

ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วย
กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วิยะดา คงแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วย

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

.....

นางสาววิยะดา คงแก้ว

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทยา วัฒนา

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิริดา ไกรนุวัตร,

Ph.D. (Nursing)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตร

มหาบัณฑิต

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงใจ รัตนธัญญา,

ปร.ค. (ประชากรและการพัฒนา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

อาจารย์สุพินดา เรืองจิรัชเสียร,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วย

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ.2558

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงใจ รัตนธัญญา,

ปร.ด. (ประชากรและการพัฒนา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นางสาววิยะดา คงแก้ว

ผู้วิจัย

.....
อาจารย์สุพินดา เรืองจิรัชเชียร,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิริดา ไกรนุวัตร,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนกพร จิตปัญญา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทยา วัฒนา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ฟองคำ ตีลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้บรรลุสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. นันทิยา วัฒมาฯ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. ดวงใจ รัตนัญญา และอาจารย์ดร.สุพินดา เรืองจิรัชเสียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ได้เสียสละเวลาให้ความช่วยเหลือ ในการให้คำปรึกษา คำแนะนำพร้อมทั้งชี้แจงแนวทางที่เป็นประโยชน์ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณประธานและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาเสนอแนะคำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ในการปรับปรุงเนื้อหา เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการช่วยพัฒนาให้เครื่องมือสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แพทย์ประจำหน่วยอายุรกรรม หลอดเลือดและหัวใจ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ในคลินิกอายุรกรรม หลอดเลือดและหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และที่สำคัญ ขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา สมาชิกในครอบครัวและเครือญาติทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจ ส่งเสริมช่วยเหลือในทุกๆด้านตลอดมา ขอขอบคุณ คุณอรุณศรี รัตนพรหม สำหรับคำแนะนำในการเก็บข้อมูลรวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ และคุณนฤมล แก้วเชื้อในการประสานงาน ให้การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างราบรื่น รวมถึงพี่ๆน้องๆ โรงพยาบาลวิภาวดีทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในทุกๆด้านกับผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายสุดนี้ ขอขอบคุณบุคคลที่ไม่ได้กล่าวนามและมีส่วนร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ประโยชน์และคุณค่าจากการทำวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแด่บุพการี ครูบาอาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

วิยะดา คงแก้ว

ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

FACTORS PREDICTING PRE-HOSPITAL DELAY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

วิยะดา คงแก้ว 5536331 NSCN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นันทิยา วัฒนา, Ph.D.(NURSING),

ดวงใจ รัตนธัญญา, ปร.ด.(ประชากรและการพัฒนา), สุพินดา เรืองจิรัชเสียร, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาเป็นสาเหตุของอัตราการป่วยและอัตราการตายที่สูงขึ้น สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นมีความสำคัญต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมทันเวลา ดังนั้นความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยป้องกันความพิการและการเสียชีวิต มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง 148 ราย เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาตามนัดและนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เกิน 2 เดือน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การตอบสนองต่ออาการต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลโดย สมการถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ (64.2%) เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 53.59 ปี 2 ใน 3 (64.9%) ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยรวม 52.1% (Pseudo $R^2 = 0.521$, $p < 0.05$) ร่วมกันทำนายความล่าช้าได้แก่ อายุ เพศ การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น แต่มีเพียง 5 ตัวแปรที่สามารถทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล การตอบสนองทางพฤติกรรมโดยพยายามผ่อนคลาย (OR = 35.566, B = 3.571, $p < 0.05$) อยู่กับครอบครัวในขณะที่เกิดอาการ (OR = 0.041, B = -3.191, $p < 0.05$) การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นแนะนำพักผ่อนและทานยา (OR = 0.056, B = -2.883, $p < 0.01$) อยู่ที่บ้านขณะเกิดอาการ (OR = 8.738, B = 2.168, $p < 0.001$) รอให้อาการหายไป (OR = 2.722, B = 1.019, $p < 0.01$) โดยเฉลี่ยสามารถทำนายได้ถูกต้อง 83.1%

สรุป พยาบาลควรให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ข้อมูลที่ให้อาจช่วยบุคคลแสวงหาการรักษาเพื่อป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการ

คำสำคัญ: ความล่าช้า / ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน / การตอบสนองการรับรู้ในด้านต่างๆ

FACTORS PREDICTING PRE-HOSPITAL DELAY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

WIYADA KHONGKAEW 5536331 NSCN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTIYA WATTHAYU, Ph.D.(NURSING),
DUANGJAI RATTANATHANYA, Ph.D.(POPULATION AND DEVELOPMENT),
SUPINDA RUANGJIRATAIN, Ph.D.(NURSING)

ABSTRACT

Acute Coronary Syndrome (ACS) is a major public health problem worldwide, including Thailand. Delay in seeking treatment may be the cause of a higher morbidity and mortality rate. For patients with ACS, the response to the signs and symptoms that have occurred is crucial to receive appropriate timely treatment. Therefore, understanding what factors were influencing pre-hospital delays is important to help prevent death and disability. The purpose of this study was to determine factors predicting pre-hospital delays in patients with Acute Coronary Syndrome.

Predictive Correlation Research was conducted. A total of 148 patients with acute coronary syndrome were included, using a purposive sampling. Data were collected from interviewing patients with acute coronary syndrome within two months of hospital admission during a follow up visit at The Cardiac clinic by using the Response to Symptom Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The findings revealed that ACS patients were mostly male (64.2%) with a mean age of 53.59 years. Two-thirds (64.9%) of ACS patients reported a pre-hospital delay. Altogether, 52.1% (Pseudo $R^2 = .521$, $P < .05$) of variability in the pre-hospital delay was predicted by age, gender, cognitive response, affective/emotional response, behavior response, and others' behavior and emotional response. Only five of the predictors contributed significantly to predicting pre-hospital delays. Behavior responses were; by trying to relax (OR = 35.566, B = 3.571, $p < .05$), being with their family while the symptoms occurred (OR = .041, B = -3.191, $p < .05$), others' responses to symptom by suggesting rest and taking medication (OR = .056, B = -2.883, $p < .01$), symptoms occurred at home (OR = 8.738, B = 2.168, $p < .001$), and waiting for symptoms to go away (OR = 2.722, B = 1.019, $p < .01$). Overall, the classification correctly predicted rate was 83.1%.

Nurses should educate the public about the signs and symptoms of ACS. Information provided will help individuals to prevent delays in seeking treatment.

KEY WORDS: PRE-HOSPITAL DELAY/ PATIENTS WITH ACUTE CORONARY
SYNDROME / RESPONSE TO SYMPTOMS

161 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2คำถามการวิจัย	10
1.3วัตถุประสงค์การวิจัย	11
1.4สมมติฐานการวิจัย	11
1.5กรอบแนวคิดการวิจัย	11
1.6ขอบเขตของการวิจัย	14
1.7นิยามตัวแปร	14
1.8ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	15
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	16
2.1กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	16
2.2ความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	27
2.3ทฤษฎีการจัดการด้วยตนเอง	
2.4ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	29
2.5สรุป	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย
3.1 ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
3.2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง	40
3.3 สถานที่เก็บข้อมูล	40
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	42
3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	42
3.7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	44
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	45
บทที่ 4	ผลการวิจัย
บทที่ 5	อภิปรายผล
บทที่ 6	สรุปผลการวิจัย
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	94
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	112
บรรณานุกรม	130
ภาคผนวก	137
ภาคผนวก ก	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ภาคผนวก ข	คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
ภาคผนวก ค	การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ภาคผนวก ง	หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล
ภาคผนวก จ	เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย
ภาคผนวก ฉ	การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์
ประวัติผู้วิจัย	162

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	ลักษณะส่วนบุคคล	47
4.2	ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับบริการ	50
4.3	ข้อมูลบริบททางสังคม	50
4.4	การตอบสนองด้านการรับรู้	52
4.5	การตอบสนองการรับรู้เหตุผลชะลอการมารับบริการ	53
4.6	การตอบสนองทางอารมณ์	54
4.7	การตอบสนองทางอารมณ์ด้านความเจ็บปวด	55
4.8	การตอบสนองพฤติกรรม	55
4.9	การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น	56
4.10	ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความล่าช้าในการมารับบริการ	61
4.11	ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	67
4.12	Classification	70

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	13

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) เป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา ซึ่งพบว่าประมาณ 1 ใน 6 ของสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับในประเทศกำลังพัฒนาพบอัตราการเสียชีวิต 28% ในจำนวนนี้ 50% เสียชีวิตภายใน 30 นาทีแรกก่อนมาโรงพยาบาล (Saber, Adib-Hajbaghery, & Zohreha, 2014) จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง 17.3 ล้านคนและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็น 23 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 สาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยในโรคหัวใจและหลอดเลือดคือกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ซึ่งกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีลักษณะทางคลินิก 3 กลุ่มอาการคือ Unstable angina (UA), ST-elevation myocardial infarction (STEMI) และ non- ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) โดยเฉพาะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI) เป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ (Al-Hassan, 2012; Marcus, Prabhakaran & Gaziano, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง และมีความล่าช้าในการมารับบริการเพราะคิดว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม จึงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล (Angerud, Brulin, Naslund, & Eliasson, 2013) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะเร่งด่วนต้องได้รับการวินิจฉัย และการรักษาอย่างรวดเร็วรวมถึงการขยายหลอดเลือดหัวใจในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต (Farshidi, Rahimi, Abdi, A, Salehi, & Madani, 2013; Gersh, Sliwa, Mayosi, & Yusuf, 2010) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็น (Acute Myocardial Infarction: AMI) มากกว่า 1 ล้านคนต่อปี พบว่ามี AMI เกิดขึ้น ทุก 2 วินาที สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจระหว่างปี พ.ศ. 2554-25526 พบอัตราการเสียชีวิตโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คนมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และในปี 2556 พบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 54,530 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 150 คนหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2557)

โรคหัวใจที่เกิดจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถือว่าเป็นภาวะคุกคามของชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้นๆหลังจากมีอาการสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว ความล่าช้าในการรักษา (delay treatment) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดประโยชน์มีคุณภาพและความปลอดภัยเมื่อสามารถประเมินอาการและตรวจพบได้รวดเร็ว และถ้าได้รับการรักษาที่รวดเร็วจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ (Taghaddosi, Dianati, Bidgoli, & Bahunaran, 2010; วาสนารายสูงเนิน, 2555; Farshidi, et al., 2013)

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุมาจากการสะสมของคราบไขมัน หินปูน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี การเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปอย่างช้าๆ และมีขนาดโตขึ้นเรื่อยๆส่งผลให้เกิดการตีบแข็งบริเวณหลอดเลือด (atherosclerotic plaque) เมื่อมีการตีบแข็งมากกว่า (70%) หลอดเลือดก็จะตีบตันลงส่งผลให้เลือดที่ส่งไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ช้าลง เป็นสาเหตุของการเกิดอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (unstable angina) เช่น อาการเจ็บหน้าอกหรือรู้สึกไม่สบาย หายใจไม่สะดวก คลื่นไส้อาเจียน มีอาการปวดแขน ลำคอ และหลัง หากเป็นนานเกิน 20 นาที จะทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานมากกว่า 2 ชั่วโมงมีโอกาสเสียชีวิตได้อย่างกะทันหัน (Noureddine, et al., (2010) Hamm, Bassand, Agewall, Bax, Boersma, & Bueno, et al., 2011)

เป็นที่ทราบกันดีว่าถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาหลังจากที่เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้ระยะเวลาสั้นๆจะเกิดประโยชน์และลดอัตราการเสียชีวิต การรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในปัจจุบันมี 2 วิธี ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolysis therapy) และการขยายหลอดเลือดแดงที่หัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) การให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolysis therapy) ภายใน 1 ชั่วโมง หลังเกิดอาการสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ 30% ถ้าให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 2-3 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ 25% และถ้าให้ยาภายใน 4-6 ชั่วโมง ลดอัตราการเสียชีวิตได้ 18% (American College of Cardiology/American Heart Association : ACC/AHA, 2004) ตามแนวเวชปฏิบัติของ ACC/AHA (2004) โดยกำหนดแนวทางในการรักษาผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด ไว้ดังนี้ ผู้ป่วยต้องตัดสินใจมาโรงพยาบาลทันทีหลังจากมีอาการเจ็บหน้าอกภายใน 5 นาที ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาลภายใน 30 นาที และเมื่อมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolysis) ภายในเวลา 30 นาที (Door-to-needle time) หรือ ได้รับการขยายหลอดเลือดแดงด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) ภายใน 90 นาที (Door-to-Balloon time) สำหรับแนวเวชปฏิบัติของประเทศไทยตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2555 สอดคล้องกับ ACC/AHA โดยกำหนดมาตรฐานการดูแล

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลสามารถทำ EKG ภายใน 5-10 นาที ให้รับประทานยา Aspirin (162-325 mg) ให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที (Door to needle time < 30 นาที) และได้รับการขยายหลอดเลือดแดงด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ภายในเวลา 90 นาที (Door to Balloon time < 90 นาที) (สถาบันโรคทรวงอก, 2555)

เป้าหมายหลักในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือการป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น รักษาภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เพื่อให้มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็ว ซึ่งระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล และได้รับยาละลายลิ่มเลือด ถ้าทำได้อย่างรวดเร็วจะมีประโยชน์ต่อคุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (reinfarction) นอกจากนี้ยังสามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้อีกด้วย ดังนั้นระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลจึงมีความสัมพันธ์กับการขาดเลือดของหัวใจ หากได้รับการรักษาที่รวดเร็วส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Wang, & Hsu, 2013; Angerud, et al., 2013)

ถึงแม้ว่าปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การผ่าตัด จะเห็นว่าการรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีประสิทธิภาพมากขึ้นเรื่อยๆ และมีการรักษาที่หลากหลายรูปแบบแต่ยังพบอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ สาเหตุสำคัญมาจากการรับบริการล่าช้า (treatment delay) จากการศึกษาของ Farshidi et al., (2013) พบว่าความล่าช้าเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในการรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประมาณ (35.7%) ของผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 1 ชั่วโมงหลังมีอาการ (43.2%) มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 1-6 ชั่วโมง และอีก (21.1%) มาถึงโรงพยาบาลหลัง 6 ชั่วโมง หรือจะกล่าวโดยภาพรวมว่าประมาณ (64.3%) มาถึงโรงพยาบาลใช้เวลามากกว่า 1 ชั่วโมง หลังจากมีอาการ ซึ่งทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นและยังพบว่าผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะเสียชีวิตหรือมีภาวะหยุดหายใจชั่วขณะก่อนมาถึงโรงพยาบาลประมาณ 30-50% และส่วนใหญ่จะเสียชีวิตตั้งแต่ 1-2 ชั่วโมงแรกก่อนมาโรงพยาบาล เนื่องจากขาดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น จึงทำให้มาถึงโรงพยาบาลล่าช้า ส่งผลให้การรักษาไม่ได้ประสิทธิภาพ ขาดโอกาสสำคัญในการรักษาอัตราการรอดชีวิตก็จะลดลง (นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ, 2553; พิมพา เทพวัลย์, 2553; Banks, & Dracup, 2006; พัทธราภรณ์ อุ้นเต๊ะ, 2554; Momeni, Salari, Shafighnia, Ghanbari, & Mirbolouk, 2012; Lesneski, 2010)

ความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับความสนใจและมีการศึกษาในปัจจัยต่างๆ เพื่อป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่ม

อาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความล่าช้าสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือความล่าช้าที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง (patient delay) และความล่าช้าที่เกิดจากระบบโรงพยาบาล (system delay) หรือ pre-hospital และ In hospital delay (Dianati, Mosavi, Hajibagher & Alavi, 2010; Wang, & Hsu, 2013)

ความล่าช้าที่เกิดจากตัวผู้ป่วย (patient delay) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะแรกเริ่มจากตั้งแต่ผู้ป่วยมีการรับรู้หรือตระหนักถึงอาการเจ็บหน้าอกจนกระทั่งตัดสินใจตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น เช่น การเรียกใช้รถฉุกเฉิน หรือการรักษาตนเองเบื้องต้น ระยะที่สองเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกครั้งแรกจนกระทั่งติดต่อขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ และระยะที่สามเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกจนตัดสินใจเดินทางมาโรงพยาบาล โดยอาจจะใช้การเดินทางทั้งรถยนต์ส่วนตัวและรถฉุกเฉิน จะเห็นได้ว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการเจ็บหน้าอกจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล (from onset of symptom till first medical contact) ซึ่งหมายถึง ความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาล (pre-hospital delay) นั้นเอง และในด้านความล่าช้าที่เกิดจากระบบของโรงพยาบาล (system delay) เริ่มตั้งแต่ระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือด (from hospital admission till reperfusion therapy) (Steg, James, Atar, Badano, Lundqvist & Borger, et al. 2012; Khraim, & Carey, 2009; Dianati, et al., 2010) อย่างไรก็ตามความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital delay) นับเป็นสาเหตุหลักที่สำคัญของความล่าช้าในการเริ่มการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือด หากผู้ป่วยมีการจดจำและรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นก็จะสามารถลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ (Farshidi, et al., 2013)

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาที่หลากหลายในเรื่องความล่าช้า (pre-hospital delay) และพฤติกรรมการณ์การค้นหาคำปรึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการมารับบริการที่โรงพยาบาล และมีการวิจัยโดยใช้แนวคิดทางการแพทย์ (medical model orientation) มุ่งประเด็นที่ปัจจัยด้านบุคคลและลักษณะอาการของผู้ป่วยในการทำนายความล่าช้า ต่อมา Dracup et al., (1995) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งในส่วนของผู้ป่วย ทำนายและการทดลองในการให้คำปรึกษาเพื่อลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีการพัฒนากรอบแนวคิดจาก 3 แนวคิดทฤษฎี คือ The health belief model, The self-regulation model and Symbolic interactionism โดยกรอบแนวคิดทฤษฎีเหล่านี้สามารถรวบรวมเกี่ยวกับลักษณะของบุคคลและปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งนำมาอธิบายพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ สำหรับกรอบแนวคิดทฤษฎีของ The health belief model เป็นทฤษฎีพื้นฐานความเชื่อที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ

นำมาใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้และค้นหาการรักษาเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก

ในส่วนของกรอบแนวคิด The self-regulation model; SRM จะสนับสนุนในด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วยเมื่อมีภาวะคุกคามเกิดขึ้นแบ่งออกเป็น การรับรู้เมื่อมีสิ่งคุกคามเกิดขึ้น การจัดการกับปัญหา และการประเมินผล มีการรวบรวมเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์การเจ็บป่วยและข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก เช่น คุณลักษณะประชากร ลักษณะทางคลินิก และพบว่า SRM สามารถนำมาอธิบายความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาล (pre-hospital delay) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ (Dracup, Moser, Eisenberg, Meischk, Alonzo, & Braslow, 1995; Dracup, McKinley, Riegel, Mieschke, Doering, & Moser, 2006; Tullmann, Haugh, Dracup, & Bourguignon, 2007; Al-Hassan, 2012) สำหรับกรอบแนวคิด Symbolic interactionism เป็นกรอบแนวคิดโดยใช้พื้นฐานทางสังคมเป็นรูปแบบในการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์หรือบุคคลอื่น และจะมีการทำหน้าที่ในบทบาทซึ่งกันและกัน เช่น บทบาทระหว่างสามี ภรรยา แพทย์กับผู้ป่วย เป็นต้น สำหรับการศึกษาส่วนใหญ่ใช้กรอบแนวคิด SRM ของ Leventhal et al., (1987) เพื่อให้มีการรับรู้และตระหนักถึงการค้นหาการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการตนเองหรือตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นโดยมีสิ่งกระตุ้นทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (Dracup, et al., 2006; Al-Hassan, 2012; Baxter, & Allmark, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถแบ่งออกเป็นด้านบุคคล (เพศ อายุ) บริบททางสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ ปัจจัยการตอบสนองด้านพฤติกรรม และปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น เป็นปัจจัยสำคัญของผู้ป่วยในการตอบสนองเมื่อเกิดอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อลดระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่อาจทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด (Taghaddosi, et al., 2010)

สำหรับปัจจัยด้านอายุกับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้าเนื่องจากจะรอให้อาการปวดมากขึ้น รวมถึงความเข้าใจหรือการบอกกล่าวเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นยังไม่ชัดเจน และมีการตัดสินใจที่ช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังอย่างอื่นร่วมด้วยซึ่งบางครั้งลักษณะอาการของโรค

มีความคล้ายคลึงกันจึงทำให้คิดว่าไม่ใช่อาการของโรคหัวใจ (Taghaddosi, et al., 2010; McKinley, S., Aitken, L. M., Marshall, A. P., Buckley, T., Baker, H., & Davidson, P. M., et al. 2011; Eshah, 2013; สุวีณา เบาะเปลี่ยน, 2554) แต่จากการศึกษาของ Sullivan et al., (2009) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

สำหรับปัจจัยทางด้านเพศ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงมีความล่าช้าในการมารับบริการมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะมีการค้นหาวิธีการรักษา และมีความอดทนมากกว่าเพศชาย อีกทั้งเพศหญิงจะไม่เชื่อว่าอาการที่เจ็บหน้าอกเกิดจากหัวใจ เพราะเชื่อจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมาพบว่า 60% ของอาการที่เกิดขึ้นน่าจะเกี่ยวกับการเป็นมะเร็งเต้านม มีเพียงแค่ 6 % ที่มีความกลัวว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นมาจากหัวใจ (Farshidi, et al., 2013) แต่จากการศึกษาของ Nouredine et al., (2008) ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันในการตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sullivan et al., (2009) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในการค้นหาการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

ปัจจัยบริบททางสังคม เช่นเมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ที่ทำงาน หรืออยู่ในที่สาธารณะ ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล บริบททางสังคมอาจจะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้าได้เนื่องจากเมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยไม่ได้ขอความช่วยเหลือเนื่องจากไม่ยอมรับกวนบุคคลอื่น จากการศึกษาของ Lesneski (2010) พบว่าโดยส่วนใหญ่ (71.4%) ขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการจะอยู่ที่บ้าน ส่วนอีก (9.5%) อยู่ที่ทำงาน และอยู่ที่บ้าน มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mussi et al., (2014) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (72.2%) ขณะเกิดอาการครั้งแรกจะอยู่ที่บ้าน แต่ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจนทำให้คิดว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรงและมีสาเหตุมาจากระบบทางเดินอาหารทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า แต่ยังมีบางการศึกษาที่พบว่าขณะเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่สาธารณะทำให้มารับบริการล่าช้า รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวก็มารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้าเช่นกันเพราะไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างได้ (Brokalaki, et al., 2011) ซึ่งบริบททางสังคมเป็นปัจจัยที่ยังมีความขัดแย้งกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขึ้นอยู่กับบริบทและบุคคลรอบข้างร่วมด้วยว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอย่างไร

การตอบสนองด้านการรับรู้ (Cognitive response) ด้านการรับรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการแปลความหมายและการประเมินเหตุการณ์ภายใต้สถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น อาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าถ้าอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก็จะมี การตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจดจำหรือไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก็จะมี ความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Moser, Kimble, Alberts, Alonzo, Croft, & Dracup, 2006) จากการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รู้ว่าอาการที่สำคัญคืออาการเจ็บหน้าอก มีการรับรู้ว่าคุณลักษณะอาการเจ็บหน้าอก มีความรุนแรง เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย มีการรับรู้ที่ต้องแสวงหาวิธีการรักษา ถ้าผู้ป่วยตอบสนองด้านการรับรู้ต่ออาการเจ็บหน้าอกได้ดีสามารถป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Ai-Hassan, 2012) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อด้านการรับรู้ ไม่ว่าจะเป็นด้านการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรค ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักและความไม่เข้าใจเกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแปลความหมายของอาการผิดพลาดคิดว่าสาเหตุมาจากอาการแน่นท้อง เป็นอาการไม่รุนแรงสามารถรอดูอาการได้ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลมากกว่า 1 ชั่วโมง (Gartner, Walz, Bauemschmitt, & Ladwig, 2008) แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจะมีการตอบสนองโดยการขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างทำให้มารับบริการที่โรงพยาบาลทันที แต่ถ้าผู้ป่วยรอคอยให้อาการเจ็บหน้าอกหายไป หรือมีการพยายามผ่อนคลายหรือใช้เวลาในการแสวงหาการรักษาที่ยาวนานมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Fukuora, Dracup, Rankin, Froelicher, Kobayashi, & Hirayama, 2005; Khraim, & Carey, 2008; Waller, 2011; Momeni, et al., 2012) การรับรู้หรือจดจำเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกได้ดีจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น มีการจัดการแก้ปัญหา เช่นการร้องขอให้บุคคลรอบข้างนำส่งโรงพยาบาลซึ่งสามารถลดระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ (Ai-Hassan, 2012)

ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ (Affective or emotional response) เป็นภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น การตอบสนองทางอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกกังวล กลัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น และคิดว่าลักษณะอาการของโรคจะดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมอาการ การตอบสนองทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางพฤติกรรม เช่น รู้สึกกลัวจึงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจึงภาวนาสวดมนต์ให้อาการเหล่านั้นหายไป ทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Lesneski, 2010; เป็น รักเกิด, 2550; Banks & Dracup, 2006; Tullmann, et al., 2007) และยังพบว่า การตอบสนองทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาล กล่าวคือ เมื่อมีสิ่งคุกคามเกิดขึ้นผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล มี

ความกลัวกับอาการเจ็บป่วยทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Vidotto, et al., 2013)

ปัจจัยการตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral response) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจะมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหลายวิธี การตอบสนองด้านพฤติกรรมมีผลจากการรับรู้และประสบการณ์ในอดีต (Lesneski, 2010; McKinley, et al., 2011; Eshah, 2013) เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกมักจะคิดว่าลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่สาเหตุจากหัวใจ สามารถรอดูให้อาการหายไปเพิกเฉย มีการรักษาตนเองเบื้องต้น รับประทานยาและพักผ่อน ทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lesneski (2010) พบว่าพฤติกรรมการตอบสนองเมื่อเกิดอาการสิ่งแรกที่ผู้ป่วยกระทำโดยส่วนใหญ่ประมาณ (34.3%) ภาวนาสวดมนต์ให้อาการปวดหายไป (21%) จะรับประทานยา และ (18%) พยายามพักผ่อนให้อาการทุเลา มีผู้ป่วยจำนวนเล็กน้อยที่พยายามจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลทันทีหลังจากเกิดอาการ เห็นว่าการตอบสนองทางพฤติกรรมมีความแตกต่างกันไปทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การตอบสนองทางพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลและการรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น (Behavioral or emotional responses of others) เป็นการตอบสนองของบุคคลอื่นเมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งมีหลายวิธี เช่น แนะนำให้พักผ่อนและทานยา แนะนำให้พบแพทย์ หรือพยายามปลอบผู้ป่วย อาจเป็นเหตุผลทำให้ผู้ป่วยมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ถ้าบุคคลอื่นตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นโดยการเรียกรถพยาบาล พยายามค้นหาการรักษาหรือโทรขอความช่วยเหลือจากบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Banks, & Dracup, 2006; Thuresson et al., 2007) จะเห็นได้ว่าการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นยังมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล บุคคลรอบข้างมีความสำคัญถ้าหากมีการรับรู้และสามารถจดจำอาการสำคัญของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ก็就会有การตอบสนองทางพฤติกรรมที่เหมาะสมเช่นกัน

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับบริการล่าช้ามีความสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพราะส่งผลถึงชีวิต ปัจจัยด้านเวลาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับภาวะหัวใจขาดเลือด เนื่องจากตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงและอาจมีแนวโน้มจะเกิดภาวะหัวใจวายได้ การมารับบริการขึ้นอยู่กับความตัดสินใจของผู้ป่วย การรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะเกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพมากที่สุด ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาด

เลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (เพศ อายุ) บริบททางสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น ที่ผ่านมามีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับความสนใจและมีการศึกษาในต่างประเทศมากมาย สำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อยมาก และมีความแตกต่างกับในประเทศไทย ทั้งลักษณะประชากร บริบทของสังคม วัฒนธรรม และเชื้อชาติ รวมทั้งระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาเกี่ยวกับประเด็นความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องป้องกันความล่าช้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและประชากรกลุ่มเสี่ยง จึงควรป้องกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะศึกษาในหน่วยบริการตติยภูมิ เช่น การศึกษาในต่างประเทศ Dracup et al., (2006) ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งในโรงพยาบาลศูนย์หัวใจและที่อยู่ในชุมชน สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาของพิมพ์พา เทพวัลย์ (2553) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศิริราช สุวิณา เบาะเปลี่ยน (2554) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สิทธิการรักษา การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยทำการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถีเป็นหน่วยบริการตติยภูมิ ให้บริการเฉพาะทางและการรักษาขั้นสูง และพบว่าการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในเขตภาคใต้

เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลขนาด 800 เตียง เป็นโรงพยาบาลศูนย์กลางของภาคใต้ตอนบนให้บริการตรวจ รักษาโรคทั่วไป เฉพาะทาง และรับส่งต่อผู้ป่วย จากสถิติของโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานีพบว่าในปีงบประมาณ 2551-2556 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเข้ามารับการตรวจรักษาทั้งหมด 630 (14.72%), 732 (17.08%), 781(18.25%), 680 (15.89%), 758(17.71%) และ 699(16.33%) คนตามลำดับ (งานสารสนเทศโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2556) และมีอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 คิดเป็นร้อยละ 18.63, 19.42, 22.46, 29.91 และ 29.28 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าการรับบริการล่าช้า (pre-hospital delay) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพราะส่งผลถึงชีวิตและมีแนวโน้มสูงขึ้น ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับบริการขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ดังนั้นผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยต่างๆว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์หรือสามารถทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เพราะจะช่วยให้เข้าใจถึงลักษณะของผู้ป่วย การตอบสนองด้านอาการต่างๆของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลอื่นที่พบเห็น พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งกับผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ ซึ่งสามารถลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล รวมทั้งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันความล่าช้าที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งควรมีการป้องกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ แต่ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิการรักษา แต่เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้การรักษผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามมาตรฐานเบื้องต้นและผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการตติยภูมิ การเก็บข้อมูลผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำได้ในระดับโรงพยาบาลชุมชน จึงมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลที่หน่วยบริการตติยภูมิ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเนื่องจากมีบทบาทในการป้องกัน ถ้าทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเกี่ยวกับการรับรู้และตระหนักถึงอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แนะนำการให้ยา มีการประชาสัมพันธ์การใช้บริการและให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการฉุกเฉินและตำแหน่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ซึ่งสามารถลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล รวมทั้งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

1.2 คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้าหรือไม่ อย่างไร
2. ปัจจัยด้านบุคคล ด้านบริบททางสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น สามารถทำนายความล่าช้าในการมารับบริการหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านบริบททางสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น

1.4 สมมติฐานการวิจัย

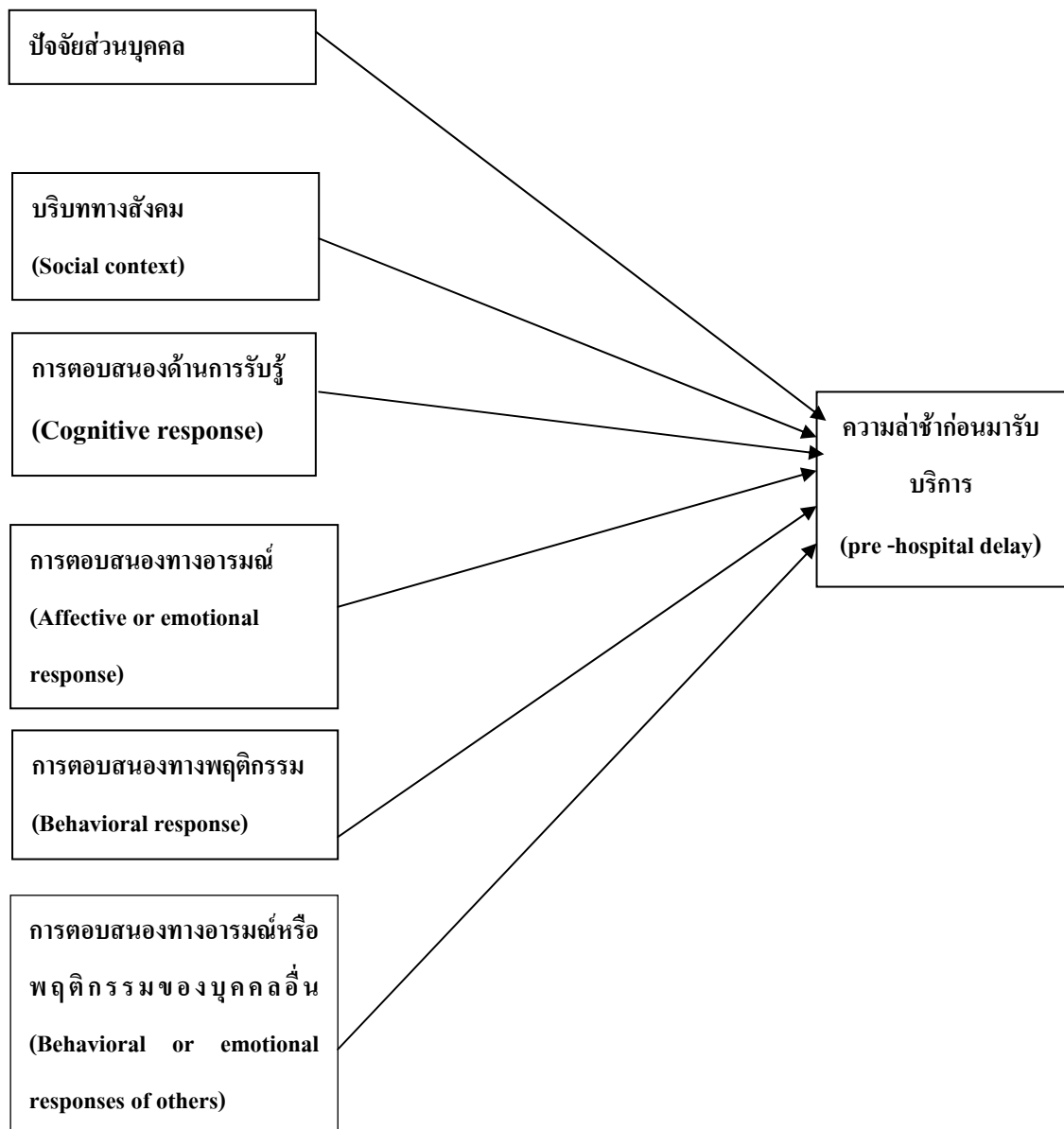
ปัจจัยด้านบุคคล บริบททางสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น สามารถทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และมาจากการพัฒนากรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Regulatory Model) ของ Dracup et al. ที่มีการนำเสนอในปี ค.ศ. 2006 ซึ่งปรับปรุงนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยอธิบายไว้ว่า ปัจจัยกระตุ้นภายในตัวบุคคล เช่น อายุ เพศ และปัจจัยกระตุ้นภายนอกบุคคล เช่น บุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ มีผลต่อพฤติกรรมตอบสนองต่อสถานะการเจ็บป่วยหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น ปัจจัยกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ โดยใช้ความรู้ ทักษะ และความเชื่อส่งผลให้ผู้ป่วยมีการวางแผนและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นและตอบสนองเป็นพฤติกรรม ในส่วนของการตอบสนองทางด้านอารมณ์จะเกิดควบคู่กันไปบุคคลจะจดจำโดยอาศัยประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นใช้ในการแปลความหมายเพื่อจัดการกับปัญหานั้นและตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรม เช่น ถ้าบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงบุคคลก็จะตอบสนองออกมา

เป็นพฤติกรรม เช่น การรักษาตนเองเบื้องต้น การปรึกษาบุคคลรอบข้างหรือการไปรับบริการที่โรงพยาบาลทันทีซึ่งส่งผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการเจ็บหน้าอกหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปัจจัยด้านบุคคลและบริบททางสังคม จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองด้านการรับรู้และให้ความหมายถึงอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นและตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกโดยใช้ความรู้หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอก นอกจากนี้เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะมีการตอบสนองทางอารมณ์ด้วยความกลัว ความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะมีการวางแผนตอบสนองทางพฤติกรรมกับอาการเจ็บหน้าอกหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น โดยแสวงหาวิธีการรักษาตนเองหรือพยายามควบคุมอาการ นอกจากนี้การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น เช่น การเรียกรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1.1 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยแบ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคล บริบททางสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นกับความล่าช้าในการมารับบริการ โดยศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 148 ราย โดยระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557 ถึง มีนาคม 2558

1.7 นิยามตัวแปร

1. ความล่าช้าก่อนมารับบริการ (pre-hospital delay) หมายถึง การรับรู้อาการตั้งแต่ครั้งแรกจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล โดยประเมินจากระยะเวลาคิดเป็นนาที ถ้าระยะเวลา ≤ 30 นาที หมายถึงไม่ล่าช้า ถ้าระยะเวลา > 30 นาที หมายถึงมีความล่าช้า (Dracup, & Moser, 1997)

2. อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิด นับเป็นจำนวนเต็ม หากอายุ 6 เดือนหรือมากกว่าจะนับเป็น 1 ปี

3. เพศ หมายถึง สิ่งที่บ่งบอกคุณลักษณะของการเป็นเพศชายและเพศหญิง

4. บริบททางสังคม (Social context) หมายถึง สถานที่และบุคคลที่อยู่ใกล้เคียงเมื่อเกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล (Moser, et al. 2006) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการต่างๆ ในส่วนที่ 2 ข้อที่ 2

5. การตอบสนองด้านการรับรู้ (Cognitive response) หมายถึง กระบวนการคิดเมื่อมีสิ่งคุกคามเกิดขึ้น มีการรวบรวมอาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและให้ความหมายโดยใช้การรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการแสดงที่เกิดขึ้นจึงตอบสนองทางพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Dracup, et al., 2006) ประเมินใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการต่างๆ ในส่วนที่ 2 ข้อที่ 8, 11.1, 11.2, 11.4, 11.5, 11.6, 11.7, 11.8 และ 14

6. การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective or emotional response) หมายถึง ภาวะอารมณ์ขณะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น การตอบสนองทางอารมณ์ของแต่ละบุคคลจะแสดงออกมาเป็นระดับความวิตกกังวลหรือความกลัวซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล รวมถึงความสามารถในการควบคุมอาการ (Dracup, et al., 2006) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการต่างๆ ในส่วนที่ 2 ข้อที่ 9, 10, 11.3 และ 13

7. การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral response) หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลเมื่อเกิดการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งเกิดจากระบวนการรับรู้ รวมถึงประสบการณ์ในอดีต เช่น การรักษาตนเองโดยการรับประทานยาหรือนอนพักเพื่อให้อาการดีขึ้น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการต่างๆ ในส่วนที่ 2 ข้อที่ 7

8. การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น (Behavioral or emotional responses of others) หมายถึง พฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่นที่แสดงออกในการตอบสนองเมื่อเกิดการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น การโทรเรียกรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการต่างๆ ในส่วนที่ 2 ข้อที่ 5

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษามีประโยชน์สำหรับพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการและตัดสินใจมารับบริการได้ทันทั่วถึง

2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความล่าช้าในการรับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

2.1 กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome)

2.1.1 พยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.1.2 สาเหตุของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.1.3 อาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.1.4 การวินิจฉัยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.1.5 การรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.2 ความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.3 ทฤษฎีการจัดการด้วยตนเอง

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.5 สรุป

2.1 กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome; ACS)

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome; ACS) คือ ภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อของหัวใจตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีที่เลี้ยงหัวใจอันเป็นผลจากหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเสียหายหรือตาย

2.1.1 พยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Acute Coronary Syndrome (กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน) มักจะเกิดจากอัตราการไหลของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีลดลงอย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจากภายในหลอดเลือดเกิด

atherosclerosis ร่วมกับการเกิด thrombosis โดยอาจมีหรือไม่มีการหลุดตัวของหลอดเลือดร่วมด้วย อาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการอุดตัน ระดับความรุนแรง และระยะเวลาของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือภาวะที่มีการสลายตัว (necrosis) ของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ (myocytes) จากการขาดเลือดซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจน เนื่องมาจากหลอดเลือดโคโรนารีอุดตัน (occlusion) จากการที่มีลิ่มเลือด (clot) หรือมีการจับเกาะของคราบไขมันที่สะสมอยู่ยาวนาน จะเกิดขึ้นในหลอดเลือดนั้นหรือเกิดขึ้นพร้อมกับการหลุดตัวของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดหนาและแข็งตัว การไหลเวียนเลือดผ่านได้ไม่สะดวกและปริมาณน้อยลงเกิดแรงเสียดสีของเลือดที่ไหลผ่านกับผนังหลอดเลือดสูงขึ้น เป็นผลให้คราบไขมันเกิดการแตก เกร็ดเลือดและสารที่ทำให้เลือดแข็งตัวไฟบริโนเจน (fibrinogen) และไฟบริน (fibrin) จะมาพอกรวมตัวกันบริเวณที่ปริแตกนี้และเกาะติดกับผนังหลอดเลือดทำให้เกิดลิ่มเลือด (thrombus) อุดตันในหลอดเลือดเมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดจะเกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายโดยการตายนั้นจะเริ่มจากชั้นในออกมาชั้นนอกและจากส่วนกลางออกไปรอบๆถ้าไม่มีเลือดมาเลี้ยงอย่างต่อเนื่องนานประมาณ 4 – 6 ชั่วโมงจะทำให้เกิดการตายตลอดความหนาทั้ง 3 ชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจสูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด (นิธิ มหานนท์, 2543; Werf, Chair, Ardissino, Betriu, Dennis V, & Cokkino, 2002) กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งออกเป็น ดังนี้

1. Acute myocardial infarction ซึ่งผู้ป่วยมีอาการเจ็บเค้นอกนานกว่า 30 นาที หรือมากกว่าแบ่งเป็น

- 1.1 STEMI (ST elevation myocardial infarction)
- 1.2 NSTEMI (non-ST elevation myocardial infarction)
2. Unstable angina

สาเหตุของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานาน จากการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี สาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ได้แก่ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (non-modifiable) และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ (modifiable)

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (non-modifiable risk factors)

1. อายุ

อายุที่เพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 83 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีอายุมากกว่า 65 ปี และเพศหญิงมีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าเพศชาย

2. เพศ

เพศชายมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมากกว่าเพศหญิงเมื่ออายุเท่ากัน และเพศชายพบสูงขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 45 ปี ส่วนเพศหญิงพบสูงขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี

3. เชื้อชาติและกรรมพันธุ์

ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์จะมีโอกาสเสี่ยงสูงหากครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและพบว่าความเสี่ยงจะพบสูงขึ้นประมาณ 1.3 เท่า ในผู้ป่วยที่มีประวัติญาติผู้ชายเป็นโรคหลอดเลือดก่อนอายุ 55 ปี และประวัติผู้หญิงเป็นโรคหลอดเลือดก่อนอายุ 65 ปี

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ (modifiable risk factors)

1. การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างสูงไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม สารนิโคตินและคาร์บอนมอนนอกไซด์ที่เกิดจากบุหรี่จะทำลายผนังหลอดเลือดด้านในและง่ายต่อการเกิดภาวะ atherosclerosis คาร์บอนมอนนอกไซด์จะไปแย่งออกซิเจน จับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนลดลง

การสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจรวมถึงโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า และยังเพิ่มอัตราการตายอีกร้อยละ 50 ความเสี่ยงดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามอายุและปริมาณบุหรี่ที่สูบ

เมื่อหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 1-2 ปี ความเสี่ยงในการเกิดโรคลดลงประมาณ ร้อยละ 50 และจะลดลงเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่เมื่อหยุดสูบเป็นเวลา 3-5 ปี

2. ไขมันในเลือดสูง

ไขมันในเลือดมีหลายชนิดคือ ไขมันเลวได้แก่ cholesterol, triglyceride และ LDL-cholesterol ส่วนไขมันดีได้แก่ HDL-cholesterol ในบรรดาไขมันทั้งหมด LDL-cholesterol เป็น lipoprotein ที่สำคัญในการก่อให้เกิดภาวะ atherosclerosis มากที่สุด โดย LDL-cholesterol ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 mg/dL จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 2-3 และ LDL-cholesterol ที่มากกว่า 160 mg/dL มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนปกติ

1.7 เท่าเนื่องจาก LDL-cholesterol ความหนาแน่นต่ำเป็นตัวนำพา cholesterol ไปเกาะ ในผนังหลอดเลือด ซึ่งเมื่อเกิดแล้วจะสะสมพอกพูนขึ้นเรื่อย ๆ จนขนาดรูของหลอดเลือดเล็กลงและอุดตันได้

ส่วนไขมันดี (HDL-cholesterol) ที่ลดลงทุกๆ 1 mg/dL จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นร้อยละ 2-4 ระดับ HDL-cholesterol ที่ต่ำกว่า 35 mg/dL มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนปกติ 1.5-2 เท่า HDL-cholesterol ที่สูงกว่า 45 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะป้องกันการสะสมของ cholesterol เนื่องจาก HDL-cholesterol สูงจะมีหน้าที่ขจัด cholesterol ออกจากกระแสเลือดและหลอดเลือด

สัดส่วนของ LDL-cholesterol : HDL-cholesterol สามารถนำมาใช้ประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีกว่าการพิจารณาค่าของ LDL-cholesterol เพียงอย่างเดียว พบว่าสัดส่วนของ LDL-cholesterol : HDL-cholesterol ที่ลดลง 1 หน่วยจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลงได้ร้อยละ 50

3. ความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะ systolic blood pressure มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานานจะส่งผลทำให้หลอดเลือดหัวใจหนาและแข็งมากขึ้นทำให้เกิดโรคในที่สุด ความดันโลหิตที่สูงกว่า 140/90 mmHg มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนปกติ 1.6 เท่า

4. โรคเบาหวาน

เบาหวาน 3 ใน 4 ของผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด ทำให้โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับไขมันในเลือดซึ่งทำให้หลอดเลือดแข็งตัวได้ ถึงแม้ว่าจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

5. ความอ้วนและน้ำหนักเกินมาตรฐาน

คำจำกัดความน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยทั่วไป หมายถึง BMI ที่อยู่ระหว่าง 25-30 kg/m² ส่วนภาวะอ้วนหมายถึง BMI ที่มากกว่า 30 kg/m² ระดับ cholesterol ที่สูงขึ้นจะไปพอกพูนในผนังหลอดเลือดและเกิดการอุดตันได้

ความอ้วนมักสัมพันธ์กับระดับ cholesterol สูง HDL-cholesterol ต่ำ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน โดยเฉพาะภาวะอ้วนลงพุงพบว่ามีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยไม่ต้องอาศัยปัจจัยอื่นร่วมด้วย

6. กิจกรรม

การออกกำลังกายปานกลางถึงหนักอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มระดับ HDL-cholesterol ซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

2.1.3 อาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้ป่วยจะมีการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกบีบรัดคล้ายถูกของหนักทับกลางอก หรือเอื้องไปทางซ้ายอย่างรุนแรงนานมากกว่า 20 นาที อาจร้าวไปที่หลัง คอหอย หรือแขนได้ อาจมีอาการใจสั่น หอบเหนื่อยหายใจไม่ทัน หรือคล้ายจะเป็นลมหรือหมดสติ เหงื่อออกมาก ในระยะแรกอาจมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นๆหายๆ (pre-infarction angina) นานมาก่อนได้ หากไม่ได้รับการรักษาโรคจะกำเริบจนมีอาการเจ็บรุนแรงได้ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยวินิจฉัยไม่ได้จากอาการทางคลินิก เพราะอาการไม่ชัดเจนหรือไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย เรียก painless myocardial infarction ซึ่งมักพบได้ในผู้ป่วยสูงอายุ เพศหญิง เบาหวาน หรือในผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยบอกอาการได้ยาก (คำรัส ตรีสุโกศล, 2554)

2.1.4 การวินิจฉัยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะอาศัยประวัติการเจ็บป่วย การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และผลเลือดที่บ่งบอกว่าการเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ ที่สำคัญได้แก่ Troponin T, CPK การวินิจฉัยจะต้องอาศัยประวัติการเจ็บหน้าอก ซึ่งเข้าได้กับอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นอกจากอาการที่เข้ากันได้ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากมีประโยชน์ในการรักษาและพยากรณ์โรค

การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจในภาวะ Acute Myocardial Infarction (AMI)

1. Hyperacute T wave เป็นการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบ T wave สูงและแหลมมักจะมี prolonged QT interval ร่วมด้วยพบได้บ่อยใน interior wall infarction มักพบใน 30 นาทีแรกหลังจากเกิด infarction

2. ST segment change หลังจากเกิด Acute Myocardial Infarction ในช่วงแรก ST segment จะเหี่ยยงออกทำให้มุมระหว่าง ST segment และ T wave หายไป ต่อมา ST segment จะยกสูงขึ้นพร้อมกับ tall T wave และจะมีลักษณะโค้งคล้ายโดม

3. Pathological Q wave เมื่อการขาดเลือดดำเนินไปเรื่อยๆ R wave จะเตี้ยลงและเกิดเป็น Q wave อาจพบได้ 1-2 ชั่วโมงแรก การพบ Q wave บ่งชี้ถึง myocardial necrosis แต่ไม่ได้บ่งบอกว่าเป็น complete infarction

4. Reciprocal ST segment depression การเกิด ST segment ใน lead ที่ตรงข้ามกับตำแหน่งที่เกิด infarction พบได้ร้อยละ 70 ใน inferior infarction และร้อยละ 30 ใน anterior infarction

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถบอกตำแหน่งการอุดตันของเส้นเลือดได้ว่าเป็นส่วนใด แต่ความถูกต้องของการตรวจขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายวิภาคของแต่ละบุคคล และการมีโรคหลอดเลือดอยู่เดิมด้วย นอกจากการวินิจฉัยด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแล้วการตรวจทางห้องปฏิบัติการก็ใช้ในการวินิจฉัยได้

การตรวจโดยใช้ biochemical marker ที่นิยมใช้ได้แก่ troponin, CK-MB ซึ่งสารทั้ง 2 ชนิดจะอยู่ในเซลล์กล้ามเนื้อของหัวใจ เมื่อมีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจก็จะตรวจพบ troponin หรือ CK-MB ในกระแสเลือด โดย troponin จะอยู่ในกระแสเลือดประมาณ 2 สัปดาห์ ในขณะที่ CK-MB จะอยู่ในกระแสเลือดประมาณ 24-48 ชั่วโมง troponin จะมีความไวในการตรวจหาเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายได้ดีกว่า CK-MB หลักการใช้ biochemical marker เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและรักษา MI ดังนี้ (Kenyon, Ketterer, Gherorghiadc. & Goldstein, 1991)

1) Cardiac troponin maker (Troponin T: ThT หรือ Troponin I : ThI) ใช้วินิจฉัยการเกิดภาวะ acute myocardial infarction ระดับของ ThT มากกว่า 0.1 ไมโครกรัม/เดซิลิตร และ ThI มากกว่า 1.5 ไมโครกรัม/เดซิลิตร ตรวจภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก

2) CK-MB ระดับสูงสุดของ CK-MB มากกว่าค่าปกติจากการตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วง 24 ชั่วโมงหลังจากมีอาการเจ็บหน้าอก หรือสูงกว่า 12 units/l ของการตรวจในช่วง 24 ชั่วโมงหลังจากการเกิดอาการเจ็บหน้าอก

3) Total CK จะพิจารณาในการวินิจฉัยเมื่อไม่สามารถตรวจหา troponin หรือ CK-MB ได้ โดยระดับ Total CK สูงเกินกว่า 200 units/l

ในการส่งตรวจ cardiac markers หากผลการตรวจในครั้งแรกปกติไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็น ACS ควรจะมีการส่งตรวจซ้ำที่ 4-8 ชั่วโมงและ 12-24 ชั่วโมงหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล

2.1.5 การรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

หลักการสำคัญในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ความรวดเร็ว การรักษาที่รวดเร็วทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตได้สูงขึ้น จุดมุ่งหมายของการรักษา คือ

1. ลดอาการเจ็บ (relief pain)
2. รักษากล้ามเนื้อหัวใจไว้ให้ได้มากที่สุด (preserve myocardial)

3. ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน (prevent and treat complication)(
นิธิมหานนท์, 2543)

ใช้หลักการ 3 D ได้แก่ Door ต้องเตรียมการให้การดูแลผู้ป่วยทันทีที่มาถึงโรงพยาบาล Data ต้องสงสัย AMI เมื่อผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอก แพทย์คนแรกที่เห็นผู้ป่วย ตรวจและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 5-10 นาที และ Decision ต้องสั่งการรักษาทันที ได้แก่การให้แอสไพริน ขนาด 325 มก. เชื่อก่อนคลื่นทันที และเลือกวิธี reperfusion ทันที การรักษา reperfusion ขึ้นกับขีดความสามารถของโรงพยาบาล การรักษาจะช้าไม่ได้ เพราะเงื่อนไขของเวลาตั้งแต่เจ็บหน้าอกจนได้รับการรักษา (total ischemic time) ไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง เพราะอาจจะช่วยฟื้นกล้ามเนื้อหัวใจกลับสภาพเดิมได้ไม่หมด การรักษาจะได้ผลดีมากหาก total ischemic time น้อยกว่า 12 ชั่วโมง (คำรัส ตรีสุโกศล, 2554) ในภาวะที่หลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน จะเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นเรื่อยๆตามระยะเวลาที่ผ่านไป เวลาจึงมีความสำคัญมากในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิธีการรักษาที่ได้มาตรฐานในปัจจุบันคือ การรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือด หรือ reperfusion therapy ให้เร็วที่สุด (เกรียงไกร เสงรัมย์, 2554)

การรักษาในปัจจุบันมี 3 วิธี คือการรักษาด้วยยา การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และการผ่าตัดหัวใจหรือการผ่าตัดทำเบี่ยงเบนหลอดเลือดหัวใจ

1.การรักษาด้วยยา (Pharmacological Therapy) ได้แก่การให้ยาเพื่อขยายหลอดเลือดเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ซึ่งต้องให้ยาทันทีที่วินิจฉัยได้ โดยที่มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการเจ็บหน้าอกจนเริ่มให้ยาไม่ควรเกิน 6 ชั่วโมง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าสามารถให้ยาได้ภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นปัจจุบันเป็นที่ยอมรับมากขึ้นว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic or thrombolytic drugs) เป็นอีกวิธีการหนึ่ง โดยสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ระยะเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (door to needle time) ไม่ควรเกิน 30 นาที ผู้ป่วยควรได้ยาต้านเกร็ดเลือดร่วมกับ ASA ด้วย

2.การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Primary Percutaneous Coronary Intervention; PPCI) ปัจจุบันการทำ primary PCI เป็นอีกวิธีการรักษาในการเปิดหลอดเลือดที่ได้รับการยอมรับในด้านประสิทธิภาพดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าได้มากกว่า ประสิทธิภาพในการรักษาภายในเวลา 6 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 12 ชั่วโมง primary PCI คือการเปิดหลอดเลือดโดยการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจที่ถูกอุดตันหรือการใช้อุปกรณ์พิเศษเพื่อดูดลิ่มเลือดในหลอดเลือดหัวใจหลังจากมีอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงและเฉียบพลัน ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งเวลาขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใช้อุปกรณ์ดูดลิ่มเลือด (Door to balloon time) ไม่เกิน 90 นาที (เกรียงไกร เสง

รัศมี, 2554) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนทำโดยการฉีดด้วยการสอดใส่สายสวนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือหรือขาหนีบ หลังจากนั้นจะมีกรบันทึกภาพถ่ายเอ็กซเรย์หลอดเลือดเพื่อให้สามารถวินิจฉัยตำแหน่งที่มีการตีบตันได้อย่างถูกต้องแม่นยำ (ดาร์ส ตรีสุโกศล, 2554)

3.การผ่าตัดทำเบี่ยงเบนหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) เป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยการต่อเส้นเลือดเข้ากับหลอดเลือดโคโรนารี ทำทางเบี่ยงเบนหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้เส้นเลือดดำที่ขามาหรือหลอดเลือดแดงภายในทรวงอกมาเชื่อมต่อระหว่างหลอดเลือดแดงเออตาเรียกับหลอดเลือดแดงโคโรนารีในตำแหน่งที่ต่ำกว่าบริเวณที่อุดตัน การผ่าตัดส่วนใหญ่จะทำในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ มีการตีบตันอย่างรุนแรง (Prasad, 2008 อ้างใน สุวีณา, 2554) ปัญหาที่เกิดจากการรักษาในปัจจุบันส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการตายเร็วขึ้น วิธีการเลือกการรักษาขึ้นอยู่กับระยะเวลา และความรุนแรงของโรค อาจจะใช้หลายวิธีร่วมกันในการทำการรักษาขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 ความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.2.1 ความหมายของความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความล่าช้าในการค้นหาการรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะเวลาคิดเป็นชั่วโมงและนาที ตั้งแต่เริ่มมีอาการและตัดสินใจจนกระทั่งมารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งระยะเวลาในการมารับบริการของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และมีการให้คำนิยามเกี่ยวกับความล่าช้า ซึ่งขึ้นอยู่กับทักษะของแต่ละบุคคล ดังนี้

ดราคัป และคณะ (Dracup, et al. 1995) ได้ให้ความหมายของความล่าช้าไว้ว่า การรับรู้อาการครั้งแรกและตัดสินใจกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล

เลนเซนกิ และคณะ (Lesneski, et al. 2000) ได้ให้ความหมายของความล่าช้าไว้ว่า ความล่าช้า หมายถึง การทำให้ช้าลง การรอคอย การเลื่อนระยะเวลออกไป แต่สำหรับความล่าช้าในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และได้แบ่งความล่าช้าออกเป็น 6 ระยะดังนี้

1. Prodromal period: ระยะเวลาตั้งแต่รู้สึกมีความผิดปกติจนกระทั่งเริ่มมีอาการทันที

2. Definition period: ระยะเวลาในการประเมินตนเอง ตั้งแต่เริ่มมีอาการทันทีจนกระทั่งขอคำแนะนำ

3. Lay consultation period: ระยะเวลาระหว่างการปรึกษาและขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

4. Medical consultation period: ระยะเวลาตั้งแต่ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และเดินทางไปโรงพยาบาล

5. Travel period: ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปโรงพยาบาล

6. Hospital procedural period: ระยะเวลาที่ใช้ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลก่อนได้รับการรักษาขั้นต้น

จิเยน และคณะ (Nguyen , et al. 2009) ให้ความหมายของความล่าช้า หมายถึง ระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มตั้งแต่มีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจนกระทั่งมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล

พาร์ค และคณะ (Park, et al. 2012) ความล่าช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งมาถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล

โมเซอร์ และคณะ (Moser, et al. 2005) ความล่าช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการและค้นหาการรักษาเมื่อมาถึงโรงพยาบาล

วัง และคณะ (Wang, et al. 2013) ให้ความหมายโดยแบ่งเป็นระยะ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะผู้ป่วยตัดสินใจ เริ่มจากเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งขอความช่วยเหลือ

ระยะที่ 2 ระยะเวลาในการเดินทาง เริ่มจากเวลาตัดสินใจทำการรักษาจนกระทั่งได้รับการรักษาเป็นครั้งแรก

ระยะที่ 3 ระยะเวลาในโรงพยาบาล เริ่มจากเวลาตั้งแต่ได้รับการรักษาครั้งแรกจนกระทั่งถึงโรงพยาบาล

ซารี และคณะ (Sari, et al. 2007) ได้กล่าวไว้ว่า ความล่าช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการเจ็บหน้าอกจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล

ออตทีแซส และคณะ (Otteses, et al. 2004) แบ่งความหมายของความล่าช้าเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนมาโรงพยาบาล เวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 ระยะตัดสินใจ เวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งค้นหาการรักษา

ระยะที่ 3 การรักษา เวลาตั้งแต่ค้นหาการรักษาจนกระทั่งรพ.มาถึง

ระยะที่ 4 การเดินทาง เวลาตั้งแต่รพ.มาถึงจนกระทั่งถึงโรงพยาบาล

ดังนั้น ความล่าช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่รับรู้อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา < 30 นาที

2.2.2 ผลกระทบ/ผลเสียของการมารับบริการล่าช้า

โรคหลอดเลือดและหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดในอเมริกา ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยประมาณ (38%) ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการเสียชีวิตภายใน 1 ชั่วโมงแรกตั้งแต่มีอาการ (Lesneski, 2010) การได้รับการรักษาที่รวดเร็วในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในระยะยาว สาเหตุหลักของอัตราการเสียชีวิตและอัตราการป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย ปัจจัยที่สำคัญของการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มมากขึ้นคือระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษา การได้รับการรักษาที่รวดเร็วสามารถลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจได้เมื่อหลอดเลือดแดงมีการอุดตันกล้ามเนื้อหัวใจจะไม่ตายในทันทีทันใด แต่หลอดเลือดแดงจะถูกทำลายเป็นระยะเวลานานขึ้น ซึ่งความล่าช้าในการรักษาจะทำให้จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายและส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้และสามารถจดจำอาการและอาการแสดงของภาวะภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้และหลีกเลี่ยงความล่าช้าในการค้นหาวิธีการรักษาก็จะเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการเสียชีวิต แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถให้ยาหรือได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ทันเวลาเนื่องจากผู้ป่วยมีมารับบริการล่าช้านั้นเอง (Lesneski, 2010; Wu, Moser, Riegel, McKinley, & Doering, 2011) และจากการศึกษาของ Wu, et al. (2011) ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาล พบว่าจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 536 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการทำบอลลูนขยายหลอดเลือดภายใน 1 ชั่วโมงตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ (1%) แต่ถ้าทุก 15 นาทีหรือนานกว่า 1 ชั่วโมง จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตเป็น (1.6%) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีวันนอนที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลซึ่งจะพบประมาณ 50-70% และจากการศึกษาของ Worachat Moleerergpoom และคณะ (2007) เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ACS มีมาตรฐานเป็น 47,908 บาท (633-1,279,679 บาท) เมื่อแบ่ง STEMI,

NSTEMI และ UA พบว่า ค่าใช้จ่ายในผู้ป่วย STEMI มีค่าสูงสุดคือ 82,848 บาท รองลงมาเป็น NSTEMI (40,531 บาท) และ UA (26,116 บาท) ตามลำดับ เห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต การรักษาจะมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการตัดสินใจและระยะเวลาในการมาถึงโรงพยาบาล (Henriksson, Larsson, Arnetz, Jarlov, Herlitz, & Krlsson, 2011)

2.2.3 นโยบายเกี่ยวกับการป้องกันความล่าช้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการใช้แบบแผนการดูแลที่มีความเชื่อมโยงตั้งแต่การคัดกรอง การใช้ระบบช่องทางด่วน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และเป็นมาตรฐาน จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตก่อนการนำส่งได้ พยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ และจะพบผู้ป่วยเป็นด่านแรกในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินที่โรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นเราจะคัดกรองได้อย่างไรว่าผู้ป่วยที่มาตรวจนั้นเป็นกลุ่มอาการ ACS เพราะการทราบว่าผู้ป่วยเป็น ACS ได้เร็วเท่าไรก็จะยิ่งเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมาก (ฐาปณีย์ น้ำเพชร, 2547; จินตนา ตั้งมั่น, 2555) การซักประวัติและการตรวจร่างกายควรซักให้ละเอียดรวดเร็วและชัดเจน และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกควรได้รับการรักษาอย่างทันทีทันใดที่มีการประเมิน ให้การรักษาด้วยยาหรือให้ออกซิเจนตามความเหมาะสม มีแนวทางที่ชัดเจน (Davis, et al., 2012) Guideline อาจจะไม่ใช่ตัวแทนแต่เป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้มีแนวทางที่สมบูรณ์มากขึ้น เปรียบเสมือนคำแนะนำที่ไว้ช่วยในการตัดสินใจในการรักษา แต่อย่างไรก็ตามการตัดสินใจต้องมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์มากที่สุด (Hamm, et al., 2011) จะเห็นได้ว่า Guideline ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่ใช้ในการประเมิน การวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น มีขั้นตอนในการรักษาดังนั้น ACCF (American College of Cardiology Foundation) ร่วมกับ AHA (American Heart Association) ได้มีการจัดทำ Guideline ขึ้นตั้งแต่ปี 1980 และได้มีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆเพื่อให้มีความทันสมัยเข้ากับยุคปัจจุบัน และปัจจุบัน ACCF และ AHA ได้มีการพัฒนาจนมาถึงฉบับล่าสุด Guideline 2012 (ACCF และ AHA 2012) ซึ่งมีความละเอียดมากขึ้น

นอกจากนี้ยังมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service : EMS) เป็นระบบบริการสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยในภาวะฉุกเฉินจัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยตั้งแต่การรักษาในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Prehospital) จนกระทั่งการดูแลที่ห้องฉุกเฉิน (Emergency room) ของโรงพยาบาลเวลาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินรอดชีวิตจากลักษณะของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าความต้องการการรักษาที่เร่งด่วนมีความสำคัญ ระบบ

การแพทย์ฉุกเฉินเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะเป็นระบบบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ดีที่สุดไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาระบบทางด่วนหรือ fast track เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาโดยเร็วเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (พัชรารักษ์ อุ่นเตจ๊ะ, 2554)

2.3 ทฤษฎีการจัดการด้วยตนเอง

กรอบแนวคิดการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมีการพัฒนามาจากทฤษฎีการควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของ Leventhal et al., (1987) กล่าวว่าไว้ว่า พฤติกรรมการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีภาวะคุกคาม มีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ในอดีต แต่ละบุคคลมีการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจที่แตกต่างกัน บุคคลจะมีการรวบรวม วิเคราะห์ และแปลผลจากข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งจะสะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาต่อภาวะความเจ็บป่วยหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

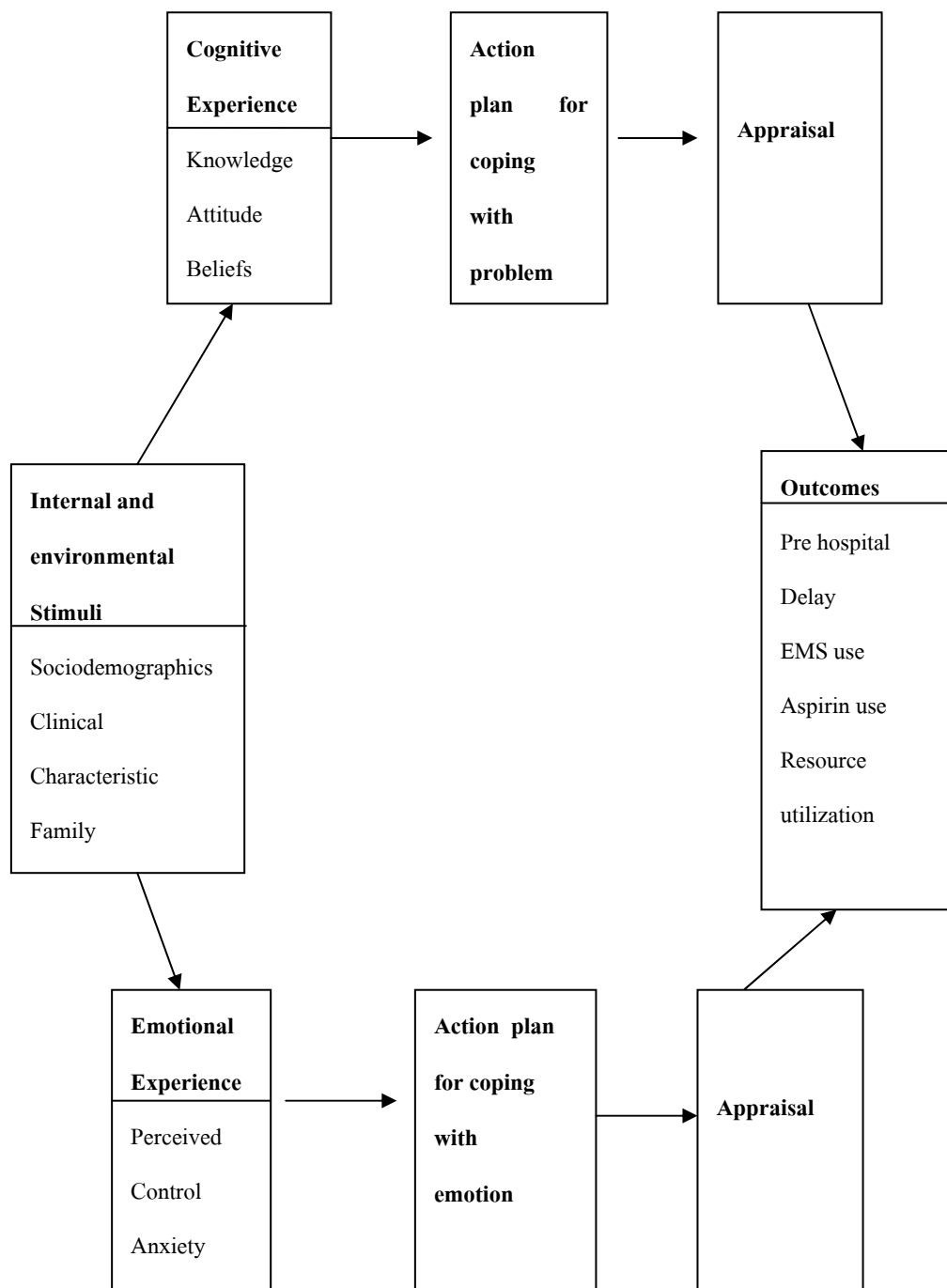
ระยะที่ 1 การแปลผลความเจ็บป่วย (The illness representation) เกิดจากความเข้าใจสามารถอธิบายเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นได้ ประกอบด้วยลักษณะอาการแสดงซึ่งบ่งบอกถึงปัญหาการเจ็บป่วย(attributes of illness) สาเหตุของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น(cause) ระยะเวลาของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น(duration of symptoms) ผลลัพธ์ที่เกิดจากภายหลังการเจ็บป่วย(consequences of condition) และความสามารถในการควบคุมการเจ็บป่วยและการรักษา(control and cure) ซึ่งความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา ในการค้นหาการรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ระยะที่ 2 การวางแผนหรือการจัดการปัญหา (The action plan or coping stage) เป็นระยะที่ใช้เวลานานในการวางแผนการตัดสินใจในการแก้ปัญหา หรือจัดการกับสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผล (The appraisal stage) เป็นการประเมินผลเกี่ยวกับการจัดการในการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลว่ามีผลลัพธ์เป็นอย่างไร

จากการรวบรวมของ ลีเวนทาล พบว่า ผู้ป่วยจะมีการหาแหล่งข้อมูลจากหลายๆที่ในการแปลผลความเจ็บป่วย โดยเฉพาะระยะที่ 1 จะมีการหาแหล่งข้อมูลจากวัฒนธรรม สังคม สภาพแวดล้อม และประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ เมื่อมีสิ่งคุกคามเกิดขึ้น จึงมีการแนะนำให้บุคคลรู้จักถึงวิธีในการแก้ปัญหาเมื่อเกิดการ

เจ็บป่วย กระบวนการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาการรักษาและตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วยิ่งขึ้น ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2.1 The self-regulatory model of illness behavior (Leventhal et al., 1987)

ต่อมา Dracup, et al. (2006) ได้นำแนวคิดการตัดสินใจการรักษา มีการนำเสนอในปี 2006 คัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-Regulatory Model) ของ Leventhal et al., (1987) กล่าวไว้ว่า เมื่อมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นไม่ว่าจากภายในตัวผู้ป่วยเองหรือจากสิ่งแวดล้อมภายนอก บุคคลก็จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาเผชิญ สิ่งกระตุ้นภายในก็คือจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น อายุ เพศ สำหรับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ สมาชิกภายในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งเร้า ก็จะมีการวิเคราะห์และให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้วนำไปสู่การตัดสินใจในการแก้ปัญหา จะเห็นได้ว่ากระบวนการการรับรู้ความเจ็บป่วยกับการตอบสนองทางด้านอารมณ์จะเกิดขึ้นควบคู่กันไป แต่จะเป็นอิสระต่อกัน กระบวนการรับรู้จะเกิดจาก ความรู้ ความเข้าใจจากการเผชิญกับสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น ส่วนการตอบสนองทางอารมณ์เกิดจากการจดจำประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมาซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจในการมารับบริการของผู้ป่วยแต่ละคน (Dracup., et al 2006)

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยกระตุ้นภายในบุคคลและปัจจัยกระตุ้นภายนอกบุคคล สำหรับปัจจัยกระตุ้นภายในบุคคล เช่น อายุ เพศ สำหรับปัจจัยกระตุ้นภายนอกบุคคล เช่น คำปรึกษาจากบุคคลอื่นทั้งสมาชิกภายในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น เมื่อเกิดภาวะคุกคามทางด้านสุขภาพบุคคลจะตอบสนองด้วยการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้นๆ มีผลต่อระยะเวลาในการมารับบริการ (สุวิณา เบาะเปลี่ยน, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ปัจจัยกระตุ้นภายในบุคคลและภายนอกบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดังนี้

2.5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

2.5.1.1 อายุ (Age)

อายุเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีผลต่อการมารับบริการล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากจะใช้คำในการอธิบายอาการสั้นๆทำให้บอกอาการได้ไม่ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า (Hwang, Ryan, & Zerwic. 2006) และจาก

การศึกษาหลายงานวิจัยพบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะมีผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลการศึกษาของ Taghaddosi, et al. (2010) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการค้นหาการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (69%) เป็นผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี จะมีความล่าช้าในการมารับบริการเนื่องจากจะรอให้อาการปวดมากจึงมารับการรับบริการที่โรงพยาบาล สำหรับการศึกษาของ Eshah, (2013) เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศจอร์แดนจำนวน 150 ราย พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพียง 28% ที่มาโรงพยาบาลก่อน 1 ชั่วโมงหลังจากมีอาการและพบว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้น (>45 ปี) จะมีความยากในการจดจำอาการและอาการแสดงของโรคได้ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า (<25 ปี) จะสามารถจดจำอาการและอาการแสดงของโรคและมีการตัดสินใจที่รวดเร็วกว่าส่งผลให้มารับบริการที่โรงพยาบาลเร็วขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ McKinley, et al., (2011) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ จำนวน 140 รายเวลาโดยเฉลี่ยในการมาถึงโรงพยาบาล 2.25 ชั่วโมง มีจำนวนผู้ป่วย (12.1%) มาถึงโรงพยาบาลก่อน 1 ชั่วโมงซึ่งสามารถจดจำเกี่ยวกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้และพบว่าผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการ ($p < 0.05$) เนื่องจากไม่มีความชัดเจนในการจดจำอาการ และยังพบว่าผู้สูงอายุใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีการใช้บริการเลย ทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล แตกต่างจากการศึกษาของ สุวีณา เบาะเปลี่ยน (2554) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุและระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล ($r = .014, p > .5$)

2.5.1.2 เพศ (Gender)

จากการศึกษาและบททวนวรรณกรรมพบว่าอัตราความชุกในการเกิดอาการเจ็บหน้าอกส่วนใหญ่มีรายงานว่าพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายและเพศหญิงจะบอกอาการเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกได้ไม่ชัดเจน โดยจะรายงานว่าปวดต้นคอ ไอ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง และรู้สึกอ่อนเพลีย มีจำนวนเพียงเล็กน้อยที่จะรายงานว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการเจ็บหน้าอกจึงทำให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยและการรักษา และส่วนใหญ่มักระงับอาการจะอยู่ที่บ้านจึงมีความวิตกกังวลไม่กล้าบอกใคร กลัวเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัวจะรอให้อาการหายไปเอง (Nouredine, et al., (2008) และในการศึกษาของ Wang & Hsu, (2013) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าพบว่าจากจำนวนผู้ป่วย 250 คน ระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 130 นาที เพศหญิงใช้เวลาในการตัดสินใจมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย ใช้เวลาประมาณ 255 นาที และพบว่าเพศหญิงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Perkins-Porras, et al. (2008) ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของความล่าช้าพบว่าเพศมี

ความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Taghaddosi, et al. (2010) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในการค้นหาการรักษาพบว่าเพศหญิงมีความล่าช้าในการมารับบริการมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Khraim & Carey, (2008) ศึกษาปัจจัยทำนายความล่าช้าก่อนมารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า เพศหญิงจะมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย

2.5.2 บริบททางสังคม (Social context)

บริบททางสังคมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ที่ทำงาน หรืออยู่ในที่สาธารณะ ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล บริบททางสังคมอาจจะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้าได้เนื่องจากเมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยไม่ได้ขอความช่วยเหลือเนื่องจากไม่อยากจะรบกวนบุคคลอื่น จากการศึกษาของ Lesneski (2010) พบว่าโดยส่วนใหญ่ (71.4%) ขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการจะอยู่ที่บ้าน ส่วนอีก (9.5%) อยู่ทำงาน และพบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่จะอยู่ที่บ้านและทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mussi, Et al. (2014) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (72.2%) ขณะเกิดอาการครั้งแรกจะอยู่ที่บ้าน แต่ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจนทำให้คิดว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรงและมีสาเหตุมาจากกระบบทางเดินอาหารทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า แต่ยังมีบางการศึกษาที่พบว่าขณะเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่สาธารณะทำให้มารับบริการล่าช้า รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวก็มารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้าเช่นกันเพราะไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างได้ (Brokalaki, et al., 2011) ซึ่งบริบททางสังคมเป็นปัจจัยที่ยังมีความขัดแย้งกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขึ้นอยู่กับบริบทและบุคคลรอบข้างร่วมด้วยว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอย่างไร

2.5.3 การตอบสนองด้านการรับรู้ (Cognitive response)

จากการใช้กรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเองนำมาสนับสนุนลักษณะอาการที่สำคัญในโรคหัวใจซึ่งมีผลต่อการมารับบริการล่าช้า และพบว่า การตอบสนองด้านการรับรู้และอารมณ์สามารถอธิบายเกี่ยวกับการตอบสนองอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นลักษณะสำคัญของกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง ซึ่งการรับรู้มี

ความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ลักษณะของอาการ สามารถจดจำอาการของโรคได้ และรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง (Baxter & Allmark, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของอาการภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะตัดสินใจใช้เวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ (Buckley, Mckinley, Gakkagher, Dracup, Moser, & Aitken, 2007) หากผู้ป่วยมีการรับรู้และสามารถจดจำลักษณะอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ดีทำให้มารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ (Lesneski, 2010) จากการศึกษาของ Eshah (2013) ศึกษาเกี่ยวกับการค้นหาการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศจอร์แดน พบว่ามีเพียง 28% ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลภายใน 1 ชม. หลังจากเกิดอาการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Henriksson, et al. (2011) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าประมาณ 35% คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากหัวใจ จึงทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลทันที Nouredine, et al. (2008) ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศเลบานอน พบว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่มาจากระบบทางเดินอาหาร เช่น อ่อนเพลีย อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ใช่จากหัวใจทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับบริการล่าช้า ในด้านการรับรู้ของบุคคลจะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง (Rosenstock, 1974) เมื่อมีความเชื่อเกิดขึ้นพฤติกรรมของบุคคลนั้นก็จะมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค แต่ถ้าบุคคลขาดความตระหนักและการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะไม่มีการตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการ แต่ถ้าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บหน้าอกมีความรุนแรงและเข้าใจลักษณะอาการของโรคหัวใจที่เกิดขึ้นสามารถลดระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Khraim, & Carey. 2008; Momeni, et al., 2012) จากการศึกษาของ Fukuora, et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศญี่ปุ่น พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บหน้าอกมีความรุนแรงจะพยายามหาวิธีโดยการติดต่อกับบุคคลอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือ แต่การศึกษาของ Banks & Dracup, (2006) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสำคัญกับความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วย (48%) รับรู้ว่าการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงแต่มีความล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง ซึ่งใช้เวลาในการมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.3 ชั่วโมง อธิบายได้ว่าอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นผู้ป่วยคิดว่าไม่มีความรุนแรงมากพอที่จะขอความช่วยเหลือจากทีม

แพทย์และบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Johnsson, et al. (2004) พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นไม่มีความรุนแรงจึงใช้เวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลนานกว่า 1 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบว่าอีกเหตุผลที่ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยจะรอให้อาการเจ็บหน้าอกหายไป เพราะความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกจะกำหนดการตัดสินใจของผู้ป่วยในการมารับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 4.1 ชม (Banks & Dracup, 2006)

2.5.4 ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ (Affective or emotional response)

สำหรับปัจจัยด้านการตอบสนองทางอารมณ์ เมื่อบุคคลมีสิ่งคุกคามหรือต้องการความช่วยเหลือจะมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ต่ออาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถอธิบายด้วยความรู้สึกลัว วิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความรุนแรงถึงชีวิต ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกลัวทำให้ผู้ป่วยมารับบริการเร็วขึ้นสามารถลดระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Dracup, et al., 2006) แตกต่างจากการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์ (2553) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางด้านอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่าด้านการตอบสนองทางอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้การเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.336$) เช่นเดียวกับจากการศึกษาของ Lesneski (2010) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความล่าช้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยคิดว่าลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของ เป็น รักเกิด (2550) พบว่าผู้ป่วยคิดว่าลักษณะอาการของโรคที่เกิดขึ้นจะดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมอาการและทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การพยายามผ่อนคลาย ทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ McGinnn, et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากประสบการณ์การรักษาที่โรงพยาบาล ไม่พึงพอใจในการมารับบริการ และมีความกลัว รู้สึกอายโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือมีความกังวลใจและกลัวการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาการเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นสามารถรักษาหรือควบคุมอาการได้ จากการศึกษานี้ของ Lesneski (2010) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ศึกษาเชิงบรรยายผู้ป่วยจำนวน 105 คน เก็บข้อมูลหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาและวินิจฉัยว่าเป็นโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาการผู้ป่วยคิดว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้ไม่จำเป็นต้องใช้ยา สามารถพักรอดูอาการ มีการควบคุมระดับคอพร หรือภาวนาให้อาการเหล่านั้นหายไปส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการ และจากการศึกษาของ เป็น รักเกิด (2550) พบว่า การรักษาหรือควบคุมอาการในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถรักษาให้หายขาดหรือควบคุมได้ และผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการรักษาของโรคจะดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติขณะเกิดอาการ เพราะฉะนั้นการรักษาหรือการควบคุมอาการสามารถทำได้โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการรักษามีผลดีต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมาทำการรักษาฟื้นฟูสภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง พบว่าการควบคุมอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แตกต่างจากการศึกษาของ อีชาร์ (Eshah, 2013) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับความพยายามในการควบคุมตนเองเมื่อเกิดอาการมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความล่าช้าในการมารับบริการ ($r = -.37, P = 0.01$)

2.5.5 ปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral response)

เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปซึ่งมาจากการตัดสินใจ และจากความรุนแรงของอาการ เช่น การขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน และขอความช่วยเหลือจากบริการการแพทย์ฉุกเฉิน Nouredine, et al. (2008) ศึกษาการตอบสนองเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกจะมีการตอบสนองทางพฤติกรรม ประมาณ (32%) จะบอกบุคคลอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือ (21%) พยายามพักเพื่อให้อาการทุเลา (18%) รับประทานยาให้อาการทุเลา (16%) พยายามรักษาตนเองโดยรับประทานสมุนไพร (5%) ไปโรงพยาบาล (3%) แสร้งทำเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น (3%) ภาวนาให้อาการเหล่านั้นหายไป และ (2%) โทรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การตอบสนองทางพฤติกรรมมีหลายวิธีดังนี้

- ด้านการเพิกเฉย / รอดูอาการ

ด้านการเพิกเฉย/รอดูอาการเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะคิดว่าคุณลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจ แต่คิดว่าเป็นสาเหตุมาจากระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยมักจะบอกว่ามาด้วยอาการแสบยอดอก และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า เพราะคิดว่าไม่รุนแรง สามารถรอดูอาการได้ หรือไม่รอให้อาการหายไปเอง จึงไม่มีการค้นหาการรักษา (Banks & Dracup, 2006) จากการศึกษาของ Eshah (2013) ศึกษาเกี่ยวกับการค้นหาการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า มีเพียงร้อยละ 28 ของผู้ป่วยทั้งหมด 150 คนมาถึง

โรงพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการเจ็บหน้าอก และสาเหตุของความล่าช้าพบว่าผู้ป่วยจะพยายามควบคุมตนเอง รอดูอาการก่อนที่จะค้นหาการรักษาถ้าไม่ทุเลาจึงมารับบริการที่โรงพยาบาล Nouredine, et al. (2008) ศึกษาการตอบสนองเมื่อเกิดอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าการรอให้อาการเจ็บหน้าอกหายไปเองมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.23$; $p = 0.005$) เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชายยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง อาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆสามารถรอได้

-การรักษาตนเองเบื้องต้น

การรักษาตนเองเบื้องต้นเป็นการแก้ไขอาการเจ็บป่วยโดยการให้ข้อมูลในการรักษาเพื่อควบคุมอาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การรับประทานยา เปลี่ยนท่า นอนหลับ ดื่มน้ำเย็นหรือประคบร้อน ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น (Schlyter, Andre-Petersson, Engstrom, Tyden, & Ostman, 2011) จากการศึกษาของ Johnsson, et al. (2004) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้า พบว่า (70%) ของผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเจ็บหน้าอกมาก่อนหรือมีประวัติเป็นหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกจะรับประทานยาอมใต้ลิ้นและจะรอให้อาการทุเลาลง สำหรับการศึกษาของ Lesneski (2010) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความล่าช้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า พฤติกรรมการตอบสนองเมื่อเกิดอาการสิ่งแรกที่ผู้ป่วยกระทำโดยส่วนใหญ่ประมาณ (34.3%) ภาวนาสวดมนต์ให้อาการปวดหายไป (21%) จะรับประทานยา และ (18%) พยายามพักผ่อนให้อาการทุเลา มีผู้ป่วยจำนวนเล็กน้อยที่พยายามจะไปทำการรักษาที่โรงพยาบาลทันทีทันใดหลังจากเกิดอาการ

-การปรึกษานุคคลอื่น

เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอกสิ่งแรกที่ผู้ป่วยคิดคือ การติดต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรึกษาหรือโทรไปยังหน่วยบริการฉุกเฉินเพื่อขอความช่วยเหลือในการเดินทางหรือขอคำปรึกษาและในขณะเดียวกันก็พบว่าสาเหตุของความล่าช้าส่วนหนึ่งก็มาจากบุคคลรอบข้าง การตอบสนองของระบบ EMS หรือระบบภายในโรงพยาบาล การศึกษาของ (Dracup, et al. (2006) พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการตัดสินใจในการเรียกรถโรงพยาบาลหรือปฏิเสธการใช้รถ ผู้ป่วยจะปรึกษามemberในครอบครัวเกี่ยวกับอาการ แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่คนเดียวก็จะใช้วิธีการโทรปรึกษาคนอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Eshah (2013) พบว่า เมื่อ

เกิดอาการเจ็บหน้าอกนอกจากผู้ป่วยจะพยายามรักษาดตนเองเบื้องต้น หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีการบอกบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้เคียงเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

-การเดินทางไปโรงพยาบาล

การตัดสินใจขอความช่วยเหลือทางการแพทย์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพสามารถลดภาวะคุกคามได้ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลควรให้ความสำคัญ และถ้าผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดและหัวใจก็จะสามารถเรียกรถฉุกเฉินได้เร็วยิ่งขึ้นซึ่งสามารถขอคำปรึกษาได้ทันทีทันใด (Morgans, Archer, & Allen, 2008) นอกจากนี้การโทรเรียกใช้บริการ 911 สามารถลดระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลและได้รับการรักษาเบื้องต้นจากทีมแพทย์ สำหรับการศึกษาของ Wang และคณะ (Wang, et al. 2013) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการใช้รถฉุกเฉินทางการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยใช้เวลาในการตัดสินใจ 130 นาที ใช้เวลาในการขนส่ง 30 นาที และใช้เวลาในโรงพยาบาล 20 นาที ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณ (70.8%) ใช้เวลามากกว่า 1 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งตัดสินใจทำการรักษา ประมาณ (30.8%) มาโรงพยาบาลโดยใช้รถฉุกเฉินของโรงพยาบาลใช้นานน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้รถส่วนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าเพศชายเลือกใช้รถฉุกเฉินของโรงพยาบาลมากกว่าเพศหญิงในขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินของโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ McKinley, et al. (2011) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์พบว่า มีจำนวน 2 ใน 3 ของผู้ป่วยหรือประมาณ (89.2%) ใช้การเดินทางโดยใช้รถฉุกเฉินของโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.036$) แต่อดีตที่ผ่านมาในประเทศออสเตรเลียผู้ป่วยมีการใช้บริการรถฉุกเฉินของโรงพยาบาลน้อยเนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่มีความรุนแรงส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล แต่หลังจากได้ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและความสำคัญของการใช้รถฉุกเฉินของโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีการใช้รถฉุกเฉินของโรงพยาบาลมากขึ้นสามารถลดระยะเวลาในการมาถึงโรงพยาบาล ในส่วนการศึกษาของ Thuresson, et al. (2008) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดใช้รถฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดศึกษาเชิงสำรวจทั้งหมด 11 โรงพยาบาลในประเทศสวีเดน พบว่า จำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ไปโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะถูกนำส่งโดยเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ว่าการใช้บริการรถฉุกเฉินมีความสำคัญมีความรวดเร็วผู้ป่วยสามารถเรียกใช้บริการได้ทันทีเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก นอกจากนี้ยังพบว่า

ผู้ป่วยที่ไม่ใช้บริการรถฉุกเฉินเพราะคิดว่าการเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัวเร็วกว่าและเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่มีความรุนแรง

2.5.6 การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น (Behavioral or emotional responses of others)

การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น (Behavioral or emotional responses of others) เมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บุคคลรอบข้างจะมีผลต่อการตัดสินใจในการค้นหาการรักษา เช่น อาจจะมีการปรึกษาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย มีการโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ จากการศึกษาของ Banks & Dracup. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าการตอบสนองของบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกประมาณ 20% แนะนำให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือหรือเรียกบริการ 911 และพบว่าผู้ป่วยที่ขอความช่วยเหลือจากบริการรถฉุกเฉินทางการแพทย์ใช้เวลาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Perkins-Horras, et al. (2009) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า บุคคลรอบข้างมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Thuresson, et al. (2007) พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกส่วนใหญ่จะมีการติดต่อกับบุคคลอื่น เช่น สมาชิกหรือภรรยาและบุคคลอื่นจะตอบสนองโดยการเรียกรถพยาบาลทำให้ลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lesneski (2010) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติบุคคลอื่นมีการตอบสนองทางพฤติกรรมโดยโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (52.4%) ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างทันท่วงที

2.5 สรุป

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจที่เกิดจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าระยะเวลาในการมาถึงโรงพยาบาลมีความสำคัญ เนื่องจากการได้รับการรักษาที่รวดเร็วจะทำให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด การได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ หรือการได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วย

บอลลูนจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดภายใน 6 ชั่วโมง แต่ไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง ถึงแม้ว่าปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจมีการพัฒนาไปมาก ทั้งในด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การผ่าตัด แต่ยังพบอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ เนื่องจากขาดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจึงทำให้มาถึงโรงพยาบาลล่าช้า ส่งผลให้การรักษาไม่ได้ประสิทธิภาพ

ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลเป็นช่วงเวลาที่สำคัญถ้าผู้ป่วยมีการตัดสินใจที่รวดเร็วการรักษาก็จะมีประสิทธิภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม ด้านการรับรู้ ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านการตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น อาจมีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล การใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองในการตอบสนองต่ออาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของดราคูปและคณะ (Dracup, et al. 2006) พบว่าปัจจัยดังกล่าวยังคงมีความแตกต่างกันแต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้นการศึกษาในด้านของอายุพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาล สำหรับด้านเพศ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และสถานะทางเศรษฐกิจ การศึกษายังไม่แน่ชัดความสัมพันธ์มีทั้งเชิงบวกและเชิงลบผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาซ้ำอีกครั้งเพื่อความชัดเจนยิ่งขึ้น สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ยังขาดความตระหนักเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า สำหรับปัจจัยด้านการตอบสนองทางอารมณ์พบว่าสามารถทำนายระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาซ้ำอีกครั้งเพื่อความชัดเจน และปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น พบว่ามีการศึกษาทั้งในประเทศและนอกประเทศแต่การศึกษามีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาอีกครั้ง

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น เป็นตัวแปรต้นในการหาความสัมพันธ์และหาความสามารถในการทำนายของปัจจัยเหล่านั้นต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายด้านบุคคล ด้านสังคม การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองด้านอารมณ์ การตอบสนองด้านพฤติกรรม และการตอบสนองทางพฤติกรรมและอารมณ์กับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.1 ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purpose sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

- 1.เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาตรวจตามนัดหลังจาก admitted ด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เกิน 2 เดือน
- 2.อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 3.กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต้องมีคะแนน MMSE ดังนี้
 - ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่าน ออก เขียนได้ ต้องมีคะแนน MMSE ≥ 15 ขึ้นไป
 - ผู้ป่วยที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ต้องมีคะแนน MMSE ≥ 18 ขึ้นไป
 - ผู้ป่วยที่มีการศึกษาอยู่ในระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องมีคะแนน MMSE ≥ 23 ขึ้นไปจึงสามารถคัดเข้ากลุ่มศึกษาได้ แต่ถ้ามีคะแนน MMSE ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจะไม่คัดเข้าศึกษา

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

- 1.ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติของโรค เช่นมีอาการเจ็บหน้าอก เหงื่อออก ใจสั่น มีระดับความดันโลหิตสูง
- 2.ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช

3.2 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบ (Power of analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1998) โดยกำหนดแอลฟา (alpha) เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .08 กำหนดค่า $R^2 = .24$ โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์ (2553) ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งสามารถนำมาอธิบายปัจจัยทำนายได้ ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรต้น (u) เท่ากับ 36 จากค่าที่กำหนด เปิดตาราง Cohen (2003: p 651) เพื่อหาค่า λ มาแทนในสูตรเพื่อใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางได้ค่า	λ	=	26.41
แทนค่าในสูตร	N	=	$(\lambda/f2) + u + 1$
	N	=	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	λ	=	ค่าที่ได้จากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบของ Cohentable หน้า 651 (Cohen, 2003)
	f2	=	ค่าความสัมพันธ์ซึ่งได้มาจากการวิจัยที่เคยมีการศึกษา
	U	=	จำนวนตัวแปร
แทนค่าในสูตร	N	=	$(26.41/.24)+36+1$
	N	=	147.04
คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้		=	148 คน

3.3 สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแหล่งเก็บข้อมูลจากแผนกอายุรกรรมหัวใจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดหัวใจให้บริการในด้านการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการติดตามรักษา ให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางอายุรกรรมโรคหลอดเลือดหัวใจ ในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดต่างๆในภาคใต้ตอนบน คลินิกอายุรกรรมโรคหลอดเลือดหัวใจ เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ และพุธ เวลา 8.00 - 12.00 น. และวันอังคาร พฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น.

3.4 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน จำนวนทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางและระยะทางมาโรงพยาบาล (ข้อคำถามที่ 1- 8)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การตอบสนองต่ออาการต่างๆ (Response to Symptom Questionnaire) ของ Dracup et al., (1997) (ได้รับการอนุญาตแล้ว) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามแปลเป็นภาษาไทย ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาที่มีความใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ จำนวน 14 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามเป็นทั้งแบบเลือกตอบและแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ เป็นการถามถึงประสบการณ์ การรับรู้และการจัดการกับอาการด้านต่างๆของผู้ป่วยและบุคคลอื่นประกอบด้วยบริบททางสังคม จำนวน 3 ข้อ การตอบสนองด้านการรับรู้ จำนวน 10 ข้อ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ต่อบุคคลอื่น 1 ข้อ และคำถามระยะเวลาเป็นวันที่ตั้งแต่เริ่มมีอาการและตัดสินใจมารับการรักษากระทั่งมาถึงโรงพยาบาลโดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สำหรับการศึกษานี้ ถ้าผู้ป่วยใช้ระยะเวลามารับบริการ ≤ 30 นาทีหมายถึงไม่ล่าช้าในการมารับบริการ ถ้า > 30 นาทีหมายถึงมีความล่าช้าในการมารับบริการ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1.ด้านบริบททางสังคม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2 และ 4 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานที่เกิดอาการและเกิดอาการครั้งแรกอยู่กับใคร เป็นลักษณะตัวเลือกสามารถตอบได้เพียง 1 ข้อ

2.การตอบสนองด้านการรับรู้ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 7 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ในด้านอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกเกิดจากสาเหตุใด ส่วนในข้อคำถามที่ 11.1, 11.2, 11.4, 11.5, 11.6, 11.7 และ 11.8 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ และในส่วน ข้อคำถามที่ 14 เป็นลักษณะตัวเลือก เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ

3.การตอบสนองทางอารมณ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 9, 10, 11.3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ และ ข้อคำถามที่ 13 สัมภาษณ์เกี่ยวกับระดับคะแนนความเจ็บปวด คำตอบเป็นระดับคะแนนที่มีค่าต่อเนื่อง

4.การตอบสนองทางพฤติกรรม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 6 เป็นลักษณะตัวเลือกสามารถเลือกได้เพียง 1 คำตอบ

5.การตอบสนองด้านทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ต่อบุคคลอื่น ได้แก่ ข้อคำถามที่ 5

เป็นลักษณะตัวเลือกสามารถเลือกได้เพียง 1 คำตอบ

แบบสอบถามมีจำนวน 14 ข้อคำถาม (ข้อ 1 - 14) (ส่วนที่ 2)

โดยข้อคำถามที่ 1 แบบเติมคำ (ระยะเวลาเกิดอาการ)

โดยข้อคำถามที่ 2-7 แบบเลือกตอบ 1 คำตอบ

โดยข้อคำถามที่ 8-12 ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ไม่มีเลย = 1 คะแนน

เล็กน้อย = 2 คะแนน

ปานกลาง = 3 คะแนน

มาก = 4 คะแนน

มากที่สุด = 5 คะแนน

โดยข้อคำถามที่ 13 คำตอบเป็นระดับคะแนนที่มีค่าต่อเนื่อง 0 หมายถึงความเจ็บปวดน้อย 10 หมายถึงความเจ็บปวดมาก

โดยข้อคำถามที่ 14 คำตอบมี 2 ตัวเลือก ให้เลือกตอบ 1 คำตอบ

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์ การตอบสนองต่ออาการต่างๆของดรากับ (Dracup, 1997) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการพัฒนาและทดสอบความตรง ตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยทีมผู้เชี่ยวชาญและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการแปลหลายภาษาสำหรับการนำแบบสอบถามมาใช้ในการครั้งนี้ ผู้วิจัยแปลแบบสัมภาษณ์เป็นภาษาไทย ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาที่มีความใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการต่างๆของ ดรากับ (Dracup, 1997) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) อยู่ระหว่าง .80-.90 การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.67

3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการนำเสนอโครงการวิจัย ถึงประธานและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอรับการพิจารณา

2. เมื่อผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือส่งตัวเพื่อขออนุมัติดำเนินการด้านจริยธรรมในการทำวิจัย โดยเสนอโครงการวิจัยถึงประธานและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและให้คำรับรองในการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์หัวหน้าหน่วยตรวจอายุรกรรมโรคหลอดเลือดและหัวใจหัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตเข้าทำการวิจัยกับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่คลินิกอายุรกรรมโรคหลอดเลือดและเลือดหัวใจ

4. ผู้วิจัยขอให้พยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรมโรคหลอดเลือดและหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และติดต่อกลุ่มตัวอย่างว่ามีความยินดีจะพบผู้วิจัยหรือไม่

5. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบและพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยพร้อมทั้งอธิบายพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ผู้วิจัยประเมินความบกพร่องทางการรับรู้โดยใช้ MMSE ก่อนคัดเข้าร่วมโครงการวิจัย หากพบว่าต่ำกว่าเกณฑ์จะไม่คัดเข้าและชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลและส่งปรึกษาแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยต่อไปหากผู้ป่วยต้องการ

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเก็บข้อมูลทุกวันจันทร์ และวันพุธ เวลา 8.00 น. – 12.00 น. และทุกวันอังคาร พฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 8.00 น. – 16.00 น. โดยใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาทีในห้องที่เป็นสัดส่วนมิดชิด ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและขอความยินยอมในการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

7. ในระหว่างเก็บข้อมูล หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผลต่อผู้วิจัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความอึดอัด เบื่อหน่าย ไม่อยากตอบแบบสอบถาม สามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ทันที

8. หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ และการวินิจฉัย จากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเก็บข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยขอความยินยอมการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติจากกลุ่มตัวอย่าง และจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

9. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จ นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

3.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความตระหนักและคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยวางขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยผ่านขั้นตอนการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อได้รับการอนุมัติในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบและตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการวิจัยจนไม่มีข้อสงสัยแล้ว จึงขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับใดๆทั้งสิ้น โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวหรือยุติจากการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆทั้งสิ้น การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีการกระทำใดๆกับร่างกายผู้ป่วยและมีความเสี่ยงน้อยมาก เนื่องจากการเป็นกรณีศึกษา แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด เป็นลม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการส่งต่อบุคลากรของโรงพยาบาลเพื่อรับการดูแลตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยทันที การเก็บข้อมูลจะใช้เวลาประมาณ 30-40 นาทีในห้องที่เป็นสัดส่วนข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะไม่มีการบันทึกข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ชื่อ สกุลของกลุ่มตัวอย่างเลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ เพื่อการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล การวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากมีข้อสงสัยขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูป SPSS version 18.0 (Statistical Package for Social Science) ดังนี้

1.ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ตัวแปรด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทาง ระยะทาง ความล่าช้ากับการมารับบริการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้าน อายุ เพศ บริบททางสังคม การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ และการตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

3.วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความล่าช้ากับการมารับบริการที่โรงพยาบาลจากตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ) บริบททางสังคม การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ และการตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการการถดถอยโลจิสติก

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการ โดยศึกษาตัวแปรทำนาย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ) ปัจจัยบริบททางสังคม การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการต่างๆ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 ราย ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้ กรณีผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต้องมีคะแนน MMSE (การทดสอบด้านความจำ) ดังนี้ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถอ่าน ออก เขียนได้ ต้องมีคะแนน $MMSE \geq 15$ ขึ้นไป ถ้าผู้ป่วยมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ต้องมีคะแนน $MMSE \geq 18$ ขึ้นไป และผู้ป่วยมีการศึกษาอยู่ในระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องมีคะแนน $MMSE \geq 23$ ขึ้นไป จึงสามารถคัดเข้ากลุ่มศึกษาได้ แต่ถ้ามีคะแนน MMSE ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจะไม่คัดเข้าศึกษา จากการเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยที่อายุ > 60 ปี มีคะแนน MMSE ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 10 คนจึงไม่คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความล่าช้าในการมารับบริการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองต่ออาการด้านต่างๆ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้และการตอบสนองด้านต่างๆ กับความล่าช้าในการมารับบริการ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 148 ราย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ (64.2%) เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 35-73 ปี มีอายุเฉลี่ย 53.59 ปี (SD = 7.89) สถานภาพสมรสคู่ (79.1%) ส่วนใหญ่ (60.1%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ย 5001-10,000 (31.1%) มากกว่าครึ่ง (59.5%) มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค เป็นโรคหัวใจร่วมกับความดันโลหิตสูงมากที่สุด (45.3%) ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-10 กม. (51.4%) และส่วนใหญ่ (90.5%) มารับบริการที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ส่วนตัว มีการใช้บริการรถการแพทย์ฉุกเฉินเพียง 7.4% ดังตารางที่ 4.1

ตาราง 4.1 ลักษณะส่วนบุคคล (n=148)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	95.0	64.2
หญิง	53.0	35.8
อายุ		
31-40 ปี	9.0	6.1
41-50 ปี	43.0	29.1
51-60 ปี	73.0	49.3
>60 ปี	23.0	15.5
($\bar{x}$ = 53.59 ปี, SD = 7.89ปี, Rang 35-73 ปี)		
สถานภาพ		
โสด	3.0	2.0
คู่	117.0	79.1
หม้าย/หย่า/แยก	28.0	18.9

ตาราง 4.1 ลักษณะส่วนบุคคล (n=148) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7.0	4.7
ประถมศึกษา	89.0	60.1
มัธยมศึกษา	23.0	15.5
ปวช./ปวส.	11.0	7.4
ปริญญาตรี	16.0	10.8
สูงกว่าปริญญาตรี	2.0	1.4
รายได้เฉลี่ย		
น้อยกว่า 5,000	33.0	22.3
50,000-10,000	46.0	31.1
10,001-15,000	22.0	14.9
15,001-20,000	17.0	11.5
มากกว่า 20,000	30.0	20.3
โรคร่วม*		
ไม่มี (เป็นโรคหัวใจอย่างเดียว)	60.0	40.5
มีโรคร่วม	88.0	59.5
1 โรค	42.0	28.4
2 โรค	28.0	18.9
3 โรค	18.0	12.2

*1โรค หมายถึง เบาหวาน (DM) 5 ราย ความดันโลหิตสูง (HT) 26 ราย ไขมันในเลือดสูง (DLP) 11 ราย

2โรค หมายถึง DM และ HT 8 ราย, DM และ DLP 6 ราย HT และ DLP 14 ราย

3 โรค หมายถึง DM HT และ DLP 18 ราย

ตาราง 4.1 ลักษณะส่วนบุคคล (n=148) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล		
1-10 กม.	76.0	51.4
11-20 กม.	32.0	21.6
21-30 กม.	15.0	10.1
>31กม.	25.0	16.9
($\bar{X}$ = 20 กม.,SD = 24.32 กม., Rang 1-156 กม.		
ยานพาหนะ		
รถยนต์ส่วนตัว	134.0	90.5
รถบริการการแพทย์	11.0	7.4
รถโดยสารประจำทาง	3.0	2.0

ส่วนที่ 2 ความล่าช้าในการมารับบริการ

ความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลนับเป็นสาเหตุหลักสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษา โดยระยะเวลาเป้าหมายตามแนวเวชปฏิบัติของสถาบันโรคทรวงอก (2555) กำหนดไว้ว่าระยะเวลาที่เหมาะสมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องเดินทางมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 30 นาที ซึ่งสอดคล้องกับตามแนวเวชปฏิบัติของ American College of Cardiology/American Heart Association : ACC/AHA, (2004)

ผลการศึกษาระยะเวลาในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยระยะเวลารวมตั้งแต่เกิดอาการครั้งแรกจนมาถึงโรงพยาบาล (pre-hospital delay) พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการมารับบริการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที หมายถึง ระยะเวลาเหมาะสมไม่ล่าช้า จำนวน 52 ราย (35.1%) และผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการมารับบริการมากกว่า 30 นาที จำนวน 96 ราย (64.9%) แสดงว่ามีความล่าช้าในการมารับบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 120 นาที ค่ามัธยฐาน 60 นาที เวลำน้อยสุด 5 นาที เวลาสูงสุด 1,480 นาที ดังแสดงไว้ ตาราง 4.2

ตารางที่ 4.2 ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับบริการ (n=148)

ระยะเวลา	จำนวน	ร้อยละ
≤30	52.0	35.1
31-60	39.0	26.4
61-90	12.0	8.1
91-120	10.0	6.8
≥120	35.0	23.6

($\bar{X}$ = 120, SD = 197.52, Rang = 5 - 1,480)

อย่างไรก็ตามในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมากกว่าครึ่ง (59.5%) จำนวน 88 ราย ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สอง มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาเท่ากับ 50 นาที ระยะเวลาน้อยสุด 8 นาที ระยะเวลาสูงสุด 140 นาที

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองด้านต่างๆ

2.1 บริบททางสังคม

บริบททางสังคม ขณะสังเกตอาการเป็นครั้งแรกผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน (79.1%) เกือบ 2 ใน 3 มีสภาพแวดล้อมเป็นชนบท (60.1%) และอยู่กับ สามี/ภรรยา/แฟน (43.9%) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลบริบททางสังคม (n = 148)

บริบททางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่พบอาการครั้งแรก		
-ที่บ้าน	117.0	79.1
-ที่ทำงาน	19.0	12.8
-ในรถ	5.0	3.4
-ไปเยี่ยมเพื่อนหรือญาติ	4.0	2.7
-ในที่สาธารณะ	3.0	2.0

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลบริบททางสังคม (n = 148) (ต่อ)

บริบททางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย		
-ชนบท	89.0	60.1
-ในเมือง	33.0	22.3
-ชานเมือง	26.0	17.6
บุคคลที่ผู้ป่วยอยู่ด้วยเมื่อพบอาการ		
-ลำพัง	30.0	20.3
-สามี/ภรรยา/แฟน	65.0	43.9
-สมาชิกครอบครัวคนอื่น	41.0	27.7
-เพื่อน	9.0	6.1
-คนที่ทำงาน	3.0	2.0

2.2 การตอบสนองด้านการรับรู้

การตอบสนองด้านการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อเกิดอาการพบว่าผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 3 (37.8%) คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาจากการหายใจ รองลงมาคือปัญหาการกระเพาะอาหารหรืออาหารไม่ย่อย (31.1%) และคิดว่าเป็นปัญหาจากหัวใจ (20.3%) ส่วนการตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านความรุนแรงของอาการ พบว่าเกือบ 1 ใน 3 (31.8%) มีความรุนแรงระดับมาก (Mean = 3.78, SD = 1.08) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่ง (60.1%) ไม่เคยได้นิยมน้ำตาลละลายลิ้มเล็ดมาก่อน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 การตอบสนองด้านการรับรู้ (n = 148)

การตอบสนองด้านการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
เมื่อพบอาการครั้งแรกคิดว่าเกิดจากสาเหตุใด		
-หัวใจ	30.0	20.3
-กระเพาะอาหารหรืออาหารไม่ย่อย	46.0	31.1
-ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	8.0	5.4
-ความเหนื่อยล้า	8.0	5.4
-ปัญหาการหายใจ	56.0	37.8
อาการเหล่านั้นรุนแรงแค่ไหน		
-ไม่รุนแรงเลย	6.0	4.1
-รุนแรงน้อย	10.0	6.8
-รุนแรงปานกลาง	40.0	27.0
-รุนแรงมาก	47.0	31.8
-รุนแรงมากที่สุด	45.0	30.4
($\bar{X}$ = 3.78, SD = 1.08)		
เคยได้ยินชื่อยาละลายลิ่มเลือดหรือไม่		
-เคยได้ยิน	59.0	39.9
-ไม่เคยได้ยิน	89.0	60.1

จากการวิเคราะห์เหตุผลการชะลอรับการรักษา พบว่าเหตุผลที่ไม่มีความสำคัญเลย ได้แก่ อายุที่จะรับการช่วยเหลือ (83.8%) ไม่อยากรบกวนใคร (69.6%) และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการ (45.9%) เหตุผลการชะลอรับการรักษาที่มีความสำคัญมากถึงมากที่สุด ได้แก่ รอคู่อาการหายไป (35.1%) อาการเป็นๆหายๆ (31.8%) และไม่ทราบเป็นอาการของโรคหัวใจ (53.4%) แสดงไว้ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 การตอบสนองการรับรู้เหตุผลชะลอการมารับบริการ (n = 148)

สาเหตุ/เหตุผลการชะลอการรับการรักษา	ไม่มี ความสำคัญ เลย	สำคัญ น้อย	สำคัญ ปานกลาง	สำคัญมาก	สำคัญมาก ที่สุด
รอคิวว่าอาการหายไป ($\bar{X} = 3.05$, SD = 1.65)	52.0 (35.1%)	4.0 (2.7%)	13.0 (8.8%)	42.0 (28.4%)	37.0 (25.0%)
อายุที่จะรับการช่วยเหลือ ($\bar{X} = 1.31$, SD = .807)	124.0 (83.8%)	11.0 (7.4%)	5.0 (3.4%)	7.0 (4.7%)	1.0 (0.7%)
อาการเป็นๆหายๆ ($\bar{X} = 3.21$, SD = 1.63)	47.0 (31.8%)	2.0 (1.4%)	13.0 (8.8%)	45.0 (30.4%)	41.0 (27.7%)
ไม่ทราบเป็นอาการของโรคหัวใจ ($\bar{X} = 3.72$, SD = 1.64)	34.0 (23.0%)	3.0 (2.0%)	13.0 (8.8%)	19.0 (12.8%)	79.0 (53.4%)
ไม่ขอกรบกวนใคร ($\bar{X} = 1.81$, SD = 1.34)	103.0 (69.6%)	5.0 (3.4%)	16.0 (10.8%)	13.0 (8.8%)	11.0 (7.4%)
ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของ อาการ ($\bar{X} = 2.48$, SD = 1.55)	68.0 (45.9%)	10.0 (6.8%)	24.0 (16.2%)	23.0 (15.5%)	23.0 (15.5%)
กลัวสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น ($\bar{X} = 1.85$, SD = 1.29)	98.0 (66.2%)	6.0 (4.1%)	17.0 (11.5%)	22.0 (14.9%)	5.0 (3.4%)

2.3 การตอบสนองทางอารมณ์

การตอบสนองทางอารมณ์ ข้อมูลพบว่า เหตุผลการชะลอรับการรักษาเพราะกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้น ไม่ใช่เหตุผลที่มีความสำคัญเลย (66.2%) แสดงไว้ดังตารางที่ 4.5

สำหรับความกังวลเมื่อเกิดอาการพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความกังวลเลย (44.6%) และมีความสามารถในการควบคุมระดับปานกลาง (34.5%) แสดงไว้ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 การตอบสนองทางอารมณ์ (n = 148)

การตอบสนองทางอารมณ์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความกังวล		
-ไม่กังวลเลย	66.0	44.6
-กังวลน้อย	18.0	12.2
-กังวลปานกลาง	30.0	20.3
-กังวลมาก	26.0	17.6
-กังวลมากที่สุด	8.0	5.4
($\bar{X}$ = 2.27, SD = 1.33)		
ความสามารถควบคุมอาการ		
-ไม่มีความสามารถเลย	18.0	12.2
-มีความสามารถน้อย	12.0	8.1
-มีความสามารถปานกลาง	51.0	34.5
-มีความสามารถมาก	43.0	29.1
-มีความสามารถมากที่สุด	24.0	18.2
($\bar{X}$ = 3.29, SD = 1.19)		

สำหรับการตอบสนองทางอารมณ์ในด้านความเจ็บปวดซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนน ปวดมากที่สุด เท่ากับ 10 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเจ็บปวดที่ 7-10 คะแนนมากที่สุดจำนวน 121 ราย (81.8%) (Mean = 8.12, SD = 1.913) แสดงไว้ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 การตอบสนองทางอารมณ์ด้านความเจ็บปวด (n = 148)

ระดับความเจ็บปวด	จำนวน	ร้อยละ
1-3	2.0	1.4
4-6	25.0	16.9
7-10	121.0	81.8
($\bar{x}$ = 8.12, SD = 1.913)		

2.4 การตอบสนองทางพฤติกรรม

การตอบสนองทางพฤติกรรมพบว่าเมื่อเกิดอาการเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยใช้วิธีการตอบสนองทางพฤติกรรมโดยการบอกใครบางคน (48%) รองลงมาคือพยายามผ่อนคลาย (20.3%) และรับประทานยา (17.6%) แสดงไว้ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 การตอบสนองทางพฤติกรรม (n = 148)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อพบอาการครั้งแรก		
-ขอพรหรือสวดมนต์ให้หายเอง	3.0	2.0
-พยายามผ่อนคลาย	30.0	20.3
-แสร้งทำเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น	3.0	2.0
-บอกใครบางคน	71.0	48.0
-รับประทานยา (เช่น ยาลดกรด, ไนเตรท, พาราเซตามอล)	26.0	17.6
-โทรศัพท์ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์	3.0	2.0
-ลองรักษาด้วยตนเอง (เปลี่ยนท่า สมุนไพร)	3.0	2.0
-บอกใครสักคนที่อยู่ใกล้ (เพื่อน เพื่อนร่วมงาน)	3.0	2.0
-โทรศัพท์หาศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน	4.0	2.7
-ขับรถไปโรงพยาบาลหรือคลินิก	2.0	1.4

2.5 การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น

การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น เมื่อผู้ป่วยบอกบุคคลอื่นเกี่ยวกับอาการของตนเอง พบว่าบุคคลอื่นจะมีการตอบสนองโดยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล (49.3%) รองลงมาคือ แนะนำให้พักผ่อนและทานยา (16.9%) และแนะนำให้ไปพบแพทย์ (11.5%) แสดงไว้ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 การตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น (n = 148)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น		
เมื่อผู้ป่วยบอกอาการให้ทราบ		
-พวกเขาไม่พูดหรือทำอะไร	9.0	6.1
-พวกเขาบอกข้าพเจ้าว่าไม่ต้องห่วง	6.0	4.1
-พวกเขาพยายามปลอบข้าพเจ้า	2.0	1.4
-พวกเขาแนะนำให้ข้าพเจ้าพักผ่อนและรับประทานยา	25.0	16.9
-พวกเขาแนะนำให้ข้าพเจ้าไปพบแพทย์	17.0	11.5
-พวกเขาโทรหาศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน	5.0	3.4
-พวกเขาพาข้าพเจ้าไปโรงพยาบาล	73.0	49.3
-พวกเขาเป็นกังวล	1.0	7.0
-ข้าพเจ้าไม่เคยบอกใครเกี่ยวกับอาการของข้าพเจ้า	10.0	6.8

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระได้แก่ ปัจจัยเฉพาะบุคคล (เพศ อายุ) บริบททางสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ ปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น กับตัวแปรตาม คือ ความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น และการกระจายแบบโค้งปกติ (Normality distribution) ของแต่ละตัวแปร ตรวจสอบโดยใช้ Kolmogorov Smirnov test ของ

ข้อมูลที่ศึกษา พบว่ามีข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านอายุที่จะรับการช่วยเหลือ การตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านไม่ยอมรับกวนหรือทำให้ใครเดือดร้อน โดยข้อมูลในส่วนของ การตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านอายุที่จะรับการช่วยเหลือ และการตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านไม่ยอมรับกวนหรือทำให้ใครเดือดร้อน มีการกระจายไม่เป็นแบบโค้งปกติ แต่ถึงแม้ว่า ตัวแปรทั้ง 2 ปัจจัยไม่มีการกระจายแบบโค้งปกติ เมื่อนำข้อมูลไปตรวจสอบข้อตกลงของการใช้สถิติวิเคราะห์หลายตัวแปร ก็พบว่าไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น จึงทำการวิเคราะห์ทั้ง 2 แบบ คือ มีการนำเข้าและตัดตัวแปรที่ไม่มีการกระจายแบบโค้งปกติแล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผลการวิเคราะห์ทั้ง 2 แบบได้ผลไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาคครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านอายุที่จะรับการช่วยเหลือ และการตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านไม่ยอมรับกวนใครหรือทำให้ใครเดือดร้อนทำการวิเคราะห์ด้วย นอกจากนี้ข้อตกลงเบื้องต้นว่าด้วยตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) พิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน จากการวิเคราะห์ค่า Variance Inflation Factor (VIF) ไม่เกิน 5 พบว่า ค่า VIF ของตัวแปรในการตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านไม่ทราบว่าการเหล่านั้นเป็นอาการของโรคหัวใจ และตัวแปรในการตอบสนองด้านการรับรู้ในปัจจัยไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจกำเริบ เท่ากับ 21.817 และ 21.581 ตามลำดับและค่า Tolerance ต้องมีค่าเข้าใกล้ 1 ซึ่งมีค่าเท่ากับ .046 และ .046 ตามลำดับ แสดงว่าตัวแปรเป็น Multicollinearity จึงไม่นำตัวแปรในการตอบสนองด้านการรับรู้การชะลอการรักษาจากเหตุผลที่ไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจกำเริบออก

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุการณ์ชะลอ เพราะรอดูว่าอาการเหล่านั้นหายไป ชะลอเพราะอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆ ชะลอเพราะไม่ทราบว่า เป็นอาการของโรคหัวใจ ชะลอเพราะไม่ยอมรับกวนหรือทำให้ใครเดือดร้อน ชะลอเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์เหตุการณ์ชะลอเพราะกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้น และปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรมในด้านพยายามผ่อนคลาย มีรายละเอียดความสัมพันธ์ ดังนี้ แสดงไว้ดังตารางที่ 4.10

การตอบสนองด้านการรับรู้ เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะรอดูว่าอาการเหล่านั้นหายไปมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .376, p < .01$)

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .321, p < .01$)

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะไม่ทราบว่าอาการเหล่านั้นเป็นอาการของโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .330, p < .01$)

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะไม่ยอมรับกวนหรือทำให้ใครเดือดร้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .309, p < .01$)

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .337, p < .01$)

การตอบสนองทางอารมณ์ เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะกลัวสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .190, p < .05$)

การตอบสนองทางพฤติกรรมด้านพยายามผ่อนคลายเมื่อเกิดอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .219, p < .01$)

นอกจากนี้ยังมีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่

เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบริบททางสังคมในด้านเมื่อเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่ทำงาน ตอบสนองทางอารมณ์ด้านสามารถควบคุมอาการและการตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ต่อบุคคลอื่นด้านไม่เคยบอกใครเกี่ยวกับอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .202, p < .05$; $r = .235, p < .01$; $r = .229, p < .01$; $r = .201, p < .01$) ตามลำดับ แต่เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับบริบททางสังคมในด้านเมื่อเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้าน การตอบสนองทางอารมณ์ด้านความกังวล เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะกลัวสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น และระดับความเจ็บปวด การตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ต่อบุคคลอื่นด้านพาไปโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.246, p < .01$; $r = -.241, p < .01$; $r = -.163, p < .05$; $r = -.167, p < .05$; $r = -.165, p < .05$) ตามลำดับ

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านความรุนแรงเมื่อเกิดอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .216, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนอง

ทางอารมณ์เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.165, p < .05$)

การตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองทางอารมณ์การชะลอการมารับบริการเพราะกังวล และระดับความเจ็บปวด รวมทั้งการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นพาไปโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .165, p < .05$; $r = .388, p < .01$; $r = .204 < .05$) ตามลำดับ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนองทางพฤติกรรมด้านพยายามผ่อนคลาย และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นด้านไม่ต้องห่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .175, p < .05$; $r = -.228, p < .01$) ตามลำดับ

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะรอดูว่าอาการเหล่านั้นหายไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองด้านเหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆ ไม่ทราบว่าเป็นโรครุนแรง ไม่อยากรบกวนใครหรือทำให้ใครเดือดร้อน และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .847, p < .01$; $r = .388, p < .01$; $r = .213, p < .01$; $r = .508, p < .01$) ตามลำดับ

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองด้านการรับรู้ เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะไม่ทราบว่าอาการเหล่านั้นเป็นโรครุนแรง ไม่อยากรบกวนใครหรือทำให้ใครเดือดร้อน และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .521, p < .01$; $r = .217, p < .01$; $r = .513, p < .01$) ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนองทางพฤติกรรมด้านบอกใครบางคน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.175, p < .05$)

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะไม่ทราบว่าอาการเหล่านั้นเป็นอาการของโรครุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะไม่ทราบว่าเป็นโรครุนแรง ไม่อยากรบกวนใครหรือทำให้ใครเดือดร้อน ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .185, p < .05$; $r = .422, p < .01$) ตามลำดับ และการตอบสนองด้านการรับรู้ เหตุผลชะลอการมารับบริการไม่ทราบว่าอาการเหล่านั้นเป็นอาการของโรครุนแรงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านผู้ป่วยเคยได้ยาลดอาการแล้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.372, p < .01$)

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะไม่ทราบว่าเป็นโรครุนแรง ไม่อยากรบกวนใครหรือทำให้ใครเดือดร้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะไม่ทราบว่าเป็นโรครุนแรง ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น การตอบสนองทางพฤติกรรมด้านพยายามผ่อนคลาย และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นด้านไม่พูดอะไร อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r = .480, p < .01; r = .245, p < .01; r = .168, p < .05$) ตามลำดับ แต่การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอมารับบริการเพราะไม่อยากจะรบกวนใครหรือทำให้ใครเดือดร้อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นด้านพาไปโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.194, p < .05$)

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอมารับบริการเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทางการตอบสนองทางอารมณ์เหตุผลชะลอมารับบริการเพราะกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .252, p < .01$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบการตอบสนองทางพฤติกรรมด้านพยายามผ่อนคลาย การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นด้านพาไปโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.163, p < .05; r = -.194, p < .05$)

การตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านผู้ป่วยเคยได้ยินยาละลายลิ่มเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนองทางอารมณ์ด้านความสามารถในการควบคุมอาการและ การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นด้านพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.233, p < .01; r = -.219, p < .01$) ตามลำดับ

การตอบสนองทางอารมณ์ด้านความกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองทางอารมณ์เหตุผลชะลอมารับบริการเพราะกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้น และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .198, p < .05; r = .206, p < .05$) ตามลำดับ

การตอบสนองทางอารมณ์เหตุผลชะลอมารับบริการเพราะกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนองทางพฤติกรรมด้านบอกใครบางคน และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นแนะนำพักผ่อนและทานยาอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .210, p < .05; r = -.186, p < .05$) ตามลำดับ

การตอบสนองทางอารมณ์ด้านความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นในด้านบุคคลอื่นแนะนำให้ไปพบแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.179, p < .05$) ตารางที่ 4.10

ตาราง 4.10 ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความล่าช้าในการมารับบริการ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	1	-.066	-.246**	.202*	.062	-.009	.235**	-.325**	-.009	-.046	-.008	.060	.015	.016	-.272**	.079	.068	-.042
2	-.066	1	.062	-.029	-.033	.046	-.006	.040	-.040	.028	-.014	.043	.216**	-.035	-.129	-.023	-.056	-.068
3	-.246**	.062	1	-.746**	-.363**	-.071	.188*	.170*	.053	.130	-.097	.025	.001	.087	.158	.076	-.018	.126
4	.202*	-.029	-.746**	1	-.072	.108	-.136	-.192*	-.143	-.127	-.002	.075	.023	-.037	-.098	.000	.091	-.082
5	.062	-.033	-.363**	-.072	1	-.001	.061	-.032	-.001	.117	.121	-.146	.178*	-.006	-.072	-.024	-.059	-.113
6	-.009	.046	-.071	.108	-.001	1	-.446**	-.312**	-.003	-.012	-.046	.092	.104	.024	.014	-.044	-.015	.109
7	.235**	-.006	.188*	-.136	.061	-.446**	1	-.548**	-.006	-.006	-.031	-.017	-.006	.070	-.054	.104	.029	.003
8	-.325**	.040	.170*	-.192*	-.032	-.312**	-.548**	1	.026	.074	.052	-.109	-.054	-.011	.080	-.033	-.086	-.037
9	-.009	-.040	.053	-.143	-.001	-.003	-.006	.026	1	-.339**	-.121	-.393**	-.083	.004	.140	-.034	-.364**	-.004
10	-.046	.028	.130	-.127	.117	-.012	-.006	.074	-.339**	1	-.161	-.524**	-.024	.013	-.042	.003	.116	.019
11	-.008	-.014	-.097	-.002	.121	-.046	-.031	.052	-.121	-.161	1	-.187*	-.006	-.062	.131	.006	.041	.011
12	.060	.043	.025	.075	-.146	.092	-.017	-.109	-.393**	-.524**	-.187*	1	.149	.059	-.146	.054	.237**	.017
13	.015	.216**	.001	.023	.178*	.104	-.006	-.054	-.083	-.024	-.006	.149	1	-.069	-.154	-.070	.140	-.006
14	.016	-.035	.087	-.037	-.006	.024	.070	-.011	.004	.013	-.062	.059	-.069	1	.094	.847**	.388**	.213**
15	-.272**	-.129	.158	-.098	-.072	.014	-.054	.080	.140	-.042	.131	-.146	-.154	.094	1	.079	-.071	.344**
16	.079	-.023	.076	.000	-.024	-.044	.104	-.033	-.034	.003	.006	.054	-.070	.847**	.079	1	.521**	.217**
17	.068	-.056	-.018	.091	-.059	-.015	.029	-.086	-.364**	.116	.041	.237**	.140	.388**	-.071	.521**	1	.185*
18	-.042	-.068	.126	-.082	-.113	.109	.003	-.037	-.004	.019	.011	.017	-.006	.213**	.344**	.217**	.185*	1

ตาราง 4.10 ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความล่าช้าในการมารับบริการ (ต่อ)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
19	-.078	-.144	-.012	.090	-.106	.050	.069	-.143	-.058	-.029	-.055	.127	-.005	.508**	.162*	.513**	.422**	.480**
20	-.140	.083	.012	-.106	.077	.070	-.025	-.011	.345**	-.159	.172*	-.237**	-.036	-.060	.252**	-.062	-.372**	.022
21	-.241**	-.016	.042	-.048	.075	-.065	-.037	.090	.138	.105	-.094	-.159	.165*	-.025	.250**	-.048	-.086	.082
22	-.071	-.124	-.024	-.002	-.045	-.121	.029	.052	.028	.033	-.234**	.172*	.019	.085	-.165*	.077	.042	-.008
23	-.167*	.032	.103	-.046	.067	.038	.079	.000	-.173*	.126	.004	-.083	.015	.087	.469**	.099	.147	.157
24	-.102	.098	.021	.018	-.019	.106	-.026	.001	-.012	.028	.110	-.072	.388**	-.092	.059	-.124	-.030	.017
25	-.040	.106	-.029	.005	.030	-.088	.059	-.010	-.155	.031	.073	-.118	-.175*	.067	.251**	.140	.040	.245**
26	.085	-.119	.003	-.037	.002	-.080	-.025	.037	.217**	-.074	.050	.080	.115	-.116	-.167*	-.175*	.065	-.106
27	-.163*	-.166*	-.060	.044	-.037	-.072	-.046	.060	.006	.066	-.118	.001	.039	.046	-.043	.062	-.091	-.159
28	.073	-.027	.055	-.011	.016	-.138	.146	-.037	-.048	-.030	.153	.991	.638	.580	.093	.455	.271	.168*
29	.019	.035	-.012	-.081	-.070	.018	.004	-.046	.121	-.116	.075	-.125	-.228**	-.099	-.174*	-.012	.005	-.138
30	-.094	-.076	.004	.040	-.035	-.094	.061	.051	.092	-.126	-.108	.094	-.091	.073	-.015	.064	-.065	.130
31	-.165*	.096	.043	-.015	.040	.108	-.111	.054	-.060	.126	-.089	.051	-.077	-.025	.067	-.022	-.062	.026
32	.201*	-.013	-.060	.058	-.050	.132	-.021	-.106	-.069	.052	.286**	-.146	-.031	.039	.140	-.047	-.082	-.194*
33	-.018	-.030	.039	.029	-.097	.089	-.033	-.114	-.016	-.026	.003	-.045	.204*	-.082	-.037	-.110	.039	.139
34	-.018	-.030	.039	.029	-.097	.089	-.033	-.114	-.016	-.026	.051	.049	-.060	.376**	.284**	.321**	.330**	.309**

ตาราง 4.10 ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความล่าช้าในการมารับบริการ (ต่อ)

ตัวแปร	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
1	-.078	-.140	-.241**	.229**	-.163*	-.167*	-.102	-.040	.085	-.071	.073	.019	-.094	-.165*	.201*	-.018
2	-.144	.083	-.016	-.153	-.060	.103	.021	-.029	.003	-.024	.055	-.012	.004	.096	-.013	-.030
3	-.012	.012	.042	-.005	-.166*	.032	.098	.106	-.119	-.124	-.027	.035	-.076	.043	-.060	.039
4	.090	-.106	-.048	.110	.044	-.046	.018	.005	-.037	-.002	-.011	-.081	.040	-.015	.058	.029
5	-.106	.077	.075	.143	-.037	.067	-.019	.030	.002	-.045	.016	-.070	-.035	.040	-.050	-.097
6	.050	.070	-.065	-.024	-.072	.038	.106	-.088	-.080	-.121	-.138	.018	-.094	.108	.132	.089
7	.069	-.025	-.037	.070	-.046	.079	-.026	.059	-.025	.029	.146	.004	.061	-.111	-.021	-.033
8	-.143	-.011	.090	-.050	.060	.000	.001	-.010	.037	.052	-.037	-.046	.051	.054	-.106	-.114
9	-.058	.345**	.138	-.066	.006	-.173*	-.012	-.155	.217**	.028	-.048	.121	.092	-.060	-.069	-.016
10	-.029	-.159	.105	.008	.066	.126	.028	.031	-.074	.033	-.030	-.116	-.126	.126	.052	-.026
11	-.055	.172*	-.094	-.234**	.004	.110	.073	.050	-.118	.075	-.108	-.089	.286**	.003	-.064	.051
12	.127	-.237**	-.159	.172*	-.083	-.072	-.118	.080	.001	-.125	.094	.051	-.146	-.045	.068	.049
13	-.005	-.036	.165*	.019	.015	.388**	-.175*	.115	.039	-.228**	-.091	-.077	-.031	.204*	.156	-.060
14	.508**	-.060	-.025	.085	.087	-.092	.067	-.116	.046	-.099	.073	-.025	.039	-.082	.089	.376**
15	.162*	.252**	.250**	-.165*	.469**	.059	.251**	-.167*	-.043	.093	-.174*	-.015	.067	.140	-.037	.284**
16	.513**	-.062	-.048	.077	.099	-.124	.140	-.175*	.062	-.012	.064	-.022	-.047	-.110	.065	.321**
17	.422**	-.372**	-.086	.042	.147	-.030	.040	.065	-.091	.005	-.065	-.062	-.082	.039	-.003	.330**
18	.480**	.022	.082	-.008	.157	.017	.245**	-.106	-.159	.168*	-.138	.130	.026	-.194*	.139	.309**

ตาราง 4.10 ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความล่าช้าในการมารับบริการ (ต่อ)

ตัวแปร	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
19	1	-.038	-.096	-.053	.252**	-.027	.210*	-.078	-.163*	.061	-.046	.098	-.010	-.183*	.090	.337**
20	-.038	1	.104	-.233**	-.078	-.088	.085	-.074	.085	.049	.075	.035	.153	-.003	-.219**	-.123
21	-.096	.104	1	-.075	.198*	.080	.003	-.008	.002	-.026	-.092	.002	-.066	.206*	-.014	.033
22	-.053	-.233**	-.075	1	-.100	-.084	-.099	.052	-.006	-.058	.147	.013	-.171*	-.138	.160	.013
23	.252**	-.078	.198*	-.100	1	-.004	.200*	-.174*	.017	.051	-.186*	.027	.022	.156	.031	.190*
24	-.027	-.088	.080	-.084	-.004	1	.104	-.045	-.112	-.015	.019	-.197*	.125	.015	.152	-.087
25	.210*	.085	.003	-.099	.200*	.104	1	-.590**	-.280**	.213**	-.003	.078	.068	-.244**	.161	.219**
26	-.078	-.074	-.008	.052	-.174*	-.045	-.590**	1	-.514**	-.129	-.036	.068	-.120	.190*	-.280**	-.140
27	-.163*	.085	.002	-.006	.017	-.112	-.280**	-.514**	1	-.043	.095	-.132	.096	.092	-.065	-.029
28	.061	.049	-.026	-.058	.051	-.015	.213**	-.129	-.043	1	-.108	-.089	-.045	-.236**	-.064	.051
29	-.046	.075	-.092	.147	-.186*	.019	-.003	-.036	.095	-.108	1	-.168*	-.084	-.445**	-.121	-.159
30	.098	.035	.002	.013	.027	-.197*	.078	.068	-.132	-.089	-.168*	1	-.070	-.367**	-.100	.057
31	-.010	.153	-.066	-.171*	.022	.125	.068	-.120	.096	-.045	-.084	-.070	1	-.184*	-.050	.138
32	-.183*	-.003	.206*	-.138	.156	.015	-.244**	.190*	.092	-.236**	-.445**	-.367**	-.184*	1	-.266**	-.095
33	.090	-.219**	-.014	.160	.031	.152	.161	-.280**	-.065	-.064	-.121	-.100	-.050	-.266**	1	.085
34	.337**	-.123	.033	.013	.190*	-.087	.219**	-.140	-.029	.051	-.159	.057	.138	-.095	.085	1

1 = เพศ	2 = อายุ	3 = สังคมที่บ้าน	4 = สังคมที่ทำงาน
5 = สังคมในรัก	6 = สังคมคนเดียว	7 = สังคมสามี/ภรรยา	8 = สังคมครอบครัว
9 = รับรู้(หัวใจ)	10 = รับรู้(กระเพาะ)	11 = รับรู้(ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ)	12 = รับรู้(ปัญหาการหายใจ)
13 = รับรู้(ความรุนแรง)	14 = รับรู้(หายไปหรือไม่)	15 = รับรู้(อาช)	16 = รับรู้(เป็นๆหายๆ)
17 = รับรู้(ไม่ทราบว่าเห็นหัวใจ)	18 = รับรู้(ไม่ยอมรับความใคร)	19 = รับรู้(ไม่ตระหนักถึงความสำคัญ)	20 = รับรู้(เคยได้ยินรายละเอียด)
21 = อารมณ์ (กังวล)	22 = อารมณ์(ควบคุมอาการ)	23 = อารมณ์(กลัว)	24 = อารมณ์(ระดับความเจ็บปวด)
25 = พฤติกรรม(พยายามผ่อนคลาย)	26 = พฤติกรรม(บอกใครบางคน)	27 = พฤติกรรม(ไปโรงพยาบาล)	28 = บุคคลอื่น(ไม่ต้องห่วง)
29 = บุคคลอื่น(พักผ่อนและทานยา)	30 = บุคคลอื่น(แนะนำให้ไปพบแพทย์)	31 = บุคคลอื่น(เรียกฉุกเฉิน)	32 = บุคคลอื่น(ไปโรงพยาบาล)
33 = บุคคลอื่น (ไม่เคยบอกใคร)	34 = ความลำช้า		

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ใช้การวิเคราะห์ Logistic Regression เนื่องจากตัวแปรอิสระเป็นทั้งตัวแปรชนิดต่อเนื่อง ตัวแปรแบ่งกลุ่มและตัวแปรหุ่น โดยมีตัวแปรตามเป็นตัวแปรประเภทแบ่งกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้คือ ความล่าช้า หรือไม่ล่าช้าในการมารับบริการ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามจะไม่ได้อยู่ในรูปของสมการเชิงเส้นตรง แต่จะเป็นในลักษณะสมการถดถอยโลจิสติก ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการวิเคราะห์ข้อมูลการถดถอยโลจิสติก ตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ และ ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ผลการทดสอบพบว่าตัวแปรในปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ด้านชะลอการมารับบริการเพราะไม่ทราบว่าอาการเหล่านั้นเป็นอาการของโรคหัวใจ และตัวแปรในปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ด้านชะลอการมารับบริการเพราะไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจกำเริบ มีค่า $r=.964$ จึงทำการตัดตัวแปรปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ด้านชะลอการมารับบริการเพราะไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจกำเริบ และนอกจากนี้มีการแบ่งกลุ่มตัวแปร (Categorical Variables Codings) ใหม่เนื่องจากค่า expected Value ของแต่ละกลุ่มน้อยกว่า 5 จึงมีการรวมกลุ่มของตัวแปรใหม่ดังนี้

บริบททางสังคมมี 2 ตัวแปร คือ เกิดอาการครั้งแรกอยู่กับใคร แบ่งเป็น อยู่คนเดียว อยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/สมาชิกอื่นๆในครอบครัว) และเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่ไหน แบ่งเป็น อยู่ที่บ้าน อยู่ทำงาน อยู่ที่ไหน (ไปเยี่ยมเพื่อน ในรถ และที่สาธารณะ)

ปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรมแบ่งเป็น 4 ตัวแปร คือ ด้านเกิดอาการครั้งแรกพยายามผ่อนคลาย (ขอพรหรือสวดมนต์ พยายามผ่อนคลาย และสร้างทำเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น) ด้านบอกใครบางคน(บอกใครบางคน บอกใครสักคนที่อยู่ใกล้) ด้านรับประธานยา (รับประธานยาลองรักษาด้วยตนเอง) และด้านไปโรงพยาบาล (โทรปรึกษานักวิชาการทางการแพทย์ ไปโรงพยาบาลด้วยตนเอง และขับรถไปโรงพยาบาล)

ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นแบ่งเป็น 2 ตัวแปร ไม่ต้องกังวล (ไม่ต้องห่วง และพยายามปล่อย) ด้านโทรหาศูนย์รับแจ้งเหตุ (โทรหาศูนย์รับแจ้งเหตุและเป็นกังวล) และตัดตัวแปรบางตัวคือ การตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านอายุที่จะขอความช่วยเหลือ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่าโดยภาพรวมตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ร้อยละ 52.1 ($Pseudo R^2 = .521, p < .05$) มี 5 ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้า คือ ขณะสังเกตพบอาการครั้งแรกผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว) ($OR = .041, B = -.3.191, p < .05$) และอยู่ที่บ้าน ($OR = 8.738, B = 2.168, p < .001$) เหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะรอดูว่าอาการเหล่านั้นหายไป ($OR = 2.722, B = 1.019, p < .01$) ปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการพยายามผ่อนคลาย ($OR = 35.566, B = 3.571, p < .05$) และปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นเมื่อเกิดอาการพบว่าบุคคลอื่นแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและทานยา ($OR = .056, B = -2.883, p < .01$) แสดงไว้ดังตารางที่ 4.11

ตาราง 4.11 ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 148)

ตัวแปร	B	Wald	Exp(B)	95%C.I.for EXP(B)		
				Lower	Upper	p
ส่วนบุคคล						
-เพศ	.296	.283	1.345	.358	4.267	.595
-อายุ	.007	.040	1.007	.947	1.080	.841
บริบททางสังคม						
-คนเดียว	-1.894	2.076	.150	.012	2.236	.150
-ครอบครัว	-3.191	6.114	.041	.003	.659	.013
-ที่บ้าน	2.168	4.356	8.738	.037	1.141	66.917
-ที่ทำงาน	.650	.266	1.916	.905	55.489	.606
การตอบสนองด้านการรับรู้						
-คิดว่าเป็นโรคหัวใจ	-1.102	.409	.332	.011	9.721	.522
-คิดว่าเป็นโรค	-1.307	.611	.271	.010	7.163	.434
กระเพาะอาหาร						
-คิดว่าเป็นโรคปวด	.555	.086	1.741	.043	70.352	.769
เมื่อยกล้ามเนื้อ						
-คิดว่าเป็นจากการ	-.950	.317	.387	.014	10.573	.574
หายใจ						
- การรับรู้ความรุนแรง	-.060	.042	.941	.530	1.673	.837

ตาราง 4.11 ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 148) (ต่อ)

ตัวแปร	B	Wald	Exp(B)	95%C.I.for EXP(B)		p
				Lower	Upper	
การตอบสนองด้านการรับรู้						
-ชะลอเพราะรออาการหายไป	1.019	9.009	2.772	1.424	5.393	.003
-ชะลอเพราะเป็นๆหายๆ	-.578	3.057	.561	.294	1.072	.080
-ชะลอเพราะไม่ทราบว่า เป็นหัวใจ	.281	2.141	1.324	.909	1.929	.143
-ชะลอเพราะไม่อยากจะ รบกวนใคร	.435	2.939	1.545	.940	2.541	.086
-ชะลอเพราะไม่ตระหนัก	.029	.230	1.029	.656	1.615	.901
-รู้จักยาละลายลิ่มเลือด	-.590	.623	.554	.164	1.878	.343
การตอบสนองทางอารมณ์						
-ความกังวลกังวล	.287	1.684	1.332	.864	2.055	.194
-ความสามารถควบคุม อาการ	.155	.500	1.167	.760	1.792	.480
-ชะลอเพราะกลัว	.177	.575	1.193	.755	1.885	.448
-ความเจ็บปวด	-.050	.100	.952	.700	1.294	.752
การตอบสนองทางพฤติกรรม						
-พยายามผ่อนคลาย	3.571	4.789	35.566	1.452	871.197	.029
-บอกบุคคลอื่น	2.238	1.948	9.372	.405	216.962	.163
-รับประทานยา	2.856	2.877	17.390	.641	471.467	.090

ตาราง 4.11 ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 148) (ต่อ)

ตัวแปร	B	Wald	Exp(B)	95%C.I.for EXP(B)		
				Lower	Upper	p
การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น						
-บอกไม่ต้องห่วง	-1.679	.984	.187	.007	5.146	.321
-แนะนำพักผ่อนและทานยา	-2.883	3.980	.056	.003	.951	.046
-แนะนำไปพบแพทย์	-1.003	.418	.367	.018	7.665	.518
-พาไปโรงพยาบาล	-.696	.100	.499	.007	37.448	.752
-เรียกรถฉุกเฉิน	-2.102	2.190	.122	.008	1.978	.139
-ผู้ป่วยไม่เคยบอกใคร	-.279	.016	.757	.010	54.999	.899
Constant	-2.181	.336	.113			.562

Chi-square (Omnibus Tests of Model Coefficients) Model 70.470, df = 30, Sig = .000

-2 Log likelihood = 121.421, Cox & Snell R Square = .379, Nagelkerke R Square = .521

Constant = -2.181, Percentage Correct (Overall Percentage) = 83.1

จากการทดสอบค่าความเหมาะสมของสัมประสิทธิ์ของ model พบว่าสมการถดถอยโลจิสติกขั้นตอนสุดท้าย (full model) กับสมการถดถอยโลจิสติกในขั้นตอนแรก (initial model) ที่มีแต่ค่าคงที่ มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า model มีความเหมาะสมดี

การทดสอบ Goodness of fit ด้วย model chi-square (model likelihood ratio) คือ $(-2LL \text{ null model}) - (-2LL \text{ model ที่ 1}) = 191.891 - 121.421 = 70.470$, df 31 ค่า p-value = .000 แสดงว่าการเพิ่มตัวแปรอิสระเข้าไปใน model ที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากค่า Pseudo R^2 (Nagelkerke R^2) = .521 หมายความว่า ตัวแปรอิสระที่อยู่ในขั้นตอนสุดท้ายสามารถร่วมกันทำนายผลการมารับบริการล่าช้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ 52.1%

นอกจากนี้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกโดยพิจารณาจากค่า Classification แสดงการคำนวณค่าความน่าจะเป็นของการพยากรณ์ของโมเดล (predictive efficiency) พบว่าผู้ป่วยที่

ตัดสินใจมารับบริการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที (n=52 คน) จะมารับบริการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที จำนวน 37 คน และมารับบริการมากกว่า 30 นาที จำนวน 15 คน สมการทำนายได้ถูกต้อง 71.2% และผู้ป่วยที่ตัดสินใจมารับบริการมากกว่า 30 นาที (n=96 คน) มารับบริการน้อยกว่า 30 นาที จำนวน 10 คน และมารับบริการมากกว่า 30 นาที จำนวน 86 คน สมการทำนายได้ถูกต้อง 89.6% โดยภาพรวม สมการสามารถทำนายได้ถูกต้อง 83.1% แสดงไว้ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ตาราง Classification

Observed	Predicted		
	Delay		Percentage Correct
	No	Yes	
Step 1 Delay No	37	15	71.2
Yes	10	86	89.6
Overall Percentage			83.1

จากตารางที่ 4.12 ทำการทดสอบค่านัยสำคัญทางสถิติ ค่าสัมประสิทธิ์ (B) ของตัวแปรต้นทั้งหมด สรุปได้ว่ามีตัวแปรทั้งหมด 5 ตัวแปรได้แก่ บริบททางสังคมด้านขณะสังเกตพบอาการครั้งแรกอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/แฟน) และอยู่ที่บ้าน ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ชะลอรับการรักษาเพราะรอดูอาการเหล่านั้นหายไป การตอบสนองทางพฤติกรรมในด้านพยายามผ่อนคลาย และปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นในด้านบุคคลอื่นแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถสร้างสมการได้ดังนี้

$$\text{Log (odds ratio)} = B_0 + B_1X_1 + \dots + B_pX_p$$

โดยที่ Prob (ความล่าช้า) = $-2.181 - 3.191 (\text{ครอบครัว}) + 2.168 (\text{บ้าน}) + 1.019 (\text{อาการหายไป}) + 3.571 (\text{พยายามผ่อนคลาย}) - 2.883 (\text{พักผ่อนและทานยา})$

บริบททางสังคมแสดงให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยขณะมีอาการครั้งแรกอยู่กับครอบครัวโอกาสที่ผู้ป่วยจะมารับบริการล่าช้าก็จะลดลง ถ้าตัวแปรอื่นคงที่

บริบททางสังคมแสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ป่วยขณะมีอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้านโอกาสผู้ป่วยจะมารับบริการล่าช้าก็เพิ่มขึ้น ถ้าตัวแปรอื่นคงที่

ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ ถ้าผู้ป่วยรอดูอาการเหล่านั้นให้หายไปโอกาสที่ผู้ป่วยจะมารับบริการล่าช้าเพิ่มขึ้น ถ้าตัวแปรอื่นคงที่

การตอบสนองทางพฤติกรรม แสดงให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นโดยการพยายามผ่อนคลายโอกาสที่ผู้ป่วยจะมารับบริการล่าช้ามากขึ้นถ้าตัวแปรอื่นคงที่

การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น แสดงให้เห็นว่าถ้าบุคคลอื่นมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นโดยแนะนำให้พักผ่อนและทานยาโอกาสที่ผู้ป่วยจะมารับบริการล่าช้าลดลงถ้าตัวแปรอื่นคงที่

เมื่อได้สมการพยากรณ์สามารถคำนวณหาค่าความน่าจะเป็นโอกาสของการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจได้ดังนี้

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อเกิดอาการครั้งแรกอยู่กับ ครอบครัว (สามี/ภรรยา/สมาชิกครอบครัวคนอื่น) มีโอกาสเกิดความล่าช้าในการมารับบริการน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่กับบุคคลอื่น .041 เท่า หรือน้อยกว่า 95.9% [คำนวณจาก $(.041-1)*100$]

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้านมีโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่อื่น 8.73 เท่า

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีการรับรู้ชะลอรอคู่ว่าอาการเหล่านั้นหายไปแล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการ 2.77 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ชะลอรอคู่ออาการ

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยใช้วิธีการตอบสนองโดยการพยายามผ่อนคลายมีโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการ 35.57 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไปโรงพยาบาลทันทีเมื่อเกิดอาการ

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อเกิดอาการครั้งแรกบุคคลอื่นมีการตอบสนองโดยแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและรับประทานยา มีโอกาสป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการน้อยกว่าเมื่อบุคคลอื่นไม่แนะนำอะไร .056 เท่าหรือน้อยกว่า 94.4% [คำนวณจาก $(.056-1)*100$]

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) ความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่นับเป็นปัญหาสำคัญ การมารับบริการที่โรงพยาบาลทันทีหลังจากเกิดอาการภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะเป็นประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการรักษาทั้งการให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือการขยายหลอดเลือดแดงด้วยบอลลูน ความล่าช้าในการมารับบริการขึ้นอยู่กับปัจจัยการตอบสนองต่ออาการต่างๆ ทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและบุคคลรอบข้าง (Bystander) ซึ่งจะมีผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมารับบริการล่าช้า โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ) บริบททางสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหลอดเลือดและหัวใจ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 148 ราย ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษาตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 ราย ในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (64.2%) สอดคล้องกับข้อมูลเชิงระบาดวิทยาที่พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 53.59 ปี (อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 73 ปี) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป (สุวีณา เบาะเปลี่ยน, 2554; Wu, et al. 2011; Park, et al. 2012; Mussi, et al. 2014)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป โดยพบว่าผู้ป่วยเกือบครึ่ง (45.3%) มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม อาจเนื่องมาจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆมาก่อน เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุให้

หลอดเลือดมีการแข็งตัวหรือตีบส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ลดลงผู้ป่วยจึงมีอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (60.1%) เกือบ 1 ใน 3 (31.1%) มีรายได้เฉลี่ย 5,000 – 10,000 บาท เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในชนบท โอกาสทางการศึกษาน้อย อีกทั้งประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีประกอบอาชีพเกษตรกรรม สวนยางพารา มีรายได้น้อยและไม่แน่นอน สำหรับในด้านของยานพาหนะในการเดินทาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (90.5%) เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัว และมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียง 7.4% และมีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-10 กม. (51.4%) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เป็น รักเกิด (2550) ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-10 กม. (60%) ทั้งนี้เนื่องมาจากด้วยบริบทของสภาพภูมิประเทศเป็นลักษณะพื้นที่ราบสูง อีกทั้งระยะทางที่ค่อนข้างไกลจากโรงพยาบาลทำให้การคมนาคมไม่สะดวก รวมถึงรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีน้อย และในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดใกล้เคียงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังบางส่วนไม่ทราบวิธีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงอาจจะคิดว่าการใช้รถยนต์ส่วนตัวมีความสะดวกและรวดเร็วกว่ารถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะคิดว่าระยะเวลาในการรอคอยรถฉุกเฉินนานกว่าการใช้รถยนต์ส่วนตัว

ความล่าช้าในการมารับบริการ

การศึกษารั้งนี้พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลช้ากว่าเวลามาตรฐานตามแนวปฏิบัติของสถาบันโรคทรวงอก (2555) โดยกำหนดไว้ว่าระยะเวลาที่เหมาะสมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องเดินทางมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 30 นาที เพื่อให้การได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดหรือการรักษาด้วยการขยายบอลลูนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเริ่มตั้งแต่มีอาการแสดงและตัดสินใจจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล พบว่าประมาณ 2 ใน 3 (64.9%) ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระยะเวลาในการมารับบริการล่าช้า (>30 นาที) มีเพียง 1 ใน 3 (35.1%) ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระยะเวลาในการมารับบริการไม่ล่าช้าโดยมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 120 นาที ค่ามัธยฐานเท่ากับ 60 นาที เวลาต่ำสุด 5 นาที เวลาสูงสุด 1,480 นาที เช่นเดียวกับการศึกษาของ เป็น รักเกิด (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้ตอนล่างพบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (66.7%) มีระยะเวลาในการมารับบริการ > 1 ชม. เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 225 นาที เวลาต่ำสุด 5 นาที เวลาสูงสุด 2,160 นาที เช่นเดียวกับการศึกษาของ Al-Hassan (2012) พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 154 นาที ค่ามัธยฐานเท่ากับ 65 นาที นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวนผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (59.5%) ที่ได้รับการส่งต่อจาก

โรงพยาบาลแรกไปยังโรงพยาบาลที่สองเนื่องจาก โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิมิข้อจำกัดในการให้การรักษาไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือขยายหลอดเลือดแดงด้วยบอลลูนได้ จึงมีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ข้อมูลการตอบสนองด้านอาการต่างๆ

ความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีสาเหตุทั้งจากผู้ป่วยเอง ครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินบุคคลมีการตอบสนองต่ออาการต่างๆซึ่งมีหลายองค์ประกอบด้วยกัน อาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ บริบททางสังคม การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น รายละเอียดดังนี้

บริบททางสังคม บริบทรอบข้าง สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการครั้งแรกซึ่งอาจจะมีผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในจังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดพื้นที่ใกล้เคียงเป็นส่วนใหญ่ (60.1%) ลักษณะสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยเป็นแบบชนบท โดยอยู่กับครอบครัวซึ่งเป็นครอบครัวขยาย ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เมื่อเกิดอาการส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน (79.1%) และอยู่กับสามี/ภรรยา/แฟน (43.9%) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Banks et al., (2006) พบว่าโดยส่วนใหญ่ (69%) ขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการจะอยู่ที่บ้านจะมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) โดยใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 4.54 ชม.

การตอบสนองด้านการรับรู้ กระบวนการคิด ความรู้สึกเมื่อมีสิ่งคุกคามเกิดขึ้น มีการแปลความหมายโดยใช้ความรู้และความเข้าใจแบ่งออกเป็น 10 ด้าน ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ด้านสาเหตุของอาการผู้ป่วยคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาการหายใจ (37.8%) รองลงมาคือ ปัญหาอาหารไม่ย่อย (31.1%) และคิดว่าอาการนั้นเกิดจากปัญหาจากหัวใจ (20.3%) ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าอาการเหล่านี้มีความใกล้เคียงกันทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแยกอาการออกจากกันได้อย่างชัดเจน หรืออาจเป็นเพราะผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจ ผู้ป่วยบางรายเข้าใจว่าลักษณะอาการคล้ายจะเป็นลม หายใจไม่สะดวกเป็นปัญหาจากการหายใจ ไม่น่าจะเป็นปัญหาจากหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2008) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศเลบานอน พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่อาการที่เกิดขึ้นเกิดจากระบบทางเดินอาหาร อ่อนเพลีย อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน โดยไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุมาจากหัวใจ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนการตอบสนองด้านการรับรู้ความรุนแรงของอาการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับมากอาจส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับบริการที่

โรงพยาบาลทันที แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงผู้ป่วยจะตอบสนองต่อลักษณะอาการที่เกิดขึ้น เช่น พยายามผ่อนคลาย หรือรับประทานยาส่งผลให้มารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khraim, et al. (2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Moser, et al. (2005) ศึกษาความล่าช้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรงจะใช้เวลาในการมารับบริการน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .004$)

ด้านเหตุผลการชะลอรับการรักษาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากถึงมากที่สุดมี 3 เหตุผล ได้แก่ การรอว่าอาการเหล่านั้นหายไป อาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆ และไม่ทราบเป็นอาการของโรคหัวใจ อาจเป็นไปได้ว่าลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจน เช่นอาการปวดแน่นๆเหมือนปวดท้องมากกว่าจะเป็นอาการของโรคหัวใจ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจที่ถูกต้อง จึงทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Henriksson, et al. (2011) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหัวใจผู้ป่วยจะมารับบริการที่โรงพยาบาลทันที

สำหรับเหตุผลในการชะลอรับการรักษา ได้แก่ อายุที่จะรับการช่วยเหลือ ไม่อยากรบกวนหรือทำให้ใครเดือดร้อน และการไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น เป็นเหตุผลที่ไม่มีความสำคัญเลยต่อผู้ป่วย หมายความว่าความอายุที่จะขอความช่วยเหลือและการไม่อยากรบกวนหรือทำให้ใครเดือดร้อนไม่ใช่เหตุผลสำคัญในการชะลอขอความช่วยเหลือกับผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการครั้งแรกเพราะเมื่อเกิดอาการอาจจะเป็นสาเหตุของโรคหัวใจหรือสาเหตุมาจากโรคอื่นๆผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามเกิดขึ้นจะมีการแสวงหาการรักษาทันที กลัวจะเป็นอันตรายต่อชีวิตและไม่รอให้อาการเหล่านั้นหายไปหรือทุเลาลงจะรีบมารับบริการที่โรงพยาบาลทันที และด้วยลักษณะของคนไทยไม่อายุที่จะรับการช่วยเหลือแต่อาจมีลักษณะความเกรงใจที่ต้องรบกวนผู้อื่น อย่างไรก็ตามถ้าสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยก็รีบแสวงหาการรักษาโดยไม่ต้องรู้สึกเกรงใจเพราะรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัวในการพาผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล (Fukuoka, et al. 2005; Momeni, et al. 2012; Khraim, et al. 2008; Banks & Dracup, 2006) สำหรับการตอบสนองการรับรู้เกี่ยวกับรายละเอียดการศึกษานี้ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (60.1%) ที่ไม่รู้จักรหัสหรือเคยได้ยินรายละเอียดลึ้มเลือดมาก่อน ในกรณีผู้ป่วยที่เคยได้ยินรายละเอียดลึ้มเลือดมาก่อนเนื่องจากมีบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลรอบข้างมีประวัติเป็นโรคหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2008) ศึกษาการตอบสนองเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าเพศหญิง

แพทย์จะไม่รู้จักหรือเคยได้ยินยาละลายลิ่มเลือดมาก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของประโยชน์ในการรักษา การให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อเปิดหลอดเลือด (reperfusion) จะมีประสิทธิภาพมากที่สุดถ้าได้รับยาภายใน 1 ชม. (Perkins-Porras, Whitehead, Strike, & Steptoe, 2009) จะเห็นได้ว่าถ้าได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลาที่เหมาะสม ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถลดอัตราการเสียชีวิต

การตอบสนองทางอารมณ์ เมื่อมีสิ่งคุกคามเกิดขึ้นบุคคลจะมีการแสดงออกที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับวิธีการจัดการของแต่ละบุคคลซึ่งสามารถอธิบายด้วยความรู้สึกล้วน วิตกกังวลความสามารถในการควบคุมอาการ รวมถึงระดับความเจ็บปวด จากการศึกษาด้านความกังวลกับอาการที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ป่วยไม่มีความกังวลเลยเมื่อพบอาการครั้งแรก สำหรับเหตุผลชะลอเพราะกลัวกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นไม่มีความสำคัญ หมาความว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (66.2%) ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ความกังวลและความกลัวจึงไม่ใช่เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยชะลอการมารับบริการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์ (2553) พบว่าการตอบสนองทางอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา อาจจะเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน จึงทำให้วิตกกังวลลดลง นอกจากนี้พบว่าการตอบสนองทางอารมณ์ด้านความสามารถควบคุมอาการ ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง จะพยายามแสวงหาวิธีการรักษาหรือฟักรอดูอาการซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า เช่นเดียวกับจากการศึกษาของ Lesneski (2010) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความล่าช้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยคิดว่าลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ เป้น รักเกิด (2550) พบว่าผู้ป่วยคิดว่าลักษณะอาการของโรคที่เกิดขึ้นจะดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมอาการและทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การพยายามผ่อนคลาย ทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล สำหรับการตอบสนองทางอารมณ์ในด้านความเจ็บปวด ผู้ป่วยมีระดับคะแนนความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องตัดสินใจมาโรงพยาบาลทันที แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า 81.8% มีระดับความเจ็บปวดที่มากแต่ก็มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล อาจเนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาจากการหายใจ (37.8%) มากกว่าสาเหตุจากหัวใจ (20.3%) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Taghaddosi, et al. (2010) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการค้นหารักษา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรับรู้ว่าลักษณะอาการปวดที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงระดับมากแต่ผู้ป่วยก็ยังมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า เพราะลักษณะอาการแสดงที่บ่งบอกไม่ชัดเจนว่าเป็นภาวะหัวใจขาด

เลือดเฉียบพลัน เป็นอาการที่ฉุกเฉิน มีกลิ่นในส้วมเจียนร่วมด้วย จึงทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

การตอบสนองทางพฤติกรรมเกิดจากกระบวนการรับรู้ ประมวลผลและแสดงออกทางพฤติกรรมของแต่ละบุคคลซึ่งมีวิธีการที่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะใช้วิธีการตอบสนองโดยบอกใครบางคนที่อยู่ใกล้ (48%) รองลงมาพยายามผ่อนคลาย (20.3%) เนื่องจากขณะเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน และอยู่กับสมาชิกในครอบครัว จึงสามารถบอกบุคคลที่อยู่ใกล้ได้ แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนไม่บอกใครเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น พยายามผ่อนคลายหรือรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด และรอจนกว่าอาการแย่ลงจึงจะขอความช่วยเหลือ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลใช้เวลามากกว่า 30 นาที หลังจากมีอาการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Noureddine, et al. (2008) ศึกษาการตอบสนองเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าเมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยจะมีการตอบสนองทางพฤติกรรมโดยบอกบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้เพื่อขอความช่วยเหลือ (32%) และพักผ่อนรอให้อาการทุเลา (18%) แต่สำหรับการศึกษาของ Lesneski (2010) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความล่าช้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าเมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยจะตอบสนองทางพฤติกรรมโดยภาวนาสวดมนต์ให้อาการปวดหายไป (34.3%) รับประทานยา (21%) และพยายามพักผ่อนให้อาการทุเลา (18%) ซึ่งทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น เป็นกระบวนการรับรู้และแปลความหมายของบุคคลอื่นและมีการตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับลักษณะอาการที่เกิดขึ้นให้ทราบ จากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยบอกบุคคลอื่นเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น บุคคลอื่นจะตอบสนองโดยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลคิดเป็น (49.3%) รองลงมาคือ แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและรับประทานยา (16.9%) มีเพียง 3.4% โทรหาศูนย์รับแจ้งเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thuresson, et al. (2007) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าเมื่อบอกอาการกับบุคคลอื่นจะตอบสนองโดยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล (45%) และมากกว่า 1 ใน 3 (37%) โทรหาศูนย์แจ้งเหตุฉุกเฉิน และมีเพียง 5% ที่แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อน แตกต่างกับการศึกษาของ Banks & Dracup, (2006) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้า พบว่าเมื่อบอกบุคคลอื่นเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น 1 ใน 4 (20%) แนะนำให้ผู้ป่วยโทรหาศูนย์แจ้งเหตุฉุกเฉินเพื่อขอความช่วยเหลือส่งผลให้ไม่ล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินยังน้อยอยู่ การบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งเป็นระบบการให้บริการในภาวะฉุกเฉินที่สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรับบริการได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าประชาชนยังขาด

ความรู้ ความเข้าใจและไม่สามารถเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวมถึงขาดการประชาสัมพันธ์ เพราะระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะเป็นระบบบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ดีที่สุดไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาแบบทางด่วน หรือ fast track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยเร็วเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ, 2554)

ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ) ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ ปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรม และปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น ต่อความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมี 3 ปัจจัยคือ การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์และการตอบสนองทางพฤติกรรม โดยการตอบสนองด้านการรับรู้มี 5 ด้าน ได้แก่ เหตุผลการชะลอรับการรักษาเพราะรอดูอาการเหล่านั้นหายไป เหตุผลการชะลอรับการรักษาเพราะอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆ เหตุผลการชะลอรับการรักษาเพราะไม่ทราบว่าอาการเหล่านั้นเป็นอาการของโรคหัวใจ เหตุผลการชะลอรับการรักษาเพราะไม่ยอมรับกวนหรือทำให้ใครเดือดร้อน และเหตุการณ์ชะลอรับการรักษาเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น การตอบสนองทางอารมณ์ในด้านเหตุการณ์ชะลอรับการรักษาเพราะกลัวสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น และการตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยตอบสนองโดยพยายามผ่อนคลาย สำหรับปัจจัยบริบททางสังคม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมต่อบุคคลอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้า

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลชะลอมารับบริการเพราะรอดูว่าอาการเหล่านั้นหายไปมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .376, p < .01$) นอกจากนี้ชะลอเพราะรอดูอาการหายไปมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับเหตุผลชะลอมารับบริการเพราะอาการเป็นๆหายๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .847, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับเหตุผลชะลอมารับบริการเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .508, p < .01$) รวมทั้งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับเหตุผลชะลอมารับบริการเพราะไม่ทราบว่าอาการเหล่านั้นเป็นอาการของโรคหัวใจ และเหตุผลชะลอมารับบริการเพราะไม่ยอมรับกวนหรือทำให้

ใคร่ครวญ (r = .388, p < .01, r = .213, p < .01) ตามลำดับ หมายความว่า เมื่อเกิดอาการถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงลักษณะอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งบางครั้งลักษณะอาการเป็นๆหายๆ มีความรุนแรงระดับปานกลาง ผู้ป่วยก็จะเพิกเฉยกับอาการที่เกิดขึ้นทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bank & Dracup, (2006) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าเหตุผลในการมาโรงพยาบาลล่าช้าคือชะลอเพราะรอดูให้อาการและอาการแสดงเหล่านั้นหายไป จึงตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2008) ศึกษาการตอบสนองเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าการชะลอรอดูอาการเหล่านั้นหายไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความล่าช้ากับการมารับบริการที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .23, p < .005)

การตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านชะลอรับการรักษาเพราะอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .321, p < .01) นอกจากนี้ชะลอเพราะอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับชะลอรับการรักษาเพราะไม่ทราบว่าอาการเหล่านั้นเป็นอาการของโรคหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .521, p < .01) รวมทั้งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับเหตุผลชะลอมารับบริการเพราะไม่ยอมรับจนหรือทำให้ใคร่ครวญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .213, p < .01) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับเหตุผลชะลอมารับบริการเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .513, p < .01) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมารับบริการล่าช้าเนื่องจากลักษณะอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆ ประกอบกับลักษณะอาการที่ไม่ชัดเจนไม่เฉพาะเจาะจงกับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงเพิกเฉยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของลักษณะอาการที่เกิด เช่นเหงื่อออก หายใจไม่สะดวก เป็นต้น และที่สำคัญผู้ป่วยไม่ทราบเกี่ยวกับลักษณะอาการสำคัญที่ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Saber, et al. 2014; Hwang, et al., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2008) ศึกษาการตอบสนองเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นๆหายๆ คิดว่าเป็นลักษณะอาการที่เกิดขึ้นสาเหตุมาจากระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .350, p < .001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Eshah (2013) ศึกษาเกี่ยวกับการค้นหาการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของประเทศจอร์แดน พบว่าอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .02$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Moser et al., (2005) ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศในการแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยมักจะรอดูว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นๆหายๆ ถ้าอาการดีขึ้นก็จะไม่ไปโรงพยาบาลแต่ถ้ามีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจึงจะไปโรงพยาบาลจึงมีผลให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลใช้เวลานานกว่า 1 ชม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) รวมทั้งการศึกษา ของ Nouredine, et al. (2008) ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่อภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยคิดว่าลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่สาเหตุจากหัวใจ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่เข้าใจลักษณะอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น โดยเฉพาะในเพศหญิงจะไม่เข้าใจในลักษณะอาการของโรคหัวใจ จะรอดูให้อาการเหล่านั้นหายไป รวมทั้งลักษณะอาการเป็นๆหายๆจึงคิดว่าไม่ใช่อาการสำคัญ และรู้สึกไม่สบายใจหากจะต้องรบกวนบุคคลอื่น จึงทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

การตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านชะลอดูเพราะไม่ทราบเป็นอาการของโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .330, p < .01$) นอกจากนี้ชะลอดูเพราะไม่ทราบเป็นอาการของโรคหัวใจ ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับชะลอมารับบริการเพราะไม่ยอมรับจนหรือทำให้ใครเดือดร้อน และชะลอมารับบริการเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .185, p < .05, r = .422, p < .01$) แต่ชะลอดูเพราะไม่ทราบเป็นอาการของโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับยาละลายลิ้มเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.372, p < .01$) แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้และจดจำลักษณะอาการสำคัญ รับรู้ถึงประโยชน์และประสิทธิภาพของยาละลายลิ้มเลือด ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลเร็วขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Banks & Dracup, (2006) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าหมายความว่า ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่าอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นเป็นอาการของหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมทำให้มีความล่าช้าในการมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2008) ศึกษาการตอบสนองเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ทราบว่าเป็นอาการของโรคหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .03$) จะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าถ้าผู้ป่วยรับรู้หรือทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงของโรคหัวใจเมื่อเกิดอาการผู้ป่วยจะมีการรับรู้และสามารถตอบสนองต่อ

การที่เกิดขึ้นได้ เช่น พวกเขาจะรับประทานยาไม่ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคหัวใจ และโทรหากรบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทันที ฉะนั้นการให้ความรู้ทางสื่อโฆษณาเกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจเป็นสิ่งสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยจดจำลักษณะอาการของโรคได้แม่นยำมากขึ้น (Noureddine, et al. 2008)

การตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านชะลอมารับการรักษาเพราะไม่ยอมรับจนหรือทำให้ใครเดือครอื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .337, p < .01$) นอกจากนี้ชะลอมารับการรักษาเพราะไม่ยอมรับจนหรือทำให้ใครเดือครอื่นยังมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ นอกจากที่ได้อธิบายมาแล้วข้างต้น ยังพบว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับจนใครเหตุผลเพราะลักษณะอาการเป็นๆ หายๆ คิดว่าไม่น่าจะเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ รวมทั้งลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงจึงพยายามพักผ่อน หรือทานยาเพื่อให้อาการทุเลา ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Eshah (2013) ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของประเทศจอร์แดน พบว่าขณะเกิดอาการถ้าผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอก หรือรู้สึกไม่สบายพวกเขาจะพยายามรักษาตนเอง รับประทานยา พวกเขาจะพยายามควบคุมอาการก่อนที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jasser (2011) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้าเพราะไม่ยอมรับจนใคร จะรอให้จนกระทั่งเวลาเช้าและจึงแสวงหาการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในช่วงตั้งแต่เที่ยงคืนจนกระทั่งตอนเช้าจึงทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

การตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านชะลอมารับการรักษาเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .337, p < .01$) นอกจากนี้ชะลอมารับการรักษาเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนองทางอารมณ์ด้านชะลอมารับบริการเพราะกลัว แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนองทางพฤติกรรมด้านรับประทานยา และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นด้านไปโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .252, p < .05$; $r = -.163, p < .05$; $r = -.183, p < .05$) แสดงว่าผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้นและอาจจะมีความรู้สึกกลัวร่วมด้วยส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า แต่ถ้าผู้ป่วยตอบสนองทางพฤติกรรมโดยการรับประทานยา และเมื่ออาการไม่ทุเลาจึงขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นสามารถป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Banks & Dracup,

(2006) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ถ้าผู้ป่วยขาดความตระหนักหรือไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2008) ศึกษาการตอบสนองเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างเพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .001$)

การตอบสนองทางอารมณ์ด้านชะลอมารับบริการเพราะกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .190, p < .05$) นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการตอบสนองทางพฤติกรรมด้านบอกใครบางคน และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นด้านแนะนำพักผ่อนและทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.210, p < .05$; $r = -.186, p < .05$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความกลัวเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจะมารับบริการล่าช้าเนื่องจากกลัวเกี่ยวกับผลการรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยขอความช่วยเหลือใครบางคนที่อยู่ใกล้สามารถป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Hassan (2012) เกี่ยวกับการตอบสนองด้านการรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่าเมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาและกลัวจะเป็นโรคที่ร้ายแรง และกลัวว่าเมื่อไปโรงพยาบาลต้องแยกจากครอบครัวจึงทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ McGinn, et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในการใช้บริการรถฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยที่มีความกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจะมีความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลซึ่งส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพลดลง แตกต่างจากการศึกษาของ Walsh, et al. (2004) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษา พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการแสดงออกทางอารมณ์จะรู้สึกกลัวเกี่ยวกับอาการของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.50, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Moser et al., (2005) ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศกับการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ และมีการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความสำคัญจะทำให้รู้สึกกลัวหรือไม่สบายใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาการรักษาและรีบมาโรงพยาบาล

การตอบสนองทางพฤติกรรมด้านเมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยมีการตอบสนองด้วยการพยายามผ่อนคลายมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัจจัยการ

ตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นด้านบุคคลอื่นพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .219, p < .01, r = -.244, p < .01$) หมายความว่า เมื่อเกิดอาการครั้งแรกถ้าผู้ป่วยตอบสนองกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยการพยายามผ่อนคลายส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการ แต่ถ้าผู้ป่วยพยายามบอกบุคคลอื่นก็จะพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2008) เมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การตอบสนองทางพฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และบางครั้งลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจน เป็นๆหายๆ ผู้ป่วยคิดว่ามีอาการไม่รุนแรงหลังจากนอนพักอาการก็จะทุเลาลง ทำให้มารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Al-Hassan (2012) พบว่าถ้าผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นให้บุคคลรอบข้างรับทราบส่วนใหญ่ (89.3%) พวกเขาจะพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันทีหลังมีอาการ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Eshah (2013) ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของประเทศจอร์แดน พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยจะมีการตอบสนองทางพฤติกรรมโดยพยายามบอกบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความล่าช้าในการมารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p < .004$)

สรุปโดยรวมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้า คือ ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์และปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจ ขาดการประชาสัมพันธ์ที่ทั่วถึง ไม่สามารถตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ไม่เข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง เมื่อเกิดอาการเหล่านี้เกิดขึ้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ร่วมด้วย ผู้ป่วยจะเกิดอารมณ์กลัว อารมณ์วิตกกังวล กลัวจะเป็นการรบกวนผู้อื่นส่งผลให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลนานมากกว่า 30 นาที ก่อให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา (Thuresson, et al., 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการล่าช้าและไม่ล่าช้าจะอยู่บนพื้นฐานของการตอบสนองทางพฤติกรรม ผู้ที่มารับบริการล่าช้าเมื่อเกิดอาการจะพยายามรักษาตนเองเบื้องต้น หรือรับประทานยา และผู้ป่วยจะพยายามจัดการตนเองก่อนที่จะแสวงหาการรักษาจากนั้นจึงขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นพาไปโรงพยาบาล (Eshah, 2013)

สำหรับปัจจัยด้านอื่นๆ คือ ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในด้านข้อมูลส่วนบุคคลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้านบุคคลมีทั้งมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มใดมากกว่ากัน และเพศชายเพศหญิงจะมีการรับรู้และการตอบสนองที่แตกต่างกันรวมถึงความอดทนต่อความเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคได้ต่างกัน (Moser, et al., 2005 & Dracup, et al., 2006) และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นพบว่าผู้ป่วยขณะเกิดอาการจะมีบุคคลอื่นร่วมด้วยซึ่งเมื่อเกิดอาการผู้ป่วยจะมีการแจ้งหรือบอกกล่าวบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็นสามี ภรรยา หรือเพื่อน ซึ่งพวกเขาเหล่านั้นจะมีการตอบสนองโดยการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทันที เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lesneski (2010) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความล่าช้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เนื่องจากเมื่อมีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันบุคคลอื่นจะมีการตอบสนองโดยการโทรขอความช่วยเหลือจาก 911 โดยทันที

ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความล่าช้าในการแสวงหาวิธีการรักษาของผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินของชีวิต กระบวนการตัดสินใจก่อนการแสวงหาการรักษาเป็นสิ่งสำคัญและมีผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษาที่ตามมาได้ และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า บริบททางสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมต่อบุคคลอื่นเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความล่าช้าได้

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่าโดยภาพรวมตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 52.1 ($Pseudo R^2 = .521, p < .05$) มี 5 ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้า คือ ขณะสังเกตพบอาการครั้งแรกผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว) ($OR = .041, B = -3.191, p < .05$) และอยู่ที่บ้าน ($OR = 8.738, B = 2.168, p < .001$) เหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะรอดูว่าอาการเหล่านั้นหายไป ($OR = 2.722, B = 1.019, p < .01$) ปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการพยายามผ่อนคลาย ($OR = 35.566, B = 3.571, p < .05$) และปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นเมื่อเกิดอาการพบว่าบุคคลอื่นแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและทานยา ($OR = .056, B = -2.883, p < .01$)

การศึกษานี้พบว่าด้านบริบททางสังคมสามารถทำนายลดโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้แก่ ขณะเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่กับ

ครอบครัว (สามี/ภรรยา/สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว) สามารถป้องกัน/ลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ 95.9% ($B = -3.191, p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดอาการครั้งแรกถ้าผู้ป่วยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวไม่มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Eshah (2013) พบว่าขณะเกิดอาการครั้งแรกถ้าผู้ป่วยอยู่กับสามี/ภรรยาสามารถป้องกันความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลได้เนื่องจากพวกเขารู้สึกเครียดและมีความวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dracup, et al. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลเพื่อลดความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าเมื่อผู้ป่วยบอกกล่าวเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นให้สามี/ภรรยาทราบ พวกเขาเหล่านั้นจะมีการปรึกษาและขอความช่วยเหลือไปยังบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยเร็ว

นอกจากนี้บริบททางสังคมเมื่อเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้านสามารถทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ 8.73 เท่า ($B = 2.168, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับขณะเกิดอาการผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่อื่น หมายความว่าเมื่อเกิดอาการครั้งแรกถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้านจะมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล อาจเป็นไปได้ว่าขณะเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยอาจจะอยู่ที่บ้านคนเดียวไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Banks & Dracup, (2006) พบว่าประมาณ เกือบ 1 ใน 3 (30%) เมื่อเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้านคนเดียวจะใช้เวลาในการมารับบริการประมาณ 3.50 ชม ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mussi, et al. (2014) ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในการมารับบริการในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (72.2%) ขณะเกิดอาการอยู่ที่บ้านมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยต้องรอปรึกษา สามี/ภรรยา เกี่ยวกับลักษณะอาการที่เกิดขึ้นและจะจัดการกับตนเองก่อน เช่น พยายามผ่อนคลายหรือทานยา ถ้าอาการไม่ทุเลาจึงมาโรงพยาบาล

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุการณ์การชะลอการมารับบริการเพราะรอคู่ว่าอาการเหล่านั้นหายไปสามารถทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ 2.77 เท่า ($B = 1.019, p < .01$) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ชะลอ ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ลักษณะอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถจดจำอาการที่สำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างทันท่วงที (Lesneski, 2010) แต่เนื่องจากลักษณะอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆไม่ชัดเจน ลักษณะอาการคล้ายจะเป็นลม หายใจไม่สะดวกทำให้ไม่สามารถแยกอาการเหล่านั้นออกจากกันได้อย่างชัดเจน จึงมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2008) พบว่าลักษณะอาการแสดงจะเป็นลักษณะคล้ายอาการหายใจไม่สะดวก อีกทั้งลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเป็นๆหายๆจึงรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงจึงไม่

เห็นความสำคัญส่งผลให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .350, p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ AI-Hassan (2012) พบว่าการตอบสนองด้านการรับรู้สามารถทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.1, p = .01$) ถ้าผู้ป่วยมีการตอบสนองด้านการรับรู้ที่ดีสามารถจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น เช่น รับผิดชอบต่อความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นสามารถลดระยะเวลาในการไปโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการคิด การตัดสินใจและความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างถูกต้อง

การตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการพยายามผ่อนคลายมีโอกาสดังกล่าวต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ 35.57 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไปโรงพยาบาลทันทีเมื่อเกิดอาการ ($B = 3.571, p < .05$) อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถ้าผู้ป่วยมีการตอบสนองทางพฤติกรรมด้วยการพยายามผ่อนคลาย เพราะคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงจึงไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า อาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเปรียบเสมือนภาวะฉุกเฉินส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองที่แตกต่างกันออกไป เช่นเดียวกับการศึกษา Nouredine, et al. (2008) พบว่าเมื่อเกิดอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 4 (20%) มีการตอบสนองทางพฤติกรรมโดยพยายามผ่อนคลายและรักษาตนเองเบื้องต้น และหลังจากนั้นจึงขอความช่วยเหลือจากบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อมา Nouredine, et al. (2010) ทำการศึกษาการตอบสนองเมื่อเกิดอาการหัวใจกำเริบพบว่าผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 3 (34.7%) เมื่อมีอาการหัวใจกำเริบมีการตอบสนองทางพฤติกรรมโดยพยายามผ่อนคลายส่งผลให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการตอบสนองต่ออาการของภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะแรกโดยไม่คำนึงถึงอาการที่รุนแรง รู้สึกไม่กังวลเพราะสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้จึงเลือกที่จะตอบสนองโดยการพักผ่อนเพื่อรอดูให้อาการหายไปจึงมีผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการ

การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นเมื่อเกิดอาการพบว่าบุคคลอื่นแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและทานยา มีโอกาสป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ 94.4% ($B = -2.883, p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นไม่แนะนำอะไร ผลการศึกษากครั้งนี้ไม่เป็นไปตามคาดหวัง หากบุคคลรอบข้างเลือกที่จะตอบสนองทางพฤติกรรมโดยการแนะนำให้พักผ่อนและทานยาน่าจะมีโอกาสเกิดความล่าช้าในการมารับบริการ หรือกรณีนี้อาจจะเป็นไปได้ว่าหลังจากที่มีการพักผ่อนและทานยาอาการไม่ทุเลาจึงรีบนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล แต่ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีภาวะฉุกเฉินบุคคลรอบข้างจะ

ตอบสนองทางพฤติกรรมโดยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันทีซึ่งไม่ค่อยแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและทานยา จากการการศึกษาของ Thuresson, et al. (2007) พบว่าเกือบ 1 ใน 2 (45%) เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกบุคคลอื่นจะตอบสนองโดยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที เช่นเดียวกับการศึกษาของ AI-Hassan (2012) พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง (89.3%) เมื่อเกิดอาการครั้งแรกบุคคลอื่นพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที รวมถึงการศึกษาของ Moser, et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศกับความล่าช้าในการค้นหาการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าเมื่อผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น บุคคลรอบข้างจะตอบสนองโดยรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยทันที แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา ถ้าบุคคลอื่นแนะนำให้พักผ่อนและทานยาสามารถป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว

ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ) และปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ไม่สามารถทำนายโอกาสเกิดความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Walsh, et al. (2004) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ลึกซึ้งต่อสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยรีบตัดสินใจในการมารับบริการที่โรงพยาบาลโดยทันที

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีพบว่าการตอบสนองต่ออาการต่างๆสามารถทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล จะเห็นได้ว่ามีหลากหลายเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า ไม่ว่าจะเป็นบริบททางด้านสังคม สิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า นอกจากนี้ยังพบว่าการตอบสนองด้านการรับรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์ที่จะเกิดควบคู่กันไป ซึ่งเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงสิ่งที่คุกคามเกิดขึ้นก็จะมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และแสดงออกมาทางพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป ผลการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความล่าช้า เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้พัฒนาแนวทางป้องกันความล่าช้าที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งควรจะมีการป้องกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ โดยการร่วมมือเครือข่ายสหวิชาชีพ ในด้านการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับประทานยาที่ถูกต้องเมื่อเกิดอาการ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ เป็นต้น รวมถึงพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจากมีการส่งต่อมายังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมเพื่อป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) เป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา ซึ่งพบว่าประมาณ 1 ใน 6 ของสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับในประเทศกำลังพัฒนาพบอัตราการเสียชีวิต 28% ในจำนวนนี้ 50% เสียชีวิตภายใน 30 นาทีแรกก่อนมาโรงพยาบาล (Saber, Adib-Hajbaghery, & Zohreha, 2014) การรับบริการที่ล่าช้ามีความสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพราะส่งผลถึงชีวิต ปัจจัยด้านเวลาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับภาวะหัวใจขาดเลือดเนื่องจากตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงและอาจมีแนวโน้มจะเกิดภาวะหัวใจวายได้ การมารับบริการขึ้นอยู่กับอาการตัดสินใจของผู้ป่วย การรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะเกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพมากที่สุด ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล บริบททางสังคมสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Regulation Model) ของ Dracup, et al. (2006) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 148 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์และเวชระเบียนของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางและระยะทางมาโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การตอบสนองต่ออาการต่างๆ (Response to Symptom Questionnaire) ของ Dracup et al., (1997) (ได้รับการอนุญาตแล้ว) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม

แปลเป็นภาษาไทย ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาที่มีความใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ จำนวน 14 ข้อคำถาม เป็นการถามถึงประสบการณ์การรับรู้และการจัดการกับอาการด้านต่างๆของผู้ป่วยและบุคคลอื่นประกอบด้วยบริบททางสังคม สอบถามเกี่ยวกับสถานที่ และบุคคล การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมหรือของบุคคล และคำถามระยะเวลาเป็นวันที่ตั้งแต่เริ่มมีอาการและตัดสินใจมารับการรักษากระทั่งมาถึงโรงพยาบาลโดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน แบบสัมภาษณ์การตอบสนองต่ออาการต่างๆ (Response to Symptom Questionnaire) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยกลุ่มหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งในอเมริกา ยุโรปและแถบเอเชีย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) อยู่ระหว่าง .80-.90 การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.67

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression)

สรุปผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 148 ราย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ (64.2%) เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 35-73 ปี มีอายุเฉลี่ย 53.59 ปี (SD 7.89) สถานภาพสมรสคู่ (79.1%) ส่วนใหญ่ (60.1%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ย 5001-10,000 (31.1%) มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค (59.5%) เป็นโรคหัวใจร่วมความดันโลหิตสูง (45.3%) ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-10 กม. (51.4%) และส่วนใหญ่ (90.5%) มารับบริการที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ส่วนตัว มีการใช้บริการรถการแพทย์ฉุกเฉินเพียง 7.4%

ความล่าช้าในการมารับบริการ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยระยะเวลารวมตั้งแต่เกิดอาการครั้งแรกจนมาถึงโรงพยาบาล (pre-hospital delay) พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการมารับบริการไม่ล่าช้าคือ ≤ 30 นาที จำนวน 52 ราย (35.1%) และล่าช้ามากกว่า >30 นาที จำนวน 96 ราย (64.9%)

ข้อมูลการตอบสนองด้านอาการต่างๆ

ด้านสังคมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าขณะสังเกตอาการเป็นครั้งแรกผู้ป่วยอยู่ที่บ้านมากที่สุด (79.1%) สภาพแวดล้อมเป็นชนบท (60.1%) และส่วนใหญ่ (43.9%) จะอยู่กับ สามี/ภรรยา/แฟน การตอบสนองด้านการรับรู้ แบ่งออกเป็น 10 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านสาเหตุของอาการผู้ป่วยคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาการหายใจ (37.8%) รองลงมาคือ ปัญหาอาหารไม่ย่อย (31.1%) และคิดว่าอาการนั้นเกิดจากปัญหาจากหัวใจเพียง 20.3% ด้านเหตุผล การชะลอรับการรักษาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากถึงมากที่สุดมี 3 เหตุผล ได้แก่ การรอดูว่าอาการ เหล่านั้นหายไป (35.1%) อาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆ (31.8%) และไม่ทราบเป็นอาการของโรคหัวใจ (53.4%) เหตุผลในการชะลอรับการรักษา ได้แก่ อายุที่จะรับการช่วยเหลือ (83.8%) ไม่อยากรบกวน หรือทำให้ใครเดือดร้อน (69.6%) และการไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น (45.9%) เป็นเหตุผลที่ไม่มีความสำคัญเลยต่อผู้ป่วย การตอบสนองการรับรู้เกี่ยวกับยาละลายลิ่มเลือด การศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (60.1%) ที่ไม่รู้จักหรือเคยได้ยินยาละลายลิ่มเลือด มาก่อน

การตอบสนองทางอารมณ์ ด้านเหตุผลชะลอรับการรักษาเพราะกลัวกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นไม่มีความสำคัญ (66.2%) และไม่มีความกังวลเลย (44.6%) ด้านความเจ็บปวดอยู่ที่ระดับ 7-10 คะแนน (37.2%) (Mean 8.12, SD = 1.913) และมีความสามารถในการควบคุมอาการระดับปานกลาง (Mean = 3.29, SD = 1.19) การตอบสนองทางพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าเมื่อพบอาการเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยมีการตอบสนองโดยบอกใครบางคน (48%) รองลงมา พยายามผ่อนคลาย (20.3%) การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น เมื่อผู้ป่วยบอกบุคคลอื่นเกี่ยวกับอาการของตนเอง พบว่าบุคคลอื่นจะมีการตอบสนองโดยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล (49.3%) รองลงมาคือ แนะนำให้พักผ่อนและทานยา (16.9%) และแนะนำให้ไปพบแพทย์ (11.5%)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมี 3 ปัจจัย ได้แก่ การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ และการตอบสนองทางพฤติกรรม โดยปัจจัย การตอบสนองด้านการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้า ได้แก่ เหตุผลการชะลอการมารับบริการ รอดูว่าอาการเหล่านั้นหายไปมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.376, p < .01$) เหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น มี

ความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.337, p < .01$) เหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะไม่ทราบว่าอาการเหล่านั้นเป็นอาการของโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.330, p < .01$) เหตุผลการชะลอการมารับบริการอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.321, p < .01$) และเหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะไม่ยอมรับจนหรือทำให้ใครเดี๋ยอื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.309, p < .01$) สำหรับการตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการพยายามผ่อนคลายมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.219, p < .01$) และการตอบสนองทางอารมณ์เหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.190, p < .05$) สำหรับปัจจัยบริบททางสังคม และการตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ต่อบุคคลอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้า

ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่าโดยภาพรวมตัวแปรที่ทำการศึกษทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 52.1 ($\text{Psuedo } R^2 = .521, p < .05$) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพบว่า 4 ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าคือ ปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการพยายามผ่อนคลาย ($OR = 35.566, B = 3.571, p < .05$) บริบททางสังคมขณะสังเกตพบอาการครั้งแรก ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว) ($OR = .041, B = -3.191, p < .05$) ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นเมื่อเกิดอาการพบว่าบุคคลอื่นแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและทานยา ($OR = .056, B = -2.883, p < .01$) บริบททางสังคมเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้าน ($OR = 8.738, B = 2.168, p < .001$) และปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้พบว่า เหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะรอดูว่าอาการเหล่านั้นหายไป ($OR = 2.722, B = 1.019, p < .01$)

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วในอดีต ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมีความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสัมภาษณ์ อาจจะทำให้จำความรู้สึกละเลยในขณะเกิดอาการครั้งแรกไม่ได้ทั้งหมด (recall bias)

2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และรับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลภาคใต้ตอนบน อาจจะมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้อ้างอิงกับประชากรกลุ่มอื่นๆที่มีบริบทแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ถึงแม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้จะมีข้อจำกัดในการวิจัยแต่ผลดีของการวิจัยคือมีประโยชน์ในด้านการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและประชาชนทั่วไป เป็นที่ทราบกันดีว่าภาวะกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินและสามารถคร่าชีวิตได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการตอบสนองด้านการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาจากการหายใจ ไม่คิดว่าเป็นอาการของโรคหัวใจ รวมถึงลักษณะอาการที่เป็นๆหายๆ ผู้ป่วยจึงมีการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วยครั้งนี้ด้วยการพยายามผ่อนคลายหรือรับประทานยา เพื่อรอดูให้อาการเหล่านั้นหายไปมีผลให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลนานกว่า 30 นาที ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพลดลง พยาบาลเวชปฏิบัติควรจะมีการเน้นย้ำตั้งแต่เริ่มสังเกตมีอาการและไม่ต้องรอดูให้อาการเหล่านั้นหายไป เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่มีอาการกำเริบกับอาการที่เกิดขึ้น เพราะฉะนั้นควรให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการมารับบริการภายใน 30 นาที เพื่อคุณภาพและประสิทธิภาพการรักษา รวมถึงประสิทธิภาพจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ (25%) หากได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม (ACC/AHA, 2004)

นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรรอบข้างผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการการตัดสินใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ การให้คำแนะนำหรือความรู้กับบุคลากรรอบข้างของผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งเพราะมีผลต่อการมารับบริการที่โรงพยาบาลและเมื่อเกิดอาการสามารถนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้เคียงโดยเร็ว พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและครอบครัวรวมถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยง ถึงวิธีการตอบสนองเมื่อเกิดอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น การขอความช่วยเหลือ การพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที เป็นต้น รวมถึงการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ปัจจุบันมีการใช้น้อยมาก แสดงให้เห็นว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งมีการปฏิบัติงานในชุมชนมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ควรมีการแนะนำ ขั้นตอน และวิธีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เช่น มีการทำสื่อต่างๆ แผ่นป้ายประกาศ เบอร์โทรศัพท์ที่เห็นได้ชัดเจน

ด้านการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และรับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลภาคใต้ตอนบน ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับ การตัดสินใจ การตอบสนองด้านอาการต่างๆ และการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่มีการพัฒนามาจากบริบทต่างประเทศ บางข้อคำถามไม่สามารถสะท้อนได้ถึงบริบทของประเทศไทยจึงน่าจะมีการวิจัยเชิงคุณภาพ และศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายกับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อให้เข้าใจถึงกระบวนการตอบสนองต่ออาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้และการตัดสินใจมารับบริการ

นอกจากนี้ควรมีการศึกษาความต้องการในการส่งเสริมการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของโรคหัวใจโดยออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมโดยเฉพาะการให้ความรู้ ความตระหนัก และความสำคัญในการมารับบริการที่โรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการอย่างทันที่

ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

FACTORS PREDICTING PRE-HOSPITAL DELAY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

วิยะดา คงแก้ว 5536331 NSCN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นันทิยา วัฒนา, Ph.D. (NURSING), ดวงใจ รัตนธัญญา, ปร.ด. (ประชากรและการพัฒนา), สุพินดา เรืองจิรัชเสียร, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) เป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา ซึ่งพบว่าประมาณ 1 ใน 6 ของสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับในประเทศกำลังพัฒนาพบอัตราการเสียชีวิต 28% ในจำนวนนี้ 50% เสียชีวิตภายใน 30 นาทีแรกก่อนมาโรงพยาบาล (Saber, Adib-Hajbagheri, & Zohreha, 2014) จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง 17.3 ล้านคนและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็น 23 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 สาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยในโรคหัวใจและหลอดเลือดคือกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ประมาณครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่พบนอกโรงพยาบาล ซึ่งกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีลักษณะทางคลินิก 3 กลุ่มอาการคือ Unstable angina, ST-elevation myocardial infarction (STEMI) และ non- ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) (Al-Hassan, 2012; Marcus, Prabhakaran & Gaziano, 2010) โดยเฉพาะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะเร่งด่วนต้องได้รับการวินิจฉัย และการรักษาอย่างรวดเร็วรวมถึงการขยายหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตลง (Farshidi, et al. 2013; Gersh, Sliwa, Mayosi, & Yusuf, 2010)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยใหม่ที่เป็น AMI มากกว่า 1 ล้านคนต่อปี พบว่ามี AMI เกิดขึ้น ทุก 2 วินาที สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 พบว่าร้อยละ 45 ของการเสียชีวิตเฉียบพลันเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันละ 1,185 รายต่อวัน โดยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายประมาณ 470 รายต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน (เกรียงไกร เสงี่ยม, 2555) ซึ่งมีแนวโน้มการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

สำหรับโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลขนาด 800 เตียง เป็นโรงพยาบาลศูนย์กลางของภาคใต้ตอนบนให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป เฉพาะทาง และรับส่งต่อผู้ป่วย จากสถิติของโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานีพบว่าในปีงบประมาณ 2551-2556 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเข้ารับการตรวจรักษาทั้งหมด 630 (14.72%), 732 (17.08%), 781(18.25%), 680 (15.89%), 758(17.71%) และ 699(16.33%) คนตามลำดับ (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2556) และมีอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 คิดเป็นร้อยละ 18.63, 19.42, 22.46, 29.91 และ 29.28 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556)

การรับบริการล่าช้า (pre-hospital delay) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพราะส่งผลถึงชีวิตและมีแนวโน้มสูงขึ้น โรคหัวใจที่เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถือว่าเป็นภาวะคุกคามของชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้นๆหลังจากมีอาการสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว ความล่าช้าในการรักษา (delay treatment) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อผู้ป่วย การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดประโยชน์ และมีคุณภาพรวมถึงความปลอดภัยเมื่อสามารถประเมินและตรวจพบได้รวดเร็ว และถ้าได้รับการรักษาที่รวดเร็วจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ (Taghaddosi, Dianati, Bidgoli, & Bamonaran, 2010; วาสนา รวยสูงเนิน, 2555; Farshidi, Rahimi, Abdi, Salehi, & Madani, 2013)

เป็นที่ทราบกันดีว่าถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาหลังจากที่เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้ระยะเวลาสั้นๆจะเกิดประโยชน์และลดอัตราการเสียชีวิต การรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตามแนวปฏิบัติของ ACC/AHA (2004) กำหนดระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด ไว้ดังนี้ ผู้ป่วยต้องตัดสินใจมาโรงพยาบาลทันทีหลังจากมีอาการเจ็บหน้าอกภายใน 5 นาที ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาลภายใน 30 นาที และเมื่อมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolysis) ภายในเวลา 30 นาที (Door-to-needle time) หรือ ได้รับการขยายหลอดเลือดแดงด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) ภายใน 90 นาที (Door-to-Balloon time) สำหรับแนวปฏิบัติของประเทศไทยตามมาตรฐานการรักษามะเร็งกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2555 กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

สามารถทำ EKG ภายใน 5-10 นาที ให้รับประทานยา Aspirin (162-325 mg) ให้ยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 30 นาที (Door to needle time < 30 นาที) และได้รับการขยายหลอดเลือดแดงด้วยบอลลูนและ ใส่ขดลวดค้ำยัน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ภายในเวลา 90 นาที (Door to Balloon time < 90 นาที) (สถาบันโรคทรวงอก, 2555)

เป้าหมายหลักในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือการป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มมากขึ้น รักษาภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เพื่อให้มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็ว ซึ่งระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการแสดงของอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนมาถึงโรงพยาบาล และได้รับยาละลายลิ่มเลือด ถ้าทำได้อย่างรวดเร็วจะมีประโยชน์และมีคุณภาพรวมถึงความปลอดภัย สามารถลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (reinfarction) หากได้รับการรักษาที่รวดเร็วส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Wang, & Hsu, 2013; Angerud, et al., 2013)

ความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับความสนใจและมีการศึกษาในปัจจุบันต่างๆ เพื่อป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะเวลาจะคิดเป็นชั่วโมงและนาที ความล่าช้าสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือความล่าช้าที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง (patient delay) และความล่าช้าที่เกิดจากระบบโรงพยาบาล (system delay) (Dianati, Mosavi, Hajibagher & Alavi, 2010; Wang, & Hsu, 2013)

ความล่าช้าที่เกิดจากตัวผู้ป่วย (patient delay) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะแรกเริ่มจากตั้งแต่ผู้ป่วยมีการรับรู้หรือตระหนักถึงอาการเจ็บหน้าอกจนกระทั่งตัดสินใจตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น เช่น การเรียกใช้รถฉุกเฉิน หรือการรักษาตนเองเบื้องต้น ระยะที่สองเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกครั้งแรกจนกระทั่งติดต่อขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ และระยะที่สามเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกจนตัดสินใจเดินทางมาโรงพยาบาล โดยอาจจะใช้การเดินทางทั้งรถยนต์ส่วนตัวและรถฉุกเฉิน จะเห็นได้ว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการเจ็บหน้าอกจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล (from onset of symptom till first medical contact) ซึ่งหมายถึง ความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาล (pre-hospital delay) นั้นเอง และในด้านความล่าช้าที่เกิดจากระบบของโรงพยาบาล (system delay) เริ่มตั้งแต่ระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือด (from hospital admission till reperfusion therapy) (Steg, James, Atar, Badano, Lundqvist & Borger, et al. 2012; Khraim, & Carey, 2009; Dianati, et al., 2010) อย่างไรก็ตามความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital delay) นับเป็นสาเหตุหลักที่สำคัญของความล่าช้าในการเริ่มการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือด หากผู้ป่วยมีการ

จดจำและรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นก็จะสามารถลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ (Farshidi, et al., 2013)

ที่ผ่านมาการศึกษาที่หลากหลายในเรื่องความล่าช้า (pre-hospital delay) และพฤติกรรมการณ์การค้นหาคำปรึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการมารับบริการที่โรงพยาบาล และมีการวิจัยโดยใช้แนวคิดทางการแพทย์ (medical model orientation) มุ่งประเด็นที่ปัจจัยด้านบุคคลและลักษณะอาการของผู้ป่วยในการทำนายความล่าช้า สำหรับการศึกษาส่วนใหญ่ใช้กรอบแนวคิด The self-regulation model; SRM เพื่อให้มีการรับรู้และตระหนักถึงการค้นหาคำปรึกษาและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการตนเองหรือตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ในส่วนของกรอบแนวคิด The self-regulation model จะสนับสนุนในด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วยเมื่อมีภาวะคุกคามเกิดขึ้นแบ่งออกเป็น การรับรู้เมื่อมีสิ่งคุกคามเกิดขึ้น การจัดการกับปัญหา และการประเมินผล มีการรวบรวมเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์การเจ็บป่วยและข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก เช่นคุณลักษณะประชากร ลักษณะทางคลินิก และพบว่า SRM สามารถนำมาอธิบายความล่าช้าก่อนมาโรงพยาบาล (pre-hospital delay) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ (Dracup, et al. 1995; Dracup, et al. 2003; Tullmann, et al. 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีผลต่อความล่าช้า สามารถแบ่งออกเป็นด้านบุคคลและบริบททางสังคม ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ ปัจจัยการตอบสนองด้านพฤติกรรม และปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น เป็นปัจจัยสำคัญของผู้ป่วยในการตอบสนองเมื่อเกิดอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อลดระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Taghaddosi, et al., 2010)

สำหรับปัจจัยด้านอายุ พบว่าผลการวิจัยที่ผ่านมาทั้งแตกต่างและสอดคล้องกับความล่าช้าในการมารับบริการ แต่การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีผลต่อการมารับบริการล่าช้า การศึกษาของ Taghaddosi, et al. (2010) พบว่าผู้สูงอายุมีอารมณ์อ่อนไหวง่ายกับอาการที่เกิดขึ้น และไม่เข้าใจว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า ส่วนใหญ่จะรอให้อาการเจ็บหน้าอกมากขึ้นจึงมารับการรักษา

สำหรับปัจจัยทางด้านเพศ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงมีความล่าช้าในการมารับบริการมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะมีการค้นหาวิธีการรักษา และมีความอดทนมากกว่าเพศชาย อีกทั้งเพศหญิงจะไม่เชื่อว่าอาการที่เจ็บหน้าอกเกิดจากหัวใจ เพราะเชื่อจากประสบการณ์การ

เจ็บป่วยที่ผ่านมาพบว่า (60%) ของอาการที่เกิดขึ้นน่าจะเกี่ยวกับการเป็นมะเร็งเต้านม มีเพียงแค่ (6 %) ที่มีความกลัวว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นมาจากหัวใจ (Farshidi, et al., 2013)

ปัจจัยบริบททางสังคมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล จากการศึกษาของ Banks & Dracup, (2006) พบว่าโดยส่วนใหญ่ (69%) ขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการจะอยู่ที่บ้าน ส่วนอีก (16%) อยู่ทำงาน, ในรถ, บ้านเพื่อน, หรือสวนสาธารณะ และสถานที่อื่นๆอีกประมาณ (15%) ของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่บ้านขณะเกิดอาการเจ็บหน้าอกมีความล่าช้าในการมารับบริการอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .009$) โดยใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 4 ชม.54 นาที และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยอยู่คนเดียวขณะเกิดอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประมาณ (30%) ซึ่งมีความล่าช้าในการค้นหาการรักษาและมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 4 ชม 58 นาที

การตอบสนองด้านการรับรู้ (Cognitive response) ด้านการรับรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการแปลความหมายและการประเมินเหตุการณ์ภายใต้สถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น อาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าถ้าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก็จะมีการตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยที่ไม่สามารถจดจำอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ก็จะมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Moser, et al. 2006)

สำหรับปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ (Affective or emotional response) เป็นภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเผชิญกับความเจ็บปวดหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะตอบสนองทางอารมณ์โดยแสดงความรู้สึกกังวล กลัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น กลัวการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ รู้สึกอาย โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และจากประสบการณ์การรักษามีความไม่พึงพอใจในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Bank, & Dracup, 2006; McGinn, et al., 2005) และผู้ป่วยคิดว่าลักษณะอาการของโรคจะดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับการความสามารถในการควบคุมอาการ และสามารถควบคุมได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา ทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (เป็น รักเกิด, 2550 Lesneski, 2010)

ปัจจัยการตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral response) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจะมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหลายวิธี ถ้ามีความเชื่อว่าเป็นอาการที่เกิดจากโรคกระเพาะอาหารก็จะรับประทานยาลดกรด และหลังจากนั้นก็อดทนรอให้อาการทุเลา การตอบสนองด้านพฤติกรรมดังกล่าวมีผลจากการรับรู้ ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคมีความสำคัญ หากผู้ป่วยมีความเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างถูกต้อง มีการรับรู้ว่าการมีอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความรุนแรงถึงชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อ

อาการผิดปกติและมารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยความรวดเร็วสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคได้ (Moser, 2006)

การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น (Behavioral or emotional responses of others) เป็นการตอบสนองของบุคคลอื่นเมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งมีหลายวิธี เช่น แนะนำให้พักผ่อนและทานยา แนะนำให้พบแพทย์ หรือพยายามปลอบผู้ป่วย อาจเป็นเหตุผลทำให้ผู้ป่วยมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ถ้าบุคคลอื่นตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นโดยการเรียกรถพยาบาล พยายามค้นหาการรักษาหรือโทรขอความช่วยเหลือจากบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Banks, & Dracup, 2006; Thuresson et al., 2007) จะเห็นได้ว่าการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นยังมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล บุคคลรอบข้างมีความสำคัญถ้าหากมีการรับรู้และสามารถจดจำอาการสำคัญของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ก็จะมีการตอบสนองทางพฤติกรรมที่เหมาะสมเช่นกัน

การรับบริการล่าช้ามีความสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพราะส่งผลถึงชีวิต ปัจจัยด้านเวลาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับภาวะหัวใจขาดเลือด เนื่องจากตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงและอาจมีแนวโน้มจะเกิดภาวะหัวใจวายได้ การมารับบริการขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วย การรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะเกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพมากที่สุด ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลและสังคม เช่น เพศ อายุ ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับบริการขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ รวมทั้งปัจจัยระดับตัวผู้ป่วย ครอบครัว และผู้อื่นที่พบเห็น ที่ผ่านมามีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับความสนใจและมีการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยต่างๆว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์หรือสามารถทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เพราะช่วยให้เข้าใจถึงลักษณะของผู้ป่วย การตอบสนองด้านอาการต่างๆของผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงผู้พบเห็น และเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งกับผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ ซึ่งสามารถลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล รวมทั้งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์

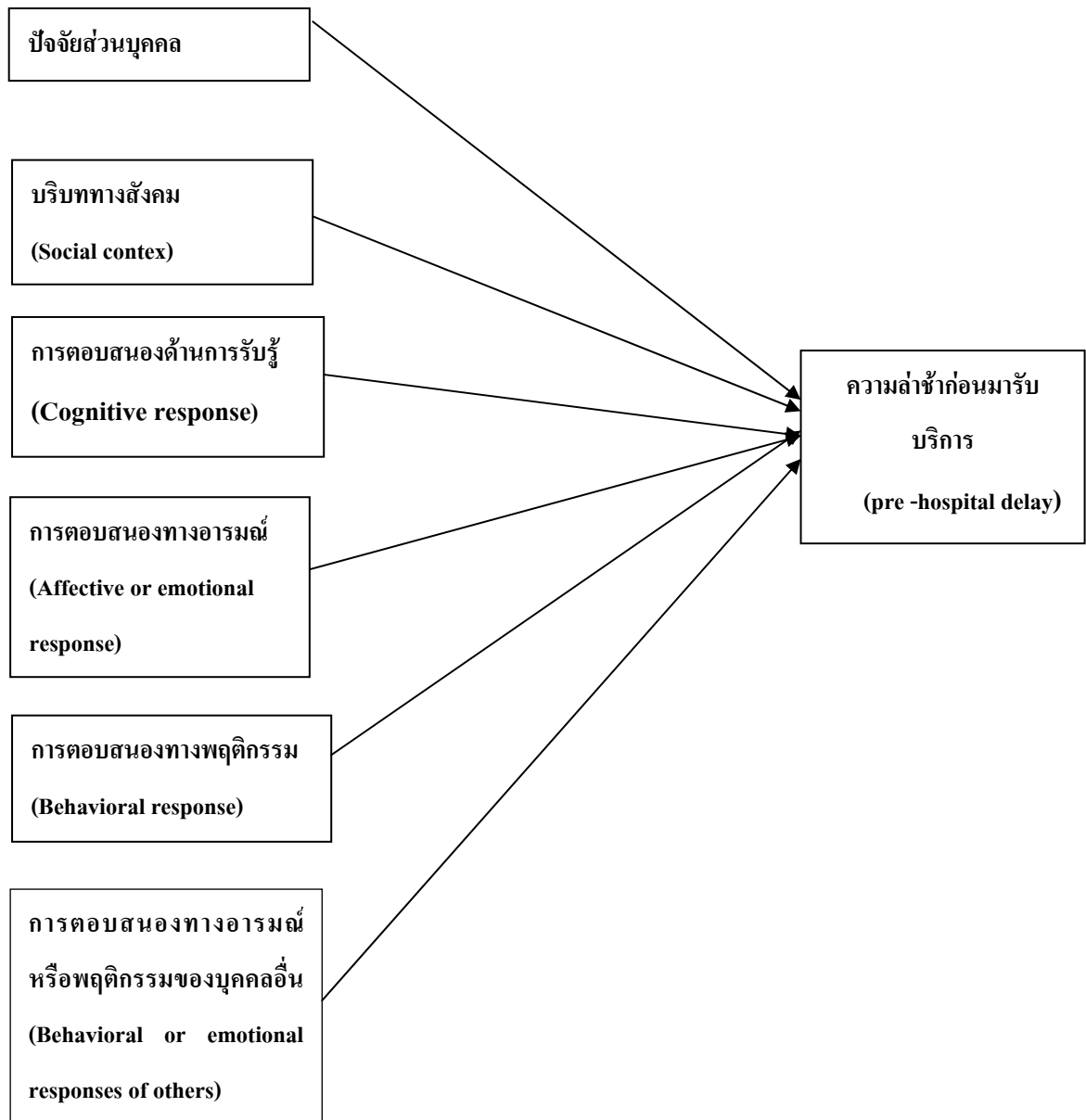
เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านบริบททางสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านบุคคล บริบททางสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น สามารถทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Regulatory Model) ของ Dracup et al., (2006) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากอาการแสดงและพฤติกรรมการค้นหาการรักษาของแต่ละบุคคลซึ่งเป็นประสบการณ์ในอดีตเมื่อมีปัญหาสุขภาพและนำมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อบุคคลมีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการเจ็บหน้าอกหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันบุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อภาวะคุกคามเกิดการรับรู้และตอบสนองต่อภาวะคุกคามโดยใช้ความรู้หรือประสบการณ์ที่ผ่านมา และมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้วยความกลัว ความวิตกกังวล รวมทั้งมีการวางแผนตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นโดยแสวงหาวิธีการรักษาการพยายามควบคุมอาการ หรือปรึกษานักศัลยกรรม ซึ่งวิธีตอบสนองต่อสิ่งคุกคามเหล่านี้จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมส่งผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งมีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยระดับตัวผู้ป่วย ครอบครัว และผู้อื่นที่พบเห็นประกอบด้วย 6 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล บริบททางสังคม การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายด้านบุคคล ด้านสังคม การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองด้านอารมณ์ การตอบสนองด้านพฤติกรรม และการตอบสนองทางพฤติกรรมและอารมณ์กับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purpose sampling) เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาตรวจตามนัดหลังจากนอนโรงพยาบาล ด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เกิน 2 เดือน

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

- 1.เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาตรวจตามนัดหลังจาก admitted ด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เกิน 2 เดือน
- 2.อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 3.กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต้องมีคะแนน MMSE ดังนี้
 - ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่าน ออก เขียนได้ ต้องมีคะแนน MMSE ≥ 15 ขึ้นไป
 - ผู้ป่วยที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ต้องมีคะแนน MMSE ≥ 18 ขึ้นไป
 - ผู้ป่วยที่มีการศึกษาอยู่ในระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องมีคะแนน MMSE ≥ 23 ขึ้นไปจึงสามารถคัดเข้ากลุ่มศึกษาได้ แต่ถ้ามีคะแนน MMSE ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจะไม่คัดเข้าศึกษา

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

- 1.ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติของโรค เช่นมีอาการเจ็บหน้าอก เหงื่อออก ใจสั่น มีระดับความดันโลหิตสูง
- 2.ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์และเวชระเบียนของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางและระยะทางมาโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การตอบสนองต่ออาการต่างๆ (Response to Symptom Questionnaire) ของ Dracup et al., (1997) (ได้รับการอนุญาตแล้ว) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามแปลเป็นภาษาไทย ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาที่มีความใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ จำนวน 14 ข้อคำถาม เป็นการถามถึงประสบการณ์การรับรู้และการจัดการกับอาการด้านต่างๆ ของตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่นประกอบด้วยบริบททางสังคม สอบถามเกี่ยวกับสถานที่ และบุคคล จำนวน 3 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 1 คำตอบ การตอบสนองด้านการรับรู้ลักษณะคำถามเกี่ยวกับลักษณะอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 10 ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ข้อ และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ทั้งหมด 8 ข้อ การตอบสนองทางอารมณ์ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จำนวน 3 ข้อ และเติมคำ 1 ข้อเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวด การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ต่อบุคคลอื่น เป็นลักษณะคำตอบสามารถเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ และคำถามระยะเวลาเป็นนาที ตั้งแต่เริ่มมีอาการและตัดสินใจมารับการรักษากระทั่งมาถึงโรงพยาบาลโดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สำหรับการศึกษาถ้าผู้ป่วยใช้ระยะเวลามารับบริการ ≤ 30 นาทีหมายถึงไม่ล่าช้าในการมารับบริการ ถ้า > 30 นาทีหมายถึงมีความล่าช้าในการมารับบริการ

การพิทักษ์สิทธิ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความตระหนักและคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยวางขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยผ่านขั้นตอนการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อได้รับการอนุมัติในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ จึงขอความยินยอมโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดง

เจตนายินยอม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวหรือยุติจากการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆทั้งสิ้น การเก็บข้อมูลจะใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ เพื่อการศึกษาในครั้งนี้นี้เท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล การวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูป SPSS version 18.0 (Statistical Package for Social Science) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 148 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (64.2%) อายุระหว่าง 35-73 ปี มีอายุเฉลี่ย 53.59 ปี (SD7.89) สถานภาพสมรสคู่ (79.1%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (60.1%) มีรายได้เฉลี่ย 5001-10,000(31.1%) เป็นโรคหัวใจร่วมกับความดันโลหิตสูง (45.3%) มารับบริการที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ส่วนตัว (90.5%) มีการใช้บริการรถการแพทย์ฉุกเฉินเพียง 7.4%

2. ความล่าช้าในการมารับบริการพบว่าประมาณ 2 ใน 3 (64.9%) ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระยะเวลาในการมารับบริการล่าช้า (>30 นาที)ประมาณ 1 ใน 3 (35.1%) ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระยะเวลาในการมารับบริการไม่ล่าช้าโดยมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 120 นาที ค่ามัธยฐานเท่ากับ 60 นาทีเวลาดำสุด 5 นาที เวลามากสุด 1,480 นาที

3.การตอบสนองต่ออาการต่างๆ

3.1บริบททางสังคมเมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะสังเกตอาการเป็นครั้งแรกส่วนใหญ่(79.1%) ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน เกือบ 2 ใน 3สภาพแวดล้อมเป็นชนบท (60.1%) และจะอยู่กับ สามี/ภรรยา/แฟน (43.9%)

3.2การตอบสนองด้านการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผลการศึกษาการรับรู้ด้านสาเหตุของอาการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นมากกว่า 1 ใน 3 (37.8%) เป็นปัญหาจากการหายใจ รองลงมาคือปัญหาอาหารไม่ย่อยหรือกระเพาะอาหาร

(31.1%) และคิดว่าอาการนั้นเป็นปัญหาจากหัวใจเพียง 20.3% ส่วนการตอบสนองด้านการรับรู้ในด้านความรุนแรงของอาการ พบว่าเกือบ 1 ใน 3 (31.8%) คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงปานกลาง (Mean = 3.78, SD = 1.08) สำหรับเหตุการณ์ชะลอรับการรักษาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากถึงมากที่สุดมี 3 เหตุผล ได้แก่ รอคิวว่าอาการเหล่านั้นหายไป (Mean = 3.05, SD = 1.65) อาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆ (Mean = 3.21, SD = 1.63) ไม่ทราบเป็นอาการของโรคหัวใจ (Mean = 3.72, SD = 1.64) ด้านเหตุการณ์ชะลอรับการรักษาที่ไม่มีความสำคัญเลยมี 3 เหตุผล ได้แก่ อายุที่จะรับการช่วยเหลือ (Mean = 1.31, SD = .807) ไม่อยากรบกวนหรือทำให้ใครเดือดร้อน (Mean = 1.81, SD = 1.34) ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น (Mean = 2.48, SD = 1.55) การตอบสนองการรับรู้เกี่ยวกับยาละลายลิ่มเลือดพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่ง (60.1%) ที่ไม่เคยได้กินยาละลายลิ่มเลือดมาก่อน มีเพียง 39.9% ที่เคยได้กินยาละลายลิ่มเลือดมาก่อน

3.3 การตอบสนองทางอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยเกือบครึ่ง (44.6%) ไม่มีความกังวลเลย (Mean = 2.27, SD = 1.33) สำหรับเหตุการณ์ชะลอรับการรักษาเพราะกลัวกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นพบว่าไม่มีความสำคัญเลย (Mean = 1.85, SD = 1.29) และพบว่าผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 3 (34.5%) สามารถควบคุมอาการได้ระดับปานกลาง (Mean = 3.29, SD = 1.19) ด้านระดับความเจ็บปวดผู้ป่วยส่วนใหญ่ (81.8%) มีระดับคะแนนความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก (Mean = 8.12, SD = 1.93)

3.4 การตอบสนองทางพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเขียนปล้นเมื่อมีอาการผู้ป่วยเกือบครึ่ง (48%) ใช้วิธีการตอบสนองด้านพฤติกรรมโดยการบอกใครบางคน รองลงมาคือพยายามผ่อนคลาย (20.3%) และรับประทานยา (17.6%) เช่น ยาลดกรด

3.5 การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเขียนปล้นเมื่อบอกบุคคลอื่นเกี่ยวกับอาการของตนเองเกือบครึ่ง (49.3%) ของบุคคลอื่นจะมีการตอบสนองโดยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล รองลงมาคือ แนะนำให้พักผ่อนและทานยา (16.9%) และแนะนำให้ไปพบแพทย์ (11.5%)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเขียนปล้นมี 3 ปัจจัย ได้แก่ การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ และการตอบสนองทางพฤติกรรม โดยปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้า ได้แก่ เหตุผลชะลอการมารับบริการ รอคิวว่าอาการเหล่านั้นหายไปมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .376, p < .01$) เหตุผลชะลอการมารับบริการเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น มี

ความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.337, p < .01$) เหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะไม่ทราบว่าอาการเหล่านั้นเป็นอาการของโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=.330, p < .01$) เหตุผลการชะลอการมารับบริการอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=.321, p < .01$) และเหตุการณ์การชะลอการมารับบริการเพราะไม่ยอมรับกวนหรือทำให้ใครเดือดร้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=.309, p < .01$)

สำหรับการตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการพยายามผ่อนคลายมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.219, p < .01$)

การตอบสนองทางอารมณ์เหตุการณ์การชะลอการมารับบริการเพราะกลัวสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.190, p < .05$)

5.ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่าโดยภาพรวมตัวแปรที่ทำการศึกษทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 52.1 ($(\text{Pseudo } R^2 = .521, p < .05)$) พบว่ามี 4 ปัจจัย ที่ร่วมกันทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าคือ ปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการพยายามผ่อนคลาย ($\text{ORs} = .35.566, B = 3.571, p < .05$) บริบททางสังคมขณะสังเกตพบอาการครั้งแรกผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว) ($\text{OR} = .041, B = -.3.191, p < .05$) ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นเมื่อเกิดอาการพบว่าบุคคลอื่นแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและทานยา ($\text{OR} = .056, B = -2.883, p < .01$) บริบททางสังคมเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้าน ($\text{OR} = 8.738, B = 2.168, p < .001$) และปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้พบว่า เหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะรอดูว่าอาการเหล่านั้นหายไป ($\text{OR} = 2.722, B = 1.019, p < .01$)

การอภิปรายผล

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (64.2%) สอดคล้องกับข้อมูลเชิงระบาดวิทยาที่พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 53.59 ปี (อายุต่ำสุด 35 ปีอายุ

สูงสุด 73 ปี) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป (สุวีณา เบาะเปลี่ยน, 2554; Wu, Mose, Riegel, McKinley, & Doering; Mussi, et al. 2014) ส่วนใหญ่ (28.4%) มีโรคร่วมตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป โดยพบว่าผู้ป่วยเกือบครึ่ง (45.3%) มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม อาจเนื่องมาจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆมาก่อน เช่น ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุให้หลอดเลือดมีการแข็งตัวหรือตีบส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ลดลงผู้ป่วยจึงมีอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (60.1%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เกือบ 1 ใน 3 (31.1% มีรายได้เฉลี่ย 5,000 – 10,000 บาท เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในชนบท โอกาสทางการศึกษาน้อย อีกทั้งประชาชนส่วนใหญ่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สวนยางพารา มีรายได้ก็น้อยและไม่แน่นอน สำหรับในด้านของยานพาหนะในการเดินทาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (90.5%) เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัว และใช้รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียง 7.4% ทั้งนี้เนื่องด้วยบริบทของสภาพภูมิประเทศเป็นภูเขาทำให้เป็นอุปสรรคในการเดินทางระยะทางที่ค่อนข้างไกลจากโรงพยาบาล ทำให้การคมนาคมไม่สะดวก รวมถึงรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีน้อย และยังไม่ครอบคลุมในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดใกล้เคียง

ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การตอบสนองด้านการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจถึงลักษณะอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเป็นๆหายๆ ผู้ป่วยจึงมีการรอดูให้อาการเหล่านั้นหายไประลอกๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Banks & Dracup, (2006) พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่าอาการแสดงที่เกิดขึ้นเป็นอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำให้มาโรงพยาบาลล่าช้าเพราะรอดูอาการเหล่านั้นว่าหายไประลอกๆ จึงตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาล อีกทั้งยังพบว่าเหตุผลการชะลอมารับการรักษาเพราะไม่อยากจะรบกวนหรือทำให้ใครเดือดร้อนก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยไม่อยากจะรบกวนบุคคลอื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jasser (2011) พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้าเพราะไม่อยากจะรบกวนใคร จะรอให้จนกระทั่งเวลาเข้าจึงจะคันหาการรักษาจึงทำให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล นอกจากนี้เหตุผลการชะลอมารับการรักษาเพราะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการแสดงว่าผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการที่เกิดขึ้นส่งผลให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2008) พบว่าผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการที่เกิดขึ้น

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .001$)

ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่าโดยภาพรวมตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 52.1 ($\text{Pseudo } R^2 = .521, p < .05$) พบว่ามี 4 ปัจจัย ที่ร่วมกันทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าคือ ปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการพยายามผ่อนคลาย ($\text{ORs} = .35.566, B = 3.571, p < .05$) บริบททางสังคมขณะสังเกตพบอาการครั้งแรกผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว) ($\text{OR} = .041, B = -.3.191, p < .05$) ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นเมื่อเกิดอาการพบว่าบุคคลอื่นแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและทานยา ($\text{OR} = .056, B = -2.883, p < .01$) บริบททางสังคมเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้าน ($\text{OR} = 8.738, B = 2.168, p < .001$) และปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้พบว่า เหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะรอคิวอาการเหล่านั้นหายไป ($\text{OR} = 2.722, B = 1.019, p < .01$)

การศึกษาครั้งนี้พบว่าด้านบริบททางสังคมสามารถทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้แก่ ขณะเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว) สามารถป้องกัน/ลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ 95.9% ($B = -3.191, p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดอาการครั้งแรกถ้าผู้ป่วยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวไม่มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Eshah, (2013) พบว่าขณะเกิดอาการครั้งแรกถ้าผู้ป่วยอยู่กับสามี/ภรรยาสามารถป้องกันความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลได้เนื่องจากพวกเขาารู้สึกเครียดและมีความวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้นและเมื่อเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้านสามารถทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ 8.78 เท่า ($B = 2.168, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับอยู่ที่อื่น หมายความว่าเมื่อเกิดอาการครั้งแรกถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้านจะมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นไปได้ว่าขณะเกิดอาการผู้ป่วยอาจจะอยู่ที่บ้านคนเดียวไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Banks & Dracup, (2006) พบว่าประมาณ เกือบ 1 ใน 3 (30%) เมื่อเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้านคนเดียวจะใช้เวลาในการมารับบริการประมาณ 3.50 ชม ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$)

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะรอคิวว่าอาการเหล่านั้นหายไปได้สามารถทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ 2.77 เท่า ($B = 1.019, p < .01$) ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ลักษณะอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถจดจำอาการที่สำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ (Lesneski, 2010) แต่เนื่องจากลักษณะอาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆไม่ชัดเจน ลักษณะอาการคล้ายจะเป็นลม หายใจไม่สะดวกทำให้ไม่สามารถแยกอาการเหล่านั้นออกจากกันได้อย่างชัดเจน จึงมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Nouredine, et al. (2008) พบว่าลักษณะอาการแสดงจะเป็นลักษณะคล้ายอาการหายใจไม่สะดวก อีกทั้งลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเป็นๆหายๆจึงรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงจึงไม่เห็นความสำคัญส่งผลให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .350, p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ AI-Hassan (2012) พบว่าการตอบสนองด้านการรับรู้สามารถทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.1, p = .01$) ถ้าผู้ป่วยมีการตอบสนองด้านการรับรู้ที่ดีสามารถจัดการภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น เช่น รีบตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นสามารถลดระยะเวลาในการไปโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการคิด การตัดสินใจและความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้อย่างถูกต้อง

การตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการพยายามผ่อนคลายมีโอกาเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ 35.57 เท่า ($B = 3.571, p < .05$) อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถ้าผู้ป่วยมีการตอบสนองทางพฤติกรรมด้วยการพยายามผ่อนคลายทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้าอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเปรียบเสมือนภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองที่แตกต่างกันออกไป เช่นเดียวกับการศึกษา Nouredine, et al. (2008) พบว่าเมื่อเกิดอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 4 (20%) มีการตอบสนองทางพฤติกรรมโดยพยายามผ่อนคลายและรักษาตนเองเบื้องต้น และหลังจากนั้นจึงจะขอความช่วยเหลือจากบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อมา Nouredine, et al. (2008) ทำการศึกษาการตอบสนองเมื่อเกิดอาการหัวใจกำเริบพบผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 3 (34.7%) เมื่อมีอาการหัวใจกำเริบมีการตอบสนองทางพฤติกรรมโดยพยายามผ่อนคลายส่งผลให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

การตอบสนองอารมณ์หรือทางพฤติกรรมของบุคคลอื่นเมื่อเกิดอาการพบว่าบุคคลอื่นแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและทานยา มีโอกาเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ 94.5% ($B = -2.883, p < .05$) แสดงว่าถ้าบุคคลอื่นมีการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดีสามารถลดระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ดีเช่นกัน เมื่อผู้ป่วยบอกบุคคล

อื่นเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นถ้ากรณีที่บุคคลรอบข้างมีประสบการณ์หรือมีประวัติเป็นโรคหัวใจมาก่อนก็จะมีคำแนะนำหรือพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล แตกต่างกับการศึกษาของ Thuresson et al., (2007) พบว่าเกือบ 1 ใน 2 (45%) เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกบุคคลอื่นจะตอบสนองโดยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที เช่นเดียวกับการศึกษาของ AI-Hassan (2012) พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง (89.3%) เมื่อเกิดอาการครั้งแรกบุคคลอื่นพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที และประมาณ 40.1% แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและรับประทานยา

ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ) และปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ไม่สามารถทำนายโอกาสการเกิดความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Walsh, et al. (2004) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกกลัวต่อสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยรีบตัดสินใจในการมารับบริการที่โรงพยาบาลโดยทันที

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมีความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสัมภาษณ์ อาจจะทำให้ความรู้สึกละเลยในขณะเกิดอาการครั้งแรกไม่ได้ทั้งหมด (recall bias)

2. การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และรับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลภาคใต้ตอนบน อาจจะมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้อ้างอิงกับประชากรกลุ่มอื่นๆที่มีบริบทแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ถึงแม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้จะมีข้อจำกัดในการวิจัยแต่ผลดีของการวิจัยคือมีประโยชน์ในด้านการให้ความรู้สำหรับประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการตอบสนองด้านการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาจากการหายใจ ไม่คิดว่าเป็นอาการของโรคหัวใจ ผู้ป่วยจึงมีการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วยครั้งนี้ด้วยการพยายามผ่อนคลายหรือรับประทานยา มีผลให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลนานกว่า 30 นาที ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพลดลง พยาบาลเวชปฏิบัติควรจะมีการ

เน้นย้ำตั้งแต่เริ่มสังเกตมีอาการและควรให้ความสำคัญของการมารับบริการภายใน 30 นาที เพื่อที่จะสามารถป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการได้

นอกจากนี้การให้คำแนะนำหรือความรู้กับบุคคลรอบข้างของผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งเพราะมีผลต่อการมารับบริการที่โรงพยาบาลและเมื่อเกิดอาการสามารถนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้เคียงโดยเร็ว โรงพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีการจัดอบรมให้ความรู้กับประชาชนและวิธีการตอบสนองเมื่อเกิดอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ด้านการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และรับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลภาคใต้ตอนบน ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับ การตัดสินใจ การตอบสนองด้านอาการต่างๆ และ การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่มีการพัฒนามาจากบริบทต่างประเทศ บางข้อคำถามไม่สามารถสะท้อนได้ถึงบริบทของประเทศไทยจึงน่าจะมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าถึงกระบวนการตอบสนองต่ออาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาความต้องการในการส่งเสริมการรับรู้ และการตอบสนองต่ออาการของโรคหัวใจโดยออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมโดยเฉพาะการให้ความรู้ ความตระหนัก และความสำคัญในการมารับบริการที่โรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการอย่างทันทีทันใด และในประเด็นเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายกับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อให้เข้าใจถึงกระบวนการตอบสนองต่ออาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้ และการตัดสินใจมารับบริการ

FACTORS PREDICTING PRE-HOSPITAL DELAY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

WIYADA KHONGKAEW 5536331 NSCN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTIYA WATTHAYU, Ph.D. (NURSING),
DUANGJAI RATTANATHANYA, Ph.D. (POPULATION AND DEVELOPMENT),
SUPINDA RUANGJIRATAIN, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Cardiovascular disease is a chronic disease. It is an important public health problem and major cause of mortality worldwide in both developed and developing countries. One-six of the deaths are caused by cardiovascular disease. In developing countries, found death rates caused by cardiovascular disease is 28%, and 50% of these died within the first 30 minutes before arrive hospital (Saber, Adib-Hajbagher, & Zohreha, 2014). According to World Health Organization in 2016 found that deaths caused by coronary heart disease is 17.3 million people and will rise to 23 million in 2030. Frequent cause of death in cardiovascular disease is acute coronary syndrome in which half of the mortality rate is encountered outside the hospital. There are three clinical symptoms of acute coronary syndrome: unstable angina, ST-elevation myocardial infarction (STEMI) and non- ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) (Al-Hassan, 2012; Marcus, Prabhakaran & Gaziano, 2010). In particular, acute myocardial infarction (AMI) accounts for one-third of the main causes of mortality. AMI is, therefore, a priority requiring diagnosis and timely treatment, including proper angioplasty in order to reduce the mortality rate (Farshidi, et al. 2013; Gersh, Sliwa, Mayosi, & Yusuf, 2010). In the United States, over one million

new patients per year have AMI. It appears that AMI occurs every two seconds. For the incidence rate of heart disease during 2005-2009 in Thailand, 45% of acute mortalities were due to cardiovascular disease with 1,185 new patients admitted to hospital per day and approximately 470 patients per day had cardiac infarction with two deaths per hour (Kriangkrai Hengrassamee, 2012) and an increasing trend for mortality.

Suratthani Hospital is an 800-bed hospital serving the upper southern region and offering services on general and specific diagnosis and treatment as well as referred patients. The hospital's statistics during the fiscal years of 2008-2013 reveal patients with acute myocardial infarction coming for check-ups and treatment at rates of 630 (14.72%), 732 (17.08%), 781(18.25%), 680 (15.89%), 758(17.71%) and 699(16.33%), respectively (Information Department, Suratthani Hospital, 2013). In addition, the mortality rates during 2008-2012 were 18.63, 19.42, 22.46, 29.91 and 29.28 per 100,000 people (Bureau of Non-communicable Diseases, Department of Disease Control, 2013).

Pre-hospital delay becomes an important public health problem in patients with acute coronary syndrome because the aforementioned can affect the patients' lives and the trend for this disease is escalating. AMI is life-threatening. Although it occurs briefly, the patient can die. Delayed treatment is a key factor that can affect the patient. When assessed and diagnosed quickly, the treatment of acute coronary syndrome is effective, safe and beneficial for patients, while the mortality rate can be reduced (Taghaddosi, Dianati, Bidgoli, & Bahunaran, 2010; Wassana Ruaysoongnoen, 2012; Farshidi, Rahimi, Abdi, Salehi, & Madani, 2013).

It is a well-known fact that if patients with acute coronary syndrome are treated within a short time once symptoms occur, the treatment will be effective and death can be avoided. The ACC/AHA (2004) protocol for treatment of patients with coronary syndrome is as follows: the patient must decide to go the hospital within five minutes after having chest pains; the patient must arrive at the hospital within 30 minutes. Upon arrival at the hospital, the patient must be given fibrinolysis medication within 30 minutes (door-to-needle time), or percutaneous coronary intervention (PCI) within 90 minutes (door-to-balloon time). The 2012 standard Thai protocol for treating patients with acute myocardial infarction stipulates that EKG can be performed within

5-10 minutes once the patient arrives at the hospital and aspirin is given (162-325 mg), fibrinolysis medication is given within 30 minutes (door-to-needle time < 30 minutes), and percutaneous coronary intervention (PCI) is performed within 90 minutes (Central Chest Institute of Thailand, 2012).

The main goal in treating patients with acute coronary syndrome is to prevent the increased myocardial infarction and to treat life-threatening conditions in order to allow blood circulation to the heart muscles quickly. If the time from presenting symptoms to the patient's arrival to the hospital and administration of fibrinolysis medication is short, the treatment will be effective, safe and beneficial for the patient, while the chance for re-infarction can be reduced. (Wang, & Hsu, 2013; Angerud, et al., 2013).

Attention is given to pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome and studies of contributing factors have been conducted to prevent pre-hospital delays in patients with acute coronary syndrome. Delay times are calculated in hours and minutes; delays can also be divided into two stages, namely, patient delay and system delay. (Dianati, Mosavi, Hajibagher & Alavi, 2010; Wang, & Hsu, 2013)

Patient delay can be divided into three stages, namely, Stages I, II and III. Stage I is counted from when the patient begins to become aware of the chest pains until he/she decides to respond to the symptoms by, for example, calling for an ambulance or performing initial self-treatment. Stage II begins when the patient experiences chest pains for the first time until the patient calls for help from a family member or medical personnel, and Stage III begins from the time when the patient feels chest pains until the patient decides to travel to the hospital by either private car or ambulance. The time from onset of symptoms until first medical contact is pre-hospital delay. System delay begins from hospital admission until reperfusion therapy (Steg, James, Atar, Badano, Lundqvist & Borger, et al. 2012; Khraim, & Carey, 2009; Dianati, et al., 2010). Pre-hospital delay is the main reason for delay in reperfusion therapy. A patient's ability to recognize and acknowledge chest pains can reduce pre-hospital delay. (Farshidi, et al. 2013)

In the past, a variety of studies have been conducted on pre-hospital delay and the patient's behavior in treatment seeking. Furthermore, studies have been conducted using medical model orientation focusing on personal factors and patient

characteristics in predicting pre-hospital delay. For the most part, the present study used the Self-Regulation Model (SRM) for acknowledgement and awareness about treatment seeking and behavior modification for self- management or response to presenting symptoms. As a conceptual framework, the SRM supports self-management when threats occur to patients divided into acknowledgement when a threat occurs, problem management and outcome evaluation. SRM gathers information on health beliefs by using illness experience and available information, including external and internal factors such as population characteristics and clinical characteristics. The SRM has also been found to be used to explain pre-hospital delay in acute coronary syndrome patients (Dracup, et al. 1995; Dracup, et al. 2003; Tullmann, et al. 2007).

According to the literature review also revealed that characteristics of patients with acute coronary syndrome affecting pre-hospital delay could be divided into personal and social context factors, including gender, age, cognitive response factors, emotional response factors, behavioral response factors and the behavioral or emotional responses of others as key factors of the patients in responding to symptoms of acute coronary syndrome to reduce pre-hospital delay (Dracup et al, 1995; Dracup & Moser, 1997; Dracup et al, 2006).

For age, previous studies have indicated both disagreement and agreement with pre-hospital delay. However, most studies have revealed increasing age to affect pre-hospital delay. The study of Taghaddosi, et al, (2010) found the elderly to be more sensitive to presenting symptoms and to not understand that chest pain was related to myocardial infarction. Furthermore, patients over sixty years of age were slow in seeking hospital treatment, and most of them waited for chest pains to grow in intensity before seeking treatment.

For factors on gender, most studies have found females to have more experience in pre-hospital delay than men because female patients seek treatments and tolerate pain more than men. Furthermore, female patients do not believe the chest pain occurring are due to heart disease. Based on their experience with previous illnesses, most women (60%) believe the symptoms are related to breast cancer, and only 6% are afraid the chest pains were due to heart disease (Farshidi, et al., 2013).

Factors on the social context have also been found to be correlated with pre-hospital delay. According to Banks et al (2006), at symptom onset, 69% of patients are at home, 6% are at work, in the car, at a friend's house or in the park, and another 15% are elsewhere. Patients staying at home when chest pains occur have pre-hospital delays with statistical significance ($p = .009$), with a mean time of 4 hours 54 minutes. In addition, 30% of patients are alone when symptoms of acute coronary syndrome occur have pre-hospital delays with a mean delay of 4 hours 58 minutes.

Cognitive response is factor caused by the patient's interpretation and evaluation of situations, e.g. if a patient believes that chest pains are occurring due to acute coronary syndrome, the patient will respond to the symptoms. If, however, the patient does not recognize the symptoms of acute coronary syndrome, pre-hospital delay may result (Moser et al, 2006).

Affective or emotional response is the patient's emotional state when the patient encounters illness or threats. The patient will delay seeking services if the patient perceives that the illness he/she has is not severe. However, if past experience with illness causes the patient to believe the threat occurring is severe with a risk for death the patient will seek treatment to reduce the illness causing the patient to go to the hospital immediately (Lesneski, 2010).

As for behavioral response, patients with chest pain have been found to respond to the illness in a number of ways. If the patient believes the symptoms are due to stomach illness, the patient will take antacid medication then wait for the symptoms to subside. Behavioral response is due to perception, and perception about symptoms is very important. If the patient understands and perceives symptoms of acute coronary syndrome accurately, perceiving that the illness can be fatal, the patient may respond to the abnormality and go to the hospital without delay so death from the illness may be avoided. (Moser, 2006)

Behavioral or emotional responses of others as a response to the other person when a patient has symptoms of an acute myocardial infarction, which has recommended a number of ways, such as tried to comfort and took medicine. Maybe this is cause there are pre-hospital delays. But the study found that the vast majority. If someone responds to symptoms by calling the ambulance. Try to find a cure or a call for help from emergency medical services. To reduce delays in arrives at the hospital

(Banks, & Dracup, 2006; Thuresson et al., 2007). Behavioral or emotional responses of others are also varied depending on the perception of the individual. Bystanders are important to know and recognize the symptoms of acute coronary syndrome, it has to meet the appropriate behavior as well.

Pre-hospital delay is important because it can be fatal. Time is important for coronary syndrome as the patient may develop strong chest pains and even heart failure. Receiving medical care depends on the patient's decision. The effectiveness of treatment depends on how long it takes the patient to get to the hospital. The factors influencing pre-hospital delay include personal and social factors (gender, age, etc), cognitive response, emotional response, behavioral response and the behavioral or emotional response of others.

A number of factors are involved in pre-hospital delay, including age, gender, the patient's personal factors, the patient's family and other passers-by. In the past, pre-hospital delay received attention and has been studied in foreign countries, but the aforementioned studies are scarce in Thailand. The researcher, therefore, is interested in studying which factors are correlated with or able to predict pre-hospital delay, because such a study would help understand patient characteristics and response to symptoms by the patient, the patient's family and other people. The findings would also be beneficial for health personnel. Nurse practitioners play important roles in educating patients and their families about the symptoms of acute coronary syndrome, as doing so could reduce pre-hospital delay and the chance for mortality due to acute coronary syndrome.

Objective

To study the factors predicting pre-hospital delay, namely, personnel, social context, cognitive response, emotional response, behavioral response and emotional or behavioral responses of others, in patients with acute coronary syndrome.

Hypothesis

Factors such as personnel, social context, cognitive response, emotional response, behavioral response and emotional or behavioral responses of others can predict pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome.

Conceptual Framework

This research employed the Self-Regulatory Model of Dracup, et al. (2006) as the conceptual framework for the study. The concept was developed from the presenting symptoms and treatment seeking behavior of each individual, namely, past experience when health problems occur. The concept was applied to patients with acute coronary syndrome when the patients had chest pains or presenting symptoms of acute coronary syndrome. At symptom onset, the patients would modify their behavior and respond to the threat. These patients would learn and respond to threats by using past knowledge or experience and expressing their emotions with fear and anxiety with plans to respond to the threat occurring by seeking treatment, trying to control the symptoms or consulting with the people around them. These responses to threats could lead to pre-hospital delay. Key factors related to pre-hospital delay involving the patient, the patient's family and the patient's bystanders include personal factors, social contexts, cognitive responses, emotional responses, behavior responses of patients and the behavioral responses and emotional responses of bystanders, as shown in Figure 1.

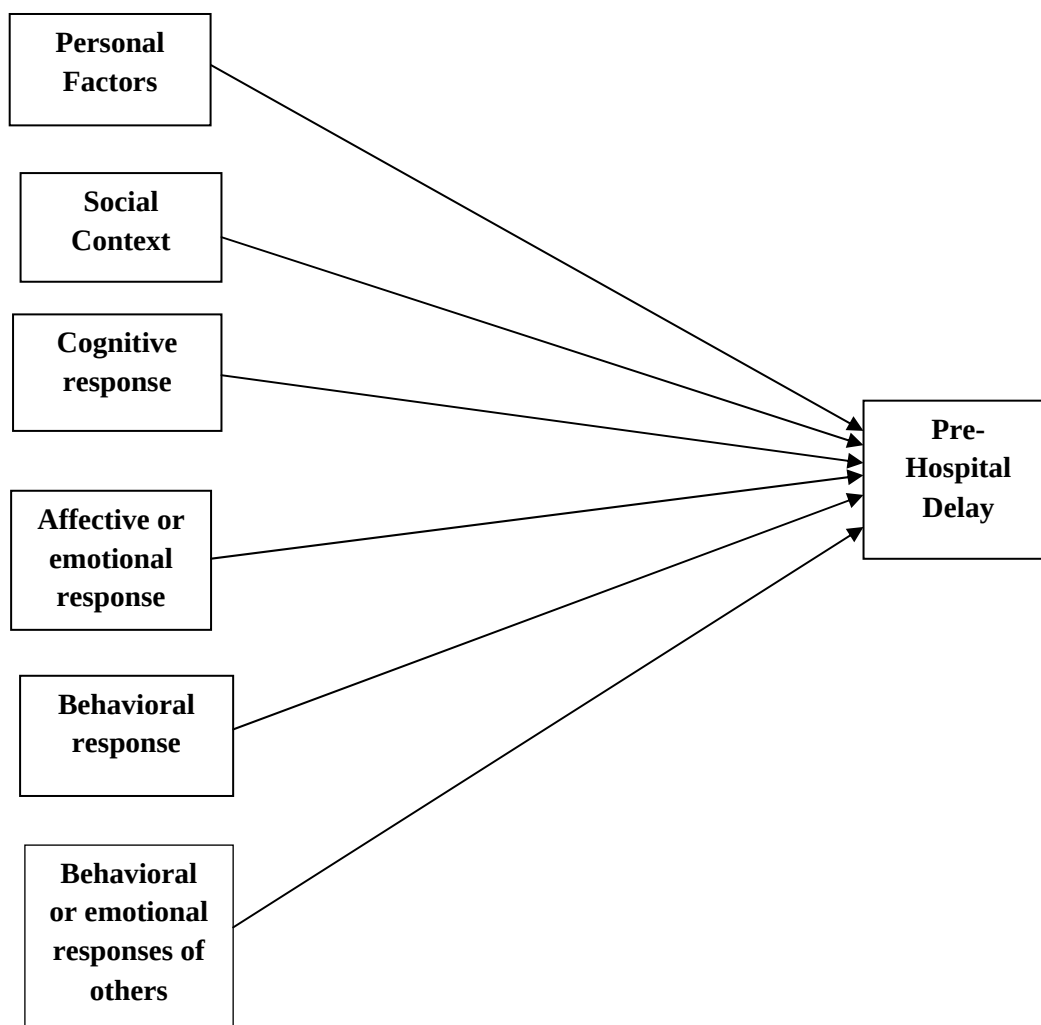


Figure 1 shows the conceptual framework for the study.

Methodology

The present study was based on a predictive correlation research design conducted to study predicting factors in terms of personal and social factors, cognitive response, emotional response, behavioral response, behavioral and emotional response of bystanders and pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome.

Population and sample group characteristics

The population in this study was composed of patients diagnosed with acute coronary syndrome treated at the Out-Patient Department of Suratthani Hospital. The subjects were selected by purposive sampling, and the sample group was composed of patients with acute coronary syndrome who came for scheduled check-ups after hospitalization for acute coronary syndrome for no longer than two months before the study.

Inclusion Criteria

1. Patients with acute coronary syndrome coming for check-ups following hospital admission with acute coronary syndrome no longer than two months before the study.

2. Age 18 years or older and ability to communicate in Thai.

3. For patients 60 years or older, MMSE scores must be as follows:

- Patients' inability to read or write, MMSE ≥ 15

- Patients with primary school education, MMSE ≥ 18 and up.

- Patients with education higher than primary school level had to have MMSE ≥ 23 and up in order to be selected for participation in the study. If, however, the patients had lower MMSE scores that failed to meet the criteria, they were not selected for participation in the study.

Exclusion criteria

1. Patients in critical condition, e.g. having chest pains, perspiration, palpitations, high blood pressure, etc.

2. Patients diagnosed to have psychiatric disorders.

Instrumentation

The interview forms and patient's medical records were divided into the following two parts:

Part 1 - Personal data and history of illness interview form containing eight questions on gender, age, status, educational attainment, mean family income, history of illness, vehicles used for transportation, and distance to hospital.

Part 2 - Response to symptom Questionnaire of Dracup et al (1997) (approval granted). The researcher had the questionnaire translated into Thai and back translation was also performed. The content was verified for its close resemblance to the English original. The questionnaire contained 14 questions: three 1-answer-multiple-choice questions on experience and perception as well as symptom management of the patient and other people composed of social context, questions on venues and people; ten questions on cognitive response involving the symptoms of acute coronary syndrome (two multiple-choice questions and eight 5-level Likert scale questions from "Absolutely agree" to "Absolutely disagree"); three questions on emotional response (5-level Likert scale from "Absolutely agree" to "Absolute disagree"), and one fill-in-the-blank question on level of pain, behavioral response and behavioral or emotional response of others (one answer-multiple-choice question, and questions on time duration from symptom occurrence to decision to receive treatment until arrival at the hospital. Data was collected from medical records. In this study, the patient's time to services ≤ 30 minutes meant no pre-hospital delay and vice versa.

Protection of Rights

In the present study, the researcher conscientiously protected the rights of the sample group. The researcher protected the patients' rights by submitting the study to the consideration of the Institutional Review Board (IRB), Mahidol University, and the Research Ethics Committee, Suratthani Hospital, Suratthani Province. Once approval had been granted to conduct the research, the researcher began collecting data by meeting with the sample group and explaining to them about the research project and objectives. Next, the researcher asked the recruits to sign informed consent forms. The sample group was allowed to resign from participating in the study with no requirement to offer any reason and no effects on treatment. Data collection took approximately 30-40 minutes and the information was kept classified with use related to the present study only. No individual information was disclosed to the public. Data analysis has only been presented from an aggregate perspective.

Data Analysis

Data analysis was performed by SPSS program version 18.0 (statistical package for social science) using descriptive statistics, Pearson's Correlation Coefficient and logistic regression analysis.

Findings

1. For sample group characteristics on the 148 patients with acute coronary syndrome, 64.2% were males age 35-73 years old with a mean age of 53.59 years old (SD = 7.89), married and cohabiting with spouses (79.1%), primary school educational attainment (60.1%), mean income of 5001 - 10,000 (31.1%), had hypertension as a co-morbidity (45.3%), came to the hospital by private car (90.5%) and only 7.4% used ambulance services.

2. For pre-hospital delay, approximately two in three (64.9%) patients with acute coronary syndrome were found to have delayed pre-hospital services (>30 minutes). Approximately one in three (35.1%) patients did not have delayed pre-hospital services, mean = 120 minutes, median = 60 minutes and minimum time = 5 minutes, and maximum time = 1,480 minutes.

3. Responses to symptoms

3.1 For social context when symptoms first occurred, 79.1% of the patients were at home, nearly two-thirds of their homes were in rural surroundings (60.1%) and 43.9% of the patients were with their spouses.

3.2 For cognitive response, the findings on the cause of symptoms revealed that the patients thought that over one third of the symptoms occurring (37.8%) were due to respiratory problems, followed by food indigestion or stomach problems (31.1%). Only 20.3% thought the symptoms were due to heart problems. For cognitive response in terms of symptom severity, nearly one out of three (31.8%) thought the symptoms occurring were moderate (mean = 3.78, SD = 1.08). For reasons for pre-hospital delay, the top three most important reasons were "waiting for the symptoms to subside" (mean = 3.05, SD = 1.65), "the symptoms occurred on and off" (mean = 3.21, SD = 1.63), and "not knowing they were symptoms of heart disease" (mean = 3.72, SD = 1.64). Three reasons offered for pre-

hospital delay that were not important at all, namely, "embarrassed to receive help" (mean = 1.31, SD = .807), "not wanting to bother other people" (mean = 1.81, SD = 1.34), and "not aware of the significance of the symptoms" (mean = 2.48, SD = 1.55)". For cognitive response about knowledge concerning fibrinolysis medication, over half of the patients (60.1%) had never heard of the medication before, and 39.9% had heard of the medication before.

3.3 For emotional response, nearly half (44.6%) of the patients had no concerns at all (Mean = 2.27, SD = 1.33). The "pre-hospital delay due to fear of what may occur" was not important at all (mean = 1.85, SD = 1.29). Nearly one-third of the patients (34.5%) were able to moderately control the symptoms (mean = 3.29, SD = 1.19). 81.8% of the patients had high pain scores (mean = 8.12, SD = 1.93).

3.4 For behavioral response, 48% of the patients responded to the symptoms by telling someone, 20.3% by trying to relax and 17.6% by taking medication.

3.5 For emotional response or behavioral response of bystanders after the patient told them about the symptoms, nearly half (49.3%) of the responses were "taking the patients to the hospital", followed by "recommending the patients to rest and take medication" (16.9%) and "recommending the patients to see doctors" (11.5%).

4. Correlation between Variables

According to Pearson's Correlation Coefficients, three factors, namely, cognitive response, emotional response and behavioral response were correlated with pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome. Cognitive responses, namely, waiting for symptoms to disappear, unawareness of the significance, not knowing heart disease symptoms, and not wanting to bother bystanders were positively correlated with pre-hospital delay at low level ($r=.376, p < .01$; $r=.337, p < .01$; $r=.330, p < .01$; and $r=.309, p < .01$, respectively).

For behavioral response, trying to relax at symptom onset was positively correlated with pre-hospital delay at low level ($r=.219, p < .01$).

For emotional response, fear of what may occur was positively correlated with pre-hospital delay at low level ($r=.190, p < .05$).

5. Factors Predicting Pre-Hospital Delay in Patients with Acute Coronary Syndrome

Analysis results on factors predicting pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome revealed from an aggregate perspective that all factors were able to co-predict the risk for pre-hospital delay with statistical significance by 52.1% ($R^2 = .521$, $p < .05$). According to the findings, four factors were able to co-predict the risk for pre-hospital delay, namely, behavioral response: trying to relax at symptom onset (Odds = .35.566, $B = 3.571$, $p < .05$), social context: being with family members (spouse/other family members) when symptoms first observed (Odds = .041, $B = -.3.191$, $p < .05$), emotional factors or behavioral response of bystanders – bystanders' suggestion that the patient rest and take medication (Odds = .056, $B = -2.883$, $p < .01$), social context: being at home when symptoms first occurred (Odds=8.738, $B=2.168$, $p < .001$) and cognitive response: waiting for symptoms to subside (Odds = 2.722, $B=1.019$, $p < .01$).

Discussion

Of the 148 subjects, most of the patients with acute coronary syndrome were males (64.2%). This finding concurs with epidemiology data finding male patients to have more heart disease risk-prone behaviors than female patients. The above finding concurs with previous studies finding most patients with acute coronary syndrome to be males aged 53.59 years (the youngest was 35 and the oldest was 73); over half were older than 50 years old (Suweena Bawplian, 2011; Wu, Mose, Riegel, McKinley & Doering; Mussi et al, 2014); 28.4% had at least one co-morbidity. Nearly half of the patients (45.3%) had hypertension as a co-morbidity, possibly due to the fact that acute coronary syndrome is mostly caused by the patient's previous chronic diseases such as hypertension or hyperlipidemia which are the reason for their blood vessels to harden or clogged, thereby resulting in reduced blood supply to the heart. Hence, these patients have presenting symptoms of coronary syndrome. In all, 60.1% of the sample group had primary school educational attainments; nearly one-third (31.1%) had mean incomes of 5,000-10,000 baht because most of them resided in rural areas with low educational opportunities. In addition, most people in the

Province of Suratthani are farmers and rubber tree growers who have low and uncertain incomes. For transportation, 90.5% of the sample group travelled to the hospital by private car. Only 7.4% used ambulance services due to mountainous geography that was a barrier for long distance travelling to the hospital, low number of ambulance vehicles and sparse service coverage in Suratthani Province and nearby provinces.

Correlations between Factors Studied and Pre-Hospital Delay in Patients with Acute Coronary Syndrome

Cognitive response was positively correlated with pre-hospital delay. This finding can be explained in that the patients did not have knowledge and understanding about the symptoms of acute corona syndrome and the symptoms occurred sporadically. Hence, the patients waited to see if the symptoms would subside. This concurred with the study of Banks et al (2006) which found patients to be unable to tell that the symptoms occurring were due to acute coronary syndrome, thereby resulting in pre-hospital delay because the patients waited to see if the symptoms would subside before deciding to go to the hospital, and they did not want to bother other people. The above finding concurred with the study of Jasser (2011) which found that pre-hospital delay was due to the patients' not wanting to bystanders and wanted to wait till morning to seek treatment. In addition, the patients were not aware of the significance of the symptoms. This was in accordance with the study of Nouredine et al (2008) which found patients' unawareness of the significance of the symptoms occurring to be positively correlated with pre-hospital delay with statistical significance ($r = .31, p < .001$).

Factors predicting pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome

According to the analysis on factors predicting pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome, an aggregate view of the factors in the study indicates an ability to co-predict the risk for pre-hospital delay with statistical significance by 52.1% ($R^2 = .521, p < .05$). Four factors were able to co-predict pre-hospital delay, namely, social context, cognitive response, behavioral response and

behavioral and emotional responses of bystanders. Social context was divided into the following two variables: "the patient was with family when symptoms first observed (spouse/other family members)" ($B = -3.191$, $p < .05$) and "the patient was at home at symptom onset" ($B = 2.168$, $p < .001$). For cognitive response in terms of perception, the reason for pre-hospital delay was due to the patient's waiting to see if the symptoms would subside ($B = 1.019$, $p < .01$). For behavioral response, the patients tried to relax at symptom onset ($B = 3.571$, $p < .05$). For behavioral or emotional response of bystanders, bystanders recommended the patient to rest and take medication at the onset of symptoms ($B = -2.883$, $p < .01$).

The findings revealed that social context was able to predict the risk for pre-hospital delay, e.g. being with family (spouse/ other family members) at symptom onset were able to prevent/reduce pre-hospital delay by 95.9% ($B = -3.191$, $p < .05$) comparing to being with other people. This could be explained that when the symptoms first occurred, if the patient was with family members, pre-hospital delay could be avoided. The abovementioned finding concurred with the study of Eshah (2013) who found pre-hospital delay to be preventable at symptom onset if the patient was with a spouse because they would feel stressed and worried about the symptoms that occurred, and being at home at symptom onset in comparison to being elsewhere was able to predict pre-hospital delay by 8.78 times ($B = 2.168$, $p < .001$). Accordingly, if the patient is at home during symptom onset, there will be a pre-hospital delay. It is also possible, patients could not ask for help from other people that when the patient was at home alone. This concurred with the study of Banks et al., (2006) which found that approximately one in three (30%) of the time at symptom onset and the patient was alone was approximately 3.50 hours until the patient received treatment, thereby resulting in pre-hospital delay with statistical significance ($p = .02$).

Cognitive response in terms of acknowledgment of reason for pre-hospital delay due to waiting for the symptoms to disappear could predict the risk for pre-hospital delay by 2.77 times ($B = 1.019$, $p < .01$). If the patient acknowledged the symptom characteristics of acute coronary syndrome, they would be able to make timely decision to go to the hospital (Lesneski, 2010). However, the symptoms occurred sporadically and they were similar to symptoms of fainting, breathing difficulty so the patient could not tell them apart from one another, thereby resulting in

pre-hospital delay. This concurred with findings of the study conducted by Nouredine et al (2008) which revealed that presenting symptoms were similar to breathing difficulty and they occurred sporadically. Hence, the patients recognized the symptoms as not severe, resulting in pre-hospital delay with statistical significance ($r = .350$, $p < .001$). The above finding concurred with the study of Al-Hassan (2012) which found cognitive response to be able to predict pre-hospital delay with statistical significance ($F = 2.1$, $p = .01$). If a patient had good cognitive response and was able to manage the threat, e.g. by making timely decision to seek help from other people, pre-hospital delay could be reduced, depending on the cognitive process, decisions made and understanding about symptoms characteristic of acute coronary syndrome.

Behavioral response occurred by trying to rest at symptom onset, which contributed to the patient's pre-hospital delay by 35.57 times ($B = 3.571$, $p < .05$). The aforementioned can be explained in that if the patients responded behaviorally by trying to rest at symptom onset, the patient's trip to the hospital would be delayed. Acute coronary syndrome is a threat would elicit different responses when occurring with different people. The above finding concurred with the study of Nouredine et al (2008) which found nearly one in four patients (20%) to respond to symptoms by trying to relax and gave themselves initial treatment at symptom onset; then they would seek help from emergency medical services. Later on, Nouredine et al (2008) conducted a study on response to heart disease, and found nearly one in three patients (34.7%) to have behavioral responses by trying to relax, thereby resulting in pre-hospital delay.

For the emotional response or behavioral response of others at symptom onset, the suggestion of bystanders to rest and take medication caused the patient to be at risk for pre-hospital delay by 94.5% ($B = -2.883$, $p < .05$). Hence, if bystanders responded well to the onset of symptoms, pre-hospital delay could be reduced. When the patient told bystanders about their symptoms, if the bystanders were experienced or had history of heart disease, they would recommend the patient to go to the hospital or take the patient to the hospital. The above finding differed from the study of Thuresson et al (2007) who found nearly one in two bystanders (45%) to respond by taking the patient to the hospital immediately when patients developed chest pains. The aforementioned finding concurred with the study of Al-Hassan (2012) who found

over half (89.3%) bystanders to take the patient to the hospital immediately when the patient had symptoms for the first time, and approximately 40.1% of the bystanders would suggest that the patient rest and take medication.

According to the findings of the present study, personal factors (age, gender etc) and emotional response were not able to predict pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome, a finding that concurred with the study of Walsh et al., (2004) which stated that fear of threats caused patients to make hasty decisions to come and receive treatment at the hospital.

Research Limitations

1. In the present study data was collected from past events. It is possible that the subjects might have made errors in their responses to the interviewing forms due to an inability to recall all of their feelings at symptom onset (recall bias).

2. Since this research was conducted specifically in the sample group receiving services at Suratthani Hospital and referred from hospitals in the upper southern region of Thailand, there are potential limitations in using the research findings as reference for other groups of populations with contexts differing from the sample group in this study.

Recommendations

Nursing Practice

Although there were limitations, one benefit of the research is that it educates people. Most patients have cognitive responses that the symptoms occurring are due to breathing problems and not heart disease. Thus, they respond to the symptoms by trying to relax or taking medications, resulting in over 30-minute delays before the patient's treatment in addition to less efficient treatment. Therefore, nurses should focus on the time of symptom observation and pay attention to the patient's receipt of treatment within 30 minutes in order to prevent pre-hospital delay.

Furthermore, giving instructions or educating the patient's bystanders would be extremely beneficial because it can affect the patient's access to hospital services. Moreover, at symptom onset, the patient could be rapidly sent to a nearby hospital. The nurses should also educate the people on how to respond to acute coronary syndrome to enable bystanders to respond to the symptoms properly and suitably.

Nursing Research

Qualitative research should be conducted to raise understanding about decision-making and responses to symptoms. In addition, the study employed instrumentation developed in the contexts of foreign countries where certain questions do not reflect the context of Thailand. Thus, qualitative research should be conducted in order to gain access to the processes of responses to symptom onset. Furthermore, studies should be conducted on the need to promote cognitive response to heart disease symptoms with program suitably designed, especially in terms of the education, acknowledgement and significance of timely hospital services. And more studies on the issue compare the differences between males and females with delays in pre- hospital delays. To understand the process of responding to the symptoms that occur and the decision to seek.

รายการอ้างอิง

- เกรียงไกร เสงศรีสมิ. (2555). สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST Elevation ในประเทศไทย. สถาบันโรคทรวงอก.
- จินตนา ตั้งมั่น. (2555). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 มีนาคม-สิงหาคม 2555.
- ฐาปณีย์ น้ำเพชร. (2549). บทบาทพยาบาลในการคัดกรองดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือด. วารสารการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2549.
- คำรัส ตรีสุโกศล. (2554). ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด (*Cardiac Emergencies*). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- นิตยา พันธุ์เวทย์ และ หทัยชนก ไชยวรรณ. (2557). ประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจโลก ปีพ.ศ. 2557. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. <http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease>. Retrieved July 2015.
- นิธิ มหานนท์. (2543). กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (*Acute Myocardial Infarction*). กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮาส์.
- นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ. (2010). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *Journal of Nursing Science*, 28(2), 49-57.
- เป็น รักเกิด. (2550). การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พิมพา เทพวัลย์. (2011). การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 111-119.
- พัชราภรณ์ อุ่นเต๊ะ. (2554). โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. รายงานฉบับสมบูรณ์, สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

- วาสนา รวยสูงเนิน. (2555). การรับรู้อาการและการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(2), 89-97.
- สถาบันโรคทรวงอก. (2555). http://www.cdi.thaigov.net/cdi/folder_a/folder_f/1aa.pdf. Retrieved July 2015
- สุวิณา เบาะเปลี่ยน. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สิทธิการรักษาพยาบาล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 12, 84-90.
- หัตถยา ประสิทธิ์ดำรง. 2553. Pathogenesis and risk factors of coronary artery disease. ปรึกษาเอื้อโรจนอังกูร (บรรณาธิการ), ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์: กรุงเทพฯ
- Al-Hassan, M, A. (2012). The significance of cognitive representation of symptoms of acute coronary syndrome and coping responses to the symptoms in predicting prehospital delay in Omani patients. *Journal of Research in Nursing*, 0(0). 1-12.
- Angerud, K., H, Brulin, C., Naslund, & Eliasson. (2013). Longer pre-hospital delay in first myocardial infarction among patients with diabetes: an analysis of 4266 patients in the Northern Sweden MONICA Study. *BMC Cardiovascular Disorders*. 13(6), 1471-2261.
- Antman. E. M., Anbe, D. T., Armstrong, P. W., Bates, E. R., Green, L. A., & Hand, M., et al. (2004). ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction-Executive Summary. *American Heart Association*, 110, 588-636.
- Banks, A. D., & Dracup, K. (2006). Factors associated with prolonged prehospital delay of African Americans with acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 15(2), 149-157.
- Baxter, S. K., & Allmark, P. (2013). Reducing the time-lag between onset of chest pain and seeking professional medical help: a theory-based review. *Medical Research Methodology*. 1471-2288.
- Brokalaki. H., Giakounmidakis. K., Fotos. N. V., Galanis. P., Patelarou, & Siamaga. E., et al. (2011). Factors associated with delayed hospital arrival among patients with acute

- myocardial infarction: a cross-sectional study in Greece. (2011). *International Nursing Review*. 470-477.
- Buckley, T., McKinley, S., Gakkagher, R., Dracup, K., Moser, D.K., & Aitken, L.M. (2007). The effect of education and counseling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 105-111.
- Davis., Kim K, Kokoszka M, Larson T, Puppala V, Setterlund L, et al.(2012).*Health care guildline Diagnosis and Treatment of Chest Pain and Acute Coronary Syndrome*.Institute for Clinical System Improvement.
- Dianati M, Mosavi G, Hajibagher A and Alavi N. (2010).Thepre-hospital delay in seeking treatment in patients with acute myocardial infarction referring to a central hospital in KASHAN, IRAN.*Indian Journal of Medical Sciences*, 10(64), 448-454.
- Dracup, K., & Moser, D. K. (1997). Beyondsocio-demographics: Factors influencing the deision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. *HEART & LUNG*, 26(4), 253-262.
- Dracup K., Moser, D. K., Eisenberg M., Meischk. H., Alonzo. A. A., &Braslow, A. (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms.*Social Science Medicine*, 40(3), 379-391.
- 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. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 21(3), 186-193.
- Eshah, N. F. (2013). Seeking Medical Attention Among Jordanian Patients With Acute Myocardial Infarction.*Ist Annual International Interdisciplinary Conference*, 753-761.
- Farshidi, H., Rahimi, S., Abdi, A., Salehi, S., &Madani, A. (2013). Factors associated with pre-hospital delay in patientswithacute myocardial infarction. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 312-316.
- Fukuora, Y., Dracup, K., Rankin, S. H., Froelicher, E. S., Kobayashi, F., & Hirayama, H., et al. (2005).Prehospital delay and independent/interdependent construal of self among

- Japanese patients with acute myocardial infarction. *Socail Science & Medicine*, (60), 2025-2034.
- Gartner, C., Walz, L., Bauemschmitt, E., & Ladwig, K. H. (2008). The causes of prehospital delay in myocardial infarction. *Deutsches Arzteblatt Internationnal*, 105(15), 286-291.
- Gersh, B. J., Sliwa, K., Mayosi, B. M., & Yusuf, S. (2010). The epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications. *European Heart Journal*, 31, 642-648.
- Hamm, C. W., Bassand, J. P., Agewall, S., Bax, J., Boersma, E., & Bueno, H., et al. (2011). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 32, 2999-3054.
- Henriksson, C., Larsson, M., Arnetz, J., Berglin-Jarlov, M., Herlitz, J., Krlsson, J. E., et al. (2011). Knowledge and attitudes toward seeking medical care for AMI-symptoms. *International Journal of Cardiology*, 147, 224-227.
- Hwang, S. Y., Ryan, C., & Zerwic, J. J. (2006). The influence of age on acute myocardial infarction symptoms and patient delay in seeking treatment. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 21, 20-27.
- Jasser, S. A. (2011). Assessment of factors associated with prehospital delay of patients with acute myocardial infarction. *Iraqi National J. for Nursing specialties*, 24(1), 37-44.
- Johnsson, I., Stromberg, A., & Swahn, E. (2004). Factors related to delay times in patients with suspected acute myocardial infarction. *HEART & LUNG*, 33(5), 291-300.
- Khrain, F. M., & Carey, M. G. (2008). Predictors of pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 75, 155-161.
- Leventhal, H., Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Educ Cuns*, 10(2), 117-138.
- Lesneski, L. (2010). Factors influencing treatment delay for patients with acute myocardial infarction. *Applied Nursing Research*, 23, 185-190.
- Lesneski, L., & Morton, L. (2000). Delay in seeking treatment for acute myocardial infarction: Why?. *Journal of Emergency Nursing*, 26(2), 125-129.
- Marcus, J. S., Prabhakaran, D., & Gaziano, T. A. (2010). Pre-hospital ECG for acute coronary syndrome in urban India: A cost-effectiveness analysis. *BioMed Central*.

- McGinn, A. P., Rosamond, W. D., Goff, D. C., Taylor, H. A., Miles, J.S., & Chambless. (2005). Trends in prehospital delay time and use of emergency medical services for acute myocardial infarction: Experience in 4 US communities from 1987-2000. *American Heart Journal*, 150(3), 392-400.
- McKinley, S., Aitken, L. M., Marshall, A. P., Buckley, T., Baker, H., & Davidson, P. M., et al. (2011). Delays in presentation with acute coronary syndrome in people with coronary artery disease in Australia and New Zealand. *Emergency Medicine Australia*, 23, 153-161
- Morgans, A. E., Archer, F., & Allen. (2008). Patient Decision Making in Prehospital Health Emergencies: Determinants and Predictors of Patient Delay. *Journal of Emergency Primary Health Care (JEPHC)*, 6(3).
- Moleerergpoom, W., Kanjanavanit, R., Jintapakorn, W., Sritara, P. (2007). Costs of payment in Thai acute coronary syndrome patients [Abstract]. *J Med Assoc Thai*, 90, Suppl 1, 21-31.
- Momeni, M., Salari, A., Shafighnia, S., Ghanbari, A., & Mirbolouk, F. (2012). Factors influencing pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction in Iran. *Chinese Medical Journal*. 125(19), 3404-3409.
- Moser, D. K., Kimble, L.P., Alberts, M.J. Alonzo, A., Croft, J. B., Dracup, K., et al. (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. (2006). *American Heart Association*, 23(4), 168-181.
- Moser, D. K., McKinley, S., Dracup, K., & Chung, M. L. (2005). Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient Education and Counseling*, 56, 45-54.
- Mussi, F. C., Mendes, A.S., Queiroz, L. T., Costa, S. A., Pereira, A., & Caramelli, B. (2014). Pre-hospital delay in acute myocardial infarction: judgement of symptoms and resistance to pain. *Rev Assoc Med Bras*, 60(1), 63-69.
- Nguyen, H. L., Saczynski, J. S., Gore, J. M., & Goldberg, R.J. (2009). Age and Sex Difference in Duration of Prehospital Delay in Patients With Acute Myocardial Infarction A Systematic Review. *CircCardiovascQual Outcomes*, 82-92.

- Noureddine, S., Arevian, M., Adra, M., & Puzantian, H. (2008). Response to signs and symptoms of acute coronary syndrome: Differences between Lebanese men and women. *American Journal of Critical Care*, 17(1), 26-35.
- Noureddine, S., Froelicher, E. S., Sibai, M. A., Dakik, H. (2010). Response to a cardiac event in relation to cardiac knowledge and risk perception in a Lebanese sample: A cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, (47), 332-341.
- Ottesen, M. M., Diken, U., Torp-Pedersen, C., & Kober, L. (2004). Prehospital delay in acute coronary syndrome- an analysis of the components of delay. *International Journal of Cardiology*, 96, 97-113.
- Park, Y. H., Kang, G. H., Song, B. G., Chun, W. J., Lee, J. H., Hwang, S. Y., et al. (2012). Factors Related to Prehospital Time Delay in Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *J Korean Med Sci*, 8(27), 864-869.
- Perkins-Porras, L., Whitehead, D., Strike, P., C., & Steptoe, A. (2009). Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: Factors associated with patient decision time home-to-hospital delay. *Eur J Cardiovasc*, 8(1), 26-33.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-334.
- Saberi, S., Adib-Hajbaghery, M., & Zohreha, J. (2014). Predictors of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction in Kashan City. *Nurs Midwifery Stud*, 3(4), 1-6.
- Sari, L., Acar, Z., Ozer, O., Erer, B., Tekbas, E., Uce, E., et al. (2007). Factors associated with prolonged prehospital delay in patients with acute myocardial infarction. *Arch Turk Soc Cardiol*, 36(3), 156-162.
- Schlyter, M., Andre-Petersson, L., Engstrom, G., Tyden, P., & Ostman, M. (2011). The impact of personality factors on delay in seeking treatment of acute myocardial infarction. *BMC Cardiovascular Disorders*, 11(21), 1471-2261.
- Steg, G., James, S., Atar, D., Badano, L., Lundqvist, C., & Borger, M., et al. (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 33, 2569-2619.

- Sullivan, M, D., Ciechanowski, P, S., Russo, J, E., Soine, L, A., Keith, K, J., Ting, H, H., & Caldwell, J, H. (2009). Understanding why patients delay seeking care for Acute Coronary Syndromes. *American Heart Association*.
- Taghaddosi, M., Dianati, M., Bidgoli, J.G., & Bamonaran, J. (2010). Delay and its related factors in seeking treatment in patients with acute myocardial infarction. *ARYA Atherosclerosis Journal*, 5(4), 35-41.
- Thureson, M., Jarlov, M. B., Lindahl, B., Svensson L., Zedigh, C., & Herlitz, J. (2008). Factors that influence the use of ambulance in acute coronary syndrome. *American Heart Journal*, 156(1), 170-176.
- Tullmann, D, F., Haugh, K, H., Dracup, K, A., & Bourguignon, C. (2007). A randomized controlled trial to reduce delay in older adults seeking help for symptoms of acute myocardial infarction. *Research in Nursing & Health*, 30, 485-497.
- Vidotto, G., Bertolotti, G., Zotti, A. M., 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, 1174-1180.
- 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*.
- Walsh, J. C., Lynch, M., Murphy, A. W., & Daly, K. (2004). Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction An evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 67-73.
- Werf, F. V., Chair., Ardissino, D., Betriu, A., Dennis V., & Falk, C. E. (2002). Management of acute myocardial infarction inpatients presenting with ST-segment elevation. *European Society of Cardiology*, 24, 28-66.
- Wu, J. R., Mose, D.K., Riegel, B., McKinley, S., & Doering, L. V. (2011). Impact of Prehospital Delay in Treatment Seeking on In-Hospital Complications After Acute Myocardial Infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3), 184-193.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสัมภาษณ์สำหรับการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แบบสัมภาษณ์ ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับด้านบริบททางสังคม ตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองด้านอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่ _____

วัน/เดือน/ปี

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ ผู้ป่วยอาจมีอาการแตกต่างกันไปได้หลายรูปแบบ คำว่า “อาการ” ในที่นี้หมายถึงความรู้สึกใด ๆ ก็ตามอันผิดปกติหรือไม่ธรรมดา (อาทิ เวียนศีรษะ เจ็บหน้าอก เหนื่อยล้า อาหารไม่ย่อย)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย / หน้าคำตอบหรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ
☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี (จำนวนเป็นปีเต็ม)
3. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่
☐ หม้าย / หย่า / แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา ☐ ปวช./ ปวศ.
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
☐ น้อยกว่า 5,000 ☐ 5,001-10,000
☐ 10,001-15,000 ☐ 15,001-20,000
☐ มากกว่า 20,000

6. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ

☐ โรคหัวใจและหลอดเลือด	☐ เบาหวาน
☐ ความดันโลหิตสูง	☐ ไ้มน
☐ ไม่มี	☐ อื่นๆ ระบุ.....
7. ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาล

☐ รถยนต์ส่วนตัว ระบุ.....
☐ รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน/ รถพยาบาล ระบุ.....
☐ รถกู้ชีพ กู้ภัย
☐ รถโดยสารประจำทาง ระบุ.....
8. ระยะทางจากจุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลที่หนึ่ง.....กิโลเมตร
 ระยะทางจากโรงพยาบาลที่หนึ่งถึงโรงพยาบาลที่สอง.....กิโลเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองด้านอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น
คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย / หน้าคำตอบในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด (ข้อมูลการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด)

1. อาการแสดงครั้งแรกของคุณเกิดขึ้นเมื่อไหร่
 วันที่..... เวลา.....
 วัน เดือน ปี 24 ชม
2. ขณะสังเกตพบอาการเป็นครั้งแรกคุณอยู่ที่ไหน

☐ ที่บ้าน
☐ ที่ทำงาน
☐ ในรถ
☐ ไปเยี่ยมเพื่อนหรือญาติ
☐ ในที่สาธารณะ (เช่น ร้านอาหาร โรงภาพยนตร์ โรงละคร โรงแรม ที่ประชุม)
☐ อื่นๆ

3. สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- ☐ [] ชนบท
 - ☐ [] ในเมือง (อำเภอเมือง, เทศบาล)
 - ☐ [] ชานเมือง (ติดกับอำเภอเมือง)
4. ขณะสังเกตพบอาการเป็นครั้งแรก คุณอยู่กับใคร
- ☐ [] ลำพัง
 - ☐ [] กับสามี/ภรรยาหรือแฟน
 - ☐ [] กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ
 - ☐ [] กับเพื่อน
 - ☐ [] กับคนที่ทำงาน
 - ☐ [] อื่นๆ
5. เมื่อคุณบอกบุคคลอื่น (ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) เกี่ยวกับอาการของคุณ เขาตอบสนองอย่างไร (ตอบได้ข้อเดียวเท่านั้น)
- ☐ [] พวกเขาไม่พูดหรือทำอะไร
 - ☐ [] พวกเขาบอกข้าพเจ้าว่าไม่ต้องห่วง
 - ☐ [] พวกเขาพยายามปลอบข้าพเจ้า
 - ☐ [] พวกเขาแนะนำให้ข้าพเจ้าพักผ่อนและทานยา
 - ☐ [] พวกเขาแนะนำให้ข้าพเจ้าไปพบแพทย์
 - ☐ [] พวกเขาโทรหาศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินเพื่อขอความช่วยเหลือให้ข้าพเจ้า
 - ☐ [] พวกเขาพาข้าพเจ้าไปโรงพยาบาล
 - ☐ [] พวกเขาเป็นกังวล
 - ☐ [] ข้าพเจ้าไม่เคยบอกใครเกี่ยวกับอาการของข้าพเจ้า
6. เมื่อสังเกตพบอาการของตนเป็น ครั้งแรก ท่านใช้วิธีการตอบสนองด้านพฤติกรรมต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้
- ☐ [] ขอพรหรือสวดมนต์ให้หายเอง
 - ☐ [] พยายามผ่อนคลาย
 - ☐ [] แสร้งทำเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น
 - ☐ [] บอกใครบางคน
 - ☐ [] พยายามไม่คิดถึงอาการของตนเอง
 - ☐ [] รับประทานยา (เช่น ยาลดกรด, ไนเตรท, พาราเซตามอล)

- ☐ [] โทรศัพท์ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์
 - ☐ [] ลองรักษาด้วยตนเอง (เปลี่ยนท่า สมุนไพร ฯลฯ)
 - ☐ [] บอกใครสักคนที่อยู่ใกล้ (เพื่อน เพื่อนร่วมงาน คนแปลกหน้า ฯลฯ)
 - ☐ [] โทรศัพท์หาศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน
 - ☐ [] ไปโรงพยาบาลด้วยตนเองหรือให้ใครพาไปโรงพยาบาล
 - ☐ [] ขับรถไปโรงพยาบาลหรือคลินิก
7. เมื่อสังเกตพบอาการเป็น ครั้งแรก คุณคิดว่าอาการนั้นเกิดจากสาเหตุใด(ตอบได้ข้อเดียวเท่านั้น)
- ☐ [] หัวใจ
 - ☐ [] อาหารไม่ย่อยหรือปัญหาโรคกระเพาะ
 - ☐ [] ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (รวมถึงปวดหลัง ปวดไหล่ ฯลฯ)
 - ☐ [] ความเหนื่อยล้า
 - ☐ [] ไข้หวัดหรืออาการเจ็บป่วยที่คล้ายไข้หวัด
 - ☐ [] ปัญหาเกี่ยวกับฟัน
 - ☐ [] ปัญหาการหายใจ
8. เมื่อสังเกตพบอาการเป็นครั้งแรก คุณคิดว่าอาการเหล่านั้น รุนแรง แค่ไหน
- ☐ [] ไม่รุนแรงเลย
 - ☐ [] รุนแรงน้อย
 - ☐ [] รุนแรงปานกลาง
 - ☐ [] รุนแรงมาก
 - ☐ [] รุนแรงมากที่สุด
9. เมื่อสังเกตพบอาการเป็นครั้งแรก คุณกังวล (เสียใจหรือทุกข์ใจ) แค่ไหน
- ☐ [] ไม่กังวลเลย
 - ☐ [] กังวลน้อย
 - ☐ [] กังวลปานกลาง
 - ☐ [] กังวลมาก
 - ☐ [] กังวลมากที่สุด

10. คุณคิดว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมอาการแค่ไหน

- [] ไม่มีความสามารถเลย
 [] มีความสามารถน้อย
 [] มีความสามารถปานกลาง
 [] มีความสามารถมาก
 [] มีความสามารถมากที่สุด

11. ปัจจัยต่อไปนี้มี ความสำคัญ แค่ไหน ในการส่งผลให้คุณชะลอการรับการรักษาอาการต่างๆ คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย / หน้าคำตอบในช่องว่างหรือเติมคำที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

- 1 = ไม่มีความสำคัญเลย
 2 = มีความสำคัญน้อย
 3 = มีความสำคัญปานกลาง
 4 = มีความสำคัญมาก
 5 = มีความสำคัญมากที่สุด

สาเหตุ/ เหตุผลการชะลอการรับการรักษา	ไม่มี ความสำคัญ เลย	สำคัญ น้อย	สำคัญ ปาน กลาง	สำคัญ มาก	สำคัญ มาก ที่สุด
11.1 ต้องการรู้ว่าอาการเหล่านั้นหายไปหรือไม่					
11.2 อายุที่จะรับการช่วยเหลือ					
11.3 กลัวสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น					
11.4 อาการเหล่านั้นเป็นๆหายๆ					
11.5 ไม่ทราบว่าการเหล่านั้นเป็นอาการของโรคหัวใจ					
11.6 ไม่อยากรบกวนหรือทำให้ใครเดือดร้อน					
11.7 ไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจกำเริบ					
11.8 ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น					

12. คุณคิดว่าการไปโรงพยาบาลผู้ที่มีอาการของโรคหัวใจนั้นมีความสำคัญแค่ไหน
- [] ไม่มีความสำคัญเลย
- [] มีความสำคัญน้อย
- [] มีความสำคัญปานกลาง
- [] มีความสำคัญมาก
- [] มีความสำคัญมากที่สุด
13. จากระดับ 0 ถึง 10 โดยที่ 0 คือ “ไม่มีความเจ็บปวด” และ 10 คือ “ความเจ็บปวดรุนแรงที่สุดเท่าที่เคยรู้สึก” คุณมีความเจ็บปวดในระดับใด _____
14. คุณเคยได้ยินชื่อยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic) ที่บางครั้งมีการใช้ในโรงพยาบาลเพื่อหยุดอาการหัวใจเฉียบพลัน ด้วยการละลายลิ่มเลือดซึ่งเป็นสาเหตุของอาการหัวใจเฉียบพลันหรือไม่
- [] เคยได้ยิน
- [] ไม่เคยได้ยิน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ข้อมูลการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด จากเวชระเบียน)

1. ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการ จนมาถึงโรงพยาบาล

เวลาที่สังเกตพบอาการครั้งแรก เวลา.....วัน / เดือน / ปี

เวลาที่ท่านมาถึงโรงพยาบาล เวลา.....วัน / เดือน / ปี

(กรณีมีการส่งต่อ) เวลาจากโรงพยาบาลแรก.....จนกระทั่งถึงโรงพยาบาลที่สองเวลา.....

รวมระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงมาโรงพยาบาล.....

ภาคผนวก ข
คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
เอกสารชี้แจงข้อมูล / คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย นางสาววิยะดา คงแก้ว

สถานที่วิจัยคลินิกอายุรกรรมโรคหลอดเลือดและหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
สถานที่ทำงานหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ และโทรศัพท์บ้าน/ที่ทำงานของผู้วิจัย: โรงพยาบาล
วิภาวดี อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์ 081-0916223 ที่ทำงาน 077-292144
ผู้ให้ทุนไม่มี

ความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตหรือทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ การมารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยความรวดเร็วเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่ทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ แต่จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในการวางแผนการพยาบาลเพื่อใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เพราะ เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 114 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยประมาณ 40 นาที

* การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ โดยจะสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองด้านอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองพฤติกรรมและอารมณ์ต่อบุคคลอื่น จำนวน 14 ข้อและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จำนวน 1 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาทีถ้าท่านอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเมื่อเซ็นต์ใบยินยอมจะได้รับการชี้แจงการคัดกรองเกี่ยวกับความจำ หากมีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดจะได้เข้าร่วมการวิจัย

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัยที่อาจเกิดขึ้น คือ ท่านอาจรู้สึกเสียเวลา ในการตอบแบบสัมภาษณ์ เครียดหรือกังวลจากข้อคำถามบางข้อ ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามนั้นสามารถยุติการสัมภาษณ์และท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรับบริการที่ได้จากโรงพยาบาล

หากเกิดอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เป็นลม ขณะที่ท่านกำลังตอบแบบสัมภาษณ์ ท่านจะได้รับการช่วยเหลือ และรายงานให้แพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกรับทราบเพื่อให้ท่านได้รับการดูแลตามมาตรฐานของทางโรงพยาบาล

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆและจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆในการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลแบบสอบถามและข้อมูลการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยซึ่งข้อมูลของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม แต่ข้อมูลของท่านเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยหรือมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อดิฉัน นางสาววิยะดา คงแก้วได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ 081-0916223 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเลขที่ 2 ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม.10700 หมายเลขโทรศัพท์ 0 -2 419-7466-80 ต่อ 1500, 1503E-mail:nsirbnursing@diamond.mahidol.ac.th, ns.irbnursing@gmail.com หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....

ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Consent Form)**

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่

.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ

.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย⁽¹⁾ เรื่อง ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับ
บริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและ
ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิด
อันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้ง
ยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้⁽²⁾ :

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า (*) ข้าพเจ้า จะสามารถติดต่อกับ นางสาววิชะดา คงแก้ว ที่เบอร์โทรศัพท์
081-0916223 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้า(*) ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ที่ **คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล** ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
หมายเลข โทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500,1503 E-mail : nsirbnursing@mahidol.ac.th,
ns.irbnursing@gmail.com ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้าน
ประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ
โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต (ทั้งนี้
ให้พิจารณาผลกระทบตามบริบทที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับ) และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัว
ของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็น
ข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้
โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้า
โครงการวิจัย

(นางสาววิยะดา คงแก้ว)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วม
การวิจัยคือพยาน

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : หากผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์) ให้เปลี่ยนข้อความตรงที่
ตำแหน่ง 1, 2

และสรรพนามข้าพเจ้าตรงเครื่องหมาย * ดังนี้

- (1) ขอแสดงเจตนายินยอมให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัย
 - (2) ข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
- * เด็กในปกครองของข้าพเจ้า

ภาคผนวก ค

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

- 1.เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



CERTIFICATE OF APPROVAL

From

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

COA No.IRB-NS2014/245.3007

Title of Project: FACTORS PREDICTING PRE-HOSPITAL DELAY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Project Number: IRB-NS2014/33.0306

Principle Investigator: Wiyada Khongkaew

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes
1) IRB-NS Submission form version received date 21 July 2014
2) Participant Information sheet version date 21 July 2014
3) Consent form version date 3 June 2014
4) Questionnaire version received date 3 June 2014

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 30 July 2014

Date of Expiration: 29 July 2015

Signature of Chair:

Pornsri Sriussadaporn.

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing

Fongcum Tilokkulchai

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokkulchai)

Dean, Faculty of Nursing



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้วิจัย คือ นางสาววิยะดา คงแก้ว

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ ๒๑ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

ลงชื่อ

(นายดามพ์ มุกต์มณี)

นายแพทย์ ระดับชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(นายอดิเกียรติ เอี่ยมวรนิรันดร์)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ ๒๖/๒๕๕๗

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐
โทร. (๐๗๗) ๒๗๒๒๓๑ ต่อ๒๔๖๔, โทรสาร (๐๗๗) ๒๘๓๒๕๗

ภาคผนวก ง
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาสาธิต

25/25 ถ.พุทธมณฑลสาย 4 ต.ศาลายา

อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

โทร 0 2441 4125*311,312 โทรสาร 0 2441 0177

ที่ ศธ 0517.02 (คย)/0970

วันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ด้วย น.ส.วิยะดา คงแก้ว เลขประจำตัว 5536331 NSCN/M หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (หลักสูตรปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” อยู่ในความควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา วัฒนา ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์ขอเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยส่งแบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยส่งแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ณ คลินิกอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดและหัวใจ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2557 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2557

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายการคลังและพัสดุ

ปฏิบัติงานแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา วัฒนา

โทร 02-419-7466-80 ต่อ 1858, 1850 e-mail : nuntiya_wat@mahidol.ac.th

ติดต่อนักศึกษา 081-091 6223 e-mail : aoy_tomorrow@hotmail.com

ภาคผนวก จ
เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

5/14/2015 Outlook.com - aoy_tomorrow@hotmail.com

RE: contact for Studying(Request instrument permission) Please

 **Dracup, Kathleen** (kathleen.dracup@nursing.ucsf.edu)
ถึง: aoy tomorrow

Of course, you are most welcome to use it.

Best of luck in your studies,

Kathy Dracup

From: aoy tomorrow [mailto:aoy_tomorrow@hotmail.com]
Sent: Thursday, December 05, 2013 10:52 PM
To: Dracup, Kathleen
Subject: contact for Studying(Request instrument permission) Please

Dear Professor Dracup

My name is Wiyada Khongkaew, the Master degree of nursing student at Mahidol University in Bangkok, Thailand.

My thesis is the study of Factors Associated with Delay Hospitalization Among Patients'with Acute Myocardial Infarction.

I have chance to review literature and I feel very interested in Response to Symptoms Questionnaire, I would like to ask for you

permission to use this instrument in my thesis.

I hope you will agree for permission, Please. I am looking for forward from your reply. Thank you very much for your kindness.

Yours sincerely

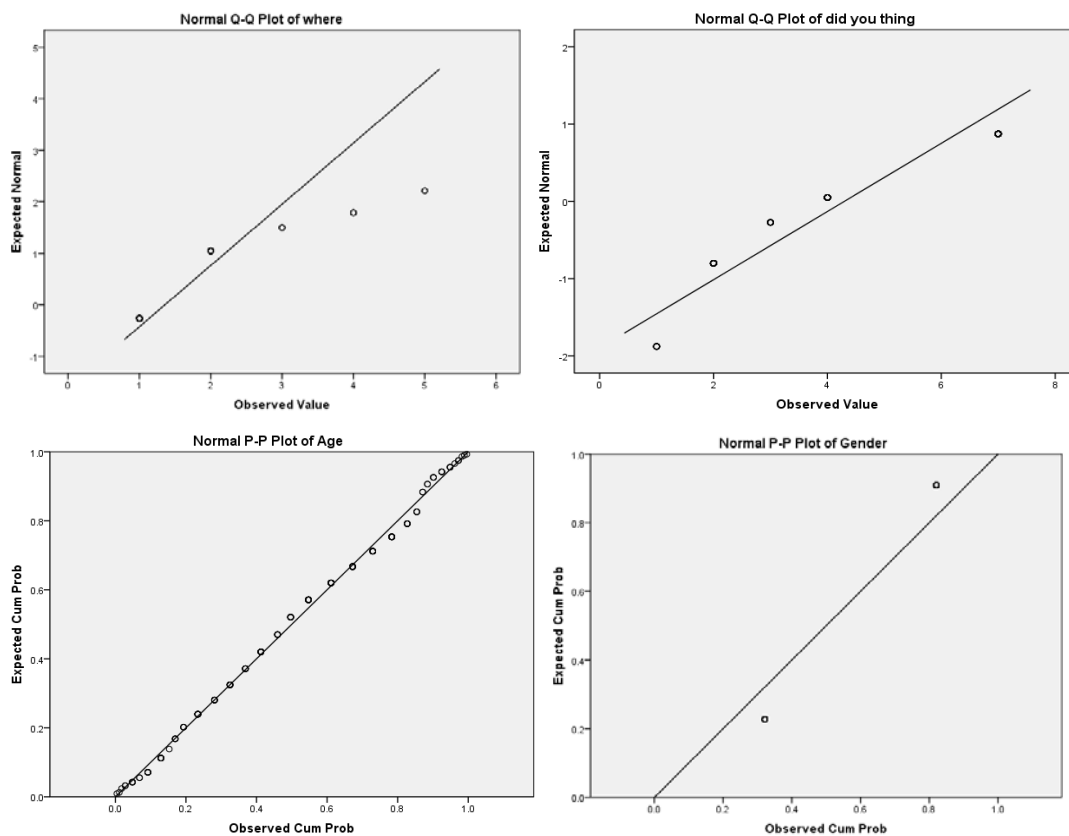
Miss Wiyada Khongkaew

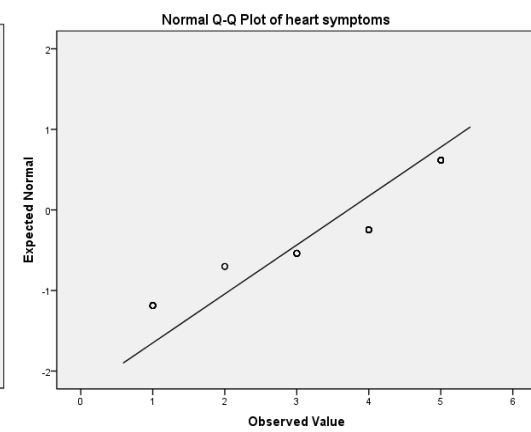
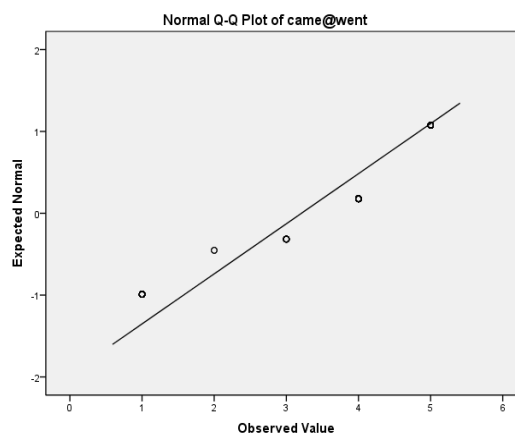
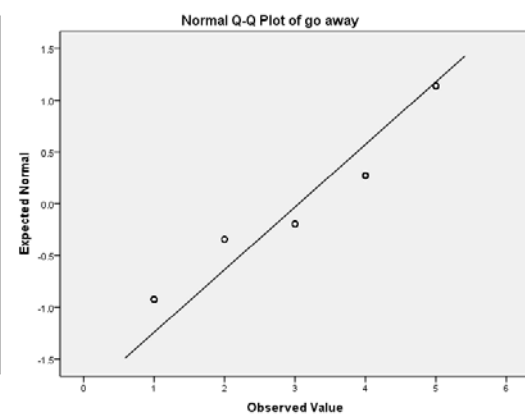
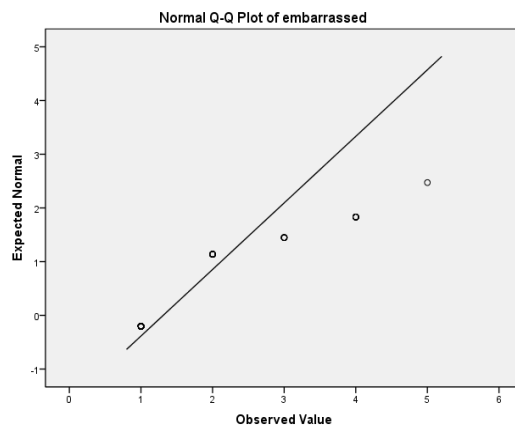
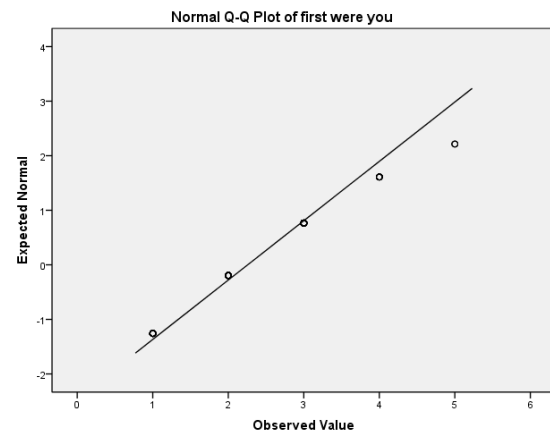
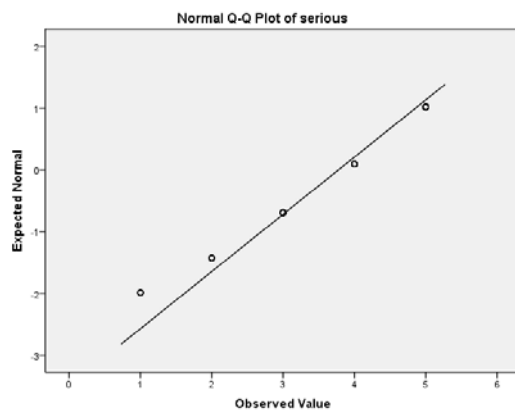
data:text/html;charset=utf-8,%3Cdiv%20class%3D%22rmTop%20_mbgc%22%20style%3D%22line-height%3A%2019.9935989379883px%3B%20positio... 1/1

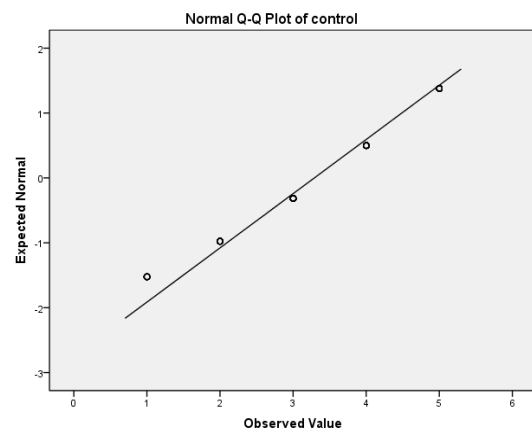
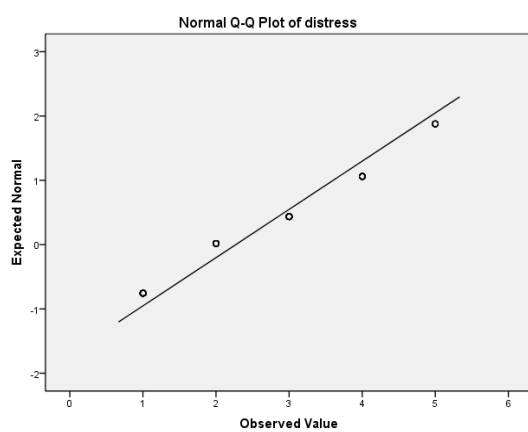
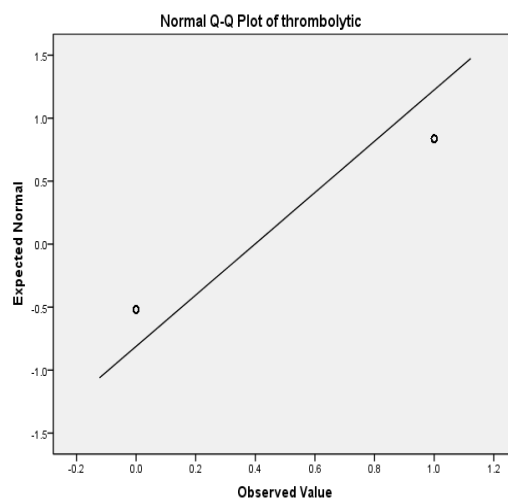
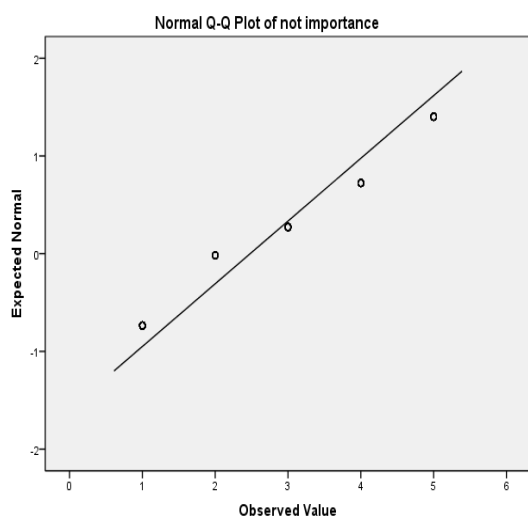
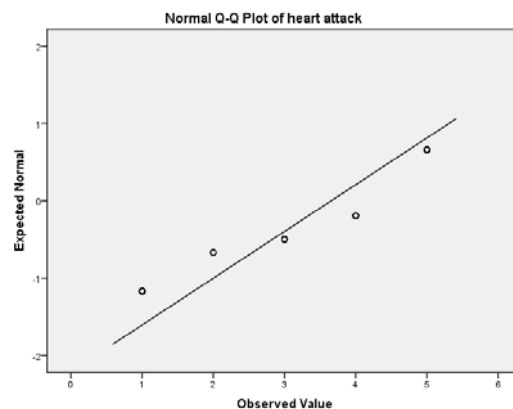
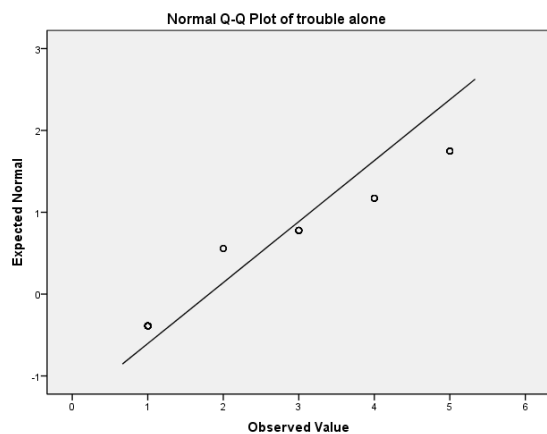
ภาคผนวก ฉ

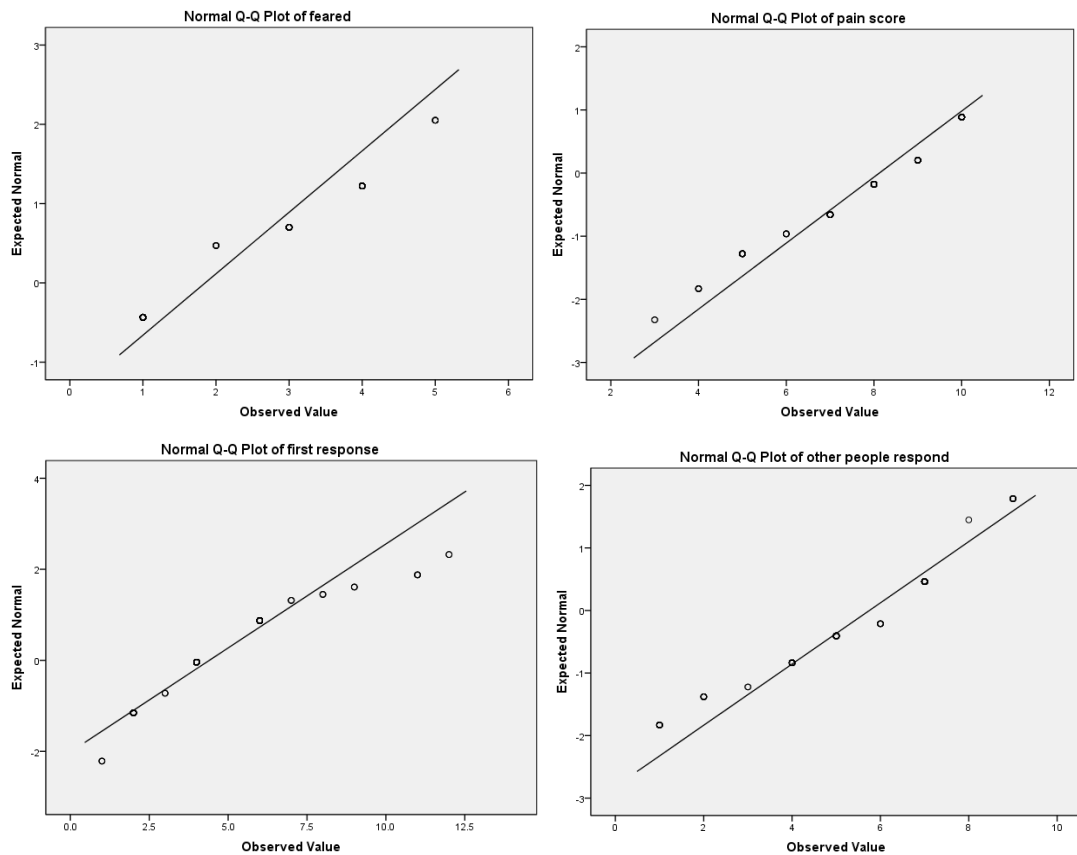
การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์

1. ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลซึ่งพิจารณาได้จาก Normal probability plot เป็นกราฟที่แสดงการกระจายระหว่างค่าที่เป็นความจริงกับค่าที่คาดหวัง ซึ่งพิจารณาจากจุดการกระจายตามเส้นตรงที่ผ่านจุดศูนย์ พบว่าจุดที่กระจายอยู่บนเส้นตรง หมายความว่าข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ

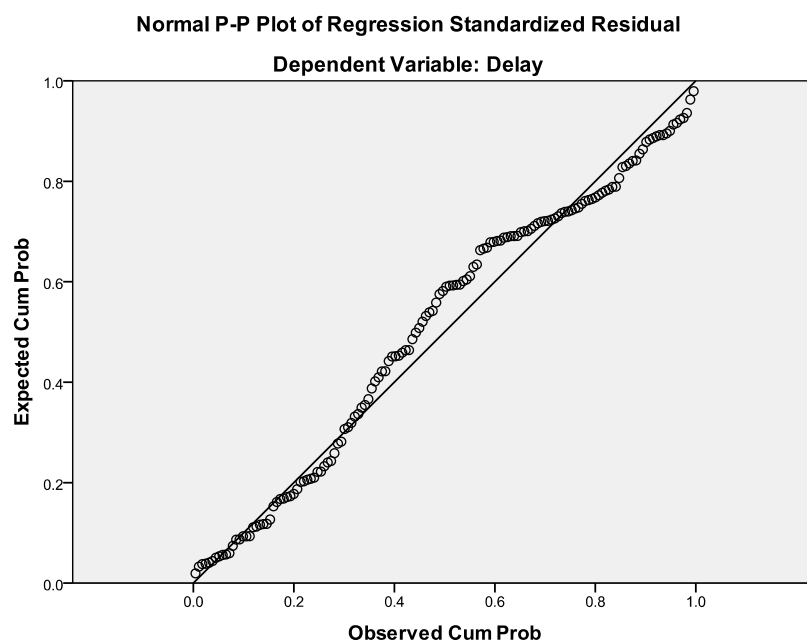








2. ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของตัวแปร (Linear relationship) ซึ่งตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้น พิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter plot) ดังรูป



3.ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หากตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงจะเกิดปัญหาที่เรียกว่า Multicollinearity พิจารณาจากตาราง Coefficients ค่า Variance inflation factor (VIF) ไม่ควร >5 หรือค่า Tolerance < 0.2 แสดงว่าเกิด Multicollinearity ผลการตรวจสอบพบว่า $VIF < 5$ และ $Tolerance > 0.2$ แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (ไม่เกิด Multicollinearity)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	.175	.461		.380	.705		
เพศ	.045	.085	.045	.525	.601	.700	1.428
อายุ	.004	.005	.070	.847	.399	.736	1.358
ที่บ้าน	.252	.157	.214	1.600	.112	.283	3.529
ที่ทำงาน	.061	.171	.042	.354	.724	.354	2.823
คนเดียว	-.282	.173	-.237	-1.628	.106	.239	4.180
ครอบครัว	-.437	.165	-.412	-2.640	.009	.209	4.793
หัวใจ	-.129	.200	-.109	-.647	.519	.180	5.569
กระเพาะอาหาร	-.156	.193	-.151	-.808	.421	.145	6.889
กล้ามเนื้อ	.037	.231	.018	.161	.872	.424	2.358
หายใจ	-.151	.194	-.154	-.781	.436	.131	7.607
ความรุนแรง	.001	.044	.002	.015	.988	.510	1.963
หายไป	.145	.045	.499	3.219	.002	.212	4.714
อายุ	.150	.063	.253	2.399	.018	.457	2.186
เป็นๆหายๆ	-.095	.048	-.325	-1.964	.052	.186	5.374
อาการโรคหัวใจ	.151	.097	.520	1.561	.121	.046	21.817
มาขอกรบกวนใคร	.020	.034	.057	.608	.544	.575	1.739
ไม่ทราบหัวใจกำเริบ	-.095	.096	-.327	-.988	.325	.046	21.581

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
ไม่ตระหนัก ความสำคัญ	.014	.034	.045	.410	.682	.417	2.398
ขาดสายลี้ม เลือด	-.146	.095	-.149	-1.540	.126	.541	1.847
กังวล	.018	.030	.050	.590	.556	.720	1.388
ควบคุม	.023	.033	.057	.690	.492	.740	1.351
กลัว	-.008	.037	-.022	-.226	.821	.519	1.925
ความเจ็บปวด	-.017	.024	-.068	-.726	.469	.577	1.732
พักผ่อน	.363	.193	.327	1.883	.062	.169	5.911
บอกใครบาง คน	.197	.192	.206	1.025	.308	.126	7.944
ทานยา	.309	.206	.257	1.499	.137	.173	5.783
ไม่ต้องห่วง	-.198	.228	-.094	-.866	.388	.436	2.296
พักผ่อนและ ทานยา	-.368	.181	-.289	-2.039	.044	.253	3.946
แนะนำไปพบ แพทย์	-.166	.189	-.111	-.881	.380	.321	3.116
เรียกรถ ฉุกเฉิน	-.113	.262	-.047	-.433	.666	.436	2.295
ไป โรงพยาบาล	-.312	.172	-.327	-1.820	.071	.158	6.342
ไม่เคยบอก ใคร	-.204	.220	-.107	-.929	.355	.380	2.630

4. ตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนต้องเท่ากับศูนย์ ซึ่งพิจารณาจาก Residuals statistics ซึ่งจากผลการศึกษานี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของ Standardized Predicted Value กับ Standardized Residual residual เท่ากับศูนย์ เพราะฉะนั้นค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนจึงเท่ากับศูนย์

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	.0128	1.3960	.6486	.28485	148
Residual	-.79917	.93674	.00000	.38512	148
Std. Predicted Value	-2.232	2.624	.000	1.000	148
Std. Residual	-1.921	2.252	.000	.926	148

a. Dependent Variable: Delay

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาววิยะดา คงแก้ว

วัน เดือน ปีเกิด

20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2525

สถานที่เกิด

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2543 -2547

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2555 -2558

ที่อยู่ปัจจุบัน

80/2 หมู่ 2 ต. เสวียด อ.ท่าฉาง

จ. สุราษฎร์ธานี 84150

โทรศัพท์ 081- 0916223

E – mail: aoy_tomorrow@hotmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน

พ.ศ. 2548 - 2553

และสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพนม

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

พ.ศ. 2553 –ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิภาวดี

จังหวัดสุราษฎร์ธานี