

ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด  
เฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2566

FACTORS PREDICTING DECISION-MAKING TIME TO SEEK TREATMENT AMONG ACUTE  
MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS WITH NON-ST SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL  
INFARCTION



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing  
Faculty Of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST- segment ไม่ยก
โดย	นายศรารุจิ ปลอดภัย
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)

ศราวุฒิ ปลอดฤทธิ์ : ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะ  
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก. ( FACTORS PREDICTING  
DECISION-MAKING TIME TO SEEK TREATMENT AMONG ACUTE MYOCARDIAL  
INFARCTION PATIENTS WITH NON-ST SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION)  
อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

การศึกษาคือความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการ  
รักษาและปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด  
เฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-  
segment ไม่ยก เพศชายและหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วย  
วิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน  
100 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วน  
บุคคลและการเจ็บป่วย 2) แบบสอบถามภาวะโรคร่วม 3) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย 4) แบบสอบถาม  
ความวิตกกังวล และ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาในชุดที่ 2  
– 5 เท่ากับ 0.95, 1.00, 0.75, และ 1.00 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84,  
0.87, 0.85, และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า 1. ระยะเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อ  
หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 90 นาที ( $\bar{x} = 122.35$ ,  $SD = 102.86$ )  
2. ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
ชนิด ST-segment ไม่ยก ได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย ( $\beta = -.294$ ,  $p < .01$ )  
รองลงมาคือ ความวิตกกังวล ( $\beta = -.237$ ,  $p < .05$ ) ภาวะโรคร่วม ( $\beta = .229$ ,  $p < .05$ ) การสนับสนุนทาง  
สังคม ( $\beta = -.207$ ,  $p < .05$ ) การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ( $\beta = .125$ ,  $p < .05$ ) และประสบการณ์การเข้ารับ  
การรักษาในโรงพยาบาล ( $\beta = .117$ ,  $p < .05$ ) ตามลำดับ โดยปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัย สามารถร่วมทำนายระยะเวลา  
การตัดสินใจ ในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก  
ได้ร้อยละ 75.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Adjusted  $R^2 = .757$ ,  $p < .05$ )

สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา	2566	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6470034436 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: PREDICTING FACTORS, DECISION MAKING TIME, NON-ST SEGMENT ELEVATION  
MYOCARDIAL INFARCTION

Sarawut Plodrit : FACTORS PREDICTING DECISION-MAKING TIME TO SEEK TREATMENT AMONG  
ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS WITH NON-ST SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL  
INFARCTION. Advisor: Asst. Prof. NORALUK UA-KIT, Ph.D.

The predictive correlational study aims to study the decision-making time and the factors predicting decision-making time among acute myocardial infarction patients with non-ST segment elevation myocardial infarction. One hundred patients with non-ST segment elevation myocardial infarction, both males and females, over 40 years old from the general medical ward, medical intensive care unit and cardiac intensive care unit at Saraburi Hospital and Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital were recruited using a multistage sampling technique. The instruments are composed of 1) Demographic data form and Illness Questionnaire 2) Comorbidity Questionnaire 3) Illness Perception Questionnaire 4) Anxiety Questionnaire and 5) Social Support Questionnaire. The CVI of 2 - 5 instruments were 0.95, 1.00, 0.75, and 1.00, respectively. The Cronbach's alpha coefficient were 0.84, 0.87, 0.85, and 0.91, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The results revealed as the following: 1) The median decision-making time for patients with non-ST-segment acute myocardial infarction was 90 minutes from onset ( $x = 122.35$ ,  $SD = 102.86$ ) 2) The factor that could predict decision-making time for patients with non-ST-segment acute myocardial infarction with the highest statistical significance was illness perception ( $\beta = -.294$ ,  $p < .01$ ), followed by anxiety ( $\beta = -.237$ ,  $p < .05$ ), comorbid ( $\beta = .229$ ,  $p < .05$ ), social support ( $\beta = -.207$ ,  $p < .05$ ), use of emergency medical services ( $\beta = .125$ ,  $p < .05$ ) and hospitalization experience with acute myocardial infarction ( $\beta = .117$ ,  $p < .05$ ), respectively. These factors accounted for 75.70% of the variance in the decision-making time for patients with non-ST segment elevation myocardial infarction (Adjusted  $R^2 = .757$ ,  $p < .05$ ).

Field of Study: Adult and Gerontological Nursing Student's Signature .....

Academic Year: 2023

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความกรุณาและช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ แก้ไขข้อบกพร่องอย่างเอาใจใส่ และสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ รวมทั้งแก้ไขข้อบกพร่องอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มี ความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความรู้ และมอบประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าเป็นอย่างยิ่งให้แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสม และเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกท่าน รวมทั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลสระบุรี ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมืออย่างดีในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัวที่สนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆ ด้าน ให้ความรักและให้กำลังใจอย่างยิ่ง ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปี 2564 และกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอื้อนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ช่วยเหลือให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี สำหรับประโยชน์ อันใดอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านให้ประสบกับความสุขสวัสดิ์ตลอดไป

ศราวุชิ ปลอดฤทธิ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	11
ขอบเขตการวิจัย .....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก.....	15
2. แนวคิดเกี่ยวกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา .....	20
3. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา .....	23
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก.....	35
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	45

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	48
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	52
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง .....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ .....	69
สรุปผลการวิจัย.....	70
การอภิปรายผลการวิจัย.....	72
ข้อจำกัดการวิจัย.....	82
ข้อเสนอแนะ .....	82
บรรณานุกรม.....	84
ภาคผนวก.....	102
ภาคผนวก ก ประกาศอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย.....	103
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	106
ภาคผนวก ค จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย .....	108
ภาคผนวก ง เอกสารพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	123
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	129
ภาคผนวก ฉ สถิติที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม .....	138
ประวัติผู้เขียน.....	151



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) และค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30).....	52
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ สถานที่เกิดอาการ บุคคลที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล อาการที่ตัดสินใจมาโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา (n = 100).....	58
ตารางที่ 3 Possible range, Actual range ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก (n = 100).....	63
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก จำแนกตามระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา (วัดได้จากช่วงเวลาที่เริ่มตั้งแต่มีอาการ จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือแสวงหาความช่วยเหลือ) (n = 100).....	64
ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (n=100).....	65
ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุระหว่าง ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก (n = 100).....	67

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ของ  
ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย  
ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลา  
การตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด  
ST-segment ไม่ยก (n = 100) ..... 68

ตารางที่ 8 ค่าดัชนีความเบ้ (Skewness) และค่าดัชนีความโด่ง (Kurtosis) ของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่  
ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความ  
วิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 100)..... 143

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)..... 147



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	44
ภาพที่ 2 แผนผังการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling).....	47



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เกิดจากเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบตันอย่างกะทันหัน ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เรียกว่า Myocardial Infarction (MI) ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: EKG) คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ยก (ST Elevation Myocardial Infarction: STEMI) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก (Non-ST Elevation Myocardial Infarction: NSTEMI) (Singh et al., 2022) จากข้อมูลในปัจจุบันพบว่า อุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยใหม่ของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั่วโลกมีสูงถึง 10.6 ล้านรายต่อปี ในจำนวนดังกล่าวพบอัตราการเสียชีวิตถึง 8.9 ล้านรายคนต่อปี (Wang et al., 2021) ขณะที่ในภูมิภาคเอเชียมีรายงานอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน และคาดว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 11 ล้านคนในปี 2558 เป็น มากกว่า 23 ล้านคนในปี 2573 (Chen et al., 2018; Yong et al., 2022) สอดคล้องกับข้อมูลในประเทศไทยที่พบว่า ในปี 2560 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถึงร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และอัตราการเสียชีวิตยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ จากปี 2555 เท่ากับ 23.4 ต่อแสนประชากร เป็น 32.3 ต่อแสนประชากร ในปี 2559 (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2560) โดยเมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ยก (พลกฤษ สุขคง และคณะ, 2564; Huo et al., 2020)

Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก เป็นกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ที่เกิดจากการสะสมของคราบไขมัน หินปูน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างช้าๆ และมีขนาดโตขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้บริเวณหลอดเลือดแข็งและตีบแคบลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ลดลง การดำเนินการโรคเป็นไปอย่างช้าๆ (พิชญากัสสรสุวรรณศิริกุล และ สมยศ ศรีจารนัย, 2562) หากเกิดลักษณะดังกล่าวเป็นระยะเวลาเกิน 20 นาที จะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และหากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานเกิน 120 นาที จะทำให้มีโอกาเสียชีวิตได้อย่างกะทันหัน (Hamm et al., 2011; Nouredine et al.,

2010) จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ได้รับการวินิจฉัยเป็น NSTEMI พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 3:2 พบในกลุ่มอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (Khera et al., 2014; Basit et al., 2022) ประเทศสิงคโปร์พบรายงานอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วย NSTEMI ปี 2562 – 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 31.5, 31.5 และ 32.2 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่า ในช่วงปีเดียวกันอัตราการเสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 55.5, 58.3 และ 60.2 ตามลำดับ (Ministry of Health Singapore, 2023) สำหรับข้อมูลในประเทศไทย พบว่า ในปี 2561 มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วย NSTEMI มากถึงร้อยละ 25 ในขณะที่จำนวนผู้ป่วย STEMI มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 14 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563) นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น NSTEMI และเสียชีวิตพบสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 4 (สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาของเขตสุขภาพที่ 4 (2562) ที่พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรค หลอดเลือดหัวใจของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากที่สุดเกิดจาก NSTEMI คิดเป็นร้อยละ 69.92 ขณะที่เสียชีวิตจาก STEMI คิดเป็นร้อยละ 24.58 (พิชญา ภัสสรร์วรรณศิริกุล และ สมยศ ศรีจารนัย, 2562) และเมื่อพิจารณาข้อมูลในปี 2561 – 2563 พบว่า เขตสุขภาพที่ 4 ยังคงอยู่ในอันดับที่มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย NSTEMI ต่อแสนประชากรสูงอันดับต้นของประเทศอย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 7.76, 9.51 และ 8.21 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ปี 2563 อัตราการเสียชีวิตดูเหมือนแนวโน้มน่าจะลดลง แต่กลับพบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีกมาที่ร้อยละ 9.16 ในปี 2564 (สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์, 2564) เนื่องจากการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆ จึงส่งผลให้อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจน เช่น รู้สึกไม่สบายในทรวงอก เหนื่อยง่าย สับสน เป็นลม ปวดหลัง เป็นต้น (แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, 2564) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงคิดว่าตนเองยังสามารถรอดได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ล่าช้า (พิชญา ภัสสรร์วรรณศิริกุล และ สมยศ ศรีจารนัย, 2562) และส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ตามมา

ผลกระทบต่อด้านร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะ NSTEMI คือ การเสียชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้เสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย NSTEMI สาเหตุเกิดจากผู้เสียชีวิตใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาที่นาน (พิชญา ภัสสรร์วรรณศิริกุล และ สมยศ ศรีจารนัย, 2562; Perkins-Porra et al., 2009) ซึ่งพยาธิสภาพเกิดจากภาวะหลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้มีอาการเจ็บหน้าอกนานกว่า 20 นาที และอาการสามารถบรรเทาได้โดยการนอนพักหรือการอมยาใต้ลิ้น 1-5 นาที (บุปผา อินทร์ตัน, 2556) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงคิดว่าสามารถรอดได้ ทำให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษานานขึ้น ซึ่งวิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจและสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (American College of

Cardiology/American Heart Association; ACC/AHA, 2012) ได้กำหนดว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ควรใช้ระยะเวลาตัดสินใจมารับการรักษาภายใน 5 นาที หลังจากเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถใช้อาอมใต้ลิ้น (Nitroglycerine: NTG) เพื่อตอบสนองต่ออาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก หากพบว่าอาการไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงภายใน 5 นาทีหลังจากได้รับยา NTG เม็ดแรก ผู้ป่วยสามารถอมยาใต้ลิ้นซ้ำได้ทุก ๆ 5 นาที สูงสุด 3 เม็ด และโทรเรียกรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้เวลาไม่ควรเกิน 20 นาที (ACC/AHA, 2012; Anderson et al., 2013) เนื่องจากหากมีระยะเวลาเกิน 20 นาที จะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บและเริ่มมีการตายอย่างถาวร (Kloner & Jennings, 2001) ผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ ความเครียด เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (เอื้อมเดือน นิลพฤกษ์, 2559) ในขณะที่ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความเครียดเกี่ยวกับโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วย (นงคันุช แนงแก้ว, 2560) ซึ่งผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่าการเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ความกลัว เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความกลัวการมารับการรักษาจากอาการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้า (Dempsey et al., 1995; Dracup and Moser, 1997; Moser et al., 2006) อีกทั้ง พบว่า ผู้ป่วยกลัวเป็นการรบกวนผู้อื่น ทำให้มีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า (Dracup and Moser, 1997; Fukuoka et al, 2005; McKinley et al., 2000)

ระยะเวลาการตัดสินใจ คือ ช่วงเวลาที่เริ่มตั้งแต่มีอาการ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก เจ็บร้าวขึ้นกราม 2 ข้าง หัวไหล่ ปลายแขน และด้านหลัง หายใจเหนื่อย อาเจียน เหงื่อออก ใจสั่น เป็นลม เป็นต้น (แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, 2564) จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือแสวงหาความช่วยเหลือ (Alshahrani et al., 2014; Mussi et al., 2014) จากวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้ระยะเวลาการตัดสินใจมารับรักษามากกว่า 60 นาที (Alshahrani et al., 2014; Mussi et al., 2014; Tabriz et al., 2012) ขณะที่ข้อมูลในประเทศไทย พบว่า ระยะเวลาการตัดสินใจรับรักษามีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 95.24 นาที (S.D. = 88.29) (นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ, 2549) จากการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์ และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับรักษามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 120 นาที (S.D.= 157.08) รวมถึงการศึกษาของ ศศิธร โทมมอญ และคณะ (2562) พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการตัดสินใจมารับรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเท่ากับ 113 นาที (S.D.= 114.4) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาวรรณกรรมเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก พบว่า มีระยะเวลาการตัดสินใจมารับรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยคือ 348 นาที (S.D.= 486) คิดเป็นร้อยละ 66 (Youssef et al., 2017) จากการศึกษาข้างต้น พบว่า ระยะเวลาการตัดสินใจอยู่ในช่วง

60 – 348 นาที อย่างไรก็ตามระยะเวลาการตัดสินใจที่เหมาะสม คือ ผู้ป่วยต้องตัดสินใจมารับการรักษาภายในเวลา 5 นาที แต่ไม่ควรเกิน 20 นาที (ACC/AHA, 2012; Anderson et al., 2013) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ขั้นตอนที่สำคัญเมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ระยะเวลาการตัดสินใจ (Patient Decision time) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมากและเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เนื่องจากการที่ใช้ระยะเวลาการตัดสินใจที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างทันทั่วทั้งที่ (Alshahrani et al., 2014; Mussi et al., 2014; Mooney et al., 2016) ระยะเวลาการตัดสินใจของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสจากการรักษาที่มีประสิทธิภาพ หรือได้รับประโยชน์จากการรักษาลดลง จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยกมีระยะเวลาในการตัดสินใจนานเกิน 20 นาที จึงอาจส่งผลให้เกิดปัญหาหรือภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อกจากหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว (Tummala & Farshid, 2015) และอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตตามมาได้

ปัจจัยที่เกี่ยวกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาล่าช้า (Heer et al., 2002; Fathi et al., 2015) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาเกี่ยวกับเพศต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษายังมีความขัดแย้งกัน ดังการศึกษาของ Ting et al. (2010) พบว่า เพศหญิงมีระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้ากว่าเพศชาย (OR = -3.40, 95%CI = -4.70 – -2.10) ในขณะที่ McKinley et al. (2000) พบว่า เพศไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ( $p > .05$ ) อายุ จากการศึกษาของ Sari et al. (2008) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (OR = 1.77, 95%CI = 1.10 - 2.85) ภาวะโรคร่วม การศึกษาของ Chowdhury et al. (2021) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา (OR = 1.70, 95%CI = 1.0 - 2.9) อีกทั้ง Ofori-Asenso et al. (2019) พบว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย NSTEMI (OR = 1.22, 95% CI = 1.11 - 1.33) Alrawashdeh et al. (2021) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการตัดสินใจแสวงหาการเข้ารับการรักษา (OR = 1.62, 95%CI = 1.03 - 2.57) ในขณะที่การศึกษาของ Atzema et al. (2011) พบว่า สถานภาพสมรสไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ( $p > .05$ ) Foraker et al. (2008) พบว่า รายได้หรือระดับเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษา (OR = 1.46, 95%CI = 1.09 - 1.9) การศึกษาของ Ericsson et al. (2022) พบว่า บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการมีผลต่อระยะเวลาการตัดสินใจแสวงหาการรับการรักษา (OR = 2.21, 95%CI =

1.44 - 3.41) การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ วริษา กันบัวลา และคณะ (2558) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ( $r = -0.38, p < 0.01$ ) นอกจากนี้ การศึกษาของ DeVon et al. (2020) พบว่า การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (OR = 1.93, 95%CI = 1.43 - 2.60) การศึกษาของ Herlitz et al. (2010) พบว่า ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมาโรงพยาบาล (OR = 2.22, 95%CI = 1.22 - 4.16) Nymark et al. (2019) พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา (OR = 1.06, 95%CI = 1.02 - 1.10) นอกจากนั้น Khan et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลให้ระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (OR = 1.82, 95%CI = 1.10 - 2.99) การศึกษาของ Darawad et al. (2016) พบว่า ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความรู้ ทักษะคิดและความเชื่อมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจมาโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -0.448, r = -0.400, r = -0.408, r = -0.261$ , และ  $r = -0.411$  ตามลำดับ) อีกทั้ง Herlitz et al. (2010) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา (OR = 1.45, 95%CI = 1.19 - 1.77) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้บ่งชี้ว่ามีความสำคัญต่อระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า หลายการศึกษาในต่างประเทศให้ความสำคัญศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาและการศึกษามาเป็นระยะเวลานาน (Herlitz et al., 2010; Lesneski, 2010; Sethares et al., 2014; Faiz et al., 2014; Fathi et al., 2015; Darawad et al., 2015; Albarqouni et al., 2016; Xu et al., 2016; Coventry et al., 2017; Nhem et al., 2021; Banharak et al., 2020) เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งจะนำไปสู่การมารับการรักษาที่รวดเร็วหรือล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาล อีกทั้งเป็นช่วงระยะเวลาที่ใช้เวลานานที่สุด (Mosor et al., 2006; Alshahrani et al., 2014; Mussi et al., 2014; Mooney et al., 2016) ในประเทศไทยส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) (วริษา กันบัวลา และคณะ, 2558; ศศิธร โทมอญ และคณะ, 2562) โรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Kasetkala et al., 2013) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (สุปราณี คำโสภา และ นรลัทขณ์ เอื้อกิจ, 2560) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (จิณัฐตา คำสารีรักษ์ และ ชนกพร จิตปัญญา, 2558) และผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (ศศิธร พินพาท และคณะ, 2565) ในขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด



ST-segment ไม่ยก มีจำนวนจำกัด และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนกระทั่งถึงโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามในบริบทของประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจน อีกทั้งจากรวบรวมกรณีข้างต้น พบว่า ถึงแม้อาการของโรคในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ไม่ชัดเจน แต่สามารถทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ หากผู้ป่วยใช้ระยะเวลาการตัดสินใจไปรับการรักษามากกว่า 20 นาที ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ที่เข้ารับการรักษาล่าช้ามีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งตามเกณฑ์ที่เหมาะสมของระยะเวลาการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาที่ American College of Cardiology และ American Heart Association (ACC/AHA, 2012) กำหนด คือ ผู้ป่วยต้องตัดสินใจมารับการรักษาทันที เมื่อมีอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายในเวลา 5 นาที แต่ไม่ควรเกิน 20 นาที (Anderson et al., 2013)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับภาวะโรคร่วม ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก โดยผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล และพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และเผชิญความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและมีระยะเวลาในการตัดสินใจในการมารับการรักษาที่เหมาะสม

### คำถามการวิจัย

1. ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้าน ภาวะโรคร่วม ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก หรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก
2. เพื่อศึกษาความสามารถการทำนายของภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก

## แนวเหตุผลและกรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์แนวคิดของ Dracup et al. (2006) ที่อธิบายว่า การตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประเมินจากระยะเวลาหรือช่วงเวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งตัดสินใจแสวงหาการรักษาหรือไปโรงพยาบาล โดยปัจจัยที่เกี่ยวกับการตัดสินใจมารับการรักษาขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่มีต่อภาวะคุกคามขณะเกิดการเจ็บป่วย 2 ประการ คือ สิ่งเร้าจากภายใน (Internal stimuli) และสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (Environmental stimuli) ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้มีผลต่อการตอบสนองต่อภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น โดยสิ่งเร้าจากภายใน (Internal stimuli) และสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (Environmental stimuli) จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการวางแผน การจัดการกับปัญหาหรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นและตอบสนองเป็นพฤติกรรมตัดสินใจ มีรายละเอียดดังนี้

1) สิ่งเร้าจากภายใน (Internal stimuli) ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ การรับรู้ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรค รวมถึงประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีต เช่น ภาวะโรคร่วม เป็นต้น โดยเพศหญิง อายุที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม จะมีส่วนทำให้เกิดการตัดสินใจมารับการรักษาที่นานขึ้น ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเล็กน้อย และผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีการตัดสินใจในการมารับการรักษาที่ล่าช้า อีกทั้งผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยน้อย จะมีการตัดสินใจมารับการรักษาที่ยาวนาน

2) สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (Environmental stimuli) ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง คือ การได้รับคำปรึกษา ความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น โดยสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการมีบทบาทสำคัญในการร่วมตัดสินใจกับผู้ป่วยในการแสวงหาการรักษาเพื่อเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งผลให้มีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาที่รวดเร็ว

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเกี่ยวกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก อย่างไรก็ตาม เพื่อให้มีอำนาจในการทำนายสูง จึงได้คัดเลือกตัวแปรที่มีค่าความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจในระดับปานกลางถึงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร่วมกับประยุต์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ประการตามแนวคิดของ Dracup et al. (2006) เพื่อให้ครอบคลุมตามกรอบแนวคิด พบว่า สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความวิตกกังวล ส่วนสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งตัวแปรดังกล่าวมีรายละเอียด ดังนี้

### สิ่งเร้าจากภายใน

**ภาวะโรคร่วม** หมายถึง โรคอื่นที่เป็นโรคร่วมด้วย (ไม่ใช่โรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล) ซึ่งมีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย (Utriyaprasit & Moore, 2005) Blohm (1998) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.26 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (OR = 1.26, 95%CI = 1.02 - 1.54) สอดคล้องกับ Chowdhury et al. (2021) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.70 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (OR = 1.70, 95%CI = 1.0 - 2.9) รวมถึง พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็น 5.80 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (OR = 5.80, 95%CI = 3.1 - 10.5) และ Ting et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.50 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคไต (OR = 1.50, 95%CI = -0.6. - 3.6) ดังนั้น ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้

**ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** หมายถึง ผู้ป่วยเคยหรือไม่เคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ รวมถึงความรู้ที่เคยได้รับจากประสบการณ์ครั้งก่อนเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ควรมาพบแพทย์ทันที การใช้ยาอมใช้ลิ้นอย่างถูกวิธี และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (พิมพา เทพวัลย์ และคณะ, 2554) Herlitz et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 2.22 เท่าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่มีประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (OR = 2.22, 95%CI = 1.22 - 4.16) Perkins-Porras et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 2.80 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล (OR = 2.80, 95%CI = 1.15 - 6.82) สอดคล้องกับ Ting et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 3.60 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (OR = -3.60, 95%CI = -5.00 - -2.20) ดังนั้น ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้

**การรับรู้ความเจ็บป่วย** หมายถึง การให้ความหมาย การตีความ ความคิดเห็น รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยบุคคลจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเมื่อถูกคุกคามจากภาวะความเจ็บป่วย มีการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลที่ได้รับมาจากประสบการณ์ต่อการมีอาการ รวมทั้งข้อมูลที่ได้รับจากบริบททางสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ หลังจากนั้นบุคคลจะมีการสร้างภาพ ความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยออกมา (Diefenbach & Leventhal, 1996) การศึกษาของ Ericsson et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ความเจ็บป่วยมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 3.43 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้ความเจ็บป่วย (OR = 3.43, 95%CI = 2.06 - 5.72) สอดคล้องกับ Kirchberger et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ความเจ็บป่วยมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.59 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้ความเจ็บป่วย (OR = 1.59, 95%CI = 1.33 - 1.90) การศึกษาของ Nymark et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยที่รู้ว่าอาการรุนแรงมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.06 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีการรู้ว่าอาการรุนแรง (OR = 1.06, 95%CI = 1.02 - 1.10) อีกทั้งยัง พบว่า ผู้ป่วยที่รู้ว่าสามารถรับมือหรือควบคุมอาการได้มีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.12 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่รู้ว่าสามารถรับมือหรือควบคุมอาการได้ (OR = 1.12, 95%CI = 1.04 - 1.21) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนารถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ (2548) ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยสามารถร่วมทำนายการระยะเวลาตัดสินใจการมารับการรักษาได้ร้อยละ 6.2 ( $p < 0.05$ ) จากการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์ และคณะ (2554) ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย ด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น และด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การตอบสนองทางอารมณ์และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถร่วมทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 70.6 ( $p < 0.001$ ) ดังนั้น การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้

**ความวิตกกังวล** หมายถึง เป็นอารมณ์ที่มีการตอบสนองทางอารมณ์ หรือมีการรับรู้อันตราย คุกคามในอนาคต แตกต่างจากความกลัว ที่เป็นสภาวะอารมณ์ที่ส่งเสริมการอยู่รอดโดยมีการกระตุ้นที่ชัดเจนเมื่อต้องพบสภาวะคุกคาม (Crocq, 2015) Herlitz et al. (2010) ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความวิตกกังวลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.45 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีความวิตกกังวล (OR = 1.45, 95%CI = 1.19 - 1.77) และ ศศิธร โทมอญ และคณะ (2019) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความวิตกกังวลมีระยะเวลา ในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 0.12 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีความวิตกกังวล (OR = 0.12, 95%CI = 0.03 - 0.47) ดังนั้น ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้

#### สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านจิตใจ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสารต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมนั้นอย่างเหมาะสม (Pender, 1996) วริษา กันบัวลา และคณะ (2558) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมน้อยทำให้ใช้ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษามากขึ้น ( $r = -.38, p < 0.01$ ) สุวีณา เบาะเปลี่ยน และคณะ (2554) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมน้อยทำให้ใช้ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเพิ่มขึ้น ( $r = -.44, p < 0.01$ ) การศึกษาของ Perkins-Porras et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่อาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.77 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้อาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (OR = 1.77, 95%CI = 1.01 - 3.11) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้

**การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง การใช้การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษา ให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมินคัดแยก การจัดการ การประสานงาน การควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล ตั้งแต่การโทรศัพท์แจ้งเหตุ การรับแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินมาถึงที่เกิดเหตุ และการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยมาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) การศึกษาของ DeVon et al. (2020) พบว่า การตัดสินใจมาโรงพยาบาลด้วยตนเองมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.93 เท่าของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (OR = 1.93, 95%CI = 1.43 - 2.60) Ericsson et al. (2022) ศึกษา พบว่า

การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 4.32 เท่าของการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (OR = 4.32, 95%CI = 2.47 - 7.53) การศึกษาของ Peng et al. (2014) พบว่า การตัดสินใจขอรถพยาบาลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 0.64 เท่าของการไม่ตัดสินใจขอรถพยาบาล (OR = 0.64, 95%CI = 0.49 - 0.82) ดังนั้น การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้

### สมมติฐานการวิจัย

ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) (Burns & Grove, 2009, p.247) เพื่อศึกษาความสามารถการทำนายของภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

**ประชากรเป้าหมาย** คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ทั้งชายและหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ในโรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

**ตัวแปรที่ศึกษา** ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความวิตกกังวล

ตัวแปรตาม ได้แก่ ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ระยะเวลาการตัดสินใจ** หมายถึง ช่วงเวลาที่เริ่มตั้งแต่มีอาการ จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือแสวงหาความช่วยเหลือ ได้แก่ การขอคำปรึกษาจากครอบครัวญาติ เพื่อนหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการเรียกใช้รถพยาบาล หน่วยวัดคิดเป็นนาที

**ภาวะโรคร่วม** หมายถึง โรคอื่นที่เป็นร่วมกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก และเป็นโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน และโรคไต ประเมินโดยแบบประเมิน Charlson Criteria Index พัฒนาโดย Charlson et al. (1987) เป็นแบบประเมินโรคร่วมที่มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย สามารถประเมินได้จากประวัติการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 21 โรคร่วม คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีโรคร่วมมาก

**ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** หมายถึง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก เคยหรือไม่เคยได้รับประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ เคยมีประสบการณ์ กับ ไม่เคยมีประสบการณ์

**การรับรู้ความเจ็บป่วย** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ การแปลผลของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การรับรู้อาการรุนแรง การรับรู้ว่ามีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ประเมินโดย แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย (The Brief Illness Perception Questionnaire: B-IPQ) สร้างขึ้นโดย Broadbent et al. (2006) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยนภาพร โสวัฒนางกูร (Broadbent et al, 2016) สำหรับประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง มีคะแนน 0-10 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคมก

**ความวิตกกังวล** หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่นของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก เมื่อเผชิญกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประเมินโดยแบบสอบถามระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยชาติรี นนทศักดิ์ และคณะ (2534) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีความวิตกกังวลมาก

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ว่าสามารถได้รับความช่วยเหลือจากสามี ภรรยา พ่อ แม่ ญาติ ครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล และบุคคลทั่วไปที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการ ประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet et al. (1988) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยทินกร วงศ์ปการันย์ และณททัย วงศ์ปการันย์ (2555) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมาก

**การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง เมื่อผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วย ญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ โทรแจ้งเหตุเพื่อขอรถพยาบาลรับผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับ ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

**ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

นำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและเคยมีประสบการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีระยะเวลาในการตัดสินใจในการมารับการรักษาได้เหมาะสม



## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก และศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก
  - 1.1 อุดบัติการณ์
  - 1.2 ความหมาย
  - 1.3 พยาธิสภาพ
  - 1.4 อาการและอาการแสดง
  - 1.5 การรักษา
2. แนวคิดเกี่ยวกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา
  - 3.1 ภาวะโรคร่วม
  - 3.2 ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
  - 3.3 การรับรู้ความเจ็บป่วย
  - 3.4 ความวิตกกังวล
  - 3.5 การสนับสนุนทางสังคม
  - 3.6 การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก

### 1.1 อุบัติการณ์

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) มีอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 10.6 ล้านราย ซึ่งจำนวนดังกล่าวพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 8.9 ล้านราย (Wang et al., 2021) ในภูมิภาคเอเชียพบอุบัติการณ์ของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและคาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นจาก 11 ล้านคนในปี 2558 เป็น มากกว่า 23 ล้านคนในปี 2573 (Chen et al., 2018; Yong et al., 2022) สำหรับประเทศไทยในปี 2560 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และอัตราการเสียชีวิตยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากในปี 2555 เท่ากับ 23.4 ต่อแสนประชากร เป็น 32.3 ต่อแสนประชากรในปี 2559 (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2560) โดยเมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ยก (พลกฤษ สุขคง และคณะ, 2564; Huo et al., 2020)

ในปัจจุบันผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมามากกว่า 780,000 คนต่อปี โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 3:2 และพบในกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปีขึ้นไป (Basit et al., 2022; Khera et al., 2014) ในประเทศสิงคโปร์พบรายงานอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ปี 2562 - 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 31.5, 31.5 และ 32.2 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่า ในช่วงปีเดียวกันอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 55.5, 58.3 และ 60.2 ตามลำดับ (Ministry of Health Singapore, 2023)

สำหรับข้อมูลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ในประเทศไทย ซึ่งรายงานจากสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ ปี 2563 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ระหว่างปี 2561 - 2563 เท่ากับ 7,823, 7,908 และ 9,408 ตามลำดับ (สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์, 2564) โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก คิดเป็นร้อยละ 25 ในขณะที่ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ยก มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 14 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563) อีกทั้งข้อมูลของสถาบัน

โรคทรวงอก กรมการแพทย์ (2564) พบว่า ในปี 2561 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น NSTEMI รวมถึงจำนวนผู้ป่วย NSTEMI ที่เสียชีวิตสูงสุดอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาของเขตสุขภาพที่ 4 (2562) ที่พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากที่สุด เกิดจาก NSTEMI คิดเป็นร้อยละ 69.92 ในขณะที่เสียชีวิตจาก STEMI คิดเป็นร้อยละ 24.58 (พิชญญา ภัสสรสวรรค์ศิริกุล และ สมยศ ศรีจารนัย, 2562) และเมื่อพิจารณาข้อมูลในปี 2561 – 2563 เขตสุขภาพที่ 4 ยังคงอยู่ในอันดับที่มีอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย NSTEMI ต่อแสนประชากรสูงอันดับต้นของประเทศอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 7.76, 9.51 และ 8.21 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ปี 2563 อัตราการเสียชีวิตดูเหมือนแนวโน้มว่าจะลดลง แต่กลับพบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีกในปี 2564 คือ 9.16 (สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์, 2564)

### 1.2 ความหมาย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก หมายถึง โรคที่มีการตีบแคบภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์, 2564) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก มีการเกิดคราบพลัค หลอดเลือดหดเกร็ง เส้นเลือดอุดตันที่หลอดเลือดหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจอักเสบ (Basit et al., 2022) ซึ่งภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักจะพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/ หรือ T wave inversion ร่วมด้วย (ลักคณา บุญมี, 2021) ร่วมกับการพบค่าเอ็นไซม์การทำงานของหัวใจผิดปกติ บ่งบอกถึงการอุดตันของหลอดเลือดแดงหัวใจบางส่วน แสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพียงส่วนหนึ่งของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ (ธนวัฒน์ ชื่อสัตย์ และคณะ, 2563) ซึ่งในระดับเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดส่งผลให้เกิดการขาดออกซิเจนของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจร่วมด้วย (สุชัจจ์ ศรีชลวัฒนา, 2563)

ดังนั้น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก คือ ภาวะที่หลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการตีบแคบ ที่เกิดจากการสะสมของคราบไขมัน หินปูน หรือพยาธิสภาพของหลอดเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างช้าๆ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ลดลง โดยมีอาการแสดงลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST- segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วย ร่วมกับการพบค่าเอ็นไซม์การทำงานของหัวใจผิดปกติ

### 1.3 พยาธิสภาพ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก เกิดจากการฉีกขาดหรือปริแตกของ plaque ที่ด้านในของผนังหลอดเลือดส่วนที่มีภาวะเสื่อมสภาพหรือแข็งตัว (atherosclerosis) ซึ่งกระตุ้นเกร็ดเลือดให้มาเกาะกลุ่มกัน (platelet aggregations) ตรงบริเวณที่มีการฉีกขาดหรือปริแตก หลังจากนั้นจะมีการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (thrombus formation)

อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าว และเกิดลิ่มเลือดอุดตันบางส่วน (partial occlusion) กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้มีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างออกซิเจนในกล้ามเนื้อหัวใจและความต้องการใช้ออกซิเจน (Basit et al., 2022)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก เกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือดโดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงเริ่มที่ผนังหลอดเลือดแดงชั้นในสุด (Intimal layer) ถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้ขอบเนื้อเยื่อของ endothelial cell ที่เรียบแยกออกจากกัน จากนั้นไขมันเข้าไปสะสมและมีการหลั่งเม็ดเลือดขาว (monocyte) เข้าสู่ผนังหลอดเลือดแดงชั้น sub-endothelium กลายเป็น macrophage หลังจากนั้นไขมันไม่ดี (Low Density Lipoprotein: LDL) ที่เข้าสู่ cell จะเปลี่ยนรูปร่างเป็น foam cell (lipid-laden macrophage) ร่วมกับการผลิตสารหลายชนิดจาก endothelial cell และ foam cell ส่งผลให้เพิ่มการแบ่งตัวและกระตุ้นให้ smooth muscle cell และ fibroblast เข้าสู่ sub-endothelium กลายเป็น fibrous plaque ที่มีขนาดโตขึ้นเรื่อยๆ เข้าไปในหลอดเลือด ทำให้เกิดการขัดขวางในหลอดเลือด ซึ่งส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดช้าลง ทั้งนี้หากมีการแตกหรือแยกตัวของ fibrous plaque จะทำให้เลือดออกในคราบลิ่มไขมัน (plaques) และมีการกระตุ้นให้มีเกร็ดเลือดสะสมเพิ่มขึ้นจนกลายเป็นลิ่มเลือด นำไปสู่การอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (ลักคณา บุญมี, 2021)

#### 1.4 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก สามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มอาการ ดังนี้

1.4.1 อาการทางคลินิกที่จำเพาะ (typical symptom) คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอกที่มีลักษณะแน่น ๆ เหมือนอะโรมาทาบ ซึ่งอาการแน่นหน้าอกดังกล่าวจะเกิดขึ้นนานกว่า 20 นาที แม้ว่าผู้ป่วยได้พัก นอกจากนั้นอาจมีอาการเจ็บร้าวขึ้นกราม 2 ข้าง หัวไหล่ ปลายแขน และด้านหลัง ซึ่งอาจมีลักษณะเป็นๆหายๆหรือมีอาการติดต่อกันเป็นเวลานานก็ได้ อีกทั้งอาจพบอาการร่วม เช่น คลื่นไส้ อาเจียน จุกใต้ลิ้นปี่ หายใจเหนื่อย เป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น (แจ่มจันทร์ ประทีปโมโนวงศ์, 2564)

1.4.2 อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้แต่ไม่จำเพาะเจาะจงนัก (atypical symptom) ได้แก่ จุกใต้ลิ้นปี่อย่างเดียว อาการเหมือนอาหารไม่ย่อย เหนื่อย หรืออ่อนเพลีย (Canto et al., 2002; Gimenez et al., 2014; Mackay et al., 2011)

#### 1.5 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก อาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ โดยเฉพาะการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการวินิจฉัยโรค ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 leads (12 leads Electrocardiogram: 12 leads EKG)

อย่างเร่งด่วนและแปลผลภายใน 10 นาที เพื่อวินิจฉัยแยกโรคในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยหากพบค่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ ST elevation แสดงถึง ผู้ป่วยมีภาวะ STEMI ในขณะที่ค่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ ST depression หรือ T inversion แสดงถึง ผู้ป่วยมีภาวะ NSTEMI หลังจากนั้นจะตรวจค่าสารบ่งชี้หัวใจ (cardiac biomarker) ในกระแสเลือดเพื่อวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง NSTEMI และ Unstable angina (UA) ในปัจจุบันนิยมตรวจหาค่า troponin ซึ่งเป็นสารบ่งชี้ที่มีความไวและจำเพาะสูง ตรวจพบในเลือด 3-6 ชั่วโมง หลังกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย (Lough et al., 2023) โดยสามารถตรวจได้ 2 ค่าคือ high-sensitive cardiac troponin I (hs-cTnI) และ high-sensitive cardiac troponin T (hs-cTnT) ซึ่งการเจาะเลือดส่งตรวจ cardiac troponin (c-Tn) จะทำทั้งหมด 3 ครั้ง ได้แก่ ชั่วโมงที่ 0, 1 และ 3 (Williams, 2022) โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัย คือ hs-cTnI  $\geq$  0.04 ng/mL และ hs-cTnT  $\geq$  0.1 ng/mL ทั้งนี้ผลการตรวจค่าสารบ่งชี้หัวใจในผู้ป่วย NSTEMI จะพบค่าสูงกว่าปกติ ขณะที่ UA จะพบค่าสารบ่งชี้หัวใจอยู่ในระดับปกติ (ณิรณัฐ พูลชนะ และคณะ, 2562; Demirel et al., 2019)

## 1.6 การรักษา

หลักการรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก แบ่งได้ดังนี้

### 1.6.1 การให้ยาต้านเกล็ดเลือดและยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

1.6.1.1 ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agent) ประกอบด้วย Aspirin ครั้งแรกได้รับประทานขนาด 150 - 300 มก. หรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำขนาด 75 - 250 มก. หลังจากนั้นรับประทานขนาด 75 - 100 มก. ต่อวัน และ Clopidogrel ครั้งแรกได้รับประทานขนาด 300 - 600 มก. หลังจากนั้นรับประทานขนาด 75 มก.ต่อวัน ซึ่งยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ป้องกันการเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด โดยผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือดทั้งสองชนิด (dual antiplatelet therapy: DAPT) มีข้อห้ามในการให้ เช่น อยู่ในภาวะเลือดออก เคยมีประวัติเลือดออกในสมอง ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดกับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดรวมกันสามชนิด เป็นต้น ซึ่งอาการข้างเคียงที่ควรระวัง คือ ภาวะเลือดออก (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563; Collet et al., 2021; Jneid et al., 2017)

1.6.1.2 ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation agent) ประกอบด้วย Fondaparinux ขนาด 2.5 มก./วัน ฉีดใต้ผิวหนัง (ก่อนทำ PCI) Enoxaparin ขนาด 0.5 มก./กก. ฉีดทางหลอดเลือดดำ (IV bolus) และ Heparin ขนาด 70 - 100 ยูนิต/กก. ฉีดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการเกิดก้อนลิ่มเลือดและการเกิดก้อนเลือดที่แข็งตัว อาการข้างเคียงที่ควรระวัง คือ ภาวะเลือดออกง่าย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563; Collet et al., 2021)

1.6.1.3. ยากลุ่มไนเตรต (Nitrates) ได้แก่ ยาไนโตรกลีเซอรีน (Nitroglycerine) ยาเม็ดขนาด 0.3 - 0.6 มก. รูปแบบอมใต้ลิ้น โดยให้อม 1 เม็ดเมื่อมีอาการ หากไม่ดีขึ้นอมซ้ำได้อีก 1 เม็ดได้ทุก 5 นาที ปริมาณสูงสุดที่ใช้ยา 3 ครั้งภายใน 15 นาที หากอาการไม่ดีขึ้นหลังจากอมยาเม็ดที่ 2 ให้อมยาเม็ดที่ 3 แล้วรีบไปพบแพทย์ทันที ซึ่งยาออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ส่งผลให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง โดยอาการข้างเคียงที่ควรระวัง คือ ความดันโลหิตลดลง เวียนศีรษะ ไม่สบาย เป็นต้น (บุปผา อินทร์ตัน, 2556; Kubica et al., 2022)

**1.6.2 การตกแต่งหลอดเลือด (Revascularization)** ประกอบไปด้วยการทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) และ Coronary Artery Bypass Graft (CABG) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

Percutaneous Coronary Intervention (PCI) คือ การใส่บอลลูนไปขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใส่สายสวนผ่านทาง femoral หรือ radial artery ไปที่ coronary artery ที่อุดตัน หลังจากนั้นฉีดสารทึบรังสี เพื่อดูการอุดตันของหลอดเลือดแดง (occlusive coronary thrombus) สามารถจำแนกการรักษา ได้แก่ 1) balloon inflation เพื่อกดเบียดให้ลิ่มเลือดแตกออกเป็นชิ้นเล็ก 2) การดูดลิ่มเลือดออก (thrombo-suction) 3) การสลายลิ่มเลือด (thrombectomy) และ 4) การถ่างหลอดเลือดที่ตีบเพื่อคงสภาพรูเปิดของหลอดเลือดให้กว้างขึ้นหรือค้ำยันไม่ให้รูหลอดเลือดกลับมาปิดซ้ำโดยการใส่ขดลวด (stent) (บุปผา อินทร์ตัน, 2556; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

Coronary Artery Bypass Graft (CABG) คือ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยนำหลอดเลือดส่วนอื่น เช่น หลอดเลือดแดงหลังกระดูกหน้าอก (internal thoracic artery) หลอดเลือดแดงเรเดียล (radial artery) หลอดเลือดดำที่ขา (saphenous vein graft) เป็นต้น นำมาเชื่อมระหว่างหลอดเลือดแดงใหญ่กับหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งต่อข้ามหลอดเลือดหัวใจที่ตีบ ทำให้เลือดเดินทางอ้อมตำแหน่งที่ตีบไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ในที่สุด ส่งผลให้เลือดและออกซิเจนได้ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ (วิยะดา คงแก้ว และคณะ, 2559; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการใด ผู้ป่วย แพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพจะตัดสินใจร่วมกัน โดยพิจารณาจากอาการ ความรุนแรงของโรค โรคร่วม ความเสี่ยงในการผ่าตัด ความเชี่ยวชาญและความพร้อมของแต่ละสถาบัน

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา

### ความหมายเกี่ยวกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ให้ความหมายของระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาต่างๆ ดังนี้

ระยะเวลาการตัดสินใจ หมายถึง เวลาการตัดสินใจในการขอรับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีอาการ (Alshahrani et al., 2014)

ระยะเวลาการตัดสินใจ หมายถึง ช่วงเวลาของการตัดสินใจในการแสวงหาการรักษาพยาบาลหรือแสวงหาความช่วยเหลือ (Mussi et al., 2014)

ระยะเวลาการตัดสินใจ หมายถึง เวลาในการตัดสินใจว่าควรไปโรงพยาบาลหรือตัดสินใจเรียกรถฉุกเฉิน (Mooney et al., 2016)

ระยะเวลาการตัดสินใจ หมายถึง ช่วงเวลาที่เริ่มตั้งแต่มีอาการ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก เจ็บร้าวขึ้นกราม 2 ข้าง หัวไหล่ ปลายแขน และด้านหลัง หายใจเหนื่อย อาเจียน เหงื่อออก ใจสั่น เป็นลม เป็นต้น จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล (แจ่มจันทร์ ประทีปโมวงศ์, 2564)

ดังนั้น ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา หมายถึง ช่วงเวลาที่เริ่มตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือแสวงหาความช่วยเหลือ

แนวคิดของ Dracup et al. (2006) อธิบายไว้ว่า การตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นับจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดอาการจนกระทั่งตัดสินใจแสวงหาการรักษาหรือไปโรงพยาบาล ซึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่มีความเกี่ยวข้องของขณะเกิดการเจ็บป่วย คือ สิ่งเร้าจากภายใน (internal stimuli) ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ การรับรู้ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรค รวมถึงประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีต และสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (environmental stimuli) ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง คือ การได้รับคำปรึกษา ความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้มีผลต่อการตอบสนองต่อภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น โดยสิ่งเร้าจากภายในและสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอกจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการวางแผน การจัดการกับปัญหาหรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นและตอบสนองเป็นพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจ มีรายละเอียดดังนี้

1) สิ่งเร้าจากภายใน (Internal stimuli) ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ การรับรู้ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรค รวมถึงประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีต เช่น ภาวะโรคร่วม เป็นต้น โดยเพศหญิง อายุที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม จะมีส่วนทำให้อาการที่เกิดไม่ชัดเจน ลักษณะอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปและไม่ต่อเนื่อง มากกว่าที่จะเป็นอาการเจ็บหน้าอก จึงทำให้การตัดสินใจในการมารับการรักษาที่นานขึ้น ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจากอาการของโรคที่เกิดขึ้นและผู้ป่วยที่เคยเข้ารับ

รักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีการตัดสินใจในการมารับการรักษาที่ล่าช้า เนื่องจากได้รับคำแนะนำว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้และสามารถระงับอาการเองได้ รวมถึงอาจได้รับประสบการณ์เชิงลบต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจในการมารับการรักษาที่ยาวนาน อีกทั้งผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยน้อย เนื่องจากอาจได้รับคำแนะนำว่าอาการที่เกิดขึ้นกับระบบร่างกายอื่นที่ไม่เกี่ยวกับโรคหัวใจเป็นอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ จะทำให้มีการตัดสินใจในการมารับการรักษาที่ยาวนานขึ้น

2) สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (Environmental stimuli) ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง คือ การได้รับคำปรึกษา ความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น โดยสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการมีบทบาทสำคัญในการร่วมตัดสินใจกับผู้ป่วยในการแสวงหาการรักษาเพื่อเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งผลให้มีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาที่รวดเร็ว

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเกี่ยวกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก อย่างรอบคอบ จึงได้คัดเลือกตัวแปรที่มีค่าความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจในระดับปานกลางถึงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อให้มีอำนาจในการทำนายสูง ร่วมกับประยุต์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ประการ ได้แก่ สิ่งเร้าจากภายใน (internal stimuli) และสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (environmental stimuli) เพื่อให้ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดของ Dracup et al. (2006)

จากการศึกษาของ Finn et al. (2007) ที่ศึกษาช่วงเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้มีการแบ่งช่วงระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา (Phase of delay) ไว้ดังนี้

1. Pre-hospital delay หมายถึง ระยะเวลาที่นานตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1.1 Patient-related (Decision delay) หมายถึง เวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือแสวงหาความช่วยเหลือ ความล่าช้านี้ขึ้นอยู่กับความคิด ความเชื่อ ลักษณะส่วนบุคคล บุคลิกภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส เพื่อนร่วมบ้าน เพศ อายุ ประสบการณ์การเจ็บป่วยก่อนหน้านี้ (Youssef et al., 2017) ซึ่งระยะเวลาการตัดสินใจของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาใช้ระยะเวลาการตัดสินใจ 1 ชั่วโมงขึ้นไป (Alshahrani et al., 2014; Mussi et al., 2014; Tabriz et al., 2012) ซึ่ง American College of Cardiology และ American Heart Association (ACC/AHA, 2012) กำหนดเป้าหมายระยะเวลาที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด



เฉียบพลัน ไว้ว่า ผู้ป่วยต้องตัดสินใจมารับการรักษาทันที เมื่อมีอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายในเวลา 5 นาที และไม่นานกว่า 20 นาที เนื่องจากหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานมากกว่า 20 นาที จะเริ่มมีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจอย่างถาวร (วริษา กันบัวลา และคณะ, 2558; ศศิธร โทมอญ และคณะ, 2562; Anderson et al., 2013)

1.2 Transportation time delay หมายถึง ระยะเวลาที่นานจากการเดินทางไปโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Dracup et al. (1995) พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไปถึงโรงพยาบาลใช้เวลา 7 - 22 นาที การศึกษาของ Youssef et al. (2017) พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ใช้ระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลมากกว่า 3 ชั่วโมง

2. Hospital delay หมายถึง หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาลจนถึงการเริ่มการรักษาเฉพาะ (Door-to-needle) หรือ (Door-to-balloon) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 5.5 ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงทีไม่เกิน 1 ชั่วโมงหลังมีอาการ (Peng et al., 2014; Tabriz et al., 2012; Tummala et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ขั้นตอนที่สำคัญ คือ การตัดสินใจว่าจะขอความช่วยเหลือ การเรียกรถพยาบาล หรือไปโรงพยาบาล ซึ่งเรียกว่า ระยะเวลาการตัดสินใจ (Patient Decision time) ประเมินจากช่วงเวลาที่เริ่มตั้งแต่มีอาการ จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือแสวงหาความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมากและเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เนื่องจากการที่ใช้ระยะเวลาการตัดสินใจที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างทันท่วงที (Alshahrani et al., 2014; Mooney et al., 2016; Mussi et al., 2014) ระยะเวลาการตัดสินใจของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา พบว่า ใช้ระยะเวลาการตัดสินใจมากกว่า 1 ชั่วโมง (Alshahrani et al., 2014; Mussi et al., 2014; Tabriz et al., 2012) ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมายของระยะเวลาการตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่ American College of Cardiology และ American Heart Association (ACC/AHA, 2012) กำหนด คือ ผู้ป่วยต้องตัดสินใจมารับการรักษาทันที เมื่อมีอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายในเวลา 5 นาที แต่ไม่ควรเกิน 20 นาที (ศศิธร โทมอญ และคณะ, 2562; Anderson et al., 2013)

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล (Decision making time) คือ 20 นาที ว่าเป็นเวลาที่เหมาะสมตามเกณฑ์ของ ACC/AHA, (2012) (Anderson et al., 2013) ประเมินจากช่วงเวลาที่เริ่มตั้งแต่มีอาการ จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือแสวงหาความช่วยเหลือ ได้แก่ การขอคำปรึกษาจากญาติ

หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการเรียกใช้รถพยาบาล หน่วยวัด คิดเป็นนาที

### 3. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีรายละเอียดดังนี้

#### 3.1 ภาวะโรคร่วม

##### 3.1.1 ความหมายของภาวะโรคร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ให้ความหมายของภาวะโรคร่วมไว้ ดังนี้

ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคที่เกิดร่วมกันตั้งแต่สองโรคขึ้นไป ที่อยู่ในผู้ป่วยรายเดียว (Van den Akker et al., 1996)

ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคอื่นที่เป็นร่วมและเป็นโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต (Charlson et al., 1987)

ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคอื่นที่เป็นโรคร่วมด้วย (ไม่ใช่โรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอน โรงพยาบาล) ซึ่งมีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย (Utriyaprasit & Moore, 2005)

ดังนั้น ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคอื่นที่เป็นร่วมกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก และเป็นโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต

##### 3.1.2 การประเมินภาวะโรคร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินภาวะโรคร่วม พบว่า การศึกษาที่ผ่านมา มีการใช้แบบประเมินภาวะโรคร่วมต่างๆ ดังนี้

1. การใช้แบบประเมิน Elixhauser Comorbidity Measure (ECM) พัฒนา โดย Elixhauser et al. (1998) เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายประกอบด้วยโรคร่วม 30 โรค ได้แก่ congestive heart failure, Cardiac arrhythmias, Valvular disease, Pulmonary circulation disorders, Peripheral vascular disorders, Hypertension, Paralysis, Other neurological disorders, COPD, Diabetes uncomplicated, Diabetes complicated, Hypothyroidism, Renal Failure, Liver disease, Peptic ulcer excluding bleeding, AIDS, Lymphoma, Metastatic cancer, Solid tumor without metastasis, Rheumatoid arthritis/collagen vascular diseases, Coagulopathy, Obesity, Weight loss, Fluid and electrolyte disorders, Blood loss anemia, Deficiency anemia, Alcohol abuse, Drug abuse,

Psychosis และ Depression โดยแต่ละโรคมีการให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลของฝ่ายบริหารในการทำนายค่ารักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต

2. แบบประเมินภาวะโรคร่วม หาแบบประเมินอื่นๆ A gout-specifically modified Rheumatic Disease Comorbidity Index (mRDCI) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือ Rheumatic Disease Comorbidity Index: RDCI ของ Kaleb Michaud และ Frederick Wolfe ในปี 2007 โดย Spaetgens et al. (2015) เป็นแบบประเมินแบบ self-report ใช้ประเมินภาวะโรคร่วมในผู้ป่วยโรครุมตอยด์ ประกอบด้วยโรคต่าง ๆ ได้แก่ myocardial infarction: MI, other cardiovascular disease: CV, stroke, pulmonary disorder (asthma/chronic obstructive pulmonary disease: COPD), diabetes, hypertension, spine/hip/leg fracture, gastrointestinal ulcer, other gastrointestinal disorders (liver problem, gall bladder problem, other stomach problem), cancer and depression ภายหลังเพิ่มโรคร่วม 2 ชนิด ได้แก่ kidney disease และ obesity ค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0-12 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ mRDCI = 1\* lung disease and [2\* ((MI, other CV, or stroke)) or 1\* Hypertension] and 1\* (ulcer or other GI) and 2\* kidney disease and 1\* if BMI >30 or 2\* if BMI >35 and 1 for each of the following conditions: diabetes, fracture, depression and cancer โดยเครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง (Content and construct validity) พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.88

3. แบบประเมินภาวะโรคร่วม Charlson Criteria Index พัฒนาโดย Charlson et al. (1987) เป็นแบบประเมินภาวะโรคร่วมที่มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย สามารถประเมินได้จากประวัติการรักษาของผู้ป่วยหรือเวชระเบียน ประกอบด้วย 21 โรคร่วม ซึ่งแต่ละโรคมีคะแนนตั้งแต่ 1, 2, 3 หรือ 6 คะแนน หากผู้ป่วยไม่มีโรคร่วมจะให้คะแนนเท่ากับ 0 ซึ่งคะแนนรวมจากแบบประเมินมีค่าต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 39 คะแนน ซึ่งสามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคร่วม 1-2 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมน้อย 3-4 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมปานกลาง และ มากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีโรคร่วมมาก โดยเครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .89 (อัจฉริยา พ่วงแก้ว และ คณะ, 2563)

จากข้อมูลทีกล่าวข้างต้น พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการภาวะโรคร่วม มีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของ กลุ่มตัวอย่าง จำนวนข้อคำถาม มาตรฐาน รวมไปถึงการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson Criteria Index) เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวถูกใช้ประเมินภาวะโรคร่วมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ อีกทั้งข้อคำถามมีความชัดเจน จำนวนข้อมีความ

เหมาะสม และมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยเครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .89 (อัจฉริยา พวงแก้ว และคณะ, 2563) ซึ่งมีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

### 3.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วมกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา

การศึกษาของ Blohm (1998) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.26 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (OR = 1.26, 95% CI = 1.02 - 1.54) สอดคล้องกับ Chowdhury et al. (2021) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.70 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (OR = 1.70, 95%CI = 1.0 - 2.9) รวมถึง พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็น 5.80 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (OR = 5.80, 95%CI = 3.1 - 10.5) และ Ting et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.50 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคไต (OR = 1.50, 95%CI = -0.6. - 3.6)

## 3.2 ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### 3.2.1 ความหมายของประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ผ่านมา มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Dracup et al., 1997)

ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Goldberg et al., 2000)

ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยหรือไม่เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ (พิมพา เทพวัลย์ และคณะ, 2554)

ดังนั้น ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก เคยหรือไม่เคยได้รับประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนการเข้ารับการรักษาครั้งนี้

### 3.2.2 การประเมินประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ เคยมีประสพการณ์ กับ ไม่เคยมีประสพการณ์

### 3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา

การศึกษาของ Perkins-Porras et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 2.80 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (OR = 2.80, 95%CI = 1.15 - 6.82) สอดคล้องกับ Ting et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 3.60 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (OR = 3.60, 95%CI = 1.50 - 8.20) อีกทั้งการศึกษาของ Goldberg et al. (2000) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 0.95 เท่าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่มีประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (OR = 0.95, 95%CI = 0.81 - 1.10) สอดคล้องกับการศึกษาของ Herlitz et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 2.22 เท่าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่มีประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (OR = 2.22, 95%CI = 1.22 - 4.16) รวมถึงการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์ และคณะ (2554) พบว่า ประสบการณ์การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .29, p < 0.05$ )

## 3.3 การรับรู้ความเจ็บป่วย

### 3.3.1 ความหมายของการรับรู้ความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ผ่านมา มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง การให้ความหมาย ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยบุคคลจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเมื่อถูกคุกคามจากภาวะความเจ็บป่วย มีการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลที่ได้รับมาจากประสบการณ์ต่อการมีอาการ รวมทั้งข้อมูลที่ได้รับจากบริบททางสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ หลังจากนั้นบุคคลจะมีการสร้างภาพความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยออกมา (Diefenbach & Leventhal, 1996)

การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง กระบวนการทางความคิดและจิตใจของบุคคลที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เป็นการให้ความหมายจากประสบการณ์เดิมและมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล (Weinman & Petrie, 1997)

การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลที่นำมาจัดกลุ่มอย่างเป็นระบบภายใต้โครงสร้างของความทรงจำ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ใช้เป็นหลักในการเลือกแสดงพฤติกรรมและประเมินผลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น (Mols et al., 2012)

การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง การแปลผลหรือให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ความเข้าใจ ความคิด และความเชื่อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ การรับรู้มโนภาพ ความเจ็บป่วยด้านการคิดรู้และด้านอารมณ์ (ดารา วงษ์กวน และคณะ, 2561)

ดังนั้น การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกรู้สึก ความเข้าใจ การแปลผลของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การรับรู้อาการรุนแรง การรับรู้ว่าอาการมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม

### 3.3.2 การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย พบว่า การศึกษาที่ผ่านมา มีการใช้แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยต่างๆ ดังนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness perception questionnaire: IPO) พัฒนาโดย Weinman et al. (1996) ใช้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบสอบถามนี้ได้มีการนำไปใช้ในผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคทางจิตเวช โรคไต โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ที่มีอาการเหนื่อยล้าและมีความปวดแบบปวดเรื้อรัง จำนวน 848 ราย มีจำนวน 31 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลักคือ 1) ลักษณะและอาการของโรค (identity) 2) สาเหตุของโรค (cause) 3) ระยะเวลาการดำเนินโรค (time-line) 4) ผลกระทบจากความเจ็บป่วย (consequences) และ 5) การรักษาและการควบคุมโรค (cure/control) โดยในส่วนของลักษณะและอาการของโรค (identity) มีจำนวน 12 ข้อ ให้ระบุว่า มีหรือไม่มีอาการนั้นๆ สำหรับในข้อคำถามอื่นๆ มีคะแนน 1 - 5 คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .73

2. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire Revised: IPQ-R) พัฒนาโดย Moss-Morris et al. (2002) แปลเป็นภาษาไทยโดยศรินรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ใช้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเรื้อรัง มีจำนวนทั้งหมด 38 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มีคะแนน 1 - 5 คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .91 (นิษฐ์ชาพัส จันทร์สุขศรี, 2560)

3. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness perception questionnaire: B-IPQ) พัฒนาโดย Broadbent et al. (2006) แปลเป็นภาษาไทย โดย นภาพร โสวัตน์นางกูร (Broadbent et al, 2016) ใช้สำหรับประเมินการรับรู้โรคในภาพความเจ็บป่วย ด้านการคิดรู้และด้านอารมณ์ มีจำนวน 9 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงมีคะแนน ตั้งแต่ 0-10 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โรคในภาพความเจ็บป่วยด้านการคิดรู้ จำนวน 7 ข้อ และการรับรู้โรคในภาพความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ ในจำนวน 8 ข้อคำถาม มีข้อคำถามด้านบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5,6 และ 8 และมีข้อคำถามด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 7 (ต้องกลับคะแนนก่อนนำมาคิดคะแนนรวม) ส่วนข้อคำถามที่ 9 เป็นข้อคำถาม ปลายเปิด โดยให้ผู้ป่วยระบุ 3 สาเหตุที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรค มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคน้อย คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ถึง ภาวะคุกคามของโรคมก เครื่องมือนี้ พบว่า CVI เท่ากับ .98 และความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86 (ดาราร วงษ์กวน และคณะ, 2561)

4. แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ พัฒนามาจากแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptom Questionnaire) พัฒนาโดย Dracup and Moser (1997) แปลเป็นภาษาไทย โดยวิยะดา คงแก้ว และคณะ (2559) ซึ่งประเมินการมารับการรักษาซ้ำใน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีแบบเลือกตอบและแบบมีคำตอบให้ เลือกตอบแบบ Rating scale 5 ระดับ เครื่องมือนี้ พบว่า CVI เท่ากับ .80 และความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .67 โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ส่วนคือ

4.1 บริบทที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการครั้งแรก

4.2 สิ่ง que ผู้ป่วยกำลังทำอยู่ก่อนเกิดอาการ

4.3 การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ เช่น ความกลัว ระดับ ความเจ็บปวด

4.4 การตอบสนองต่ออาการด้านพฤติกรรม เช่น สิ่งแรก que ผู้ป่วยทำ เมื่อเกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4.5 การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด เช่น การรับรู้สาเหตุของ อาการที่เกิดขึ้น การประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น

4.6 การตอบสนองของบุคคลอื่นๆ ต่ออาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น

จากข้อมูลข้างต้น พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของ กลุ่มตัวอย่าง จำนวนข้อคำถาม มาตราวัด รวมไปถึงการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness perception questionnaire: B-IPQ) เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวถูกนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ ตลอดจนเป็นแบบสอบถามที่นำไปใช้อย่างกว้างขวาง ได้รับการแปลถึง 23 ภาษา รวมถึงมีฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยด้วย นอกจากนี้ข้อคำถามมีความชัดเจน เป็นแบบสอบถามที่มีจำนวนข้อคำถามน้อย แต่ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยเครื่องมือนี้มีค่า CVI เท่ากับ .98 และความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86 (ดารา วงษ์กวน และคณะ, 2561)

### 3.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา

การศึกษาของ Ericsson et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ความเจ็บป่วยมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 3.43 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้ความเจ็บป่วย (OR = 3.43, 95%CI = 2.06 - 5.72) สอดคล้องกับ Kirchberger et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ความเจ็บป่วยมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.59 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้ความเจ็บป่วย (OR = 1.59, 95%CI = 1.33 - 1.90) การศึกษาของ Nymark et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.06 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้ว่ามีอาการรุนแรง (OR = 1.06, 95%CI = 1.02 - 1.10) อีกทั้งยัง พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าจะสามารถรับมือหรือควบคุมอาการได้มีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.12 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ว่าจะสามารถรับมือหรือควบคุมอาการได้ (OR = 1.12, 95%CI = 1.04 - 1.21) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนารถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ (2549) ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย สามารถร่วมทำนายการระยะเวลาตัดสินใจการมารับการรักษาได้ร้อยละ 6.2 ( $p < 0.05$ ) จากการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์ และคณะ (2554) ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย ด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้นและด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การตอบสนองทางอารมณ์และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถร่วมทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 70.6 ( $p < 0.001$ )



### 3.4 ความวิตกกังวล

#### 3.4.1 ความหมายของความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวล มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้  
ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวลใจ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม ซึ่งจะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น (Spielberger, 1966)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกเชิงลบที่เป็นนามธรรม เกิดขึ้นได้เมื่อครุ่นคิด คาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อาทิ คิดเรื่องที่ตนเองจะตาย และการคิดคำนึงถึงเรื่องต่างๆ ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์คนละอย่างกับความกลัว ซึ่งความกลัวนั้นเป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ ใกล้ตัวและเป็นรูปธรรมมากกว่าความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกกระวนกระวายและกังวลใจ ผู้มีอาการนี้ มักจะตอบสนองต่อภาวะถูกคุกคามต่างๆอย่างเกินจริง (American Psychiatric Association, 2013)

ความวิตกกังวล หมายถึง เป็นอารมณ์ที่มีการตอบสนองทางอารมณ์ หรือมีการรับรู้ อันตรายคุกคามในอนาคต แตกต่างจากความกลัว ที่เป็นสภาวะอารมณ์ที่ส่งเสริมการอยู่รอดโดยมีสิ่ง กระตุ้นที่ชัดเจนเมื่อต้องพบสภาวะที่อันตราย (Crocq, 2015)

ดังนั้น ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่นของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก เมื่อเผชิญกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

#### 3.4.2 การประเมินความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลพบว่าการศึกษาที่ผ่านมา มีการ ใช้แบบประเมินความวิตกกังวล ต่างๆ ดังนี้

1. แบบวัดความวิตกกังวล (visual analogue scale of anxiety) พัฒนา โดย Chlan (2004) เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลในขณะเกิดอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน เป็นมาตรวัดลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนปลายปิดที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร โดย แบ่งระดับความวิตกกังวลได้ 4 ระดับ ได้แก่ มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ (0-40 ) ระดับปานกลาง (40.1-60) ระดับสูง (60.1-80) และระดับสูงมาก (80.1-100) ความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .99

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) พัฒนาโดย Spieberger (1983) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดยชาติรี นนทศักดิ์ และคณะ (2534) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด (Rating scale) 4 ระดับ (มากที่สุด, ค่อนข้างมาก, มีบ้าง, ไม่มีเลย) ซึ่งคะแนนรวมจากแบบสอบถามมีค่าต่ำสุด 20 คะแนน และสูงสุด 80 คะแนน ความวิตกกังวล สามารถแบ่งได้ 4 ระดับ คือ ความวิตกกังวลเล็กน้อย (20-40 คะแนน) ความวิตกกังวลปานกลาง (41-60 คะแนน) ความวิตกกังวลสูง (61-70 คะแนน) ความวิตกกังวลรุนแรง (71-80 คะแนน)

เครื่องมือนี้ พบว่า CVI เท่ากับ .75 และความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .82 (นิพนธ์ วาตาดา และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2562)

3. แบบสอบถามความวิตกกังวล Anxiety sub scale ที่อยู่ในแบบประเมิน Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) ซึ่ง ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539) แปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond and Snaith, 1983) เพื่อไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง มีข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นมาตราแบบ Likert scale โดยมีการให้คะแนน 0 - 3 คะแนน คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมดรวมกัน 21 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่มีความวิตกกังวล (0-7) สงสัยว่าอาจจะมีภาวะวิตกกังวล (8-10) และมีภาวะวิตกกังวล (11-21) เครื่องมือนี้ ความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ.85

จากข้อมูลที่กำลังข้างต้น พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวล มีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของ กลุ่มตัวอย่าง จำนวนข้อคำถาม มาตรฐาน รวมไปถึงการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวถูกใช้ในการวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนี้ข้อคำถามมีความชัดเจน จำนวนข้อมีความเหมาะสม และมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยเครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .82 (นิพนธ์ วาตาดา และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2562) ซึ่งมีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

### 3.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา

การศึกษาของ Herlitz et al. (2010) ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความวิตกกังวลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.45 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีความวิตกกังวล (OR = 1.45, 95 % CI = 1.19 - 1.77) การศึกษาของ ศศิธร โดมมอญ และคณะ (2562) พบว่า ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความวิตกกังวลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 0.12 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีความวิตกกังวล (OR = 0.12, 95%CI = 0.03 - 0.47) สุปราณี คำโสภา และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2560) ศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.33, p < 0.05$ ) และ Abed et al. (2015) ศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.23, p < 0.01$ )

### 3.5 การสนับสนุนทางสังคม

#### 3.5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า จากการศึกษาที่ผ่านมา มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ (House, 1981)

การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับจากบุคคลอื่น การมีคุณค่าในตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านจิตใจ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสารต่างๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมนั้นอย่างเหมาะสม (Pender, 1996)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือและสามารถได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ โดยบุคคลพิเศษ หมายถึง บุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน เช่น คนรู้จัก บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น (วริษา กันบัวลา และคณะ, 2558)

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ว่าสามารถได้รับความช่วยเหลือจากสามี ภรรยา พ่อแม่ ญาติ ครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล และบุคคลทั่วไปที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการ

#### 3.5.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การศึกษาที่ผ่านมา มีการใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ดังนี้

1. แบบสอบถามการสนับสนุนครอบครัวไทย (The Thai Family Support Scale) พัฒนาโดย Schaefer et al. (1981) แปลเป็นภาษาไทย โดย Khuinak (1997) เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด ostomy มีจำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (10 ข้อ) ด้านข้อมูลข่าวสาร (5 ข้อ) และด้านสิ่งของ การเงิน และการดูแล (5 ข้อ) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 5 ถึง 100 คะแนน คะแนนที่ต่ำ หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ ในขณะที่คะแนนสูง หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวสูง โดยการสนับสนุนของครอบครัวไทยแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัวในระดับต่ำ (0 - 33.33) การสนับสนุนของครอบครัวในระดับปานกลาง (33.34 - 66.67) และการสนับสนุนในครอบครัวระดับสูง (66.68 - 100) เครื่องมือนี้ พบว่า มีค่า CVI เท่ากับ 0.83 และความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.89

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) พัฒนาโดย Zimet et al. (1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยทินกร วงศ์ปการันย์ และ ณหทัย วงศ์ปการันย์ (2555) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดความเข้าใจ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีจำนวน 12 ข้อ คำถามแต่ละข้อประกอบ ด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยที่สุด ถึง 7 เห็นด้วยที่สุด คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12 - 84 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้การแรงสนับสนุนทางสังคมมาก เครื่องมือนี้มีความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .92 (วริษา กันบัวลา และคณะ, 2558)

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการมีกิจกรรมทางกายของ (Family and Friend Support for physical activity scale: FFSPAS) พัฒนาโดย Sallis et al. (1987) แปลเป็นภาษาไทย โดย Kaewthummanukul (2006) และนำมาดัดแปลงอีกครั้งโดย สุชาติา เรืองรัตนอัมพร (2556) เพื่อศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีจำนวน 22 ข้อ มีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยทำเลย, นานๆ ครั้ง, 2-3 ครั้ง, บ่อยๆ และเป็นประจำ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว มีข้อคำถาม 12 ข้อ และประเมินการสนับสนุนจากเพื่อน เครื่องมือนี้ พบว่า มีค่า CVI เท่ากับ 1.0 และความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.93

จากข้อมูลทีกล่าวข้างต้น พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของ กลุ่มตัวอย่าง จำนวนข้อคำถาม มาตรวัด รวมไปถึงการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าว ถูกใช้ในการวัดความเข้าใจ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนั้นข้อคำถามมีความชัดเจน จำนวนข้อมีความเหมาะสม และมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยเครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .92 (วริษา กันบัวลา และคณะ, 2558) ซึ่งมีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

### 3.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา

การศึกษาของ สุวีณา เบาะเปลียน และคณะ (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ( $r = -.44, p < 0.01$ ) สอดคล้องกับ วริษา กันบัวลา และคณะ (2558) พบว่า

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รับรู้ว่ามี การสนับสนุนทางสังคมน้อยทำให้ใช้ระยะเวลา การตัดสินใจมารับการรักษาเพิ่มขึ้น ( $r = -0.38, p < 0.01$ ) การศึกษาของ Perkins-Porras et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่อาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวมี ระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.77 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้อาศัยร่วมกับสมาชิกใน ครอบครัว (OR = 1.77, 95%CI = 1.01 - 3.11) และ Mooney et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา เป็น 1.03 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่รับรู้การสนับสนุนทางสังคม (OR = 1.03, 95%CI = 0.72 - 1.49)

### 3.6 การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

#### 3.6.1 ความหมายของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมาให้ผู้ให้ ความหมาย ดังนี้

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติการทางด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการ บำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมินคัดแยก การจัดการ การประสานงาน การควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษา พยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล ตั้งแต่การโทรศัพท์แจ้งเหตุ การรับแจ้งเหตุที่ศูนย์รับ แจ้งเหตุและสั่งการ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินมาถึงที่เกิดเหตุ และการลำเลียง ขนย้ายผู้ป่วยมาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562)

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง เป็นการให้บริการเพื่อรักษาอาการฉุกเฉิน ทางการแพทย์ มักเกิดขึ้นจากการร่างกายหรือจิตใจถูกคุกคามจากภาวะอันตรายอย่างกะทันหัน บ่อยครั้งเกิดจากการบาดเจ็บ การติดเชื้ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมหรือสารเคมี อาจเกิดขึ้นจาก การละเลยการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องของภาวะเรื้อรัง บริการการแพทย์ฉุกเฉินยังรวมถึงการประเมิน อย่างรวดเร็ว การจัดหาสิ่งแทรกแซงที่เหมาะสมทันเวลา และการขนส่งที่รวดเร็วไปยังสถานพยาบาลที่ เหมาะสมที่ใกล้ที่สุด โดยวิธีที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อเพิ่มความอยู่รอด ควบคุมการเจ็บป่วย และป้องกันความพิการ (Kobusingye, 2006)

ดังนั้น การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง เมื่อผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน ผู้ป่วย ญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ โทรแจ้งเหตุเพื่อขอรถพยาบาลรับผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน นำส่งโรงพยาบาล

### 3.6.2 การประเมินการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีข้อความจำนวน 1 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับ ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

### 3.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา

การศึกษาของ Ericsson et al. (2022) ศึกษา พบว่า การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 4.32 เท่าของการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (OR = 4.32, 95%CI = 2.47 - 7.53) สอดคล้องกับ Peng et al. (2014) พบว่า การตัดสินใจขอรถพยาบาลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 0.64 เท่าของการไม่ตัดสินใจขอรถพยาบาล (OR = 0.64, 95%CI = 0.49 - 0.82) การศึกษาของ DeVon et al. (2020) พบว่า การตัดสินใจมาโรงพยาบาลด้วยตนเองมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 1.93 เท่าของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (OR = 1.93, 95%CI = 1.43 - 2.60) สอดคล้องกับ Wang et al. (2013) ที่พบว่า การตัดสินใจใช้การเดินทางอื่น ๆ ในการไปรับการรักษาในโรงพยาบาลมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็น 0.41 เท่าของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (OR = 0.41, 95%CI = 0.28 - 0.60)

## 4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก สรุปได้เป็น 2 ระยะ คือ การพยาบาลในระยะหลังได้รับการวินิจฉัย และการพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 การพยาบาลในระยะหลังได้รับการวินิจฉัยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก (แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, 2564; พัทณี ร่มตาล และคณะ, 2555; ศศิธร ช่างสุวรรณ และคณะ, 2561; Byrne et al., 2023) ประกอบด้วย

4.1.1 การประเมินผู้ป่วย ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพอย่างรอบด้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาล รายละเอียด ดังนี้

- ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินลักษณะทั่วไป
- ซักประวัติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่สำคัญ โดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอกที่จำเพาะ (typical symptom) คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนอะไรมาทับ แต่บางรายอาจ

มีอาการที่ไม่จำเพาะ (atypical symptom) เช่น เจ็บหน้าอกเพียงเล็กน้อย รู้สึกไม่สบายในทรวงอก มีอาการคล้ายไข้หวัด ไอ เหนื่อยง่าย สับสน เป็นลม ปวดหลัง ปวดกราม เป็นต้น รวมถึงซึ่กประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- การตรวจร่างกาย ในระบบหัวใจและหลอดเลือดใช้เทคนิคการตรวจร่างกายด้วยหลักการ การดู (inspection) เพื่อประเมินอาการเขียว อาการบวมและการโป่งพองของหลอดเลือดดำที่คอ การคลำ (palpitation) เพื่อยืนยันตำแหน่ง apical impulse และตรวจหาขอบเขตของหัวใจ (cardiac border) และการฟัง (auscultation) โดยใช้หูฟัง (stethoscope) เพื่อประเมินอัตราจังหวะ และความสม่ำเสมอของการเต้นหัวใจ

- การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ผู้ป่วยทุกรายที่ซึ่กประวัติได้ว่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก หรือเหนื่อยอย่างเฉียบพลัน ควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลภายใน 10 นาที นับตั้งแต่ว่รับบริการมาถึงโรงพยาบาล เพื่อค้นหาสาเหตุความผิดปกติ

- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- การประเมินความรุนแรงจากการเจ็บหน้าอก

- การประเมินด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว

4.1.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินสู่การวินิจฉัยการพยาบาล เช่น ความเจ็บปวดจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความวิตกกังวล ความกลัวตาย ภาวะช็อกจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อยลง การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาที่จะได้รับ เสี่ยงต่อการมีเลือดออกจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

4.1.3 การวางแผนการพยาบาล ได้แก่ การลดการเจ็บหน้าอก เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด การคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบไหลเวียนเลือด เพื่อให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพียงพอ การให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัว

4.1.4 การปฏิบัติการพยาบาล โดยจัดท่านอนผู้ป่วย โดยให้ศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา เพื่อเป็นการลดและป้องกันการเจ็บหน้าอก ติดตามตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ตลอด 24 ชั่วโมง และบันทึกผล ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก หากความเข้มข้นของออกซิเจนที่วัดจากปลายนิ้วต่ำกว่า 90% ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก 2-4 ลิตรต่อนาที เปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ และส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูความผิดปกติของเอนไซม์หรือสารบ่งชี้หัวใจ ให้อาตามแผนการรักษา ได้แก่ ASA gr5 1 เม็ดเคี้ยว และ Clopidogrel 600 mg รับประทานในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 75 ปี หรือถ้าผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีให้ Clopidogrel 300 mg รับประทาน พร้อมทั้งระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือฉุกเฉินพร้อมใช้ แนะนำอาการที่ผู้ป่วยต้องแจ้งพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น ติดตามประเมินระดับความรู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลง

สัญญาณชีพ ภาวะเลือดออกหลังการได้ยาและอาการปวด ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยซักถาม เพื่อระบายเกี่ยวกับความรู้สึกความวิตกกังวล อีกทั้งการให้ข้อมูลซ้ำบ่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจและสร้างความมั่นใจ

4.1.5 การประเมินผล ผลการพยาบาลประเมินได้จากเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือ ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกน้อยลงหรือไม่มีอาการเจ็บหน้าอก การไหลเวียนเลือดมีความคงที่หรือความสมดุล และมีความวิตกกังวลลดลง

4.2 การพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อลดระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก (วัชรวิ พิพิมพ์ ภัคดี, 2552; Dracup et al., 1997)

4.2.1 ควรมีการเน้นเนื้อหาการสอนสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก เกี่ยวกับลักษณะอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทั้งอาการที่พบได้บ่อยและอาการที่แปลกออกไป (Atypical presentation of acute coronary syndrome) เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่อาจเกิดตามการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

4.2.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสมเกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบที่จะเกิดตามมาภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รวมทั้งส่งเสริมให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมารับการรักษาอย่างรวดเร็ว ผลเสียของการมารับการรักษาล่าช้า จัดทำเอกสารเผยแพร่ความรู้ จัดทำแบบประเมินภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคอย่างง่าย และเน้นให้เห็นความสำคัญของตนเองและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงและสามารถประเมินภาวะเสี่ยงของตนเองได้อย่างถูกต้อง

4.2.3 มีการวางแผนให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือผู้ดูแลของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของโรค

4.2.4 สร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญ ความจำเป็นและประโยชน์ในการเรียกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้ถึงแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาอย่างทัน่วงที

4.2.5 มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแก่บุคลากรสุขภาพและประชาชนทั่วไป ตลอดจนเน้นการให้ความรู้โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เพื่อมุ่งหวังให้ระยะเวลาในการตัดสินใจมาพบแพทย์ลดลง ร่วมกับพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแก่ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมเนื้อหาต้นสาเหตุ อาการ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ รวมทั้ง



ระยะเวลาที่เหมาะสมในการตัดสินใจมารับการรักษา และสร้างความเข้าใจถึงประโยชน์ในการเรียกใช้ บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ขณะเกิดภาวะฉุกเฉินของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งจะ ส่งผลให้ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง สามารถตัดสินใจมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

วัตถุประสงค์ของการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ให้ผู้ป่วย ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษา ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตัดสินใจมารับการรักษาที่ ล่าช้าและลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต ด้วยการลดระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาให้มากที่สุด ซึ่งระยะเวลาที่ล่าช้าประกอบด้วยระยะเวลาการตัดสินใจของผู้ป่วยหรือระยะเวลาที่ช้าจากผู้ป่วย ระยะเวลาที่ช้าจากการเดินทางและระยะเวลาที่ล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ เพื่อที่จะสามารถ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาเร็วและมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สาเหตุ สำคัญที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาช้า คือ ระยะเวลาการตัดสินใจของผู้ป่วยหรือระยะเวลาที่ช้าจากผู้ป่วย (Moser et al., 2006) ดังนั้น พยาบาลจึงควรพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาโปรแกรมการ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล โปรแกรมส่งเสริมให้ความรู้ผู้ป่วยในการตัดสินใจ มารับการรักษาเร็วขึ้น เพื่อลดระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาและลดอัตราการเสียชีวิต รวมทั้งวิธีการตอบสนองที่ถูกต้อง

Dracup et al. (1997) ได้เสนอแนวทางการลดระยะเวลาการมารับการรักษาช้าในผู้ป่วย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งถือเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาล ดังนี้

1. ต้องทราบกลุ่มเสี่ยง การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และความจำเป็นของการมารับการรักษาโดยเร็ว ต้องเป็นการให้ ข้อมูลกับกลุ่มเสี่ยงโดยตรง ไม่ใช่เป็นการให้แก่ผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากการให้ความรู้และให้คำปรึกษา คนต่อคนจะสามารถค้นหาปัจจัยเสี่ยงของแต่ละบุคคลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาเมื่อเกิดภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อจะสามารถให้ความรู้และคำปรึกษาที่เฉพาะสำหรับแต่ละ บุคคลได้ ฉะนั้นพยาบาลจะต้องรู้ว่ากลุ่มเสี่ยงคือกลุ่มใดและต้องให้ข้อมูลในด้านใดบ้าง เพื่อลด ระยะเวลาในการมารับการรักษา เมื่อเกิดอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. ต้องทราบปัจจัยที่ส่งผลกับระยะเวลาการมารับการรักษา เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านลักษณะทางคลินิก ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้อยู่ใกล้เคียง และ ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลกับระยะเวลาการมารับการรักษาที่ยาวนานในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน การทราบปัจจัยต่างๆเหล่านี้จะทำให้สามารถระบุผู้ป่วยที่มีแนวโน้มในการใช้ระยะ เวลานานในการแสวงหาการรักษาและเป็นแนวทางเพื่อลดระยะเวลาการมารับการรักษา

3. ต้องทราบว่าควรให้คำแนะนำอะไรบ้างแก่ผู้ป่วย พยาบาลที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วย จะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรคและการรักษา 2) ปัจจัยด้านอารมณ์ของ

ผู้ป่วยที่อาจมีผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาซ้ำ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วย เช่น บุคคลที่ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือหรือขอคำปรึกษาเมื่อเกิดอาการ

นอกจากนั้น บทบาทพยาบาลประสานงานในการสร้างแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษา สร้างแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องสามารถให้คำแนะนำ ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการมารับการรักษา

## 5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยในประเทศ

นุชนารถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ (2549) ศึกษาวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ระดับทำนายในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 105 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ย 95.24 นาที (S.D. = 88.29) อายุ เพศ และการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะของอาการที่เกิด ด้านระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป และด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการรักษา ( $p > .05$ ) ขณะที่ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามหลังการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 224, p < .05$ ) นอกจากนี้ การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาและด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถร่วมทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 6.2 โดยที่การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลัง สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5

วัชรวิ พิณภักดิ์ (2552) ศึกษาการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและศึกษาความสามารถในการทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยตัวแปรด้านลักษณะทางคลินิก การตอบสนองต่ออาการด้านความรู้สึก และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน พบว่า ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.90 ชั่วโมง (S.D. = 5.11) และตัวแปรด้านการตอบสนองต่ออาการด้านความรู้สึก การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ การตอบสนองต่ออาการด้านลักษณะอาการ สามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาได้ร้อยละ 68.9

พิมพา เทพวัลย์ และคณะ (2554) ศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อศึกษาปัจจัยในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 92 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 120 นาที (S.D. = 157.08) การรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ด้านความสามารถในการควบคุมรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และด้านที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถร่วมกันทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 70.6 ( $p < 0.001$ ) โดยเฉพาะการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้มากที่สุด ( $\beta = -.758, p < 0.001$ ) รองลงมาคือการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\beta = -.238$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะตัดสินใจมารับการรักษาต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ลาวัลย์ ออกสุษ และ วาสนา รวยสูงเนิน (2555) ศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการรับรู้อาการและการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่ได้รับกรวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 18 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้อาการของตนเองใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ รับรู้อาการตามความรุนแรงและรับรู้อาการตามสาเหตุและตำแหน่ง ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน 2 กลุ่ม คือ รับรู้ว่าอาการรุนแรงมาก เกิดขึ้นเฉียบพลันทันใด ร้อยละ 33.3 ซึ่งคิดเป็นประมาณ 2 ใน 5 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ส่วนที่เหลือร้อยละ 66.7 รับรู้อาการว่าไม่รุนแรง ค่อย ๆ เกิดขึ้น สำหรับการรับรู้ตามสาเหตุและตำแหน่งของอาการ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ รับรู้ว่าอาการมีสาเหตุมาจากหัวใจ รับรู้แบบไม่แน่ใจว่าอาการเกิดจากหัวใจ และรับรู้ว่าอาการไม่ได้มีสาเหตุจากหัวใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลประมาณร้อยละ 77.8 รับรู้ว่าอาการของตนไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจ เนื่องจากอาการที่เกิดคลุมเครือ ไม่ชัดเจนส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลตอบสนองและจัดการกับอาการแตกต่างกัน ส่วนกลุ่มที่รับรู้ว่าอาการไม่น่าจะมาจากหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 16.7 จะพยายามรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของตนเอง ตามความเข้าใจ และรอประเมินอาการหลังการจัดการนั้นๆ โดยมีส่วนหนึ่งที่อดทนรอคอยให้อาการหายไปเองโดยไม่คิดว่าต้องรีบมารับการรักษา มีผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยเก่าเพียง 1 รายที่รับรู้ว่าตนเองจะต้องพบแพทย์โดยด่วน คิดเป็นร้อยละ 5.6 เนื่องจากเคยมีประสบการณ์มาแล้ว สำหรับปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจมาโรงพยาบาลร้อยละ 88.9 คือ ความชัดเจนของอาการ และอาการที่รุนแรงมากขึ้นจนทำให้รู้สึกเหมือนกำลังจะตาย โดยที่ผู้ให้ข้อมูลที่

เป็นผู้ป่วยเก่ายังคงไม่สามารถเชื่อมโยงอาการที่เกิดขึ้นกับโรคที่เป็นอยู่ได้ แม้ผู้ให้ข้อมูลบางรายพยายามจัดการอาการโดยการอมยาใต้ลิ้นตามคำแนะนำ แต่ระยะเวลาที่รอดูอาการจนตัดสินใจมารับการรักษา ยังขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการที่รุนแรงมากเป็นหลัก ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องข้องในการตัดสินใจคือความสามารถในการเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง

วิชา กันบัวลา และคณะ (2558) ศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 80 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 70 มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ( $\bar{X} = 5.62$ , S.D. = 1.22) มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับปานกลาง (Mean% = 56.60) มีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 99.63 นาที (S.D. = 116.12) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 60 นาที ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศมี ความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{pb} = .24$ ) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.38$ ) และความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.26$ )

ศศิธร โทมอญ และคณะ (2562) ศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวล เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับอาการต่อระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 179 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเท่ากับ 66 นาที โดยความวิตกกังวล เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับอาการสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 38.7 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาการในระดับสูงมาก (OR = 26.26, 95%CI = 2.60 - 264.97) ความเชื่อเกี่ยวกับอาการที่เหมาะสม (OR = 4.97, 95%CI = 1.09 - 22.72) เจตคติเกี่ยวกับอาการที่เหมาะสม (OR = 2.42, 95%CI = 1.05 - 5.59) และความวิตกกังวลในระดับต่ำ (OR = .12, 95%CI = .03 - .47)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) (วัชรวิ พิพิมพ์ภักดี และคณะ, 2552; พิมพา เทพวัลย์ และคณะ, 2553; ศศิธร โทมอญ และคณะ, 2562) และกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI) ไม่มีการศึกษาโดยตรงในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก อีกทั้งมีความหลากหลายของรูปแบบการวิจัยที่ใช้ในการศึกษา ในส่วนปัจจัยในการศึกษามีการใช้ปัจจัยด้านต่างๆ เช่น การตอบสนองด้าน

การรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจน

## 5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Herlitz et al. (2010) ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับเวลาในการตัดสินใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 1,939 คน พบว่า ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเวลาในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่สั้นลง ได้แก่ 1) ST-elevation 2) อาการที่เกี่ยวข้อง เช่น อาการบ้านหมุนหรือใกล้หมดสติ 3) การตีความอาการว่าเป็นสาเหตุเกิดจากโรคหัวใจ 4) ความเจ็บปวดที่ปรากฏขึ้นทันทีทันใดและถึงจุดสูงสุดภายใน 1 นาที 5) มีความรู้และเห็นความสำคัญของการรีบไปพบแพทย์ และ 6) ความวิตกกังวล อีกทั้ง พบว่า ลักษณะของโรคต่อไปนี้จะเกี่ยวข้องกับเวลาในการตัดสินใจที่นานขึ้น ได้แก่ 1) อาการปวดเฉพาที่บริเวณหลัง และ 2) การอยู่คนเดียวขณะเกิดอาการ

Fathi et al. (2015) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเข้ารับการรักษาก่อนถึงโรงพยาบาลที่ล่าช้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 190 ราย พบว่า ผู้ป่วย 39 ราย (20.52%) มาถึงแผนกฉุกเฉินภายในเวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ 73 ราย (38.43%) มาถึงระหว่าง 1 ถึง 6 ชั่วโมงและ 78 ราย (41.05%) มาถึงมากกว่า 6 ชั่วโมง เพศ เส้นทางการขนส่ง ระยะทางที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล การแสดงอาการจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวกับโรคหัวใจ การไปพบแพทย์ประจำครอบครัว และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการรักษาที่ล่าช้า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ศึกษา ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือดและเคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ล่าช้ามากขึ้น แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมาถึงแผนกฉุกเฉินเร็วกว่าผู้ป่วยรายอื่น แต่ก็ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Darawad et al. (2015) ศึกษาวิเคราะห์ตัวทำนายหลายตัวแปรของความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 1894 ราย พบว่า การใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจนานเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า โดยค่ามัธยฐานของเวลาก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคือ 4.06 ชั่วโมง ซึ่งตัวทำนายที่มีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นของผู้ป่วย ACS ทั้งหมด ได้แก่ การใช้ยา การไปพบแพทย์ประจำครอบครัว ลักษณะอาการเป็นๆหายๆ การไม่ใช้รถพยาบาล การที่มีอาการลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และการที่ไม่แสดงอาการว่าเกิดจากโรคหัวใจก็สัมพันธ์กับความล่าช้าก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น

Albarqouni et al. (2016) ศึกษาความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันที่มีต่อระยะเวลาตัดสินใจในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า จำนวน 486 ราย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันสูงมีความสัมพันธ์กับเพศชาย (OR = 1.47, 95%CI = 1.17 - 1.85) แพทย์เวชปฏิบัติในฐานะแหล่งความรู้ (OR = 1.42, 95%CI = 1.14 - 1.77) อายุ (OR = 0.87, 95%CI = 0.86 - 0.89) ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลัน (OR = 0.65, 95%CI = 0.46 - 0.93) แม้ว่าผู้ป่วยร้อยละ 69 ระบุอาการ AMI ทั้งหมดได้อย่างถูกต้อง แต่คนส่วนใหญ่ร้อยละ 98 จะจดจำอาการ AMI ได้เพียงอย่างน้อยหนึ่งอย่าง นอกจากนี้หนึ่งในสามเชื่อว่าอาการหัวใจวายมักมาพร้อมกับอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง

Coventry et al. (2017) ศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระยะเวลาการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ล่าช้า ประสบการณ์อาการและปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายไปแผนกฉุกเฉิน จำนวน 255 ราย พบว่า ปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายไปแผนกฉุกเฉินแบ่งเป็นประเด็นสำคัญสามประการที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1) การเริ่มมีอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งรวมหัวข้อย่อยสามหัวข้อ คือ บริบทของเหตุการณ์ ความหลากหลายของการตีความอาการ และการตอบสนองต่ออาการ 2) พฤติกรรมการขอความช่วยเหลือ และรวมถึงผู้ป่วยที่ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นและแหล่งผู้เชี่ยวชาญต่างๆ และ 3) การขอความช่วยเหลือ ได้แก่ การเรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน ไปที่แผนกฉุกเฉิน การพบแพทย์ทั่วไป

Nhem et al. (2021) ศึกษาการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตอบสนองต่ออาการกับระยะเวลาตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำนวน 95 ราย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (63.2%) เป็นเพศชาย ค่ามัธยฐานของระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา 360 นาที อาการเป็นๆ หายๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.15$ ) และการตอบสนองของผู้พบเห็นมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ( $r = -1.75$ )

Banharak et al. (2020) ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการเข้ารับการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ได้แก่ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 23 ฉบับ พบว่าสาเหตุความล่าช้าส่วนใหญ่ เกิดขึ้นจากความล่าช้าจากผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาการตัดสินใจนาน ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาการรักษาล่าช้าแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศหญิง เชื้อชาติ โสัด/หม้าย/แยกกันอยู่ การศึกษาต่ำ และรายได้ต่ำ 2) ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้รถส่วนตัว การอยู่คนเดียว มีอาการที่บ้าน/วันธรรมดา/กลางคืน และอยู่ในพื้นที่ยากจน/ชนบท 3) ปัจจัยด้านจิตวิทยาและพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้สึกและความคิด

ลั้งเล/คลุมเครือ/รำคาญใจและการจัดการตนเอง 4) ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ไม่มีประวัติโรคหัวใจ ประวัติโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การสูบบุหรี่ และอาการไม่ตรงกัน/รุนแรงน้อย/อาการผิดปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ปัจจุบันมีหลายการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยด้านระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษามาและมีการศึกษามาเป็นระยะเวลานานาน (Herlitz et al., 2010; Fathi et al., 2015; Darawad et al., 2015; Albarqouni et al., 2016; Coventry et al., 2017; Nhem et al., 2021; Banharak et al., 2020) เนื่องจากพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการตัดสินใจ เป็นระยะเวลาที่สำคัญและเป็นเวลาที่ใช้มากที่สุด (Mosor et al., 2006; Alshahrani et al., 2014; Mussi et al., 2014; Mooney et al., 2016) ซึ่งบทบาทของพยาบาลสามารถช่วยลดระยะเวลาการตัดสินใจของผู้ป่วยได้ หากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่มีผลต่อระยะเวลาการตัดสินใจของผู้ป่วยต่างๆ ทั้งสิ่งเร้าจากภายในและสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดของ Dracup et al. (2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาปัจจัยด้านสิ่งเร้า คือ สิ่งเร้าจากภายใน ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความวิตกกังวล สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งปัจจัยสิ่งเร้าเหล่านี้จะส่งผลต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาความสามารถการทำนายของภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความวิตกกังวล ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-segment ไม่ยก

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย** คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ทั้งชายและหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ในโรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลือกกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

#### เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ระดับความรู้สึกรู้ตัวปกติ
2. ผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินด้วย MMSE-Thai 2002 (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น, 2542) โดยเกณฑ์แบ่งได้ดังนี้
  - 1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม
  - 2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม
  - 3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม
3. เข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่อง
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย



### เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติของโรคหรือมีโรคร่วมรุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รุนแรง ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ผู้ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

### การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. ในการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* Power (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553; พิศสมัย อรทัย และ ศรีสมร ภูมนสกุล, 2556; รัตน์ศิริ ทาโต, 2564) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล .18 โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยของผลรวมค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา จากการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์ และคณะ (2553) มีค่าเท่ากับ .13, วริษา กันบัวลา และคณะ (2558) มีค่าเท่ากับ .30 และ นุชนารถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ (2549) มีค่าเท่ากับ .13 นำค่าทั้งหมดรวมกันและหารด้วยจำนวนการศึกษาที่นำมาอ้างอิง กำหนดค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) ที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 (วริษา กันบัวลา และคณะ, 2558) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Dillman, 2000) รวมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 คน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน

### 2. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังภาพที่ 2 มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1 กำหนดโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4 ซึ่งมี 8 จังหวัดและมีโรงพยาบาลทั้งหมด 12 แห่ง ดังนี้

2.1.1 จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

2.1.2 จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมธานี

2.1.3 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โรงพยาบาลเสนา

2.1.4 จังหวัดนครนายก ได้แก่ โรงพยาบาลนครนายก

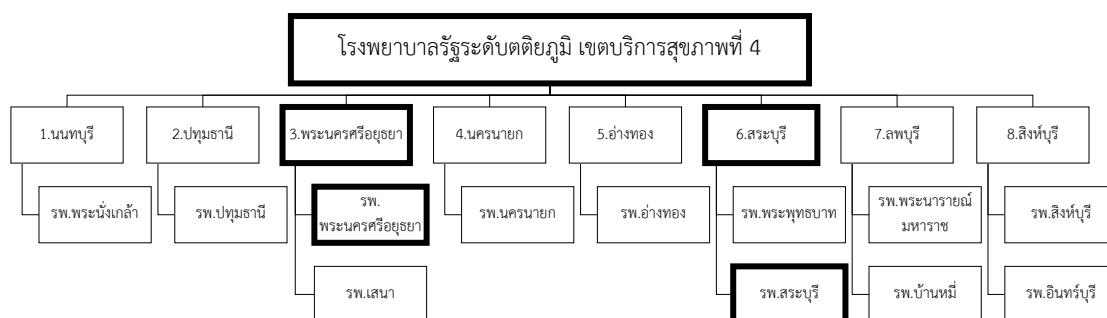
2.1.5 จังหวัดอ่างทอง ได้แก่ โรงพยาบาลอ่างทอง

2.1.6 จังหวัดสระบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลสระบุรี

2.1.7 จังหวัดลพบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาล

บ้านหมี่

2.1.8 จังหวัดสิงห์บุรี ได้แก่ โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลอินทร์บุรี



**ภาพที่ 2** แผนผังการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

2.2 เลือกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 4 จำนวน 4 จังหวัด ที่มีโรงพยาบาลจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

2.3 สุ่มจังหวัดที่มีโรงพยาบาลจำนวน 2 แห่ง มา 2 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดสระบุรี

2.4 สุ่มโรงพยาบาลจังหวัดละ 1 แห่ง จาก 2 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) ได้โรงพยาบาล 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและโรงพยาบาลสระบุรี

2.5 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) โดยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่สนใจติดต่อเข้าร่วมโครงการวิจัยตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ และขออนุญาตตรวจสอบประวัติจากเวชระเบียนจากหอผู้ป่วย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเท่าๆ กันทั้ง 2 แห่ง รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ สถานที่เกิดอาการ ใครนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล อาการที่ทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล และการรักษาที่ได้รับ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 3 ข้อ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษา โดยนับจากตั้งแต่มีอาการจนตัดสินใจว่าควรไปโรงพยาบาลหรือแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ คิดเป็นนาฬิกา โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นเติมคำลงในช่องว่าง หรือ (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ

2. แบบสอบถามภาวะโรคร่วม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะโรคร่วม Charlson Criteria Index พัฒนาโดย Charlson et al. (1987) เป็นแบบประเมินภาวะโรคร่วมที่มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย สามารถประเมินได้จากประวัติการรักษาของผู้ป่วยหรือเวชระเบียน ประกอบด้วย 21 โรคร่วม ซึ่งแต่ละโรคร่วมมีคะแนนตั้งแต่ 1, 2, 3 และ 6 คะแนน โดยมีระดับคะแนน 0 - 39 คะแนน เครื่องมือนี้ความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .89 (อัจฉริยา พวงแก้ว และ คณะ, 2563)

#### เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

กลุ่มโรคที่มีระดับคะแนน 1 คะแนนต่อโรค คือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดและเลือดออกในสมอง โรคความจำเสื่อม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ต้องรับประทานยาคุมกำเนิด โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด Warfarin หรือยา coumadin

กลุ่มโรคที่มีระดับคะแนน 2 คะแนนต่อโรค คือ โรคตับชนิดไม่รุนแรง อัมพาตครึ่งซีกหรืออัมพาตส่วนล่างของร่างกายจากโรคหลอดเลือดสมองหรืออื่นๆ โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา เส้นประสาท หรือไตเสื่อมจากเบาหวาน โรคไตชนิดรุนแรงปานกลางและชนิดรุนแรง (ตั้งแต่ระยะ 3 ขึ้นไป) ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือด ต่อม้ำเหลือง และมะเร็งอวัยวะของร่างกายชนิดก้อน ผู้ป่วยที่เป็นผิวหนังอักเสบ

กลุ่มโรคที่มีระดับคะแนน 3 คะแนนต่อโรค คือ โรคตับชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก

กลุ่มโรคที่มีระดับคะแนน 6 คะแนนต่อโรค คือ โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจายและโรคติดเชื้อ HIV หรือ AIDS

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** คะแนนที่มาก แสดงว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีโรคร่วมมาก

**3. แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย** ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ฉบับย่อ (The Brief Illness perception questionnaire: B-IPQ) พัฒนาโดย Broadbent et al. (2006) แปลเป็นภาษาไทย โดยนภาพร โสวัตินางกูร (Broadbent et al, 2016) ใช้สำหรับประเมินการรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านการคิดรู้และด้านอารมณ์ แบ่งออกเป็น 9 ด้าน มีจำนวน 9 ข้อคำถาม ดังนี้ ข้อคำถามที่ 1 คือ ด้านผลกระทบต่อความเจ็บป่วย ข้อคำถามที่ 2 คือ ด้านระยะเวลาการดำเนินของโรค ข้อคำถามที่ 3 คือ ด้านความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง ข้อคำถามที่ 4 คือ ด้านประสิทธิภาพการรักษารักษาการเจ็บป่วย ข้อคำถามที่ 5 คือ ด้านลักษณะอาการของโรค ข้อคำถามที่ 6 คือ ด้านความกังวลกับโรค ข้อคำถามที่ 7 คือ ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ข้อคำถามที่ 8 คือ ด้านผลกระทบต่ออารมณ์ และข้อคำถามที่ 9 คือ ด้านสาเหตุของโรค เครื่องมือนี้พบว่า CVI เท่ากับ .98 และความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86 (ดาราร วงษ์กวน และคณะ, 2561)

#### **เกณฑ์การให้คะแนน** ดังนี้

ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านการคิดรู้ จำนวน 7 ข้อ และการรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ ในจำนวน 8 ข้อคำถาม มีข้อคำถามด้านบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7 และ 8 และมีข้อคำถามด้านลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 (ต้องกลับคะแนนก่อนนำมาคิดคะแนนรวม) ยกเว้นข้อคำถามที่ 9 เป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ป่วยระบุ 3 สาเหตุที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรค

#### **เกณฑ์การแปลผลคะแนน** ดังนี้

การคิดคะแนนรวมต้องทำการกลับคะแนนในข้อคำถามที่ 3 ก่อนนำมาคิดคะแนนรวม โดยคะแนนรวมมากแสดงถึง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก รับรู้ภาวะคุกคามของโรคมก

**4. แบบสอบถามความวิตกกังวล** ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) พัฒนาโดย Spieberger (1983) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดยธাত্রี นนทศักดิ์ และคณะ (2534) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด Rating scale 4 ระดับ จากไม่มีความรู้สึกเลยถึงมีมากที่สุด ซึ่งคะแนนรวมจากแบบสอบถามมีค่าต่ำสุด 20 คะแนน และสูงสุด 80 คะแนน เครื่องมือนี้ พบว่า CVI เท่ากับ .75 และความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .82 (นิพนธ์ วาตาดา และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2562)

### เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ		ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก	
มากที่สุด	ให้คะแนน 4 คะแนน	มากที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้คะแนน 3 คะแนน	ค่อนข้างมาก	ให้คะแนน 2 คะแนน
มีบ้าง	ให้คะแนน 2 คะแนน	มีบ้าง	ให้คะแนน 3 คะแนน
ไม่มีเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน	ไม่มีเลย	ให้คะแนน 4 คะแนน

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนรวมมากแสดงถึง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีความวิตกกังวลมาก

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) พัฒนาโดย Zimet et al. (1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยทินกร วงศ์ปการันย์ และ ณหทัย วงศ์ปการันย์ (2555) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดความเข้าใจ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีจำนวน 12 ข้อ คำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยที่สุด ถึง 7 เห็นด้วยที่สุด เครื่องมือนี้ ความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .92 (วริษา กั้นบัวลา และ คณะ, 2558)

### เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 3 คะแนน
เฉยๆ	ให้คะแนน 4 คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	ให้คะแนน 5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน 6 คะแนน
ด้วยอย่างมาก	ให้คะแนน 7 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 1-7 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คะแนนเต็มรวม 84 คะแนน คะแนนที่มากแสดงถึง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะโรคร่วม แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ ความชัดเจนของข้อความ ความถูกต้องของการวัด เกณฑ์พิจารณาคะแนน และความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษาตามแนวคิดที่ผู้วิจัยเลือกใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่

1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คน

1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน

1.3 พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือมีความรู้

ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 2 คน

โดยผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีข้อเสนอแนะดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย (The Brief Illness perception questionnaire: B-IPO) ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับเกณฑ์การให้คะแนน โดยข้อคำถามข้อ 4 และ 7 ไม่ต้องกลับคะแนนก่อนนำมาคิดคะแนนรวม เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าเป็นข้อคำถามที่มีลักษณะในเชิงบวก

เมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า  $CVI \geq 0.80$  (Polit & Hungler, 2013)

$$\text{จากสูตร CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ภายหลังจากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผลการพิจารณาการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังตารางที่ 1 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับข้อคำถามให้มีความตรง กระชับ อ่านเข้าใจง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

### 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะโรคร่วม แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องที่ปรับแก้ไขแล้ว รวมถึงแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤต

โรคหัวใจ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน (Grove et al, 2013) จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแต่ละแบบสอบถาม คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยใช้เกณฑ์ค่าแอลฟาที่ยอมรับได้ระดับดีมาก อยู่ระหว่าง 0.80 - 0.90 (DeVellis, 2017)

ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทั้ง 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามภาวะโรคร่วม แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สรุปดังตารางที่ 1 ดังนี้

**ตารางที่ 1** ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) และค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30)

แบบสอบถาม	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา	ค่าความเที่ยง ( $\alpha$ ) (n=30)
1. แบบสอบถามภาวะโรคร่วม	0.95	0.84
2. แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย	1.00	0.87
3. แบบสอบถามความวิตกกังวล	0.75	0.85
4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	1.00	0.91

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือการขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อออกหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล 2 แห่ง

1.2 ผู้วิจัยยื่นเรื่องขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง

1.3 ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

1.4 ผู้วิจัยดำเนินการประสานงาน เพื่อขอเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ แต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**2. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง มีขั้นตอน ดังนี้

2.1 สํารวจรายชื่อและศึกษาประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งพินิจสิทธิกรกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยโดยการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมในการวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/ Participant Information Sheet) จนเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ครั้งละ 1 คน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนอนพักบนเตียงและมีความเป็นส่วนตัว จากนั้นผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามให้ครอบคลุมทั้ง 5 ชุด จนเข้าใจ และรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยเก็บรักษาไว้เป็นความลับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 - 30 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ด้วยตัวเอง ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามทุกข้อให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อและให้เลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือก

2.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบ ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติม เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

2.6 เมื่อได้แบบสอบถามครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 ชุด ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลสระบุรีในวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ SRBR66-014) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาในวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ COA. No.016/2566) จากนั้นผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยจะแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย รวมทั้งขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบสิทธิต่างๆ อย่างเป็นขั้นตอนตามมาตรฐาน โดยมีเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษารายละเอียดข้อมูลอย่างเข้าใจและมีอิสระอย่างเต็มที่ที่จะตัดสินใจตอบรับเข้าร่วมหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และถ้าหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อการบริหารและการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับตามสิทธิ์แต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามในห้องที่จัดเตรียมไว้เป็นส่วนตัวและทุกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้รับการปกป้องข้อมูล ถือเป็นความลับและได้รับการปกปิด ไม่มีการเปิดเผยชื่อนามสกุลที่แท้จริงแก่สาธารณชน โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยโดยทันทีและประสานงานกับพยาบาลประจำแผนก เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้ ความพอเพียงของรายได้ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ สถานที่ที่เกิดอาการ ใคนำท่านมาโรงพยาบาล อาการที่ทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับ การสวนหลอดเลือดหัวใจ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคอื่นๆ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ

2. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ทดสอบค่าการแจกแจงข้อมูลแบบปกติของตัวแปรที่ศึกษาโดยการพิจารณาค่าดัชนีความเบ้ (Skewness) และค่าดัชนีความโด่ง (Kurtosis) ที่อยู่ระหว่าง -1.96 ถึง +1.96 (Corder & Foreman, 2014) จึงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ และเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการคำนวณค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (กัลยา วานิชย์บัญชา และ จิตา วานิชย์บัญชา, 2561) ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ

5. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคร่วม การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ตามคำแนะนำของ Burns & Grove (2009) ดังนี้

ค่า $r$	ระดับความสัมพันธ์
0	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน
0.10 – 0.29	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
0.30 – 0.50	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
0.51 – 0.99	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
1	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

6. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) และมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

6.1 ตัวแปรตามมีระดับการวัดในระดับช่วงมาตราหรืออัตราส่วนมาตรา

6.2 ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์อยู่ในระดับช่วงมาตราหรืออัตราส่วนมาตรา

หากเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่องต้องแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable)

6.3 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) พิจารณาได้จากลักษณะการกระจายของข้อมูลในภาพการกระจาย ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ

6.4 ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ทดสอบโดยใช้ข้อมูลจากภาพ Histogram ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ

6.5 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) พิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter plot) โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่าง Regression Standardized Predicted Value (ค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน) กับ Regression Standardized Residual Value (ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน) พบว่า ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ส่วนใหญ่มีค่าเข้าใกล้ 0 ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ

6.6 ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยวิธีการตรวจสอบด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) จะต้องมีค่าน้อยกว่า 10 และค่า Tolerance ทุกค่าจะต้องอยู่ระหว่าง 0 – 1 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ

6.7 การตรวจสอบความเป็นอิสระกันของความคลาดเคลื่อน (Durbin-Watson) มีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 แสดงว่าไม่เกิดภาวะ autocorrelation คือค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน (กัลยา วิณิชย์บัญชา และ รุติตา วานิชย์บัญชา, 2561) สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.153

จากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติ เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณค่า 0 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในอยู่ระหว่าง 0.29-0.77 และการพิจารณาค่า VIF ทุกตัวแปรมีค่าอยู่ในช่วง 1.28 - 4.37 และค่า Tolerance อยู่ในช่วง .22 - .77

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสามารถการทำนายของภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วยและความวิตกกังวล ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก เพศชายและหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 100 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย และตัวแปรที่ศึกษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ตารางที่ 2 และตารางที่ 3

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ตารางที่ 4

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคร่วม ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ตารางที่ 5

**ตอนที่ 4** ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของภาวะโรคร่วม ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ตารางที่ 6 และตารางที่ 7

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย และตัวแปรที่ศึกษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ สถานที่เกิดอาการ บุคคลที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล อาการที่ตัดสินใจมาโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)*</b>		
41 – 60	49	49
มากกว่า 60 ปี	51	51
Min = 41 Max = 81 $\bar{X}$ = 62.13 S.D. = 9.09		
* แบ่งตามจิตวิทยาพัฒนาการ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2553)		
<b>เพศ</b>		
หญิง	57	57
ชาย	43	43
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	4	4
สมรส	88	88
หม้าย/หย่า/แยก	8	8
<b>จำนวนบุตร</b>		
ไม่มีบุตร	2	2
1 คน	8	8
2 คน	68	68
3 คน	22	22
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	4	4
ประถมศึกษา	49	49
มัธยมศึกษา/ปวช.	30	30
อนุปริญญา/ปวส.	3	3
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	14	14

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>รายได้ (ต่อเดือน)</b>		
5001 – 10,000 บาท	44	44
10,001 – 15,000 บาท	44	44
15,001 – 20,000 บาท	11	11
20,001 บาทขึ้นไป	1	1
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	9	9
เพียงพอ	56	56
ไม่เพียงพอ	35	35
<b>บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ</b>		
คู่สมรส	48	48
บุตร	20	20
คนเดียว	18	18
ญาติ/พี่น้อง	11	11
เพื่อน/ผู้ร่วมงาน	3	3
<b>สถานที่ที่เกิดอาการ</b>		
บ้าน	87	87
ร้านค้า/สวน	8	8
ที่ทำงาน	5	5
<b>ใครนำท่านมาโรงพยาบาล</b>		
บุตร	58	58
ญาติ/พี่น้อง	14	14
อื่นๆ	13	13
มาด้วยตนเอง	7	7
สามี/ภรรยา	5	5
ผู้ร่วมงาน	3	3

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>อาการที่ทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล</b>		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 100)		
เจ็บแน่นหน้าอก	63	63
หอบเหนื่อย	24	24
ใจสั่น	15	15
นอนราบไม่ได้	8	8
บวม	3	3
<b>การรักษาที่ได้รับ</b>		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 100)		
การรับประทานยา	100	100
ได้รับยา Enoxaparin	77	77
ได้รับยา Heparin ทางหลอดเลือด	15	15
สวนหลอดเลือดหัวใจ	9	9
<b>การสวนหลอดเลือดหัวใจ</b>		
<b>ไม่ได้รับ</b>		
ระยะเวลาในการรอดคอย		
สวนหลอดเลือดหัวใจ (สปีดาร์ท)		
1	63	69.2
2	28	30.7
<b>ได้รับ</b>		
ภายในเวลา (ชั่วโมง)		
1	2	22.2
2	1	11.1
3	3	33.3
4	2	22.2
5	1	11.1

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</b>		
<b>ด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน</b>		
เคย	11	11
ไม่เคย	89	89
<b>ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</b>		
<b>ด้วยโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน</b>		
เคย	96	96
ไม่เคย	4	4
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 96)		
Admit ด้วย		
หัวใจล้มเหลว	23	23.9
ปอดอุดตันเรื้อรัง	10	10.4
เบาหวาน	6	6.2
คลอตบุดร	6	6.2
โรคไต	6	6.2
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	5	5.2
ไส้ติ่ง	5	5.2
ผ่าตัดกระดุก	5	5.2
ความดันโลหิตสูง	5	5.2
ติดเชื้ในกระแสเลือด	5	5.2
โรคหลอดเลือดสมอง	5	5.2
นิ่ว	3	3.1
ไส้เลื่อน	3	3.1
มะเร็ง	2	2.0
ท้องเสีย	2	2.0
ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ	2	2.0
ผิวหนังอักเสบ	2	2.0
โรคตา, ต้อ	1	1.0
<b>การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน</b>		
ใช่	13	13
ไม่ใช่	87	87



จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 62.13 ปี ( $\bar{X}$  = 62.13, S.D. = 10.90) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 88 มีจำนวนบุตรครอบครัวละ 2 คน ร้อยละ 68 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท และ 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 44 รองลงมาคือ 15,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 11 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 56 รองลงมาคือ รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 35 ส่วนใหญ่บุคคลที่อยู่ด้วยขณะกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการคือ คู่สมรส ร้อยละ 48 รองลงมาคือ บุตร ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่สถานที่ที่เกิดอาการคือ บ้าน ร้อยละ 87 รองลงมาคือ ไร่/สวน ร้อยละ 8 ผู้ที่นำกลุ่มตัวอย่างมาโรงพยาบาลคือ บุตร ร้อยละ 58 รองลงมาคือญาติ/พี่น้อง ร้อยละ 14 ส่วนใหญ่อาการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจมาโรงพยาบาลคือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้อยละ 63 รองลงมาคือ หอบเหนื่อย ร้อยละ 24 การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ การรับประทานยา ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ได้รับยา Enoxaparin ร้อยละ 77 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 91 ซึ่งมีระยะเวลาในการรอคอยสวนหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดคือ 1 สัปดาห์ ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือ 2 สัปดาห์ ร้อยละ 30.7 ส่วนผู้ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 9 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการรอคอยสวนหลอดเลือดหัวใจ ภายในเวลา 3 ชั่วโมง ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ภายในเวลา 1 และ 4 ชั่วโมง ร้อยละ 22.2 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 89 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคอื่นๆ ร้อยละ 96 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย หัวใจล้มเหลว ร้อยละ 23.9 รองลงมาคือ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 10.4 และส่วนใหญ่ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 87

**ตารางที่ 3** Possible range, Actual range ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ ตัวแปรภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	Possible Score	Actual Score	Mean	SD
ภาวะโรคร่วม	0-30	1-7	4.13	1.48
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา	0-1	0-1	0.11	0.31
การรับรู้ความเจ็บป่วย	0-80	29-66	54.49	7.32
ความวิตกกังวล	20-80	36-69	51.60	8.22
การสนับสนุนทางสังคม	12-84	37-69	54.02	8.22
การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	0-1	0-1	0.13	0.33

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะโรคร่วม เท่ากับ 4.13 (SD = 1.48) มีคะแนนเฉลี่ยของประสบการณ์การเข้ารับการรักษา เท่ากับ 0.11 (SD = 0.31) มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเจ็บป่วย เท่ากับ 54.49 (SD = 7.32) มีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล เท่ากับ 51.60 (SD = 8.22) มีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 54.02 (SD = 8.22) และมีคะแนนเฉลี่ยของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับ 0.13 (SD = 0.33)

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก

ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ และจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกติเช่นเดียวกัน (วริษา กันบัวลา และคณะ, 2558; สุปราณี คำโสภา และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2560) ทั้งนี้เพราะเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับการรักษาของบุคคลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ซึ่งอาจมาเร็วเป็นนาทีจนกระทั่งมาช้าเป็นวัน ทำให้ข้อมูลมีการกระจายมาก ดังนั้นการนำเสนอผลวิจัยที่ได้จากการศึกษานี้ จึงใช้ค่ามัธยฐานซึ่งเป็นค่าที่เป็นตัวกลางได้ดีที่สุด (ทรงศักดิ์ ภูสีอ่อน, 2551) ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่ามัธยฐานเป็นหลัก โดยมีค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานประกอบ

**ตารางที่ 4** จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก จำแนกตามระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา (วัดได้จากเวลาที่เริ่มตั้งแต่มมีอาการ จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือแสวงหาความช่วยเหลือ) (n = 100)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาการตัดสินใจ</b>		
ตัดสินใจมารับการรักษาภายใน 20 นาที	7	7
ตัดสินใจมารับการรักษามากกว่า 20 นาที	93	93
$\bar{X}$ = 122.35, S.D. = 102.86, Median = 90, Min = 10, Max = 540		

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเริ่มตั้งแต่มมีอาการ จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือแสวงหาความช่วยเหลือ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา มากกว่า 20 นาที คิดเป็นร้อยละ 93 ค่าเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 122.35 นาที (S.D. = 102.86) โดยมีค่ามัธยฐาน 90 นาที (ค่าต่ำสุด = 10 นาที ค่าสูงสุด = 540 นาที)

**ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก**

สำหรับการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก ฉ) โดยการทดสอบการกระจายของข้อมูล (Test of Normal distribution) ด้วยการพิจารณาค่า Skewness (ความเบ้) และค่า Kurtosis (ความโด่ง) พบว่า ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีค่าดัชนีความเบ้ เท่ากับ -.69, 2.53, -.07, 0.195, 0.62, และ 9.30 ตามลำดับ และมีค่าดัชนีความโด่ง เท่ากับ -1.95, -.18, -1.78, -1.48, -1.50, และ 6.49 ตามลำดับ ผลการทดสอบ พบว่า ภาวะโรคร่วม การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม มีค่าดัชนีความเบ้ และค่าดัชนีความโด่งอยู่ระหว่าง -1.96 ถึง +1.96 แสดงถึงการกระจายข้อมูลแบบปกติ (Corder & Foreman, 2014) และเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตติ วานิชย์บัญชา, 2561) แต่ตัวแปร ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีค่าดัชนีความเบ้ และ/หรือค่าดัชนีความโด่งมากกว่า -1.96 และ +1.96 แสดงถึงไม่มีการกระจาย

ข้อมูลแบบปกติ (Corder & Foreman, 2014) จึงไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังนั้นจึงใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก (Corder & Foreman, 2014)

**ตารางที่ 5** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคร่วม ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (n=100)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
<b>Pearson's correlation</b>							
1. ภาวะโรคร่วม	1						
2. การรับรู้ความเจ็บป่วย	-.698**	1					
3. ความวิตกกังวล	-.827**	.738**	1				
4. การสนับสนุนทางสังคม	-.759**	.682**	.787**	1			
<b>Spearman's rho</b>							
5. ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	.403**	-.427**	-.424**	-.325**	1		
6. การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	-.458**	.370**	.422**	.424**	-.136	1	
7. ระยะเวลาการตัดสินใจ	.777**	-.773**	-.803**	-.753**	.418**	-.424**	1

\*\* p < .01

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคร่วม การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .777$ ) การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.773$ ) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.803$ ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.753$ )

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation) พบว่า ประสบการณ์การเข้ารับการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .418$ ) และ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.424$ )

สำหรับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมีจำนวน 6 คู่ ได้แก่ ภาวะโรคร่วมกับความวิตกกังวล ( $r = -.827$ ) ความวิตกกังวลกับการสนับสนุนทางสังคม ( $r = .787$ ) ภาวะโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ( $r = -.759$ ) ความวิตกกังวลกับการรับรู้ความเจ็บป่วย ( $r = .738$ ) การรับรู้ความเจ็บป่วยกับภาวะโรคร่วม ( $r = -.698$ ) และการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ความเจ็บป่วย ( $r = .682$ ) แต่เมื่อพิจารณาค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระดังกล่าว พบว่า มีค่าไม่ใกล้เคียงกับศูนย์ ส่วนค่า VIF มีค่าน้อยกว่าสิบ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) สรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวที่ทำการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนาย ของภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	F	p-value
1 ความวิตกกังวล	.803	.644	.641	.644	177.648	<.001**
2 การรับรู้ความเจ็บป่วย	.846	.716	.711	.072	24.640	<.001**
3 ภาวะโรคร่วม	.858	.737	.729	.020	7.423	.008*
4 การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	.865	.748	.738	.012	4.387	.039*
5 การสนับสนุนทางสังคม	.872	.761	.748	.012	4.808	.031*
6 ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	.878	.771	.757	.011	4.323	.040*

\*\* p < .01, \* p < .05

**ตารางที่ 7** ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ของภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	b	Std. Error	$\beta$	t	p-value
1 ความวิตกกังวล	-2.962	1.297	-.237	-2.284	.025*
2 การรับรู้ความเจ็บป่วย	-4.124	1.098	-.294	-3.757	<.001**
3 ภาวะโรคร่วม	15.925	6.663	.229	2.390	.019*
4 การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	38.048	17.194	.125	2.213	.029*
5 การสนับสนุนทางสังคม	-2.586	1.085	-.207	-2.384	.019*
6 ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	38.231	18.388	.117	2.079	.040*
(Constant)	564.696	94.854		5.953	<.001

R = .878, R<sup>2</sup> = .771, Adjusted R<sup>2</sup> = .757, Std. Error = 50.752  
Durbin-Watson = 2.153

\*\* p < .01, \* p < .05

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาจากค่า  $\beta$  พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด ( $\beta = -.294$ , p < .01) รองลงมาคือ ความวิตกกังวล ( $\beta = -.237$ , p < .05) ภาวะโรคร่วม ( $\beta = .229$ , p < .05) การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = -.207$ , p < .05) การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ( $\beta = .125$ , p < .05) และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ( $\beta = .117$ , p < .05) ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปร สามารถทำนายความแปรปรวนของระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้ ร้อยละ 75.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Adjusted R<sup>2</sup> = .757, p < .05)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาความสามารถการทำนายของภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความวิตกกังวล ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ในโรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามภาวะโรคร่วม 3) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย 4) แบบสอบถามความวิตกกังวล และ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ของแบบสอบถามภาวะโรคร่วม แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .95, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความวิตกกังวลเป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานและตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ในโรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคของแบบสอบถามภาวะโรคร่วม



แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .84, .87 และ .91 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความวิตกกังวลมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคเท่ากับ .85

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้ ความพอเพียงของรายได้ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ สถานที่ที่เกิดอาการ ใครนำท่านมาโรงพยาบาล อาการที่ทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับ การสวนหลอดเลือดหัวใจ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคอื่นๆ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ

2. วิเคราะห์ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก วิเคราะห์โดยหาค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคร่วม การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation) และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก วิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

### สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 62.13 ปี (S.D. = 10.90) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57 มีสถานภาพสมรสคู่ส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 88 มีจำนวนบุตรส่วนใหญ่ครอบครัวละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 68 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 49 มีรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ 5,001 - 10,000 บาท และ 10,001 - 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 56 บุคคลที่

อยู่ด้วยขณะกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการส่วนใหญ่ คือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 48 สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ขณะเกิดอาการคือ บ้าน คิดเป็นร้อยละ 87 บุคคลส่วนใหญ่ที่นำกลุ่มตัวอย่างมาโรงพยาบาลคือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 58 ส่วนใหญ่อาการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจมาโรงพยาบาลคือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 63 การรักษาส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคือ การรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 91 โดยมีระยะเวลาในการรอคอยสวนหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่คือ 1 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 69.2 ส่วนผู้ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 9 มีระยะเวลาในการรอคอยสวนหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่คือ ภายในเวลา 3 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 33.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 89 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 96 ส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลด้วยหัวใจล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 23.9 และส่วนใหญ่ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 87

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา โดยประเมินตั้งแต่มีอาการ จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือแสวงหาความช่วยเหลือมากกว่า 20 นาที คิดเป็นร้อยละ 93 มีเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 122.35 นาที (SD = 102.86) โดยมีค่ามัธยฐาน 90 นาที ระยะเวลามากที่สุด เท่ากับ 540 นาที (9 ชั่วโมง) ระยะเวลาน้อยที่สุด เท่ากับ 10 นาที

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคร่วม การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .777$ ) การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.773$ ) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.803$ ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.753$ )

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation) พบว่า ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .418$ ) และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางลบ

ในระดับปานกลางกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.424$ )

เมื่อพิจารณาตัวแปรทำนาย ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 75.70 (Adjusted  $R^2 = .757$ ,  $p < .05$ )

### การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่พบได้ดังนี้

#### 1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก

ระยะเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังจากเกิดอาการจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 90 นาที (ระยะเวลาน้อยสุด = 10 นาที, ระยะเวลาสูงสุด = 540 นาที) ซึ่งล่าช้ากว่าเวลามาตรฐานตามแนวปฏิบัติของ ACC/AHA (2012) โดยกำหนดเป้าหมายระยะเวลาที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยต้องตัดสินใจมารับการรักษาทันที เมื่อมีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายในเวลา 5 นาที แต่ไม่ควรเกิน 20 นาที สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อก และภาวะหัวใจล้มเหลว (Tummala & Farshid, 2015) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตโดยกะทันหันก่อนมาถึงโรงพยาบาล และหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้เสียชีวิต แต่อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะต้องใช้เวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังสิ้นเปลืองทรัพยากรและงบประมาณของรัฐบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น โดยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก (Decision-making time) ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาตัดสินใจในการมารับการรักษามากกว่า 20 นาที คิดเป็นร้อยละ 93 ซึ่งระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษานี้ ถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมากและเป็นช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย (Mooney et al., 2016; ศศิธร โทมอญ และคณะ, 2562) เนื่องจากการใช้

ระยะเวลาการตัดสินใจที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤติอย่างทันท่วงที

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังจากเกิดอาการมากกว่า 20 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร โทมมอญ และคณะ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของความวิตกกังวล เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับอาการต่อระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาเท่ากับ 66 นาที แต่ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษานานกว่า อาจเนื่องจากการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ซึ่งพยาธิสภาพการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆ จึงส่งผลให้อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจน เช่น รู้สึกไม่สุขสบายในทรวงอก ปวดหลัง เหงื่อออก ใจสั่น เหนื่อยง่าย สับสน เป็นลม เป็นต้น (แจ่มจันทร์ ประทีปโมโนวงศ์, 2564) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงรอดูอาการและคิดว่าตนเองยังสามารถรอได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น (พิชญา ภัสสรสุวรรณศิริกุล และ สมยศ ศรีจรรย์, 2562)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ร้อยละ 87 อยู่บ้านขณะเกิดอาการ เนื่องจากเป็นสถานที่ที่สามารถนอนพักหรือรักษาเองก่อนที่จะตัดสินใจไปรับการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการจะรอดูอาการหากอาการไม่ดีขึ้นหรืออาการหนักขึ้นจึงตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ วริษา กันบัวลา และคณะ (2558) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการตัดสินใจมารับรักษาล่าช้าส่วนใหญ่เกิดอาการที่บ้าน

**2. เพื่อศึกษาความสามารถการทำนายของภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก**

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วยมีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด ( $\beta = -.294, p < .01$ ) รองลงมาคือ ความวิตกกังวล ( $\beta = -.237, p < .05$ ) ภาวะโรคร่วม ( $\beta = .229, p < .05$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = -.207, p < .05$ ) การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ( $\beta = .125, p < .05$ ) และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ( $\beta = .117, p < .05$ ) ตามลำดับ โดยสามารถร่วมทำนายความ

แปรปรวนของระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้ร้อยละ 75.70 (Adjusted  $R^2 = .757$ ,  $p < .05$ ) โดยตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสำคัญที่สุดในการทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา ซึ่งถูกคัดเข้าสู่สมการตัวแรก ตัวแปรความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอันดับสอง ตามด้วยตัวแปรภาวะโรคร่วม ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และตัวแปรประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามลำดับ ที่สามารถทำนายระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก

**การรับรู้ความเจ็บป่วย** มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.773$ ) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ( $\beta$ ) =  $-.294$  ( $p < .01$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยน้อย จะมีระยะเวลาการตัดสินใจเข้ารับการรักษามากขึ้น กล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับรู้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก นั้นว่ามีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและอันตรายถึงชีวิต จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Vidotto et al. (2013) ที่พบว่า ผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยน้อย จะมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากเมื่อเกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดขึ้น ผู้ป่วยมีความคิดว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรงและพยายามไม่นึกถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากไม่ไปรับการรักษา จากความเชื่อนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงการไปรับการรักษา จึงทำให้การตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า รวมถึงการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์ และคณะ (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ภาวะแทรกซ้อนภายหลังเกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกลัวตกแล้วต่อผลกระทบที่อาจส่งผลกับการดำเนินชีวิต ซึ่งอาจเกิดความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต รวมถึงกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วจากบุคลากรทางสุขภาพ ภาวะอันตรายนี้จะสามารถควบคุมและรักษาได้ จึงส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างทันท่วงที สอดคล้องกับแนวคิดของ Dracup et al. (2006) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าจะผลกระทบจากการเจ็บป่วยรุนแรง กระทบต่อการดำเนินชีวิตมาก จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาที่เร็ว

เมื่อพิจารณาความสามารถการทำนาย พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย สามารถทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ดี จะส่งผลให้มีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษา ของ Ericsson et al.

(2022) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ความเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงเป็นตัวกระตุ้นให้ ผู้ป่วยตื่นตัวมากขึ้นและ การรับรู้ว่าการที่ที่เกิดขึ้นเป็นภัยคุกคามต่อชีวิต ไม่สามารถรอได้ ทำให้เกิดการตอบสนองโดยการ ตัดสินใจไปพบแพทย์ตั้งแต่นั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nymark et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้อาการรุนแรงมากมีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับ การรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่รับรู้อาการรุนแรงน้อย อีกทั้งยัง พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันที่มีการรับรู้ที่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้น จะมีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการ รักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคน้อยและ รับรู้ที่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้มีการหาวิธีบรรเทาอาการด้วยตนเองและเมื่ออาการ ไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจมารับการรักษา ส่งผลให้ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาที่ โรงพยาบาลล่าช้า

**ความวิตกกังวล** มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.803$ ) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ( $\beta$ ) =  $-.237$  ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการความวิตกกังวลน้อย จะมีระยะเวลาการตัดสินใจเข้ารับ การรักษามากขึ้น อาจเนื่องจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่ออาการหรือสิ่งเร้าต่างๆที่กำลังเผชิญอยู่จริงและที่ คาดการณ์ล่วงหน้าว่าเป็นภาวะคุกคามและอันตรายต่อตนเองและไม่สามารถควบคุมสิ่งเร้า นั้นได้ ตามแนวคิดของ Spielberger et al. (1983) ที่กล่าวว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นความวิตก กังวลที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์นั้นๆที่เข้ามากระตุ้น เป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัว และกังวลใจของบุคคล ซึ่งเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าเป็นภาวะคุกคามและเป็น อันตรายต่อตนเอง โดยที่สิ่งเร้า นั้นอาจมีอยู่จริงหรือเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า สอดคล้องกับ การศึกษาของ ศศิธร โทมอญ และคณะ (2562) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มี ความวิตกกังวลต่ำมีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความวิตก กังวลน้อยขณะเกิดอาการ จะมีการรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและความรุนแรง น้อย เช่น อาการเหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการกับอาการ เบื้องต้นก่อนและไม่รีบตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาของ สุปราณี คำโสภา และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2560) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันเป็นผู้ที่ เคยมีประสบการณ์เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว ทำให้ผู้ป่วยใช้ ประสบการณ์เดิมในการประเมินว่าสามารถดูแลควบคุมอาการได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวล กับอาการกำเริบของโรคมามาก จึงไม่รีบตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล รวมถึงการศึกษาของ Abed et al. (2015) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับ การรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เมื่อพิจารณาความสามารถการทำนาย พบว่า ความวิตกกังวล สามารถทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ที่มีความวิตกกังวลมากขึ้น จะส่งผลให้มีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาน้อยลง ดังเช่น การศึกษาของ Herlitz et al. (2010) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความวิตกกังวลต่ำมีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาช้าลง สาเหตุจากผู้ป่วยไม่แน่ใจในอาการ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจนว่าเป็นอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามที่ตนเองคาดไว้ เช่น เวียนหัว หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า รวมถึงการศึกษาของ Allana et al. (2015) และ การศึกษาของ ศศิธร โทมอญ และคณะ (2562) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความวิตกกังวลระดับต่ำจะทำให้มีระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาลล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลขณะเกิดอาการในระดับต่ำมีการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจและมีความรุนแรงน้อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการกับอาการด้วยตนเองเบื้องต้นก่อน และไม่เร่งรีบตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้มีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษายาวนานขึ้น

**ภาวะโรคร่วม** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .777$ ) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ( $\beta$ ) = .229 ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคร่วมมาก จะส่งผลให้ระยะเวลาการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น โดยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยร่วม ได้แก่ โรคเรื้อรังต่างๆ อาทิเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด หรือ โรคประจำตัวผู้ป่วย เป็นต้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ericsson et al. (2022) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นโรคกระเพาะอาหารมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 90 นาที การศึกษาของ Goldberg et al. (2008) พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการแสวงหาการรักษาที่เพิ่มขึ้น การศึกษาของ Kirchberger et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 120 นาที รวมถึง Chowdhury et. al. (2021) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นโรคเบาหวานมีระยะเวลาการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า และการศึกษาของ Dracup et al. (1997) พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในการมารับการรักษา อาจเป็นไปได้ว่าภาวะโรคร่วมส่งผลให้กระบวนการคิดหรือกระบวนการตัดสินใจล่าช้าออกไป เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมา

จากโรคใดกันแน่ จึงทำให้ลังเลในการตัดสินใจไปรับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ทองเพชรและคณะ (2564) ที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคไต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเรื้อรัง หรือมีโรคประจำตัวอื่นๆ อาจมีลักษณะอาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน เช่น อาจมีอาการเหนื่อย หอบ ใจสั่น หรือเป็นลมหมดสติแทนอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน ทำให้มีระยะเวลาการตัดสินใจแสวงหาการรักษาล่าช้า

เมื่อพิจารณาความสามารถการทำนาย พบว่า ภาวะโรคร่วม สามารถทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ที่มีภาวะโรคร่วมมากขึ้น จะส่งผลให้มีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kirchberger et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงใช้ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 120 นาที และ Ängerud et al. (2016) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เป็นโรคเบาหวานจะมีระยะเวลาไปรับการรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน เกิดจากการตีความอาการที่ไม่ชัดเจน โดยอาการที่พบบ่อยที่สุด 3 อาการที่พบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ปวดแขน/มือ และเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการเจ็บหน้าอก เหงื่อออก และปวดแขน/มือ อาการที่พบว่ามีความคล้ายคลึงกันนี้ ทำให้การตัดสินใจมีระยะเวลานานขึ้น แต่พบว่าค่ามัธยฐานเวลาการตัดสินใจไปรับการรักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน นานกว่าคือ 2 ชั่วโมง 24 นาที ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวานเท่ากับ 1 ชั่วโมง 15 นาที ส่งผลให้ระยะเวลาการไปรับการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เป็นโรคเบาหวานมีระยะเวลาไปรับการรักษาล่าช้ากว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Chowdhury et al. (2021) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นโรคเบาหวานมีระยะเวลาการตัดสินใจแสวงหาการรักษาหรือขอความช่วยเหลือที่ล่าช้า

**การสนับสนุนทางสังคม** มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.753$ ) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ( $\beta$ ) =  $-.207$  ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีระยะเวลาการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของสังคมไทย สมาชิกในครอบครัวจะมีความใกล้ชิดและดูแลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยและเมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดปัญหาสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการร่วมตัดสินใจในการมารับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ วริษา กันบัวลา และคณะ (2558) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมาก ทำให้ใช้ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาน้อยลง เนื่องจากการที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้ว่าจะสามารถเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมอย่าง



เพียงพอกับบุคคลรอบข้าง จะส่งผลให้ผู้ป่วยกล้าขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเมื่อเกิดอาการ ทำให้สามารถแสวงหาการรักษาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาลดลง อีกทั้งการศึกษาของ สุวีณา เบาะเปลี่ยน และคณะ (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเมื่อมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเมื่อมีปัญหาในการเดินทางมารับการรักษา ซึ่งสมาชิกในครอบครัวนี้จะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในการช่วยแสวงหาทางช่วยเหลือหรือแหล่งช่วยเหลือต่างๆที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย รวมถึง อมรรรัตน์ นาคละมัย (2553) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง ได้รับความช่วยเหลือเมื่อหอบเหนื่อย ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่าย ค่าเดินทางและการพาไปรับการรักษา ทำให้ลดอาการลังเลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้มารับการรักษาเร็วขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิภาพร ภิญญาศรี (2551) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีตัดสินใจมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ นอกจากนี้ผลการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสถึงร้อยละ 88 บุคคลที่อยู่ด้วยขณะกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการส่วนใหญ่คือสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส ร้อยละ 48 รองลงมาคือ บุตร ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีบุตรครอบครัวละ 2 คนถึงร้อยละ 68 สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ขณะเกิดอาการคือ บ้านถึงร้อยละ 87 และบุคคลส่วนใหญ่ที่นำกลุ่มตัวอย่างมาโรงพยาบาลคือ บุตรถึงร้อยละ 58 จะเห็นได้ว่า สมาชิกในครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจมารับการรักษาและนำกลุ่มตัวอย่างส่งโรงพยาบาล หากสมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและแสวงหาทางช่วยเหลือหรือแหล่งช่วยเหลือต่างๆที่เหมาะสม จะช่วยลดระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและส่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาความสามารถการทำนาย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เช่น มีการรับรู้ว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือและสามารถขอความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลกรทางการแพทย์อย่างเพียงพอ จะใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจในการมารับการรักษาที่รวดเร็วกว่าผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางสังคม (วริษา กันบัวลา และคณะ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ Perkins-Porras et al. (2009) พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการพิจารณาอาการและร่วมตัดสินใจมารับการรักษา อีกทั้งผู้ป่วยที่รับรู้ว่าจะสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเมื่อเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์และแสวงหาการรักษาได้อย่างถูกต้อง

เหมาะสม ส่งผลให้ระยะเวลาการมารับการรักษาลดลง รวมถึง Tanner (2012) พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ขาดค่าปรึกษาหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่น จะมีการตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่นานขึ้น อีกทั้งการศึกษาของ Peng et al. (2014) ที่ศึกษาในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ยก ในประเทศจีน พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีการตัดสินใจไปรับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า และการศึกษาของ Venkatesan et al. (2018) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 93 มีการตัดสินใจมารับการรักษาที่ยาวนาน เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้ระยะเวลาในการไปรับการรักษาล่าช้า

**การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน** มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.424$ ) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ( $\beta$ ) = .125 ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีระยะเวลาการตัดสินใจเข้ารับรักษามากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ Wang et al. (2013) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.20 ที่ไม่ใช่รพพยาบาล มีระยะเวลาการตัดสินใจ 130 นาที ใช้เวลาการเดินทาง 30 นาที และใช้เวลาในโรงพยาบาล 20 นาที เนื่องจากผู้ป่วยคาดว่า การติดต่อกับบุคคลากรทางสุขภาพเพื่อเรียกรถพยาบาลจะต้องใช้ระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 70.80 มีเวลาในการมารับการรักษามากกว่า 60 นาที อีกทั้งการศึกษาของ Mooney et al. (2016) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ไม่ตัดสินใจเรียกรถพยาบาลทันทีภายหลังเกิดอาการ เนื่องจากอาการดังกล่าวมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและเกิดขึ้นเป็นระยะๆ และรับรู้ว่าการไม่รุนแรง ทำให้มีระยะเวลาการมารับรักษานานกว่าผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ยก และการศึกษาของ ลาววัลย์ ออกสุข และ วาสนา รวยสูงเนิน (2555) ที่ศึกษาการรับรู้อาการและการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า ระบบบริการทางการแพทย์ในการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เป็นที่นิยม เนื่องจากมีความเชื่อว่าล่าช้าและความเชื่อเกี่ยวกับการเคยใช้รถรับส่งผู้เสียชีวิต ล้วนทำให้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับรักษาค่อนข้างล่าช้า

เมื่อพิจารณาความสามารถการทำนาย พบว่า การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะส่งผลให้มีโอกาสในการตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วขึ้น ในศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีอายุเฉลี่ย 62.13 ปี ( $\bar{X} = 62.13$ , S.D. = 9.09) โดยเมื่ออายุที่มากขึ้นก็จะเกิดความเสื่อมสภาพ ทั้ง

ระบบต่างๆในร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสรีระภาพ ส่งผลให้การทำงานช้าลง ประสิทธิภาพในการสั่งการของสัญญาณประสาทในสมองลดลง ทำให้มีการตัดสินใจช้าลง (สุริพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และ รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Keskin et al. (2005) ที่พบว่า เมื่อมีอาการเกิดขึ้นคนอายุมากจะตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้ากว่าคนอายุน้อย และจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการมากที่สุด คือ คู่สมรส ร้อยละ 48 รองลงมาคือ บุตร ร้อยละ 20 ซึ่งบุคคลในครอบครัวอาจมีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อนำผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Tummala & Farshid (2015) ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการและขอความช่วยเหลือจากคู่สมรสหรือบุตร บุคคลเหล่านี้จะมีความเร่งรีบมากกว่าผู้ป่วยในการโทรหาบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเรียกรถพยาบาล สอดคล้องกับ จินตนา ทองเพชร และคณะ (2564) ที่ศึกษา ความล่าช้าในการแสวงหาบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า ญาติหรือบุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ มีความกระตือรือร้นที่จะขอความช่วยเหลือมากกว่าตัวผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้เวลาในการตัดสินใจเรียกรถพยาบาลสั้นลง รวมถึงการศึกษาของ Ericsson et al. (2022) ที่พบว่า หากผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวขณะเกิดอาการ คนในครอบครัวจะมีการตัดสินใจที่รวดเร็วในการแสวงหาบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาในการตัดสินใจไปรับการรักษาสั้นลง

**ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .418$ ) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ( $\beta$ ) = .117 ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีระยะเวลาการตัดสินใจเข้ารับรักษามากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะพยายามรักษาอาการด้วยตนเอง ก่อนตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ก่อนกลับบ้านจะได้รับคำแนะนำในการบรรเทาอาการและได้รับยามไต่ล้นกลับบ้าน เมื่อเกิดอาการจึงพยายามรักษาตนเองเพื่อบรรเทาอาการ โดยการอมยาไต่ล้นเพื่อตอบสนองต่ออาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก จุกแน่นไต่ล้นปี และหากพบว่าอาการไม่ดีขึ้นผู้ป่วยจะปฏิบัติซ้ำ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยเชื่อว่าการปฏิบัติเช่นนี้จะช่วยบรรเทาอาการได้ทุกครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นถึงความสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันทีที่เริ่มมีอาการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Dracup et al. (2006) ที่กล่าวว่า การตัดสินใจมารับการรักษาเป็นพฤติกรรมที่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคที่เคยได้รับจากประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีตอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลและความสามารถในการจำประสบการณ์เจ็บป่วยที่ผ่านมาในอดีต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldberg et al. (2000) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในสหรัฐอเมริกา จำนวน 3,837 คน พบว่า

ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีระยะเวลาการมารับการรักษายาวนานกว่าผู้ป่วยที่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรก รวมถึงการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์ และคณะ (2554) ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์และประสบการณ์ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ครั้งแรก โดยผู้ป่วยมักจะรอดูการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมถึงพยายามที่จะบรรเทาอาการด้วยตนเอง และเมื่อเกิดอาการมากขึ้นจึงจะตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล อีกทั้งการศึกษาของ Youssef et al. (2017) ศึกษาความล่าช้าในการมารับรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-segment ไม่ยก พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมาก่อนจะมีระยะเวลาการมารับรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ครั้งแรก

เมื่อพิจารณาความสามารถการทำนาย พบว่า ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะมีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldberg et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีประสบการณ์เชิงลบกับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้การเจ็บปวดที่ลดลงจากประสบการณ์ครั้งแรก ทำให้มีระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับรักษานานกว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่มีประสบการณ์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาของ Nielsen et al. (2017) พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ยก ที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตัดสินใจเข้ารับรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษา ทำให้มีระยะเวลาในการรักษาล่าช้าออกไป

จากการศึกษาครั้งนี้ การประยุกต์แนวคิดของ Dracup et al. (2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับรักษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ได้

### ข้อจำกัดการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ การพิจารณาจำนวนผู้ป่วยได้จากการสุ่มโรงพยาบาล ไม่ได้ถูกสำรวจจากสถิติจำนวนผู้ป่วยจริงของแต่ละโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจึงอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร และอาจส่งผลต่อตัวแปรที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง

2. ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยบางรายได้รับการส่งต่อเพื่อมารับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น จึงไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำไปวางแผนการพยาบาลในการให้ข้อมูลผู้ป่วยในเรื่องอาการของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่มาจาก การตัดสินใจในการมารับการรักษาล่าช้า รวมถึงวิธีเรียกรถฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเล็งเห็นความสำคัญของการตัดสินใจในการมารับการรักษาทันทีเมื่อเกิดอาการ

2. สนับสนุนให้ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ คู่สมรส บุตร มีส่วนร่วมในการส่งเสริมระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษา โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และวิธีเรียกรถฉุกเฉิน เนื่องจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการและร่วมตัดสินใจในการมารับการรักษา

3. สนับสนุนให้พยาบาลและทีมสุขภาพ ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความรุนแรงของโรค โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการตัดสินใจในการมารับการรักษาล่าช้า และประโยชน์ที่จะได้รับจากการตัดสินใจมารับการรักษาเร็ว รวมถึงวิธีเรียกรถฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างเหมาะสมและได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

4. พัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความรุนแรงของโรคและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก มีการจัดการกับตนเองอย่างเหมาะสมและตัดสินใจมารับการรักษาอย่างทันท่วงที

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก ด้านอื่นๆ ภูมิภาคอื่นที่มีบริบทแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากร ลักษณะสังคม ถิ่นฐานที่อยู่อาศัย ระบบคมนาคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลวิจัยไปอ้างอิงและขยายความรู้เรื่องนี้ให้กว้างขึ้น



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กัลยา วินิชย์บัญชา และฐิตา วานิษฐ์บัญชา. (2561). *การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 31). ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542*. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา ทองเพชร, ทิพวัลย์ พรหมณน้อยม ชนาภา สมใจม ปัทมา โมลี และอภิญา อินทรรัตน์. (2564). ความล่าช้าในการแสวงหาบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ. *หัวหินเวชสาร*, 1(3), 1-15.
- จิณัฐดา คำสารีรักษ์ และชนกพร จิตปัญญา. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. *JOURNAL OF THE POLICE NURSES*, 7(2), 106 - 119.
- แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์. (2564). การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 66-81.
- ณิรนุช พูลชนะ, ถวัลย์ ฤกษ์งาม และสมศักดิ์ พองสุภา. (2562). การศึกษาเปรียบเทียบความแม่นยำวิธีการวิเคราะห์คาร์ดิโอโทรโปนินระหว่าง High-Sensitivity Cardiac Troponin I และ High-Sensitivity Cardiac Troponin T ในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด NSTEMI. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 27(3), 272-284.
- ดารา วงษ์กวน, ชนก พรจิตปัญญา และจรรยา ฉิมหลวง. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการมีกิจกรรมทางกายและความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 11(2), 153-170.
- ทรงศักดิ์ ภูสีอ่อน. (2551). (Phusee-orn, S., 2008). *การประยุกต์ใช้ SPSS วิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ประสานการพิมพ์.
- ทินกร วงศ์ปลารันย์ และณหทัย วงศ์ปลารันย์. (2555). A Comparison of Reliability and Construct Validity between the Original and Revised Versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 9(1), 54-8

- ธนวัฒน์ ชื่อสัตย์, จิราพร น้อมกุศล, พชรินทร์ อินทร์พิมพ์, พัชรินทร์ พลเยี่ยม และสุจิตตา สุระภี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(2), 102-112.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- นงคํนุช แนงแก้ว. (2017). ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ. *Siriraj Medical Bulletin*, 10(2), 103-108.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). *สถิติชวนใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไอคอนพริ้นติ้ง.
- นิชชาพัส จันทรสุขศรี. (2560). *การรับรู้ความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ที่เป็นอะโครเมกาลี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิพนธ์ วาตาดา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 25(1), 6-24.
- นิภาพร ภิญโญศรี. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ, เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, คณิงนิจ พงศ์ถาวรวงมล และวราภรณ์ สัตย์วิวัฒน์. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *Journal of Nursing Science* 28(2), 49-57.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุปผา อินทร์ต้น. (2556). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสรณะตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่1ต่อสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.  
<https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/9587/1/381773.pdf>
- พลกฤษ สุขคง, เจนเนตร พลเพชร, จอม สุวรรณโณ, สมเกียรติยศ วรเดช และ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2564). ปัจจัยทำนายต่อการเสียชีวิต ณ ช่วง 1 ปี ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(1), 44-58.



- พีชณี ร่มตาล, สุกัญญา สบายสุขุม กฤษดา จวนวันเพ็ญ และอรสา ไพรธูณ. ใน เกรียงไกร เสงี่ยมิ, กนกพร แจ่มสมบุญ, บรรณาธิการ. (2555). *มาตรฐานการรักษามือผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- พัฒนาพร สุปินะ และนิตดา นาวุฒิ. (2558). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชญา ภัสสรสวรรค์ศิริกุล และสมยศ ศรีจารนัย. (2019). การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 4. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 12(1), 1-11.
- พิมพ์ เทพวัลย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2554). การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 111- 119.
- พิศสมัย อรทัย และศรีสมร ภูมณสกุล. (2556). *การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่าขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power*. พิมพ์ที่ 39.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2564). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 5). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลักคณา บุญมี. (2021). ผู้ป่วยโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับยาละลายลิ่มเลือด: บทบาทของพยาบาลระดับทุติยภูมิ. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(3), 95-106.
- ลาวัลย์ ออกสุข และวาสนา รวยสูงเนิน. (2555). การรับรู้อาการและการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. *Journal of Nursing and Health Care*, 30(2), 89-97.
- วัชรวิ พิมพ์ภักดี. (2552). *ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิยะดา คงแก้ว, นันทิยา วัฒายุ, ดวงใจ รัตนธัญญา และสุพินดา เรื่องจิรัชฐีเยร. (2559). ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 28(1), 54-66.
- วิริษา กันบัวลา, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และภาวนา กิระติตวงศ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 24(2), 21-36.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2551). *การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาล*. [วิทยานิพนธ์

ปริญญาคุชฎีบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศศิธร ช่างสุวรรณ, จินต์ จุฑารอดพาล, ศรีสุรีย์ สุนยานนท์ และสมทรง บุตรชิวัน. (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 8(3), 372-384.
- ศศิธร โทมมอญ, จงจิต เสน่หา, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2562). อิทธิพลของความคิด กังวล เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับอาการต่อระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *Nursing Science Journal of Thailand*, 37(2), 60-77.
- ศศิธร พินพาท, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และยงค์ รงค์รุ่งเรือง. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาในการตัดสินใจมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(1), 99-111.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2553. *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย: วัยรุ่น-วัยสูงอายุ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 9). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). *สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย*. <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/1062?group=31>
- สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์. (2564). *สรุปผลงานการลงข้อมูล THAI ACS Registry ปีงบประมาณ พ.ศ.2564*. <http://www.ncvdt.org/Default.aspx>
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). *แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563*. <http://www.thaiheart.org/Thai-ACS-Guidelines-2020>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือคำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนสำหรับแพทย์*. นนทบุรี : สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2560). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2560*. <https://apps-doe.moph.go.th/boeng/annual.php>
- สุซัจจ์ ศรีชลวัฒนา. (2563). *การศึกษาย้อนหลังหาความชุกและลักษณะของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่ไม่มีอาการของเอสทีเซกเมนต์ที่ไม่มีอาการอุดตันอย่างมีนัยสำคัญของเส้นเลือดหัวใจ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุชาติดา เรื่องรัตนอัมพร. (2556). ปัจจัยทำนายการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รายใหม่หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปราณี คำโสภา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 28(1), 81-95.
- สุริพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และรุ่งระวี นาวีเจริญ. (2552). การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวีณา เบาะเปลี่ยน, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, เพ็ญจันทร์ เสรีวิ วัฒนา และวิชชุดา เจริญกิจการ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 12(3), 84-90.
- อมรรัตน์ นาคละมัย. (2553). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉริยา พ่วงแก้ว, พรธนิภา บุญเทียร, ศศิมา ทองสาย, นพวรรณ เจริญยศ และลลันภัทรา ธนัตถ์ โภคินันท์. (2563). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 31(1), 179-197.
- เอื้อมเตือน นิลพฤกษ์. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- Abed, M. A., Khalil, A. A., & Moser, D. K. (2015). The contribution of symptom incongruence to prehospital delay for acute myocardial infarction symptoms among Jordanian patients. *Research in Nursing & Health*, 38(3), 213-221.
- Albarqouni, L., Smenes, K., Meinertz, T., Schunkert, H., Fang, X., Ronel, J., & Ladwig, K. H. (2016). Patients' knowledge about symptoms and adequate behaviour during acute myocardial infarction and its impact on delay time: Findings from the multicentre MEDEA Study. *Patient education and counseling*, 99(11), 1845-1851.

- Allana, S., Khowaja, K., Ali, T. S., Moser, D. K., & Khan, A. H. (2015). Gender differences in factors associated with prehospital delay among acute coronary syndrome patients in Pakistan. *Journal of Transcultural Nursing, 26*(5), 480-490.
- Alrawashdeh, A., Nehme, Z., Williams, B., Smith, K., Stephenson, M., Bernard, S., ... & Stub, D. (2021). Factors influencing patient decision delay in activation of emergency medical services for suspected ST-elevation myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 20*(3), 243-251.
- Alshahrani, H., McConkey, R., Wilson, J., Youssef, M., & Fitzsimons, D. (2014). Female gender doubles pre-hospital delay times for patients experiencing ST segment elevation myocardial infarction in Saudi Arabia. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 13*(5), 399-407.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC
- Anderson, J. L., Adams, C. D., Antman, E. M., Bridges, C. R., Califf, R. M., ... & Hundley, J. (2013). 2012 ACCF/AHA focused update incorporated into the ACCF/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation, 127*(23), 663-828.
- Ängerud, K. H., Thylén, I., Sederholm Lawesson, S., Eliasson, M., Näslund, U., & Brulin, C. (2016). Symptoms and delay times during myocardial infarction in 694 patients with and without diabetes; an explorative cross-sectional study. *BMC cardiovascular disorders, 16*(1), 1-8.
- Atzema, C. L., Austin, P. C., Huynh, T., Hassan, A., Chiu, M., Wang, J. T., & Tu, J. V. (2011). Effect of marriage on duration of chest pain associated with acute myocardial infarction before seeking care. *CMAJ, 183*(13), 1482-1491.
- Banharak, S., Prasankok, C., & Lach, H. W. (2020). Factors related to a delay in seeking treatment for acute myocardial infarction in older adults: An integrative review. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 24*(4), 553-568.
- Basit H, Malik A, Huecker MR. *Non ST segment elevation myocardial infarction* [Internet]. 2022 [cited 2022 November 8]. StatPearls.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513228/>

- Blohm, B. (1998). Factors associated with pre-hospital and in-hospital delay time in acute myocardial infarction: A 6-year experience. *Journal of internal medicine*, 243(3), 243-250.
- Broadbent, E., Petrie, J.K, Mani, J, & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637.
- Broadbent, E, Petrie, J. K, Mani, J, & Weinman, J. (2016). *The Brief illness Perception Questionnaire (BIPQ)*. <http://www.uib.no/ipa/htm/b-ipq.html>.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., ... & Ibanez, B. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 44(38), 3720-3826.
- Canto, J. G., Fincher, C., Kiefe, C. I., Allison, J. J., Li, Q., Funkhouser, E., Centor, R. M., Selker, H. P., & Weissman, N. W. (2002). Atypical presentations among Medicare beneficiaries with unstable angina pectoris. *The American journal of cardiology*, 90(3), 248-253.
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of chronic diseases*, 40(5), 373-383.
- Chen, W. W., Gao, R. L., Liu, L. S., Zhu, M. L., Wang, W., Wang, Y. J., ... & Hu, S. S. (2018). Summary of China cardiovascular disease report 2017. *Chinese Circulation Journal*, 33(1), 1-8.
- Chlan, L. L. (2004). Relationship between two anxiety instruments in patients receiving mechanical ventilatory support. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 493-499.
- Chowdhury, I. Z., Amin, M. N., Chowdhury, M. Z., Rahman, S. M., Ahmed, M., & Cader, F. A. (2021). Pre hospital delay and its associated factors in acute myocardial infarction in a developing country. *PloS one*, 16(11), 1-16.

- Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: the task force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Euro Heart Journal*, 2021;42(14):1289-367.
- Corder G.W., & Foreman D.I. (2014). *Nonparametric statistics: A step-by-step approach* (2<sup>nd</sup> ed.). Wiley. [https://faculty.ksu.edu.sa/sites/default/files/nonparametric\\_statistics\\_a\\_step-by-step\\_approach.pdf](https://faculty.ksu.edu.sa/sites/default/files/nonparametric_statistics_a_step-by-step_approach.pdf)
- Coventry, L. L., van Schalkwyk, J. W., Thompson, P. L., Hawkins, S. A., & Hegney, D. G. (2017). Myocardial infarction, patient decision delay and help-seeking behavior: A thematic analysis. *Journal of clinical nursing*, 26(13-14), 1993- 2005.
- Crocq M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 319–325.
- Darawad, M. W., Alfasos, N., Saleh, Z., Saleh, A. M., & Hamdan-Mansour, A. (2016). Predictors of delay in seeking treatment by Jordanian patients with acute coronary syndrome. *International emergency nursing*, 26, 20-25.
- Demirel, M. E., Donmez, I., Ucaroglu, E. R., & Yuksel, A. (2019). Acute coronary syndromes and diagnostic methods. *Med Res Innov*, 3, 1-8.
- 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.
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: theory and applications* (4<sup>th</sup> ed.). Sage.
- DeVon, H. A., Daya, M. R., Knight, E., Brecht, M.-L., Su, E., Zègre-Hemsey, J., Mirzaei, S., Frisch, S., & Rosenfeld, A. G. (2020). Unusual fatigue and failure to utilize EMS are associated with prolonged prehospital delay for suspected acute coronary syndrome. *Critical pathways in cardiology*, 19(4), 206.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of social distress and the homeless*, 5(1), 11-38.

- Dillman, D. A. (2000). *Mail and Internet Surveys. The Tailored Design Method, 2nd Ed.* NY: John Wiley & Sons Inc, 3-193.
- Dracup, K., Alonzo, A. A., Atkins, J. M., Bennett, N. M., Braslow, A., Clark, L. T., ... & White, S.K. (1997). The physician's role in minimizing prehospital delay in patients at high risk for acute myocardial infarction: recommendations from the National Heart Attack Alert Program. *Annals of internal medicine*, 126(8), 645-651.
- Dracup, K., McKinley, S., Riegel, B., Mieschke, H., Doering, L. V., & Moser, D. K. (2006). A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome: A randomized clinical trial. *Journal of cardiovascular nursing*, 21(3), 186-193.
- 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, Moser DK, Eisenberg M, Meischke H, Alonzo AA, Braslow A. (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Social Science and Medicine*, 40(3):379-92.
- Elixhauser, A., Steiner, C., Harris, D. R., & Coffey, R. M. (1998). Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*, 8-27.
- Elixhauser, A., Steiner, C., Harris, D. R., & Coffey, R. M. (1998). Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*, 8-27.
- Ericsson, M., Thylén, I., Strömberg, A., Ängerud, K. H., Moser, D. K., & Sederholm Lawesson, S. (2022). Factors associated with patient decision time in ST-segment elevation myocardial infarction, in early and late responders—an observational cross-sectional survey study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1-8.
- Faiz, K. W., Sundseth, A., Thommessen, B., & Rønning, O. M. (2014). Factors related to decision delay in acute stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(3), 534-539.
- Fathi, M., Rahiminiya, A., Zare, M. A., & Tavakoli, N. (2015). Risk factors of delayed pre-hospital treatment seeking in patients with acute coronary syndrome: A prospective study. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 15(4), 163-167.

- Finn, J. C., Bett, J. H. N., Shilton, T. R., Cunningham, C., & Thompson, P. L. (2007). Patient delay in responding to symptoms of possible heart attack: can we reduce time to care?. *Medical journal of Australia*, 187(5), 293-298.
- Foraker, R. E., Rose, K. M., McGinn, A. P., Suchindran, C. M., Goff, D. C., Whitsel, E. A., Wood, J. L., & Rosamond, W. D. (2008). Neighborhood income, health insurance, and prehospital delay for myocardial infarction: the atherosclerosis risk in communities study. *Archives of internal medicine*, 168(17), 1874-1879.
- Fournier, S., Muller, O., Ludman, A. J., Lauriers, N., & Eeckhout, E. (2013). Influence of Socioeconomic factors on delays, management and outcome amongst patients with acute myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention. *Swiss medical weekly*, 143.
- Fukuoka, Y., Dracup, K., Rankin, S. H., Froelicher, E. S., Kobayashi, F., Hirayama, H., ... & Matsumoto, D. (2005). Prehospital delay and independent/interdependent construal of self among Japanese patients with acute myocardial infarction. *Social science & medicine*, 60(9), 2025-2034.
- Gimenez, M. R., Reiter, M., Twerenbold, R., Reichlin, T., Wildi, K., Haaf, P., Wicki, K., Zellweger, C., Hoeller, R., & Moehring, B. (2014). Sex-specific chest pain characteristics in the early diagnosis of acute myocardial infarction. *JAMA internal medicine*, 174(2), 241-249.
- Goldberg, R. J., Goldberg, J. H., Pruell, S., Yarzebski, J., Lessard, D., Spencer, F. A., & Gore, J. M. (2008). Delays in seeking medical care in hospitalized patients with decompensated heart failure. *The American journal of medicine*, 121(3), 212-218.
- Goldberg, R. J., Spencer, F. A., Fox, K. A., Brieger, D., Steg, P. G., Gurfinkel, E., ... & Gore, J. M. (2009). Prehospital delay in patients with acute coronary syndromes (from the Global Registry of Acute Coronary Events [GRACE]). *The American journal of cardiology*, 103(5), 598-603.
- Goldberg, R. J., Yarzebski, J., Lessard, D., & Gore, J. M. (2000). Decade-long trends and factors associated with time to hospital presentation in patients with acute myocardial infarction: the Worcester Heart Attack study. *Archives of internal medicine*, 160(21), 3217-3223.



- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). Elsevier Saunders.
- Hamm, C. W., Bassand, J. P., Agewall, S., Bax, J., Boersma, E., ... & Widimsky, P. (2011). ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The task force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, *32*(23), 2999-3054.
- Heer, T., Schiele, R., Schneider, S., Gitt, A. K., Wienbergen, H., Gottwik, M., ... & MITRA Study Group. (2002). Gender differences in acute myocardial infarction in the era of reperfusion (the MITRA registry). *The American journal of cardiology*, *89*(5), 511-517.
- Herlitz, J., Thuresson, M., Svensson, L., Lindqvist, J., Lindahl, B., Zedigh, C., & Jarlöv, M. (2010). Factors of importance for patients' decision time in acute coronary syndrome. *International journal of cardiology*, *141*(3), 236-242.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes care*, *31*(5), 874-879. <https://doi.org/10.2337/dc07-1932>
- Huo, Y., Lee, S. W. L., Sawhney, J. P., Kim, H. S., Krittayaphong, R., Pocock, S. J., ... & Ong, T. K. (2020). Two-year outcomes post-discharge in Asian patients with acute coronary syndrome: Findings from the EPICOR Asia study. *International journal of cardiology*, *315*, 1-8.
- Jneid, H., Addison, D., Bhatt, D. L., Fonarow, G. C., Gokak, S., Grady, K. L., ... & Pancholy, S. (2017). 2017 AHA/ACC clinical performance and quality measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, *10*(10), e000032.

- Kaewthummanukul, T., Brown, K. C., Weaver, M. T., & Thomas, R. R. (2006). Predictors of exercise participation in female hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing, 54*(6), 663-675.
- Kasetkala, P., Watthnakitkrileart, D., Charoenkitkarn, V., Sriprasong, S., & Dumavibhat, C. (2013). Factors influencing the duration of decision making for seeking treatment in patients with acute heart failure. *Nursing Science Journal of Thailand, 31*(4), 23-33.
- Keskin, O., Kalemoglu, M., & Ulusoy, R. E. (2005). A Clinic Investigation into Prehospital and Emergency Department Delays in Acute Stroke Care. *Medical Principles and Practice, 14*, 408-412.
- Khaled, M. F. I., Banerjee, S. K., Adhikary, D. K., Chowdhury, M. T., Mahmood, M., Rahman, M. M., ... & Ansari, S. (2019). Factors Influencing pre-hospital delay in patients with acute myocardial infarction. *University Heart Journal, 15*(2), 79-85.
- Khan, M. S., Jafary, F. H., Faruqui, A. M., Rasool, S. I., Hatcher, J., Chaturvedi, N., & Jafar, T.H. (2007). High prevalence of lack of knowledge of symptoms of acute myocardial infarction in Pakistan and its contribution to delayed presentation to the hospital. *BMC Public Health, 7*(1), 1-8.
- Khera, S., Kolte, D., Aronow, W. S., Palaniswamy, C., Subramanian, K. S., Hashim, T., ... & Fonarow, G. C. (2014). Non-ST-elevation myocardial infarction in the United States: contemporary trends in incidence, utilization of the early invasive strategy, and in-hospital outcomes. *Journal of the American Heart Association, 3*(4), e000995.
- Khuinak, U. (1997). The relationship between family support and adaptive behavior among head and neck cancer patients received radiation therapy [Unpublished doctoral dissertation]. Mahidol University.
- Kirchberger, I., Heier, M., Wende, R., von Scheidt, W., & Meisinger, C. (2012). The patient's interpretation of myocardial infarction symptoms and its role in the decision process to seek treatment: the MONICA/KORA Myocardial Infarction Registry. *Clinical Research in Cardiology, 101*(11), 909-916.
- Kloner, R. A., & Jennings, R. B. (2001). Consequences of brief ischemia: Stunning,

- preconditioning, and their clinical implications: Part 2. *Circulation*, 104(25), 3158-3167.
- Kobusingye, O. C., Hyder, A. A., Bishai, D., Joshipura, M., Hicks, E. R., & Mock, C. (2006). Emergency medical services. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. Kubica, J., Adamski, P., Ładny, J. R., Kaźmierczak, J., Fabiszak, T., Filipiak, K. J., ... & Zielińska, M. (2022). Pre-hospital treatment of patients with acute coronary syndrome: Recommendations for medical emergency teams. Expert position update 2022. *Cardiology Journal*, 29(4), 540-552.
- Kubica, J., Adamski, P., Ładny, J. R., Kaźmierczak, J., Fabiszak, T., Filipiak, K. J., ... & Zielińska, M. (2022). Pre-hospital treatment of patients with acute coronary syndrome: Recommendations for medical emergency teams. Expert position update 2022. *Cardiology Journal*, 29(4), 540-552.
- Lesneski, L. (2010). Factors influencing treatment delay for patients with acute myocardial infarction. *Applied Nursing Research*, 23(4), 185-190.
- Lough, M. E., Berger, S. J., Larsen, A., & Sandoval, C. P. (2023). Cardiovascular Clinical Assessment and Diagnostic Procedures. *Priorities in Critical Care Nursing-E-Book*, 105.
- Mackay, M. H., Ratner, P. A., Johnson, J. L., Humphries, K. H., & Buller, C. E. (2011). Gender differences in symptoms of myocardial ischaemia. *European heart journal*, 32(24), 3107-3114.
- McKee, G., Mooney, M., O'Donnell, S., O'Brien, F., Biddle, M. J., & Moser, D. K. (2013). Multivariate analysis of predictors of pre-hospital delay in acute coronary syndrome. *International journal of cardiology*, 168(3), 2706-2713.
- 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.
- Ministry of Health Singapore. (2023). *Singapore Myocardial Infarction Registry Annual Report 2021*. [https://www.nrdo.gov.sg/docs/librariesprovider3/default-document-library/smir-annual-report-2021-\(web\)\\_final.pdf?sfvrsn=3418ed95\\_0](https://www.nrdo.gov.sg/docs/librariesprovider3/default-document-library/smir-annual-report-2021-(web)_final.pdf?sfvrsn=3418ed95_0)

- Mols, F., Denollet, J., Kaptein, A. A., Reemst, P. H., & Thong, M. S. (2012). The association between Type D personality and illness perceptions in colorectal cancer survivors: a study from the population-based PROFILES registry. *Journal of psychosomatic research, 73*(3), 232-239.
- Mooney, M., O'Brien, F., McKee, G., O'Donnell, S., & Moser, D. (2016). Ambulance use in acute coronary syndrome in Ireland: a cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 15*(5), 345-354.
- Morgan, D. M. (2005). Effect of incongruence of acute myocardial infarction symptoms on the decision to seek treatment in a rural population. *Journal of Cardiovascular Nursing, 20*(5), 365-371.
- Moser, D. K., Kimble, L. P., Alberts, M. J., Alonzo, A., Croft, J. B., Dracup, K., ... & Zerwic, J. J. (2006). Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council. *Circulation, 114*(2), 168-182.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health, 17*(1), 1-16.
- Mussi, F. C., Mendes, A. S., Queiroz, T. L. D., Costa, A. L. S., Pereira, Á., & Caramelli, B. (2014). Pre-hospital delay in acute myocardial infarction: Judgement of symptoms and resistance to pain. *Revista da Associação Médica Brasileira, 60*, 63-69.
- Nhem, V., Potisopha, W. ., & Ruaisungnoen , W. . (2021). Symptoms came and went is associated with decision-making time to seek treatment among patients with acute coronary syndrome in Phnom Penh Cambodia. *Journal of Nursing and Health Care, 39*(4), 122–131. Retrieved from <https://he01.tcithaijo.org/index.php/jnatned/article/view/252142>
- Nielsen, C. G., Laut, K. G., Jensen, L. O., Ravkilde, J., Terkelsen, C. J., & Kristensen, S. D. (2017). Patient delay in patients with ST-elevation myocardial infarction: Time patterns and predictors for a prolonged delay. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care, 6*(7), 583-591.

- Noureddine, S., Adra, M., Arevian, M., Dumit, N. Y., Puzantian, H., Shehab, D., & Abchee, A. (2006). Delay in seeking health care for acute coronary syndromes in a Lebanese sample. *Journal of Transcultural Nursing, 17*(4), 341-348.
- Nymark, C., Henriksson, P., Mattiasson, A. C., Saboonchi, F., & Kiessling, A. (2019). Inability to act was associated with an extended delay prior to care-seeking, in patients with an acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 18*(6), 512-520.
- Ofori-Asenso, R., Zomer, E., Chin, K. L., Markey, P., Si, S., Ademi, Z., ... & Liew, D. (2019). Prevalence and impact of non-cardiovascular comorbidities among older adults hospitalized for non-ST segment elevation acute coronary syndrome. *Cardiovascular diagnosis and therapy, 9*(3), 250.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in nursing practice* (3rd 8 ed.). Appleton & Lange.
- Peng, Y. G., Feng, J. J., Guo, L. F., Li, N., Liu, W. H., Li, G. J., ... & Zu, X. L. (2014). Factors associated with prehospital delay in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction in China. *The American journal of emergency medicine, 32*(4), 349-355.
- Perkins-Porras, L., Whitehead, D. L., Strike, P. C., & Steptoe, A. (2009). Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: Factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 8*(1), 26-33.
- Polit, D. F., & Hungler, B. (2013). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (8th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
- Rivero, F., Bastante, T., Cuesta, J., Benedicto, A., Salamanca, J., Restrepo, J. A., ... & Alfonso, F. (2016). Factors associated with delays in seeking medical attention in patients with ST-segment elevation acute coronary syndrome. *Revista Española de Cardiología (English Edition), 69*(3), 279-285.
- Sallis, J. F., Grossman, R. M., Pinski, R. B., Patterson, T. L., & Nader, P. R. (1987). The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Preventive medicine, 16*(6), 825-836.
- Sari, I., Acar, Z., Ozer, O., Erer, B., Tekbas, E., Ucer, E., ... & Aksoy, M. (2008). Factors associated with prolonged prehospital delay in patients with acute myocardial infarction. *Turk Kardiyol Dern Ars, 36*(3), 156-62.

- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Sethares, K. A., Sosa, M.-E., Fisher, P., & Riegel, B. (2014). Factors associated with delay in seeking care for acute decompensated heart failure. *Journal of cardiovascular nursing*, 29(5), 429-438.
- Singh, A., Museedi, A. S., & Grossman, S. A. (2022). Acute Coronary Syndrome. [Updated 2021 Jul 19]. *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*.
- Spaetgens, B., Wijnands, J. M., van Durme, C., & Boonen, A. (2015). Content and construct validity of the Rheumatic Diseases Comorbidity Index in patients with gout. *Rheumatology*, 54(9), 1659-1663.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the state-trait anxiety scale. *Consulting Psychologists*.
- Tabriz, A. A., Sohrabi, M. R., Kiapour, N., & Yazdani, S. (2012). Factors associated with delay in thrombolytic therapy in patients with ST-elevation myocardial infarction. *The Journal of Tehran Heart Center*, 7(2), 65.
- Tanner, D. (2012). The examination of factors that influence treatment seeking delay among older adults diagnosed with acute myocardial infarction.
- Ting, H. H., Chen, A. Y., Roe, M. T., Chan, P. S., Spertus, J. A., Nallamothu, B. K., ... & Peterson, E. D. (2010). Delay from symptom onset to hospital presentation for patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction. *Archives of internal medicine*, 170(20), 1834-1841.
- Tummala, S. R., & Farshid, A. (2015). Patients' understanding of their heart attack and the impact of exposure to a media campaign on pre-hospital time. *Heart, Lung and Circulation*, 24(1), 4-10.
- Utriyaprasit, K., & Moore, S. (2005). Recovery symptoms and mood states in Thai CABG patients. *Journal of transcultural nursing*, 16(2), 97-106.
- Van Den Akker, M., Buntinx, F., & Knottnerus, J. A. (1996). Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *The European journal of general practice*, 2(2), 65-70.

- Venkatesan, V. C. K., Madhavi, S., & Kuzhanthaivel, P. (2018). A study to explore the factors related to treatment seeking delay among adults diagnosed with acute myocardial infarction at KMCH, Coimbatore. *Indian heart journal*, 70(6), 793-801.
- Vidotto, G., Bertolotti, G., Zotti, A., Marchi, S., & Tavazzi, L. (2013). Cognitive and emotional factors affecting avoidable decision-making delay in acute myocardial infarction male adults. *International journal of medical sciences*, 10(9), 1174.
- Wang, F., Yu, Y., Mubarik, S., Zhang, Y., Liu, X., Cheng, Y., ... & Cao, J. (2021). Global burden of ischemic heart disease and attributable risk factors, 1990–2017: a secondary analysis based on the global burden of disease study 2017. *Clinical Epidemiology*, 859-870.
- Wang, X., & Hsu, L. L. (2013). Treatment-seeking delays in patients with acute myocardial infarction and use of the emergency medical service. *Journal of international medical Research*, 41(1), 231-238.
- Weinman, J., & Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics?. *Journal of psychosomatic research*, 42(2), 113-116.
- Williams, P. A. (2022). *Basic Geriatric Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Xie, L., Huang, S. F., & Hu, Y. Z. (2015). Factors influencing pre-hospital patient delay in patients with acute myocardial infarction. *Chinese Nursing Research*, 2(2-3), 75-79.
- Xu, J., Abshire, M., & Han, H.-R. (2016). Decision-making among persons living with heart failure. *The Journal of cardiovascular nursing*, 31(5), E1.
- Yong, J. W., Xing, Y. Y., Zhou, M. G., Yang, N., Hao, Y. C., Liu, J., Liu, J., Zhao, D., Zhou, Y. J., Wang, Z. J., & CCC-ACS Investigators (2022). Regional Differences in the Ratio of Observed and Expected In-hospital Mortality for Acute Coronary Syndrome Patients in China: The Improving Care for Cardiovascular Disease in China-Acute Coronary Syndrome Project Analysis. *Angiology*, 73(4), 357–364. <https://doi.org/10.1177/00033197211031323>
- Youssef, G., Kassem, H., Ameen, O., Al Taaban, H., & Rizk, H. (2017). Pre-hospital and hospital delay in patients with non-ST elevation acute coronary syndromes in tertiary care. *The Egyptian Heart Journal*, 69(3), 177-181.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.







ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





## ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์  
ครั้งที่ 6/2565 ประจำปีการศึกษา 2565

## นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6470022936
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวผกายรัตน์ สหเจริญชัย
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ท.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยวิกุล
กรรมการสอบภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง FACTORS PREDICTING SUPPORTIVE CARE NEEDS IN STROKE SURVIVORS
ครั้งที่อนุมัติ	6/2565
ระดับ	ปริญญาโท

## นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6470034436
ชื่อ-นามสกุล	นายศราวุธี ปลอดฤทธิ
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
กรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก FACTORS PREDICTING DECISION MAKING TIME AMONG ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS WITH NON-ST SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION
ครั้งที่อนุมัติ	6/2565
ระดับ	ปริญญาโท

14 ก.พ. 66

**นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

รหัสนิสิต	6470038036
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวสุภาวดี แก้วสินธุ์
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์
กรรมการสอบภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. วิราพรพรณ วิโรจน์รัตน์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน PREDICTIVE FACTORS OF DELIRIUM IN OLDER PERSONS AT EMERGENCY DEPARTMENT
ครั้งที่อนุมัติ	6/2565
ระดับ	ปริญญาโท

จากมติคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 3/2566 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ประกาศ ณ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566



(ศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโค)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
1. นพ.นัชกรวี สอดส่องกิจ	อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. ผศ.ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์	อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี	อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
4. นาย วินิตย์ หลงละเลิง	พยาบาลชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ
5. นางสาว ดารา วงษ์กวน	พยาบาลชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยซีซียู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย





ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๓๓๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายศราวุธ ปลอดฤทธิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ นชกวี สอดส่องกิจ อายุรแพทย์โรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่นิสิต

นายแพทย์ นชกวี สอดส่องกิจ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๒

นายศราวุธ ปลอดฤทธิ โทร. ๐๘-๙๕๐๘-๕๖๕๕



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๓๓๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายศราวุธ ปลอดฤทธิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๔๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๒

นายศราวุธ ปลอดฤทธิ โทร. ๐๘-๕๕๐๘-๕๖๕๕



ที่ อว ๒๔.๑๑/ ๐๐๓๒๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายศราวฤ ปลอดฤทธิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาฯ

ชื่อนิสิต

อาจารย์ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๒

นายศราวฤ ปลอดฤทธิ โทร. ๐๘-๙๕๐๘-๕๖๕๕

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๓๓๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายศราวุธ ปลอดฤทธิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นายวินิตย์ หลงละเลิง

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๒

นายศราวุธ ปลอดฤทธิ โทร. ๐๘-๙๕๐๘-๕๖๕๕

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๓๓๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายศราวฤทธิ ปลอดฤทธิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวดาราร วงษ์กวน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยซีซียู เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างชิ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางสาวดาราร วงษ์กวน

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๒

นายศราวฤทธิ ปลอดฤทธิ โทร. ๐๘-๙๕๐๘-๕๖๕๕

in:sent

30 of 120

Requesting permission to use instrument for thesis Inbox x

**Sarawut Plodrit** Mon, Feb 6, 7:25 PM ☆  
6 February 2023 Prof. Dr. Mary E Charlson Clinical Epidemiology Unit, Department of Medicine, Cornell University Medical College. Dear Prof. Dr. Mary E Charlson

**Sarawut Plodrit** Fri, Feb 17, 6:33 PM ☆  
Requesting permission to use instrument for thesis

**Sarawut Plodrit** Fri, Feb 24, 5:02 PM ☆  
----- ข้อความที่ส่งต่อ ----- จาก: Sarawut Plodrit <sploedit@gmail.com> วันที่: ศ. 17 ก.พ. 2566 เวลา 18:33 เรื่อง: Fwd: Requesting permission to use ins

**R Robin D Andrews** <rra2004@med.cornell.edu> Fri, Mar 3, 5:34 AM ☆ ↶ ⋮  
to me ▾

Dear Sarawut Plodrit,


Attached is the Charlson Comorbidity Index (CCI) for your one-time use for this research study only. It is not to be used for any commercial purpose.

Warmest Regards,  
Robin




← 📅 ⌚ 🗑️ ✉️ ⌚ 🔄 📁 🗑️ ⋮ 153 of 408 < >

Requesting permission to use instrument for thesis Inbox x ⌵ 🖨️ 📄

 **Sarawut Plodrit** Mon, Feb 6, 7:31PM ☆  
6 February 2023 Prof. Dr. Elizabeth Anne Broadbent Department of Psychological Medicine, Faculty of Medical and Health Sciences, Univers...

---

 **Elizabeth Broadbent** <e.broadbent@auckland.ac.nz> Tue, Feb 7, 2:20AM ☆ ↶ ⋮  
to me ▾

Dear Sarawut

You have permission to use the Brief IPQ Thai version in your study

Kind regards  
liz

⋮

Elizabeth Broadbent  
Professor of Health Psychology  
Department of Psychological Medicine  
Faculty of Medical and Health Sciences  
The University of Auckland  
New Zealand  
[e.broadbent@auckland.ac.nz](mailto:e.broadbent@auckland.ac.nz)  
google scholar



ที่ อว ๖๔.๑๑/



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ดร.นภาพร โสวัณนางกูร

เนื่องด้วย นายศรารุธิ ปลอดฤทธิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย จากงานวิจัย เรื่อง The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPO) ของ ดร.นภาพร โสวัณนางกูร (๒๐๑๖)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนีย์ วิเศษฤทธิ)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๕๒  
นายศรารุธิ ปลอดฤทธิ โทร. ๐๘-๙๕๐๘-๕๖๕๕

← 📧 🕒 🗑️ 📧 🕒 🔄 📧 📧 📧 22 of 120 < >

Re: อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ Inbox x 📄 🖨️ 📧

**N** NAPAPORN SOWATTANANGOON <nsow001@yahoo.com> to me ▾ Mon, Feb 13, 7:54 PM ☆ ↶ ⋮

🌐 Thai ▾ > English ▾ Translate message Turn off for: Thai x

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายศราวดี ปลอดฤทธิ

ขอขอบคุณ คุณศราวดี ปลอดฤทธิ ที่สนใจใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย (The Brief Illness Perception Questionnaire: B-IPQ) ฉบับภาษาไทย

คุณศราวดี ปลอดฤทธิ ได้รับอนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม ดังกล่าวข้างต้น เพื่อทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นรลภขณ์ เอื้อกิจ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ด้วยความยินดี  
ดร. นภาพร ไสววัฒนางกูร

[Sent from Yahoo Mail for iPhone](#)

On Monday, February 13, 2023, 15:00, Sarawut Plodrit <splodrit@gmail.com> wrote: >







## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. ๘๑๑๓๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th  
 ที่ อว ๖๔.๑๑/ วันที่  
 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

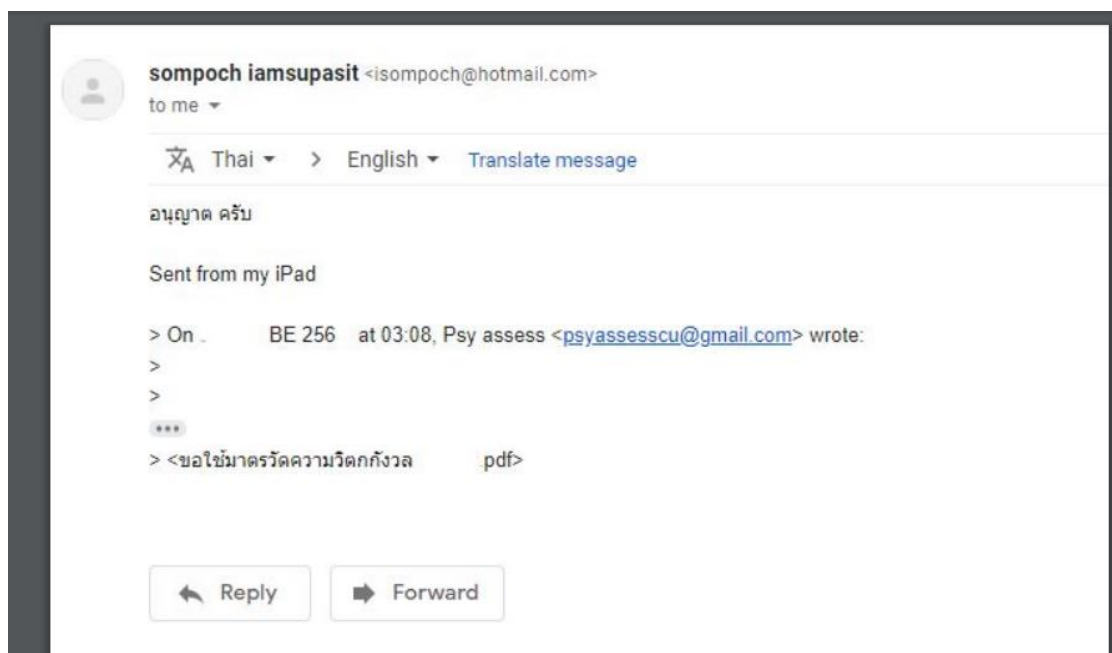
เนื่องด้วย นายศราวุธ ปลอดฤทธิ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ม เอื้องกิ่ง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินความวิตกกังวล จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ ของ นางสาวดาราวรรณ ต๊ะปินตา สาขาจิตวิทยาการศึกษา ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (๒๕๖๕) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา และ รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นักนิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสิณี วิเศษฤทธิ)  
 รองคณบดี  
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ม เอื้องกิ่ง โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๕๒  
 นายศราวุธ ปลอดฤทธิ โทร. ๐๘-๙๕๐๘-๕๖๕๕



4 of 120 < >

**ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์** Inbox x

 **Sarawut Plodrit** Mon, Feb 6, 11:05 AM ☆  
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ เรียน ศาสตราจารย์ นพ. ทนกร วงศ์ปการันย์ เนื่องด้วย กระผม นายศราวุธ ปลอดฤทธิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศ

 **TINAKON WONGPAKARAN** <tinakon.w@cmu.ac.th> Mon, Feb 6, 11:44 AM ☆ ↶ ⋮  
to me ▾

🌐 Thai ▾ > English ▾ [Translate message](#) Turn off for: Thai x

**ยินดีครับ**  
ทำหนังสือถึง ศ พญ ณหทัย วงศ์ปการันย์ได้เลย

**Tinakon Wongpakaran, MD, FRCPsychT**  
Professor of Psychiatry  
Psychotherapy/Personality disorder Clinic and Education Center,  
Psychotherapy Unit & Geriatric Psychiatry Unit, Department of Psychiatry,



ที่ อว ๖๔.๑๑/



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณหทัย วงศ์ปการันย์

เนื่องด้วย นายศรารุธิ ปลอดภัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมติ จากงานวิจัยเรื่อง “A Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support” ของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ทินกร วงศ์ปการันย์ และ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณหทัย วงศ์ปการันย์ หน่วยจิตบำบัดคลินิกและศูนย์การศึกษาทางจิตบำบัดและบุคลิกภาพแปรปรวน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ (โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (๒๕๕๕)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต


โทร. ๐๒-๒๒๘-๓๓๓๓, ๐๘-๑๘๘๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๕๒


นายศรารุธิ ปลอดภัย โทร. ๐๘-๙๕๐๘-๕๖๕๕

← 📄 ⌚ 🗑️ ✉️ ⌚ 🔄 📧 📁 ⋮ 44 of 120 < >

Requesting permission to use instrument for thesis Inbox x ⌵ 🖨️ 📧

 **Sarawut Plodrit** Mon, Feb 6, 7:19 PM ☆  
6 February 2023 Prof. Dr. Gregory D. Zimet Department of Pediatrics at Indiana University School of Medicine Dear Prof. Dr. Gregory D. Zimet: My name is Mr. Sar

 **Sarawut Plodrit** Fri, Feb 17, 6:32 PM ☆  
Requesting permission to use instrument for thesis

 **Zimet, Gregory D** <gzimet@iu.edu> Fri, Feb 17, 9:38 PM ☆ ↩️ ⋮  
to me ▾

Dear Mr. Sarawut Plodrit,

You have my permission to use the revised Thai version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in your research. I have attached the original English language version of the scale (with scoring information on the 2<sup>nd</sup> page), a document listing several of the articles that have reported on the reliability and validity of the MSPSS, and a chapter that I wrote about the scale. Also attached is the Thai translation (and 2 published papers about the translation).

I hope your research goes well.


Best regards,  
Greg Zimet

---

**Gregory D. Zimet, PhD, FSAHM**  
Professor of Pediatrics & Clinical Psychology





	มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี	SHBR AF 02-07
	เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Full Board)	เริ่มใช้ 1 ธันวาคม 2564



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี กระทรวงสาธารณสุข  
เลขที่ 18 ถนนเทศบาล 4 ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี (18000)  
โทร. 036-343500 ต่อ 1551

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาด

เลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-segment ไม่ยก

เลขที่โครงการวิจัย : SRBR66-014

เลขที่หนังสือรับรอง : EC014/2566

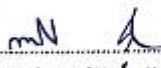
ผู้วิจัยหลัก : นายศรารุจิ ปลอดฤทธิ

สังกัดหน่วยงาน : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย
2. Inform consent form and Information sheet
3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก :  3 เดือน  6 เดือน  1 ปี

ลงนาม :   
(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ วิชาโรจน)

ลงนาม :   
(นางสมศิริ พันธุ์ศักดิ์ศิริ)

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 10 เมษายน 2566

วันหมดอายุ : 10 เมษายน 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

COA No.016/2566



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

46 หมู่ 4 ต.ประตู่ชัย อ.พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา โทร 035-211888 ต่อ 2318

E-Mail echrd.ayh@gmail.com

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

**ชื่อโครงการ** : ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก

**เลขที่โครงการวิจัย** : 016/2566

**ผู้วิจัยหลัก** : ศราวุธี ปลอดฤทธิ

**สังกัดหน่วยงาน** : กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

**วิธีทบทวน** : คณะกรรมการเต็มชุด (Full Board)

**รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 6 เดือน / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 3 เดือน

**เอกสารรับรอง** :- โครงร่างวิจัย /- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย/-แบบสอบถามทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002 /-ประวัติผู้วิจัย

ลงนาม.....  
( ดร.พญ.ประกายทิพ สุศิริปรินทร์ )

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....  
( นายธีร์รัฐ พงศ์เลิศอารี )

กรรมการและเลขานุการ  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 19 เมษายน 2566

วันหมดอายุ : 18 เมษายน 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



**ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Patient/ Participant Information Sheet)

<b>ชื่อโครงการวิจัย</b>	ปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก
<b>ชื่อผู้วิจัย</b>	นายศรารุธิ พลอดฤทธิ
<b>สถานที่ทำงาน</b>	ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 46/1 หมู่4 ตำบลประตู่ชัย อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000
<b>โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)</b>	035-211888
<b>โทรศัพท์มือถือ</b>	089-508-5655

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก
2. มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยกและศึกษาความสามารถการทำนายของภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก
3. ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อหาความสามารถการทำนาย โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย
4. รายละเอียดและขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
  - 4.1 ประชากรวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4 จำนวน 100 ราย
  - 4.2 รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
    - ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความไว้วางใจ
    - ขั้นตอนที่ 2 ขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบสอบถามภาวะโรคร่วม แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ขั้นตอนที่ 3 ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-สกุลลงในแบบสอบถาม แต่จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย

5. ถ้าหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลในทันที และแจ้งให้แพทย์ หรือพยาบาลประจำแผนกทราบทันที และจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจาก แพทย์แล้วเท่านั้น

6. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

7. การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การได้รับบริการทั้งสิ้น

8. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย และเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น

9. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 089-508-5655 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบโดยเร็ว

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย**  
(Information Consent Form)

ทำที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ. 2566

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย**                      วิจัยทำนายระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วย  
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก

**ชื่อผู้วิจัย**                                 นายศราวุธ     พลอดฤทธิ์

**สถานที่ทำงาน**                            กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 46/1 หมู่4  
ถนนอุทุมพร ตำบลประตู่ชัย อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000

**โทรศัพท์มือถือ**                         089-508-5655

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนต่างๆ ที่  
จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตรายและประโยชน์ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากวิจัยเรื่องนี้โดยได้อ่าน  
รายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัว  
จากการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคตทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการ  
วิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็น  
ภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ  
ร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจทุกประการ ข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้ง  
นี้ด้วยความสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม  
วิจัยและสำเนานหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว 1 ชุด

ลงชื่อ.....

(ศราวุธ พลอดฤทธิ์)

ผู้วิจัย

ลงชื่อ.....

(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

ลงชื่อ.....

(พยาน)



**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด  
เฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 2 ตอน จำนวน 16 ข้อ เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำลงในช่องว่างตามข้อคำถามที่กำหนดให้

**ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก**

1. อายุ.....ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. สถานภาพสมรส  
 โสด  คู่  หม้าย/หย่า/  
แยกกันอยู่
4. จำนวนบุตร.....คน
5. ระดับการศึกษา  
 ไม่ได้ศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา/ปวช.  
 อนุปริญญา/ปวส.  ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า  สูงกว่าปริญญาตรี
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน  
 น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน  5,001 – 10,000 บาท/เดือน  
 10,001 – 15,000 บาท/เดือน  15,001 – 20,000 บาท/เดือน  
 20,001 ขึ้นไป
- 6.1 ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย  
 เพียงพอและมีเหลือเก็บ  เพียงพอ  ไม่เพียงพอ
7. บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ  
 คนเดียว  คู่สมรส  บุตร  
ญาติ/พี่น้อง  เพื่อน/ผู้ร่วมงาน  ผู้ดูแลที่จ้างมา  
 อื่นๆ ระบุ.....
8. สถานที่ที่เกิดอาการ  
 ที่บ้าน  ที่ทำงาน

( ) ไร่เนา/สวน ( ) อื่นๆ ระบุ.....

9. ใครนำท่านมาโรงพยาบาล

( ) มาด้วยตนเอง ( ) สามี/ภรรยา ( ) บุตร ( ) ญาติ/พี่น้อง  
( ) เพื่อน/เพื่อนบ้าน ( ) ผู้ร่วมงาน ( ) อื่นๆ ระบุ.....

10. อาการที่ทำให้ท่านตัดสินใจมาโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) อาการเจ็บแน่นหน้าอก ( ) หอบเหนื่อย ( ) บวม  
( ) นอนราบไม่ได้ ( ) ใจสั่น ( ) อื่นๆ ระบุ.....

11. การรักษาที่ท่านได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) การรับประทานยา ( ) ได้รับยา Heparin ทางหลอดเลือด  
( ) ได้รับยา Enoxaparin ( ) สวนหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก

(ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน)

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

12. ท่านเคยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือไม่

( ) เคย ( ) ไม่เคย

13. ท่านเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคอื่นๆ หรือไม่

( ) เคย ด้วยโรคอะไร..... ( ) ไม่เคย

14. ท่านได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ หรือไม่ (ข้อมูลจากเวชระเบียน)

( ) ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ ภายในเวลา.....(นับเวลาจาก  
จุดคัดกรองจนได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ)

( ) ไม่ได้รับ ระยะเวลาในการรอคอยสวนหลอดเลือดหัวใจ.....เดือน

การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

15. การมาโรงพยาบาลในครั้งนี้ ท่านใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่

( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการ จนตัดสินใจมารับการรักษา

16. ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการตัดสินใจในการมารับการรักษา

วัน/เวลา ที่ท่านเริ่มมีอาการของการเจ็บป่วยครั้งนี้

วันที่/เดือน/พ.ศ.....เวลา.....

วัน/เวลา ที่ท่าน ตัดสินใจแน่นอน ไปโรงพยาบาล หรือ โทรขอความช่วยเหลือทางการแพทย์

วันที่/เดือน/พ.ศ.....เวลา.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
ชนิด ST-segment ไม่ยก

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว  
(ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน)

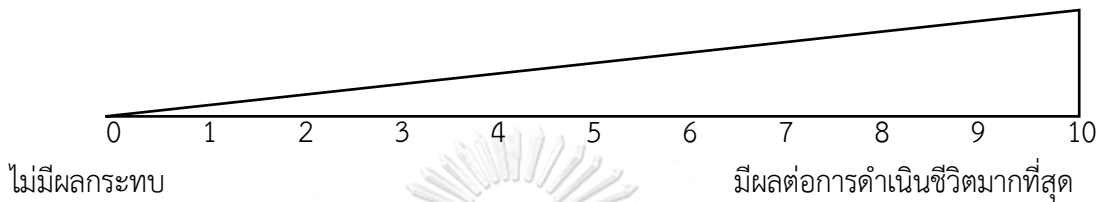
หัวข้อการประเมิน	มี	ไม่มี
1. ภาวะหัวใจล้มเหลว		
2. โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน		
3. โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดและเลือดออกในสมอง		
4. ....		
5. ....		
6. ....		
7. ....		
8. ....		
9. ....		
10. ....		
11. ....		
12. ....		
13. ....		
14. ....		
15. ....		
16. ....		
17. ....		



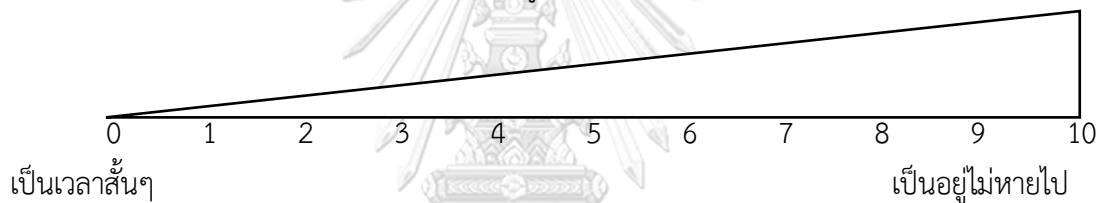
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
ชนิด ST-segment ไม่ยก

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ○ (วงกลม) ล้อมรอบตัวเลขที่แสดงถึงความเห็นของท่านและเติมคำลงในช่องว่าง  
ที่ตรงกับความคิดของท่าน

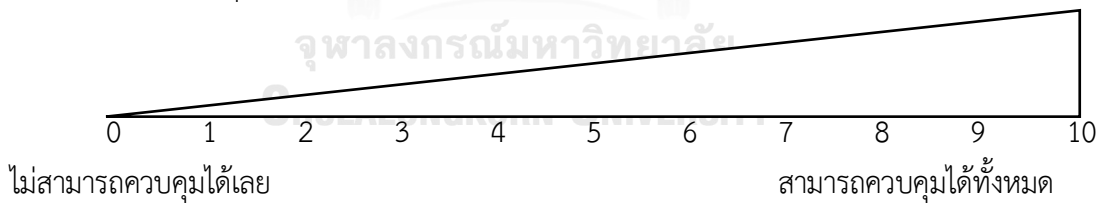
1. การเจ็บป่วยของท่านครั้งนี้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด



2. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านครั้งนี้จะเป็นอยู่ระยะเวลานานเท่าใด



3. ท่านสามารถควบคุมอาการของการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านได้ด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด



4. ท่านคิดว่าการรักษาที่ท่านได้รับสามารถช่วยบรรเทาการเจ็บป่วยครั้งนี้ของท่านได้มากน้อยเพียงใด

.....

.....

.....

.....

.....

5. ท่านมีอาการอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ของท่านมากน้อยเพียงใด

.....

.....

.....

.....

.....

6. ท่านกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ของท่านมากน้อยเพียงใด

.....

.....

.....

.....

.....

7. ท่านเข้าใจการเจ็บป่วยของท่านครั้งนี้ดีมากน้อยเพียงใด

.....

.....

.....

.....

.....

8. การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลต่ออารมณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด

.....

.....

.....

.....

.....

9. ท่านคิดว่าอะไรคือสาเหตุของการเจ็บป่วยของท่านครั้งนี้ โปรดเรียงลำดับตามความสำคัญ จาก 1 - 3

.....

.....

.....

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

##### ชนิด ST-segment ไม่นยก

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือของข้อความ โดยข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด กรุณาเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดขณะนี้ และกรุณาตอบทุกข้อโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

**ไม่มีเลย** หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกท่านเลยในขณะนี้  
**มีบ้าง** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้เล็กน้อย  
**ค่อนข้างมาก** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้ปานกลาง  
**มากที่สุด** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้มากที่สุด

ความรู้สึกขณะนี้	ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง-ปลอดภัย				
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด				
4. ....				
5. ....				
6. ....				
7. ....				
8. ....				
9. ....				
10. ....				
11. ....				
12. ....				
13. ....				
14. ....				
15. ....				
16. ....				
17. ....				
18. ....				
19. ....				
20. ....				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ชนิด ST-segment ไมยก

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือของข้อความ โดยข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด กรุณาบอกว่าคุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ กรุณาตอบทุกข้อโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

[หมายเหตุ: บุคคลพิเศษคือบุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน]

- |   |                             |   |                          |
|---|-----------------------------|---|--------------------------|
| 1 | หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก | 5 | หมายถึง ค่อนข้างเห็นด้วย |
| 2 | หมายถึง ไม่เห็นด้วย         | 6 | หมายถึง เห็นด้วย         |
| 3 | หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย | 7 | หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก |
| 4 | หมายถึง เฉยๆ                |   |                          |

- |                                                            | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. หากฉันต้องการความช่วยเหลือ ฉันมีบุคคลพิเศษที่คอยช่วยฉัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ฉันมีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ฉันมีครอบครัวที่คอยช่วยเหลือฉันเสมอ                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ....                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 5. ....                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 6. ....                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 7. ....                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 8. ....                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 9. ....                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 10. ....                                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 11. ....                                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 12. ....                                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |



## 1. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะโรคร่วม (n = 30)

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.840	20

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Co1	2.7667	10.392	.282	.842
Co2	2.9667	10.516	.506	.831
Co3	2.8667	9.706	.662	.821
Co4	3.0333	11.413	.000	.843
Co5	2.9333	10.547	.390	.834
Co6	2.9667	10.654	.419	.834
Co7	2.7333	9.857	.457	.832
Co8	2.6667	9.816	.442	.834
Co9	2.7000	9.666	.509	.829
Co10	3.0333	11.413	.000	.843
Co11	2.9000	10.576	.319	.838
Co12	2.7667	9.840	.486	.830
Co13	2.9667	10.723	.376	.835
Co14	2.9000	9.679	.750	.818
Co15	2.5667	10.461	.212	.849
Co16	2.9667	10.033	.818	.820
Co17	2.9333	10.064	.648	.824
Co18	2.9333	10.409	.462	.832
Co19	3.0000	10.552	.698	.829
Co20	3.0333	11.413	.000	.843

## 2. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย (n = 30)

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.873	8

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BIPQ1	44.2667	47.995	.372	.886
BIPQ2	43.9333	48.478	.694	.858
BIPQ3	49.5000	52.259	.337	.882
BIPQ4	41.7667	55.426	.316	.884
BIPQ5	45.8667	40.602	.802	.837
BIPQ6	45.2333	34.254	.949	.814
BIPQ7	45.3667	43.895	.738	.846
BIPQ8	45.2667	34.754	.934	.817

## 3. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวล (n = 30)

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.856	20

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Anx1	40.9000	50.300	.296	.855
Anx2	40.6000	49.214	.602	.845
Anx3	41.4000	49.490	.236	.863
Anx4	41.7333	46.340	.621	.841
Anx5	41.0000	51.241	.210	.859
Anx6	41.7667	46.185	.633	.841
Anx7	41.3333	48.230	.536	.846
Anx8	40.8333	51.247	.327	.854
Anx9	41.3667	45.757	.609	.842
Anx10	40.8000	51.062	.242	.857
Anx11	40.2333	51.426	.275	.855
Anx12	42.0333	48.723	.578	.845
Anx13	41.4667	48.051	.403	.852
Anx14	41.4667	46.464	.604	.842
Anx15	40.8000	49.959	.397	.851
Anx16	40.8000	49.959	.511	.848
Anx17	41.1667	45.799	.655	.840
Anx18	42.0333	50.723	.444	.851
Anx19	40.7000	49.114	.573	.846
Anx20	40.9000	50.714	.312	.854



## 4. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (n = 30)

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.910	12

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Mspss1	50.0000	58.690	.682	.901
Mspss2	50.3000	58.838	.786	.898
Mspss3	48.0667	57.720	.606	.905
Mspss4	47.9667	51.826	.791	.896
Mspss5	50.3333	55.747	.805	.895
Mspss6	50.0333	60.171	.590	.905
Mspss7	49.7667	63.702	.309	.917
Mspss8	47.7333	58.685	.652	.902
Mspss9	50.2333	62.599	.449	.911
Mspss10	50.4333	59.357	.741	.899
Mspss11	47.3667	58.447	.669	.902
Mspss12	50.3000	59.321	.745	.899

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน มีรายละเอียดดังนี้

ทดสอบการกระจายของข้อมูล (Test of Normal distribution) ด้วยการพิจารณาค่า Skewness (ความเบ้) และค่า Kurtosis (ความโด่ง) ดังนี้

ตารางที่ 8 ค่าดัชนีความเบ้ (Skewness) และค่าดัชนีความโด่ง (Kurtosis) ของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{X}$ (S.D.)	Skewness (Std.Error of Skewness)	Kurtosis (Std. Error of Kurtosis)
ภาวะโรคร่วม	4.13 (1.48)	-.166 (0.24)	-.918 (0.47)
ประสบการณ์ การเข้ารับการรักษา	0.11 (0.31)	2.531 (0.24)	-.087 (0.47)
การรับรู้ความเจ็บป่วย	54.49 (7.32)	-.168 (0.24)	-.841 (0.47)
ความวิตกกังวล	51.60 (8.22)	.047 (0.24)	-.698 (0.47)
การสนับสนุนทางสังคม	54.02 (8.22)	.149 (0.24)	-.707 (0.47)
การใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	0.13 (0.33)	2.234 (0.24)	3.052 (0.47)

จากตารางที่ 8 การทดสอบการกระจายข้อมูลแบบปกติของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยพิจารณาค่าดัชนีความเบ้ (Skewness) และค่าดัชนีความโด่ง (Kurtosis) ซึ่งคำนวณจากสูตร

$$Z_{Sk} = \frac{S_k - 0}{SE_{Sk}} \quad \text{และ} \quad Z_K = \frac{K - 0}{SE_K}$$

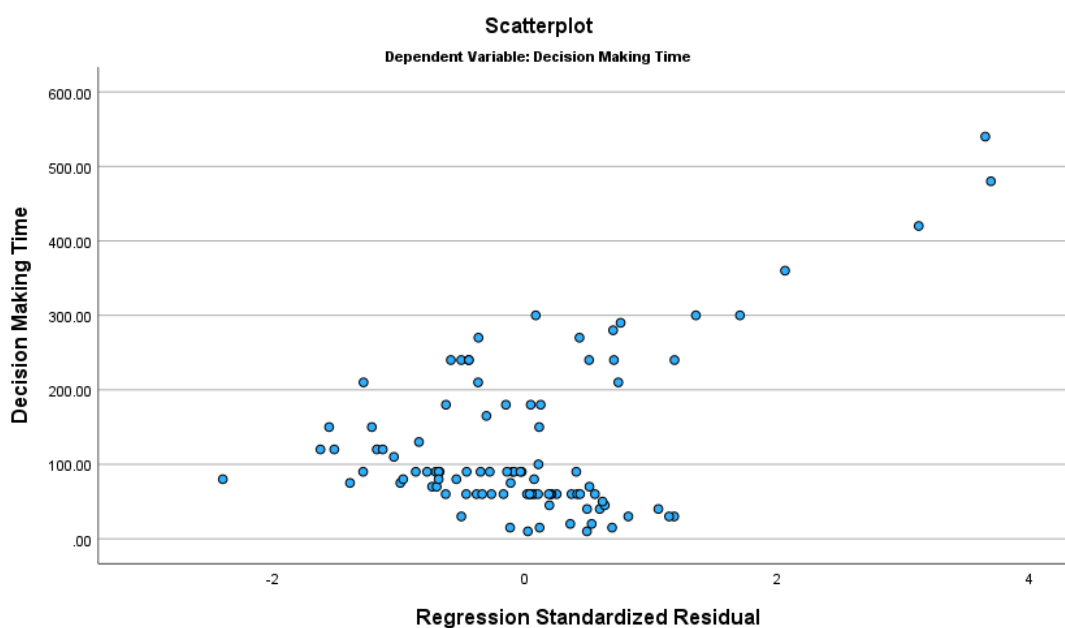
โดย	$Z_{Sk}$	คือ	Z Score ของ Skewness
	$S_k$	คือ	สถิติ Skewness
	$SE_{Sk}$	คือ	Standard Error of Skewness
	$Z_K$	คือ	Z Score ของ Kurtosis
	$K$	คือ	สถิติ Kurtosis
	$SE_K$	คือ	Standard Error of Kurtosis

พบว่า ตัวแปรข้างต้นมีค่าดัชนีความเบ้ ( $Z_{sk}$ ) เท่ากับ  $-0.69, 2.53, -0.07, 0.195, 0.62$ , และ  $9.30$  ตามลำดับ และมีค่าดัชนีความโด่ง ( $Z_k$ ) เท่ากับ  $-1.95, -1.18, -1.78, -1.48, -1.50$ , และ  $6.49$  ตามลำดับ ผลการทดสอบ พบว่า ภาวะโรคร่วม การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม มีค่าดัชนีความเบ้ และค่าดัชนีความโด่งอยู่ระหว่าง  $-1.96$  ถึง  $+1.96$  แสดงถึงมีการกระจายข้อมูลแบบปกติ (Corder & Foreman, 2014) และเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา, 2561) แต่ตัวแปร ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีค่าดัชนีความเบ้ และ/หรือค่าดัชนีความโด่งมากกว่า  $-1.96$  และ  $+1.96$  แสดงถึงไม่มีการกระจายข้อมูลแบบปกติ (Corder & Foreman, 2014) จึงไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังนั้นจึงใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยก (Corder & Foreman, 2014)

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ มีรายละเอียดดังนี้

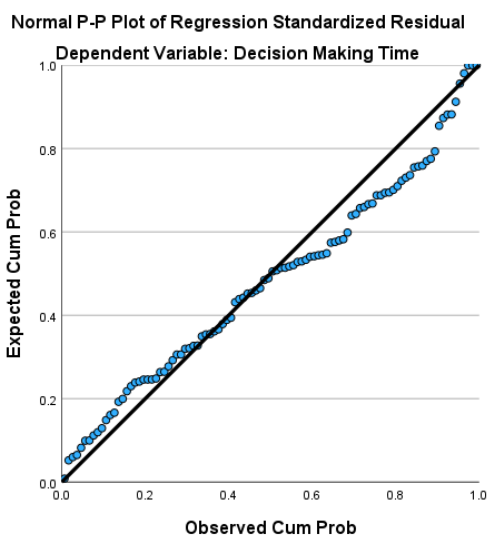
1. ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)

ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ โดยพิจารณาการกระจาย (scatter plot) พบว่า ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ส่วนใหญ่มีค่าเข้าใกล้ 0 ดังแสดง



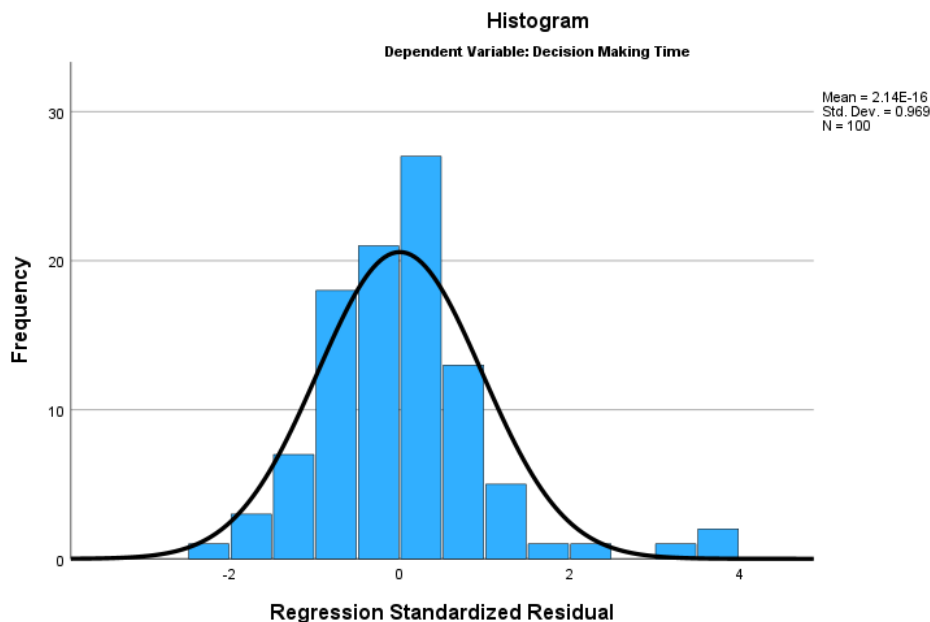
2. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity)

รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (x) และตัวแปรตาม (y) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ดังแสดง



### 3. ตรวจสอบว่ามีการแจกแจงของประชากรเป็นการแจกแจงปกติหรือไม่

ตรวจสอบด้วยการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยกราฟฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (normality) ดังแสดง



4. เมื่อพิจารณาค่า tolerance ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน ค่า tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 1 ค่ายิ่งใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระอื่น ๆ ค่า tolerance ที่ต่ำกว่า 0.10 ตัวแปรอิสระจะมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือมีลักษณะเป็น multicollinearity เมื่อพิจารณาค่า variance inflation factor (VIF) ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอีกวิธีหนึ่ง VIF มีค่ามากกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระจะมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือมีลักษณะเป็น multicollinearity (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) จากตารางที่แสดงพบว่า ค่า tolerance มีค่าไม่ใกล้เคียงกับ 0 ส่วนค่า VIF มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือไม่มีลักษณะเป็น multicollinearity ถือว่ามีค่าอยู่ในเกณฑ์ข้อตกลงเบื้องต้น

5. เมื่อพิจารณาค่า Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 2.153 ซึ่งเป็นการตรวจสอบความเป็นอิสระกันของความคลาดเคลื่อน มีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 แสดงว่าไม่เกิดภาวะ autocorrelation คือค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน (กัลยา วินิชย์บัญชา และ รุฐิตา วาณิชย์บัญชา, 2561)

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

Model Summary<sup>g</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.803 <sup>a</sup>	.644	.641	61.64742	.644	177.648	1	98	<.001	
2	.846 <sup>b</sup>	.716	.711	55.33368	.072	24.640	1	97	<.001	
3	.858 <sup>c</sup>	.737	.723	53.58782	.020	7.423	1	96	.008	
4	.865 <sup>d</sup>	.748	.738	52.66682	.012	4.387	1	95	.039	
5	.872 <sup>e</sup>	.761	.748	51.64195	0.12	4.808	1	94	.031	
6	.878 <sup>f</sup>	.771	.757	50.75267	.011	4.323	1	93	.040	2.153

a. Predictors: (Constant), Anxiety

b. Predictors: (Constant), Anxiety, Perception of illness

c. Predictors: (Constant), Anxiety, Perception of illness, Comorbid

d. Predictors: (Constant), Anxiety, Perception of illness, Comorbid, Emergency Medical Services

e. Predictors: (Constant), Anxiety, Perception of illness, Comorbid, Emergency Medical Services, Social Support

f. Predictors: (Constant), Anxiety, Perception of illness, Comorbid, Emergency Medical Services, Social Support, Hospitalization Experience

g. Dependent Variable: Decision Making Time

ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	675133.093	1	675133.093	177.648	<.001 <sup>b</sup>
	Residual	372439.657	98	3800.405		
	Total	1047572.750	99			
2	Regression	750576.553	2	375288.276	122.570	<.001 <sup>c</sup>
	Residual	296996.197	97	3061.816		
	Total	1047572.750	99			
3	Regression	771893.930	3	257297.977	89.599	<.001 <sup>d</sup>
	Residual	275678.820	96	2871.654		
	Total	1047572.750	99			
4	Regression	784062.370	4	196015.593	70.667	<.001 <sup>e</sup>
	Residual	263510.380	95	2773.793		
	Total	1047572.750	99			
5	Regression	796884.963	5	159376.993	59.761	<.001 <sup>f</sup>
	Residual	250687.787	94	2666.891		
	Total	1047572.750	99			
6	Regression	808020.223	6	134670.037	52.282	<.001 <sup>g</sup>
	Residual	239552.527	93	2575.834		
	Total	1047572.750	99			

a. Dependent Variable: Decision Making Time

b. Predictors: (Constant), Anxiety

c. Predictors: (Constant), Anxiety, Perception of illness

d. Predictors: (Constant), Anxiety, Perception of illness, Comorbid

e. Predictors: (Constant), Anxiety, Perception of illness, Comorbid, Emergency Medical Services

f. Predictors: (Constant), Anxiety, Perception of illness, Comorbid, Emergency Medical Services, Social Support

g. Predictors: (Constant), Anxiety, Perception of illness, Comorbid, Emergency Medical Services, Social Support, Hospitalization Experience

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	640.632	39.371		16.272	<.001		
	Anxiety	-10.044	.754	-.803	-13.328	<.001	1.000	1.000
2	(Constant)	755.355	42.225		17.889	<.001		
	Anxiety	-6.377	1.002	-.510	-6.366	<.001	.456	2.193
	Perception of illness	-5.578	1.124	-.397	-4.964	<.001	.456	2.193
3	(Constant)	526.489	93.425		5.635	<.001		
	Anxiety	-4.138	1.271	-.331	-3.254	.002	.265	3.767
	Perception of illness	-4.873	1.119	-.347	-4.356	<.001	.432	2.317
	Comorbid	18.129	6.654	.261	2.725	.008	.298	3.350
4	(Constant)	524.655	91.824		5.714	<.001		
	Anxiety	-4.299	1.252	-.344	-3.434	<.001	.264	3.781
	Perception of illness	-4.983	1.101	-.355	-4.527	<.001	.431	2.323
	Comorbid	20.879	6.670	.301	3.130	.002	.287	3.485
	Emergency Medical Services	37.076	17.702	.122	2.095	.039	.783	1.278
5	(Constant)	594.069	95.440		6.225	<.001		
	Anxiety	-3.299	1.310	-.264	-2.519	.013	.232	4.303
	Perception of illness	-4.543	1.098	-.324	-4.138	<.001	.416	2.403
	Comorbid	17.219	6.750	.248	2.551	.012	.269	3.712
	Emergency Medical Services	40.843	17.442	.134	2.342	.021	.775	1.290
	Social Support	-2.413	1.101	-.193	-2.193	.031	.329	3.042
6	(Constant)	564.696	94.854		5.953	<.001		
	Anxiety	-2.962	1.297	-.237	-2.284	.025	.229	4.371
	Perception of illness	-4.124	1.098	-.294	-3.757	<.001	.402	2.487
	Comorbid	15.925	6.663	.229	2.390	.019	.267	3.745
	Emergency Medical Services	38.048	17.194	.125	2.213	.029	.770	1.298
	Social Support	-2.586	1.085	-.207	-2.384	.019	.327	3.060
	Hospitalization Experience	38.231	18.388	.117	2.079	.040	.778	1.285

a. Dependent Variable: Decision Making Time



Residuals Statistics<sup>a</sup>

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	-29.9770	354.7403	122.3500	90.34279	100
Residual	-121.81139	187.53036	.00000	49.19067	100
Std. Predicted Value	-1.686	2.572	.000	1.000	100
Std. Residual	-2.400	3.695	.000	.969	100

a. Decision Making Time



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายศราวุธิ ปลอดฤทธิ
วัน เดือน ปี เกิด	13 มกราคม 2530
สถานที่เกิด	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ที่อยู่ปัจจุบัน	หมู่บ้านมาลีลาห์ 97/53 หมู่ 5 ตำบลลุมพลี อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000

