

การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการของผู้ป่วย  
ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



นางสาวปริญญา สงวนพงษ์

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF SYMPTOM CLUSTERS, SYMPTOM MANAGEMENT, AND OUTCOMES  
OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION



Miss Patinya Sanguanpong

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการ  
ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โดย

นางสาวปริญญา สงวนพงษ์

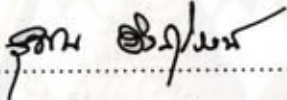
สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่

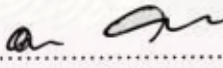
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

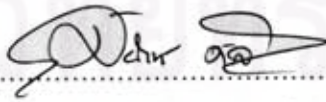
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพันธ์ ศลโกสม)

ศูนย์พยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปริญญา สงวนพงษ์ : การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการของ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. (A STUDY OF SYMPTOM CLUSTERS, SYMPTOM MANAGEMENT, AND OUTCOMES OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 107 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลุ่มอาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ 3) แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ได้ค่าความสอดคล้องของค่าคะแนนในการวัดซ้ำของแบบสอบถามกลุ่มอาการเท่ากับ 0.81 หาความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติบรรยาย และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มอาการที่พบเด่นชัดจะมีจุดเน้นที่อาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอกเป็นอาการเด่นที่สุด ร้อยละ 85 และอาการเริ่มแรกที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ อาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก ร้อยละ 81.25
2. วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการด้วยวิธีไม่ใช้ยา เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าวิธีการจัดการกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ ได้แก่ เมื่อเกิดอาการท่านจะหยุดกิจกรรมที่กำลังทำทันที ( $\bar{X} = 2.99, SD = 0.54$ ) กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการด้วยวิธีใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้ประจำ ได้แก่ รับประทานยาขยายหลอดเลือดอัตโนมัติ ( $\bar{X} = 1.16, SD = 1.5$ )
3. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไปในทางที่ทรุดลงกว่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 56.25 อาการคงเดิม ร้อยละ 18.75 และดีขึ้น ร้อยละ 25

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่.....

ปีการศึกษา 2552.....

ลายมือชื่อนิสิต *submp* *submp*.....

ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก *Ors*.....

# # 4977840536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : SYMPTOM CLUSTERS / SYMPTOM CLUSTERS MANAGEMENT / ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

PATINYA SANGUANPONG : A STUDY OF SYMPTOM CLUSTERS, SYMPTOM MANAGEMENT AND OUTCOMES OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION. ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D, RN , 107 pp.

The purpose of this descriptive research was to study symptom clusters, symptom management and outcome of management of patients with acute myocardial infarction. The sample consisted of 80 patients admitted to Hatyai Hospital, Trang Hospital, Maharat Nakornsrihamarat Hospital and suratthanee Hospital. The instrument consisted of 3 parts: a demographic data form, a symptom cluster questionnaire, and an interview guide for symptom cluster management and outcome. The test-retest reliability of the symptom cluster questionnaire revealed a percentage agreement of 0.81. Cronbach's Alpha Coefficient of the symptom cluster management of 0.73. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results revealed that:

1. The most prominent symptom was chest pain (91.3%) and chest pain was also reported as the primary originating symptom (91.25%).
2. The symptom cluster management strategies reported by the subjects were stop activity ( $\bar{X} = 2.99, SD=0.54$ ) and take vasodilatation medicine ( $\bar{X} = 1.16, SD=1.5$ ).
3. The outcomes of symptom cluster management reported by most patients was getting worse (56.25%), no change (18.75%), and getting better (25%).

Field of Study : .....Adult Nursing..... Student's Signature : Patinya Sanguanpong  
 Academic Year : .....2552..... Advisor's Signature : Ch. J

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ บุญลือธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพันธ์ ศลโกสม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการทำวิจัย รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยและผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ำแค้นหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ให้โอกาสให้ความร่วมมือและสนับสนุนผู้วิจัยอย่างยิ่งในการศึกษาระดับปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ขอบพระคุณบุคคลอันเป็นที่รักของครอบครัวผู้วิจัย ที่มีส่วนช่วยเหลือเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
วิธีดำเนินการวิจัย.....	11
ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	16
อาการ/กลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	24
ประสบการณ์การมีอาการ.....	31
กลวิธีในการจัดการกับอาการ.....	35
<b>ผลของอาการ</b> .....	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	47
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	58

บทที่	หน้า
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	74
สรุปผลการวิจัย.....	76
การอภิปรายผลการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	82
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	82
รายการอ้างอิง.....	83
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	85
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	86
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	97
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	107



## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวด้วยโรคหัวใจ ทราบเกี่ยวกับอาการเมื่อเกิดภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน.....	50
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา จำแนกตามการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อาการนำที่มาโรงพยาบาล อาการร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Killip Class) กลุ่มอาการนี้เกิดเป็นครั้งที่ เวลาที่เริ่มเกิดกลุ่มอาการ ระยะเวลาที่เกิดกลุ่มอาการ ประวัติการได้รับหัตถการเพื่อขยายหรือผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดแดงโคโรนารี ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการรักษา ประวัติยาโรคหัวใจ ที่รับประทานเป็นประจำ ประวัติยาที่ได้รับการรักษา.....	62
3	กลุ่มอาการ ความรุนแรงของกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เสนอผลการวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่โดยร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.....	65
4	ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น อาการเด่นที่สุด อาการเด่นรองลงมาอันดับ 2 และอาการเด่นรองลงมาอันดับ และอาการแรกที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่มอาการ.....	68
5	จำนวน ร้อยละ จัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยและผลของการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามการจัดการ.....	69
6	วิธีการจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการจากการสัมภาษณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามกลุ่มอาการ.....	72

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคหัวใจและหลอดเลือด กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากการสำรวจอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2491 จนถึง พ.ศ. 2534 ในประชากรหลายกลุ่ม พบความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้นจาก 4.50 คน/1,000 คน เป็น 36 คน/1,000 คน จากรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่า อัตราผู้ป่วยในตามสถานพยาบาลทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยในคิดเป็น 185.72 ต่อแสนประชากร ส่วนปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยในคิดเป็น 198.68 ต่อแสนประชากร และในปี 2550 มีผู้ป่วยในคิดเป็น 394.6 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ก็พบว่าอัตราการตายก็เช่นเดียวกัน ก็มีแนวโน้มที่สูงมากขึ้นทุกปี การเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2547 คิดเป็นอัตรา 26.8 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2548 คิดเป็น 28.2 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2549 คิดเป็นอัตรา 28.4 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พบว่าทั้งอัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ

ทั้งนี้ความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุโดยเฉลี่ยประมาณ 10 คน/1,000 คน และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตกะทันหันได้ ซึ่งจากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการลงทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 50,000 คนต่อปี และมีแนวโน้มที่จะสูงมากขึ้น และจากที่สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับสถาบันและโรงพยาบาลทั่วประเทศ 17 แห่ง ได้วิจัยโดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มาปรึกษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2545-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรค การรักษาและอัตราการตายของผู้ป่วย พบว่า 3 ปี มีผู้ป่วยลงทะเบียน 9,373 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรงมาก ร้อยละ 41 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อตายเฉียบพลันชนิดรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 38 และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยที่ยังไม่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ร้อยละ 21 คนไทยมีอัตราการป่วยชนิดรุนแรงสูงกว่าในประเทศอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ โดยมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าถึง 2 เท่า หรือร้อยละ 17 ขณะที่ต่างประเทศมีอัตราการเสียชีวิตเพียงร้อยละ 7 ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 65-75 ปี และด้านปัจจัยเสี่ยงพบว่ามีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยถึงร้อยละ 44.2 ภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.9 ไชมันในเลือดสูง 75.4 ส่วนในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี มีเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรค ซึ่งในปัจจุบันนี้

แนวโน้มว่าอัตราการป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีอัตราที่มากขึ้น ทั้งนี้เกิดจากปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่ไม่มีถูกต้องทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงขึ้น นอกจากนี้พบว่าสาเหตุที่คนไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจสูงเนื่องจาก ได้มารับการรักษาล่าช้า เพราะผู้ป่วยไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการมาจากหัวใจ จึงรักษาหรือจัดการด้วยวิธีอื่นๆ ซึ่งการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ดีที่สุด คือ การเปิดให้มีการไหลเวียนกลับมาโดยเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด การทำPCI ถ้าหากปล่อยให้เกิดอาการแน่นหน้าอกนานกว่า 6 ชั่วโมง จะทำให้การรักษาไม่ได้ผลและเสียชีวิตในที่สุด

อาการ (Symptoms) ในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถพบได้หลายอาการและสามารถมีหลายๆอาการเกิดขึ้นได้ แต่ที่มักพบได้เป็นส่วนใหญ่จะพบอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจอาจมีสัมพันธ์กับอารมณ์ได้กับกิจวัตรประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย อาการอาจเกิดขึ้นแล้วหายไป กลุ่มอาการแน่นหน้าอก ได้แก่ หายใจไม่ทั่วท้อง ซึ่งอาจเกิดก่อนอาการแน่นหน้าอก ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง, หลัง, คอ, กราม, หรือลิ้นปี่ แน่นหน้าอก-ถูกบีบกด ทั่วบริเวณหน้าอก หรือส่วนกลาง เหงื่อแตกท่วมตัว คลื่นไส้ หน้ามืด ใจสั่น อาการที่เกิดขึ้นหลายอาการพร้อมกันเป็นสัญญาณอันตราย การเจ็บแน่นหน้าอก ส่วนใหญ่จะเริ่มจากอาการเล็กน้อย แต่จะเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ การเจ็บแน่นหน้าอกจากโรคหัวใจเกิดจากหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงหัวใจถูกอุดตัน โดยไขมันและลิ่มเลือด มีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือไม่ได้ ถ้ายังมีการอุดตันต่อไป กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นก็จะเริ่มตาย หัวใจก็อาจจะล้มเหลวและหยุดเต้นในที่สุด ซึ่งเมื่อมีอาการควรส่งไปพบแพทย์โดยด่วน เพื่อทำการรักษาให้เลือดไหลกลับไปยังกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตายแล้วไม่สามารถสร้างใหม่ได้ ถ้ารักษากล้ามเนื้อหัวใจได้มาก โอกาสรอดก็จะสูง สาเหตุใหญ่ที่ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาลช้า เกิดจากไม่แน่ใจว่าเป็นจริง อาจสับสนกับโรคอื่น ๆ ไม่เชื่อว่าตัวเองมีความเสี่ยง อาจเพิกเฉย รอดูอาการจนล่าช้า ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเพียงบางอาการ แต่ไม่ได้งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่เกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การเกิดภาวะคุกคามในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะที่เลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้ออกซิเจนและสารอาหารที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ลดลง อันเนื่องมาจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี หลอดเลือดอักเสบ การหดเกร็งของหลอดเลือด อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากเกิดขึ้นอาจเป็นซ้ำอีก (จรรวมล แพ่งโยธา, 2548) เป็นภาวะที่มีอันตรายมากต้องได้รับการรักษาโดยเร็วเพื่อลดอัตราการตาย โดยความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (สุนีย์ เอี่ยมศิริบุญกุล, 2540) การตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่

ถูกเลี้ยงด้วยเลือดจากเส้นเลือดที่อุดตันนั้นค่อยๆ เกิดขึ้น และโดยทั่วไปจะตายทั้งหมด 100 เปอร์เซ็นต์ ภายในเวลา 4-6 ชั่วโมง (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าเมื่อเกิดอาการขึ้น จากการศึกษาของสุนีย์ เอี่ยมศิริกุล (2540) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาซ้ำ ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ป่วยอาการเจ็บหน้าอกชนิดๆ ไม่คงที่ จำนวน 100 ราย พบว่ากลุ่มที่มาับการรักษาซ้ำ คือ เกิน 6 ชั่วโมงขึ้นไป มีร้อยละ 30 และปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาซ้ำ คือ การรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่ต้องรีบไปรักษาสามารถรอได้ แตกต่างจากกลุ่มที่มาับการรักษาเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นถูกต้องว่าเกิดจากหัวใจ มีอันตรายมาก ต้องไปรับการรักษาเร็วที่สุดเมื่อเกิดอาการ แสดงว่าการรับรู้ในอาการที่เกิดขึ้นมีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วหรือช้าได้ แต่จากการศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์อาการ ผลของอาการและวิธีจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 100 ราย มีผู้ป่วยร้อยละ 53 ที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจ เช่น คิดว่าสาเหตุมาจากระบบทางเดินอาหาร กระดูกและกล้ามเนื้อเกิดจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ระบบทางเดินหายใจ อาการเป็นลม และบางรายไม่สามารถบอกได้ว่ามาจากสาเหตุใด มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 47 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเกิดจากหัวใจและมีอันตรายมาก ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็ว จึงต้องเน้นในเรื่องการทำอย่างไรให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง และตัดสินใจมารักษาทันที (สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล, 2540)

แม้ว่าอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการที่พบบ่อยและเป็นอาการเด่น ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยบางรายไม่มีอาการนี้ อาจมีอาการแสบ หรืออาการไม่สบายบริเวณหน้าอก เช่น ลิ้นปี หลัง ท้ายทอย แขนซ้าย หรืออาการแน่นท้องเสมือนอาหารไม่ย่อย เป็นอาการเด่น โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกได้ ซึ่งอาการเหล่านี้เรียกรวมว่า atypical chest pain ซึ่งมักพบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543) จากการศึกษาของสุนีย์ เอี่ยมศิริกุล (2540) พบว่ามีผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก มีแต่อาการจุกแน่นลิ้นปี ร้อยละ 1 ไม่มีอาการที่ชัดเจน แต่รู้สึกรู้ว่าไม่สบาย ร้อยละ 2 และลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะของกลุ่มอาการ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 52 มีอาการเจ็บหน้าอก ร่วมกับอาการปวดร้าวไปที่อื่น เหงื่อออก และใจสั่น สอดคล้องกับการศึกษาของ วรวิทย์ ตันติศิริวัฒน์และคณะ (2544) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในหออภิบาลโรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช ได้รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยย้อนหลัง ฉบับที่มีข้อมูลศึกษาได้ จำนวน 271 ราย ระหว่างมกราคม พ.ศ. 2537 ถึงมิถุนายน 2541 พบว่ามีผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บ

หน้าอก ร้อยละ 6.5 มีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่จำเพาะเจาะจง ร้อยละ 20.19 และอาการที่เกิดขึ้นร่วมกัน ได้แก่ เหงื่อออก หายใจลำบาก หอบเหนื่อย เหนื่อยเวลาออกกำลังกาย คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น และเป็นลม เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่ได้มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก แต่มาด้วยอาการไม่สุขสบายที่ไม่จำเพาะเจาะจง และมักมีอาการเกิดขึ้นกะทันหัน ได้แก่ อาการเหนื่อย หายใจขัด หรือหายใจไม่อิ่ม หน้ามืด เป็นลม หรือมีน้มน้ำตา เป็นต้น และบางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวนมากถึงร้อยละ 33 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (Canto, Shipak, Rogers, Malmgren, Frederrick & Lambrew et al., 2000)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่เกิดมาจากพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การใช้ยาคุมกำเนิด และผลจากโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งพฤติกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคมากขึ้น นอกจากนี้เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม วิถีชีวิต ลักษณะอาหารประจำท้องถิ่นวัฒนธรรม ประเพณี ในแต่ละสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (ศิริอร สิ้นธุและสุदानันท์ แสงกาศนีย์, 2544) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายในอันดับแรก ๆ และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภาคใต้มีอัตราสูงกว่าทุกภาค (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ทั้งนี้เนื่องจากมีผลมาจากประชาชนในภาคใต้จะมีสภาพความเป็นอยู่สภาพแวดล้อมที่ต่างจากภาคอื่น ๆ ที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างต่างกัน โดยเฉพาะลักษณะการบริโภคอาหาร ประชาชนส่วนใหญ่จะดูแลตนเองไม่ถูกต้อง กล่าวคือจะรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ และอาหารทะเลมีระดับไขมันสูง วิธีการปรุงอาหารและชนิดของไขมันที่ปรุงอาหารก็ทำให้คุณค่าทางโภชนาการแตกต่างกันไป และชอบรับประทานอาหารที่ค่อนข้างมันและรสจัด จึงทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง (กนกวรรณ จันทรแดง, 2541) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จากความไม่ชัดเจน คุณค่าของอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และอาการที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นร่วมกัน ไม่ได้เกิดแยกจากกันแต่ละอาการ และกลุ่มอาการบางกลุ่มมีลักษณะที่ผิดแปลกไปจากกลุ่มที่พบบ่อย ทำให้ผู้ป่วยคิดว่ากลุ่มอาการเหล่านั้นไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจ ไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายที่จะเกิดขึ้น เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่เข้ามารับการรักษารักษาหรือมาช้า ดังที่กล่าวมาแล้ว การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาอาการที่เกิดขึ้นเพียงแต่ละอาการ ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องของกลุ่มอาการ การจัดการกับกลุ่มอาการ และผลลัพธ์ที่ได้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น การศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543) ไม่ได้ประสงค์จะ

ค้นหาอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันหรือจัดกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และอย่างในการศึกษาของ จรรวมล แพ่งโยธา (2548) ก็ศึกษาเพียงอาการและกลวิธีการจัดการ ในอาการเจ็บหน้าอกเพียงอาการเดียวเท่านั้น แต่ละอาการที่ศึกษามาแล้วช่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการดีขึ้น แต่ไม่ช่วยแพทย์หรือพยาบาลที่จะให้ความรู้ หรือคำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการร่วมกันหรือพร้อมๆกัน ความรู้ที่มีอยู่จำกัดนำมาใช้จัดการกับอาการผู้ป่วยที่มีอาการร่วมกันหลายๆ อาการนี้ไม่ได้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักจะมีอาการอื่นร่วมด้วยเป็นส่วนใหญ่ การที่ศึกษาอาการร่วมเหล่านี้ช่วยให้มีพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับอาการรวมๆ และผลที่ตามมาได้ดีขึ้น เพื่อไปสู่ความเข้าใจในการบรรเทาอาการ การที่จะให้คำแนะนำหรือช่วยบรรเทาอาการ ยังต้องอาศัยความรู้ในการศึกษาเรื่องนี้ให้ชัดเจนมากขึ้นกว่าการศึกษาแต่ละอาการ (Dodd, Miaskowski & Paul, 2001) ซึ่งพบว่ามีการศึกษากลุ่มอาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในต่างประเทศเท่านั้น (Ryan, 2003) ซึ่งศึกษาความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการในผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่การศึกษาวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาไม่ได้ตอบคำถามเรื่องนี้

ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าหากมีการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยไทยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะช่วยให้สามารถเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ทำให้ทราบภาพรวมเกี่ยวกับกลุ่มอาการและสะท้อนให้เห็นภาพการปรับตัวของผู้ป่วยไทยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ และช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการจัดการกับกลุ่มอาการที่เหมาะสมระหว่างเดินทางมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดปัญหาการมารับการรักษาซ้ำ ทำให้ความรุนแรงของโรคและอัตราการตายลดลง และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากวิธีการรักษาใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษากลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการเด่น อาการแรกที่เกิดขึ้น ชนิดของอาการ และความรุนแรงของอาการในแต่ละกลุ่มอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) กล่าวว่าอาการหรืออาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและรบกวนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย โดย Dodd et al. (2001) มีแนวคิดว่าการจัดการกับอาการจะต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน การที่บุคคลเจ็บป่วยและปรากฏอาการ/กลุ่มอาการขึ้นนั้น ทำให้มีผลต่อสภาวะสุขภาพ รบกวนการทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวัน เกิดความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์ เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ซึ่ง Dodd et al. (2001) จากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียแห่งซานฟรานซิสโก ได้เสนอกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (symptom management model) และได้กล่าวถึง 3 มิติหลัก คือ ประสบการณ์อาการ (symptom experience) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ (outcome) โดยที่กรอบแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ไม่ได้กล่าวเฉพาะเจาะจงลงไปว่าประสบการณ์อาการดังกล่าวนี้เป็นอาการเดี่ยว หรืออาการที่เกิดขึ้นร่วมกันหลาย ๆ อาการ แต่ในระยะต่อมาที่มหาวิทยาลัยแห่งนี้ก็พยายามที่จะแสดงให้เห็นว่าประสบการณ์อาการที่กล่าวไว้ อาจเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกันหลาย ๆ อาการ ต่อมา Kim et al. (2005) ได้ทำการวิเคราะห์กรอบแนวคิด (concept analysis) ของกลุ่มอาการ (symptom clusters) และได้ให้ความหมายของกลุ่มอาการว่าต้องประกอบด้วย อาการตั้งแต่ 2 อาการหรือมากกว่าขึ้นไป อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการเดียวกันมีความสัมพันธ์กันมากกว่าอาการในกลุ่มอาการอื่น และอาการเหล่านั้นอาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปบุคคลจะพยายามแสวงหาวิธีการเพื่อจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นและกระทบต่อตนเอง ไม่ว่าจะป็นวิธีการใดเพื่อขจัดกลุ่มอาการเหล่านั้นให้หมดไปหรือบรรเทาลง

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) กล่าวถึงแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กันคือ 1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) โดยประสบการณ์การมีอาการของบุคคลต่อความเจ็บป่วย มีความเกี่ยวข้องระหว่างการรับรู้อาการ (perception of symptoms) การประเมินอาการ (evaluate of symptoms) และการตอบสนองกับอาการที่เกิดขึ้น (Dodd et al., 2001) ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้องกว่า กลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ ถ้าผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์การมีอาการหรือไม่เข้าใจ มีการรับรู้และประเมินอาการไม่ถูกต้องจะทำให้การจัดการกับอาการได้ไม่ถูกต้อง 2. กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) กลวิธีในการจัดการกับอาการมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านลบหรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบให้เกิดช้าที่สุดโดยการนำกลวิธีในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังประกอบไปด้วยกลวิธีการใช้ยาในการรักษาอาการ

หรือกลวิธีที่อาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพช่วยในการจัดการกับอาการที่รุนแรงโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทาอาการนั้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา 3. ผลลัพธ์ (Out come) เป็นผลที่เกิดที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด เมื่อเกิดอาการ มักคิดว่าอาการนั้นมาจากระบบอื่นๆ เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อกระดูก โรคปอด จากการออกกำลังกาย จากความอ่อนเพลียเข้าใจว่าเป็นธรรมดาของคนแก่ เป็นลม และจากความเครียด (เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ 2540; ปฏิพร บุญพัฒน์กุล, 2543) ผู้ป่วยไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรง สามารถทำให้เสียชีวิตได้ในทันที ไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นควรได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพมากขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายตามมา ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้เกิดเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว (จริยา ตันติธรรม, 2547) จะเห็นได้ประสบการณ์การมีอาการตั้งแต่การรับรู้อาการ การประเมินอาการนำจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการ กล่าวคือถ้า ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของอาการและประเมินได้ว่ามีความรุนแรง และเคยมีประสบการณ์จะสามารถปรับอารมณ์เครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และสามารถควบคุมอาการ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการ/กลุ่มอาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้รวบรวมอาการของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งที่พบบ่อยหรือผิดปกติออกไป และอาการที่เกิดขึ้นรวมกันทั้งหมด ที่พบทั้งในคนไทยและชาวต่างประเทศ มีทั้งสิ้น 41 อาการ (จิราวรรณ เดชอดิศัย, 2549) และจากการศึกษาของไรอัน (Ryan, 2003) ซึ่งศึกษาความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการในผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าลักษณะกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นแต่ละกลุ่ม จะมีจุดเน้นที่อาการเด่นแตกต่างกัน รวมทั้งมีความถี่ ละความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน เมื่อเกิดอาการคุกคามในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อันเนื่องมาจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีโดยเฉียบพลันนั้น ผู้ป่วยจะมีการจัดการกับอาการที่แตกต่างกัน (สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล, 2540) ซึ่งจากผลการวิจัยของ ปฏิพร บุญพัฒน์กุล (2543) ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น 4 ลักษณะใหญ่ๆ คือ 1) รอดูอาการ 2) พยายามอดทน 3) การปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลอื่น และ 4) การรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของตนเอง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพบว่าบางวิธีสามารถลดความรุนแรงของอาการลงได้ ฉะนั้นหากผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการจัดการอาการที่ดีและถูกต้อง ก็ย่อมจะส่งผลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการจัดการกับกลุ่มอาการที่เหมาะสมระหว่างเดินทางมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดปัญหาการ



มารับการรักษาซ้ำ ทำให้ความรุนแรงของโรคและอัตราการตายลดลง และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากวิธีการรักษาใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจากการที่ได้ทบทวนค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร บทความ วารสาร งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการสร้างแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล และในแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และพัฒนาจากผลการวิจัยของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543) ในส่วนที่เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย

1. ชนิดของอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันในกลุ่มอาการ อาการเด่น อาการแรกที่เกิดขึ้นในกลุ่มอาการ และการอธิบายเกี่ยวกับอาการที่เด่นที่สุดตามการรับรู้ของผู้ป่วย
2. ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันในกลุ่มอาการ หมายถึง ความบ่อย/ความถี่-ห่าง ของอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ผู้ป่วยรับรู้ด้วยตนเองว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา เป็นพัก ๆ และนาน ๆ ครั้ง
3. ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันในกลุ่มอาการ หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ที่ผู้ป่วยรับรู้และประเมินด้วยตนเองว่ามีความรุนแรงน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด หรือไม่มีความรุนแรงเลย

### ขอบเขตของการวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พิจารณาจากลักษณะเฉพาะของอาการเจ็บแน่นหน้าอก การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และระดับของเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ทั้งอาการที่เกิดขึ้นระหว่างเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พิจารณาจากลักษณะเฉพาะของอาการเจ็บแน่นหน้าอก การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

และระดับของเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 80 คน ได้โดยวิธีการสุ่ม

ตัวแปรที่ศึกษา

1. กลุ่มอาการของผู้ป่วย
  - 1.1 อาการเด่น
  - 1.2 อาการแรกที่เกิดขึ้น
  - 1.3 ชนิดของอาการ
2. ความรุนแรงของอาการ
3. ความถี่ของกลุ่มอาการ
4. การจัดการกับกลุ่มอาการ
5. ผลลัพธ์ของกลุ่มอาการ

**คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย**

**อาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และ NSTEMI** หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นในขณะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง แต่ไม่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจหรือตายไม่มากนัก และเมื่อมีหลอดเลือดโคโรนารีมีการอุดตันอย่างสมบูรณ์และถาวร มีผลให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรุนแรง

**กลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน** หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นร่วมกัน ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนก่อนมาถึงโรงพยาบาล กลุ่มอาการในผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งกลุ่มอาการได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการ/กลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งประกอบด้วย

1. กลุ่มอาการที่พบบ่อย อาการที่พบในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นอาการที่สมาคมหัวใจอเมริกา (American Heart Association, AHA) เน้นสอนแก่ประชาชนทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่มีความรุนแรงและเกิดขึ้นตลอดเวลา
2. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินอาหาร ในกลุ่มนี้เน้นที่อาการทางระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยไม่สามารถแยกได้ว่าการมีอาการเจ็บหน้าอกทันที

3. กลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง มุ่งเน้นที่อาการทั่วไป และไม่มีสิ่งใดในตนเองที่มีความเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยหรืออาการต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4. กลุ่มอาการที่ลักษณะแตกต่างจากกลุ่มที่พบบ่อย มีจุดเน้นที่อาการเจ็บบริเวณที่แตกต่างออกไป ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

**การจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน** หมายถึง วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยปฏิบัติตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนมาถึงโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการกระทำ เพื่อบรรเทาหรือขจัดกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ขณะที่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และพัฒนาจากผลการวิจัยของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543) ในส่วนที่เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ในการจัดการกับกลุ่มอาการของตนเอง

**ผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน** หมายถึง การรับรู้ถึงผลของการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล ประเมินโดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับผลของการจัดการกับกลุ่มอาการ ประเมินโดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับผลของการจัดการกับกลุ่มอาการ

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนให้ข้อมูล และให้คำปรึกษาที่เหมาะสมต่อวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายให้มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งสามารถนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้แก่ประชาชน ลดการมารักษาซ้ำ

2. ด้านการศึกษา สามารถนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการศึกษาค้นคว้าแก่นักศึกษาพยาบาล บุคลากรหรือบุคคลที่สนใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการ ขยายความรู้ของบุคลากรเพื่อพัฒนาให้บุคลากรมีความรู้ ความสามารถในการดูแล ให้ความช่วยเหลือ หรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในด้านเกี่ยวกับกลุ่มอาการ และการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัย เป็นแนวทางเพื่อขยายความรู้ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

## วิธีดำเนินการวิจัย

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 80 คน โดยการพิจารณาจากผู้ป่วยของทั้ง 4 โรงพยาบาล ในรอบ 1 เดือนมีประชากรเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 90-100 คน

2. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคใต้ แบ่งเป็น 2 เขต คือ เขตภาคใต้ตอนบน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และเขตภาคใต้ตอนล่าง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลยะลา แต่ในการศึกษาคั้งนี้ได้เลือกศึกษาเฉพาะ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลตรัง

3. กำหนดกลุ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยคำนวณตามสัดส่วนของประชากร ของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง (proportion to size) (จุลใจเศ ฐนุรักษ์, 2543) ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งหมด}}$$

ได้สัดส่วนตามขนาดของตัวอย่างจากโรงพยาบาล 4 แห่งจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1

4. การคัดเลือกตัวอย่างของการวิจัยคั้งนี้กำหนดแบบเจาะจง (purposive sampling) จากคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

4.1 อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และชาย

4.2 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI และ NSTEMI และรับรู้ว่าตนเองมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่และเก่า

4.3 มีอาการที่เกิดขึ้นระหว่างเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่ 2 อาการ ขึ้นไป

4.5 สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4.6 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคงที่ (hemodynamic stability) สามารถตอบคำถามได้ โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หรืออาการอื่นๆ ที่แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำระหว่างให้สัมภาษณ์

4.7 ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยคั้งนี้

5. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามสมบัติที่กำหนด

6. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

7. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถามที่ให้ พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามให้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ในการแบบสอบถามในหัวข้อแบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และหัวข้อแบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 – 30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามผู้วิจัย ได้ตลอดเวลา

8. เมื่อผู้ป่วยทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของคำถาม หากผู้ป่วยตอบไม่ครบถ้วน จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและซักถามเพิ่มเติม

9. ดำเนินการดังเช่นข้อ 1-3 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งหมด 80 คน

10. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

### ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย

นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยข้อมูลส่วนบุคคล สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ เคยทราบเกี่ยวกับอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่ และจากใคร

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลักษณะความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล กลุ่มอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งนี้เกิดขึ้นเป็นครั้งที่เท่าไร เวลาที่เริ่มเกิดกลุ่มอาการ และระยะเวลาตั้งแต่เกิดกลุ่มอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ประวัติการได้รับการทำหัตถการเพื่อขยายหรือผ่าตัด

ทำทางเป็ยงหลอดเล็ดแดงโคโรนาอี โรคประจำตัวและระยะเวลาที่เป็น ประวัติสูบบุหรี่ และประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการ อาการเด่น อาการแรกที่เกิดขึ้น ชนิดของอาการ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

3. ข้อมูลการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ข้อมูลผลลัพธ์ของกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำการสัมภาษณ์มาทำ content analysis



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการกับกลุ่มอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. อาการ/กลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. ประสิทธิภาพการมีอาการ
4. กลวิธีในการจัดการกับอาการ
5. ผลของอาการ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.1 ความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction หรือ AMI) หมายถึง ภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดแดงหรือออกซิเจน (myocardial oxygen supply) ไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ในการทำงาน (myocardial oxygen demand) ไม่ว่าจะเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากโดยที่หลอดเลือดโคโรนารีปกติ เช่น ภาวะ thyrotoxicosis หรือความต้องการออกซิเจนเท่าเดิมแต่หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งหรือทั้งสองอย่างเกิดร่วมกัน แต่พบว่ามีมากกว่า 90% มีสาเหตุมาจากภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง (ตีบ) เป็นเวลานาน (Ganz & Braunwald, 1997; Sabatine, O'Gara & Lilly, 1998 อ้างใน กอบกุล บุญปราศรัย, 2546) เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่ต้องทำงานตลอดเวลา ถ้ามีการอุดตันหรือการไหลเวียนสู่กล้ามเนื้อติดขัด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic heart disease) (วารสาร สัตยวงศ์, 2541) ในปีหนึ่ง ๆ มีบุคคลจำนวนไม่น้อยที่ตายอย่างกะทันหันด้วยโรคหัวใจ (heart attack) ก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล (จริยา ตันติธรรม, 2542)

1.2 สาเหตุการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สาเหตุสำคัญที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างกะทันหันและรุนแรง เกิดจากหลอดเลือดโคโรนารีอุดตันทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การแตกของคราบไขมันที่ตามด้วยการสร้างลิ่มเลือด โดยการแตกจะเกิดขึ้นเมื่อมีการไหลของเลือดที่เร็วและแรงขึ้น ซึ่งสิ่งนี้กระตุ้นให้คราบไขมันแตกมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก

ปัจจัยภายใน ได้แก่ ลักษณะของคราบไขมัน เช่น ขนาด ความคงรูปของก้อนไขมันและความหนาของเยื่อหุ้มไฟบรัส (fibrous cap) คราบไขมันไม่อยู่ตัวหรือคราบไขมันที่แตกง่าย (vulnerable plaque) คือ คราบไขมันที่พบได้ในบริเวณหลอดเลือดที่มีการตีบไม่ถึงร้อยละ 70 เป็นคราบไขมันที่มีรูปร่างบิดเบี้ยว ขอบไม่เรียบ มีก้อนไขมันขนาดใหญ่ และมีเยื่อหุ้มไฟบรัสที่บาง

ปัจจัยภายนอก เช่น การออกกำลังกายอย่างหักโหม การสูบบุหรี่ หลังมีเพศสัมพันธ์ การอยู่ในสภาพที่ร้อนหรือเย็นจัด การมีความเครียดทางอารมณ์อย่างรุนแรง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะกระตุ้นให้มีการหลั่งของสารแคทีโคลามีนออกมา ทำให้มีความดันโลหิตสูงและมีการหดตัวของหลอดเลือดเกิดขึ้น มีการฉีกขาดของคราบไขมันได้ง่ายขึ้น ช่วงเวลาของวัน (diurnal variation) ก็อาจทำให้คราบไขมันแตกได้ มักพบอาการของหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบเมื่ออยู่ในที่ที่มีอากาศเย็น และในตอนเช้าตรู่ ซึ่งคาดว่าเนื่องจากการลุกจากที่นอน ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) ภาวะความดันโลหิตต่ำทำให้บาโรรีเซ็ปเตอร์ (baroreceptor) ได้รับการกระตุ้น ส่งผลให้มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ก่อให้เกิดการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) เกิดการหดตัวของหลอดเลือด นอกจากนี้ในช่วงเช้ามีการทำงานของเกร็ดเลือด (platelet activity) จะเพิ่มขึ้น ขณะที่การทำงานของระบบไฟบริโนไลติก (fibrinolytic) ลดลง เมื่อคราบไขมันแตก ก้อนไขมันในคราบไขมันออกมาสู่เลือด เลือดซึมเข้าไปในคราบไขมันทำให้คราบไขมันขยายโตขึ้น มีการกระตุ้นการสร้างลิ่มเลือด และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดบางส่วนหรือทั้งหมด สำหรับกลไกการเกิดการปริแตกของคราบไขมัน (plaque) นั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากการเพิ่มความดัน และการไหลของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีที่แข็ง และตีบแคบอยู่แล้วร่วมกับมี thrombosis และเกิดภาวะไฮเปอร์โคอากูลาบิลิตี (Hypercoagulability) (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546: 51; จริยา ตันติธรรม, 2547: 265; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549:196 ; อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์, 2543: 3; อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2543: 417)

**1.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เริ่มจากหลอดเลือดโคโรนารีที่มีการแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (atherosclerosis) ทำให้การนำเลือดของหลอดเลือดโคโรนารีลดลง สืบเนื่องมาจากไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด หรือหลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็งหรือมีลิ่มหรือการรวมตัวของไขมันไปอุดตัน เสริมด้วยความผิดปกติที่เกิดจากการที่เยื่อบุผนังชั้นใน (Endothelial cell) เกิดจากผนังหลอดเลือดแดงชั้นในสุด (intimal layer) ถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บเรื้อรัง ทำให้ขอบเนื้อเยื่อของ endothelial cell ที่เรียบแยกออกจากกัน ไขมันเข้าไปพอกสะสมและมีการหลั่งสาร monocyte เข้าสู่ผนังหลอดเลือดแดงชั้น subendothelium กลายเป็น macrophage และไขมัน LDL ที่เข้าสู่ cell จะเปลี่ยนรูปร่างเป็น lipid-laden macrophage ร่วมกับการผลิตสารอีกหลายชนิดจาก endothelium และ lipid-laden macrophage ทำให้เพิ่มการแบ่งตัวและกระตุ้นให้ smooth muscle cell , fibroblast เข้าสู่ชั้น subendothelium กลายเป็น**



fibrous plaque ที่มีขนาดโตขึ้นเรื่อยๆ ยื่นเข้าไปใน lumen ขัดขวางทำให้การไหลของเลือดช้าลง หากมีการปริแตกหรือแยกตัวของ fibrous plaque ภายหลังการปริแตกจะมีเกร็ดเลือดมาปกคลุม บริเวณที่มีร่องแตก กลายเป็นใยร่างแห และมีการกระตุ้นระบบ fibrinogen cross-link platelet ร่วมกับกระตุ้นระบบแข็งตัวของเลือด (coagulation system) ซึ่งจะกระตุ้นกลายเป็น thrombin ซึ่ง จะนำไปสู่การอุดตัน ถ้าลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดทั้งหมดนานจนเลือดไหลผ่านไม่ได้ทำให้เซลล์ กล้ามเนื้อหัวใจ จะส่งผลให้เลือดมาเลี้ยงหัวใจลดลงมีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และขาด ออกซิเจน ทำให้เกิดการบาดเจ็บและทำลายกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน และเกิดกล้ามเนื้อ หัวใจตาย การทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะเริ่มที่บริเวณใต้เยื่อหัวใจ (subendocardium) ก่อน จากนั้นจะค่อยลามไปที่เยื่อหัวใจ (epicardium) อย่างช้า ๆ จะใช้เวลาประมาณ 1-6 ชั่วโมง ภาย หลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 24 ชั่วโมง จะมีเม็ดเลือดขาวมาแทรกอยู่มากมาย ร่างกายเริ่มมีการกำจัด เซลล์กล้ามเนื้อที่ตายหลังวันที่ 3 โดยจะกำจัดเซลล์รอบนอกก่อนและเริ่มมีแผลเป็นในสัปดาห์ที่ สิบสาม การเกิดแผลเป็นจะเสร็จสมบูรณ์ใช้เวลาเฉลี่ย 8 สัปดาห์ แผลเป็นที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อการยึด และหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ การตายของเซลล์กล้ามเนื้อใต้เยื่อหัวใจ (subendocardial infarction = non Q wave infarction) เป็นการตายของกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนเท่านั้น แต่ถ้าเป็น การตายของกล้ามเนื้อหัวใจทั้งชั้น (transmural infarction = Q wave infarction) เซลล์รอบๆ กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายทั้ง 2 แบบนี้จะสามารถกลับสู่ปกติได้ ระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน โดยมีสาเหตุจากรัศมีหลอดเลือดแดงเสื่อมแข็งและตีบแคบหรืออุดตัน (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546: 51; จริยา ตันติธรรม, 2547: 299; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 81; สันต์ ใจยอดศิลป์, 2538: 80)

### คลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นบริเวณที่เห็นได้ชัด ตามความรุนแรงที่ เซลล์ขาดออกซิเจน ซึ่งมีอยู่ 3 บริเวณ คือ บริเวณที่เซลล์ตาย (infarction) ได้รับความเจ็บ (injury) และขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemia) ซึ่งแต่ละบริเวณสามารถจะบอกได้จากการเปลี่ยนแปลงใน ECG การเปลี่ยนแปลงใน ECG จะช่วยให้สามารถทราบถึงตำแหน่ง และพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับ กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด (ischemia) ได้รับความเจ็บ (injury) หรือขาดเลือดไปเลี้ยง ( infarction) คือบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งอยู่รอบนอกสุดล้อมรอบบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ เป็นบริเวณที่เซลล์ขาดออกซิเจนไม่มาก เซลล์เหล่านี้ยังมีชีวิตอยู่ และทำงานได้แม้จะไม่สมบูรณ์ การเต้นของหัวใจผิดปกติมักจะเริ่มมาจากบริเวณที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ECG ที่วางให้ชั่วคราวอยู่ เหนือบริเวณที่ขาดเลือดไปเลี้ยงนี้จะปรากฏเป็นคลื่น T หัวกลับ (inverted T wave) ซึ่งมีรูปร่าง สมดุลกันคือ อัตราการวิ่งลงและขึ้นของคลื่น T เท่านั้น ส่วน lead ที่วางชั่วคราวอยู่ตรงข้ามกับ บริเวณนี้จะปรากฏคลื่น T wave หัวตั้ง

บริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายจะถูกล้อมรอบด้วยบริเวณที่เซลล์ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเซลล์จะขาดออกซิเจนขนาดปานกลาง เซลล์เหล่านี้ยังมีชีวิตอยู่และทำหน้าที่ได้ การขาดออกซิเจนจะน้อยกว่าบริเวณที่กล้ามเนื้อตาย แต่จะมากกว่าบริเวณที่ขาดเลือด บริเวณที่เซลล์ได้รับบาดเจ็บนี้มีโอกาสที่จะเกิดตายลุกลามกว้างขึ้นได้ถ้าขาดออกซิเจนมากขึ้นและใน ECG lead ที่ขั้วบวกวางอยู่เหนือบริเวณนั้นจะปรากฏ ST สูงขึ้น (ST elevate) ส่วน lead ที่ขั้วบวกวางอยู่ตรงกันข้ามจะมี ST ต่ำลง (ST depression)

ส่วนบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณที่เซลล์ขาดออกซิเจนอย่างสมบูรณ์ เซลล์ไม่สามารถจะทำงานได้ตามปกติ เป็นบริเวณที่อยู่ตรงกลางล้อมรอบด้วยบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บและขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์ ในบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายนี้จะไม่คลื่อน depolarization ใน ECG lead ที่ขั้วบวกวางอยู่เหนือบริเวณนี้จะมองผ่านเซลล์ที่ตายนี้ ซึ่งเหมือนกับหน้าต่างและจะกลับไปบันทึกคลื่อน depolarization ของหัวใจในด้านตรงกันข้ามจึงปรากฏเป็น Pathologic Q wave (ลักษณะคลื่อน Q มีความกว้างมากกว่า 0.04 วินาที หรือมากกว่า 1 มม. และสูงกว่า 1/3 ของ QRS complex)

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

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน จะมีลักษณะคลื่อนไฟฟ้าแตกต่างกัน ซึ่งปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) เป็นลักษณะที่หลอดเลือดโคโรนารีมีการอุดตันยังไม่สมบูรณ์ ยังไม่มีการตายทุกชั้นของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นระยะที่ไม่มี Q-wave ให้เห็นใน ECG ส่วน ST elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นระยะที่มีการตายเกิดขึ้นทุกชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจ จะมีลิ้มเลือดขนาดใหญ่อุดรูโคโรนารี จะพบ ST elevate ร่วมกับ Q-wave ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและเกิดหัวใจหยุดเต้นได้

#### 1.4 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงเป็นตัวเร่งให้กระบวนการเกิดโรคและเกิดภาวะแทรกซ้อน ในภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง บางคนมีปัจจัยเสี่ยงหลายข้อรวมกันจึงเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ ได้แก่

##### 1.4.1. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ (No modifiable risk factors) ได้แก่

1.4.1.1 อายุ (age) อายุมากขึ้นโอกาสพบโรคนี้ก็มีมากขึ้น โดยการเกิดโรคจะดำเนินไปอย่างช้าๆ ในช่วงอายุ 40-60 ปี อุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็น 5 เท่า

1.4.1.2 เพศ (sex) เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งมากกว่าผู้หญิงที่ยังมีประจำเดือน ไม่เป็นโรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และภาวะความดันโลหิตสูง ในวัยหมดประจำเดือนพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ลดลง ดังนั้นในช่วงอายุ 60-70 ปี อุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงเท่ากันทั้งสองเพศ

1.4.1.3 ประวัติครอบครัวหรือกรรมพันธุ์ (family history) ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย บิดา มารดา และพี่น้องที่มีประวัติเป็นภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติในครอบครัวเป็นโรคนี้

1.4.2. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้หรือป้องกันได้ (Modifiable risk factor) คือ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไข โดยวิธีหลีกเลี่ยง ควบคุม รักษาดูแล และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกวิธีก็สามารถป้องกันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจโคโรนารีแข็ง ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้ ได้แก่

1.4.2.1 ภาวะสารไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอันดับแรก ได้แก่ Total cholesterol ควรต่ำกว่า 200 mg/dl ประกอบด้วย Low density lipoprotein (LDL) cholesterol ควรต่ำกว่า 130 mg/dl และ Triglyceride ควรน้อยกว่า 200 mg/dl ส่วน High density lipoprotein (HDL) cholesterol จะเป็นตัวกำจัดโคเลสเตอรอลออกจากเลือดด้วยการส่งผ่านไปที่ตับและขับออกทางน้ำดี ควรมากกว่า 60 mg/dl ซึ่งไขมันในเลือดสูงจะตกตะกอนจับตามผนังหลอดเลือดทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง ประสิทธิภาพในการยืดขยายตัวของหลอดเลือดน้อยลง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ และหลอดเลือดแข็งตัวได้ง่าย

1.4.2.2 ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยที่พบบ่อยที่สุด เนื่องจากทำให้เวนต์ริเคิลซ้ายโตและหนา ทำให้หลอดเลือดหัวใจบีบตัวจะเพิ่มแรงเสียดทานกับเซลล์เอนโดทีเลียลมีผลทำให้เซลล์เอนโดทีเลียลบุผนังหลอดเลือดได้รับความเสียหายเกิดการฉีกขาดและเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง หลอดเลือดคด งอ และตีบตัน ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ไต สมองและอวัยวะส่วนปลายของร่างกายลดน้อยลง โอกาสเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบจะสูงขึ้นตามระดับความดันเลือดที่สูงขึ้น ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและควบคุมได้ด้วย

อาหารและยา อัตราการตายลดลง ร้อยละ 50 (จิริยา ตันติธรรม, 2547: 274; อุไร ศรีแก้ว, 2544: 131)

1.4.2.3 การสูบบุหรี่ สารที่ทำให้เพิ่มการเกิดโรค คือ ทาร์ นิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ ทาร์มีส่วนผสมของไฮโดรคาร์บอน และสารก่อมะเร็ง สารนิโคติน (Nicotine) ในบุหรี่มีผลโดยตรงทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง (Vasospastic) เกิดเลือดมาจับกลุ่มกัน ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์และ LDL cholesterol ในเลือดสูงขึ้น ระดับ HDL cholesterol ในเลือดลดลง และขณะสูบบุหรี่จะมีการหลั่งสารเคทีโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งมีผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว เพิ่มการใช้ออกซิเจน หัวใจออกแรงบีบตัวเพิ่มขึ้น มีการเพิ่มกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) และกลูโคสทำให้เอ็นโดทีเลียมได้รับความเสียหาย และเสียหายทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง ส่วนคาร์บอนมอนอกไซด์ลดความสามารถของเลือดในการขนส่งออกซิเจน

1.4.2.4 โรคเบาหวานและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีผลทำให้ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่อหลอดเลือดในอวัยวะต่างๆลดลง เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะมีความดันโลหิตสูง จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไต เช่น การแข็งตัวและตีบแคบ รวมทั้งมักมีความอ้วนร่วมด้วย ซึ่งจะความผิดปกติของการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงหัวใจไม่สะดวกและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; จิริยา ตันติธรรม, 2547)

1.4.2.5 ความอ้วน ลักษณะอ้วนในช่วงบนของลำตัว หน้าอก ท้อง เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งมากกว่าผู้ที่อ้วนในช่วงล่างของลำตัว ความอ้วน รวมทั้งผู้ที่น้ำหนักเกิน มักพบในผู้ที่นั่งโต๊ะทำงาน มีผลให้หัวใจทำงานหนักตามมาด้วยหัวใจโต ส่วนใหญ่คนที่อ้วนมักจะมี ความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูงด้วย (จิริยา ตันติธรรม, 2547: 275)

1.4.2.6 การขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอพบว่า HDL cholesterol ในเลือดสูง การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ผนังหลอดเลือดยืดขยายได้ดี ระดับโคเลสเตอรอล และน้ำตาลในเลือดลดลง น้ำหนักตัวลดลง และความดันโลหิตลดลง

1.4.2.7 ภาวะเครียด (Stress) เมื่อเกิดภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งอะดรีนาลีน มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะภายในส่วนใหญ่อุดตัน แต่ทำให้กล้ามเนื้อคลายและกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัว มีผลให้การไหลเวียนไม่เป็นไปตามปกติ หัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอ (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; จิริยา ตันติธรรม, 2547)

1.4.2.8 บุคลิกภาพ (Personality type) ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบเอ ที่มักทำอะไรด้วยความรีบร้อน มีความก้าวร้าว มีความติดแข่งขัน มีความใฝ่ฝันสูง ไม่มีความอดกลั้น จะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการหลั่งสาร Catecholamine ในเลือดสูงซึ่งทำให้เกิดความดันสูงและการทำงานของเกร็ดเลือดผิดปกติ (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

1.4.2.9 ยาคุมกำเนิดและวัยหมดประจำเดือน หญิงที่ใช้ยาคุมจะมีการเกิดก้อนเลือดอุดตันได้ง่าย เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจน และส่งผลให้เกิดความดันเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง และในหญิงที่หมดประจำเดือนจะมีระดับ HDL cholesterol ลดลง (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

เกณฑ์ในการวินิจฉัย AMI ชนิด STEMI ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 312) จะต้องประกอบด้วย 3 ลักษณะ โดยต้องประกอบด้วย 2 ใน 3 เกณฑ์ดังนี้

- ประวัติอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือไม่สุขสบายในทรวงอกที่จำเพาะ (Typical angina) คือ มีอาการแน่นอึดอัดเหมือนถูกกดทับภายในทรวงอก จนรู้สึกหายใจไม่สะดวก โดยมีอาการนานกว่า 20 นาที อาจมีอาการร่วม เช่น เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้ยาละลายลิ่มเลือดต้องน้อยกว่า 12 ชั่วโมง (onset of chest pain < 12 hrs)

- ECG มี ST Elevation > 1 mm in 2 limb leads or > 2 mV in chest leads or New LBBB

- Typical rise and fall of (troponin) or more rapid rise and fall (CK-MB) ได้แก่ Troponin T or I , creatine kinase MB isoenzyme (CK-MB) , หรือ serum myoglobin

### 1.5 การแบ่งชนิดของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การแบ่งชนิดของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ออกเป็น 2 ชนิด (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546: 62; จรรยา ตันติธรรม, 2547: 300) คือ

- Non Q wave Myocardial Infarction (Non Q wave MI หรือ Non STEMI: NSTEMI) เป็นกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ไม่มี ST segment elevation แต่มี ST depression/T inversion และ cardiac marker ได้ผลบวก เป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่มี Q wave

- Q wave Myocardial Infarction (Q wave MI หรือ STEMI) เป็นกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน คลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST segment elevation และมี cardiac marker ได้ผลบวก

Killip classification เป็นระบบที่แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายตามอาการและผลการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน ซึ่งสามารถบอกถึงระดับความรุนแรงและพยากรณ์โรคได้ (Reeder & Gersh, 1944 as cited in Reeder & Gersh, 2000) ดังนี้

ลักษณะทางคลินิก	โอกาสเสียชีวิต
I ไม่มีอาการของหัวใจวาย	6 %
II มีอาการหัวใจวายปานกลาง	17 %
III มีอาการปอดบวมน้ำเฉียบพลัน	38 %
IV มีภาวะช็อค	81 %

Acute myocardial infarction แบ่งออกเป็น 3 class ได้แก่

1. ภาวะขาดเลือด (Ischemia) หมายถึงภาวะเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจน้อยลง คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะสำคัญคือ T wave อยู่ในลักษณะ symmetrically inverted ซึ่งโดยทั่วไป T wave จะ upright ใน lead I, II และ V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub>

2. Injury ซึ่งให้เห็นถึงภาวะเฉียบพลันของ infarction หรือภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจตายใหม่ ๆ ลักษณะสำคัญ คือ ST segment elevation แต่ elevation ของ ST segment นี้จะกลับเข้าสู่ baseline ภายในระยะเวลาหนึ่ง

3. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Infarction) สังเกตจากการปรากฏของ Q wave

- Q wave เล็ก ๆ อาจพบได้ปกติใน Lead I, II, V<sub>5</sub> และ V<sub>6</sub>

- Q wave ที่ผิดปกติซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีลักษณะความกว้างเท่ากับ

0.04 วินาที หรือความลึก ลึกเท่ากับ 1/3 ของความสูงของ QRS complex

## 1.6 ผลกระทบจากการเกิดโรค

1.6.1. การเสียชีวิตอย่างปัจจุบันด่วน (sudden death) จาก ventricular fibrillation เนื่องจากปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก จนหัวใจไม่สามารถบีบเลือดออกไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอจึงเกิดภาวะช็อคจากความผิดปกติของหัวใจ

1.6.2. ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) จากการหดตัวของเวนตริเคิลลดลง การยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง นอกจากนี้ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ จะช่วยเสริมให้ภาวะหัวใจล้มเหลวยิ่งขึ้น

1.6.3. ภาวะช็อคจากความผิดปกติของหัวใจ (cardiogenic shock) คือ ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบตัวส่งเลือดออกมาเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลงไม่เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อ ความดันโลหิตลดลงมีผลให้

1.6.3.1 เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1.6.3.2 Stroke volume ลดลงทำให้ขนาดของเวนตริเคิลซ้ายขยายใหญ่ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

1.6.4. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) สาเหตุจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจตายและลูกกลมมาที่ชั้นผิว จากชั้นผิวมาที่ชั้นเยื่อหุ้มหัวใจมีอาการเจ็บหน้าอกและเจ็บมากขึ้นขณะหายใจลึก ๆ

1.6.5. Thromboemboli หมายถึง ภาวะที่ลิ่มเลือดหลุดเข้าไปอยู่ในเลือดที่ไหลเวียนมีสาเหตุมาจากภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้การหดตัวของหัวใจห้องล่าง ในส่วนที่เป็นกล้ามเนื้อตายลง ทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือด และไหลช้าลงบริเวณนี้เกิดการสร้างลิ่มเลือดเกาะติดผนังกล้ามเนื้อหัวใจ ลิ่มเลือดนี้อาจหลุดเข้าไปในระบบไหลเวียนโลหิต

1.6.6. การฉีกขาดของกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดหลังจาก necrosis ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอ นุ่ม และส่วนใหญ่จะตาย

1.6.7. ผนังของหัวใจห้องล่างโป่ง เนื่องจากแผลเป็นของกล้ามเนื้อตาย บริเวณที่โป่งไม่สามารถหดตัวขณะหัวใจห้องล่างหดตัวส่งเลือดออกไป ประสิทธิภาพการหดตัวของหัวใจห้องล่างลดลงมากกล้ามเนื้อส่วนที่เหลือทำงานมากขึ้นจะนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว

1.6.8. ภาวะเจ็บแน่นหน้าอกหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยอาการและความรุนแรงใกล้เคียงกับการเจ็บแน่นหน้าอกครั้งแรก เกิดขึ้นในขณะพักหรือขณะมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย อาจเกิดในช่วงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมงแรกหรือมากกว่านั้น อาการเจ็บแน่นหน้าอกจะสัมพันธ์หรือไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจก็ได้

1.6.9. กล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (reinfarction) และการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ เป็นภาวะขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจที่เกิดขึ้นได้ ภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากพยาธิสภาพหลอดเลือดของผู้ป่วยที่ยังมีคราบหินปูน และไขมันเกาะอยู่ภายในหลอดเลือด ทำให้เกิดรอยตีบแคบ

## 1.7 แนวทางการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แนวทางการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์หลัก (นิตี มหานนท์ และสรณ บุญใบชัยพฤกษ์ , 2543 ; จริยา ตันติธรรม , 2547: 327) ดังต่อไปนี้

1.7.1 จำกัดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (Limitation of infarct size) โดยมีหลักอยู่ 2 ประการ คือ ทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจใหม่ (reperfusion therapy) ได้แก่ การใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะลิ่มเลือดอุดตันเฉียบพลัน การให้ออกซิเจนเพื่อช่วยเหลือนกล้ามเนื้อหัวใจ พยายามรักษาการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย

1.7.1.1 การใช้ยา ได้แก่ การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agents) หมายถึง ยาที่จะทำปฏิกิริยากับ plasminogen (เป็นโปรตีนที่หลังจากเซลล์เอ็นโดทีเลียม) ได้ plasmin ซึ่งทำหน้าที่ละลายลิ่มเลือด (fibrin clot) และย่อย clotting factor V & factor VIII, prothrombin และ fibrinogen การใช้ยาด้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด คือยา Aspirin เมื่อใช้กับยาละลายลิ่มเลือดยานี้ช่วยลดอัตราการตายในระยะแรก และการเกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำด้วยการป้องกันการเกาะตัวของเกร็ดเลือด การใช้ยายับยั้งการแข็งตัวของเลือด คือยา Heparin, Hirudin การให้ยานี้มักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อ systemic or pulmonary embolism, large anterior MI และผู้ป่วยที่ได้รับ Streptokinase โดยไม่ได้ Aspirin

1.7.1.2 การใช้เครื่องมือพิเศษในการช่วยลดการทำงานของหัวใจ และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ในรายที่มีปัญหาหัวใจวาย หรือช็อคจากหัวใจ โดยการใช้ Intraaortic balloon pump (IABP)

1.7.1.3 การใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยขยายขนาดรูหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันให้เปิดกว้างออก ซึ่งมีหลายวิธี คือ การสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีทางผิวหนัง (PTCA) , การใส่โครงตาข่ายสะพานที่ขยายให้หลอดเลือดหัวใจเปิดตลอด (Coronary Stent)

1.7.1.4 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) เป็นการทำทางเดินเลือดใหม่เพื่อไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจต่อเส้นเลือดที่ตีบหรืออุดตัน โดยใช้หลอดเลือดดำ

1.7.2 ลดการทำงานของหัวใจ (minimizing cardiac metabolic demand) เพื่อลดความต้องการเลือดและออกซิเจน การปรับระดับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนโลหิตทำให้หัวใจใช้ออกซิเจนน้อยที่สุดโดยไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การพักผ่อน การจัดการกับความเครียด และลดความวิตกกังวล เป็นต้น โดยการให้พักในช่วงระยะแรกอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง ซึ่งแล้วแต่ระดับความรุนแรงของโรค และใช้ยาเพื่อควบคุมอาการเจ็บหน้าอก ยาที่ใช้ควบคุมอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวด โดยมี มอร์ฟีน เป็นยาที่ใช้ได้ผลดี มอร์ฟีน ทำให้หลอดเลือดขยาย แก้ปวด และลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ, กลุ่มยาไนเตรท ยากลุ่มนี้ลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยมี preload ลดลง เนื่องจากยาทำให้หลอดเลือดดำขยายตัวและเพิ่มออกซิเจนมาเลี้ยง, กลุ่มยาปิดกั้นเบต้า (Beta blockers) ได้แก่ Propranolol, Metoprolol, Timolol เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะสกัดกั้น beta adrenergic ทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.7.3. ป้องกันการเกิดภาวะเดิมซ้ำ (prevent reinfarction) โดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดคราบไขมัน เช่น การงดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก และลักษณะการใช้ชีวิต เป็นต้น



1.7.4. ป้องกันการเกิดอาการเจ็บหน้าอก (prevent angina/myocardial ischemia) โดยการลดปัจจัยเหนี่ยวนำที่จะกระตุ้นให้เกิดการปริแตกของคราบไขมัน เช่น การงดสูบบุหรี่ การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ เป็นต้น

1.7.5. ป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (prevent heart failure) โดยการैयाเพื่อปรับระดับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนโลหิต ลดการทำงานของหัวใจให้มีน้อยที่สุด โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนน้ำคั่งในปอด

1.7.6. ป้องกันการเสียชีวิต โดยเฉพาะการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันทันที (prevent death) ซึ่งมักจะพบได้มากสุดใน 4 ชั่วโมงแรกของการเกิดอาการ

## 2. อาการ/กลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

อาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นผลมาจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการเมตาโบลิซึม (metabolism) ผลทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่างๆ เช่น ไคนิน (kinin) แบริดดีไคนิน (bradykinin) และอะดีโนซีน (adenosine) ซึ่งจะกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกตรงผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีและกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด และส่งผ่านไปตาม cervical และ thoracic spinal segment เข้าส่วนสมองส่วน thalamus และ cortex ซึ่งจะทำให้เกิดการรับรู้แปลความรู้สึกต่างๆ คือ ความไม่สบาย ปวดแน่นในทรวงอกเป็นแนวกว้างตามแขนงของเส้นประสาทสันหลัง ตั้งแต่ระดับกรามลงไปถึงบริเวณท้อง และอาจมีอาการร้าวไปที่บริเวณไหล่หรือต้นแขนด้านใน ซึ่งเป็นบริเวณที่มีปลายประสาทรับความรู้สึกที่ผิวของร่างกาย (somatic pain) และระดับ C<sub>8</sub> ถึง T<sub>2</sub> ซึ่งจะเป็นระดับเดียวกันกับปลายประสาทรับความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ หรือเยื่อหัวใจ (visceral pain) เข้าสู่สมองส่วนกลาง แปลความรู้สึกผ่านผิวหนังที่เรียกว่า referred pain (ปิยทัศน์ ทัศนวิวัฒน์, 2542)

ลักษณะอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบบ่อย คือ อาการเจ็บหน้าอก (chest pain) หายใจไม่ทั่วท้อง ซึ่งอาจเกิดก่อนอาการแน่นหน้าอก ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง, หลัง, คอ, กราม, หรือลิ้นปี่ แน่นหน้าอก-ถูกบีบ กด ท้วบริเวณหน้าอก หรือส่วนกลาง เหนือแตกท่วมตัว คลื่นไส้ หน้ามืด ใจสั่น อาการที่เกิดขึ้นหลายอาการพร้อมกันเป็นสัญญาณอันตราย การเจ็บแน่นหน้าอกส่วนใหญ่จะเริ่มจากอาการเล็กน้อย แต่จะเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ

ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกหรืออาการแน่น ๆ /ไม่สุขสบายบริเวณหน้าอก (chest pain or chest discomfort) แบ่งเป็น 3 ประเภท (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 285) ดังนี้

1. Classic angina แน่นอึดอัดเหมือนถูกกดทับที่กลางอก อาการไม่สุขสบายนี้อาจร้าวไปแขนซ้าย หรือคอ และอาจมีอาการร่วม คือ หายใจไม่ออก หายใจขัด (shortness of breath) ใจสั่น เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ หรืออาเจียน

2. Angina equivalent เป็นอาการไม่สุขสบายที่ไม่จำเพาะเจาะจง แต่มักมีอาการเกิดขึ้นกะทันหัน ได้แก่ อาการหัวใจซีกซ้ายวาย โดยมีอาการ เหนื่อยหอบ (dyspnea) หรืออาการของหัวใจเต้นผิดจังหวะ คือ อาการใจสั่น ใจหวิว หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น

3. Atypical chest pain คือ อาการไม่สุขสบายหรือปวดที่เกิดขึ้นที่หน้าอก และอาการมักสัมพันธ์กับการเปลี่ยนท่า หรือเป็นอาการปวดจากเยื่อหุ้มปอดอักเสบ (pleuritic pain)

อาการและกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันทั้งหมด (จริยา ตันติธรรม, 2547; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; จิรวรรณ เดชอดิศัย, 2549 ; ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, 2543; ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542; สุณีย์ เตียมศิริบุญกุล, 2540; อุไร ศรีแก้ว, 2543; Alexander et al., 2001; Camey et al., 2002; Culic et al., 2002; Devon & Zerwic, 2002; Hollander, 2004; McSweeney & Crane, 2000; Milner et al. 2002; Reeder & Gersh, 2000; Ryan, 2003; Zerwic, 1998) ดังนี้

1. เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก/ไม่สุขสบายในทรวงอก (chest pain/chest discomfort)
2. เจ็บ/ปวดรอบ ๆ หัวใจ (pain around the heart)
3. เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ (epigastric pain)
4. เจ็บ/ปวดบริเวณคอหรือกราม (neck or jaw pain)
5. เจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย
6. เจ็บ/ปวดไหล่ขวา
7. เจ็บ/ปวดแขนซ้าย
8. เจ็บ/ปวดแขนขวา
9. ปวดหลัง/ปวดกลางหลัง (back pain/mid back pain)
10. หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึก ๆ ไม่ได้ (dyspnea/shortness of breath/difficulty breathing/unable to take deep breath)
11. รู้สึกเหมือนกำลังจมน้ำ (feeling like the were drowning)
12. ใอ/ไอน้ำลายเป็นฟอง/ไอเสมหะปนเลือด
13. หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (tachyarrhythmia)
14. ใจสั่น (palpitation)
15. เหงื่อออก (perspiration/diaphoresis/sweating)
16. แขนขาเย็นชื้น/ซีด (clammy limbs)

17. อาการเหมือนเป็นไข้หรือหนาวสั่น (fever like symptom/chill)
18. เสียดท้อง (heartburn)
19. รู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย/ท้องอืด/มีแก๊สในกระเพาะอาหาร (indigestion/abdominal distension/gas)
20. คลื่นไส้ (nausea)
21. อาเจียน (vomiting)
22. ท้องเสีย (diarrhea)
23. เรอ (belching)
24. สะอึก (hiccups)
25. วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม(ยังรู้สึกตัว) (dizziness /blackness/ fainting/ faintness / lightheadedness)
26. หหมดสติ (syncope)
27. ปวดศีรษะ (headache)
28. ชาปลายมือปลายเท้า (upper-extrimity numbness)
29. สับสน (confusion/disorientation)
30. ชื่องช้า (slow down)
31. ไม่สามารถเคลื่อนไหว (unable to move)
32. อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า (weakness/fatigue)
33. หูอื้อ (tinnitus)
34. กลัว/ตกใจกลัว (fear/frightened)
35. กังวลใจ/หงุดหงิด (anxious/nervous)
36. เจ็บชายโครง
37. ปวดสะโพก
38. รู้สึกหัวใจเต้นช้าลง
39. ร้อนในทั่วทั้งตัว
40. เจ็บขาซ้าย
41. รู้สึกกล้ามเนื้อหน้าอกเต้นระริก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การจำแนกอาการที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีลักษณะเป็นกลุ่มอาการ (Dempsey, Dracup, & Moser, 1995; Johnson & King, 1995 as cited in Ryan, 2003) และจากการศึกษาของ Ryan (2003)

ซึ่งศึกษาความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการในผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แบ่งกลุ่มอาการ ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอาการที่พบบ่อย (traditional symptoms) อาการที่พบในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นอาการที่สมาคมหัวใจอเมริกัน (American Heart Association, AHA) เน้นสอนแก่ประชาชนทั่วไป ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งส่วนใหญ่มีความรุนแรงและเกิดขึ้นตลอดเวลา เหงื่อออก และหายใจขัด ผู้ป่วยไม่ได้ยอมรับว่าอาการกลัว อ่อนแรง หรือวิงเวียนศีรษะเป็นอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินอาหาร (symptom attributed to gastrointestinal cause) ในกลุ่มนี้จะมีจุดเน้นที่อาการทางระบบทางเดินอาหาร คือ รู้สึกเสียดท้อง อาหารไม่ย่อย และรู้สึกมีแก๊สในกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกปานกลาง ปวดแขน และต้องใช้แรงในการหายใจเล็กน้อย เช่นเดียวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่สามารถแยกได้ว่าการมีอาการเจ็บหน้าอกทันที (sudden onset pain) วิงเวียนศีรษะสับสน สะดุ้งตกใจกลัวหรืออาการซีด ที่ปรากฏขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. กลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (non specific symptoms) มีจุดเน้นอยู่ที่อาการทั่วไป เช่น รู้สึกเหนื่อยล้า เชื่องซึม ร่วมกับต้องใช้แรงในการหายใจเล็กน้อย ปวดแขน สะดุ้งตกใจกลัวจนเหนื่อย นอนไม่หลับ และไม่มีสิ่งใดในตนเองที่มีความเฉพาะเจาะจงกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยหรือไม่ทราบว่าอาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการทางทรวงอก วิงเวียนศีรษะ ปวดไหล่ หรือกราม เป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4. กลุ่มอาการที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มที่พบบ่อย (variation on traditional symptoms) มีจุดเน้นที่อาการเจ็บบริเวณที่แตกต่างออกไป คือ อาการแน่นหน้าอก/ไม่สุขสบายในทรวงอก ปวดรอบ ๆ หัวใจ ปวดแขน และระหว่างกระดูกหัวไหล่ ระดับปานกลางถึงรุนแรง ร่วมกับอาการหายใจขัด ปวดกราม อ่อนเพลีย สับสน รู้สึกเหมือนกำลังจมน้ำ มีความรู้สึกกลัว ผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกว่าการทางระบบทางเดินอาหาร อาการไม่สบาย อาการปวดหรือการมีเหงื่อออกมีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

นอกจากนั้นยังสามารถแบ่งเป็นกลุ่มตามลักษณะที่คล้ายกับอาการที่เกิดกับระบบต่าง ดังนี้

1. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ คือ อาการเจ็บ/ปวดบริเวณคอหรือกราม เจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย เจ็บ/ปวดไหล่ขวา เจ็บ/ปวดแขนซ้าย เจ็บ/ปวดแขนขวา ปวดหลัง/ปวดกลางหลัง เจ็บชายโครง ปวดสะโพก เจ็บขาซ้าย รู้สึกกล้ามเนื้อหน้าอกเต้นระริก

2. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด คือ อาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก/ไม่สุขสบายในทรวงอก เจ็บ/ปวดรอบ ๆ หัวใจ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ใจสั่น รู้สึกหัวใจเต้นช้าลง

3. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินอาหาร คือ อาการเจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ รู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย/ท้องอืด/มีแก๊สในกระเพาะอาหาร คลื่นไส้ เสียดท้อง อาเจียน ท้องเสีย เรอ สะอึก

4. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบประสาท คือ อาการเหงื่อออก แขนขาเย็นขึ้น/ซีด อาการเหมือนไข้หรือหนาวสั่น วิงเวียนศีรษะ/ตาลายหน้ามืด/เป็นลม (ยังรู้สึกตัว) หมดสติ ปวดศีรษะ ชาปลายมือปลายเท้า ไม่สามารถเคลื่อนไหว นุ้้อ ร้อนในตัวทั้งตัว

5. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบจิตใจ คือ อาการสับสน เชื่องซึม อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย กลัว/ตกใจกลัว กังวลใจหงุดหงิด

6. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินหายใจ คือ อาการหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึก ๆ ไม่ได้ รู้สึกเหมือนกำลังจมน้ำ ไอ/ไอน้ำลายเป็นฟอง/ไอเสมหะเป็นเลือด

กลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

มีผู้ให้ความหมายของกลุ่มอาการ ไว้ดังนี้

กลุ่มอาการ หมายถึง ภาวะที่พบความผิดปกติพร้อม ๆ กันหลายอย่างที่มีลักษณะเฉพาะ (จินดา เลิศศิริวรกุล, 2551)

กลุ่มอาการ หมายถึง อาการตั้งแต่ 3 อาการหรือมากกว่า ที่เกิดขึ้นพร้อมกัน หรือร่วมกัน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่ไม่จำเป็นว่าต้องเกิดจากสาเหตุเดียวกัน (Dodd, Miaskowski & Paul, 2001)

กลุ่มอาการ หมายถึง อาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการเดียวกัน มากกว่าอาการในกลุ่มอาการอื่น และอาการเหล่านี้อาจจะเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้ (Kim, McGuire, Tulman & Barsevick)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า กลุ่มอาการ หมายถึง อาการตั้งแต่ 2 อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหรือเกิดขึ้นร่วมกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการที่อยู่ในกลุ่มอาการเดียวกัน จะมีความสัมพันธ์กันมากกว่าอาการที่อยู่ในกลุ่มอาการอื่น โดยกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องมีสาเหตุเดียวกัน

สำหรับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก็จะมีจำนวนอาการและอาการที่แตกต่างกัน แม้ว่าอาการเจ็บหน้าอกอาจจะเป็นอาการที่พบบ่อย และเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยบางรายก็อาจจะไม่มีอาการนี้

อาจจะมีอาการแสบ หรืออาการไม่สบายบริเวณหน้าอก หรืออาการแน่นท้องเสมือนอาหารไม่ย่อย (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543) จากการศึกษาของสุนีย์ เอี่ยมศิริภูกุล, 2540) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก มีแต่อาการจุกแน่นลิ้นปี่ ร้อยละ 1 ไม่มีอาการที่ชัดเจน แต่รู้สึกรู้สึกว่าไม่สบาย ร้อยละ 2 และลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะของกลุ่มอาการ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 52 มีอาการเจ็บหน้าอก ร่วมกับอาการปวดร้าวไปที่อื่น เหงื่อออก และใจสั่น

นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีอาการท้องเสีย หรือปวดมวนท้องอย่างมากระหว่างที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute phase of MI) อ่อนเพลีย มึนงง ใจสั่น รู้สึกกลัวมาก เพราะรู้สึกเหมือนกำลังจะตาย หรืออาจมีอาการของเส้นเลือดในสมองอุดตันจากเอ็มโบไล (cerebral embolism) หายใจลำบากหรือหายใจไม่สะดวก เวียนศีรษะ หน้ามืดจะเป็นลม เหงื่อออกมาก ตัวเย็นขึ้น แสบยอกอกร่วมกับคลื่นไส้/อาเจียน อาการคลื่นไส้อาเจียน พบได้ร้อยละ 50 ในกลุ่ม STEMI ชนิดที่มีกล้ามเนื้อหัวใจด้านข้างตายเฉียบพลัน (acute inferior wall MI) ที่มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

### **แนวคิดการจัดการกับอาการ/กลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการกับอาการ ของ Dodd et al. (2001: 668-676) เป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Larson et al. (1994) Dodd et al. (2001) พบว่า การที่บุคคลมีการเจ็บป่วยและปรากฏอาการ/กลุ่มอาการเกิดขึ้นนั้นตั้งแต่วัยเด็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงนั้น เป็นเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพรบกวนการทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เกิดภาวะพึ่งพามากขึ้น แล้วยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม การรักษาโรคที่มุ่งเฉพาะการค้นหาสาเหตุของอาการ ไม่สามารถนำไปสู่การควบคุมอาการได้ จึงต้องมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกับการค้นหาสาเหตุที่เป็นรากฐานของอาการนั้น ๆ ไปพร้อมกัน เพื่อช่วยให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง Dodd et al. (2001) จากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียแห่งซานฟรานซิสโก ได้เสนอกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (symptom management model) และได้กล่าวถึง 3 โมโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์อาการ (symptom experience) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ (out come) โดยที่กรอบแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ไม่ได้กล่าวเฉพาะเจาะจงลงไปว่าประสบการณ์อาการดังกล่าวนี้เป็นอาการเดี่ยวๆ หรืออาการที่เกิดขึ้นร่วมกันหลาย ๆ อาการ แต่ในระยะต่อมาได้มีการศึกษาเพิ่มเติมให้เห็นว่าประสบการณ์อาการที่กล่าวไว้ อาจเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกันหลาย ๆ อาการ (Dodd, Miaskowski & paul, 2001 ; Miaskowski, Dodd & Lee, 2004) ต่อมา Kim et al. (2005) ได้ทำการวิเคราะห์กรอบแนวคิด (concept analysis) ของกลุ่มอาการ (symptom clusters) และได้ให้ความหมาย

ของกลุ่มอาการว่าต้องประกอบด้วย อาการตั้งแต่ 2 อาการหรือมากกว่าขึ้นไป อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการเดียวกันมีความสัมพันธ์กันมากกว่าอาการในกลุ่มอาการอื่น และอาการเหล่านั้นอาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปบุคคลจะพยายามแสวงหาวิธีการเพื่อจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นและกระทบต่อตนเอง ไม่ว่าจะเป็วิธีใดเพื่อขจัดกลุ่มอาการเหล่านั้นให้หมดไปหรือบรรเทาลง

อาการแสดง (sing) เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางชีวสังคม (Biopsychosocial functioning) การรับรู้ความรู้สึกหรือความรู้ความจำของคน หรือการตระหนักรู้ต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นของตนเอง ตรงข้ามกับอาการ (symptom) จะถูกค้นพบความผิดปกติโดยผู้อื่น (Dodd et al., 2001) การประเมินสถานะของโรคและประสิทธิภาพของกลวิธีจัดการ อาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางในการพยายามแก้ปัญหาของผู้ป่วยและการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับรู้อาการ เข้าใจอาการจนสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการ จนมีความเข้าใจ (Dodd et al., 2001) ตามรูปแบบแนวคิดการจัดการอาการอยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 6 ข้อ คือ 1) หลักการในการศึกษาอาการของผู้ป่วยอาศัยพื้นฐานการรับรู้จากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของแต่ละบุคคล ซึ่งรายงานจากแบบรายงานตนเอง (self-report) 2) บุคคลที่ใช้รูปแบบแนวคิดการจัดการอาการไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์อาการนั้นๆ เพราะบุคคลอาจเพียงแค่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการนั้นๆ เนื่องจากได้รับผลจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม กลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการคือการป้องกันไม่ให้เกิดอาการ (จัดการก่อนที่บุคคลจะเกิดอาการ) 3) บุคคลที่ไม่สามารถบอกอาการได้ (เช่น ทารก หรือผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสาร) อาจจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และแปลความหมายโดยพ่อแม่หรือผู้ดูแลซึ่งคาดว่าน่าจะมี ความแม่นยำเพื่อการแทรกแซงได้ถูกต้อง 4) ทุกอาการที่ทำให้ไม่สบายต้องได้รับการจัดการ 5) กลยุทธ์การจัดการอาการอาจมีเป้าหมายเฉพาะรายบุคคล กลุ่มครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อม 6) การจัดการอาการนั้นเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต คือสามารถถูกปรับเปลี่ยนโดยมีผลลัพธ์แต่ละอย่างและอิทธิพลจากองค์ประกอบทางการพยาบาลของบุคคล สุขภาพ/การเจ็บป่วยหรือสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้แบบจำลองการจัดการกับอาการตระหนักถึงมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการพยาบาล มีองค์ประกอบ 3 ประการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ดังนี้

1. บุคคล (Person domain) ปัจจัยทางด้านบุคคล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic) จิตวิทยา (Psychological) สังคมและสรีรวิทยา (Sociological & physiological) เป็นปัจจัยภายในต่อวิถีทางที่บุคคลมองและตอบสนองต่อประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้น ๆ

ปัจจัยทางด้านพัฒนาการหรือมีวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล เมื่อมีการใช้รูปแบบแนวคิด ปัจจัยส่วนบุคคลอาจจะถูกขยายขอบเขตออกไปหรือแคบลงขึ้นอยู่กับอาการนั้น ๆ และบุคคลนั้น ๆ

2. สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health & illness domain) เป็นการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและระดับของความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บหรือความพิการ และภาวะสุขภาพรวมทั้งปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจะมีผลโดยและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ของอาการ บุคคลอาจจะเสี่ยงต่อการเกิดอาการแสดงจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมหรืออาชีพที่มีสารอันตรายจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษาโรค หรือในลักษณะผลของอาการแสดงที่มีผลมาจากโรคที่เรื้อรัง อาการแสดงเหล่านี้สามารถคาดคะเน ป้องกันหรือทำให้ลดลงโดยวิธีการช่วยเหลือ นอกจากนี้รูปแบบแนวคิดยังใช้ในการประเมินและการตอบสนองของบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการด้วย

3. สิ่งแวดล้อม (Environment domain) หมายถึงผลรวมทั้งหมดของเงื่อนไขหรือบริบทที่เกิดอาการ ได้แก่ ปัจจัยทางกายภาพ (Physical) สังคม (Social) และวัฒนธรรม (Culture) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพอาจจะรวมถึงบ้าน สถานที่ทำงานและโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม รวมถึงเครือข่าย สิ่งสนับสนุนทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal) สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม หมายถึง ความเชื่อ ค่านิยมและประเพณีปฏิบัติในเชื้อชาติหรือกลุ่มชนนั้น ๆ ซึ่งสถานที่ที่เกิดอาการ มีผลโดยตรงต่อกลวิธีการจัดการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

มโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ มีองค์ประกอบ 3 มโนทัศน์หลักที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลของอาการ (Symptom Outcome) มีรายละเอียดดังนี้

### 3. ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experiences)

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่ออาการแสดงนั้นๆ โดยการประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการแสดง ซึ่งการเข้าใจในองค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ มีความสำคัญต่อความสามารถในการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งองค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่างกัน (Facione & Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001 : 671) โดยบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง เขาจะรับรู้ในความรุนแรงของอาการที่สูงขึ้น ประสบการณ์การมีอาการ ของผู้ป่วยจะรับรู้อาการแปลข้อมูลผ่านกระบวนการคิดรู้ของบุคคล โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์และนำไปสู่ข้อสังเกตที่พบว่าตนเองรู้สึกหรือมีพฤติกรรมที่



เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ การตอบสนองต่ออาการ บุคคลจะสนองตอบต่ออาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ซึ่งการตอบสนองของแต่ละคนอาจมีหลายรูปแบบต่ออาการของโรคเพียง อย่างเดียว การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ความเข้าใจ ถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการแสดงมีความสำคัญ ถ้าหาก อาการแสดงนั้นได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบของ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเป็นแบบ 2 ทางระหว่างส่วนประกอบทั้งสามมิติ คือการรับรู้เกี่ยวกับ อาการและการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการและการตอบสนอง ต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น การประเมินและการตอบสนองสามารถปรับการรับรู้ได้ หาก บุคคลเชื่อว่าอาการมีแนวโน้มที่ไม่ค่อยดีในการรับรู้ของบุคคลนั้น ๆ การรับรู้ต่อความรุนแรงของ อาการอาจถูกทำให้รุนแรงยิ่งขึ้น ซึ่งประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย

**3.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptoms)** การรับรู้ของบุคคลต่ออาการ เป็นการแปลความของข้อมูลผ่านกระบวนการการคิดรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่ เคยรู้สึก หรือพฤติกรรมที่เคยเป็นเคยปฏิบัติ โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ การรายงานอาการด้วยตนเอง และบันทึก รายงานอาการเกี่ยวกับระดับอาการ ความถี่ หรือ ลักษณะของอาการซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการซักถาม การบันทึก

จากการศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒนกุล (2543: 44) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาด เลือดเฉียบพลันรับรู้อาการเริ่มต้น คือ เจ็บหน้าอก (ร้อยละ 62) เริ่มจากจุกแน่นลิ้นปี่ ปวดระบบ ทางเดินอาหาร (ร้อยละ 20) เริ่มจากเจ็บร้าวจากแขน ไหล่ หลัง (ร้อยละ 13) และอาการหายใจ ลำบาก (ร้อยละ 13) รับรู้ตำแหน่งของอาการร้าวไปบริเวณหน้าอก (ร้อยละ 44.1) ร้าวไปบริเวณแขน ทั้งสองข้าง แขนซ้าย (ร้อยละ 33.9) ร้าวไปบริเวณคอ ไหล่ กราม (ร้อยละ 50.3) รับรู้อาการแสดง ของอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีอาการบริเวณหน้าอกซ้าย กลางอก และหน้าอกด้านหน้า ทั้งหมด (ร้อยละ 74) มีความรู้สึกไม่สุขสบายในช่องอก (ร้อยละ 13) ผู้ป่วยอธิบายลักษณะเป็น อาการว่าเจ็บ ปวด แน่นเหมือนถูกบีบรัด (ร้อยละ 59) จะเจ็บแปล็บ ๆ เจ็บตื้อ ๆ ผู้ป่วยรับรู้ความถี่ ของอาการว่ามีอาการตลอดเวลา (ร้อยละ 59) มีอาการทุก 5-30 นาที (ร้อยละ 26) มีอาการทุก 1- 2 ชั่วโมง (ร้อยละ 7) และมีอาการ 1-2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 8) ระยะเวลาของอาการที่ทำให้ผู้ป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ มีอาการนาน 30 นาที (ร้อยละ 46) มีอาการนาน 1-3 ชั่วโมง (ร้อยละ 37) มีอาการตั้งแต่ 3 ชั่วโมงขึ้นไป (ร้อยละ 17) ช่วงระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนกระทั่งเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 34) มากกว่า 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 66) และนานตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป (ร้อยละ 8) ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของอาการมาจากหัวใจ (ร้อยละ 47) จากระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 16) จากกระดูก-กล้ามเนื้อ (ร้อยละ 8) จากโรคเบาหวาน

ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 14) จากระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 4) และไม่แน่ใจว่าสาเหตุใด (ร้อยละ 11)

สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540: 80) ศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ลักษณะอาการของโรค ส่วนใหญ่พบอาการเจ็บหน้าอก ปวดร้าว เหงื่อออกใจสั่น (ร้อยละ 52) บรรยายลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บแน่น (ร้อยละ 53) ตำแหน่งที่เกิดอาการชัดเจนที่สุด คือ บริเวณกลางหน้าอก (ร้อยละ 44) และบริเวณหน้าอกด้านซ้าย (ร้อยละ 42) ระยะเวลาที่เจ็บแน่นหน้าอกส่วนใหญ่จะนาน 10-30 นาที (ร้อยละ 47) และเจ็บนานมากกว่า 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 31) เมื่อเกิดอาการครั้งแรกคิดว่าเป็นจาก หัวใจ (ร้อยละ 56) เมื่ออาการไม่ดีขึ้นคิดว่า เป็นจากหัวใจ (ร้อยละ 62)

จรรยาพร พงษ์โยธา (2548: 75) ศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผู้ใหญ่ พบว่า ส่วนใหญ่พบอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก (ร้อยละ 90.7) มีอาการร่วม (ร้อยละ 82) โดยจะมีอาการหายใจเหนื่อย (ร้อยละ 50) ระยะของการมีอาการที่มา โรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-3 ชั่วโมง (ร้อยละ 43.3) เมื่อเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือเหนื่อยรับรู้ว่าอาการนั้น เกิดจากหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 อยู่ในระดับมาก

จิราวรรณ เดชอดิษฐ์ (2549: 41) ศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการ ผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า อาการหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจ ลึกๆไม่ได้ (ร้อยละ 88) รองลงมา คือ เหงื่อออก (ร้อยละ 87.20) อาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก (ร้อยละ 75.20) บริเวณที่เจ็บหน้าอกส่วนใหญ่ หน้าอกตรงกลาง (ร้อยละ 39.36) หน้าอกซ้าย (ร้อยละ 35.11) ลักษณะที่เจ็บหน้าอกส่วนใหญ่พบมาก คือ แน่น ๆ (ร้อยละ 58.38) แสบร้อน (ร้อยละ 15.96) และตำแหน่งการปวดร้าว พบว่าปวดร้าวไปที่คอ (ร้อยละ 19.15) หลัง (ร้อยละ 17.20)

Dracup et al. (1995: 448) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้อาการของโรค จะอธิบายลักษณะของอาการว่า เจ็บ แน่นหน้าอก รู้สึกไม่สบาย หายใจลำบาก เจ็บแน่นเหมือน ถูกบีบรัด เจ็บตื้อ ๆ ตำแหน่งที่มีอาการส่วนใหญ่ คือ บริเวณหน้าอก แขน คอ และกราม

Dracup et al. (2003: 320) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่รับรู้ อาการว่าเป็นอาการเริ่มต้นของโรคหัวใจ รองลงมาเป็นอาการของโรคกระเพาะอาหาร ปวด กล้ามเนื้อ เหนื่อยล้า และจากอาการทางระบบทางเดินหายใจ

**3.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms)** การประเมินอาการ หมายถึง การ ตัดสินใจของบุคคลรวมถึงความรุนแรง ตำแหน่ง ความเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ความถี่ รูปแบบการเกิด ผลกระทบ ความพิการที่อาจเกิดขึ้นและภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยที่มี ประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพมากกว่ากลุ่มที่

ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001: 672) เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ

ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543: 48) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินความรุนแรงตั้งแต่มีอาการว่ามีความรุนแรงปานกลาง (ร้อยละ 44) ประเมินว่ามีความรุนแรงมาก (ร้อยละ 21) ประเมินว่ารุนแรงมากที่สุด (ร้อยละ 10) ประเมินว่ารุนแรงยังน้อย (ร้อยละ 12) และประเมินอาการว่าไม่รุนแรง (ร้อยละ 4) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังประเมินความแตกต่างของอาการและความรุนแรงกับครั้งก่อน พบว่าส่วนใหญ่มีอาการและรุนแรงเหมือนครั้งก่อน (ร้อยละ 37.5) มีอาการเหมือนครั้งก่อนแต่รุนแรงมากกว่า (ร้อยละ 30) ประเมินว่ามีความรุนแรงน้อยกว่า (ร้อยละ 17.5) ประเมินว่าไม่มี ความแตกต่าง (ร้อยละ 15) ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นอาการที่มีอันตรายอาจทำให้เสียชีวิตได้ (ร้อยละ 50) และประเมินว่าเป็นอันตราย (ร้อยละ 50)

สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล (2540: 80) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประเมินระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ว่ามีความรุนแรงมากที่สุด (ร้อยละ 45) มีความรุนแรงมาก (ร้อยละ 41) และมีความทุกข์ทรมานมากที่สุด (ร้อยละ 52) ทุกข์ทรมานมาก (ร้อยละ 36) ประเมินอาการว่าอาการครั้งนี้จะแตกต่างจากครั้งก่อน (ร้อยละ 38) ผู้ป่วยประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีอันตรายมากทำให้เสียชีวิตได้รวดเร็ว (ร้อยละ 62) และที่บอกว่าอันตรายน้อยและไม่มีอันตราย (ร้อยละ 8) ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้การไปรับการรักษาเมื่อเกิดอาการว่าต้องไปรับการรักษาเร็วที่สุด (ร้อยละ 52) รอดอาการไปก่อน/ไม่หายค่อยไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 37) รอดอาการไปก่อนไม่ต้องรีบไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 11)

จรรวมล แพ่งโยธา (2548: 84) พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่มีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกกว่ามีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและกระทบต่อผู้ป่วยมาก คือประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่า เป็นอาการที่มีความรุนแรงมาก รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นกะทันหันสามารถทำให้เสียชีวิตได้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 และ 3.91 ตามลำดับ และอยู่ในระดับที่มาก

จิราวรรณ เดชอดิษฐ์ (2549: 55) พบว่าผู้ป่วยมีการอธิบายว่า เป็นอาการที่รุนแรงที่สุดในอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด/เจ็บมากสุดในชีวิต/เจ็บแทบขาดใจ/ทำให้สัมผัสได้กับความเจ็บปวดทรมาน/ทรมานที่สุด (ร้อยละ 64.80) เป็นอาการแรกที่เกิดขึ้น/เป็นอาการแรกทุกครั้งของการเกิดอาการ (ร้อยละ 51.201) เป็นแล้วทำให้นึกถึงความตาย/คิดว่าสามารถทำให้เสียชีวิตได้/เป็นอาการที่อันตรายถึงชีวิต/ถ้าปล่อยไว้ไม่รักษาทำให้ตาย/น่ากลัวที่สุด/กลัวจะตาย/ทำให้รู้สึกเหมือนจะขาดใจตาย (ร้อยละ 36.80)

**3.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms)** หมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้น เป็นความรู้สึก ความคิดหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอาการ

ประกอบด้วยการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและสังคม การตอบสนองต่ออาการ อาจมีหลายรูปแบบต่ออาการของโรคเพียงอย่างเดียว หรือหลาย ๆ ประการ

ปฏิพร บุญยพัฒนกุล (2543: 49) พบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่ออาการทางด้านร่างกาย คือ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า หายใจไม่สะดวก ปลายมือ ปลายเท้า ชีต คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หน้ามืด มีไข้ ท้องอืด ปวดศีรษะ นอกจากนี้ผู้ป่วยตอบสนองต่ออาการด้วยมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน (ร้อยละ 78) มีความรู้สึกไม่แน่ใจในอาการและการรักษาที่จะได้รับ (ร้อยละ 45) มีความกลัว เครียด (ร้อยละ 54) ความตระหนักในตนเองลดลง ไม่ยอมรับความจริง ไม่ยอมรับตนเอง (ร้อยละ 14)

อรมณี ช่างชายวงศ์ (2545: 58) พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.7) มีผู้ป่วยร้อยละ 9.3 ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่ไม่ถูกต้อง

#### 4. กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

กลวิธีในการจัดการกับอาการเป็นการควบคุมอาการ ที่ก่อให้เกิดปัญหาไม่พึงประสงค์ที่มุ่งเน้น ควบคุมประสบการณ์การมีอาการ เป้าหมายในการจัดการอาการ คือ การบำบัด การป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางลบให้เกิดขึ้นช้าที่สุดด้วยการใช้กลวิธีในการดูแลตนเอง กลวิธีที่อาศัยบุคลากรทางการแพทย์และยาในการรักษา (Biomedical professional and self care strategies) ซึ่งการจัดการกับอาการ เริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับการมีอาการจากมุมมองของผู้ป่วย ตามด้วยกลยุทธ์ในการจัดการ (intervention) กลยุทธ์ในการจัดการดังกล่าวอาจจะถูกวางเป้าหมายไปที่ องค์ประกอบของประสบการณ์อาการของผู้ป่วย หนึ่งหรือหลายประการเพื่อบรรลุผลลัพธ์ตามต้องการหนึ่งหรือหลายประการ เช่นกัน การจัดการอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต มักจะต้องการการเปลี่ยนแปลงในกลยุทธ์ตลอดเวลาหรือตอบสนองต่อการยอมรับหรือไม่ยอมรับในกลยุทธ์นั้น ๆ ของผู้ป่วย

การควบคุมอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องการการปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วยในกลวิธีนั้น ๆ กลวิธีในการจัดการกับอาการรวมถึงความสามารถเฉพาะเจาะจงว่าจะใช้กลวิธีอะไร (What) ใช้เมื่อไหร่ (When) ที่ไหน (Where) ทำไม (Why) มากน้อยเท่าไร (Mush/intervention dose) กับใคร/ผู้รับการปฏิบัติ (Whom) และใช้อย่างไร (How/Delivered) (Miaskowski et al., 1995-1999 cited in Dodd et al., 2001:673)

การปฏิบัติการจัดการกับอาการเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ (state of science) การยึดติด (Adherence) และการจัดกระทำเป็นการผสมผสานที่แสดงออกอย่างหนึ่ง ซึ่งการจัด

กระทำเป็นความต้องการที่ส่งผลต่อการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงที่ไม่ยึดติด การปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไป เป็นการจัดการศึกษาให้กับผู้ป่วยเรื่องทักษะการดูแลตนเองและการให้การสนับสนุน (Miaskowski et al., 1995-1999 cite in Dodd et al., 2001) ลักษณะของบุคลากรทางสุขภาพและระบบบริการสุขภาพสามารถมีอิทธิพลต่อการยึดติดของผู้ป่วยด้วย ซึ่งการควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ และกระตุ้นให้ผู้ป่วย และครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้น หรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

กลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก ของผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่มักมีอาการเจ็บหน้าอก ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดออกซิเจนและขาดเลือด เมื่อผู้ป่วยรับรู้อาการที่แสดงออก ผู้ป่วยจะพยายามใช้วิธีแก้ปัญหาหรือผ่อนคลายความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกสามารถแบ่งได้ 2 วิธีคือ วิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา

การจัดการอาการด้วยวิธีใช้ยา จากการศึกษาของ Dracup et al. (2003: 320) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในประเทศอังกฤษจะจัดการอาการด้วยตนเอง โดยการให้ยามากที่สุด (ร้อยละ 30.7) การศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543: 56) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ร้อยละ 69) จัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยวิธีใช้ยา โดยให้ยาขยายหลอดเลือด (ร้อยละ 53.6) ให้ยาสมุนไพรแผนโบราณ (ร้อยละ 37.7) ให้ยาที่เคยใช้ในโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 24.6) และใช้บาล์ม (ร้อยละ 13.1)

สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล (2540: 80) พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการทันทีที่รักษาโดยการให้ยา (ร้อยละ 33)

จรรยาพร แสงโยธา (2548: 85) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ยาประจำ คือ เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก อมยาใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดทันที (ร้อยละ 26) หลังจากอมยาครั้งแรก เมื่ออาการไม่ทุเลา จึงอมยาใต้ลิ้นครั้งที่ 2 และ 3 ซึ่งห่างกันทุก 5 นาที (ร้อยละ 18)

จิราวรรณ เดชอดิษฐ์ (2549: 61) พบว่า กลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยรวมอยู่ในระดับทรุดลงกว่าเดิม พบว่าผู้ป่วยเมื่อมีการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่ผลลัพธ์ของอาการดีขึ้น คือ อมยาขยายหลอดเลือด (ร้อยละ 20) กินยาหอม (ร้อยละ 20)

การจัดการอาการด้วยวิธีไม่ใช้ยา การศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543: 56) พบว่าผู้ป่วยจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก ด้วยวิธีรอดูอาการ (ร้อยละ 86) พยายามอดทน (ร้อยละ 62) กัดหม้อก/ทูปหน้าอก (ร้อยละ 14) นวดหน้าอกและจับบริเวณหน้าอก (ร้อยละ 9) เปลี่ยนท่าที่สุข

สบายขึ้น (ร้อยละ 21) หยุดทำกิจกรรมทันที (ร้อยละ 57) แล้วนั่งพัก หรือนอนราบ หยุดลมหายใจ โดยพยายามหายใจช้า ๆ (ร้อยละ 8) ภาวนาสั่งศักดิ์สิทธิ์ สวดมนต์ (ร้อยละ 6) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ญาติพี่น้อง การศึกษาของ Dracup et al. (1995: 45; 2003: 320) พบว่าผู้ป่วยจะจัดการอาการด้วยตนเองโดยการเปลี่ยนท่า การนอนหลับ ดื่มน้ำเย็น/น้ำผลไม้ หายใจลึก ๆ พยายามผ่อนคลาย พยายามปล่อยให้อาการหายเอง ทำในสิ่งที่ไม่เพิ่มความรุนแรง พยายามไม่คิดถึงอาการที่เกิดขึ้น และพบว่าในระยะแรกจะขอความช่วยเหลือ หรือปรึกษาจากบุคคลที่อยู่ใกล้ หรือจากแพทย์ที่คลินิกและโรงพยาบาลติดต่อหน่วยฉุกเฉินและส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไปโรงพยาบาลด้วยตนเอง นอกจากนี้บางรายจะติดต่อให้รถฉุกเฉินของโรงพยาบาลมารับ

สุนีย์ เอี่ยมศิริบุญกุล (2540:80) พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีอาการเกิดขึ้น จะนอนพักทันที ไม่ทำอะไร ไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีอาการมากขึ้น อาการดีขึ้นแล้วเป็นอีก นอกจากนี้ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ด้วยให้หายมารักษาก่อน (ร้อยละ 33) และพาไปรับการรักษา (ร้อยละ 61) และเมื่อเกิดอาการจะปรึกษาคูสมรส บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งมีผู้ป่วยที่ไม่ปรึกษาใครเลย (ร้อยละ 9)

จรรยาพร แฝงโยธา (2548: 89) พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก คือ ใช้วิธีนวด/กด/ทุบหน้าอก (ร้อยละ 56) ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 55.3) ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 50.7) สวดมนต์/ทำสมาธิ (ร้อยละ 41.3) ขอความช่วยเหลือ/ปรึกษาผู้ที่เคยมีอาการเหมือนหรือคล้ายกัน (ร้อยละ 40) รีบไปโรงพยาบาลทันทีด้วยตนเอง (ร้อยละ 34) ติดต่อและปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ทันที (ร้อยละ 21.3) พยายามอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก (ร้อยละ 12.7) ขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 9.3) หยุดกิจกรรมที่กำลังทำทันที (ร้อยละ 5.3) เปลี่ยนท่าที่ทำให้รู้สึกสบาย (ร้อยละ 5.3) ใช้วิธีผ่อนลมหายใจเข้า-ออกช้าๆ (ร้อยละ 2) นอนพักทันที (ร้อยละ 0.7)

จิราวรรณ เดชอดิษฐ์ (2549: 57) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น อย่างน้อย 1 ใน 4 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) การรอดูอาการ (ร้อยละ 56) และระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างรอดูอาการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง มีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 31.20 รองลงมาคือ มากกว่า 1-6 ชั่วโมง ร้อยละ 18.40 2) พยายามอดทน (ร้อยละ 49.60) และระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างพยายามอดทน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง มีจำนวนมากที่สุด 27.20 รองลงมาคือ มากกว่า 1-6 ชั่วโมง ร้อยละ 16.80 3) การปรึกษาหรือขอ

ความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลอื่น (ร้อยละ 93.60) และบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือมากที่สุด คือ คู่สมรส/บุตร/เครือญาติ ร้อยละ 80.80 รองลงมา คือ เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 17.60 และ 4) การรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของตนเอง (ร้อยละ 69.60) ได้แก่ การรักษาตนเองโดยวิธีใช้ยา ร้อยละ 68.80 และยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ ยาหอม ร้อยละ 45.60 การหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ ร้อยละ 48.80 การเปลี่ยนท่าทางจากเดิม ร้อยละ 87.20 การใช้ท่าทางที่เฉพาะ ร้อยละ 42.10 การทพหน้าอก ร้อยละ 4 การสัมผัสที่หน้าอก ร้อยละ 17.60 การกดจุด ร้อยละ 11.20 การนวด ร้อยละ 44 การทำสมาธิ ร้อยละ 2.40 การจัดสิ่งแวดล้อมรอบๆ ให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ร้อยละ 16 การพยายามทำให้เรอโดยวิธีต่าง ๆ ร้อยละ 14.40 การนึกถึงจินตนาการถึงสิ่งที่เคารพนับถือหรือสวดมนต์ ร้อยละ 6.40 และใช้วิธีการอื่น ๆ ร้อยละ 19.20

## 5. ผลของอาการ (Symptom Outcome)

เป็นผลจากประสบการณ์การมีอาการ และกลวิธีจัดการอาการ โดยผลของอาการจะมุ่งไปที่ 8 ปัจจัย คือ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care ability) เป็นความสามารถของบุคคลในการกระทำการดูแลตนเองอย่างจริงจัง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง 2) ภาวะของอาการ (Symptom status) เมื่อผู้ป่วยเป็นภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อยังมีพยาธิสภาพของโรคเหลืออยู่เพราะนั้นผู้ป่วยก็อาจจะมีอาการของโรคอยู่ และถ้ายังมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอยู่ก็ย่อมจะส่งผลให้มีอาการกลับมาได้อีก 3) ภาวะการณืทำหน้าที่ (Functional status) จากการป่วยเป็นโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างแน่นอน ซึ่งก็ย่อมจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างแน่นอน 5) ค่าใช้จ่าย (Cost) ประกอบด้วยสถานภาพการเงิน ระบบบริการสุขภาพ หรือเงินทดแทนจากการทำงาน 6) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidty and co-morbidty) 7) อัตราการตาย (Mortality) และ 8) คุณภาพชีวิต (Quality of life) จะถูกกระทบเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรืออาการนั้นเป็นเวลานาน โดยลักษณะของอาการ (Symptom status) เป็นศูนย์กลางในการส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่นๆ ผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน

การศึกษานี้ศึกษาเกี่ยวกับ กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการ ของผู้ป่วยไทยที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะช่วยทำให้สามารถเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ทำให้ทราบภาพรวมในการจัดการกับกลุ่มอาการ และสะท้อนให้เห็นภาพการปรับตัวของผู้ป่วยไทย ที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชัดเจนมากขึ้น ซึ่งสามารถนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ และช่วยเหลือผู้ป่วย ลดปัญหาการมารักษาซ้ำ ทำให้ความรุนแรงของโรคและอัตราการตายลดลง และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากวิธีการรักษาใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพ

## บทบาทของพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งมักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการที่ทันทีทันใด และต้องได้รับการรักษาอย่างเร็วที่สุด เพื่อลดความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจให้น้อยที่สุด ซึ่งแบ่งออกเป็นระยะวิกฤติและระยะการฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องดังนี้ (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546; จริยา ตันติธรรม, 2547; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; อุไร ศรีแก้ว, 2544)

4.1 การพยาบาลในภาวะวิกฤต ในระยะวิกฤตอาจจะเกิดปัญหาต่างๆ ได้แก่ 1) ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกที่ลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจบกพร่อง 2) เจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง 3) อาจเกิดภาวะเลือดออกได้ง่ายตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย 4) การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกที่ลดลง 5) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่แน่ใจในอาการจากการพยากรณ์ จากการกระทบที่เกิดขึ้นและจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย 6) แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ เนื่องจากเจ็บหน้าอกและไม่คุ้นเคยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล 7) ความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากเหนื่อยล้า จากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกที่ลดลงและจากการมีอาการเจ็บหน้าอก 8) การดำรงภาวะสุขภาพไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 9) ขาดความรู้เกี่ยวกับแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ

จากปัญหาดังกล่าวพยาบาลมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนี้

1. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติโดยให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการติดเครื่องเฝ้าระวังเพื่อดูการทำงานของหัวใจ เครื่องใช้ต่าง ๆ ด้วยภาษาที่ง่าย ๆ
2. ยึดหยุ่นให้ผู้ป่วยควบคุมสิ่งแวดล้อมได้บางอย่าง สังเกตอาการของผู้ป่วยเมื่อมีผู้มาเยือน
3. ให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่สุขสบายโดยให้ศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi – Fowler's position) เพื่อให้กระบังลมลดต่ำลง ช่วยให้ปอดขยายได้เต็มที่ ลดจำนวนเลือดไหลกลับเข้าหัวใจ ป้องกันไม่ให้เลือดไปกองในหลอดเลือดที่ไปปอด
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนพัก การนอนพักเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากมีการบาดเจ็บ และการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ ป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อหัวใจตายลุกลามเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ ส่วนระยะเวลาที่ต้องพักนั้น แล้วแต่ขนาดของบริเวณที่กล้ามเนื้อตาย และความเห็นของแพทย์
5. การช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากความเจ็บปวดและช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น โดย ให้ออกซิเจน ให้ยาแก้ปวด ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ประเมินบันทึก ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย



6. ดูแลผู้ป่วยได้รับยา ขยายหลอดเลือด ยาป้องกันการเต้นผิดจังหวะ และยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ตามแนวทางการรักษา ติดตามผลของยา หรืออาการพิษของยา

7. ดูแลผู้ป่วยซับซ้อนประสาธตามแนวทางการรักษา เพื่อลดปริมาณของเหลวในหลอดเลือด พร้อมทั้งสังเกตฤทธิ์ข้างเคียง วัดปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกทุกชนิด และชั่งน้ำหนักทุกวันจำกัดน้ำดื่มตามที่กำหนด ให้อาหารจำกัดเกลือตามที่กำหนด กระตุ้นให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงถ้าไม่มีข้อห้าม

8. การประเมินสัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ติดตามอาการและอาการแสดงของการกำซาบเลือดของปอดและหัวใจที่ลดลง ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ความดันซีพจรแคบ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที่ลดลง

9. ติดตามอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าการกำซาบเลือดไปยังสมองลดลง การกำซาบของไตลดลง และการกำซาบของอวัยวะส่วนปลายลดลง

10. ฟังเสียงการหายใจ และบันทึกอัตราการหายใจ ความลึก รูปแบบ ความสะดวกทุก ๆ 1-4 ชั่วโมง ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำท่วมปอด

11. ติดตามจังหวะการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง ถ้าพบว่าผิดปกติ จังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ ให้บันทึกบนกระดาษบันทึกทุก 4 ชั่วโมง หรือถี่กว่านั้น สังเกตการเต้นก่อนจังหวะโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นการเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่าง

12. คลำซีพจรส่วนปลาย เพื่อประเมินดูความแรง ซีพจรที่เต้นก่อนจังหวะ สังเกตอาการและแสดงของการมีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจต่อนาที่ลดลงขณะที่หัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งได้แก่ หน้ามืดวิงเวียน เป็นลม ซีด ความดันโลหิตต่ำ บันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยด้วย

13. ร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาเพื่อลดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่นการให้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น

14. ลดแรงกดบริเวณข้อมือต่าง ๆ โดยเปลี่ยนท่าทุก ๆ ชั่วโมง ไม่ควรให้ขาไขว้กันใช้ผ้ารองบริเวณศอกและสันเท้า กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อมือ และข้อเท้า ทุก ๆ ชั่วโมง ใช้ถุงน่องเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดและคลายให้ทุก 8 ชั่วโมง นาน 15 นาที ไม่ใช้หมอนรองเข่า ยกหัวเตียงสูง จำกัดกิจกรรมระหว่างที่มีอาการหายใจลำบาก ช่วยเปลี่ยนท่าตามที่ผู้ป่วยต้องการ

15. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย ช็อคจากหัวใจ ก้อนเลือดอุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจแตกทะลุ เป็นต้น

16. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกและรับฟังอย่างตั้งใจ ยอมรับการแสดงความรู้สึกอย่างมีเหตุผล ถามเหตุวิกฤตที่เคยเกิดขึ้น แนะนำการใช้แผนการเผชิญปัญหาที่

คล้ายคลึงกันและอนุญาตให้ใช้บริการทางสังคมได้ถ้าต้องการ เสริมและชี้แจงให้กระจ่างใน คำอธิบายของแพทย์ตอบคำถามผู้ป่วยให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถ้าไม่รู้คำตอบให้หาผู้อื่นตอบแทน

17. ประเมินอาการท้องอืด การเคลื่อนไหวของลำไส้ สังเกตการณ์ผายลม ฟังเสียงของลำไส้ทุก ๆ 4-8 ชั่วโมง เพื่อดูอาการแน่นอืดอัด และรายงานการเปลี่ยนแปลงที่ตรวจพบแก่แพทย์

18. ดูแลให้ขับถ่ายตามเวลาประจำวันโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ปิดประตูปิดม่าน ให้น้ำที่ช่วยให้อุจจาระอ่อนตัวตามจำเป็น

19. ส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีกากใยมาก

**4.2 การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง** เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต พยาบาลต้องวางแผนให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ 1) รู้สึกกลัวเมื่อรับรู้ว่ามีชีวิตจะถูกจำกัด การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยบกพร่องเนื่องจากความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น และรู้สึกเสียสมรรถภาพทางกาย 2) การโศกเศร้าเนื่องจากการสูญเสียหรือรับรู้ว่าจะมีการสูญเสียเกิดขึ้นเพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ 3) ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่ลดลง 4) ไม่สุขสบาย : เจ็บปวดเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 5) การดำรงภาวะสุขภาพไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้และปฏิเสธการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ มีดังนี้

1. ประเมินลักษณะที่แสดงออก ระดับความกังวลและแบบแผนการเผชิญปัญหา

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสอบถาม และตอบคำถามที่สงสัยอย่างเหมาะสม ต้องไม่ให้ข้อมูลมากเกินไปในคราวเดียว ให้โอกาสผู้ป่วย พุด ระบายสิ่งกังวล และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ผ่อนคลาย

3. ประเมินระยะของการสูญเสียหรือความเศร้าโศก และให้การพยาบาลที่เหมาะสม ประเมินปัจจัยที่อาจทำให้ความเศร้าโศกเพิ่มขึ้น

4. แนะนำให้คิดถึงความเข้มแข็งของตนเองและระบบช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ป่วยนึกถึงประสบการณ์ในอดีตที่คล้ายกัน ค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาที่ได้ผล ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองได้โดยมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินชีวิตประจำวัน ร่วมตัดสินใจและเลือกวิธีในการปรับเปลี่ยนที่เหมาะสม

5. เน้นผลของการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และให้ทางเลือกที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ วางโปรแกรมฟื้นฟูร่วมกับผู้ป่วย

6. วางแผนและปฏิบัติตามแผนในโปรแกรมการออกกำลังกายทุกวัน มีโปรแกรมการออกกำลังกายในระยะยาวเมื่อกลับบ้าน และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการออกกำลังกาย

ประเมินอาการตนเองได้ และรู้ว่าเมื่อใดอาการอะไรที่ต้องงดกิจกรรมและ/หรือพบแพทย์ รู้วิธีการเพิ่มความทนต่อกิจกรรมเป็นลำดับแนะนำให้หลีกเลี่ยงทำกิจกรรมในขณะที่มีปัจจัยที่ทำให้กิจกรรมลดลง บอกปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกขณะมีกิจกรรมได้ และมีวิธีหลีกเลี่ยง ค้นหา ลด หรือขจัดปัจจัยที่ทำให้การทำกิจกรรมผู้ป่วยลดลง แนะนำปัจจัยที่ช่วยให้ทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้น

7. วัดความดันโลหิต ซีพีจร การหายใจ ขณะพัก ก่อนมีกิจกรรม หลังมีกิจกรรมทันที และ 3 นาที หลังมีกิจกรรม สอนวิธีการประเมินผลการตอบสนองของร่างกายตนเองต่อการทำกิจกรรม

8. สังเกตอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย ซีด เหนื่อย หัวใจเต้นผิดปกติ หวหวิว เวียน เป็นลม ผิวดำขึ้น ขณะทำกิจกรรม สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอก วิธีการแก้ไข การใช้ยา และอาการที่ต้องรีบพบแพทย์

9. ประเมินอาการนอนไม่หลับ ตื่นเต้นมาก อ่อนเพลีย เมื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน หลังทำกิจกรรมถ้าพบอาการต้องวางแผนลดกิจกรรมในครั้งต่อไปร่วมกับผู้ป่วย

10. สอนวิธีการสงวนพลังงาน

11. ประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการนอนที่มีประสิทธิภาพ

12. แนะนำวิธีการจัดการเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานเพื่อลดปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะ Hyperlipidemia อ้วนมากเกินไป เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ช่วยลดความเครียด ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เครียด และวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้อธิบายผล ของความเครียดต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เลือดในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ อธิบายผลของการสูบบุหรี่ต่อระบบหลอดเลือด วิธีการลดและเลิก

13. ประเมินความต้องการการเรียนรู้ ความพร้อมที่จะเรียน สอนผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจโดยสังเขป สาเหตุและการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรักษาและการปฏิบัติตัว การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและผลที่ได้รับ การมีกิจกรรมทางเพศ ยาที่ใช้ ชื่อ ขนาด ความถี่ที่ใช้ วัตถุประสงค์ ฤทธิ์และอาการข้างเคียง สอนวิธีการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

14. อภิปรายกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ แผนการจำหน่าย การมาตามนัด อาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในภาวะฉุกเฉิน

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญมากที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดสามารถประเมินอาการตั้งแต่แรกเริ่ม อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ร่วมทีมกับบุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปฏิวร บุญยพัฒน์กุล (2543: 44) ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการและผลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้อาการเริ่มต้น คือ เจ็บหน้าอก (ร้อยละ 62) เริ่มจากจุดแน่นลิ้นปี่ ปวดระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 20) เริ่มจากเจ็บร้าวจากแขน ไหล่ หลัง (ร้อยละ 13) และอาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 13) รับรู้ตำแหน่งของอาการร้าวไปบริเวณหน้าอก (ร้อยละ 44.1) ร้าวไปบริเวณแขนทั้งสองข้าง แขนซ้าย (ร้อยละ 33.9) ร้าวไปบริเวณคอ ไหล่ กราม (ร้อยละ 50.3) รับรู้อาการแสดงของอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีอาการบริเวณหน้าอกซ้าย กลางอก และหน้าอกด้านหน้าทั้งหมด (ร้อยละ 74) มีความรู้สึกไม่สุขสบายในช่องอก (ร้อยละ 13) ผู้ป่วยอธิบายลักษณะเป็นอาการว่าเจ็บ ปวด แน่นเหมือนถูกบีบรัด (ร้อยละ 59) จะเจ็บแปล็บๆ เจ็บตื้อๆ ผู้ป่วยรับรู้ความถี่ของอาการว่ามีอาการตลอดเวลา (ร้อยละ 59) มีอาการทุก 5-30 นาที (ร้อยละ 26) มีอาการทุก 1-2 ชั่วโมง (ร้อยละ 7) และมีอาการ 1-2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 8) ระยะเวลาของอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ มีอาการนาน 30 นาที (ร้อยละ 46) มีอาการนาน 1-3 ชั่วโมง (ร้อยละ 37) มีอาการตั้งแต่ 3 ชั่วโมงขึ้นไป (ร้อยละ 17) ช่วงระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนกระทั่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 34) มากกว่า 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 66) และนานตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป (ร้อยละ 8) ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของอาการมาจากหัวใจ (ร้อยละ 47) จากระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 16) จากกระดูก-กล้ามเนื้อ (ร้อยละ 8) จากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 14) จากระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 4) และไม่แน่ใจว่าสาเหตุใด (ร้อยละ 11)

กลวิธีการจัดการอาการ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ร้อยละ 69) จัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยวิธีใช้ยา โดยใช้ยาขยายหลอดเลือด (ร้อยละ 53.6) ใช้ยาสมุนไพรรแผนโบราณ (ร้อยละ 37.7) ใช้ยาที่เคยใช้ในโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 24.6) และใช้บาล์ม (ร้อยละ 13.1) ส่วนการจัดการอาการด้วยวิธีไม่ใช้ยา พบว่าผู้ป่วยจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก ด้วยวิธีรอดูอาการ (ร้อยละ 86) พยายามอดทน (ร้อยละ 62) กดหน้าอก/ทูปหน้าอก (ร้อยละ 14) นวดหน้าอกและจับบริเวณหน้าอก (ร้อยละ 9) เปลี่ยนท่าที่สุขสบายขึ้น (ร้อยละ 21) หยุดทำกิจกรรมทันที (ร้อยละ 57) แล้วนั่งพัก หรือนอนราบ หยุดลมหายใจโดยพยายามหายใจช้าๆ (ร้อยละ 8) ภาวนาสั่งศักดิ์สิทธิ์ สวดมนต์ (ร้อยละ 6) จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก (ร้อยละ 6) และพยายามทำให้เรอหรือเคาะหลัง (ร้อยละ 6) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วย จะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ญาติพี่น้อง

สุณีย์ เขียมศิริบุญกุล (2540: 80) ศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า การรับรู้ลักษณะอาการของโรค ส่วนใหญ่พบอาการเจ็บหน้าอก ปวดร้าว เหงื่อออกใจสั่น (ร้อยละ 52) บรรยายลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บแน่น (ร้อยละ 53) ตำแหน่งที่เกิดอาการชัดเจนที่สุด คือ บริเวณกลางหน้าอก (ร้อยละ 44) และบริเวณหน้าอกด้านซ้าย (ร้อยละ 42) ระยะเวลาที่เจ็บแน่นหน้าอกส่วนใหญ่จะนาน 10-30 นาที (ร้อยละ 47) และเจ็บนานมากกว่า 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 31) ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ที่เกิดจากหัวใจ (ร้อยละ 65) เมื่อเริ่มมีอาการร้อยละ 56 คิดว่าเป็นจากหัวใจ นอกจากนี้คิดว่าเป็นจากลม/กระเพาะอาหาร จากกล้ามเนื้อ และระบบอื่นๆ

จรรวมล แพ่งโยธา (2548: 75) ศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผู้ใหญ่ พบว่า ส่วนใหญ่พบอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก (ร้อยละ 90.7) มีอาการร่วม (ร้อยละ 82) โดยจะมีอาการหายใจเหนื่อย (ร้อยละ 50) ระยะเวลาของการมีอาการที่มา โรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-3 ชั่วโมง (ร้อยละ 43.3) เมื่อเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือเหนื่อยรับรู้ว่าการนั้น เกิดจากหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 อยู่ในระดับมาก

จิราวรรณ เดชอดิษฐ์ (2549: 41) ศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า อาการหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้ (ร้อยละ 88) รองลงมา คือ เหงื่อออก (ร้อยละ 87.20) อาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก (ร้อยละ 75.20) บริเวณที่เจ็บหน้าอกส่วนใหญ่ หน้าอกตรงกลาง (ร้อยละ 39.36) หน้าอกซ้าย (ร้อยละ 35.11) ลักษณะที่เจ็บหน้าอกส่วนใหญ่พบมาก คือ แน่น ๆ (ร้อยละ 58.38) แสบร้อน (ร้อยละ 15.96) และตำแหน่งการปวดร้าว พบว่าปวดร้าวไปที่คอ (ร้อยละ 19.15) หลัง (ร้อยละ 17.20)

ชวนพิศ ทำนอง (2541) ศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กลุ่มอาการจำนวน 20 คน ศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา พบว่าผู้ป่วยรู้อาการเจ็บแน่นหน้าอก ในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง สะท้อนถึงความรู้สึกต่อความรุนแรงและอันตรายต่อชีวิตว่าเป็นโรคร้ายแรง น่ากลัว มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและทวีความรุนแรงอย่างรวดเร็ว ทำให้หายใจไม่ออกไม่มีแรง อาจทำให้ตายได้ง่ายๆ เป็นโรคที่รักษายาก รู้ถึงประสบการณ์ 3 ประการคือ 1) เผลออาการเฉียบพลัน ได้แก่งเกิดขึ้นทันทีทันใด รุนแรงและทรมาน กลัวตยีนเดียว ไม่มีคนรู้และไม่มีคนช่วย 2) รีบจัดการให้ชีวิตรอดโดยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด่วน รีบรักษาทันทีและเฝ้าคอยดูอาการ และ 3) ประคับประคองให้ชีวิตอยู่ได้ ด้วยการเลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง

อรมนิ ช้างชาวงค์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วย อยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มตัวอย่าง 150 ราย พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกรับรู้ว่ามี

จากระบบทางเดินอาหาร ระบุว่าถ้าเป็นอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะต้องมีอาการมากกว่า 1 อย่าง เช่น ต้องเจ็บหน้าอกร่วมกับหายใจไม่สะดวก ระบุว่าอาการที่เกิดขึ้นต้องมีผลกระทบต่อการนอนหลับหรือกระทบต่อร่างกายและจิตใจเท่านั้นจึงจะตัดสินใจไปโรงพยาบาล และจะจัดการด้วยตนเอง โดยไม่ใช้ยาก่อนเพื่อบรรเทาอาการ และรอให้อาการรุนแรงก่อนจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาลดูอาการ

Dracup et al. (1995: 448) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้อาการของโรคจะอธิบายลักษณะของอาการว่า เจ็บ แน่นหน้าอก รู้สึกไม่สบาย หายใจลำบาก เจ็บแน่นเหมือนถูกบีบรัด เจ็บตื้อ ๆ ตำแหน่งที่มีอาการส่วนใหญ่ คือ บริเวณหน้าอก แขน คอ และกราม

Dracup et al. (2003: 320) ศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 913 คน จากผู้ป่วยในญี่ปุ่น อเมริกา ออสเตรเลีย อังกฤษและอเมริกาใต้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการที่บ้าน โดยมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ใกล้ชิด เมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยจะตอบสนอง โดยการรอดูอาการ ปล่อยให้หายเอง พยายามผ่อนคลาย ไม่ทำกิจกรรมที่เพิ่มความรุนแรง พยายามไม่คิดถึงอาการที่เกิดขึ้น ใช้ยาด้วยตนเอง พยายามรักษา/แก้ไขด้วยตัวเอง ขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดปรึกษากับบุคคลที่รู้/บุคลากรทางการแพทย์ พยายามติดต่อเรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งผลการตอบสนองกับผู้ใช้คำปรึกษา คือ ไม่ต้องทำอะไร ไม่ต้องวิตกกังวล เสนอแนะให้พักผ่อนตามสบาย เสนอแนะให้ใช้ยา เรียกรถฉุกเฉินไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่รับรู้อาการว่าเป็นอาการเริ่มต้นของโรคหัวใจ รองลงมาเป็นอาการของโรคกระเพาะอาหาร ปวดกล้ามเนื้อ เหนื่อยล้า และจากอาการทางระบบทางเดินหายใจ

DeVon & Zerwic (2002: 113-235) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะรับรู้อาการและรายงานอาการสำคัญของโรคด้วยตนเองได้ว่าจะมีอาการเจ็บหน้าอก มากกว่าเจ็บบริเวณกราม คอ หลัง นอกจากนี้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก ผู้ป่วยประเมินอาการเจ็บหน้าอกว่าเป็นอาการที่รุนแรง ร่วมกับมีอาการหายใจตื้น ๆ หายใจลำบาก ผู้ป่วยประเมินอาการเจ็บหน้าอกว่าเป็นอาการที่รุนแรง ร่วมกับมีอาการหายใจตื้น ๆ หายใจลำบาก มีอาการคลื่นไส้และสูญเสียความรู้สึกอยากอาหาร

DeVon & Johnson (2002: 235-245) ศึกษาอาการของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีเพศต่างกันโดยการทบทวนงานวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เพศชายและเพศหญิงมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการไม่แตกต่างกัน ส่วนอาการที่แตกต่างกันคือเพศหญิงจะมีอาการปวดไหล่ ปวดหลัง เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบากมากกว่าเพศชาย

DeVon & Zerwic (2002:108-117) ศึกษาอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ ในผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง จำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงสามารถวิเคราะห์อาการเจ็บหน้าอกได้

ดีกว่าเพศชาย ได้แก่ จะมีอาการ ลักษณะการหายใจสั้นๆ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก คลื่นไส้ และสูญเสียความอยากอาหาร หลังการควบคุมกลุ่มอายุ โรคเบาหวาน ความวิตกกังวล และภาวะการทำหน้าที่ พบว่าเพศหญิงมีทักษะการรายงานอาการได้ดีกว่าเพศชาย

Hofgren et al. (1995: 3-10) ศึกษาอาการร่วมผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 57 มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก และร้อยละ 61 จะมีอาการร่วม ผู้ป่วยเพศหญิงสามารถรายงานอาการด้วยตนเองได้ดีกว่าเพศชาย บางรายจะนอนพัก และปรับอารมณ์ก่อนที่ไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนำมาก่อนที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยเพศหญิงจะเข้าใจว่าเป็นอาการปกติ แต่จะส่งผลให้ขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจ ตำแหน่งหรือชนิดของกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 59ที่มีอาการรุนแรงและไปพบแพทย์ก่อนที่จะมาโรงพยาบาล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (A model for symptom management) ของ Dodd et al. (2001) กล่าวถึง 3 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการ ผลของการจัดการ โดยบุคคลจะวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียและปฏิบัติการเพื่อบรรเทา/แก้ไขอาการ โดยวิธีการต่างๆ ซึ่งวิธีการจัดการจะมีอิทธิพลต่อการประเมินประสบการณ์การมีอาการและผลจากอาการที่ต่อเนื่องกัน เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาจนกว่าจะได้ผลจากอาการที่บุคคลพึงพอใจ

ข้อมูลจากการศึกษาเหล่านี้พอสรุปได้ว่า กลุ่มอาการของผู้ป่วยระหว่างเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ จะส่งผลต่อการจัดการกับกลุ่มอาการ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ว่ามีอาการเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะประเมินอาการด้วยมุมมองของตนเองจากการรับรู้อาการและการประเมินอาการเพื่อแปลความหมายของการเกิดกลุ่มอาการ จากนั้นบุคคลจะหาวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่เหมาะสม เพื่อควบคุม/บรรเทาผลของอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การจัดการโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา ครอบคลุมถึงการจัดการด้วยตนเองและร่วมมือกับครอบครัวและทีมสุขภาพ จนกว่าได้ผลตามที่ต้องการ ถ้าสามารถรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคหัวใจและประเมินได้ถึงความรุนแรง ก็จะจัดการกับกลุ่มอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย





### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลุ่มอาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พิจารณาจากลักษณะเฉพาะของอาการเจ็บแน่นหน้าอก การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และระดับของเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) และ Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ที่มีอาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลต้ง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 80 คน โดยการพิจารณาจากผู้ป่วยของทั้ง 4 โรงพยาบาล ในรอบ 1 เดือนมีประชากรเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 90-100 คน
2. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคใต้ แบ่งเป็น 2 เขต คือ เขตภาคใต้ตอนบน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และเขตภาคใต้ตอนล่าง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลต้ง และโรงพยาบาลยะลา แต่ในการศึกษานี้ได้เลือกศึกษาเฉพาะ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลต้ง
3. กำหนดสุ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยคำนวณตามสัดส่วนของประชากร ของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง (proportion to size) (รุจิเรศ ธนุรักษ์, 2543) ดังนี้  
จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม = จำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ต้องการ

X จำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแต่ละโรงพยาบาล  
จำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งหมด

ได้สัดส่วนตามขนาดของตัวอย่างจากโรงพยาบาล 4 แห่งจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1

4. การคัดเลือกตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้กำหนดแบบเจาะจง (purposive sampling) จากคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

4.1 อายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิง และชาย

4.2 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI และ NSTEMI และรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่และเก่า

4.3 มีอาการที่เกิดขึ้นระหว่างเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่ 2 อาการ ขึ้นไป

4.5 สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4.6 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคงที่ (hemodynamic stability) สามารถตอบคำถามได้ โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หรืออาการอื่นๆ ที่แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำระหว่างให้สัมภาษณ์

4.7 ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

5. แต่ละโรงพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลทุกคนที่มีคุณสมบัติในข้อ 4 จนครบตามจำนวนของแต่ละโรงพยาบาล

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการสูบบุหรี่หรือประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวด้วยโรคหัวใจ ทราบเกี่ยวกับอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	60	75
หญิง	20	25
อายุ (ปี)		
51-60 ปี	58	72.5
41-50 ปี	16	20
31-40 ปี	6	7.5
( $\bar{X}$ = 52.51 ปี , SD = 5.95)		
สถานภาพสมรส		
คู่	60	75
หย่าหรือแยกกันอยู่	9	11.3
หม้าย	8	10
โสด	3	3.8
ศาสนา		
พุทธ	71	88.8
อิสลาม	9	11.3
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	55	68.8
มัธยมศึกษา	12	15
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	7	8.8
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4	5
ไม่ได้รับการศึกษา	2	2.5

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกร / ประมง	29	36.3
รับจ้างทั่วไป	17	21.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	13.8
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	11	13.8
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	7	8.8
ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว	5	6.3
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
5,000-10,000 บาท	37	46.3
น้อยกว่า 5,000 บาท	31	38.8
10001-20,000 บาท	9	11.3
มากกว่า 20,000 บาท	3	3.8
( $\bar{X}$ = 8131.25 บาท, SD = 5826.47)		
ความพอเพียงของรายได้		
พอใช้	71	88.8
ไม่พอใช้	7	8.8
เหลือเก็บ	2	2.5
ประวัติสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	29	36.3
เลิกสูบ	23	28.8
ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่		
0-5 ปี	69	86.3
6-10 ปี	8	10
11-20 ปี	3	3.8
( $\bar{X}$ = 1.18, SD = 0.47)		

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เคยสูบมานาน		
1-10 ปี	30	37.5
11-20 ปี	14	17.5
21-30 ปี	6	7.5
> 30 ปี	1	1.3
( $\bar{X} = 1.36$ , $SD = 0.68$ )		
ปัจจุบันยังสูบ	28	35
จำนวนที่สูบต่อวัน		
1-10 มวน	19	23.75
11-20 มวน	7	8.8
21-30 มวน	2	2.5
( $\bar{X} = 4.15$ , $SD = 6.96$ )		
ระยะเวลาที่สูบถึงปัจจุบัน		
21-30 ปี	12	15
1-10 ปี	9	11.25
11-20 ปี	6	7.5
> 30 ปี	1	1.3
( $\bar{X} = 7.18$ , $SD = 11.48$ )		
ประวัติโรคหัวใจในครอบครัว		
ไม่มี	74	92.5
มี	6	7.5

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ทราบเกี่ยวกับอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน		
ไม่ทราบ	72	90
ทราบจากแหล่งข้อมูล*	8	10
พยาบาล	6	7.5
แผ่นพับ	6	7.5
แพทย์	2	2.5
วารสาร	2	2.5

\*ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

1.1 **ข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติโรคประจำตัว เคยทราบเกี่ยวกับอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่และจากใคร

1.2 **ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา** เป็นแบบเติมคำโดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อาการนำที่มารักษาพยาบาล อาการร่วมกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก ลักษณะความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล กลุ่มอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งนี้เกิดขึ้นเป็นครั้งที่เท่าไร เวลาที่เริ่มเกิดกลุ่มอาการ และระยะเวลาตั้งแต่เกิดกลุ่มอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่ทำการรักษา ประวัติการได้รับการทำหัตถการเพื่อขยายหรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี โรคประจำตัวและระยะเวลาที่เป็น และประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการกลุ่ม

อาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อใช้วัดการเกิดกลุ่มอาการในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย

2.1 คำถามเกี่ยวกับชนิดของอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันในกลุ่มอาการ จำนวน 41 ข้อ รวมถึงอาการที่กลุ่มอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการระบุนอกเหนือจากที่ปรากฏในแบบสอบถาม การจัดเรียงอันดับอาการเด่นมากที่สุดไปเด็่นน้อยที่สุด 3 อันดับแรก

2.2 ความถี่ของการเกิดอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยให้ระดับคะแนน ดังนี้

0 = ไม่มี หมายถึง ไม่ปรากฏอาการ

1 = นาน ๆ ครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นให้ต่อเนื่อง ประมาณวันละ 1-2 ครั้ง หรือมากกว่านั้น มีบางช่วงอาการทุเลาหายไป และกำเริบขึ้นอีก แต่น้อยกว่าเป็นพักๆ

2 = เป็นพัก ๆ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นไม่ต่อเนื่อง มีบางช่วงอาการทุเลาหายไป และกำเริบขึ้นอีก ประมาณ 1 ครั้ง ทุก 5-10 นาที, 1 ครั้ง ทุก 15-30 นาที หรือ 1 ครั้ง ทุก 1-2 ชั่วโมง แต่น้อยกว่าตลอดเวลา

3 = ตลอดเวลา หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นต่อเนื่องตลอดเวลา อาการอาจรุนแรงเท่าเดิม รุนแรงกว่าเดิม หรือเปลี่ยนแปลงลดลงได้เล็กน้อย

ในการแปลผลความถี่ของการเกิดอาการ ระหว่าง 0-3 คะแนน นำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ นำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น

คะแนนสูงสุด- คะแนนต่ำสุด

จำนวนช่วง

กำหนดช่วงดังนี้

0.1-1.00 คะแนน หมายถึง ความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับน้อย

1.01-2.00 คะแนน หมายถึง ความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับปานกลาง

2.01-3.00 คะแนน หมายถึง ความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับมาก

**การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**

แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. **ศึกษาค้นคว้า**จากหนังสือ เอกสาร บทความวารสาร งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับชนิดของอาการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. สร้างแบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับชนิดของอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันในกลุ่มอาการ ความถี่ของการเกิดอาการ การประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 41 ข้อ

3. นำแบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

### 3.1 หาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

3.1.1 นำแบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถามปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ของข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 4 คน ดังนี้

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคหัวใจ 1 คน
- 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน
- 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 คน

ผลการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เพิ่มเติมข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนำที่มารักษาพยาบาล ปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจนมากขึ้น และเพิ่มข้อคำถามการรักษาที่ได้รับการรักษาสม่ำเสมอหรือไม่ และยาที่รับประทานเป็นประจำ

3.1.2 นำแบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index :CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 (Davis,1992: 198; Polit & Hungler, 1999: 419) จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit & Hungler, 1999; 419)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้อง
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้อง
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับคำนิยาม



โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถาม}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.89

**3.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)** นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) มีขั้นตอน คือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปถามผู้ป่วยจำนวน 2 ครั้งมีระยะเวลาห่างกันไม่เกิน 3 วัน แล้วนำผลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความสอดคล้องของค่าคะแนนในการวัดซ้ำ (percent of agreement) (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์, 2536:168) ได้ค่าความสอดคล้องของค่าคะแนนในการวัดซ้ำของแบบสอบถามกลุ่มอาการเท่ากับ 0.81

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน** ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 22 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ผู้ป่วยกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันดำเนินการหรือปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก โดยการใช่ยาและไม่ใช่ยา และสัมพันธภาพเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจัดการเป็นอย่างไร ดังนี้

**3.1 วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยวิธีใช่ยา** จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 17 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 18, 19, 20, 21 และ 22

**3.2 วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยวิธีไม่ใช่ยา** จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 และ 14 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 12, 15 และ 16

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ใช้ใช้น้อยมาก ใช้บางครั้ง ใช้ส่วนใหญ่และใช้เป็นประจำ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 ข้อที่มีความหมายลบให้กลับคะแนนก่อนการรวมคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ลักษณะคำถาม	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ใช้เป็นประจำ	4	0
ใช้ส่วนใหญ่	3	1
ใช้บางครั้ง	2	2
ใช้น้อยมาก	1	3
ไม่ใช้	0	4

### เกณฑ์การแปลผล

แปลความหมายคะแนนจากคะแนนรวมเฉลี่ย โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างในรุ่งทิพย์ เป้าตุน, 2546)

แบ่งคะแนนกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 2.00	กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย
2.00 - 3.00	กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง
3.00 - 4.00	กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

นำหนังสือแนะนำตัวจาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการ การเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นวางแผน

ผู้วิจัยจะศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ซึ่งการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เป็นเทคนิคที่นักวิจัยนิยมนำมาใช้เพื่อให้คะแนนเกี่ยวกับคำถามแบบปลายเปิด โดยสามารถให้คะแนนกับข้อเขียนหรือคำตอบที่พูดออกมาของผู้ที่เป็นตัวอย่าง โดยการนับจำนวนตามเนื้อหาสาระที่ได้มา ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เครื่องแบบกิ่งโครงสร้างซึ่งจะต้องนำ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ในโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยดำเนินการเก็บข้อมูล

ภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาน้อย 3 วัน และเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์และการทำกิจกรรมการพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเวลา 14.00 – 16.00 น. ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามสมบัติที่กำหนด
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ให้กลุ่มตัวอย่างเห็นดีไปยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถามที่ให้ พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามให้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ในการแบบสอบถามในหัวข้อแบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และหัวข้อแบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 – 30 นาทีหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามผู้วิจัย ได้ตลอดเวลา
4. เมื่อผู้ป่วยทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของคำถาม หากผู้ป่วยตอบไม่ครบถ้วน จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและซักถามเพิ่มเติม
5. ดำเนินการดังเช่นข้อ 1-3 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งหมด 80 คน
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการให้การพยาบาลแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้เห็นดียินยอมโดยไม่มีการบังคับใด ๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การ

ดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลอย่างไรต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

ระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ป่วยไม่สบายใจ ไม่พร้อมในการตอบ หรือมีอาการทางด้านร่างกาย เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หรือมีอาการผิดปกติใด ๆ ให้แจ้งผู้วิจัยทราบทันที รวมทั้งอาการผิดปกติต่างๆ ที่ผู้วิจัยสังเกตเห็น ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือ ดังนี้

1. กรณีผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและจัดให้ผู้ป่วยพักทันที พร้อมทั้งร่างกายอาการผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ เพื่อรายงานแพทย์ต่อไป

2. กรณีผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยมีแนวทางช่วยเหลือ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก สภาพปัญหา และความต้องการได้อย่างอิสระโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดเป็นความลับของข้อมูลเหล่านั้น ตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ

2.2 ให้กำลังใจ ปลอบใจ และแสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น

2.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพวิกฤตทางด้านจิตใจและอารมณ์มากเกินความช่วยเหลือของผู้วิจัยติดต่อประสานกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกนั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยข้อมูลส่วนบุคคลสถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ เคยทราบเกี่ยวกับอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่ และจากใคร

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลักษณะความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล กลุ่มอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งนี้เกิดขึ้นเป็นครั้งที่เท่าไร เวลาที่เริ่มเกิดกลุ่มอาการ และระยะเวลาตั้งแต่เกิดกลุ่มอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ประวัติการได้รับการทำหัตถการเพื่อขยายหรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี โรคประจำตัวและระยะเวลาที่เป็น ประวัติสูบบุหรี่ และประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

3. ข้อมูลกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการ อาการเด่น อาการแรกที่เกิดขึ้น ชนิดของอาการ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

4. ข้อมูลการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. ข้อมูลผลลัพธ์ของกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำการสัมภาษณ์มาทำ content analysis



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษากลุ่มอาการ การจัดการกับกลุ่มอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 80 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตอนที่ 2 การศึกษากลุ่มอาการและความรุนแรงของกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตอนที่ 3 การศึกษาการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตอนที่ 4 ผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา จำแนกตามการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อาการนำที่มาโรงพยาบาล อาการร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Killip Class) กลุ่มอาการนี้เกิดเป็นครั้งที่ เวลาที่เริ่มเกิดกลุ่มอาการ ระยะเวลาที่เกิดกลุ่มอาการ ประวัติการได้รับเหตุการณ์เพื่อขยายหรือผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการรักษา ประวัติยาโรคหัวใจที่รับประทานเป็นประจำ ประวัติยาที่ได้รับการรักษา

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา	ความถี่	ร้อยละ
การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน		
STEMI	50	62.4
NSTEMI	30	37.5
ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ		
Inferior wall	35	43.8
Anterior wall	32	40
Posterior wall	7	8.8
Lateral wall	7	8.8
อาการนำที่มาโรงพยาบาล		
เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก	75	93.8
หายใจเหนื่อย/หายใจลำบาก	4	5
หน้ามืด/เป็นลม/หมดสติ	1	1.3
อาการร่วมกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก		
หายใจเหนื่อย/หายใจลำบาก	28	35
เหงื่อออกผิดปกติ	26	32.5
อ่อนเพลีย	12	15
คลื่นไส้อาเจียน	11	13.7
หน้ามืด/เป็นลม/หมดสติ	3	3.8

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา	ความถี่	ร้อยละ
ลักษณะความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย(Killip Class)		
Killip 2	65	81.3
Killip 3	13	16.3
Killip 1	2	2.5
Killip 4	0	0
กลุ่มอาการนี้เกิดเป็นครั้งที่		
ครั้งที่ 1	44	55
ครั้งที่ 2	17	21.3
ครั้งที่ 3	17	21.3
ครั้งที่ 4	2	2.5
เวลาที่เริ่มเกิดกลุ่มอาการ		
เวลา 06.01-12.00 น.	32	40
เวลา 12.01-18.00 น.	28	35
เวลา 18.01-24.00 น.	15	18.8
เวลา 00.01-06.00 น.	5	6.3
ระยะเวลาตั้งแต่เกิดกลุ่มอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล		
> 1-6 ชั่วโมง	39	48.8
≤ 1 ชั่วโมง	24	30
> 6-12 ชั่วโมง	7	8.8
> 24-48 ชั่วโมง	5	6.3
> 18-24 ชั่วโมง	3	3.8
> 48-72 ชั่วโมง	2	2.5
> 12-18 ชั่วโมง	0	0
$(\bar{X} = 2.28$ ชั่วโมง, $SD = 1.52)$		
ประวัติการได้รับการทำหัตถการเพื่อขยายหรือผ่าตัดทำทางเบี่ยง		
หลอดเลือดแดงโคโรนารี		
ไม่เคย	79	98.8
เคย	1	1.2



ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา	ความถี่	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	21	26.3
มี (มีได้มากกว่า 1 โรค)	59	73.7
โรคความดันโลหิตสูง	53	66.3
โรคเบาหวาน	23	28.8
โรคหัวใจ	22	27.5
ไขมันในเลือดสูง	9	11.3
ไตวายเรื้อรัง	6	7.5
หอบ	5	6.3
ประวัติการรักษาโรคประจำตัว		
ได้รับการรักษาสม่ำเสมอ	53	66.3
ได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ	3	3.8
ยาที่รับประทานประจำ		
กลุ่มขยายหลอดเลือด	42	52.5
กลุ่มยาลดไขมันเลือด	27	33.8
กลุ่มยา ACE	2	2.5
การรักษาที่ได้รับ		
กลุ่มยาลดไขมันเลือด	74	92.5
กลุ่มขยายหลอดเลือด	73	91.3
กลุ่มยา ACE	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดSTEMIร้อยละ 62.4 ส่วนใหญ่พบว่าการตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตำแหน่ง Inferior wall คิดเป็นร้อยละ 43.8 มีอาการนำคือเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 93.8 โดยมีอาการร่วมคืออาการหายใจเหนื่อย/หายใจลำบาก คิดเป็นร้อยละ 35 ลักษณะความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Killip Class) เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลอยู่ในระดับKillip 2 คิดเป็นร้อยละ 81.3 ส่วนใหญ่กลุ่มอาการนี้เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 55 กลุ่มอาการมักเกิดขึ้นในช่วงเวลา 06.01-12.00น. คิดเป็นร้อยละ 40 ในส่วนของเวลาตั้งแต่เกิดกลุ่มอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาอยู่ในช่วง 1-6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 48.8 กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี คิดเป็นร้อยละ 98.8 มีประวัติโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 73.3 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 66.3 ในโรคประจำตัวที่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 66.3 ยาที่รับประทานเป็นประจำคือยาขยายหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 42 ในการรักษาครั้งนี้ได้รับการรักษาคือยาลดไขมันเลือด คิดเป็นร้อยละ 92.5

## ตอนที่ 2 การศึกษากลุ่มอาการและความรุนแรงของกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 กลุ่มอาการ อาการ ความรุนแรงของกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เสนอผลการวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

กลุ่มอาการ	อาการ	ความรุนแรง					
		ความถี่	ร้อยละ	STEMI		NSTEMI	
				$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
กลุ่มอาการที่พบบ่อย	1. เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก	73	91.30	7.54	2.08	6.27	3.17
	2. เหงื่อออก	47	58.75	3.92	3.43	2.90	2.64
	3. หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้	35	42.75	2.36	3.12	3.43	3.53
กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินอาหาร	1. คลื่นไส้	14	17.50	1.08	2.26	0.60	1.57
	2. อาเจียน	11	13.80	0.96	2.14	0.03	1.15
กลุ่มอาการที่ 4, 5, 6	3. รู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย/ท้องอืด/มีแก๊สในกระเพาะอาหาร	7	8.75	0.20	0.99	1.00	2.35
	4. เสียดท้อง	4	5.00	0	0	0.70	1.91
	5. ท้องเสีย	3	3.80	0.26	1.05	0	0
กลุ่มอาการที่ 6	6. เวอ	3	3.80	0.26	1.29	0.23	1.28
	1. อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	23	28.75	1.44	2.19	1.13	2.10

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กลุ่มอาการ	อาการ	ความรุนแรง					
		ความถี่	ร้อยละ	STEMI		NSTEMI	
				$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ไม่เฉพาะเจาะจง	2. ใจสั่น	22	27.50	1.02	2.22	2.40	3.07
	3. เหนื่อยง่ายขึ้น/ซีด	12	14.50	0.54	1.80	1.23	2.33
	4. กลัว/ตกใจกลัว	10	12.50	0.66	1.56	0.30	1.15
	5. ปวดศีรษะ	7	8.75	0.74	2.27	0.27	1.02
	6. วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/ หน้ามืด/เป็นลม(ยังรู้สึกตัว)	6	7.50	0.44	1.77	0.57	1.76
	7. ซาปลายมือปลายเท้า	5	6.30	0.16	0.79	0.47	1.43
ไม่เฉพาะเจาะจง	9. หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ	3	3.80	0.14	0.99	0.56	2.16
	10. หูอื้อ	3	3.80	0.08	0.57	0	0
	11. กังวลใจ/หงุดหงิด	3	3.80	0.10	0.71	0	0
	12. เจ็บขาซ้าย	3	3.80	0.08	0.28	0	0
	13. อาการเหมือนไข้หรือ หนาวสั่น	1	1.30	0.08	0.57	0	0
	14. หมดสติ	1	1.30	0.18	1.27	0	0
	15. เซื่องซึม	1	1.30	0.10	0.71	0	0
	16. ไม่สามารถเคลื่อนไหว	1	1.30	0	0	1.67	0.91
	17. เจ็บสะโพก	1	1.30	0.10	0.71	0	0
	18. เจ็บขาขวา	1	1.30	0	0	0.20	1.10
กลุ่มอาการที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มที่พบบ่อย	19. ซาใบหน้า	1	1.30	0.08	0.57	0	0
	20. ซาทั้งตัว	1	1.30	0.12	0.85	0	0
	1. เจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย	21	26.30	1.3	2.99	2.07	3.29
	2. เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่	17	21.30	1.58	3.22	1.47	2.80
	3. เจ็บ/ปวดไหล่ขวา	11	13.80	0.88	2.43	1.03	2.47
กลุ่มที่พบ	4. เจ็บ/ปวดบริเวณคอหรือ กราม	9	11.30	0.68	2.08	0.77	2.01
	5. เจ็บ/ปวดรอบๆหัวใจ	8	10.00	0.66	2.05	0.57	1.89

กลุ่มอาการ	อาการ	ความรุนแรง					
		ความถี่	ร้อยละ	STEMI		NSTEMI	
				$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ไม่เฉพาะเจาะจง	6. ปวดหลัง/ปวดกลางหลัง	8	10.00	0.70	2.13	0.63	1.94
	7. เจ็บ/ปวดแขนซ้าย						
	8. เจ็บ/ปวดแขนขวา	5	6.30	0.60	2.06	0.20	1.10
	9. รู้สึกเหมือนกลั้วเนื้อ	3	3.80	0.30	1.49	0.23	1.28
	หน้าอกเต้นระริก	1	1.30	0.10	0.71	0	0

จากตารางที่ 3 พบว่าในกลุ่มอาการที่พบบ่อย อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 91.30 และเป็นอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดทั้งในผู้ป่วย STEMI และ NSTEMI กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการคลื่นไส้ คิดเป็นร้อยละ 17.50 และเป็นอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดในผู้ป่วย STEMI ส่วนในผู้ป่วย NSTEMI อาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดคืออาการรู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย/ท้องอืด/มีแก๊สในกระเพาะอาหาร กลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง อาการที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า คิดเป็นร้อยละ 28.75 และอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดในผู้ป่วย STEMI คืออาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ส่วนในผู้ป่วย NSTEMI อาการที่รุนแรงมากที่สุดคืออาการใจสั่น กลุ่มอาการที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มที่พบบ่อย อาการที่พบมากที่สุดคืออาการเจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย คิดเป็นร้อยละ 26.30 และอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดในผู้ป่วย STEMI เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ ส่วนในผู้ป่วย NSTEMI อาการที่รุนแรงมากที่สุดคืออาการเจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย

**ตารางที่ 4** ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น อาการเด่นที่สุด อาการเด่นรองลงมาอันดับ 2 และอาการเด่นรองลงมาอันดับ 3 และอาการแรกที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่มอาการ (n=80)

กลุ่มอาการ	ความถี่	ร้อยละ
<b>อาการเด่นที่สุด</b>		
เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก	68	85.00
หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้	4	5.00
เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่	4	5.00
เจ็บ/ปวดรอบๆหัวใจ	2	2.50
วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม	2	2.50
<b>อาการเด่นรองลงมาอันดับ 2</b>		
หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้	16	20.00
เหงื่อออก	16	20.00
เจ็บปวดไหล่ซ้าย	12	15.00
ปวดศีรษะ	6	7.50
ใจสั่น	6	7.50
<b>อาการเด่นรองลงมาอันดับ 3</b>		
เหงื่อออก	12	15.00
ใจสั่น	10	12.50
คลื่นไส้	10	12.50
อ่อนเพลีย	10	12.50
หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้	8	10.00
<b>อาการแรกที่เกิดขึ้น</b>		
เจ็บ/ปวดแน่นหน้าอก	65	81.25
หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้	5	6.25
เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่	4	5
เจ็บ/ปวดรอบๆหัวใจ	2	2.50
วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม	2	2.50

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่มีอาการเด่นที่สุด ร้อยละ 68 เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก เป็นอาการเด่นที่สุด อาการเด่นรองลงมาอันดับ 2 คือ หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้ (ร้อยละ 20) และ เหงื่อออก (ร้อยละ 20) เป็นอาการเด่นที่สุด อาการเด่นรองลงมาอันดับ 3 คือ เหงื่อออก (ร้อยละ 15) และ อาการแรกที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ คือ อาการเจ็บ/ปวดแน่นหน้าอก (ร้อยละ 81.25)

### ตอนที่ 3 การศึกษาการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ข้อมูลวิธีการจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ การจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยและผลของการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามการจัดการ

การจัดการ	จำ นวน	ร้อย ละ	ผลการจัดการ					
			ทรุดลง		ดีขึ้น		เหมือนเดิม	
			จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ
<b>การใช้ยา</b>								
1. รับประทานยาขยายหลอดเลือดอัตโนมัติ	34	42.50	11	13.75	13	16.25	10	12.50
2. รับประทานยาหอม	33	41.25	11	13.75	7	8.80	15	18.75
3. ใช้ยานวด/บาล์มทา	26	32.50	12	15.00	3	3.80	11	13.75
4. รับประทานยาโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่	12	15.00	7	8.80	0	0	5	6.30
5. รับประทานยาสมุนไพรเพื่อขับลม	5	6.25	4	5.00	0	0	1	1.25
6. รับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ	4	5.00	3	3.80	0	0	1	1.25

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

การจัดการ	จำ นวน	ร้อย ละ	ผลการจัดการ					
			ทรุดลง		ดีขึ้น		เหมือนเดิม	
			จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ
<b>การไม่ใช้ยา</b>	80	100.0	12	15.00	11	13.75	57	71.30
1. หยุดกิจกรรมที่ทำทันที	76	95.00	17	21.30	19	23.80	40	50.00
2. จะรีบไปโรงพยาบาลโดย เรียกรถโดยสารหรือให้คนใน ครอบครัว	75	93.75	17	21.30	8	10.00	50	62.50
3. ขอคำปรึกษาหรือขอ ความช่วยเหลือจากสมาชิก ในครอบครัว	70	87.50	22	27.50	2	2.50	46	57.50
4. รอดูอาการ								
5. พยายามอดทน	68	85.00	35	46.3	0	0	33	48.80
6. เปลี่ยนท่าที่ทำให้รู้สึกสุข สบาย	68	85.00	8	10.00	20	25.00	40	50.00
7. รีบไปโรงพยาบาลทันที ด้วยตนเอง	68	85.00	14	17.50	12	15.00	42	52.50
8. พยายามอยู่ในบริเวณที่มี อากาศถ่ายเทสะดวก	68	85.00	19	23.80	11	13.80	38	47.50
9. นอนพักทันที	67	83.75	29	36.30	8	10.00	30	37.50
10. ใช้วิธีผ่อนคลายหายใจเข้า- ออกช้าๆ	55	68.75	22	27.50	5	6.30	28	35.00
11. ขอคำปรึกษาหรือขอ ความช่วยเหลือจากสมาชิก ในครอบครัว	55	68.75	10	12.50	5	6.30	40	50.00
12. ขอคำปรึกษาหรือขอ ความช่วยเหลือจากผู้ที่เคยมี อาการเหมือนหรือคล้ายกัน	46	57.50	36	45.00	0	0	10	12.50

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

การจัดการ	จำ นวน	ร้อยละ	ผลการจัดการ					
			ทรุดลง		ดีขึ้น		เหมือนเดิม	
			จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ
13. ใช้วิธีนัด/กด/ทุบ หน้าอก	35	43.75	202	25.00	4	5.00	1	13.80
14. สวดมนต์/ทำสมาธิ	30	37.50	3	28.80	3	3.75	14	5.00
15. เรียกรถพยาบาลทันที	26	32.50	1	1.30	4	5.00	21	26.30
16. ติดต่อหรือปรึกษา บุคลากรทางการแพทย์ทันที	24	30.00	14	17.50	2	2.50	8	10.00
17. ขอคำปรึกษาหรือขอ ความช่วยเหลือจากเพื่อน ร่วมงาน	23	28.75	15	18.75	2	2.50	6	7.50
18. นึกถึง/จินตนาการถึงสิ่ง ที่ท่านเคารพนับถือ	15	21.25	12	15.00	1	1.3	2	2.50

จากตารางที่ 5 ว่าในวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการในการใช้ยาที่พบว่าใช้มากที่สุด คือวิธี  
รับประทานยาขยายอมได้ลิ้น (ร้อยละ 42.50) ส่วนในกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยวิธีที่ไม่ใช้  
ยาที่พบว่าใช้มากที่สุดคือวิธี หยุดกิจกรรมที่ทำทันที (ร้อยละ 100)



#### ตอนที่ 4 ผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามการสัมภาษณ์ผลดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการจากการสัมภาษณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามกลุ่มอาการ

กลุ่มอาการ	วิธีการ	ผลลัพธ์
กลุ่มอาการที่พบบ่อย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อมยาใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดทันทีที่มีอาการ</li> <li>2. ใช้มือกดและหุบบริเวณหน้าอก</li> <li>3. หายใจเข้า-ออกช้าๆ</li> <li>4. นิ่งยืดล่ำตัวตรง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีอาการเจ็บหน้าอกและหายใจเหนื่อยลดลง</li> <li>2. ในบางคนมีการเจ็บหน้าอกลดลง แต่บางคนก็มีการเจ็บหน้าอกเท่าเดิม</li> <li>3. รู้สึกว่ามีการเจ็บหน้าอกลดลง</li> <li>4. ยังมีอาการเจ็บหน้าอกเท่าเดิม แต่รู้สึกหายใจเหนื่อยลดลง</li> </ol>
กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินอาหาร	- รับประทานยาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร	- อาการที่เป็นไม่ดีขึ้น
เฉพาะเจาะจง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รับประทานยาหอม</li> <li>2. การนวด (บริเวณที่ปวด)</li> <li>3 การเช็ดตัวด้วยน้ำเย็น</li> <li>4. การนึ่งหรือเย็นสลับกัน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ในบางรายรู้สึกอาการดีขึ้นแต่ในบางรายมีอาการที่มากกว่าเดิม</li> <li>2. รู้สึกปวดบริเวณนั้นๆลดลง</li> <li>3. รู้สึกมีอาการลดลง</li> <li>4. รู้สึกมีอาการในกลุ่มอาการลดลง</li> </ol>

## ตารางที่ 6 (ต่อ)

กลุ่มอาการ	วิธีการ	ผลลัพธ์
กลุ่มอาการที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มที่พบบ่อย	1. อมยาใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดทันทีที่มีอาการ 2. การนวด (บริเวณที่ปวด) 3. หายใจเข้า-ออกช้า	1. มีอาการในกลุ่มอาการลดลง 2. รู้สึกปวดบริเวณนั้นลดลง 3. บางรายก็มีอาการดีขึ้น บางรายก็มีอาการเท่าเดิม

จากตารางที่ 6 พบว่าในกลุ่มอาการที่พบบ่อย วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ คือวิธีอมยาใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดทันทีที่มีอาการ วิธีใช้มีอคดและทูปบริเวณหน้าอก วิธีหายใจเข้า-ออกช้าๆ และวิธีนั่งยืดลำตัวตรง ซึ่งบางวิธีก็ทำให้อาการดีขึ้น บางอาการก็ไม่ได้ทำให้อาการดีขึ้น กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินอาหาร วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่ใช้ คือวิธีรับประทานยาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ส่วนผลลัพธ์คือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นไม่ดีขึ้น กลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่ใช้คือ วิธีรับประทานยาหอม วิธีการนวด (บริเวณที่ปวด) วิธีการเช็ดตัวด้วยน้ำเย็นและวิธีการนั่งหรือยืนสลับกัน ซึ่งบางวิธีก็สามารถจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้บางอาการก็ไม่สามารถจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ กลุ่มอาการที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มที่พบบ่อย วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่ใช้คือวิธีอมยาใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดทันทีที่มีอาการ วิธีการนวด (บริเวณที่ปวด) และวิธีหายใจเข้า-ออกช้า ๆ ซึ่งสามารถลดกลุ่มอาการที่

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษากลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังจากรับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และรับรู้ว่าตนเองเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รวมทั้งมีอาการที่เกิดขึ้นขณะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษากลุ่มอาการที่เกิดขึ้น อาการเด่น อาการแรกที่เกิดขึ้น ชนิดของอาการ ความถี่ และความรุนแรงของอาการในแต่ละกลุ่มอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มมาจากผู้ป่วยกลุ่มอาการที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีอาการที่เกิดขึ้นระหว่างเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่ 2 ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 80 คน เลือกโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ แบ่งเป็น 2 เขต คือ เขตภาคใต้ตอนล่าง 2 แห่ง และเขตภาคใต้ตอนบน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ 80 ราย ผู้วิจัยสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยคำนวณตามสัดส่วนของประชากร (proportion to size) (รุจิเรศ ฐนุรักษ์, 2543)
3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

3.1 อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และชาย

3.2 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด STEMI และ NSTEMI และรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่และเก่า

3.3 มีอาการที่เกิดขึ้นระหว่างเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่ 2 อาการ ขึ้นไป

3.4 สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

3.5 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคงที่ (hemodynamic stability) สามารถตอบคำถามได้ โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หรืออาการอื่นๆ ที่แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำระหว่างให้สัมภาษณ์

3.6 ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ แบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าเท่ากับ 0.81 และในแบบสอบถามกลวิธีในการจัดการกับกลุ่มอาการและผลลัพธ์ของกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.73

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อความคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยข้อมูลส่วนบุคคล สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ เคยทราบเกี่ยวกับอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่และจากใคร

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลักษณะความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล กลุ่มอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งนี้

เกิดขึ้นเป็นครั้งที่เท่าไร? เวลาที่เริ่มเกิดกลุ่มอาการ และระยะเวลาตั้งแต่เกิดกลุ่มอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ประวัติการได้รับการทำหัตถการเพื่อขยายหรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี โรคประจำตัวและระยะเวลาที่เป็น ประวัติสูบบุหรี่ และประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

3. ข้อมูลกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการ อาการเด่น อาการแรกที่เกิดขึ้น ชนิดของอาการ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

4. ข้อมูลความถี่ของกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

5. ข้อมูลการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. ข้อมูลผลลัพธ์ของกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำการสัมภาษณ์มาทำ content analysis

### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเพศชาย (ร้อยละ 75) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 72.5) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 75) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88.8) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.8) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 36.3) มีรายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 46.3) ความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 88.8) ประวัติการสูบบุหรี่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 36.2) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจในครอบครัวไม่มีประวัติโรคหัวใจ (ร้อยละ 92.5) ในด้านการทราบเกี่ยวกับอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบมาก่อน (ร้อยละ 90) ทราบจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดSTEMI (ร้อยละ 62.4) ส่วนใหญ่พบว่าการตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตำแหน่งInferior wall (ร้อยละ 43.8) มีอาการนำคือเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก (ร้อยละ 93.8) โดยมีอาการร่วมคืออาการหายใจเหนื่อย/หายใจลำบาก (ร้อยละ 35) ลักษณะความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Killip Class) เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลอยู่ในระดับKillip 2 (ร้อยละ 81.3) ส่วนใหญ่กลุ่มอาการนี้เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 55) กลุ่มอาการมักเกิดขึ้นในช่วงเวลา 06.01-12.00น. (ร้อยละ 40) ในส่วนของเวลาตั้งแต่เกิดกลุ่มอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉิน

ของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษายู่ในช่วง 1-6 ชั่วโมง (ร้อยละ 48.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี (ร้อยละ 98.8) มีประวัติโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.3) โรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.3) ในโรคประจำตัวที่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 66.3) ยาที่รับประทานเป็นประจำคือยาขยายหลอดเลือด (ร้อยละ 42) ในการรักษาครั้งนี้ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (ร้อยละ 92.5)

3. กลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการ ในกลุ่มอาการที่พบบ่อย อาการที่พบบ่อยที่สุด 1) เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก (ร้อยละ 91.30) 2) เหงื่อออก (ร้อยละ 58.70) 3) หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้ (ร้อยละ 42.75) ความรุนแรงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วย STEMI 1) เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก ( $\bar{X} = 7.54$  , SD = 2.09) 2) เหงื่อออก ( $\bar{X} = 3.92$  , SD = 3.43) 3) หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้ ( $\bar{X} = 2.36$  , SD = 3.12) ความรุนแรงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วย NSTEMI 1) เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก ( $\bar{X} = 6.27$  ,SD = 3.17) 2) หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้ ( $\bar{X} = 3.43$  ,SD = 3.53) 3) เหงื่อออก ( $\bar{X} = 2.90$  , SD = 2.64) กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการที่พบบ่อยที่สุด 1) คลื่นไส้ (ร้อยละ 17.50) 2) อาเจียน (ร้อยละ 13.80) 3) รู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย/ท้องอืด/มีแก๊สในกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 8.75) ความรุนแรงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วย STEMI 1) คลื่นไส้ ( $\bar{X} = 1.08$  , SD = 2.26) 2) อาเจียน ( $\bar{X} = 0.94$  , SD = 2.14) 3) ท้องเสีย ( $\bar{X} = 0.26$  ,SD = 1.05) 4) เรอ ( $\bar{X} = 0.26$  , SD = 1.29) ความรุนแรงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วย NSTEMI 1) รู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย/ท้องอืด/มีแก๊สในกระเพาะอาหาร ( $\bar{X} = 1.00$  , SD = 2.35) 2) เสียดท้อง ( $\bar{X} = 0.7$  , SD = 1.91) 3) คลื่นไส้ ( $\bar{X} = 0.60$  , SD = 1.57) กลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ 1) อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า (ร้อยละ 28.75) 2) ใจสั่น (ร้อยละ 27.50) 3) แขนขาเย็นขึ้น/ซีด (ร้อยละ 14.50) ความรุนแรงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วย STEMI 1) อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ( $\bar{X} = 1.44$  ,SD = 2.14) 2) ใจสั่น ( $\bar{X} = 1.02$  ,SD = 2.22) 3) ปวดศีรษะ ( $\bar{X} = 0.74$  ,SD = 2.77) ความรุนแรงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วย NSTEMI 1) ใจสั่น ( $\bar{X} = 2.40$  , SD = 3.07) 2) ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ( $\bar{X} = 1.67$  , SD = 0.91) 3) แขนขาเย็นขึ้น/ซีด ( $\bar{X} = 1.27$  ,SD = 2.33) กลุ่มอาการที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มที่พบบ่อย 1) เจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย (ร้อยละ 26.30) 2) เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ (ร้อยละ 21.30) 3) เจ็บ/ปวดไหล่ขวา (ร้อยละ 13.80) ความรุนแรงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วย STEMI 1) เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ ( $\bar{X} = 1.53$  ,SD = 3.22) 2) เจ็บปวดไหล่ซ้าย ( $\bar{X} = 1.30$  ,SD = 2.99) 3) เจ็บ/ปวดไหล่ขวา ( $\bar{X} = 0.88$  , SD = 2.43) ความรุนแรงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วย NSTEMI 1) เจ็บปวดไหล่ซ้าย ( $\bar{X} = 2.07$  ,SD = 3.29) 2) เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ ( $\bar{X} = 1.47$  ,SD = 2.80) 3) เจ็บ/ปวดไหล่ขวา ( $\bar{X} = 1.03$  ,SD = 2.47) อาการเด่นที่พบบ่อยที่สุด เจ็บ/ปวดแน่นหน้าอก (ร้อยละ 85) 2) หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจ

ขาด/หายใจลึกๆไม่ได้ (ร้อยละ 5) 3) เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ (ร้อยละ 5) 4) เจ็บ/ปวดรอบๆหัวใจ (ร้อยละ 2.5) 5) วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม (ร้อยละ 2.5) อาการเด่นรองลงมาอันดับ 2 ที่พบมากที่สุด 1) หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขาด/หายใจลึกๆไม่ได้ (ร้อยละ 20) 2) เหงื่อออก (ร้อยละ 20) 3) เจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย (ร้อยละ 15) 4) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 7.5) 5) ใจสั่น (ร้อยละ 7.5) อาการเด่นรองลงมาอันดับ 3 1) เหงื่อออก (ร้อยละ 15) 2) ใจสั่น (ร้อยละ 12.5) 3) คลื่นไส้ (ร้อยละ 12.5) 4) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 12.5) 5) หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขาด/หายใจลึกๆไม่ได้ (ร้อยละ 10) อาการแรกที่เกิดขึ้นที่พบมากที่สุด 1) เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก (ร้อยละ 81.25) 2) หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขาด/หายใจลึกๆไม่ได้ (ร้อยละ 6.25) 3) เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ (ร้อยละ 5) 4) เจ็บ/ปวดรอบๆหัวใจ (ร้อยละ 2.5) 5) วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม (ร้อยละ 2.5)

4. ผลลัพธ์และการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการด้วยวิธีใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ยาประจำ คือเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อมยาใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดทันที  $\bar{X} = 1.16$ ,  $SD = 1.5$  ในกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการด้วยวิธีไม่ใช้ยา เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่ากลวิธีการจัดการกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ ได้แก่ เมื่อเกิดอาการท่านจะหยุดกิจกรรมที่กำลังทำทันที  $\bar{X} = 2.99$ ,  $SD = 0.54$  กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไปในทางที่ทรุดลงกว่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 56.25 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไปในทางที่ทรุดลงกว่าเดิม (ร้อยละ 56.25) เหมือนเดิม (ร้อยละ 18.75) และดีขึ้นมีจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 25) และวิธีการที่ทำให้อาการดีขึ้น มากที่สุด คือ อมยาขยายหลอดเลือด (ร้อยละ 25) และใช้ทุกวิธีรวมกัน คิดเป็น (ร้อยละ 25)

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการกับกลุ่มอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษากลุ่มอาการที่เกิดขึ้น อาการเด่น อาการแรกที่เกิดขึ้น ชนิดของอาการ ความถี่และความรุนแรงของอาการในแต่ละกลุ่มอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**

จำนวนอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดกับกลุ่มตัวอย่างมี 37 อาการ พบน้อยสุด 2 อาการ มากที่สุด 10 อาการ อาการเฉลี่ย 4.73 อาการ/ราย และอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ เจ็บ/ปวด/แน่น

หน้าอก ร้อยละ 91.3 ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น 10 อันดับแรก ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าอาการที่เกิดมากที่สุด คือ 1) เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก (ร้อยละ 91.3) 2) เหงื่อออก (ร้อยละ 58.75) 3) หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้ (ร้อยละ 42.75) 4) อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า (ร้อยละ 28.75) 5) ใจสั่น (ร้อยละ 27.5) 6) เจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย (ร้อยละ 26.3) 7) เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ (ร้อยละ 21.3) 8) คลื่นไส้ (ร้อยละ 17.5) 9) แขนขาเย็นขึ้น/ซีด (ร้อยละ 14.5) 10) อาเจียน (ร้อยละ 13.8) จากการประเมินความถี่ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยตั้งแต่เกิดอาการจนก่อนมาถึงโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างโดยการนำคะแนนความถี่ของอาการ (0-3 คะแนน) และความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน) มาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนนความถี่ และความรุนแรงของอาการจากอาการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 37 อาการ พบว่าความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น 10 อันดับแรก ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าอาการที่เกิดบ่อยที่สุด 1) เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก, 2) เหงื่อออก, 3) หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้, 4) เจ็บปวดบริเวณคอหรือกราม, 5) อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า, 6) เจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย, 7) ใจสั่น, 8) เจ็บ/ปวดยอดอกลิ้นปี่, 9) คลื่นไส้, 10) แขนขาเย็นขึ้น/ซีด ส่วนความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น 10 อันดับแรก พบว่าอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด 1) เจ็บ/ปวดแน่นหน้าอก, 2) เหงื่อออก, 3) หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้, 4) เจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย, 5) ใจสั่น, 6) เจ็บ/ปวดยอดอกลิ้นปี่, 7) อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า, 8) เจ็บ/ปวดไหล่ขวา, 9) คลื่นไส้, 10) แขนขาเย็นขึ้น/ซีด อาการเด่นที่สุด คือ 1) เจ็บ/ปวดแน่นหน้าอก (ร้อยละ 65) 2) หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้ (ร้อยละ 5) 3) เจ็บ/ปวดยอดอกลิ้นปี่ (ร้อยละ 5) 4) เจ็บ/ปวดรอบๆหัวใจ (ร้อยละ 2.5) 5) วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม (ร้อยละ 2.5) และอาการแรกที่เกิดขึ้น คือ 1) เจ็บ/ปวดแน่นหน้าอก (ร้อยละ 81.25) 2) หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆไม่ได้ (ร้อยละ 6.25) 3) เจ็บ/ปวดยอดอกลิ้นปี่ (ร้อยละ 5) 4) เจ็บ/ปวดรอบหัวใจ (ร้อยละ 2.5) 5) วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม (ร้อยละ 2.5)

จากผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับอาการที่พบส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ คือ อาการเจ็บแน่นบริเวณกึ่งกลางหน้าอก หลังกระดูกหน้าอก และอาจร้าวไปที่คอหลัง หรือแขนข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยมักจะมีอาการอย่างอื่นร่วม คือ เหงื่อออก หายใจเหนื่อย/หายใจขัด ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ใจสั่น และกลัวเป็นต้น (จิริยา ตันติธรรม, 2547; จีราวรรณ เดชอดิศัย, 2549; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; เจนเนตร พลเพชร, 2547; Milner et al, 2002; Reeder & Gersh, 2000) และจากการศึกษาของปฏิพร บุญยพัฒนกุล, 2543) พบว่าอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ อาการเจ็บหน้าอกร้อยละ 71 รองลงมา คือ อาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า เหงื่อออก ใจสั่น และคลื่นไส้ (ร้อยละ 64, 56, 37, และ 29 ตามลำดับ) และจากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ



ตายไม่ได้มาด้วยอาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอกทุกราย ซึ่งพบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 8.75 ไม่มีอาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก สอดคล้องกับการศึกษาของแคนโต และคณะ(Canto et al.,2000) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ร้อยละ 33 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก

ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น 9 อันดับแรก เป็นอาการที่เหมือนกัน ซึ่งโดยทั่วไปลักษณะการปวดของอาการเจ็บหน้าอกจะเป็นนานปวดตลอดเวลาและมักไม่หายจากการให้ไนเตรทอม(จิริยา ตันติธรรม, 2547;จิวารรณ เดชอดิศัย, 2549; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; เจนเนตร พลเพชร, 2547; Milner et al, 2002; Reeder & Gersh, 2000) และจากการศึกษาของปฏิพร บุญยพัฒน์กุล(2543) พบว่าผู้ป่วยมีการประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บพลันเมื่อเริ่มต้นเกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) มากที่สุด ร้อยละ 44 และความรุนแรงของอาการเจ็บพลันขณะเดินทางมาโรงพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด (10คะแนน) ร้อยละ 70

## **วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**

การจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มอาการที่พบบ่อย อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 91.30 และเป็นอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดทั้งในผู้ป่วย STEMI และ NSTEMI กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการคลื่นไส้ คิดเป็นร้อยละ 17.50 และเป็นอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดใผู้ป่วย STEMI ส่วนในผู้ป่วย NSTEMI อาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดคืออาการรู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย/ท้องอืด/มีแก๊สในกระเพาะอาหาร กลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง อาการที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า คิดเป็นร้อยละ 28.75 และอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดใผู้ป่วย STEMI คืออาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ส่วนในผู้ป่วย NSTEMI อาการที่รุนแรงมากที่สุดคืออาการใจสั่น กลุ่มอาการที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มที่พบบ่อย อาการที่พบมากที่สุดคืออาการเจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย คิดเป็นร้อยละ 26.30 และอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดใผู้ป่วย STEMI เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ ส่วนในผู้ป่วย NSTEMI อาการที่รุนแรงมากที่สุดคืออาการเจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาจัดการกับอาการด้วยวิธีใช้ยาโดยใช้ยาประจำ คือเมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก อดยาได้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดทันที คิดเป็นร้อยละ 42.6 การจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีไม่ใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มอาการที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่เหมาะสมและมีคะแนนเฉลี่ยมาก ในเรื่อง เมื่อเกิดอาการท่านจะหยุดกิจกรรมที่กำลัง

ทำทันทีเมื่อเกิดอาการจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว จะเปลี่ยนท่าที่ทำให้รู้สึกสบาย และในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์หรือเคยมีอาการเจ็บหน้าอก เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยใช้ยา คือยาอมใต้ลิ้นขยายหลอดเลือดเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก (สันต์ ใจยอดศิลป์, 2538; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; Robert, 1996) ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งการจัดการกับอาการด้วยวิธีไม่ใช้ยา คือ การนอนพัก การหยุดทำกิจกรรมต่างๆ (จรรยา ตันติธรรม, 2547; อุไร ศรีแก้ว, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของปฏิพร บุญพัฒน์กุล(2543:56) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 69 จัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยวิธีใช้ยา โดยใช้ยาขยายหลอดเลือด (ร้อยละ 53.6) เปลี่ยนท่าที่รู้สึกสบายขึ้น หยุดทำกิจกรรมทันที แล้วนั่งพัก หรือนอนราบ การศึกษาของ Dracup et al. (2003: 320) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในประเทศอังกฤษจะจัดการอาการด้วยตนเอง โดยการใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ 30.7)

ซึ่งในการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ถูกต้อง ได้แก่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที จะต้องได้รับการนอนพัก การได้รับออกซิเจน การผ่อนคลายความเครียด การได้รับยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกด้วยยาขยายหลอดเลือด และได้รับการเตรียมพร้อมการผ่าตัดเอาก่อนเลือดออก การขยายหลอดเลือด เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้ดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ

### วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไปในทางที่ทรุดลงกว่าเดิม ร้อยละ 56.25 ส่วนเหมือนเดิมและดีขึ้นมีจำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 18.75 และ 25 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไปในทางที่ทรุดลงกว่าเดิม (ร้อยละ 56.25) เหมือนเดิม (ร้อยละ 18.75) และดีขึ้นมีจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 25) และวิธีการที่ทำให้อาการดีขึ้น มากที่สุด คือ อมยาขยายหลอดเลือด (ร้อยละ 25) และใช้ทุกวิธีรวมกัน คิดเป็น (ร้อยละ 25) เนื่องจากสาเหตุหลักของการเกิดโรคยังไม่ได้รับการแก้ไข เป็นเพียงการบรรเทาอาการตามความคิดของกลุ่มตัวอย่างเพียงเท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางรายระบุนิติที่ทำให้กลุ่มอาการดีขึ้นเป็นลักษณะวิธีเดี่ยวๆ มีผลเฉพาะต่ออาการใดอาการหนึ่งและในภาพรวมทุกวิธีที่ปฏิบัติรวมกันมีผลให้กลุ่มอาการดีขึ้น

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดให้ข้อมูลว่า อาการหรือกลุ่มอาการที่ดีขึ้นนั้นเป็นเพียงช่วงระยะเวลาเพียงสั้นๆเท่านั้น แต่อาการกลับเป็นรุนแรงขึ้นอีก จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสาเหตุของโรคยัง

ไม่ได้รับการแก้ไข และส่งผลกระทบต่ออาการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลรับการรักษาซ้ำ ดังนั้นการที่โรงพยาบาลจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่เร็วที่สุด ก็คือการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับกลุ่มอาการ รวมถึงวิธีการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสมและบางวิธีที่ไม่ควรปฏิบัติ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยังขาดความรู้ ไม่สามารถจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงควรตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ในการวางแผน การรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เพื่อลดอัตราการกำเริบ ความรุนแรงของโรคและลดอัตราการตายของโรค โดย

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค อาการ อาการแสดง วิธีการรักษา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา เน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดโรคให้เห็นความสำคัญของการจัดการอาการ เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการใช้กลวิธีในการจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึ่งกันและกัน ควรมีการจัดตั้งสถานที่ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรค กลวิธีจัดการอาการและการดูแลตนเองร่วมกัน

3. สนับสนุนให้มีบริการทางด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึง รวมถึงการให้บริการสุขภาพในท้องถิ่น เพื่อเป็นศูนย์กลางที่สามารถให้การบริการทางด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึงแก่ประชาชน จัดให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยและครอบครัวให้ตระหนักถึงการจัดการกับกลุ่มอาการที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ที่อาจมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการแต่ละกลุ่มของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นหรือไม่

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกลวิธีจัดการกับกลุ่มอาการและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับกลุ่มอาการที่ไม่ถูกต้อง

4. ควรมีการศึกษาทดลองเกี่ยวกับการให้โปรแกรมความรู้เพื่อส่งเสริมกลวิธีจัดการอาการที่ถูกต้องและวัดระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ต่อความสามารถในการดูแลตนเองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กอบกุล บุญปราศรัย. **พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล.**

กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด , 2546.

จรรวมล แพ่งโยธา. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธี การจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

จริยา ตันติธรรม. **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต.** พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์นิติบรรณการ, 2547.

จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. Acute Coronary Syndrome. ใน ไตรรัตน์ เพิ่มพิกุล และ ดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), **Practical Points in Critical**, 25-44. กรุงเทพมหานคร : ปิยะพันธ์ เอ็นเทอร์ไพร์, 2546.

จิตวดี เจริญทอง. **ผลการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามมุ่งหมายต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.

จิราวรรณ เดชอดิษฐ์. **กลุ่มอาการ และการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต การพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2549.

ชมพูนุช อ่องจรีต. **คลื่นไฟฟ้าหัวใจทางคลินิก.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

ชวนพิศ ทำนอง. **ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541

ดุจใจ ชัยวานิชศิริ. **การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหัวใจ.** ใน เสก อักษรานูเคราะห์ (บรรณาธิการ), **ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่ม 2**, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เทคนิค, 2539.

ปฎิพร บุญยพัฒน์กุล. **การศึกษาประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธีจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น :

โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 2549

พิพัฒน์ ลักษณะจีรังกุล. กระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร : เจริญดีการพิมพ์, 2546.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและ

สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์, 2550.

เพชรรัตน์ เอี่ยมลออ. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ

ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

วรมนต์ บำรุงสุข. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ : โรคหลอดเลือดโคโรนารี. กรุงเทพมหานคร:

L.T.Press Co.,Ltd, 2548.

สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร:

วี.เจ.พรินติ้ง. 2536.

สันต์ ใจยอดศิลป์. บรรณานุกรม. การดูแลผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :

พิมพ์สวย.2542

สุนีย์ เอี่ยมศิริบุญกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาด

เลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

สายใหม่ ตุ่มวิจิตร. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอม

ระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับยาเคมี

บำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, 2547.

อรนุช เขียวสะอาด. ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุร

กรรมและศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ,2544.

อรรถณี ช้างชาวยวงส์. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิด

อาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาใน

โรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร

มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

อัจฉรา เตชอุทธิพิทักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติในระบบหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์

ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ลิฟวิง ทรานส์ มีเดีย จำกัด, 2543.



- Goff, D. C., Feldman, H. A., McGovern, P. G., Goldberg, R. J., Simons-Morton, D. G., & Cornell, C. E., et al. Prehospital delay in patients hospitalized with heart attack symptoms in the United States: The REACT trial. **American heart Journal**, 138, 1046-1057, 1999.
- Goldberg, R. J., Gurwitz, J. H., & Gore, J. M. Duration of, and temporal trends (1994-1997) in, prehospital delay in patients with acute myocardial infarction. **Archives of Internal Medicine** 159 2141-2147, 1999.
- Horne, R., James, D., Petrie, K., Weinman, j., & Vincent, R. Patients' interpretation of symptom as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. **Heart** 83 251-258, 2000.
- Kenyon, L. W., Ketterer, M. W., Gheorghide, M., & Goldstein, S. Psychological factors related to prehospital delay during acute myocardial infarction. **Circulation** 84 1969-1976, 1991.
- Kim, H., McGuire, D. B. Tulman, L., & Barsevick, A. M.. Symptom clusters concept analysis and clinical implications for cancer nursing. **Cancer nursing** 28(4) 270-282, 2005.
- Lee, H., Bahler, R., Chung, C., Alonzo, A., Zeller, R. A. Prehospital delay with myocardial infarction: The interactive effect of clinical symptom and race. **Applied Nursing Research** 13(3) 125-133, 2000.
- Mantell, S.J. Psychological and social factor associate with early treatment in acute myocardial infarction. **Circulation** 80 390-391, 1989.
- McSweeney, J. C., & Crane, P. B. Challenging the rules: Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction. **Research in Nursing & Health** 23, 135-146, 2000.
- Milner, K. A., Funk, M., Arnold, A., & Vaccarino, V. Typical symptom are predictive of acute coronary syndromes in woman. **American Heart Journal**, 143, 283-288, 2002.
- Ryan, C. J. **Knowledge of symptoms in adult at risk for heart attack**. Doctoral dissertation, University of Illinois at Chicaco, Chicaco, 2003.
- Ryan, C. J., Zerwic, J. J. Knowledge of symptom clusters among adults at risk for acute myocardial infarction . **Nursing Research** 53(6) 363-369, 2004

Weaver, W. D. Time to thrombolytic treatment: Factors affecting delay and their influence on outcome. *Journal of the American College of Cardiology* 25(7Zsupplement) 3S-9S, 1995.

Zerwic, J. J. symptom of acute myocardial infarction: expectation of a community sample. *Heart & Lung* 27(2) 75-81, 1998.

Zerwic, J. J., & Ryan, C. J. Delay in seeking MI treatment: Chances of Survival increase if symptom are treated within two hours of onset. *American Journal of nursing* 104(1) 81-83, 2004.



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

แพทย์หญิงตรีชฎา วิศวรพวงศ์

อาจารย์คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์ พิภูล ตันติธรรม

อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณปวีพร บุญยพัฒน์กุล

พยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกอุบัติเหตุ- ชุกเฉิน

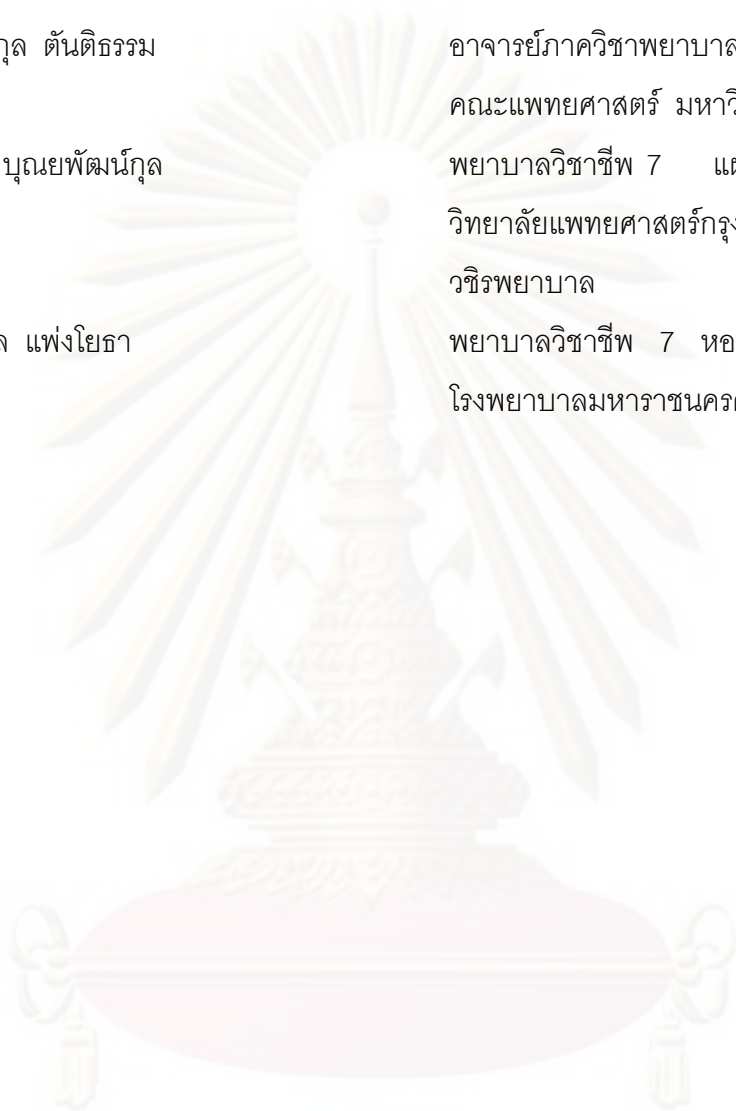
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ

วชิรพยาบาล

คุณจรรยาพล แพ่งโยธา

พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและขอความร่วมมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปริญญา สงวนพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโท ภาควิชาการพยาบาลศาสตร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการ  
การจัดการกับกลุ่มอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อ  
หัวใจตายเฉียบพลัน ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวอรทัย หุ่นดี พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต  
โรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น  
เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ  
การวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ  
อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวอรทัย หุ่นดี

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต นางสาวปริญญา สงวนพงษ์ โทร. 08-9592-9032

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปริญญา สวงวนพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการดูแลอาการ การจัดการกับกลุ่มอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวปริญญา สวงวนพงษ์ โทร. 08-9592-9032

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวปฎิญา สวงวนพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการจัดการกับกลุ่มอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 20 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่ 2 อาทิตย์ขึ้นไป และมีอายุ 18-59 ปี โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาแบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปฎิญา สวงวนพงษ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวปฎิญา สวงวนพงษ์ โทร. 08-9592-9032

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวปัทมญา สวงพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการกับกลุ่มอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จาก กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่ 2 อาทิตย์ขึ้นไป และมี อายุ 18-59 ปี จำนวน 20 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา แบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของ การจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งนี้ นิสิตจะ ประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปัทมญา สวงพงษ์ ดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวปัทมญา สวงพงษ์ โทร. 08-9592-9032



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

เนื่องด้วย นางสาวปริญญา สงวนพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการกับกลุ่มอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จาก กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่ 2 อาทิตย์ขึ้นไป และมี อายุ 18-59 ปี จำนวน 20 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา แบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของ การจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งนี้ นิสิตจะ ประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปริญญา สงวนพงษ์ ดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวปริญญา สงวนพงษ์ โทร. 08-9592-9032



ภาคผนวก ค  
เครื่องมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ชนิด ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
2. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (สำหรับผู้วิจัย)
3. แบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
4. แบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตัวอย่าง

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย X ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ถูกต้อง และเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. อายุ .....ปี (นับจำนวนปีเต็ม)

2.เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

3.สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) คู่  
( ) ม้าย ( ) หย่าหรือแยกกันอยู่

4.ศาสนา

( ) พุทธ ( ) อิสลาม  
( ) คริสต์ ( ) อื่นๆ ระบุ.....

5.ระดับการศึกษา

( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษา ( ) อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ  
( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

11. ในครอบครัวของท่านมีญาติสายตรงที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่

( ) ไม่มี  
( ) มี ระบุ.....

12.ท่านเคยทราบเกี่ยวกับอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่ และจากใคร

( ) ไม่ทราบ  
( ) ทราบ โปรดระบุจากบุคคลหรือแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| ( ) แพทย์                | ( ) พยาบาล                      |
| ( ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | ( ) สมาชิกในครอบครัว/เพื่อนบ้าน |
| ( ) โทรทัศน์             | ( ) วิทยุ                       |
| ( ) หนังสือพิมพ์         | ( ) วารสาร                      |
| ( ) เอกสาร/แผ่นพับ       | ( ) ป้ายโฆษณา                   |
| ( ) อื่นๆ ระบุ.....      |                                 |



ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง ผู้วิจัยประเมินจากสอบถามจากผู้ป่วย และเวชระเบียน ตามความเป็นจริง โดยเติมเครื่องหมาย X ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ถูกต้อง

1. การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

( ) STEMI ( ) NSTEMI

2. ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ( ระบุได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง)

( ) ผนังหัวใจด้านหน้า (anterior wall) ( ) ผนังหัวใจด้านหลัง (posterior wall)

( ) ผนังหัวใจด้านล่าง (inferior wall) ( ) ผนังหัวใจด้านข้าง (lateral wall)

( ) ผนังกั้นหัวใจ (septal wall) ( ) อื่นๆ ระบุ.....

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Troponin T ..... CPK .....

CKMB .....

4. อาการนำที่มาโรงพยาบาล (1 อาการเท่านั้น)

( ) เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก ( ) หายใจเหนื่อย/หายใจลำบาก

( ) อ่อนเพลีย ( ) หน้ามืด/เป็นลม/หมดสติ

( ) ใจสั่น ( ) อื่นๆ ระบุ.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

11. ยาที่รับประทานประจำ ขณะนี้มีอะไรบ้าง (ที่เกี่ยวกับโรคหัวใจ)

( ) กลุ่มยาลดไขมันเลือด ( ) กลุ่มยา ACE

( ) กลุ่มยาขยายหลอดเลือด ( ) อื่นๆ.....

12. การรักษาที่ได้รับ

( ) กลุ่มยาลดไขมันเลือด ( ) กลุ่มยา ACE

( ) กลุ่มยาขยายหลอดเลือด ( ) อื่นๆ.....

## ตัวอย่าง

## ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับอาการที่ท่านรับรู้ว่ามีผิดปกติ หรือมีความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ก่อนมาถึงโรงพยาบาลในครั้งนี้นอกจากนี้ยังรวมถึงความถี่ของการเกิดอาการ และระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น จำนวน 41 ข้อ

โปรดตอบทุกข้อตามความเป็นจริง โดยกาเครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความ และเติมคำในช่องว่าง เพื่อต้องการทราบอาการที่เกิดขึ้นร่วมกัน และความถี่ของการเกิดอาการ ดังนี้

ไม่มี	หมายถึง	ไม่มีอาการตามข้อความ
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นไม่ต่อเนื่อง ประมาณวันละ 1-2 ครั้ง หรือ มากกว่านั้น มีบางช่วงอาการทุเลาหายไป และกำเริบขึ้น แต่น้อยกว่าเป็นพักๆ
เป็นพักๆ	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นไม่ต่อเนื่อง มีบางช่วงอาการทุเลาหายไป และกำเริบขึ้นอีก ประมาณ 1 ครั้งทุก 5-10 นาที, 1 ครั้งทุก 15-30 นาที หรือ 1 ครั้ง ทุก 1-2 ชั่วโมง แต่น้อยกว่าตลอดเวลา
ตลอดเวลา	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นต่อเนื่องตลอดเวลา อาการอาจรุนแรงเท่าเดิม รุนแรงกว่าเดิม หรือเปลี่ยนแปลงลดลงได้เล็กน้อย

และใช้เครื่องหมาย ○ วงกลมตัวเลขทางขวามือของท่านเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ว่ามีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

วงกลมเลข 0	แสดงว่าอาการนั้นไม่มีความรุนแรงเลย
วงกลมเลข 10	แสดงว่าอาการนั้นมีความรุนแรงมากที่สุด

รวมทั้งให้ท่านจัดเรียงอันดับอาการเด่นจากเด่นมากที่สุดไปเด่นน้อยที่สุด 3 อันดับแรก

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาการที่เกิดขึ้นร่วมกัน	ความถี่ของอาการ				ระดับความรุนแรงของอาการ		
	ไม่มี (0)	นานๆ ครั้ง (1)	เป็น พักๆ (2)	ตลอด เวลา (3)	น้อย	ปานกลาง	มาก
1.เจ็บ/ปวด/แน่น หน้าอก					0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2.เจ็บ/ปวดรอบๆ หัวใจ					0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3.เจ็บ/ปวดขยอดอก/ลิ้น ปี่					0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4.....							
5.....							
6.....							
42. อื่นๆ ระบุ.....					0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

โปรดระบุอาการเด่น 3 อันดับแรก ที่เกิดขึ้นร่วมกันก่อนที่ท่านมาถึงโรงพยาบาลในครั้งนี้อย่างตาม  
ความรู้สึกของท่าน เรียงอันดับ จากอาการเด่นมากที่สุดไปเด่นน้อยที่สุดลง ดังนี้

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามการจัดการอาการกับกลุ่มอาการตามการรับรู้ด้วยมุมมองของท่านเอง และผลลัพธ์เป็นอย่างไร

โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเพียงหนึ่งคำตอบ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างข้างขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถาม ดังนี้

ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	วิธีการจัดการอาการกับกลุ่มอาการนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย
ปฏิบัติน้อยมาก	หมายถึง	วิธีการจัดการอาการกับกลุ่มอาการนั้นท่านปฏิบัติ น้อยมากหรือปฏิบัติวิธีดังกล่าว 25 ครั้ง ใน 100 ครั้ง ที่ปฏิบัติ
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	วิธีการจัดการอาการกับกลุ่มอาการนั้นท่านปฏิบัติ เป็นบางครั้งหรือปฏิบัติวิธีดังกล่าว 50 ครั้ง ใน 100 ครั้ง ที่ปฏิบัติ
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	หมายถึง	วิธีการจัดการอาการกับกลุ่มอาการนั้นท่านปฏิบัติ เป็นส่วนใหญ่หรือ ปฏิบัติวิธีดังกล่าว 75 ครั้ง ใน 100 ครั้ง ที่ปฏิบัติ
ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ	หมายถึง	วิธีการจัดการอาการกับกลุ่มอาการนั้นท่านปฏิบัติ เป็นประจำทุกครั้งที่มีอาการ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ	ไม่ปฏิบัติ (0)	ปฏิบัติ น้อยมาก (1)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ปฏิบัติ ส่วนใหญ่ (3)	ปฏิบัติ เป็นประจำ (4)
1. เมื่อเกิดอาการท่านจะรอดูอาการ					
2. เมื่อเกิดอาการท่านจะพยายามอดทน					
3. เมื่อเกิดอาการท่านจะขอคำปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือจากสมาชิกใน ครอบครัว					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
25. เมื่อมีอาการท่านใช้วิธีการอื่นๆ ระบุ..... .....					

หลังจากที่ท่านได้ใช้วิธีการจัดการหลายๆวิธี เพื่อแก้ปัญหาอาการหลายๆอาการที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ผลที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเป็นอย่างไร

อาการที่ 1

1. ดีขึ้น อย่างไร.....

ท่านคิดว่าดีขึ้นเป็นผลจากวิธีการใด.....

2. คงเดิม

3.ทรุดลงกว่าเดิม อย่างไร.....

.....

## อาการที่ 2

1. ดีขึ้น อย่างไร.....

ท่านคิดว่าดีขึ้นเป็นผลจากวิธีการใด.....

2. คงเดิม

3.ทรุดลงกว่าเดิม อย่างไร.....

## อาการที่ 3

1. ดีขึ้น อย่างไร.....

ท่านคิดว่าดีขึ้นเป็นผลจากวิธีการใด.....

2. คงเดิม

3. ทรุดลงกว่าเดิม อย่างไร.....



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปริญญา สงวนพงษ์ เกิดวันที่ 26 กันยายน 2523 ภูมิลำเนา จังหวัดระนอง สำเร็จ การศึกษาระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต เมื่อปี พ.ศ. 2545 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2549 เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลา 4 เดือน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ประจำการงานแผนกผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพังงา อำเภอเมือง จังหวัดพังงา และกำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2549



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย