจึงปรากฏเป็น Pathologic Q wave (ลักษณะคลื่น Q มีความกว้างมากกว่า 0.04 วินาที หรือมากกว่า 1 มม. และสูงกว่า 1/3 ของ QRS complex)

การเปลี่ยนแปลงของ ECG สามารถจะใช้บอกการเกิดการตายอย่างเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายอย่างเฉียบพลันจะมีลักษณะคือ ST ถูกยกสูงขึ้น หลังจากนั้น 2-3 วัน ST segment จะลดต่ำลงสู่ระดับปรกติ (isoelectric) T wave จะเกิดเว้าลงใน 2-3 สัปดาห์ หลังจากนั้น 8-12 สัปดาห์ ECG แสดงการตายเก่าจะปรากฏคือ ST segment และ T wave จะปกติแต่ Q wave จะยังปรากฏและไม่มี R wave อยู่เช่นเคย

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน จะมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจแตกต่างกัน ซึ่งปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ Non ST elevation MI (NSTEMI) เป็นลักษณะที่หลอดเลือดโคโรนารีมีการอุดตันยังไม่สมบูรณ์ ยังไม่มีการตายทุกชั้นของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นระยะที่ไม่มี Q-Wave ให้เห็นใน EKG ส่วน ST elevation MI (STEMI) เป็นระยะที่มีการตายเกิดขึ้นทุกชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจ จะมีลิ้มเลือดขนาดใหญ่อุดรูโคโรนารี จะพบ ST elevate ร่วมกับ Q-Wave ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและเกิดหัวใจหยุดเต้นได้

1.3 การวินิจฉัยโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอาศัยหลักเกณฑ์ตามเกณฑ์ของ WHO (จรรยา ตันติธรรม, 2542:144) จะต้องประกอบด้วย 3 ลักษณะ โดยต้องประกอบด้วย 2 ใน 3 เกณฑ์ดังนี้

1. ประวัติความเจ็บป่วยกับอาการเจ็บหน้าอกที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง ดังนี้

1.1 อาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง รู้สึกเหมือนถูกบีบรัด ถูกกดคล้ายมีของหนัก ๆ มาทับที่หน้าอก เจ็บเปรียบเหมือนถูกมีดแทง บางรายรู้สึกเหมือนปั่นป่วนในช่องท้องคล้ายมีลมอัดแน่นในหน้าอก ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงน่ากลัว ถึงกับตายได้

1.2 มีการเจ็บร้าวไปที่หัวไหล่ แขน กราม หรือช่องท้อง

1.3 เจ็บนานกว่า 20 นาที บางรายนานหลายชั่วโมง

1.4 อาการเจ็บไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาอมใต้ลิ้น Nitroglycerine ขณะเจ็บหน้าอกมีอาการอื่นร่วมด้วย คือ เหงื่อออก ใจสั่น ใจหวิว คล้ายจะเป็นลม หน้ามืด บางรายอาจจะหมดสติ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก เหนื่อย อ่อนเพลียมาก มีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายอย่างเฉียบพลันโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (Silent infarct) ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหรือผู้ป่วยเบาหวานที่มี neuropathy และในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานาน เมื่อเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยจะเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายได้สูง เนื่องจากหลอดเลือดโคโรนารีของผู้ป่วยมี Atherosclerosis เลือดไหลผ่านได้น้อยอยู่แล้ว เมื่อเกิดภาวะช็อคเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอ ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการ

เจ็บหน้าอก แต่ถ้าสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยกระสับกระส่ายหรือเหนื่อยผิดปกติจะต้องคำนึงถึงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายไว้ก่อนเสมอ

2. มีการเปลี่ยนแปลงของ ECG โดยระยะเริ่มแรกจะเป็น Hyperacute T wave และตามด้วย ST elevation (พบในช่วงแรก) ต่อมาจะมี Q wave ร่วมด้วย สำหรับ ST elevation จะกลับสู่ Baseline เดิมในระยะหลายวันจนกระทั่ง 1-2 สัปดาห์ กรณีที่มี persist ST elevation นานกว่า 2 สัปดาห์ จะเป็นข้อบ่งชี้ว่าเป็น Ventricular aneurysm หรือในรายที่เคยเป็นมาก่อนแล้วเกิดมี New Q-wave

3. การตรวจระดับ enzyme ในเลือดที่ใช้ในการเป็นเกณฑ์ร่วมประกอบการวินิจฉัยภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ

3.1 Serum Myoglobin เป็น cardiac marker ที่ใช้ตรวจยืนยันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ค่า Cardiac enzyme CK-MB ที่ positive จะเป็นการบ่งชี้ว่ากำลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้นเป็นเทคนิคการตรวจระดับ Cardiac enzyme ที่มีความแม่นยำและไวมากที่สุด (ค่าปกติของ CK-MB คือ 0-16/25 U/L) โดย CK-MB จะมีค่าสูงขึ้นภายหลังมีการเจ็บหน้าอก 4-6 ชั่วโมง และค่า CK-MB จะกลับสู่ระดับปกติภายใน 48-72 ชั่วโมง ภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นไม่ควรใช้ค่า CK-MB ที่มีค่าสูงสุดในช่วง 10-12 ชั่วโมงแรกหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นจะเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงการมี Large infarct และไม่มี reperfusion ในหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ในรายที่ไม่แน่ใจว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถคำนวณได้จากสูตร

$$\text{สูตร} \quad \frac{\text{CK-MB} \times 100}{\text{CPK}}$$

หากมีค่ามากกว่า 6% แสดงว่าเป็น AMI

3.2 Serum Myoglobin เป็น Heme protien ที่พบได้ร้อยละ 2 ในเยื่อกล้ามเนื้อลาย ทั้งในเซลล์กล้ามเนื้อและเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ Myoglobin จะถูกหลั่งออกมาอย่างรวดเร็วจากกล้ามเนื้อที่มีการบาดเจ็บหรือมีการทำลายต่อกล้ามเนื้อ ในภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการบาดเจ็บหรือถูกทำลายในระยะต้น ๆ พบว่า Myoglobin จะถูกหลั่งออกมาจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจทันทีภายใน 2 ชั่วโมง หลังมีอาการเจ็บหน้าอกของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเฉพาะในรายที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่ชัดเจน มี Peak สูงสุด 3-15 ชั่วโมง ค่า Myoglobin ที่สูง ๆ จะได้ผลดีและมีความเที่ยงในผู้ป่วยที่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ต่ำกว่า 3 ชั่วโมง จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย 89 ราย แล้วตรวจระดับ Myoglobin ในเลือดหลังมีอาการเจ็บหน้าอก 2 ชั่วโมง พบว่ามีความไวและเที่ยงสูง ร้อยละ 100 ในการยืนยันผลการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามก็ยังมีปัจจัยที่มีผลทำให้ Myoglobin มีค่าสูงได้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะร่วมของการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ไตวาย ผ่าตัด ต้มสุราจัด

ในปริมาณมาก โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง เพศชายสูงอายุ ชาวอัฟริกันอเมริกัน เป็นต้น สำหรับค่า Myoglobin ที่บ่งชี้ว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ 50-120 ไมโครกรัม/มิลลิลิตร

3.3 Serum Cardiac Troponin เป็นส่วนประกอบของกล้ามเนื้อหัวใจที่ประกอบด้วยโปรตีน 3 ชนิด คือ Troponin T, Troponin I, Troponin C พบได้จากกล้ามเนื้อลาย แต่ในโครงสร้างด้านอะมิโนเอซิดของ Troponin T และ Troponin I ในเซลล์กล้ามเนื้อลายแตกต่างจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ขณะที่ Troponin C ทั้งในเซลล์ของกล้ามเนื้อลายและกล้ามเนื้อหัวใจคล้ายกัน ฉะนั้น Troponin T และ Troponin I จึงเป็น cardiac marker ที่สำคัญในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยจะมี Cardiac Troponin T และ I หลั่งออกจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจบาดเจ็บหรือถูกทำลาย

Troponin T เริ่มมีค่าสูงภายใน 3-5 ชั่วโมง หลังกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการบาดเจ็บ / ขาดเลือด และคงมีค่าสูงต่อไปอีกนาน 14-21 วัน Troponin T มีความไวและความเที่ยงสูงถึงร้อยละ 100 ในกล้ามเนื้อหัวใจหลังเกิดการบาดเจ็บหรือขาดเลือด 4-6 ชั่วโมง นอกจากนี้ Troponin T ที่มีค่าสูงใน Unstable angina ระหว่าง 30 วันถึง 6 เดือน และระหว่างผ่าตัดจะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Troponin I เป็น cardiac marker ที่มีความไวสูง ใช้เฉพาะในรายที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้วว่า 7-14 ชั่วโมง หรือในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและหลังทำ Cardioversion ที่สงสัยว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นอกจากนี้ Troponin I ที่มีค่าสูง 3.1 ไมโครกรัม/ลิตร เป็นระยะเวลานาน ๆ จะเป็นดัชนีในการพยากรณ์โอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือตายในระหว่าง 30 วันและ 1 ปี นอกจากนี้หลังการตรวจพบมี Troponin I สูงนาน ๆ ยังเป็นดัชนีบ่งชี้ว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นวงใหญ่หรือเกิด Reinfarction และหากพบ Troponin I สูงอย่างน้อย 0.4 ไมโครกรัม/ลิตร ในผู้ป่วย Unstable angina ก็จะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในการเพิ่มอัตราการตายระหว่าง 40-50 วัน

1.4 ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกได้ 4 ประเภท

1. Hemodynamic disorders หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งได้เป็น 5 ชนิด คือ

- 1.1 Normal hemodynamic
- 1.2 Hyperdynamic circulatory state
- 1.3 Hypovolemic hypotension

1.4 Left ventricular failure

1.5 Cardiogenic shock

2. Inflammatory disorders พบได้บ่อยคือ Pericarditis พบได้ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น Transmural infarction นอกจากนี้อาจจะพบมี Pleural effusion ร่วมด้วย

3. Embolic disorders มักพบในรายที่มี large infarct และ ventricular aneurysm ซึ่งจะทำให้เกิด mural thrombus และสามารถเกิด systemic embolize ได้ เช่น pulmonary emboli เป็นต้น

4. Rhythm disorders พบบ่อยในระยะ 7 ชั่วโมงแรก หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ VT, VF ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการตายในระยะแรกได้ถึงร้อยละ 40 นอกจากนี้ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอื่นที่พบบ่อยอีก คือ Tachy-arrhythmias, Bradyarrhythmias และ Conduction defect ซึ่งจะมีผลทำให้เกิด hypotension และเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการเพิ่ม infarct size เกิด heart failure และ shock ได้

1.5 การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ปัจจุบันการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ซึ่งในอดีตจะเป็นการดูแลรักษาที่มุ่งลดการทำงานของหัวใจ โดยการให้พักอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ๆ (Absolute bed rest) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับการให้ยา คือ กลุ่มยาไทรเตรท และ ยาปิดกั้นเบต้า และให้การรักษาแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 ได้มีการพัฒนาวิธีการที่ช่วยให้เกิดการไหลเวียนของเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจใหม่ (Reperfusion Therapy) เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงเพียงพอ โดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจใหม่ (CABG) และเริ่มใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent)

ปี ค.ศ. 1990 ได้มีการพัฒนาวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้ลูกโป่งบดรอยลิ่มเลือดให้แฟบ คือ PTCA

ปี ค.ศ. 1987 เริ่มมีการใส่โครงตาข่ายเสเต็นท์ในหลอดเลือดโคโรนารี (coronary stent) ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2538 (ค.ศ. 1995)

สำหรับแนวทางการรักษาสสมัยใหม่ในปัจจุบัน สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีดังนี้

1. ลดและยับยั้งขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (Limitation of infarct size) โดย

1.1 ลดการทำงานของหัวใจ โดยการให้พักในช่วงระยะแรกอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง ซึ่ง

แล้วแต่ระดับความรุนแรงของโรค และ ใช้ยาเพื่อควบคุมอาการเจ็บหน้าอก อาการเจ็บหน้าอกจะทำให้เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ต้องการพลังงานและออกซิเจนเพิ่มขึ้น และทำให้มีโอกาสเกิดหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (ventricular arrhythmias) ยาที่ควบคุมอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวด โดยมี มอร์ฟีน เป็นยาที่ใช้ได้ผลดี ให้ครั้งละ 2-4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นช้า ๆ สามารถให้ซ้ำได้ทุก 5 นาที จนกว่าจะหมดอาการ หรือเกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ หายใจช้า อาเจียนอย่างมาก เป็นต้น มอร์ฟีน ทำให้หลอดเลือดขยาย แก้ปวด และลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ, กลุ่มยาไนเตรท ยากลุ่มนี้ลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยมี preload ลดลง เนื่องจากยาทำให้เส้นเลือดดำขยายตัวและเพิ่มออกซิเจนมาเลี้ยง จึงมีประโยชน์มากในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเฉพาะถ้าได้ยาภายใน 10 ชั่วโมงแรกนับจากเกิดอาการ ไนโตรกลีเซอริน ชนิดอมใต้ลิ้นสามารถให้บ่อยได้ทุก 5 นาที จนกว่าอาการเจ็บหน้าอกจะหายหรือมีฤทธิ์ข้างเคียงจากยา แต่ต้องระวังในผู้ป่วยที่มี inferior wall infarct เพราะอาจทำให้มีความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าลงได้ กลุ่มยาปิดกั้นเบต้า (Beta blockers) ได้แก่ Propranolol, Metoprolol, Timolol เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะสกัดกั้น beta adrenergic ทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ใช้ทั้งกินและฉีด ในกรณียาฉีดควรแบ่งยาให้ครั้งละน้อย เช่น Metoprolol 15 มิลลิกรัม จะแบ่งให้ครั้งละ 5 มิลลิกรัม ฉีดห่างกัน 2-5 นาที โดยต้องตรวจการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต เนื่องจากยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจล้มเหลวและหลอดเลือดแดง ดังนั้นถ้าชีพจรเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง ความดันโลหิตต่ำกว่า 100 มม.ปรอท ไม่ควรให้ยาครั้งต่อไป

1.2 วิธีการทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจใหม่ (Reperfusion Therapy) โดย

1.2.1 การให้ยา ได้แก่ **การให้ยาละลายลิ่มเลือด** ปัจจุบันการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มี anterior infarct ที่มาโรงพยาบาลภายใน 6 ชั่วโมง เป็นการรักษาที่ได้ผลดีและเกิดประโยชน์สูงสุด ผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีนี้ภายใน 12 ชั่วโมง แม้ว่าจะยังรับการรักษาได้โดยวิธีนี้แต่จะได้ประโยชน์น้อยลง ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 75 ปี จะได้ประโยชน์มากกว่า การรักษาโดยวิธีนี้เป็น การป้องกันไม่ให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ สารนี้จะเพิ่มการสลายของ ไฟบริน (fibrin) ตามธรรมชาติโดยการกระตุ้นพลาสมิโนเจน (plasminogen) **การให้ยาด้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด**คือยา Aspirin เมื่อใช้กับยาละลายลิ่มเลือดยานี้ช่วยลดอัตราการตายในระยะแรก และการเกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำด้วยการป้องกันการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับตั้งแต่เริ่มแรก ถ้าไม่มีข้อห้าม **การให้ยายับยั้งการแข็งตัวของเลือด**คือยา Heparin, Hirudin การให้ยานี้มักให้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อ systemic or pulmonary embolism, large anterior MI และผู้ป่วยที่ได้รับ Streptokinase โดยไม่ได้ Aspirin

1.2.2 การใช้เครื่องมือพิเศษในการช่วยลดการทำงานของหัวใจ และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ในรายที่มีปัญหาหัวใจวาย หรือช็อคจากหัวใจ โดยการใช้ Intra-aortic balloon pump (IABP)

1.2.3 การใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยขยายขนาดรูหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันให้เปิดกว้างออก ซึ่งมีหลายวิธี คือ การใช้ลูกโป่งบดลิ้มเลือดที่อุดตันให้แฟบ (PTCA) วิธีการคือ แพทย์จะทำงานร่วมกับ cardiac catheterization เมื่อพบบริเวณที่มีการอุดตันแล้ว แพทย์จะสอดสายสวนซึ่งมีลูกโป่งที่ปลายสายให้อยู่ตรงที่มีการอุดตัน ใส่ลมเข้าไปในลูกโป่ง เมื่อลูกโป่งขยายใหญ่จะไปเบียดก้อนที่ทำให้เกิดการอุดตันในบริเวณนั้นให้แฟบลง ทำให้ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดแดงหัวใจนั้นเพิ่มขึ้น เลือดสามารถไหลผ่านได้ดีขึ้น การใส่โครงตาข่ายสะเต้นท์ขยายให้หลอดเลือดหัวใจเปิดตลอด (Coronary Stent)

1.2.4 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) เป็นการนำทางเดินเลือดใหม่เพื่อไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใต้ต่อเส้นเลือดที่ตีบหรืออุดตัน โดยใช้หลอดเลือดดำ เช่น Saphrenous vein มาเชื่อมต่อจากหลอดเลือดเอออร์ตา ไปยังเส้นเลือดใต้ต่อบริเวณที่มีพยาธิสภาพ มักทำในรายที่มีข้อห้ามในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือช่วยขยายขนาดรูหลอดเลือดหัวใจ และในรายที่เป็น Left main และ Tripplle vessle stenosis

จะเห็นว่าแนวทางการรักษาได้มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาไปอย่างมาก ซึ่งแนวทางการรักษาในปัจจุบันจะเป็นการรักษาเพื่อลดและยับยั้งขนาดของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายให้น้อยที่สุด โดยวิธีการช่วยให้เกิดการไหลเวียนของเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจใหม่ เพื่อลดความรุนแรง ความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายลดลงเหลือร้อยละ 5-10 (เดิมร้อยละ 30-40) และช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันดีขึ้น

2. แก้ไขให้มีการคงไว้ของระบบไหลเวียนให้เพียงพอ โดยการใช้ยาต่าง ๆ ในกรณีที่หัวใจวาย การให้ออกซิเจนและแก้ไขภาวะสมดุลของกรดต่าง รวมทั้งการใช้ Intra-aortic balloon pump

3. แก้ไขและป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่สำคัญคือ PVC, VT, VF ซึ่งในระยะ 12-24 ชั่วโมงแรกของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิด VT, VF ได้ถึงร้อยละ 30-40 การรักษาจึงต้องให้ผู้ป่วยรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังสังเกตการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา รวมทั้งการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับอุปกรณ์และยาสำหรับแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่คุกคามชีวิต ได้แก่ การใช้ยา Lidocaine, Cordarone, เครื่อง Temporary Pacemaker เป็นต้น

2. บทบาทพยาบาลต่อความรวดเร็วในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความรวดเร็วในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยมีเลือดไหลผ่านหลอดเลือดที่เคยถูกอุดตันได้ใหม่เร็วที่สุดไม่ว่าโดยยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือด ก็จะมีผลดีต่อผู้ป่วยโดยทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่เสียไปมีบริเวณที่แคบลง และรักษาการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายไว้ได้มาก ซึ่งผลท้ายที่สุดผู้ป่วยจะมีอัตราการตายลดลง ในปัจจุบันมีข้อมูลยืนยันว่าถ้าเราสามารถย่นระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกถึงเวลาที่รับยาละลายลิ่มเลือดลง ทำให้เกิดการไหลผ่านของเลือดใหม่โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ออกฤทธิ์เร็วขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตลดลงด้วย สำหรับการขยายหลอดเลือดก็เช่นเดียวกัน ถ้าสามารถส่งผู้ป่วยไปยังห้องปฏิบัติการขยายหลอดเลือดได้อย่างรวดเร็วหลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล เพื่อขยายหลอดเลือดโดยเร็วก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการขยายหลอดเลือดเช่นเดียวกัน นอกจากนี้การลดระยะเวลาการให้การรักษาสารทำได้ตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยได้รับการรักษาโดย

1. ตัวผู้ป่วยเอง เมื่อผู้ป่วยเข้าใจหรือรู้ตัวว่ามีอาการที่อาจเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย รีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยไม่เสียเวลารอคอยอาการอยู่ที่บ้าน

2. การวางระบบงานที่ดีของโรงพยาบาลเพื่อลดระยะเวลาที่เสียไปในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลหรือสถาบันที่มีแนวทางสำหรับตรวจแยกผู้ป่วยดี จะสามารถชี้ได้ว่าผู้ป่วยคนใดมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และส่งไปยังหน่วยงานที่เหมาะสมต่อไปภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น

เราทราบกันว่าการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้ผู้ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วจะได้ประโยชน์มากกว่าผู้ที่ได้รับยาช้า จึงได้มีความพยายามที่จะให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้น หลาย ๆ ประเทศได้สร้างนโยบายที่จะลดความล่าช้าในการรักษาลง เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติได้ศึกษาและวางโปรแกรมเพื่อลดความล่าช้าของการรักษาผู้ป่วยโดยหวังลดอัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันลงด้วย และพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพ ที่มีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญต่อการวางแผนการพยาบาลเพื่อทำให้เกิดความรวดเร็วในการมารับรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาช้าและทำให้เลือดกลับมาไหลผ่านในหลอดเลือดที่อุดตันใหม่ช้าเกิดจากสาเหตุหลายประการคือ

1. ตัวผู้ป่วยเอง
2. การเดินทางลำบาก
3. ไม่มีระบบบริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน
4. ระบบภายในโรงพยาบาลไม่ดี
5. ความเร็วของการออกฤทธิ์ของยาละลายลิ่มเลือดไม่เร็วพอ

ในประเทศไทยยังไม่มีเตรียมพร้อมที่จะให้การรักษาแก่ผู้ป่วยภาวะนี้อย่างรวดเร็ว เริ่มตั้งแต่ยังไม่มีการรณรงค์ เช่น ให้ความรู้ผู้ป่วยในการที่จะให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยเร็ว การเดินทางที่ไม่สะดวก ไม่มีระบบบริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน และทำที่สุ่ระบบภายในโรงพยาบาลที่ไม่พร้อมสำหรับการให้การรักษาผู้ป่วยภาวะนี้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากไม่เข้าใจเรื่องความสำคัญของการรีบด่วนในการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งการสาธารณสุขในปัจจุบันเน้นการทำงานแบบสหสาขาวิชา โดยเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลในการกำจัดสาเหตุที่คาดว่าจะทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่

1. ตัวผู้ป่วยเองที่อาจจะขาดความรู้ ความเข้าใจ และมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องกับโรคและการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว หรือปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้เช่น อายุ เพศ เป็นต้น พยาบาลควรรีให้ความสนใจต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคมากขึ้น

2. ระบบบริการสุขภาพพยาบาลมีบทบาทในการติดต่อประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินถึงมือแพทย์โดยเร็วที่สุด

3. ระบบการคัดแยกผู้ป่วยในโรงพยาบาล การประเมินอาการผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องร่วมกับแพทย์ผู้รักษาเป็นต้น (นินิ มหานนท์, 2543; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2536; สถาบันพระบรมราชชนก, 2541)

3. ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในปัจจุบันให้ความสำคัญในเรื่องของการเพิ่มออกซิเจนให้มากที่สุด เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามเดิม เป็นลักษณะเพื่อป้องกันหรือลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้ลดอัตราตายลงได้มากขึ้น (จรียา ตันติธรรม, 2542)

มีการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของยาละลายลิ่มเลือดนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด โดยหลักสำคัญของการให้ยานั้นคือ ยิ่งให้ยาเร็วเท่าไรอัตราการตายยิ่งลดลงเร็วเท่านั้น กลไกการออกฤทธิ์ของยาละลายลิ่มเลือดแบ่งตามการออกฤทธิ์ของการจับกับ Fibrin ได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ 1) Fibrin-specific โดยการกระตุ้น Fibrin bound plasminogen ทำให้มีการละลายที่เร็ว ยากลุ่มนี้ได้แก่ t-PA และ scu PA 2) Non-fibrin-specific จะละลายช้ากว่าและอยู่ยาวนานกว่า ได้แก่ SK, APSAC, Urokinase โดยมีการศึกษาพบว่า ถ้าให้ยาภายใน 3 ชั่วโมงจากเริ่มเกิดอาการครั้งแรกสามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 23 และถ้าภายใน 1 ชั่วโมงจากเริ่มเกิดอาการครั้งแรกสามารถลดอัตราการตายได้ประมาณร้อยละ 50 คือ อัตราจะเหลือเพียงร้อยละ 1 (Dracup, 1995: 379-392) และยังพบว่าถ้า ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้นอัตราการตายจะลดลงร้อยละ 1 ใน 1 ชั่วโมงที่ได้รับยาเร็วขึ้น ซึ่งหมายถึงสามารถช่วยชีวิตได้ 10 ราย ในการรักษาทุก 1000 ราย ถ้าลดความล่าช้าในการรักษาได้ทุก 1 ชั่วโมง และมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 90 นาที ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการ (Symptom onset) จะมีประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด และจะไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาเมื่อเวลาผ่านไปมากกว่า 6 ชั่วโมง นับตั้งแต่เริ่มเกิดอาการครั้งแรก (Dempsey et al., 1995:144-156) อาจสรุปได้ว่าประสิทธิภาพของยานั้นมีระยะเวลาอยู่ภายใน 6 ชั่วโมง ซึ่งถือว่าเป็นนาทีทอง (Golden period) ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการครั้งแรกจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 2 ถึง 6 ชั่วโมง 30 นาที (Dracup, 1995: 379-392) และจากการศึกษาของโฮและคณะ (Ho, et al., 1988: 187) พบว่า ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 4102 คน พบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลในระยะเวลาที่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการมีเพียงร้อยละ 35 ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลในระยะ 2 ถึง 4 ชั่วโมง ตั้งแต่เกิดอาการมีร้อยละ 21 และมารับการรักษาในระยะเวลามากกว่า 4 ชั่วโมง ตั้งแต่เกิดอาการมีร้อยละ 44

ในประเทศไทย สุณีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) พบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 3 ชั่วโมง 47 นาที และจากการศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์นุกูล (2543) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาลนานกว่า 1 ชั่วโมง

ซึ่งจากการการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า ทำให้ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานนั้น เกิดจากปัจจัยหลายประการที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ จากแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (An integrated model of decision making in acute myocardial infarction) ที่เสนอโดย ดราคับและคณะ (Dracup et al., 1995: 379-392)

4. แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมารับการรักษาช้าเมื่อเกิดอาการของโรคที่ผ่านมานั้นใช้กรอบแนวคิดทางการแพทย์เป็นหลัก โดยเน้นถึงข้อมูลส่วนบุคคล และลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเป็นตัวทำนายถึงการมารับการรักษาของป่วย ซึ่งผลการศึกษาไม่ได้เป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วขึ้น แต่การเข้าใจถึงกระบวนการคิดตัดสินใจในการมารับการรักษาและสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยจะช่วยให้บุคคลากรทางสุขภาพเข้าใจปรากฏการณ์เหล่านี้ดีขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติการช่วยเหลือได้เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา ดังนั้นในปี 1995 ดราคับและคณะ (Dracup et al., 1995: 379-392) ได้สังเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา โดยใช้แนวคิดร่วมกันคือ แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) แนวคิดการควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต (Self regulation model of coping with health threats) และทฤษฎีบทบาทของการปฏิสัมพันธ์ (Interactionist role theory or symbolic interactionism)

แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีแรงจูงใจ ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการศึกษาถึงความร่วมมือของผู้ป่วย จากแนวคิดนี้เชื่อว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตั้งแต่เริ่มเกิดอาการจนกระทั่งไปรับการรักษาในโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 อย่าง คือ การรับรู้ถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นแรงผลักดันหรือคุณค่าของการกระทำ ปัจจัยทั้ง 2 นี้จะถูกควบคุมโดยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ทัศนคติ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แนวคิดนี้มีข้อดีในเรื่องการประเมินความคุ้มค่าและประโยชน์ที่จะได้รับจากสิ่งที่กระทำ ซึ่งอธิบายได้และเข้าใจง่าย แต่มีข้อจำกัด 2 ประการคือประการแรกคล้ายแนวคิดทางการแพทย์ซึ่งเน้นผู้ป่วยเพียงคนเดียว แต่ในความเป็นจริงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะมีความเกี่ยวข้องกับผู้อื่นด้วย และประการที่ 2 แนวคิด

นี้อธิบายถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรค การนำมาใช้กับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาจึงมีข้อจำกัด ทำให้ต้องมีการใช้แนวคิดอื่นร่วมด้วย

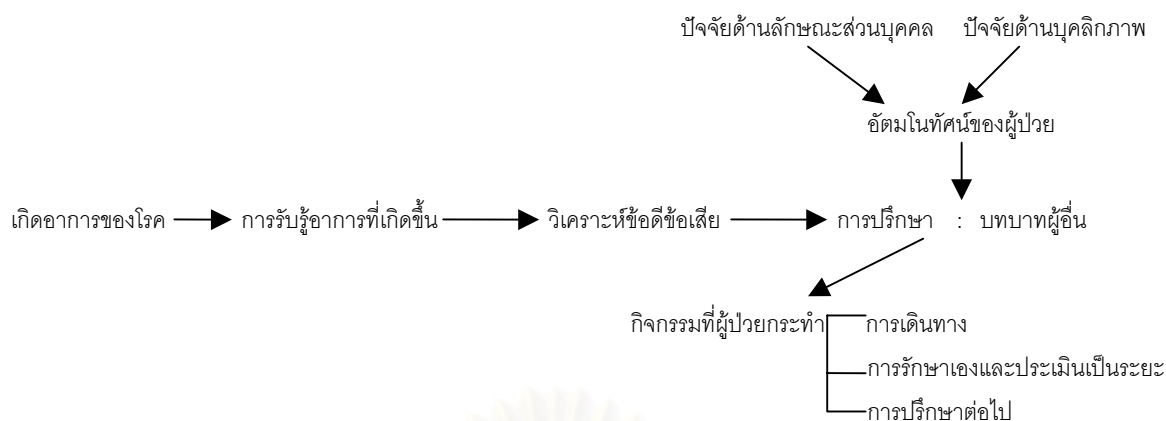
แนวคิดการควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต

ลีเวนเทลและคณะ (Leventhal et al., 1994) เป็นผู้เสนอถึงแนวคิดนี้เพื่อความเข้าใจถึงสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย และพฤติกรรมการตัดสินใจที่มีพื้นฐานมาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตและข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยบุคคลจะเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิตในลักษณะดังนี้คือ 1. การให้ความหมายหรือการแปรผลสิ่งที่เกิดขึ้น 2. การเผชิญกับปัญหาหรือวางแผนกระทำกิจกรรมต่าง ๆ 3. การประเมินผลการกระทำ เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกผู้ป่วยจะเผชิญกับการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่นการหยุดพักทำกิจกรรม การคิดพิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้น การขอคำแนะนำจากผู้อื่น การรักษาโดยรับประทานยาลดกรด เมื่อกระทำไปแล้วจะประเมินถึงสิ่งที่กระทำไปว่าได้ผลเพียงใด เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาด้วยวิธีการอื่น ๆ ต่อไป (Dracup et al., 1995: 379-392)

ทฤษฎีบทบาทของการปฏิสัมพันธ์

แนวคิดนี้มาจากสังคมวิทยาซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีบทบาท โดยการพิจารณาถึงบทบาทที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีการแสดงบทบาทร่วมกัน เช่นแพทย์กับผู้ป่วย สามีกับภรรยา เป็นต้น ซึ่งสามารถนำมาอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายจะตัดสินใจไปรับการรักษาได้เร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องและบทบาทของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์นั้น

จากแนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้น จะเห็นได้ว่าแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต มีจุดเน้นที่กระบวนการตัดสินใจของบุคคล ส่วนทฤษฎีบทบาทของการปฏิสัมพันธ์จะเน้นที่กระบวนการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ลักษณะแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ ดราคัปและคณะเสนอไว้ในปี 1995 ดังแสดงในภาพที่ 1



แสดงแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เสนอโดย

ดราคัปและคณะในปี 1995 (Dracup et al., 1995: 389)

จากแนวคิดนี้อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดอาการของโรค จะมีการรับรู้ให้ความหมายกับอาการที่เกิดขึ้น มีการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น โดยเกี่ยวข้องกับสถานการณ์แวดล้อมผู้ป่วยเช่นบุคคลที่มาเกี่ยวข้อง สถานที่ที่เกิดอาการนั้น ผลกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลก็มีผลต่อกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ

อายุ

อายุ เป็นเรื่องประจำตัวของบุคคลและเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณวุฒิภาวะของบุคคล การมีอายุเพิ่มขึ้นนั้นสิ่งที่เกิดตามมาด้วยคือ ความเจริญทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย ความคิดเห็นก็จะมีการพัฒนาการตามมา (สุโท เจริญสุข, 2540: 45) อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดและพฤติกรรม (รุ่งฤดี ห่อนาค, 2541: 14) ผู้ที่มีอายุต่างกันก็จะมีพฤติกรรมที่ต่างกันอย่าง (Pender, 1996) ซึ่งการตัดสินใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามแนวคิดของดราคัปและคณะ (Dracup et al., 1995: 379-392) ได้กล่าวไว้ว่าอายุเป็นปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลปัจจัยหนึ่งประกอบอยู่ในอัตมโนทัศน์ของบุคคลในการที่บุคคลจะตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาของ เกอร์วิทซ์และคณะ (Gurwitz et al., 1997: 593) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป จะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปีขึ้นไป

ไป เช่นเดียวกับการศึกษาของทურიและคณะ (Turi et al., 1986: 203-209), คาร์ลสันและคณะ (Karlson et al., 1990: 1213-1215), โกลด์เบิร์กและคณะ (Goldberg et al., 1992: 421-425) และแมคคินเลย์และคณะ (McKinley et al., 2000: 237) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุมาก จะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญ แตกต่างจากการศึกษาของโสจเกรินและคณะ (Sjogren et al., 1979: 287-292) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุน้อยจะมารับการรักษาช้า

เพศ

เพศ เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น มีการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Dracup et al., 1995: 379-392) เพศเป็นปัจจัยทางชีวภาพของบุคคลซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมเป้าหมายของบุคคลและส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ (Pender, 1996) จากการศึกษาของทურიและคณะ (Turi et al., 1986: 203-209), สมิทท์และคณะ (Schmidt et al., 1990:1411-11415) และเกอริวิทซ์และคณะ (Gurwitz et al.,1997: 593) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นเพศหญิงจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย เนื่องจากความแตกต่างของเพศหญิงและเพศชาย ในเรื่องอาการที่ผู้ป่วยเป็นอาการแสดง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของโสจเกรินและคณะ (Sjogren et al., 1979: 287-292) ศึกษาพบว่าเพศหญิงมารับการรักษาเร็วกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของแฮกเกตต์และคณะ (Hackett et al., 1969: 651-658) และคลาร์กและคณะ (Clark et al., 1989: 637) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการมารับการรักษา

ระดับการศึกษา

การศึกษาทำให้เกิดสติปัญญา สามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เรียนรู้เรื่องโรค เข้าใจแผนการรักษา และสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง (Orem, 1991) ในบุคคลที่มีการศึกษาดำรงจะพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การปฏิบัติตน และมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง มีฐานะดี มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่ดีมีประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรม (Pender, 1996) จากการศึกษาของแมคคินเลย์และคณะ (McKinley et al., 2000: 237) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยออสเตรเลียที่เป็นโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการศึกษาน้อยจะมารับการรักษาช้า เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญต่อการมาพบแพทย์ แต่จากการศึกษาของเวลกออสส์และคณะ (Weilgosz et al., 1988: 853-857) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะใช้ระยะเวลาในการมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน

รายได้

รายได้เป็นตัวแสดงถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลเลือกแหล่งบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตน (Pender, 1996) บุคคลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดีย่อมแสวงหาสิ่งที่ต้องการได้มากกว่าและดีกว่าคนที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ รวมทั้งสถานะทางเศรษฐกิจจะเป็นปัจจัยส่งเสริมการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมทำให้มีความคิดที่ถูกต้องได้ (สุโธ เจริญสุข, 2520: 45) จากการศึกษาของสโจเกรินและคณะ (Sjogren et al., 1979: 287-292) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษาช้าส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ใส่ใจในการที่จะไปพบแพทย์ และแพทย์มักจะทำการส่งต่อพวกเขาไปยังที่ต่าง ๆ พวกเขาไม่ต้องการ จากการศึกษาของ เกอร์วิทซ์และคณะ (Gurwitz et al., 1997: 593) พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยนั้นจะขาดโอกาสในการประกันสุขภาพของตนเอง ขาดโอกาสในการแสวงหาแหล่งในการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดราคัพ (Dracup et al., 1997: 253) และแมคคินเลย์และคณะ (McKinley et al., 2000: 237) และจากการศึกษาของสมิตต์และคณะ (Schmidt et al., 1990: 1411-1415) พบว่า รายได้เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ระยะเวลาก่อนถึงโรงพยาบาลที่มากกว่า 6 ชั่วโมง

ประวัติการมีโรคประจำตัว (Past illness history)

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประวัติการเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วยนั้นมีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประวัติโรคเบาหวานร่วมด้วยจะมารับการรักษาช้า (Dracup, 1997: 253 ;Turi et al., 1986: 203 ; McKinley et al., 2000: 237) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มี neuropathy และในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานาน เมื่อเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบได้บ่อย เสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายได้สูง เนื่องจากหลอดเลือดโคโรนารีของผู้ป่วยมี Atherosclerosis เลือดไหลผ่านได้น้อยอยู่แล้ว เมื่อเกิดภาวะช็อคเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอ ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (Silent Infarct) และเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทรับความรู้สึกทำให้การตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกลดลง (จริยา ตันติธรรม, 2542: 123-130) และนอกจากนี้จากผลการวิจัยพบว่า การที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลันที่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า (Turi et al., 1986: 203-209 ; Gurwitz et al., 1997: 593) เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 mmHg จะสามารถทำให้เกิดคราบไขมันในหลอดเลือดมากขึ้น และทำให้เกิดการทำลายของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อปลายประสาทรับความรู้สึกทำให้การตอบสนองต่อการเจ็บหน้าอกลดลง (จรรยา ตันติธรรม, 2542: 123-130) เช่นเดียวกับในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประวัติภาวะไขมันในเลือดสูงจะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้าได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการเกิดคราบไขมันในหลอดเลือดมากขึ้น และทำให้เกิดการทำลายของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อปลายประสาทรับความรู้สึก ทำให้การตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกลดลง

ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

บุคคลแต่ละคนจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีผลกระทบต่อกรกระทำในภายหลัง (Pender, 1996) จากการศึกษาของไซมอนและคณะ (Simon et al., 1972: 476-482), สมิทต์และคณะ (Schmidt et al., 1990: 1411-1415) และคาร์ลสันและคณะ (Karlson et al., 1990: 1213-1215) พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติการมารับการรักษา เนื่องจากการเรียนรู้อาการที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นตัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจำแนกอาการและความหมายของอาการได้ แต่จากการศึกษาของ เคนยอนและคณะ (Kenyon et al., 1991: 1969-1976) พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีและไม่เคยมีประวัติการเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน

ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน จะมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจแตกต่างกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ST elevate เป็นลักษณะที่หลอดเลือดโคโรนารีมีการอุดตันยังไม่สมบูรณ์ ยังไม่มีการตายทุกชั้นของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นระยะที่ไม่มี Q-Wave ให้เห็นใน EKG ส่วน Q-MI เป็นระยะที่มีการตายเกิดขึ้นทุกชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจ จะมีลิ้มเลือดขนาดใหญ่อุดรูโคโรนารี จะพบ ST elevate ร่วมกับ Q-Wave ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและเกิดหัวใจหยุดเต้นได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มี ST elevate ร่วมกับ Q-Wave ส่วนใหญ่จะมารับการรักษาเร็ว (Karlson, 1990: 1213-1215) เนื่องจากเป็นการเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจในขั้นตอนที่เกิดการบาดเจ็บของหัวใจ ก่อนเกิดการตายของหัวใจทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของจังหวะในการเต้นของหัวใจ และมีอาการแสดงของโรคหัวใจในระยะเริ่มต้น และมี

โอกาสที่จะเกิดหัวใจหยุดเต้นได้ และมีบางการศึกษาพบว่าลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษา (Hofgren et al., 1995: 3)

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ

ในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้น มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย เนื่องจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นเกิดจากกระบวนการของการรับรู้อาการและการประเมินอาการที่เกิดขึ้นขณะนั้น จากการศึกษาของ เบอร์เนทท์และคณะ (Burnett et al., 1995: 1019) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอาการรับรู้ลักษณะของอาการว่าสาเหตุเกิดมาจากหัวใจ จะมีความสัมพันธ์ต่อการลดระยะเวลาในการมารับการรักษาช้า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการมาจากหัวใจจะมีการตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่มองว่าอาการมาจากระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการมาจากระบบทางเดินอาหารจะเลือกกระทำกิจกรรมอื่นมากกว่าที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที และจากการศึกษาของดราคัพ (Dracup, 1997: 253) และแมคคินเลย์ (McKinley, 2000: 237) ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดจากหัวใจ และเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามปกติ จะมารับการรักษาช้าเช่นเดียวกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล (2540) ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ต้องรีบมารับการรักษา เป็นอาการปกติ จะมารับการรักษาช้าอย่างมีนัยสำคัญ

และนอกจากการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นแล้ว การประเมินอาการก็มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาของเบอร์เนทท์และคณะ (Burnett et al., 1995: 1019) พบว่า ผู้ป่วยที่ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงจะมารับการรักษาเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยที่มองว่าอาการมีความรุนแรงสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากผู้ป่วยไม่รีบมารับรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของดราคัพ (Dracup, 1997: 253) และแมคคินเลย์ (McKinley, 2000: 237) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่าไม่มีความรุนแรงหรือไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตจะมารับการรักษาช้า เนื่องจากผู้ป่วยจะกระทำกิจกรรมอื่นหรือรอให้มีอาการรุนแรงขึ้นก่อนที่มารับการรักษา ดังนั้นการที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในด้านของการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากหัวใจ และมีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่ออาการโดยมารับการรักษาทันที (Burnett et al., 1995; Dracup, 1997: 253 McKinley, 2000: 237)

2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ

ในกลุ่มของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการเตือนและอาการเฉียบพลันนั้น สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการมีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาของการมารับการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการนั้นทำให้สามารถมองได้ถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ ซึ่งมีผลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Dracup, 1995: 379-392) จากการศึกษาของ โสจ์เกรินและคณะ (Sjogren et al., 1979: 287-292) ได้ทำการศึกษาปัจจัยแวดล้อมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เริ่มเกิดอาการพบว่า การที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการเตือนที่บ้านจะทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา เนื่องจากกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ขณะอยู่ที่บ้านส่วนใหญ่เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่กระทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การที่ผู้ป่วยเกิดอาการที่บ้านมีอิทธิพลต่อการเลือกที่จะทำกิจกรรม ซึ่งเมื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการ ผู้ป่วยจะรอดอยให้มีอาการหนักขึ้นก่อนจึงมารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะกลัวว่าหากมารับการรักษาจะเป็นการรบกวนสมาชิกในครอบครัว (Dracup, 1997: 253 ; McKinley, 2000: 237) และจากการศึกษาของ เบอร์เนทท์และคณะ (Burnett et al., 1995: 1019) ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดอาการเตือนที่ทำงานจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของอาการนอกบ้านแต่ไม่ใช่ในที่ทำงาน เนื่องจากขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการในที่ทำงานหรือในขณะที่ผู้ป่วยทำงานอยู่นั้น ผู้ป่วยจะกังวลต่อภาระงานที่กระทำ ทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะกระทำกิจกรรม และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เกิดอาการเตือนและอาการเฉียบพลันในที่ทำงานนั้น ผู้ป่วยเลือกที่จะทำกิจกรรมอื่นเพื่อบรรเทาอาการก่อนที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที และในผู้ป่วยที่เกิดอาการนอกบ้านแต่ไม่ใช่ในที่ทำงานนั้นจะมารับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วกว่า เช่น ผู้ป่วยเกิดอาการขณะที่ผู้ป่วยออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะประเมินว่าออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ไม่สำคัญ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะหยุดทำกิจกรรมการออกกำลังกายและมารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเร็ว

ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อ

เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำมาทำการศึกษาในครั้งนี้ โดยแสดงเป็นกรอบแนวคิดไว้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู ในโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามธิบดี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thomsdike (Cited in Prescott, 1987 : 130)

$$n = 10k + 50$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรที่ทำการศึกษา

(การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษา 10 ตัวแปร)

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 150 ราย

2. กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เป็นผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่
3. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาไม่เกิน 1 สัปดาห์
4. ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 – 75 ปี

5. ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต คือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกภายใน 12-24 ชั่วโมง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจภาษาไทย
7. สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้
8. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู. โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามธิบดี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ระยะเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม 2545 เพื่อให้ครบตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ

การสร้างเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม หนังสือ เอกสารบทความ งานวิจัยและงานวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป็น

แบบบันทึกประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย

1. อายุ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความ โดยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทำการแจกแจงข้อมูลออกเป็น ช่วงอายุตั้งแต่ 20-40 ปี (Early adulthood) ช่วงอายุตั้งแต่ 41-60 ปี (Middle adulthood) และ ช่วงอายุตั้งแต่ 61-75 ปี (Late adulthood) โดยแบ่งตาม Life-Span Development (Santrock J. W., 1977)

2. เพศ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แบ่งออกเป็น เพศหญิง และเพศชาย
3. ระดับการศึกษา มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แบ่งออกเป็น ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี และสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการอภิปรายผลการศึกษา
4. รายได้ของครอบครัว มีลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความ และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทำการแจกแจงข้อมูล โดยแบ่งข้อมูลรายได้เป็น 3 ชั้น คือรายได้น้อย (ไม่มีรายได้ – 7000 บาทต่อเดือน) รายได้ปานกลาง (7001 – 16000 บาทต่อเดือน) และรายได้มาก (มากกว่า 16000 บาทต่อเดือน) โดยใช้สูตรคำนวณอันตรายภาคชั้น (กานดา พูนลาภทวี , 2539) ดังนี้
$$I = R/C$$

$$I = \text{อันตรายภาคชั้น}$$

$$R = \text{พิสัย} = \text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}$$

$$C = \text{จำนวนชั้น}$$
5. ประวัติการมีโรคประจำตัว มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แบ่งออกเป็น ไม่มีประวัติโรคประจำตัว และมีประวัติโรคประจำตัว และสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยที่มีประวัติโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด และอื่น ๆ เช่นโรคไต เป็นต้น เพื่อใช้ในการอภิปรายผลการศึกษา
6. ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ แบ่งออกเป็น ไม่เคยเข้ารับการรักษา และเคยเข้ารับการรักษา และสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา เพื่อใช้ในการอภิปรายผลการศึกษา
7. ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ แบ่งออกเป็น STEMI (ST elevation MI) และ NSTEMI (Non ST elevation MI)
8. สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 1 ข้อ แบ่งออกเป็น ที่บ้าน ที่ทำงาน และนอกบ้านแต่ไม่ใช่ที่ทำงาน โดยให้ผู้ป่วยระบุระยะทางโดยประมาณจากสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการจนถึงโรงพยาบาลและสัมภาษณ์เกี่ยวกับบุคคลที่อยู่ด้วยและให้คำปรึกษาขณะเกิดอาการ
9. ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำ จำนวน 1 ข้อ โดยสร้างตามแนวคิดของเดมพ์เซย์และคณะ (Dempsey , 1995:144-156) และผู้วิจัยจะนำคำตอบมาจัดกลุ่มโดยแบ่งออกเป็น

การมารับการรักษาทันที หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการเตือนจน

มาถึงโรงพยาบาลที่แผนกฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วย

นอกภายใน 6 ชั่วโมง

การมารับการรักษาช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการเตือนจน

มาถึงโรงพยาบาลที่แผนกฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอก

ที่นานกว่า 6 ชั่วโมง

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

ผู้วิจัยทำการสร้างแบบสัมภาษณ์ขึ้นเองโดยศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสาร งานวิจัย และงานวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล(2540) และผลการศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543) และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและนอกประเทศที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โดยแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นลักษณะคำถามทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 3, 4, 5, 11,14,20 และลักษณะคำถามทางลบ 13 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 6, 7, 8,9,10,12,13,15,16,17,18,19

ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert Scale โดยเกณฑ์การประมาณค่า 5 ระดับมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหรือท่านไม่เคยปฏิบัติเลย
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหรือท่านเคยปฏิบัติน้อยมาก
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหรือท่านเคยปฏิบัติบ้างบางครั้ง
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหรือท่านเคยปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่
- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหรือท่านเคยปฏิบัติสม่ำเสมอ

การแปลความหมายของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้
(ประคอง กรรณสูต, 2538 : 77)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ	การรับรู้อาการของผู้ป่วย
4.50 – 5.00	มากที่สุด	ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ที่อาการเตือนและอาการเฉียบพลันของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุมาจากหัวใจมีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต มีวิธีการจัดการกับอาการได้เหมาะสมและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุด
3.50 – 4.49	มาก	ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ที่อาการเตือนและอาการเฉียบพลันของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต มีวิธีการจัดการกับอาการได้เหมาะสมและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก
2.50 – 3.49	ปานกลาง	ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ที่อาการเตือนและอาการเฉียบพลันของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต มีวิธีการจัดการกับอาการได้เหมาะสมและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยปานกลาง
1.50 – 2.49	น้อย	ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ที่อาการเตือนและอาการเฉียบพลันของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต มีวิธีการจัดการกับอาการได้เหมาะสมและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อย
1.00 – 1.49	น้อยที่สุด	ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ที่อาการเตือนและอาการเฉียบพลันของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต มีวิธีการจัดการกับอาการได้เหมาะสมและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด และความเที่ยงของเครื่องมือเฉพาะแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมา นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสม หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม แล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1. อายุรแพทย์โรคหัวใจ จำนวน 2 คน
2. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
3. ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลที่มีผลงานวิจัยด้านประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 2 คน

การตัดสินความตรงตามเนื้อหาถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน จากนั้นนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดย ทำการปรับสำนวนภาษา ตัดข้อคำถาม เนื่องจากเป็นข้อคำถามในประเด็นเดียวกัน และเพิ่มข้อคำถาม เพื่อความครอบคลุมของเนื้อหา ดังนั้นจึงได้แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการรวมทั้งสิ้น 20 ข้อคำถาม

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา คือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 30 ราย โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเมื่อทดลองใช้ = 0.75 และทำการปรับปรุงก่อนนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างและนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อีกครั้งได้ความเที่ยงของเครื่องมือ = 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2546 โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 8 โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือวิจัย ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 8 โรงพยาบาล เพื่อขออนุมัติการทำวิจัย

3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ทำการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทำการติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกอายุรกรรม และแผนก ซี.ซี.ยู ทั้ง 8 โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนดังนี้

- 2.1 ขั้นตอนการดำเนินการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย อายุรกรรมและแผนก ซี.ซี.ยู ของโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
- 2.2 แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์
- 2.3 เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จะดำเนินการโดยอธิบายถึงการตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยใน 2 ส่วนของแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองทั้งหมด
- 2.4 เสร็จเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้ายังขาดข้อใดจะหาเพิ่มเติมให้ได้แบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์โดยในบางคำตอบจะได้มาจากการดูจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์และพยาบาลบันทึกไว้ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ข้อมูลครบทุกข้อคำถาม รวมทั้งสิ้น 150 ชุด
- 2.5 นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่ออย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล ผู้วิจัยจะหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลทันทีเมื่อเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำมาสู่อันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง เช่น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก หรือมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย อายุ รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล ต่อระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ต่อระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลและเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แสดงผลไว้ในตารางที่ 1-4

ตอนที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แสดงผลไว้ในตารางที่ 5-7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (n = 150)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
อายุ				
20 – 40 ปี	4	2.7	60	10.48
41 – 60 ปี	71	47.3		
61 – 75 ปี	75	50.0		
เพศ				
ชาย	99	66.0		
หญิง	51	34.0		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	9.3		
ประถมศึกษา	78	52.0		
มัธยมศึกษา	33	22.0		
ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา	10	6.7		
ปริญญาตรี	15	10.0		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	11.3		
ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	44	29.3		
รับจ้าง	41	27.3		
เกษตรกรรม	12	8.0		
รับราชการ	36	24.0		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
รายได้				
0 – 7000 บาท	60	40.0	1355	13265.20
7001- 1600 บาท	50	33.3		
มากกว่า 16000 บาท	40	26.7		
ประวัติโรคประจำตัว (ตอบได้หลายคำตอบ)				
ไม่มี	46	30.7		
มี	104	69.3		
โรคความดันโลหิตสูง	74	49.3		
โรคเบาหวาน	50	33.3		
ภาวะไขมันในเลือดสูง	40	42.0		
โรคหลอดเลือดหัวใจ	63	42.0		
อื่นๆ	17	11.3		
ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล				
ไม่เคย	88	58.7		
เคย	62	41.3		
ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ				
ST elevation MI	50	33.3		
Non ST elevation MI	100	66.7		

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งหนึ่งมีอายุระหว่าง 61 – 75 ปี (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.0) ครึ่งหนึ่งจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.0) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 7000 บาท (ร้อยละ 40.0) ผู้ป่วย 2 ใน 3 มีประวัติโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.3) เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 49.3) รองลงมาคือโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 42.0) ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 58.8) และ 2 ใน 3 ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ Non ST elevation MI (ร้อยละ 66.7)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ (n = 150)

สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ	จำนวน	ร้อยละ
บ้าน	116	77.3
ที่ทำงาน	8	5.3
นอกบ้านแต่ไม่ใช่ที่ทำงาน	26	17.3

จากตารางที่ 2 พบว่าสถานที่ที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ขณะเกิดอาการมากที่สุด คือ ที่บ้าน (ร้อยละ 77.3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 150)

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	14	9.3
ปานกลาง	76	50.7
มาก	57	38
มากที่สุด	3	2

จากตารางที่ 3 พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 50.7)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามระยะเวลา ก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล (n = 50)

ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
มารับการรักษาทันที(น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง)	88	58.7		
มารับการรักษาช้า (มากกว่า 6 ชั่วโมง)	62	41.3		
รวม			12.38	20.10

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มารับการรักษาในโรงพยาบาลทันทีคิดเป็นร้อยละ 58.7 และมารับการรักษาช้าคิดเป็น ร้อยละ 41.3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 150)

ตัวแปร	ระยะเวลามารับการรักษาในโรงพยาบาล				C	X ²	P-Value
	มารับรักษาทันที		มารับรักษาช้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ							
20-40 ปี	3	2	1	0.6			
41-60 ปี	41	27.3	30	20			
61-75 ปี	44	29.4	31	20.7			
รวม	88	58.7	62	41.3	.27	.113	.945
เพศ							
ชาย	61	40.7	38	25.3			
หญิง	27	18.0	24	16.0			
รวม	88	58.7	62	41.3	.111	1.883	.170
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	5.3	6	4.0			
ประถมศึกษา	40	26.7	38	25.3			
มัธยมศึกษา	23	15.4	10	6.6			
ประกาศนียบัตรและ							
อนุปริญญา	6	4.0	4	2.7			
ปริญญาตรี	11	7.3	4	2.7			
รวม	88	58.7	62	41.3	.186	5.385	.250

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ตัวแปร	ระยะเวลามารับการรักษาในโรงพยาบาล				C	X ²	P-Value
	มารักษาทันที		มารักษาช้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รายได้							
0 – 7000 บาท	37	24.7	23	15.3			
7001 – 16000 บาท	24	16	26	17.3			
มากกว่า 16000 บาท	27	18	13	8.7			
รวม	88	58.7	62	41.3	.158	3.856	.145
ประวัติการมีโรคประจำตัว							
ไม่มี	31	20.7	15	10.0			
มี	57	38.0	47	31.3			
รวม	88	58.7	62	41.3	.117	2.083	.149
ประวัติเคยเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล							
ไม่มี	53	35.3	35	23.3			
มี	35	23.3	27	18.0			
รวม	88	58.7	62	41.3	.038	.214	.644
ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ							
ST elevation MI	33	22.0	17	11.3			
Non ST elevation MI	55	36.7	45	30.0			
รวม	88	58.7	62	41.3	.105	1.663	.197

จากตารางที่ 5 พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยที่ว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะคลื่นไฟ

ฟ้าหัวใจ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่าง สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n=150)

สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ	ระยะเวลามารับการรักษาในโรงพยาบาล				C	X ²	P-Value
	มารับรักษาทันที		มารับรักษาช้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
บ้าน	66	44.7	50	33.3			
ที่ทำงาน	6	3.3	2	1.3			
นอกบ้าน	16	10.7	10	6.7			
รวม	88	58.7	62	41.3	.066	.653	.721

จากตารางที่ 6 พบว่า สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยที่ว่าสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n=150)

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ	ระยะเวลามารับการรักษาในโรงพยาบาล				C	X ²	P-Value
	มารับรักษาทันที		มารับรักษาช้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
น้อยที่สุด							
น้อย	2	1.3	12	7.8			
ปานกลาง	41	27.7	35	23.5			
มาก	42	28	15	10			
มากที่สุด	3	2					
รวม	88	58.7	62	41.3	.339	19.485	.000

จากตารางที่ 7 พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัยคือเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านด้านบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ , สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ, ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู ในโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร 8 แห่ง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม 2545 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบบังเอิญ และคำนวณจากสูตร Thomsdike รวมทั้งสิ้น 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยด้านข้อมูล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล และแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจหาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science) โดยสถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 150 ราย มีอายุระหว่าง 61 – 75 ปี ร้อยละ 50.0 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 52.0 มีรายได้น้อยกว่า 7000 บาท ร้อยละ 40.0 มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 69.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.3 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 42.0 และไม่มีประวัติโรคประจำตัวร้อยละ 30.7 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 58.8 และลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ Non ST elevation MI ร้อยละ 66.7
2. สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการมากที่สุดคือบ้าน คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมาคือนอกบ้านแต่ไม่ใช่ที่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 5.3
3. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.32
4. ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า มารับการรักษาในโรงพยาบาลทันทีคิดเป็นร้อยละ 58.7 และมารับการรักษาช้าคิดเป็นร้อยละ 41.3 ได้ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 12.38 ชั่วโมง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 20.10
5. ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
7. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคประจำตัวประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

อายุ

ผลการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 61 – 75 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมาคืออายุระหว่าง 41 – 60 ปี ร้อยละ 47.3 ($\bar{X} = 60$) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงของวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Middle Adulthood) และตอนปลาย (Late Adulthood) ในช่วงนี้พบว่าเป็นช่วงวัยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ระบบหัวใจและหลอดเลือดเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในช่วงวัยนี้ จึงทำให้พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเป็นต้นไป (Santrock , 1997: 482–542) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 69.3 และพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 49.3 จากพยาธิสภาพของโรคนี้ พบว่าหลอดเลือดโคโรนารีของผู้ป่วยมี Atherosclerosis เลือดไหลผ่านน้อย เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอ ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับประสาทรับความรู้สึก จึงทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลช้า(จริยา ตันติธรรม, 2542 : 123 – 130) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรอคูอาการโดยการกินยาที่มีอยู่ ถ้าไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล หรือบางรายมักจะรอที่จะปรึกษาสมาชิกในครอบครัวก่อนที่จะตัดสินใจมาโรงพยาบาล เนื่องจากวัยนี้เริ่มเป็นวัยที่ต้องพึ่งพา ส่วนใหญ่การเดินทางมาด้วยตนเองทันทีมักเป็นเรื่องยากส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรอให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้พามาเข้ารับการรักษา นอกจากนี้การกระจายของข้อมูลด้านอายุซึ่งมีช่วงวัยที่มีการกระจายน้อยนั้นทำให้มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของแมคคินเลย์และคณะ (McKinley et al., 2000: 237) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชาวอเมริกาเหนือและออสเตรเลียพบว่าชาวอเมริกาเหนือที่มีอายุมากจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เกอร์วิทซ์และคณะ (Gurwitz et al., 1997 :593) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไปจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปีขึ้นไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทูรีและคณะ (Turi et al., 1986: 203 -209) , คาร์ลสันและคณะ (Karlson et al., 1990: 1213-1215) และโกลด์เบิร์กและคณะ (Goldberg et al., 1992: 421-425) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุมากจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และผลการศึกษาของโซจ์เกิร์นและคณะ (Sjogren et al., 1979: 287-292) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุน้อยจะมารับการรักษาช้าเนื่องจากการศึกษาของโซจ์เกิร์นและคณะดูระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการโดยจะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนก ซี.ซี.ยู หลัง 48 ชั่วโมงเท่านั้น และระยะเวลาที่วัดความล่าช้าในการรักษานั้นถือเกณฑ์วัดมากกว่า 2 ชั่วโมงก็ถือว่าผู้ป่วยมารับการรักษาช้า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของผู้วิจัยที่กำหนดเกณฑ์ระยะเวลาในการมารับรักษาที่มากกว่า 6 ชั่วโมงจึงถือว่าผู้ป่วยมารับการรักษาช้า และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายใน 7 วัน ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้อาจเกิดจากในเรื่องของระยะเวลาในการวัด การเลือกกลุ่มตัวอย่าง และสถิติที่ใช้ในการศึกษาจึงทำให้เกิดความไม่สอดคล้องกันของผลการศึกษา

เพศ

ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.0 และ 34.0 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์ของโรคหัวใจขาดเลือดที่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สุนีย์ เอี่ยมศิริบุญกุล, 2540: 87)

เพศเป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น มีการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Dracup et al., 1995: 379-392) แต่เนื่องจากผู้ป่วยในช่วงของวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Middle Adulthood) และ ตอนปลาย (Late Adulthood) ทั้งเพศชายและหญิงต่างก็จะมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเหมือนกันที่จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เช่น โรคอ้วน เบาหวาน เป็นต้น (Santrock, 1997: 482-542) จึงทำให้การรับรู้ และการให้ความหมายของอาการที่

เกิดขึ้นนั้นไม่แตกต่างกัน และจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้ความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการกระจายของข้อมูลมีน้อย

ผลการศึกษาของผู้วิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ แฮกเกตต์และคณะ (Hackett et al., 1969: 651-658) และคาร์กและคณะ (Clark et al., 1989: 637) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทურიและคณะ (Turi et al., 1986: 203-209), สมิทต์และคณะ (Schmidt et al., 1990: 1411-1415) และเกร์อวิทซ์และคณะ (Gurwiz et al., 1997: 593) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นเพศหญิงจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย โดยให้เหตุผลว่าการที่เพศหญิงมารับการรักษาช้ากว่าเพศชายอาจเนื่องจากความแตกต่างในเรื่องอาการที่ผู้ป่วยเป็น อาการแสดง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน นอกจากนี้จากการศึกษาของ โสจ์เกรินและคณะ (Sjogren et al., 1979) พบว่าเพศหญิงมารับการรักษาเร็วกว่าเพศชาย เหตุผลเพราะผู้หญิงประเมินระดับความเจ็บปวดของอาการในระดับสูงกว่าและมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าในเพศชาย

ระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เหตุผลเพราะการศึกษาทำให้เกิดสติปัญญา สามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เรียนรู้เรื่องโรค เข้าใจแผนการรักษา และสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง (Orem, 1991) ในบุคคลที่มีการศึกษาต่ำมักจะพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การปฏิบัติตน และมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพบุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง มีฐานะดี มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่ดีมีประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรม (pender, 1996) แต่จากผลการศึกษาของผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นระดับการศึกษาภาคบังคับของประเทศ และสามารถอ่านออกเขียนได้ และจากแนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รณรงค์ในเรื่องของการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้มีความรู้ในเรื่องนี้มากขึ้นจึงเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้เรื่องโรค เข้าใจแผนการรักษา และสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง แต่เนื่องจากการกระจายของข้อมูลมีน้อย จึงทำให้ความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิลล์กอสซ์และคณะ (Wielgosz et al., 1988: 853-857) ที่พบว่าผู้ป่วย

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะใช้ระยะเวลาในการรับการรักษาไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ แมคคินเลย์และคณะ (McKinley et al., 2000: 237) ที่พบว่าผู้ป่วยออสเตรเลียที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการศึกษาน้อยจะมารับการรักษาช้า เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญต่อการมาพบแพทย์ โดยในการศึกษาของแมคคินเลย์และคณะนั้นแบ่งระดับการศึกษาออกเป็น 2 ระดับ และใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของผู้วิจัย ที่แบ่งระดับการศึกษาออกเป็น 5 ระดับ ใช้สถิติในการหาความสัมพันธ์ จึงให้ข้อเสนอแนะว่าความแตกต่างของผลการวิจัยอาจเกิดเนื่องจากระดับการวัดที่แตกต่างกันของตัวแปร การกระจายของข้อมูลมีน้อย และสถิติที่ใช้ในการศึกษา

รายได้

ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เหตุผลเพราะกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ในระดับที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีรายได้ในระดับปานกลางและมีอาชีพค้าขายและรับจ้าง ประกอบกับการสาธารณสุขไทยในปัจจุบันที่มีโครงการประกันสุขภาพ และประกันสังคมทำให้ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สามารถตัดสินใจมาโรงพยาบาลง่ายขึ้น จึงทำให้ผลการศึกษาไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ โสจ์เกิร์นและคณะ (Sjogren et al., 1979: 287-292) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษาช้าส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ใส่ใจในการที่จะไปพบแพทย์ และแพทย์มักจะทำการส่งต่อพวกเขาไปยังที่ ๆ พวกเขาไม่ต้องการ และจากการศึกษาของเกอร์วิทซ์ และคณะ (Gurwitz et al., 1997: 593) พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยนั้นจะขาดโอกาสในการประกันสุขภาพของตนเอง ขาดโอกาสในการแสวงหาแหล่งในการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคราคับและคณะ (Dracup et al., 1997: 253) และแมคคินเลย์ และคณะ (McKinley et al., 2000: 237) และจากการศึกษาของ สมิทด์และคณะ (Schmidt et al., 1990: 1411-1415) พบว่ารายได้เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ Prehospital time ที่มากกว่า 6 ชั่วโมง

ประวัติการมีโรคประจำตัว

ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่าประวัติการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้าเนื่องจาก ปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทรับรู้ทำให้การตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกลดลง (จริยา ตันติธรรม, 2542: 123-130) แต่จากผลการศึกษาของผู้วิจัยพบว่าประวัติการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการมารับการรักษา ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าอาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และพบว่าผู้ป่วย 2 ใน 3 มีประวัติโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.3) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 74 คน รองลงมาคือโรคหลอดเลือดหัวใจ 63 คน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการหาความสัมพันธ์เนื่องจากไม่มีการกระจายของข้อมูล

ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคราคับ (Dracup , 1997: 253) ทูรีและคณะ (Turi et al., 1986: 203-209) และ แมคคินเลย์และคณะ (McKinley et al., 2000: 237) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประวัติโรคเบาหวานร่วมด้วยจะมารับการรักษาช้า และนอกจากนี้จากผลการวิจัยพบว่าการที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประวัติความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า (Turi et al., 1986: 203-209 ; Gurwitz et al., 1997: 593) เช่นเดียวกับในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประวัติภาวะไขมันในเลือดสูงจะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้าได้เนื่องจากผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการเกิดคราบไขมันในหลอดเลือดมากขึ้นและทำให้เกิดการทำลายของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นด้วย

ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การที่บุคคลแต่ละคนมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคลนั้นจะมีผลกระทบต่ออาการกระทำในภายหลัง (Pender, 1996) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนจะมารับ

การรักษาเร็วกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการเข้ารับการรักษามาก่อน เพราะการเรียนรู้อาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นตัวสนับสนุนให้ ผู้ป่วยสามารถจำแนกอาการและความหมายของอาการได้ (Simon et al., 1972: 476-482, Schmidt et al., 1990: 1411- 1415, Kalson et al., 1990: 1213-1215) ซึ่งแตกต่างจาก ผลการศึกษาของผู้วิจัยที่พบว่า การที่ผู้ป่วยมีหรือไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะใช้ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเกิดจากการไม่มีการกระจายของข้อมูล โดยจากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เคยมารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีมากกว่าผู้ป่วยที่เคยมารับการรักษา (ร้อยละ 88,62 ตามลำดับ) แต่จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันบางรายเป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อนซึ่งอาการแสดงอาจคล้ายคลึงกัน ทำให้การรับรู้และการประเมินอาการที่เกิดขึ้นผิดพลาดไป ซึ่งผลการศึกษาของผู้วิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ เคนยอนและคณะ (Kenyon et al., 1991: 1969-1976) พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีและไม่เคยมีประวัติการเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน

ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงถึงความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน ซึ่งลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ Non ST elevation MI เป็นลักษณะที่หลอดเลือดโคโรนารีมีการอุดตันยังไม่สมบูรณ์ ยังไม่มีการตายทุกชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วน ST elevation MI เป็นระยะที่มีการตายทุกชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2544) ในการศึกษาของผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ Non ST elevation MI ถึง 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ทำให้ความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากการกระจายของข้อมูลมีน้อย

ซึ่งผลการศึกษาของผู้วิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอฟเกรนและคณะ (Hofgren et al., 1995: 3) ที่พบว่าลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาและไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของคาร์ลสันและคณะ (Karlson et al., 1990: 1213-1215) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มี ST elevate ร่วมกับ Q-Wave ส่วนใหญ่จะมารับการรักษาเร็ว

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการและระยะเวลาก่อนมารับการรักษาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการนั้นไม่ส่งผลต่อระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการนั้นสามารถมองได้ถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำซึ่งมีผลต่อการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Dracup, 1995: 379-392) จากผลการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่จะเกิดอาการที่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 77.3) และนอกบ้านแต่ไม่ใช่ที่ทำงานรองลงมา (ร้อยละ 17.3) และจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดอาการที่บ้านในช่วงเวลาที่แตกต่างกันมีผลต่อการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่นเวลาในการเกิดอาการ และบุคคลที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยขณะเกิดอาการจึงมีผลในการตัดสินใจในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้ระยะเวลาในการรับการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันในแต่ละสถานที่ และอาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เกิดอาการที่บ้านจึงทำให้ความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญเนื่องจากการกระจายของข้อมูลมีน้อย

ซึ่งผลการศึกษาของผู้วิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ โสจ์เกิร์นและคณะ (Sjogren, et al., 1979: 287 – 292) ; ดราคับ (Dracup, 1997: 253) และ แมคคินเลย์ (McKinley, 2000: 237) ที่พบว่าการศึกษาของผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการเตือนที่บ้านจะทำให้ให้เกิดความล่าช้าในการรับการรักษา และจากการศึกษาของ เบอร์เนทและคณะ (Burnett et al., 1995: 1019) ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการเตือนที่ทำงานจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของอาการของนอกบ้านแต่ไม่ใช่ที่ทำงาน

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและระยะเวลา ก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลา

ก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจาก ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการนั้นเกิดขึ้นจากกระบวนการของการรับรู้อาการและการประเมินอาการที่เกิดขึ้นขณะนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบอร์เนตและคณะ (Burnett et al.,1995: 1019-1022) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการรับรู้ลักษณะของอาการว่าสาเหตุเกิดมาจากหัวใจจะมีความสัมพันธ์ต่อการลดระยะเวลาในการมารับการรักษาซ้ำและพบว่าผู้ป่วยที่ ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงจะมารับการรักษาเร็ว ซึ่งตรงกับการศึกษาในอดีตว่าผู้ป่วยที่ รับรู้ว่าอาการมาจากหัวใจจะมีการตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่มองว่าอาการมาจากระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยที่รับรู้ว่าอาการมาจากระบบทางเดินอาหารจะเลือกกิจกรรมอื่นมากกว่าที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที และ จากการศึกษาของดราคัป (Dracup, 1997: 253) และแมคคินเลย์ (McKinley, 2002: 237) ทำการศึกษาของพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดจากหัวใจและเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามปกติ จะมารับการรักษาซ้ำ พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่าไม่มีความรุนแรงหรือไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต จะมารับการรักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยจะกระทำกิจกรรมอื่นหรือรอให้มีอาการรุนแรงขึ้นก่อนที่จะมารับการรักษาเช่นเดียวกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิริบุญกุล (2540) ทำการศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ต้องรีบมารับการรักษา เป็นอาการปกติ จะมารับการรักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีประสิทธิผลเกี่ยวกับอาการในด้านของการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่เกิดจากหัวใจ และมีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่ออาการโดยการมารับการรักษาทันที (Burnett et al. , 1995: 1019; Dracup, 1997: 253; McKinley, 2000: 327)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญนั้นประกอบด้วย ระดับการศึกษา และประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงควรตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ในการวางแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการเพื่อลดอัตราการตายจากโรค โดย

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง และการรักษา เน้นในประชาชนทุกคน ตระหนักถึงการรับการรักษาพยาบาลโดยเร็ว เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เน้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มที่เสี่ยงที่อาจเกิดโรคให้เห็นความสำคัญและทราบถึงอาการของโรคนี้
2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่เป็นซึ่งกันและกัน เช่น การจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคหัวใจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองร่วมกัน
3. สนับสนุนให้มีการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ และทุกจังหวัดของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นศูนย์รับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ควรมีความสะดวกในการติดต่อ และประชาสัมพันธ์ ให้ผู้ป่วยได้รับทราบอย่างทั่วถึง และส่งเสริมให้มีเวชศาสตร์ครอบครัวทุกพื้นที่ เพื่อเป็นศูนย์ในการเข้าถึงประชาชน ในการให้ความรู้ในครอบครัว ให้ตระหนักถึงการมารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลช้า ในปัจจัยด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่นในด้านการสนับสนุนทางสังคม การประเมินระดับความเจ็บปวด หรือความวิตกกังวลตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการครั้งแรก เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ และสาเหตุจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่มารับการรักษา
3. ควรมีการศึกษาทดลองเกี่ยวกับการให้โปรแกรมความรู้เพื่อส่งเสริมประสบการณ์ที่ถูกต้อง และวัดระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ต่อระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมความรู้
4. ควรมีการศึกษาถึงระยะเวลาในการรับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในสังกัดอื่น และภูมิภาคอื่น เพื่อสามารถอ้างอิงผลการวิจัยได้ เนื่องจากระบบการคมนาคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคมในแต่ละจังหวัดของประเทศแตกต่างกัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (2542). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การ
ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540-2544**. [online]. Available
from:<http://www.moph.go.th>. [2003, April 16].
- กานดา พูนลาภทวี. (2539). **สถิติเพื่อการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: พิสิษฐ์เซ็นเตอร์การพิมพ์.
- จริยา ตันติธรรม. (2542). **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต**. กรุงเทพมหานคร: นิติบรรณการ.
- นิธิ มหานนท์, ปิยะมิตร ศรีธรา และสรณ บุญใบชัยพฤกษ์. (2543). **กล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน**. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮ้าส์.
- ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล. (2544). **การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการ และ
วิถีจัดการกับอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**.
วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประครอง กรวรรณสุต. (2528). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณี เสถียรโชค, ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. (2536). **ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด**.
กรุงเทพมหานคร: ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- รุ่งฤดี ห่อนาค. (2541). **รูปแบบการดำเนินชีวิต การเปิดรับเพลงกับความพึงพอใจที่มีต่อ
เพลงไทยสากลของเยาวชนในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนาการ ภาควิชาประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2541). **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
นนทบุรี: โรงพิมพ์ยุทธินทร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2**. พิมพ์ครั้งที่ 13 .
กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรีนติ้ง.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2544). **คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูง
ค.ศ.2000**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์สวย จำกัด.

- สุเน็ย เเฉยมศรึนฎุณ. (2540). **บัจจยที่เก็ยวข้องกับการมารับการรักษำขำของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด.** วิทยานัพนธ์หลักสูตรปริณฎยามหาบัณชิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณชิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรพัณธ์ ลัทธิสุข. (2536). โรคหัวใจขาดเลือด: การรักษำด้วยยา. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 6:** 25-29.
- สุโท เจริญสุข. (2520). **จิตวิทยาวัยรุ่นฉบับมาตรฐาน.** กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- อภิชาติ สุนทรธรรมพ. (2543). **Coronary Artery Disease.** กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

ภาษาอังกฤษ

- Burnett, R. E., Blumenthal, J. A., Mark, D. B., Leimberger, J. D. & Ccliff, R. M. (1995). Distinguishing between early and late responders to symptoms of acute myocardial infarction. **The American Journal of Cardiology** 75(15):1019-1022.
- Clark, L. T., Bellam, V. S. & Feildman, J. G. (1989). Determinants of prehospital delay in Inner city patients with symptoms of acute myocardial infarction. **Circulation** 80(4): 637.
- Cooper, R. S. et al. (1986). Survival rates and prehospital delay during myocardial infarction among black persons. **The American Journal of cardiology** 57: 208-211.
- Daily, E. K. (1991). Clinical management of patient receiving thrombolytic therapy. **Heart & Lung** 20: 552-563.
- Dempsey, S. J., Dracup, K. & Moser, D. K. (1995). Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. **Heart & Lung** 24(6): 444-456.
- Dracup, K. & Moser, D. K. (1997) Beyond sociodemographics: Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. **Heart & Lung** 26(4): 253-262.
- Dracup, K. et al. (1995). Cause of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. **Social Science Medicine** 40: 379-392.
- Gillum, R. F. (1989). Sudden coronary death in the United States 1980-1985. **Circulation** 136: 649-654.

- Gillum, R. F., Feinleib, M., Margolis, J. R., Fabsitz, R. R. & Brasch, R. C. (1976). Delay in the prehospital phase of Acute Myocardial Infarction. **Arch Intern Med** 136: 649-654.
- Goldberg, R. J. et al. (1992). Patient delay and receipt of thrombolytic therapy among patients with acute myocardial infarction from a community-wide perspective. **The American Journal of Cardiology** 70(15): 421-425.
- Goldstein, S., Moss, J. & Greene, W. (1972). Sudden death in acute myocardial infarction. **Arch Intern Med** 129: 720-724.
- Gurwitz, J. H. et al. (1997). Delayed hospital presentation in patients who have had acute myocardial infarction. **Annals of Internal Medicine** 126(8): 593-599.
- Hackett, T. P. & Cassem, N. H. (1969). Factors contributing to delay in responding to the signs and symptoms of acute myocardial infarction. **The American Journal of Cardiology** 24: 651-658.
- Habib, G. B. (1995). Current status of thrombolysis in acute myocardial infarction. **Chest** 107: 225-232.
- Ho, M.T. (1991). Delays in the treatment of acute myocardial infarction : An overview. **Heart & Lung** 20 : 566-569.
- Ho, M.T. et al. (1988). Reasons chest pain patient delay and do not call. 911. **Circulation** 78: II-187.
- Hofgren, C., Karlson, B. W. & Herlitz, J. (1995). Prodromal symptoms in subsets of patients hospitalized for suspected acute myocardial infarction. **Heart & Lung** 24: 3-10.
- Hofgren, K., Bondestam, E., Johansson, F. G., Jem, S., Herlitz, J & Holmberg, S. (1988). Initial pain course and delay to hospital admission in relation to myocardial infarction size. **Heart & Lung** 17(3): 274-280.
- Hoyt, J. W., et al. (1991). **Critical care practice**. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Karlson, B. W., Hartford, M., Herlitz, J. & Risenfors, M. (1990). Component of delay time in suspected acute myocardial infarction with particular emphasis on patient delay. **Journal of Internal Medicine** 228: 519-523.

- Kenyon, L. W., Ketterer, M. W., Gheorghide, M. & Goldstein, S. (1991). Psychological factors related to prehospital delay during acute myocardial infarction. *Circulation* 84 (5):1969-1976.
- Mynard, C., Althouse, R., Olsufka, M., Ritchie, J. L., Davis, K. B. & Kennedy, W. (1993). Early versus late hospital arrival for Acute Myocardial Infarction in the Western Washington thrombolytic therapy trials. *The American Journal of Cardiology* 63:1296-1300.
- McKinley, S., Moser, D. K. & Dracup, K. (2000). Treatment-seeking behavior for acute myocardial infarction symptoms in North America and Australia. *Heart & Lung* 29(4): 237-247.
- Mitchell, P. H., Gallucci, B. & Fought, S. G. (1991) Perspectives on Human response to Health and Illness. *Nursing Outlook* 38(4): 154-157.
- Moss, J. & Goldstein, S. (1970). The pre-hospital phase of acute myocardial infarction. *Circulation* 41: 737-742.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: concept of practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 2nd ed. Stamford Connecticut : A Simon & Schuster.
- Prescott, P. A. (1987). Multiple regression analysis with small samples : caution suggestion. *Nursing Research* 36(2):130-133.
- Santrock, J. W. (1997). *Life – Span Development*. 6th ed. London: Brown & Benchmark publishers.
- Schmidt, S. B. & Borsch, M. A. (1990). The prehospital phase of acute myocardial infarction in the era of thrombolysis. *American Journal of Cardiology* 65 (22):1411-1415.
- Simon, A. B., Feinleib, M. & Thompson, H. K. (1972). Components of delay in the pre-hospital phase of acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology* 30: 476-482.
- Sjogren, A., Erhardt, L. R. & Theorell, T. (1979). Circumstances around the onset of a myocardial infarction. *Acta Med Scand* 205: 285-292.

Turi, Z. G. et al. (1986). Implications for acute intervention related to time of hospital arrival in acute myocardial infarction. **The American Journal of Cardiology** 57: 203-209.

Wielgosz, A. T. J., Nolan, R. P., Earp, J. A., Biro. E. & Wielgosz, M. B. (1988). Reason for patients delay in response to symptom of acute myocardial infarction. **Canadian Medical Association Journal** 139(1): 853-857.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. นาวาเอก นายแพทย์ สุกิตติ ปาณปถนง | อายุรแพทย์โรคหัวใจ
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| 2. นาวาโท นายแพทย์ สุเชษฐ์ ตรรกธาดา | อายุรแพทย์โรคหัวใจ
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| 3. นาวาโทหญิง พัฒน์ชนก จิตสุวรรณ | พยาบาลหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| 4. นางสาว สุณีย์ เอี่ยมศิริกุล | หัวหน้าหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู.
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ |
| 5. นางสาว ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล | พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุ - ชุกเฉิน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และเวชพยาบาล |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2545

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง อรมณี ช่างชายวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" โดยมี อาจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาว สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล พยาบาลวิชาชีพ 6 ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านวิชาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาว สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล

งานจัดการศึกษา

โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา โทร. (02)2189817

ที่อนิสิต

เรือเอกหญิง อรมณี ช่างชายวงศ์ โทร. (02)4289210

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท

กรุงเทพฯ 10330

กรกฎาคม 2545

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง อรรมณี ช้างชายวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" โดยมี อาจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาว ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล พยาบาลวิชาชีพ 6 แผนกอุบัติเหตุ - ชุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์สำเนาเรียน

นางสาว ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล

งานจัดการศึกษา

โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. (02)2189817

ชื่อนิสิต

เรือเอกหญิง อรรมณี ช้างชายวงศ์ โทร. (02)4289210

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2545

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง อรรถณี ช่างชาวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมา รับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" โดยมี อาจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ 1) น.อ. สุกิตติ ปาณบุญณัง อายุรแพทย์โรคหัวใจ 2) น.ท. สุเชษฐ ตรีรกธาดา อายุรแพทย์โรคหัวใจ 3) น.ท.หญิง พัฒน์ชนก จิตสุวรรณ ประจำพร. ช่วยราชการตึก ซี.ซี.ยู. เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

- 1) น.อ. สุกิตติ ปาณบุญณัง รน.
- 2) น.ท. สุเชษฐ ตรีรกธาดา รน.
- 3) น.ท.หญิง พัฒน์ชนก จิตสุวรรณ รน.

งานจัดการศึกษา

โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กรกฎาคม 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง อรรมณี ช่างชายวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" โดยมี อาจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมของการวิจัยตามมติของคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้จึงใคร่ขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ณ ตึกอายุรกรรมชาย ตึกอายุรกรรมหญิง และ ตึกซี.ซี.ยู. ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม ถึง 30 ตุลาคม 2545 เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือให้ เรือเอกหญิง อรรมณี ช่างชายวงศ์ ได้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กรกฎาคม 2545

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง อรรมณี ช่างชายวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" โดยมี อาจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมของการวิจัยตามมติของคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้จึงใคร่ขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสัมภาษณ์ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และ ซี.ซี.ยู. ของโรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ระหว่าง วันที่ 15 กรกฎาคม ถึง 30 ตุลาคม 2545 เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือให้ เรือเอกหญิง อรรมณี ช่างชายวงศ์ ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์เลขที่.....

โรงพยาบาล.....

วันที่...../...../.....

เรียน ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสัมภาษณ์

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ดิฉัน เรือเอกหญิง อรรมณี ช้างชายวงศ์ นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการประเมินและปรับปรุงการพยาบาล เพื่อส่งเสริมและพัฒนาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ โดยแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และ ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ

กรุณาตอบให้ตรงกับความคิด ความรู้สึก และตรงตามข้อเท็จจริงของท่าน ข้อมูลที่ได้รับจากท่าน ถือเป็นความลับ และท่านมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ได้ตามต้องการ ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่ คำตอบของท่านจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวม และใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ร.อ.หญิง

รณ.

(อรรมณี ช้างชายวงศ์)

ผู้วิจัย

ใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ลำดับที่.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษา รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากผลการวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และ ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตามต้องการ ซึ่งไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ โดยที่ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้

..... (ลงนาม).....

สถานที่/วันที่ ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย

..... (ลงนาม).....

สถานที่/วันที่ ผู้วิจัย

..... (ลงนาม).....

สถานที่/วันที่ พยาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ท่านที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยได้แนะนำตัวและบอกวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสัมภาษณ์ดังนี้

“สวัสดิ์ค๊ะ” ดิฉัน อรรมณี ช้างชายวงศ์ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และ ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับปรุงวิธีการพยาบาลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับ ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และ ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและจะใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลเท่านั้น

ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะมาเยี่ยมท่านทุกวัน หากมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และไม่ว่าท่านจะร่วมในการศึกษาครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกเมื่อไรก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างหรือแสดงเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ
 - () ชาย
 - () หญิง
3. ระดับการศึกษา
 - () ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา
 - () ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา
 - () ปริญญาตรี
 - () สูงกว่าปริญญาตรี
4. รายได้ของครอบครัวต่อเดือนบาท
5. โรคประจำตัว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทั้งหมด 20 ข้อ

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของท่าน โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดของท่านเพียง 1 คำตอบโดยแสดงเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่าน โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ถ้าตอบว่า	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด
	ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความมาก
	ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความ
	เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความมาก
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด

แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. เมื่อเกิดอาการครั้งแรก ท่านคิดว่าอาการนั้นเกิดจากหัวใจ					
2. เมื่อเกิดอาการครั้งแรกท่านคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นกับท่านเกิดจากระบบอื่นที่ไม่ใช่หัวใจ เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น					
3. ท่านคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นกับท่าน เป็นอาการของโรคหัวใจ.					
4. ท่านคิดว่าอาการ(เจ็บ แน่น ปวด)ที่เกิดขึ้นในครั้งแรกมีความรุนแรง					
.					
.					
.					



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สูตรที่ใช้ในการหาความเที่ยงของเครื่องมือ

ใช้สูตร ค่าสัมประสิทธิ์ที่อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

(ประครอง กรรณสูตร,2538)

$$\alpha = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(\frac{1 - \sum Si^2}{St^2} \right)$$

α = สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง

n = จำนวนข้อความ

Si^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมิน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าเฉลี่ย (Mean) (ประครอง กรรณสูตร , 2538)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน (ของตัวอย่างประชากร)

N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

2. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สูตร (ประครอง กรรณสูตร,2538)

$$S.D. = \sqrt{\frac{\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

3. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ใช้สูตร (ประครอง กรรณสูตร,2538)

$$r_{xy} = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2] [N\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร x และ y

x = คะแนนของตัวแปรที่ 1

y = คะแนนของตัวแปรที่ 2

N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

4. สถิติทดสอบไคสแควร์ ใช้สูตร (ประครอง กรรณสูตร,2538)

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

เมื่อ O_{ij} = ความถี่ที่สังเกตหรือทดลองได้ในแถวที่ i และสดมภ์ j

E_{ij} = ความถี่ที่เป็นไปตามทฤษฎีหรือสมมติฐานในแถวที่ i และสดมภ์ที่ j

r = จำนวนแถว

c = จำนวนสดมภ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามรายข้อ และโดยรวม (n = 150)

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ	\bar{X}	S.D.
1. เมื่อเกิดอาการครั้งแรกรับรู้ว่าการนั้นเกิดจากหัวใจ	3.08	1.58
2. เมื่อเกิดอาการครั้งแรกรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเกิดจากระบบอื่นที่ไม่ใช่หัวใจ เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหัวใจ เป็นต้น	3.06	1.60
3. รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นในครั้งนี้มี ความรุนแรง	3.93	1.15
4. รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นควรได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด	4.18	1.05
5. รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นสามารถทำให้ท่านเสียชีวิตได้ในทันที	3.75	1.25
6. จัดการกับอาการโดยรอให้อาการรุนแรงที่สุดก่อน จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล	2.60	1.52
7. จัดการกับอาการโดยรอดูเมื่ออาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อการทำ กิจวัตรประจำวันเท่านั้นท่านจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล	3.24	1.31
8. รับรู้ว่าการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี ความรุนแรงต้องรีบมารับการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องมี อาการทางกายมากกว่า 1 อาการเช่น มีอาการเจ็บแน่น ปวด ร่วมกับอาการหายใจไม่สะดวก เป็นต้น	2.54	1.12
9. เมื่อเกิดอาการครั้งแรกจัดการกับอาการโดยใช้วิธีการรักษาหรือ บรรเทาอาการด้วยวิธีของตนเอง (โดยไม่ใช้ยา) ก่อนเพื่อบรรเทา อาการแล้วจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล	2.18	1.53
10. เมื่อเกิดอาการครั้งแรกรอที่จะปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือ จากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่นก่อนจึงตัดสินใจ มาโรงพยาบาล	3.12	1.37
11. รับรู้ว่าการจัดการกับอาการ โดยการรอดูอาการ สามารถทำให้เกิดความล่าช้าและเป็นผลเสียต่อการรักษา	3.59	1.12

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ	\bar{X}	S.D.
12. เมื่ออาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน เท่านั้นท่านจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล	3.14	1.13
13. ปัญหาฐานะทางเศรษฐกิจของเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ ไม่ตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มมีอาการ	3.81	1.34
14. รับรู้่วิธีจัดการกับอาการโดยการพยายามอดทนต่ออาการ ที่เกิดขึ้นสามารถทำให้เกิดความล่าช้าและเป็นผลเสีย ต่อการรักษา	3.65	0.97
15. รับรู้่ว่าอาการที่เกิดขึ้นครั้งนี้ไม่จำเป็นต้องมารับ การรักษาในโรงพยาบาลทันที	3.41	1.41
16. กลัวว่าการมารับการรักษาในโรงพยาบาลจะรบกวน สมาชิกในครอบครัว จึงไม่ตัดสินใจมาโรงพยาบาลในทันที	3.79	1.24
17. รับรู้่ว่าอาการที่เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อทำให้ท่านเกิดความไม่สุขสบาย ทั้งร่างกายและจิตใจเท่านั้นจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล	3.00	1.26
18. รับรู้่ว่าอาการที่เกิดขึ้น ต้องมีผลกระทบรบกวนการนอนหลับเท่านั้น จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล	3.04	1.27
19. รับรู้่ว่าอาการที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นั้นลักษณะและตำแหน่งที่เกิดอาการจะต้องเป็นลักษณะอาการ เจ็บปวดแน่นที่เกิดบริเวณหน้าอกด้านซ้ายเท่านั้น	3.34	1.11
20. รับรู้่ว่าระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน	4.00	0.76
โดยรวม	3.32	0.54

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรือเอกหญิง อรรมณี ช่างชายวงศ์ เกิดวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2516 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาจาก วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ปี พ.ศ. 2538 และเข้าศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2543 ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ที่ แผนกห้องบำบัดพิเศษ กองศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย