ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียด กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

นางสาววิมลมาส เชาวลิต

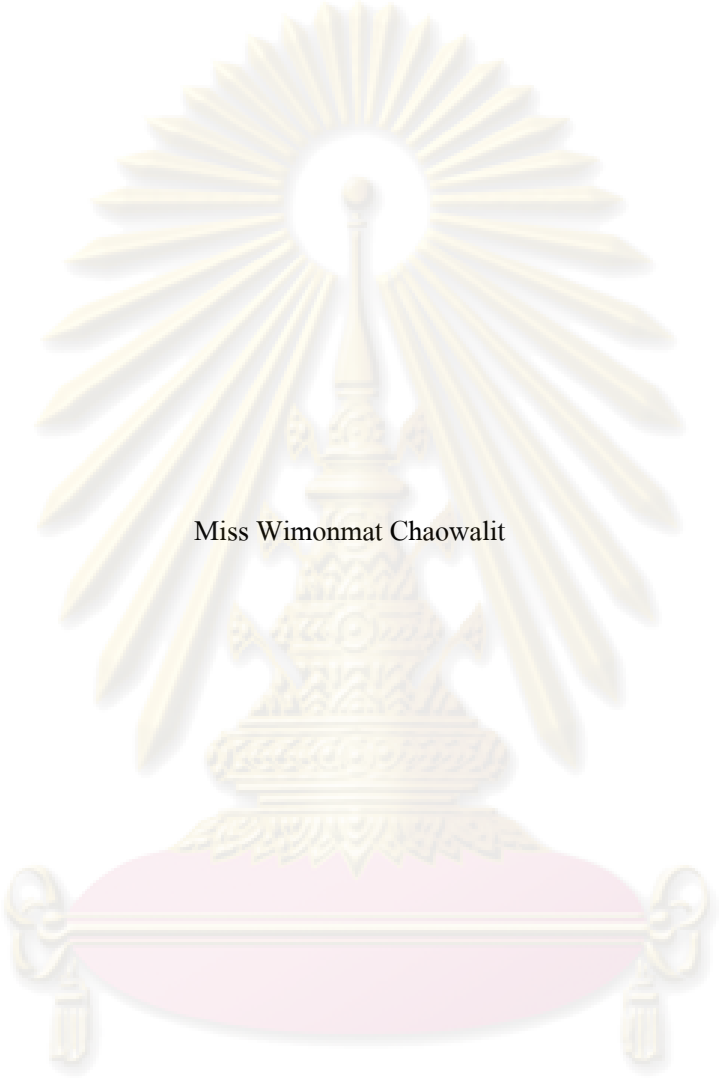
ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2551

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, SYMPTOM RESPONSES, AND COPING RESPONSES, AND DURATION OF SEEKING MEDICAL CARE IN PERSONS WITH ACUTE CORONARY SYNDROMES, SOUTHERN REGIONAL HOSPITALS

Miss Wimonmat Chaowalit



ศูนย์วิทยทรัพยากร

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2008

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียด กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วย กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้
โดย	นางสาววิมลมาส เชาวลิต
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

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

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิมลมาส เชาวลิต : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียด กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ (RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, SYMPTOM RESPONSES, AND COPING RESPONSES, AND DURATION OF SEEKING MEDICAL CARE IN PERSONS WITH ACUTE CORONARY SYNDROMES, SOUTHERN REGIONAL HOSPITALS)
อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 109 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการและการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลตรัง ทั้งชายและหญิงอายุตั้งแต่ 18-59 ปี จำนวน 160 ราย ที่ได้มาจากวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหากับมุ่งปรับอารมณ์ แบบสอบถามทุกฉบับได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .77, .71 และ .72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การตอบสนองต่ออาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สาขาวิชา : ...พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต :.....วิมลมาส เชาวลิต.....
ปีการศึกษา : .....2551..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: .....

4877627136: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS: SYMPTOM RESPONSES / COPING RESPONSES / PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

WIMONMAT CHAOWALIT : RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, SYMPTOM RESPONSES, AND COPING RESPONSES, AND DURATION OF SEEKING MEDICAL CARE IN PERSONS WITH ACUTE CORONARY SYNDROMES, SOUTHERN REGIONAL HOSPITALS.

THESIS PRINCIPAL ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 109 pp.

The purposes of this study were to study the relationships between personal factors, symptom responses, coping responses and duration of seeking medical care in persons with acute coronary syndrome in southern regional hospitals. Simple random sampling was applied to receive a sample of 160 acute coronary syndrome patients males and female 18-59 years old who admitted at medical ward in Maharaj Nakonsitammarat, Surattani and Trang hospital selected by simple random sampling. The instrument for this study was included a demographic data.form and time to seek medical care, a symptom responses questionnaire and problem focus and emotion focus coping responses questionnaire. The questionnaires were test for their content validity by a panel of expert. They demonstrated acceptable reliability with Cronbach's alpha at .77, .71 and .72, respectively. Data were analyzed using pearson product-moment correlation and Eta correlation. The results of this study demonstrated that:

1. Personal factors were not related to duration of seeking medical care of acute coronary syndrome patients.
2. Educational level was related to duration of seeking medical care of acute coronary syndrome patients at the significant level of .05.
3. Symptom responses was negatively related to duration of seeking medical care of acute coronary syndrome patients at the significant level of .05.
4. Coping responses was not related to duration of seeking medical care of acute coronary syndrome patients.

Field of study: ...Nursing Science.... Student's signature :...Wimonmat Chaowalit...

Academic year: .....2008..... Principal Advisor's signature:.....Ch. J.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณายิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์แก้ไขปัญหาข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงและระลึกถึงในพระคุณของท่านเป็นที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำในการใช้สถิติช่วยให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่าและเสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรัง ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้างาน หัวหน้าตึกและเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุนเวลาในการศึกษาต่อ ให้กำลังใจและความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น เจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ผู้เป็นพลังให้ผู้วิจัยสามารถฝ่าฟันอุปสรรคจนสำเร็จการศึกษา ขอบคุณแรงผลักดันและกำลังใจจาก คุณจรรวมล แพ่งโยธา น้องสาวและสมาชิกทุกคนในครอบครัวรวมทั้งเพื่อนๆ ผู้ช่วยเหลืออยู่เบื้องหลังความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
บทที่	
1. บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	8
คำจำกัดความในการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	12
แนวคิดเกี่ยวกับการตอบสนองต่ออาการ	29
แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด	31
ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	36
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษา	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	42
กรอบแนวคิดในการวิจัย	48
3. วิธีดำเนินการวิจัย	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	59

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ หน้า
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 60
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 70
สรุปผลการวิจัย..... 71
อภิปรายผลการวิจัย..... 71
ข้อเสนอแนะ..... 78
รายการอ้างอิง..... 79
ภาคผนวก..... 84
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 85
ภาคผนวก ข. จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือ
ในการเก็บข้อมูลวิจัย..... 87
ภาคผนวก ค. เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย..... 97
ภาคผนวก ง. ตารางวิเคราะห์ข้อมูล..... 106
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 109

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

หน้า

1. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวม แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์..... 57
2. จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนก ตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ..... 62
3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การตอบสนองต่ออาการและการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน..... 64
4. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน..... 65
5. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน..... 66
6. ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน..... 67
7. ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเป็นโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน..... 68
8. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน..... 69
9. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการตอบสนองต่ออาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน..... 107

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาทางสุขภาพอันดับต้นๆ ของโลก และเป็นสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2005) ในปี 2002 พบว่าโรคนี้ เป็นสาเหตุการตายของประชากร 16.5 ล้านคน ในปี 2005 เพิ่มเป็น 17.5 ล้านคน และในปี 2020 ประมาณการว่าจะมีประชากร 25 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จากรายงานสถานการณ์ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลก พบว่าประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี 2533 จำนวน 14 ล้านคน จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว จำนวน 5 ล้านคน และในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา จำนวน 9 ล้านคน และในอีก 30 ปีข้างหน้าสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นนี้ มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความรุนแรงสูงขึ้นเป็นลำดับ จาก 14 ล้านคน ในปี 2533 เป็น 25 ล้านคนในปี 2563 จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวน 6 ล้านคน และในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา จำนวน 19 ล้านคน (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2549) ในสหรัฐอเมริกาโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสุขภาพที่มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับหนึ่ง โดยผู้ป่วยประมาณ 2.5 ล้านคน / ปี แบ่งเป็นผู้ป่วย Unstable Angina ประมาณ 1.5 ล้านคน ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 ล้านคนและเสียชีวิตประมาณ 5 แสนคนหรือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด (American Heart Association., 2002; Moser et al., 2006) เช่นเดียวกับในประเทศไทย โรคหัวใจเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับที่ 1 ของประเทศ ซึ่งในปี พ.ศ. 2546 มีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ 63.7 คนต่อแสนประชากร ปี 2547 มีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ 53.8 คนต่อแสนประชากร ปี 2548 มีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ 56.5 คนต่อแสนประชากร โรคหัวใจที่พบบ่อยและมีอัตราตายสูงได้แก่กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวง, 2548)

แนวโน้มอัตราป่วยจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้นนับตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป พบมากในช่วงอายุ 50-79 ปี ในภาพรวม ภาคกลาง ภาคเหนือและภาคใต้มีอัตราป่วยรวมจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าอัตราป่วยโดยรวมทั้งประเทศ โดยเฉพาะอัตราป่วยในกลุ่มอายุ 40-49 ปี และกลุ่มอายุ 50-59 ปีพบว่าภาคใต้มีอัตราสูงสุด (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวง, 2548) เป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิต ไม่ว่าเป็นการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ พฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหรือทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น (อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์และคณะ, 2543; อุไร ศรีแก้ว, 2544; จริยา ตันติธรรม, 2547) เช่นเดียวกับประชาชนในภาคใต้ซึ่งมีสภาพความเป็นอยู่ที่อุดมสมบูรณ์ สภาพแวดล้อมที่ต่างจาก

ภาคอื่นส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างแตกต่างกันโดยเฉพาะลักษณะการบริโภคอาหาร ประชาชนส่วนใหญ่ จะดูแลตนเองไม่ถูกต้อง กล่าวคือ จะรับประทานเนื้อสัตว์และอาหารทะเล ซึ่งมีระดับไขมันสูง วิธีการปรุงอาหารและชนิดของไขมันที่ปรุงอาหารก็จะทำให้คุณค่าทางโภชนาการแตกต่างออกไปชอบรับประทานอาหารที่ค่อนข้างมันและรสจัดจึงทำให้มีระดับไขมันในเลือดสูง (กนกวรรณ จันทร์แดง, 2541) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที มีรายงานว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งมักเสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล (Bjorklund et al., 2005) ปัจจุบันแนวทางในการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพัฒนาไปมาก เป้าหมายสำคัญในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือทำให้เกิดน้อยที่สุด หลักในการรักษาประการหนึ่งที่ได้รับการยืนยันและเป็นที่ยอมรับ คือ เพื่อนำเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ตามเดิม โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด หลักการที่สำคัญ คือ ยิ่งให้ยาเร็วเท่าไรอัตราตายยิ่งลดลงเท่านั้น การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 1 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกจะมีประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด ทำให้อัตราตายลดลงถึงร้อยละ 50 ถ้าผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้นอัตราตายจะลดลงร้อยละ 1 ในทุกหนึ่งชั่วโมงที่ได้รับยาเร็วขึ้น (สุพจน์ มหาโชติกะ, 2547) ยาละลายลิ่มเลือดจะไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา เมื่อเวลาผ่านไปมากกว่า 6 ชั่วโมง (Dempsey et al., 1995; Moser et al., 2006; อรมณี ช้างชายวงศ์, 2545) ดังนั้นเมื่อมีอาการผู้ป่วยจำเป็นต้องมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดและควรได้รับการรักษาที่ถูกต้องภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ (Moser et al., 2006) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพหรือได้รับการรักษาแล้วแต่ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากมารับการรักษาช้า การเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของโรคที่ต้องรีบมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันทีจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

ในประเทศไทย มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลมากกว่า 1 ชั่วโมง (Patiporn Boonyapatkul, 2000) และผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 3 ชั่วโมง 47 นาที (สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล, 2540) ผลการศึกษาของอรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) พบว่าร้อยละ41.3 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใช้เวลาในการมารับการรักษามากกว่า 6 ชั่วโมง จากการศึกษาของ Nutchanart Kriratchareon (2006) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 35 นาที

การประชุม National forum ครั้งที่ 7 เมื่อวันที่14-17 มีนาคม 2549 กำหนด Patient Safety Goals ในการดำเนินงาน Hospital Accreditation ของประเทศไทย 8 ข้อ หนึ่งในแปดข้อนั้นคือ

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า ต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว โดยมีกระบวนการค้นหา การประเมินและการวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มนี้รวมถึงเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและให้การสนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะความรุนแรงของโรคและลดอัตราการตายที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรคและความสำคัญของการมารับการรักษา จึงจำเป็นจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เน้นให้เห็นความสำคัญของการมารับการมารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไว้ดังนี้ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาช้าของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด อรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติเคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการกับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการศึกษาของ Nutchanart Kriratchareon (2006) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งอายุและเพศ รวมทั้งการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยด้านลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น ด้านระยะเวลาที่ความเจ็บป่วยจะดำเนินไปและด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการรักษา การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจมารับการรักษา จะเห็นว่า ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขึ้นอยู่กับลักษณะประชากรและปัจจัยอื่นๆที่ยังไม่ได้นำมาศึกษาด้วย เช่น การตอบสนองต่ออาการซึ่งเป็นความรู้สึก ความคิดหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอาการเพื่อตอบสนองต่ออาการหรือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นและเป็นสาเหตุให้บุคคลแสวงหาการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รับรู้ว่า ลักษณะของอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุเกิดมาจากหัวใจจะมีการตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าอาการเกิดจากระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าอาการมาจากระบบทางเดินอาหารจะเลือกทำกิจกรรมอื่นมากกว่าที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที (Burnett et al., 1995) จากการศึกษาของ Dracup et al. (1999) และ McKinley et al. (2000) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้มีสาเหตุจากโรคหัวใจและเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามปกติจะมารับการรักษาช้า ไม่แตกต่างจาก

การศึกษาของสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการปกติจะมารับการรักษาช้า

เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยหรืออาการเปลี่ยนแปลงจากความเจ็บป่วยและประเมินว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต บุคคลจะเกิดความเครียดและพยายามหาวิธีการลดหรือควบคุมความเครียดด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคลนั้นๆ (Lazarus & Folkman, 1984) วิธีการที่บุคคลพยายามหาวิธีการลดหรือควบคุมความเครียดนั้น เรียกว่า การเผชิญความเครียด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์(รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, 2546) ผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ส่วนใหญ่จะมารับการรักษาช้าแตกต่างจากผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจะตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วกว่า (Dracup & Moser., 1997; McKinley et al., 2000) จากการศึกษาของ Burnett et al. (1995) พบว่าผู้ป่วยที่มีการตอบสนองด้านอารมณ์มาก เช่น วิตกกังวลหรือมีความเครียดสูง หลังเกิดอาการจะมารับการรักษาเร็วกว่าไม่แตกต่างจากการศึกษาของ Walsh et al. (2004) และ Moser et al. (2006)

จะเห็นว่า การตอบสนองต่ออาการและการเผชิญความเครียด มีผลกับระยะเวลาการมารับการรับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อนำผลวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและนำไปพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างทันท่วงทีช่วยลดอัตราตายและความรุนแรงของโรค

ปัญหาการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการและการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอด

เลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการและการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มารับการรักษาช้า ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นและมีอัตราตายเพิ่มขึ้น โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดและพฤติกรรม (รุ่งฤดี ห่อนาค, 2541) อายุมีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก เช่น ในวัยสูงอายุจะผ่านการดำเนินชีวิตมาหลายรูปแบบและมีประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียด (สุวรรณพร มิตสุวรรณ, 2550) และเมื่ออายุมากขึ้นการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง หลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่อายุมากจะมารับการรักษาช้าเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นในการพามารับการรักษาหรือมาโรงพยาบาล (Dracup et al., 1997; McKinley et al., 2004) จากการรวบรวมผลการวิจัยของสมาคมโรคหัวใจของอเมริกาพบว่า ผู้ที่อายุมากจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Moser et al., 2006) จากการศึกษาของ อรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างจากการศึกษาของ Burnett et al. (1995) และ Johansson et al. (2004)

เพศ เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ (Dracup et al.,1995) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา เพศหญิงมารับการรักษาช้ากว่าเพศชาย (Walsh et al, 2004) และการศึกษาของ Ottesen et al. (2003) พบว่า เนื่องจากเพศหญิงรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นว่าผิดปกติแต่ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายที่เกิดขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมเผชิญปัญหา ที่เป็นลักษณะต้องการลดความรู้สึกคุกคามและควบคุมสถานการณ์ เช่น รักษาเอง นอนพัก จึงทำให้มารับการรักษาในโรงพยาบาลช้าและผู้หญิงมักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่ออายุมากกว่าผู้ชาย 10 ปี มักมีโรคแทรกซ้อนอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานร่วมด้วย (Dempsey et al.,1995) ทำให้อาการที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจน จึงมารับการรักษาช้าและเนื่องจากเพศหญิงที่มีประจำเดือนจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ (จริยา ตันติธรรม, 2547) แตกต่างจากผลการศึกษาของ Burnett et al. (1995) Dracup et al. (1997) และอรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) ซึ่งพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น (Jalowice & Power, 1981) บุคคลที่มีการศึกษาน้อยมักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับ

สาเหตุของโรค การปฏิบัติตน และมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้หรือสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่ดีมีประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรม (Pender, 1996) ผลการศึกษาของ อรมณี ช้างชายวงศ์ (2545); Burnett et al. (1995); Dracup et al. (1997) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล แตกต่างจากการศึกษาของ McKinley et al. (2000) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมารับการรักษาช้ากว่าเนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการรักษาทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการมารับการรักษา

ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด Dracup et al. (1997) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหัวใจ เคยมีอาการเจ็บหน้าอกมาก่อน กับผู้ที่ไม่มีประวัติมาก่อน จะมารับการรักษาช้าเร็วไม่แตกต่างกัน อรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) พบว่า การมีหรือไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษา แตกต่างจากการศึกษาของ Ottesen et al. (2003) ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีประวัติโรคหัวใจเคยมีอาการเจ็บหน้าอกมาก่อนจะมารับการรักษาเร็วกว่า เนื่องจากสามารถแยกอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจได้ดีกว่า ตระหนักในอันตรายของอาการมากกว่า

ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงมีผลกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและระบบประสาทรับความรู้สึก การตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกจึงลดลง (จริยา ตันติธรรม, 2547) ผลการศึกษาของสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) อรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) McKinley et al. (2000) Ottesen et al. (2003) และ Johansson et al. (2004) ไม่แตกต่างกันคือพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งมีประวัติโรคประจำตัวเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือภาวะไขมันในเลือดสูงจะมารับการรักษาช้า แตกต่างจากการศึกษาของ Leizorovicz (1997) ซึ่งพบว่าประวัติการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากการตายของชั้นของของกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตายแล้วเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้เพียงร้อยละ 50 โดยสามารถบอกได้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจกำลังขาดเลือด สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกพบว่าร้อยละ 20-30 จะมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติและคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่แสดงว่ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่มีการเปลี่ยนแปลงของ ST segment

คือ ST elevation หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจบาดเจ็บ มี Q wave แสดงว่า กล้ามเนื้อหัวใจตาย คลื่นไฟฟ้าหัวใจแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ Non ST elevation MI (NSTEMI) เป็นลักษณะที่หลอดเลือด โคโรนารี่มีการอุดตันยังไม่สมบูรณ์ ยังไม่มีการตายทุกชั้นของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นระยะที่ไม่มี Q-Wave ให้เห็นใน EKG ส่วน ST elevation MI (STEMI) เป็นระยะที่มีการตายเกิดขึ้นในทุกชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจจะมีลิ่มเลือดขนาดใหญ่อุดรูโคโรนารี่ จะพบ ST elevate ร่วมกับ Q-Wave ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและเกิดหัวใจหยุดเต้นได้ (จริยา ตันติธรรม, 2547) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มี ST elevate ร่วมกับ Q-Wave มีความสัมพันธ์ต่อการลดระยะเวลาในการมารับการรักษาช้า และพบว่าผู้ป่วย Non-Q MI ส่วนใหญ่จะมารับการรักษาช้า (Goldberg et al., 1992) เนื่องจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นมักไม่รุนแรง แต่บางการศึกษาพบว่า ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษา (Hofgren et al., 1995; อรมณี ช้างชายวงศ์, 2545)

การตอบสนองต่ออาการ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าลักษณะของอาการว่าสาเหตุเกิดมาจากหัวใจจะมีการตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่มองว่าอาการเกิดจากระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากระบบทางเดินอาหารจะเลือกกระทำกิจกรรมอื่นมากกว่าที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที (Burnett et al., 1995) และจากการศึกษาของ Dracup et al. (1999) และ McKinley et al. (2000) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดจากหัวใจและเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามปกติจะมารับการรักษาช้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการปกติจะมารับการรักษาช้า นอกจากนี้การประเมินอาการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน จากการศึกษาของ Burnett et al. (1995) พบว่า ผู้ป่วยที่ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงจะมารับการรักษาเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยที่มองว่าอาการมีความรุนแรงสามารถทำให้เสียชีวิตได้ หากไม่รีบมารักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dracup et al. (1997) และ McKinley et al. (2000) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่าไม่มีความรุนแรงหรือไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตจะมารับการรักษาช้า

การเผชิญความเครียด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้การเผชิญความเครียด 2 แบบ คือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ส่วนใหญ่จะมารับการรักษาช้าแตกต่างจากผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจะมีการตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วกว่า (Dracup&Moser., 1997; McKinley et al., 2000) และจากการศึกษาของ Burnett et al. (1995) พบว่าผู้ป่วยที่มีการตอบสนองด้านอารมณ์มาก เช่น วิตกกังวลและมีความเครียดสูงหลังเกิดอาการจะมารับการรักษาเร็วกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Walsh et al.

(2004) และ Moser et al. (2006) จากการศึกษาของ Dracup et al. (1997) พบว่าความกลัวเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่มีผลต่อการมารับการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่กลัวผลกระทบที่เกิดจากโรคหรืออาการเจ็บป่วยจะมารับการรักษาช้า

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการและการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

4. ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

5. ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

6. ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

7. การตอบสนองต่ออาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

8. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

9. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย(Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการและการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประชากรที่ใช้ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล
    1.1 อายุ
    1.2 เพศ
    1.3 ระดับการศึกษา
    1.4 ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
    1.5 ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด
    1.6 ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
2. การตอบสนองต่ออาการ
3. การเผชิญความเครียด
4. ระยะเวลาการมารับการรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะประจำตัวของบุคคล ประกอบด้วย

1.1 อายุ หมายถึง เวลานับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม โดยจำนวนอายุของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คิดเป็นจำนวนปีเต็มในวันตอบแบบสอบถาม (เศษของอายุที่มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

1.2 เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย แบ่งออกเป็นเพศหญิงและเพศชาย

1.3 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดที่ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับโดยแบ่งออกเป็น ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรีขึ้นไป

1.4 ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเข้ารับการรักษาด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยไม่รวมครั้งปัจจุบัน แบ่งออกเป็น เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ ไม่เคย

1.5 ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นร่วมกับการป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลัน โดยต้องเป็นโรคที่กำลังรักษาหรือมีอาการอยู่ในปัจจุบัน ครอบคลุมเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด แบ่งออกเป็น ไม่มีโรคประจำตัว และ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตและภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

1.6 ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หมายถึง ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 lead) ทันที หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถทราบได้จากผลการวินิจฉัยของแพทย์ แบ่งออกเป็น STEMI (ST elevation MI), NSTEMI (Non ST elevation MI) และ Unstable angina

ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดนี้เก็บรวบรวมจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและเวชระเบียนของผู้ป่วย

2. การตอบสนองต่ออาการ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รับรู้ว่าเป็นอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประเมินอาการที่เกิดขึ้นและแสดงออกเพื่อตอบสนองต่ออาการหรือกลุ่มอาการเหล่านั้นและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมารับการรักษา วัดโดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. การเผชิญความเครียด หมายถึง พฤติกรรมและความคิดที่ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแสดงออกในการจัดการกับความเจ็บป่วยหรือผลกระทบที่เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

3.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา หมายถึง พฤติกรรมและความคิดที่ผู้ป่วยแสดงออกเพื่อพยายามปรับเปลี่ยน และควบคุมความเครียดที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยการเผชิญหน้ากับปัญหาและวางแผนในการแก้ปัญหาด้วยการหาวิธีการต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหาและอาจใช้วิธีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่

3.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ หมายถึง พฤติกรรมและความคิดที่ผู้ป่วยแสดงออกเพื่อพยายามควบคุมความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบายหรือความไม่สบายใจต่างๆ จากความเจ็บป่วย โดยการควบคุมตนเอง การแสวงหาความช่วยเหลือจากสังคม การประเมินค่าทางบวก การถอยห่าง การหลีกเลี่ยงปัญหาเพื่อทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น

วัดโดยใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2540) ซึ่งต้นฉบับแปลจาก The Ways of Coping Questionnaire โดยสิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ (2539) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984)

4. ระยะเวลาการมารับการรักษา หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนถึงเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล โดยคิดเป็นชั่วโมง ข้อมูลส่วนนี้เก็บรวบรวมจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและเวชระเบียนของผู้ป่วย

5. ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยอายุ 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable angina) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ทั้งชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี Q-wave และไม่มี Q-wave

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและส่งเสริมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการของโรค

2. เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อรณรงค์ให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถรับรู้และประเมินอาการตนเองได้อย่างถูกต้อง มารับการรักษาทันท่วงทีก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้นช่วยลดอัตราตาย

3. เป็นแนวทางในการทำวิจัยขยายความรู้เพื่อพัฒนาและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
    1.1 ความหมายและพยาธิสภาพของโรค
    1.2 ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
    1.3 อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
    1.4 การวินิจฉัยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
    1.5แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
    1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. แนวคิดการตอบสนองต่ออาการ
3. แนวคิดการเผชิญความเครียด
4. ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความหมายและพยาธิสภาพของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Acute coronary syndromes (ACS) หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นเมื่อรอยโรค (Plaque) ที่ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี่มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพอย่างเฉียบพลันเกิดการปริแตกและกระตุ้นให้เกิดการก่อตัวของลิ่มเลือด ทำให้หลอดเลือดอุดตันอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงอย่างมากหรือหยุดชะงักทันที ทำให้เกิดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรุนแรง ซึ่งหากรุนแรงมากและเป็นระยะเวลานานพอ สามารถ

ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดหัวใจพิบัติหรือเสียชีวิต (จริยา ตันติธรรม, 2547; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

ปัจจุบันได้มีการจัดแบ่งAcute coronary syndromes เป็น 2 ชนิด คือ

1. Acute coronary syndromes without persistent ST elevation ได้แก่ กลุ่มอาการที่ผู้ป่วยเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง แต่ไม่เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจหรือเกิดการตายเพียงปริมาณไม่มากนัก เนื่องจากการปริแตกและการก่อตัวของลิ่มเลือดยังไม่ค่อยรุนแรง หลอดเลือดอุดตันไม่สนิทหรืออาจอุดตันสนิทแต่เป็นช่วงเวลาสั้นๆ อาจถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่เป็นสัญญาณเตือน กลุ่มอาการนี้อาจแบ่งออกเป็น

1.1 Unstable angina (UA) เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน แต่ยังไม่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ EKGไม่มีST segment elevation แต่มี ST depression หรือ T wave inversionและค่า biochemistry marker ที่แสดงถึง myocardial necrosis เช่น cardiac troponin หรือ CKMB อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.2 Non ST elevation Myocardial infarction (Non Q-wave MI หรือNSTEMI) เป็นกลุ่มอาการ Acute coronary syndromes ที่ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงจนกระทั่งมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้น EKG ไม่มี ST segment elevation แต่มี ST depression หรือT wave inversion และค่า biochemistry marker ที่แสดงถึง myocardial necrosis เช่น cardiac troponin หรือ CKMB มีค่าสูงขึ้น มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่มี Q-wave

2. Acute coronary syndromes with persistent ST elevation หรือ acute ST myocardial infarction เป็นกลุ่มอาการ Acute coronary syndromes ที่เกิดจากการปริแตกของรอยโรคอย่างรุนแรง นำไปสู่การก่อตัวของลิ่มเลือดจำนวนมาก ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์และถาวร เป็นผลทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นบริเวณกว้างและรุนแรง มีST segment elevation ปัจจุบันนิยมเรียก ST elevate MI(STEMI) และค่า biochemistry marker ที่แสดงถึง myocardial necrosis เช่น cardiac troponin หรือ CKMB มีค่าสูงขึ้น หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วและคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เกิด Q-wave การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายคือ NSTEMI

ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีโอกาสทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดดังนี้

1. ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic pressure ที่สูงกว่า 140/85 มิลลิเมตรปรอท หรือผู้ที่มีเฉพาะ Diastolic pressure ที่สูงเกินกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและตายอย่างกะทันหันสูงได้ถึง 2 เท่า และมีโอกาส

สูงถึง 4 เท่าต่อการเกิด Stroke นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับสูบบุหรี่และมีไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะไขมัน LDL-C นั้น จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด สูงถึง 8 เท่า ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ควรได้รับการดูแลรักษาด้วยยาร่วมกับการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ต้องควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกินกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ถ้ามีเบาหวานหรือไตความดันโลหิตต้องน้อยกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจะช่วยให้สามารถลดและชะลอการเพิ่มคราบลิ่มเลือดไขมันและช่วยป้องกันการทำลายเยื่อบุชั้นในของหลอดเลือดแดงได้

2. ระดับไขมันในเลือดสูงผิดปกติ ระดับไขมันที่มีส่วนทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ คือ LDL-C, VLDL, Triglycerides (TG) ส่วน HDL-C ที่มีค่าสูงๆ จะเป็นตัวช่วยป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับ serum total cholesterol ที่เกินกว่า 200 mg/dl (5-15 mmol/L) หรือมี LDL-C สูงกว่า 130 mg/dl (3.35 mmol/L) มีความเสี่ยงต้องการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ cholesterol ที่มีค่าสูงกว่า 200 mg/dl ขึ้นไป จะมีโอกาสเกิดโรคได้มากขึ้น ส่วนระดับ HDL-C ที่สูงกว่า 45 mg/dl จะมีส่วนช่วยลดและป้องกันการเกิดโรคของหลอดเลือดแดงแข็งได้ แต่ถ้า HDL-C ที่ต่ำกว่า 35 mg/dl ร่วมกับมี serum total cholesterol ที่มีค่าสูงกว่า 200-239 mg/dl พบว่ามีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูง 3 เท่า

3. สูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่สำคัญและพบได้บ่อยในโรคหัวใจขาดเลือด ประเทศไทยพบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 62.2 อัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่และระยะเวลาที่สูบ พบว่าปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ทำให้มีโอกาสเกิดโรค หัวใจขาดเลือดได้มากถึง 8 เท่า คือ สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง

4. เพศ การศึกษาจากสมาคมแพทย์โรคหัวใจในสหรัฐอเมริกาพบว่า เพศชายที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า ในช่วงอายุเดียวกัน เนื่องจากเพศหญิงยังคงมีประจำเดือนซึ่งมีเอสโตรเจนฮอร์โมนช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ สำหรับประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในช่วงอายุที่ต่ำกว่า 50 ปีนั้น จะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 5:1

5. อายุ อุบัติการณ์ของอายุที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดในเพศหญิงและชายแตกต่างกัน คือ เพศชายมักเกิดโรคหัวใจขาดเลือดก่อนอายุ 40 ปี และเพศหญิงมักเกิดโรคเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี หรือหลังหมดประจำเดือน สำหรับในประเทศไทยพบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ตั้งแต่อายุ 28-75 ปี และช่วงอายุที่ต่ำกว่า 40 ปี มีอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 4.2 แต่อัตราการตายในเพศหญิงช่วงอายุ 55-64 ปี สูงประมาณ 30 เท่าของเพศชายในช่วงระหว่างอายุเดียวกัน อาจเนื่องจากเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นโรคเรื้อรังหลายชนิดมากกว่าเพศชายร่วมกับมีกายวิภาคหลอดเลือดแดงโคโรนารีของเพศหญิงที่มีขนาดเล็กและคดเคี้ยวกว่าเพศชาย จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เพศหญิงที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีระดับความรุนแรงของโรคและอัตราการตายสูงกว่าเพศชาย

6. เบาหวาน ภาวะหลอดเลือดเสื่อมแข็ง (Atherosclerotic) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากในผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงหัวใจไม่สะดวกและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

7. ความอ้วน ดัชนีที่บ่งชี้ว่าอ้วนสามารถคำนวณได้จากสูตรน้ำหนักตัวหารด้วยส่วนสูงที่เป็นเมตรยกกำลังสอง ซึ่งจะเป็นค่า Body mass index (ค่าปกติควรน้อยกว่า 24) และการวัดความหนาของเอว ข้อแขน การมีน้ำหนักตัวที่อ้วนเกินไปจะมีผลต่อการเพิ่มระดับไขมันในเลือดเกือบทุกชนิด มีรายงานการศึกษาพบว่า ความอ้วนมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มความถี่ของอาการเจ็บหน้าอกและเพิ่มอัตราตายอย่างกะทันหัน

8. ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีรายการการศึกษามากมายที่สนับสนุนการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ คือ ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที พบว่าช่วยลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้

9. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีกรรมพันธุ์ในครอบครัว และจะเพิ่มความเสี่ยงมากยิ่งขึ้นหากมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ร่วมด้วย อาทิเช่น สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง อ้วน เครียด เป็นต้น

10. ยาคุมกำเนิด โดยเฉพาะยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน จะมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้เร็วกว่าปกติและรบกวนการเผาผลาญไขมัน เพิ่มความดันโลหิต รวมทั้งทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็ง

11. บุคลิกภาพแบบเอ เป็นบุคลิกภาพที่มีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจังกับงาน มุ่งมั่นเคร่งครัด ตรงเวลา ทะเยอทะยาน คาดหวังในความสำเร็จมาก ชอบทำงานที่มีการแข่งขัน ชอบเอาชนะ ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย พูดเร็ว ใจร้อน ไม่มีความอดทนในการรอคอย ทำงานรีบเร่ง ชอบหมกมุ่นกับการเร่งทำงานให้เสร็จทันเวลา บางคนก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ เป็นภาวะเครียดชนิดเรื้อรังที่มีผลทำให้เพิ่มการหลั่งสาร Catecholamine กระตุ้น sympathetic activity เร่งและเพิ่มการเกาะกันของเกร็ดเลือดและขบวนการเกิดเลือดแข็งตัว เพิ่มการสะสมไขมัน เพิ่มความดันโลหิตและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่เร่งการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ลักษณะอาการเป็นแบบเจ็บแน่นๆ เหมือนถูกกดทับด้วยของหนักๆ ที่กลางอกหรืออกซ้าย และอาจมีอาการร้าวไปที่อื่นได้ อาการปวดเกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการ metabolism มักเกิดขึ้นภายหลังออกแรงมากๆ ปัจจัยจำเพาะที่กระตุ้น

ให้เกิดอาการ angina คือ การเดินเร็วๆ หรือ เดินขึ้นทางสูงชัน เดินในที่เย็นจัด หรือ หลังรับประทานอาหารปริมาณมากๆ ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มความต้องการในการใช้ออกซิเจน แต่ออกซิเจนที่ได้รับไม่เพียงพอกับความต้องการ การได้นอนพักผ่อนร่วมกับอมยาใต้ลิ้นประมาณ 1-5 นาที จะสามารถบรรเทาและลดระดับความรุนแรงของอาการ angina ได้ แต่ถ้าอาการ angina ยังคงเป็นนานกว่า 10 นาที แสดงว่าไม่ใช่ chronic stable angina แต่อาจเป็นอาการของ unstable angina, acute MI หรืออาจเป็นอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเลย เช่น อาการไม่สุขสบายในทรวงอกจาก esophageal spasm หรือ esophagitis

ดังนั้น ความหมายที่แท้จริงของ Angina pectoris ไม่ใช่หมายถึงอาการเจ็บหน้าอกอย่างเดียว แต่เป็นความรู้สึกแน่นในอกเหมือนหายใจไม่ออก หรือไม่สุขสบายในอก ซึ่งบ่งชี้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจกำลังขาดเลือด สำหรับการรับรู้อาจมีหลายลักษณะ คือ แน่นๆเหมือนถูกกดทับ หรือจุกๆ (pressing) เจ็บเหมือนหัวใจถูกบีบเค้นหรือบีบรัด ทำให้หายใจไม่ออก แสบร้อนเป็นต้น จากการศึกษาของ Patiporn Boonyapatkul, 2003 ได้นิยามอาการของ acute coronary syndrome จากผู้ป่วยไทยว่า หมายถึง อาการแน่นๆ อึดอัด หรือปวดที่บริเวณหน้าอกซ้ายอาการ chest pain หรือchest discomfort เป็นอาการที่พบบ่อยสุดถึงร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วย ACS ในผู้ป่วย STEMI พบมี chest discomfort ถึงร้อยละ 50 อย่างไรก็ตามผู้ป่วย ACS อาจมีอาการแสดงที่แตกต่างกันได้ จึงได้มีการจำแนกลักษณะของ cardiac pain ที่เกิดจาก ischemic coronary artery เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. Visceral component ลักษณะความปวดจะเป็นอาการเหมือนแน่นๆ อึดอัด และระบุตำแหน่งที่เกิดอาการไม่ชัดเจน

2. Somatic component ลักษณะความปวดแบบนี้จะเหมือนถูกของแหลมคมทิ่มแทง และมีความรู้สึกแสบบริเวณผิวหนัง

3. Psychological component อาการที่เป็นทำให้รู้สึกเหมือนกำลังจะตาย ปวดร้าวทรมาน ลักษณะ Chest pain or chest discomfort แบ่งเป็น

3.1 Classic angina แน่นอึดอัด เหมือนถูกกดทับที่กลางอก อาการไม่สุขสบายนี้อาจร้าวไปแขนซ้ายหรือคอและอาจมีอาการร่วมคือ หายใจไม่ออก หายใจขัด (Shortness of breathing) ใจสั่น เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ หรืออาเจียน

3.2 Anginal equivalent เป็นอาการไม่สุขสบายที่ไม่จำเพาะเจาะจง แต่มักมีอาการของหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้น คือ อาการใจสั่น ใจหวิว หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น

3.3 Atypical chest pain คือ อาการไม่สุขสบายหรือปวด ที่เกิดขึ้นที่หน้าอกและอาการ มักสัมพันธ์กับการเปลี่ยนท่าหรือ เป็น pleuritic pain

Killip classification เป็นการแบ่งระดับความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามอาการและผลจากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน ซึ่งสามารถบอกถึงระดับความรุนแรงและพยากรณ์โรคได้ดังนี้

Killip class	ลักษณะทางคลินิก	โอกาสเสียชีวิต
1	ไม่มีอาการของหัวใจวาย	6 %
2	มีอาการหัวใจวาย ได้ S_3 gallop	18 %
3	acute pulmonary edema	37 %
4	cardiogenic shockและRale เกือบครึ่งปอด	83 %

การวินิจฉัยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การวินิจฉัยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ประวัติที่จำเพาะของโรคหัวใจขาดเลือด โดยการให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่มักบอกว่า มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นหลังรับประทานอาหารหนัก หลังเหนื่อยล้าจากการหมกมุ่นทำงานมาหลายวัน อารมณ์เครียดจากปัญหาครอบครัวหรือการงาน รวมทั้งการซักประวัติการเจ็บป่วยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ประวัติสูบบุหรี่

2. ลักษณะอาการหรือความรู้สึกปวด ความปวดที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือดมักมีอาการเจ็บหน้าอกโดยมักมีลักษณะดังนี้

2.1 ความรู้สึกปวดเหมือนถูกบีบรัดหน้าอก แน่น แสบๆ เหมือนมีแก๊สจุกบริเวณลิ้นปี่หรือ เจ็บแบบแปล๊บๆ ให้รู้สึกเหมือนหายใจไม่สะดวก

2.2 ตำแหน่ง พบว่าร้อยละ 80-90 มักมีอาการเจ็บแน่นบริเวณกลางอก อกด้านซ้าย มีบ้างที่เจ็บใต้ลิ้นปี่

2.3 อาการร้าว มักมีปวดร้าวไปที่ไหล่ซ้าย ต้นแขนซ้าย อาจมีร้าวไปที่แขนข้อศอก นิ้วมือซ้าย บางครั้งอาจร้าวไปที่ต้นคอ กราม นอกจากนี้บางรายอาจมีอาการเจ็บเฉพาะที่โดยไม่มีอาการร้าวไปที่ใด

2.4 ระยะเวลาที่เจ็บแน่นหน้าอก หากเป็น Stable angina มักแน่น/เจ็บ ระยะเวลาสั้นๆ มักไม่เกิน 5-10 นาที แต่ถ้าเป็น unstable angina จะเป็นนานกว่า 15-30 นาที และหากเจ็บแน่นหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเจ็บรุนแรงนานกว่า 30-60 นาที

2.5 อาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ ใจสั่น หน้ามืด จะเป็นลม เหงื่อแตก เวียนศีรษะ เหนื่อยเหมือนไม่มีแรง และอาจรู้สึกเหมือนมีแก๊สในท้อง

2.6 แนวทางการประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Angina pectoris) ด้วยตัวอักษร P-Q-R-S-T

P-QRS-T	ลักษณะคำถาม	ตัวอย่าง
P (Provoke)	ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการปวด	หลังอาหาร ขณะขึ้นบันได หรือ ขณะพัก
Q (Quality)	ลักษณะอาการปวด/ไม่สุขสบาย	เหมือนถูกกดทับด้วยของหนัก, แน่นๆ อาการร่วม เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด ใจสั่น เป็นต้น
R (Radiation)	ปวดร้าวไปที่ไหน	คาง คอ ไหล่ หรือ แขนซ้าย
S (Severity)	ประเมินระดับความรุนแรง ใช้ pain scale (0-10)	อาการที่เป็นมากสุดเท่ากับกี่คะแนน
T (Timing)	เวลาที่เกิดอาการที่ทำให้มาโรงพยาบาล	ระยะเวลาที่เกิดอาการจนทำให้ต้องมาโรงพยาบาลเป็นถี่แค่ไหนใน 1 วัน/สัปดาห์

(Fullwood J. & Butler G. 2000: 891 อ้างถึงใน จริยา ตันติธรรม, 2547)

3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 leads) สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้เพียงร้อยละ 50 โดยสามารถบอกได้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจกำลังขาดเลือด สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกพบว่าร้อยละ 20-30 จะมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ และ EKG ที่แสดงว่ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้นได้แก่มีการเปลี่ยนแปลงของ ST-T segment คือ ST elevation หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจบาดเจ็บ Q wave แสดงว่า กล้ามเนื้อหัวใจตาย ในรายที่ EKG 12 leads เปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน ควรทำ EKG 12 leads ขณะมีอาการ

4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise stress test = EST) เป็นวิธีการที่ชักนำให้มีการเพิ่ม metabolic demand ซึ่งจะทำให้ตรวจพบอาการแสดงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ โดยการประเมินดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยกำลังวิ่งบนเครื่องวิ่งสายพานหรือปั่นจักรยานชนิดอยู่กับที่ตามโปรแกรมการออกกำลังกายที่แพทย์ได้กำหนด โดยมีเป้าหมายให้ได้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 85 และต้องเฝ้าสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สัญญาณชีพและอาการที่เกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย คือ ST depression > 1-2 mm หรือมีอาการแน่นหน้าอก หมายถึง สนับสนุนการวินิจฉัยที่บ่งชี้ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความไวในการวินิจฉัยร้อยละ 60-65 เป็นการตรวจที่ค่อนข้างดี

5. การใช้สารรังสีไอโซโทป (Radioisotope image) โดยให้ผู้ป่วยวิ่งบนเครื่องวิ่งสายพานตามเวลาที่กำหนดหรือตามความสามารถและอาการของผู้ป่วยแล้วฉีดสารกัมมันตรังสี (Thallium) เข้าทางหลอดเลือดดำแล้วถ่ายภาพกัมมันตรังสี หากบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดจะมีสาร

กัมมันตรังสีลดลงหรือไม่มีเลย เรียกว่า Cold spot เป็นการตรวจที่มีราคาค่อนข้างแพงและตรวจแบบผู้ป่วยนอก

6. การตรวจการเกาะกันของหินปูนในหลอดเลือดหัวใจ (Ultra-fast CT) เป็นการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจด้วยพลังแม่เหล็กที่ตัดผ่านไปด้วยความเร็วสูง สามารถเห็นลักษณะและปริมาณหินปูนที่เกาะกันภายในหลอดเลือดโคโรนารี่แต่ละเส้นได้ แต่การตรวจชนิดนี้ราคาแพง และไม่ได้ผลแม่นยำในรายที่มีเพียงคราบไขมันหรือลิ่มเลือดซึ่งยังไม่มีหินปูนเกาะในคราบไขมัน

7. การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจโดยการฉีดสารทึบรังสี (Coronary angiography) เป็นวิธีการตรวจดูกายวิภาคของหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ที่ได้ผลค่อนข้างแม่นยำมาก ทำให้ทราบพยาธิสภาพและลักษณะรอยโรคที่ตีบตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ได้ว่ามีการตีบตันเท่าใด กี่เส้น คราบเลือดไขมันมีลักษณะอย่างไรเป็นลิ่มเลือดหรือเกร็ดเลือด มีหินปูนจับเกาะจนแข็งหรือยัง ลักษณะการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารี่เป็นอย่างไร ตลอดจนสามารถตรวจวัดสมรรถนะการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและวัดค่าความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายได้

8. การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนเสียง (Intravascular ultrasound = IVS) เป็นวิธีการตรวจที่แม่นยำมากที่สุด สามารถถ่ายภาพลักษณะหลอดเลือดหัวใจได้อย่างละเอียดเป็นเทคโนโลยีที่ทันสมัย และแพทย์ผู้ตรวจต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจที่ผ่านการฝึกอบรม เพื่อจะได้แปลผลการตรวจได้ วิธีการตรวจนี้คาดว่าจะนิยมใช้มากในอนาคต

9. Echocardiogram เป็นเครื่องตรวจที่เป็น noninvasive สำหรับดูสมรรถนะการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและ endocardial surfaces ทำให้สามารถช่วยในการยืนยันการวินิจฉัยกรณีที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่ชัดเจน

10. การตรวจเลือดหาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Cardiac enzyme) มีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือ acute coronary syndromes เมื่อมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้น เอนไซม์ที่เป็นส่วนประกอบของกล้ามเนื้อหัวใจได้แก่ CK-MB Troponin T และ Troponin I จะปล่อยสู่กระแสเลือดและถูกตรวจพบได้ตามระยะและคุณสมบัติ ดังตาราง

	ระยะเวลาเริ่มตรวจพบ	ระยะเวลาที่ค่าสูงสุด	ความจำเพาะ
Myoglobin	1 – 2 ชั่วโมง	1 – 4 ชั่วโมง	Nonspecific
Cardiac troponins (Troponin T และ Troponin I)	3 – 12 ชั่วโมง	24 ชั่วโมง	Specific
CK-MB	4 – 8 ชั่วโมง	24 ชั่วโมง	Specific
CK	4 – 8 ชั่วโมง	20 – 24 ชั่วโมง	Nonspecific
LDH	8 – 12 ชั่วโมง	3 – 6 ชั่วโมง	Nonspecific

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์ของการบำบัดผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ให้การบำบัดอย่างเร่งด่วน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการกำซาบเลือดโดยเร็วที่สุด ลดการเจ็บปวด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้การฟื้นฟู ตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติที่ดูแล

การบำบัดรักษาตามแนวทางของ American College of Cardiology (ACC) and American Heart Association (AHA) (จริยา ตันติธรรม, 2547; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) ดังนี้

1. การบำบัดโดยทันที ระหว่างรอความช่วยเหลือ หรือขณะนำส่งโรงพยาบาลหรืออยู่ในห้องฉุกเฉิน ต้องให้การบำบัดทันที โดยในรายที่รู้สึกตัวจะให้ยาแอสไพรินเคี้ยวและกลืนทันที ขนาดอย่างน้อย 160-325 มิลลิกรัม เชื่อว่าสามารถลดอัตราตายได้ร้อยละ 23 พยายามทำให้ผู้ป่วยสงบ ยกศีรษะให้สูง คลายเสื้อผ้าบริเวณคอให้หลวม การนำส่งโรงพยาบาลต้องทำให้เร็วที่สุด และต้องได้รับออกซิเจน เปิดหลอดเลือดไว้เพื่อให้ยาและติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ ผู้ที่ไม่รู้สึกตัวอาจต้องให้การช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลต้องให้ออกซิเจนทันที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead และติดเครื่องเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

การเสียชีวิตกะทันหันของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมักเกิดใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดอาการและการบำบัดจะได้ผลดีหากเริ่มบำบัดภายใน 12 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ แต่ 6 ชั่วโมงแรกหลังมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นช่วงเวลาความเป็นความตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดต้องเริ่มทันทีภายใน 30 นาทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

2. การลดอาการปวด เป็นการบำบัดเริ่มแรกที่มีความสำคัญอย่างมาก ทำได้โดย

2.1 การให้มอร์ฟีน 2-4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 5-15 นาที เพื่อช่วยลดอาการปวดและลดการใช้ออกซิเจน มอร์ฟีนจะไปช่วยลดการทำงานของประสาทซิมพาเทติค ลดการไหลกลับของเลือดดำกลับสู่หัวใจ (Venous return) ลดการทำงานของหัวใจ ลด preload อาการข้างเคียงคือ ง่วงนอน ความดันโลหิตต่ำ สับสน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก และที่สำคัญคือกดศูนย์การหายใจ

2.2 ให้ออกซิเจน เพื่อช่วยเพิ่มออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักมีภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (Hypoxemia) ร่วมด้วยการให้ออกซิเจนจะลดบริเวณที่ขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดออกซิเจนไม่มาก (mild hypoxia) มักให้ออกซิเจนเข้มข้นร้อยละ 90-100 ประมาณ 2-3 ลิตรต่อนาที ทางแคนนูลาหรือทางหน้ากากและเพิ่มอัตราการให้ออกซิเจนได้อีกกรณีมีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยปอดบวมน้ำอาจจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.3 การติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ จึงต้องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อการประเมินการเต้นผิดจังหวะได้ทันการ รวมทั้งเตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม

3. การเพิ่มการกำซาบเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ การเพิ่มเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ทำได้โดย

3.1 ยาปิดกั้นเบต้า (Beta Blocker agent) เป็นยาช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและลด Preload จะมีผลทำให้ลดการทำงานและการให้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ รวมทั้งช่วยเพิ่มการฟื้นสภาพของคราบเลือดไขมันที่ปริแตก ช่วยป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ช่วยลดอัตราการเกิดโรคซ้ำและลดอัตราการตาย ยาในกลุ่มนี้ เช่น โพรพาโนรอล มีโทรโปรลอน ข้อควรระวังคือยากลุ่มนี้จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจวายและ Heart block ได้

3.2 ยาไนเตรท (Nitrate) หรือ ไนโตรกลีเซอรีนอมใต้ลิ้น หรือหยดให้ทางหลอดเลือดดำให้ซ้ำได้ทุก 5 นาที ยากลุ่มนี้เป็นยาขยายหลอดเลือดที่สามารถช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยลดปริมาณเลือดกลับสู่หัวใจ (ลด preload) เป็นการลด Myocardial demand ทำให้สามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ช่วยการหดตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ไม่ควรให้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต ซีสโตลิค ต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท การเฝ้าระวังเมื่อให้ยา คือ วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที อาการข้างเคียงได้แก่ เวียนศีรษะ ไม่สุขสบาย ความดันโลหิตลดลง หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น

3.3 ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) ได้แก่ แอสไพรินและเฮพาริน สำหรับแอสไพรินเป็นยาที่ถูกที่สุดและใช้ได้ผลดีที่สุด ให้เพื่อช่วยยับยั้งการเกาะกันของเกร็ดเลือด ลดอัตราการตายและลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (Reinfarction) ควรเริ่มให้เมื่อมีอาการทันที สามารถลดการเกิด Stroke ได้ สามารถให้ร่วมกับ Anticoagulant จะลดอัตราการตายได้ทันที

3.4 ยาต้านเกร็ดเลือดเพิ่ม ได้แก่ Clopidogrel (Plavix) โดยออกฤทธิ์ต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด โดยยับยั้งสาร Adenosine diphosphate (ADP) เริ่มด้วยการให้ยาขนาดเม็ดละ 75 มิลลิกรัม จำนวน 4 เม็ด หลังจากนั้นรับประทานต่อวันละ 1 เม็ด (75 มิลลิกรัม) เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ถึง 9 เดือน

3.5 ยาละลายลิ่มเลือด (Anticoagulant agent) ได้แก่ Heparin, Warfarin, Enoxaparin และ Streptokinase ยาในกลุ่มนี้ จะช่วยสลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจดีขึ้น ช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ยังไม่ตายจะสามารถทำงานได้ตามปกติ ลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ยากลุ่มนี้ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกในสมอง ผู้ที่ตั้งครรภ์ และผู้ที่มีเลือดออกในอวัยวะต่างๆ

4. การบำบัดอื่นๆ

4.1 ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel blocker) เป็นยาที่ช่วยให้หลอดเลือดหัวใจขยายตัว ลดแรงบีบตัวและลดอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น diltiazem ข้อห้ามในผู้ป่วยโรคหอบหืด เมื่อให้ยาปิดกั้นเบต้าแล้วการเต้นของหัวใจยังเร็ว

4.2 ยา ACE inhibitor (Angiotensin-Coverting Enzyme Inhibitor) เป็นยาขยายหลอดเลือดที่ช่วยลดและป้องกันอุบัติการณ์การเกิดหัวใจวาย ลดการเกิด reinfarction, เพิ่มอัตราการรอดชีวิต ลดการเกิด plaque rupture ยาที่ใช้ได้แก่ captopril, Enaril, Zesinopril เป็นต้น

4.3 ยาลดไขมัน ที่นิยมใช้คือกลุ่ม HMG CoA reductase inhibitor หรือกลุ่ม statin ได้แก่ Simvastatin (Zocor), Atrovastatin (Lipitor) มีฤทธิ์เป็น anti-inflammatory agents ช่วยลด infarct size and activity of lipid core และลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็น secondary prevention

4.4 ยาคลายความกังวลและยานอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยพักได้ ลดการใช้ออกซิเจน ยาที่ใช้ เช่น Diazepam, Ativan

4.5 ยาทำให้อุจจาระอ่อนตัว เพื่อให้เบ่งถ่าย แต่จะส่งผลทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้

4.6 การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนหรือการทำ PTCA

4.7 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจใหม่ (Coronary Artery Bypass Graft หรือ การทำ CABG)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินและต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันการเสียชีวิตเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ บทบาทของพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เป็นบทบาทอันดับแรกที่พยาบาลควรทำ ได้แก่ การซักประวัติการเจ็บป่วย การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ การตรวจร่างกาย เพื่อคัดกรองแยกผู้ป่วยที่สงสัยกำลังเป็น ACS ทันที แม้ว่าดูจากภายนอกเหมือนยังปกติหรือสัญญาณชีพปกติก็ตาม อาจมีอาการหรือไม่มีอาการที่เฉพาะจัดแยกระดับให้เป็นผู้ป่วยหนักฉุกเฉินทันที และจัดการให้ได้ตรวจกับแพทย์ทันทีรวมถึงการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษตามแผนการรักษา (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; จริยา ตันติธรรม, 2547) มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การซักประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองหรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย แบ่งเป็น

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล หมายถึงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยได้แก่

1.1.1.1 ชื่อ นามสกุล ควรระบุเพศหรือยศไว้หน้าชื่อ

1.1.1.2 วัน เดือน ปีเกิด อายุ

1.1.1.3 สถานภาพสมรส

1.1.1.4 เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

1.1.1.5 ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

1.1.1.6 ที่อยู่ปัจจุบัน ภูมิลำเนาเดิม

1.1.1.7 ชื่อบิดา มารดา และสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย

1.1.2 อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หมายถึงอาการสำคัญที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ควรซักถามอาการหลักที่เด่นชัด เช่น อาการเจ็บหน้าอก แน่นอึดอัด หายใจไม่ออก เหนื่อยง่าย หน้ามืดและเป็นลม

1.1.3 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน หมายถึง อาการหรือเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยในครั้งนี้ตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วย ได้แก่

1.1.3.1 ตำแหน่งที่เจ็บหน้าอกและตำแหน่งที่อาการปวดแผ่กระจายไปถึง

1.1.3.2 ลักษณะอาการเจ็บหน้าอก

1.1.3.3 ความรุนแรงของการเจ็บหน้าอก

1.1.3.4 ระยะเวลาที่เจ็บหน้าอก

1.1.3.5 ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก เช่น ขณะอาบน้ำ ฝักบัวหรือในตุ่ม (ไม่ได้อาบน้ำอุ่น) ขณะออกกำลังกาย ภาวะเครียด เป็นต้นและปัจจัยที่ทำให้หายเจ็บหน้าอก เช่น นั่งพักหรืออมยาไนโตรกลีเซอรีน

1.1.3.6 อาการอื่นๆที่พบร่วมด้วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก

1.1.3.7 ได้รับการรักษาหรือวินิจฉัยมาก่อนหรือไม่หรือได้รับยาชื่ออะไร หลังรับประทานยาแล้วมีอาการอย่างไร

1.1.4 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หมายถึงประวัติการเจ็บป่วยในครั้งก่อนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงก่อนการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อาจเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ก็ได้ แบ่งเป็น

1.1.4.1 ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจ ประวัติการมีโรคซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง

1.1.4.2 ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ โรคหัวใจแต่กำเนิด โรคลิ้นหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

1.1.4.3 ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคระบบอื่นๆหรือการเจ็บป่วยทั่วๆไป ได้แก่ เจ็บป่วยด้วยโรคอะไร แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคอะไร รักษาที่ไหน ได้รับการรักษาต่อเนื่องหรือไม่

1.1.4.4 ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคติดต่อ เช่น วัณโรคปอด เป็นต้น

1.1.4.5 ประวัติการได้รับยา เช่นยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับไขมันในเลือด กลุ่มยาขยายหลอดเลือด เป็นต้น

1.1.4.6 ประวัติเกี่ยวกับการแพ้ยาต่างๆ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ (functional health pattern) ข้อมูลได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองหรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น การประเมินโดยใช้ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

1.3 การตรวจร่างกาย เป็นขั้นตอนสำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งที่ใช้ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยใช้หลักการตรวจร่างกาย 4 ขั้นตอน คือ การดู การคลำ การเคาะและการฟัง รวมถึงการประเมินและบันทึกระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกด้วย pain scale (0-10) ในกรณีที่รู้สึกตัวดี

1.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ หมายถึง การเตรียมผู้ป่วยในการตรวจพิเศษและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์พร้อมติดตามผล ได้แก่

1.4.1 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

1.4.2 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก

1.4.3 การส่งตรวจเลือดหาระดับสารโมเลกุลใหญ่ซึ่งเกิดจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับความเสียหายขณะขาดออกซิเจนจนเซลล์ตายและเกิด necrosis ได้แก่ Troponin T, CPK CK-MB เป็นต้น

1.4.4 การทดสอบสมรรถนะหัวใจโดยการออกกำลังกาย

1.4.5 การสวนหัวใจและการถ่ายภาพรังสีหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

1.4.6 การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram)

1.4.7 การตรวจด้วยสารกัมมันตภาพรังสี (Nuclear imaging)

2. การวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

การเข้าใจปัญหาสามารถวินิจฉัยปัญหาและให้การดูแลที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นอีกบทบาทที่สำคัญของพยาบาลรวมทั้งการวางแผนการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งหมายถึง กระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงรวมทั้งมีความพร้อมสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบ่งออกเป็นระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง (อุไร ศรีแก้ว, 2544; กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; จริยา ตันติธรรม, 2547)

2.1การพยาบาลในระยะวิกฤต ปัญหาต่างๆที่พบในระยะวิกฤติของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่

2.1.1 การเจ็บหน้าอกเนื่องจาก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือขาดออกซิเจนจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.1.2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง

2.1.3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด

2.1.4 ความทนต่อกิจกรรมและการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อหัวใจ ปอด สมอง ไต และอวัยวะส่วนปลายอื่นๆ ลดลงเนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงและมีภาวะน้ำเกิน

2.1.5 ความวิตกกังวล กลัว เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิตและต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.1.6 อาจเกิดภาวะท้องผูกเนื่องจากนอนพักบนเตียงและผลข้างเคียงของยา

2.2 บทบาทพยาบาลในระยะวิกฤต

จากปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น ในระยะนี้พยาบาลมีบทบาทในการให้การดูแลแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

2.2.1 ส่งเสริมให้ได้พักในระยะแรกอย่างน้อย 6-12 ชั่วโมง โดยให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงให้ศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา เพื่อให้เลือดไหลกลับสู่หัวใจช้าลงเป็นการลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและงดทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

2.2.2 ประเมินสัญญาณชีพ คลำชีพจรส่วนปลาย ติดตามอาการและอาการแสดงของการกำซาบเลือดของปอดและหัวใจลดลง ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจเร็ว ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก หน้ามืด ปลายมือปลายเท้าเย็นริมฝีปากซีดและเขียว ความดันโลหิตต่ำ บันทึกทุก ½ -1 ชั่วโมงหรือถี่กว่านั้นตามสภาพผู้ป่วย จนกว่าจะคงที่หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.2.3 ประเมินและบันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอก ตำแหน่งที่เจ็บและตำแหน่งที่อาการปวดแผ่กระจายไปถึง ระยะเวลาที่เจ็บหน้าอก ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก อาการอื่นๆที่พบร่วมด้วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก ประเมินความรุนแรงของการเจ็บหน้าอก ด้วย Pain scale (0-10 คะแนน) และสอนวิธีการอมยาใต้ลิ้นตาม pain scale สำหรับ pain scale ที่เกินกว่า 3 คะแนน แนะนำให้เริ่มอมยาใต้ลิ้น ควรเคารพและเชื่อในเรื่องระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ซึ่งแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน และควรรีบตอบสนองทันทีเกี่ยวกับสิ่งผู้ป่วยกำลังรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบาย (จริยา ตันติธรรม, 2547)

2.2.4 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนโดยการสูดดม 4 ลิตร/นาที ในระยะแรกในช่วง 3-6 ชั่วโมงแรก โดย Keep O_2 Sat > 92% ให้ต่อ 3-6 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ หากมีอาการแน่นหน้าอกซ้ำใหม่หรือเหนื่อยเฉียบพลันให้เริ่มออกซิเจนใหม่ เพื่อเพิ่มออกซิเจนแก่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและประเมินว่าเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่

2.2.5 ดูแลให้ได้รับยาไนโตรกลีเซอรีนชนิดอมใต้ลิ้น ถ้าอาการเจ็บหน้าอกยังไม่หายให้ซ้ำได้ติดต่อกัน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 5 นาที และไนโตรกลีเซอรีนชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้หลอดเลือดขยายตัว ป้องกันและบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกช่วยให้การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดทางเบี่ยงเพิ่มขึ้น ควรสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ ร้อนซ่าใต้ลิ้น ปวดศีรษะ สับสน ความโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็วและประเมินการทำงานของหัวใจก่อนให้ยา โดยบันทึกความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ถ้าความดันโลหิตซีสโตลิค ไม่ต่ำกว่า 90 มม. ปรอทและอัตราการเต้นของหัวใจไม่ต่ำกว่า 50 ครั้งต่อนาทีหรือไม่เกิน 100 ครั้งต่อนาที จึงให้ยาได้

2.2.6 บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead ขณะเกิดอาการเจ็บหน้าอกและตามแผนการรักษา เพื่อจะได้ทราบความรุนแรง ตำแหน่งและขนาดของพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจ ติดเครื่องเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อทราบและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจ

2.2.7 ดูแลให้ยาป้องกันและลดลิ่มเลือดอุดตันในระยะเฉียบพลันและระยะยาว ด้วยการให้ยาต้านการเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือดและลดการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำใหม่ คือ ยา Aspirin หรือ Clopidogrel ตามแผนการรักษาหรือ ยายับยั้งการแข็งตัวของเลือด คือยา Enoxaparin ฉีด subcutaneous, หรือ Heparin drip สำหรับกลุ่มผู้ป่วย UA or NSTEMI/late AMI (ที่มี onset > 12 ชั่วโมง และไม่มีอาการแล้ว) พร้อมกับสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ การระคายเคืองและมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

2.2.8 สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขณะมีความวิตกกังวลและกลัว เปิดโอกาสให้ซักถาม ยินดีรับฟังปัญหา อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องต่างๆเพื่อลดความวิตกกังวล ได้แก่

2.2.8.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการเจ็บหน้าอกและการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกขณะอยู่บ้านและในโรงพยาบาล การใช้ยาไนโตรกลีเซอรีนอมใต้ลิ้นซึ่งสามารถใช้ติดต่อกันได้ 3 ครั้งห่างกันครั้งละ 5 นาที ถ้าอาการไม่บรรเทาลงต้องรีบมาโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2.2.8.2 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด ถ้าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาช่วยในการประสานนัดให้พบแพทย์ที่ดูแลรักษาและให้ผู้ป่วยได้สอบถามโดยตรง

2.2.9 ดูแลให้ขับถ่ายตามเวลา โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ให้ยาที่ทำให้อุจจาระอ่อนตัวตามความจำเป็นตามแผนการรักษา การให้ยาควรให้ในเวลาที่สัมพันธ์กับเวลาการขับถ่าย ให้ผู้ป่วยได้พักก่อนและหลังการขับถ่ายอุจจาระเพื่อเป็นการสงวนพลังงาน บอกให้ผู้ป่วยหายใจออกขณะเบ่งอุจจาระ เพื่อป้องกันการเกิด valsava maneuver ถ้าออกแรงเบ่งอุจจาระจะเกิดการกระตุ้นประสาทวากัส มีผลให้หัวใจเต้นช้าลงหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะและปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง อาจมีอาการหน้ามืด เป็นลมและเจ็บหน้าอกตามมา

2.2.10 ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อนที่ลดไขมันและลดเค็ม ย่อยง่าย ดูแลให้ได้นอนหลับและพักผ่อนเพียงพอ โดยการจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นปัจจัยกระตุ้น ร่วมกับผู้ดูแลในการจัดเวลาเข้าเยี่ยมของญาติให้เหมาะสม และหากนอนไม่หลับควรปรึกษาแพทย์เพื่อให้ยานอนหลับ

2.2.11 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายใน 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยต้องนอนพักบนเตียงเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและร่างกาย ภายหลัง 24 ชั่วโมงไปแล้วสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะช็อคจากความผิดปกติของหัวใจ ควรเริ่มมีกิจกรรมและการออกกำลังกายเพื่อช่วยให้สมรรถภาพของร่างกายและหัวใจดีขึ้น

2.3 การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยย่อมมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป แม้จะปลอดภัยจากภาวะวิกฤตแล้วผู้ป่วยญาติและผู้ดูแลต้องปรับตัวและเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมือนคนปกติ ระยะนี้พยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ปัญหาที่พบในระยะนี้ได้แก่

2.3.1 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตน

2.3.2 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำจากปัจจัยเสี่ยง

2.3.3 ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

2.3.4 ผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะให้ความช่วยเหลือ

2.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้คือ

2.4.1 ประเมินระดับความวิตกกังวล แบบแผนการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุยซักถามและสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและญาติแสดงออกว่ามีความพร้อม มั่นใจหรือกังวล

2.4.2 ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง

2.4.3 ทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เน้นสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง

2.4.4 ทบทวนและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้อง

2.4.5 ทบทวนความรู้ความเข้าใจ ผลข้างเคียงและข้อควรระวังเกี่ยวกับยาชนิดต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับ

2.4.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้และวางแผนแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย

2.4.7 เน้นให้ผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการลดปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นโรคซ้ำ ดังนี้

2.4.7.1 งดสูบบุหรี่

2.4.7.2 ลดอาหารที่มีไขมันสูง

2.4.7.3 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2.4.7.4 ลดความเครียด

2.4.7.5 ควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.4.7.6 หลีกเลี่ยงการใช้ยาคุมกำเนิด

2.4.8 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจอย่างปลอดภัย

2.4.9 สนับสนุนและส่งเสริมเอื้ออำนวยปัจจัยที่จะช่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยสอนข้างเตียงเป็นรายบุคคลพร้อมภาพประกอบหรือเอกสารที่จะช่วยเพิ่มความเข้าใจ

2.4.10 สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับความยากในการปรับกิจกรรมการดูแลตนเอง และการต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากภาวะสุขภาพของตนไม่คงที่ ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีกำลังใจในการเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยและมีแรงจูงใจที่จะพัฒนา การดูแลตนเองให้สำเร็จและต่อเนื่อง

2.4.11 ร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการค้นหาและประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยต้องคำนึงปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีส่วนต่อการดูแลตนเอง เช่น ภาวะสุขภาพ แหล่งประโยชน์ เป็นต้น

2.4.12 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัยและหรือเอกสารการส่งต่อผู้ป่วย เน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.4.13 อธิบายและทบทวนอาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออาการเฉียบพลัน

กล่าวโดยสรุป หลักการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลเรียนรู้วิธีการจัดการควบคุมการเกิดโรคซ้ำและการจัดการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ดังนั้นการส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองควรเริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนยุ่งยากและความต้องการในการดูแลมากมายและไม่คงที่ กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงเป็นกลุ่มโรคที่ควรมีรูปแบบในการดูแลรักษาแบบทีมสหสาขาในรูปแบบ Case/ Disease management ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ที่มีความชำนาญการพยาบาลเฉพาะทาง ทำหน้าที่ให้พยาบาลประจำการได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤต ฉุกเฉิน เรื้อรังจากโรคหัวใจ ช่วยพยาบาลประจำการในการประเมินปัญหาความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ร่วมกับแพทย์ในการช่วยการพัฒนา CPG, Care map ที่มีรูปแบบสำหรับการดูแลรักษาที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ระบบการบริการรักษามีมาตรฐานและมีคุณภาพและจากระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Case management ที่เน้น Self management การดูแลที่ต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการเพิ่มพลังอำนาจและความมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว

และดูแลตนเองได้อย่างจริงจังและยั่งยืน อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญและปรับตัวกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรทำต่อเนื่องเหมือนการรณรงค์เรื่องการไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและประโยชน์จากการไปโรงพยาบาลเร็วเมื่อเกิดอาการ จะเป็นทางช่วยให้สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคและอัตราการตายในระยะเฉียบพลันได้ นอกจากนี้การให้ความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคก็มีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดอัตราการเกิดโรคและให้มีสุขภาพดี (อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์และคณะ, 2543 จริยา ตันติธรรม, 2547)

แนวคิดการตอบสนองต่ออาการ

1. ความหมายของการตอบสนองต่ออาการ

การตอบสนองต่ออาการ (Symptom Responses) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นเป็นผลสืบเนื่องของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่ออาการหรือกลุ่มอาการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย

1.1 การตอบสนองทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นอาการทางด้านกายภาพที่ปรากฏออกมา เช่น ใจสั่น อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง รอบประจำเดือนเปลี่ยนหรือการนอนไม่หลับ

1.2 การตอบสนองทางด้านจิตใจ สะท้อนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกระบวนการคิดหรือทัศนคติ เช่นมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความตั้งใจลดลงหรืออัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลง

1.3 การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม เป็นการแสดงความรู้สึกที่มีต่ออาการของโรครวมถึงการพูดหรือการสื่อสารด้วยท่าทางเช่นการร้องไห้ การตะโกนและท่าทางที่สับสนหรือการทำหน้าที่ของบุคคลที่ลดลง เช่น การหลีกหนีสังคม รูปแบบการนอนหลับที่เปลี่ยนไปหรือความสามารถในการดำรงบทบาทเปลี่ยนไป

การตอบสนองต่ออาการเป็นความรู้สึก ความคิดหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอาการ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าลักษณะของอาการว่าสาเหตุเกิดมาจากหัวใจจะมีการตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าอาการเกิดจากระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าอาการมาจากระบบทางเดินอาหารจะเลือกทำกิจกรรมอื่นมากกว่าที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที (Burnett et al., 1995) จากการศึกษาของ Dracup et al. (1999) และ McKinley et al. (2000) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดจากหัวใจและเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามปกติจะมารับการรักษาช้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ

สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการปกติจะมารับการรักษาช้า

Patiporn Boonyapatkul (2000) ศึกษาพบว่าการตอบสนองต่ออาการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า หายใจไม่สะดวก ปลายมือปลายเท้าชืด คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หน้ามืด มีไข้ ท้องอืด ปวดศีรษะ ผู้ป่วยร้อยละ 78 ตอบสนองต่ออาการด้วยการมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน ร้อยละ 45 มีความรู้สึกไม่แน่ใจในอาการและการรักษาที่ได้รับ ร้อยละ 54 มีความกลัว เครียดและร้อยละ 14 พบว่า ความตระหนักในตนเองลดลง ไม่ยอมรับความจริงและไม่ยอมรับตนเอง

จรรวมล แพ่งโยธา (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ของการมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ พบว่า ประสบการณ์ของการมีอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ รับรู้ว่าอาการมาจากหัวใจและการประเมินอาการได้ถึงความรุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .39 แปลความหมายได้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าอาการมีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตมาก กลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลางคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 แต่กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้จัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยใช้ยายังไม่ถูกต้องคือ ใช้ยา 2-3 เม็ดหรือ 4-15 ติดต่อกัน รับประทานยาลดกรดหรือพยายามนอนพัก รอดูอาการก่อน พยายามอดทน กดหน้าอก ทุบหน้าอก จะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ มีการจัดการกับอาการไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้าทำให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอันตรายมากขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินการตอบสนองต่ออาการ

การตอบสนองต่ออาการเป็นการประเมินการรับรู้และตอบสนองของแต่ละบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมเป็นมโนทัศน์ย่อยของประสบการณ์การมีอาการของ Dodd et al. (2001) การตอบสนองของแต่ละบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้นเพียงอาการเดียวอาจมีหลายรูปแบบ ประเมินจากความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอาการ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ศึกษาและสร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการไว้ดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของอรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) ที่สร้างขึ้นโดยการศึกษา ค้นคว้าจากหนังสือ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ถามเกี่ยวกับความคิดของผู้ป่วยต่ออาการเตือนและอาการเฉียบพลันของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในด้านสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ วิธีการจัดการกับอาการที่ถูกต้องและผลกระทบต่ออาการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นลักษณะคำถามทางบวก 7 ข้อ ลักษณะคำถามทางลบ 13 ข้อ ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบเลือกตอบ ลักษณะ

คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแนวคิดของ Likert Scale โดยเกณฑ์การประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง นำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เมื่อทดลองใช้เท่ากับ .75 ทำการปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอีกครั้ง ได้ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .76

2.2 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของจรรวมล แพ่งโยธา (2548) สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของDodd et al. (2001) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 3 ข้อและข้อคำถามทางลบจำนวน 9 ข้อ ถามเกี่ยวกับการรับรู้อาการและการประเมินอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแนวคิดของ Likert Scale โดยเกณฑ์การประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเมื่อทดลองใช้เท่ากับ .82 ทำการปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอีกครั้ง ได้ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .77

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสร้างแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกียวข้องและดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ของอรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการที่เกิดขึ้น และความคิดหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเพื่อตอบสนองต่ออาการและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในครั้งนี้ตั้งแต่เริ่มมีอาการเตือนของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนกระทั่งมารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 22 ข้อ

แนวคิดการเผชิญความเครียด

ความเครียด หมายถึง การที่บุคคลประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่าไม่เหมาะสมทำให้บุคคลรู้สึกว่าเข้ามาคุกคามและเป็นอันตราย (Lazarus and Folkman, 1984) บุคคลจึงพยายามหาวิธีตอบสนองต่อความเครียดด้วยการปรับตัวหรือการเผชิญกับความเครียดที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อม

1. ความหมายของการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด (Coping) หมายถึง ความพยายามด้านความรู้ความเข้าใจรวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล เพื่อจัดการกับความเครียด ความต้องการหรือข้อเรียกร้องภายในและภายนอกที่มีมากกว่าแหล่งประโยชน์ (Lazarus and Folkman, 1984)

การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามด้านความคิดและพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในการจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย เนื่องจากความพยายามในการเผชิญความเครียดของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ ในการช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการปรับตัวด้านบวกส่งผลต่อภาวะสุขภาพ (ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546; รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, 2546; สุวรรณพร มิตสุวรรณ, 2550)

2. ประเภทของการเผชิญความเครียด

หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นความเครียด บุคคลจะเลือกวิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดนั้นและแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิดหรือการกระทำในลักษณะต่างๆที่เรียกว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียด โดยปกติบุคคลจะมีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ประเภท เปลี่ยนไปตามสถานการณ์และการประเมินความรุนแรงของความเครียดของแต่ละบุคคล

การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focus Forms of Coping) การเผชิญความเครียดแบบนี้เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาโดยมุ่งแก้ที่ตนเองด้วยการหาทางพัฒนาและเรียนรู้วิธีการใหม่หรือปรับสิ่งแวดล้อม เมื่อประเมินแล้วว่าปัญหานั้นสามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา แบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่

2.1.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมด้วยการเผชิญหน้ากับสถานการณ์โดยไม่หลีกหนี ปรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจและได้ในสิ่งที่ต้องการ

2.1.2 การวางแผนแก้ปัญหา (Planful problem solving) เป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาโดยพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหาและมีการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอน

2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion -focus Forms of Coping) เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลเลือกใช้ในการบรรเทาความเครียด ความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเองเมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ แบ่งออกเป็น 6 ชนิดได้แก่

2.2.1 การประเมินค่าใหม่ทางบวก (Positive reappraisal) เป็นความคิดและพฤติกรรมในการที่พยายามเผชิญความเครียดในทางที่พัฒนากว่าเดิมด้วยการให้ความหมายต่อสถานการณ์ในทางที่ดีขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อตนเองและลดความตึงเครียดของอารมณ์

2.2.2 การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting responsibility) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ยอมรับสถานการณ์ที่แท้จริง แม้ว่าจะไม่ใช่สิ่งที่ตนเองต้องการที่สุดรวมทั้งมีการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหาและบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2.2.3 การควบคุมตนเอง (Self - control) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมความสม่ำเสมอของอารมณ์หรือเป็นการพึ่งตนเอง เพื่อคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น พยายามเก็บความรู้สึกไว้กับตนเองโดยไม่ให้คนอื่นทราบว่าสถานการณ์นั้นเลวร้ายเพียงใด เพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนคนอื่น

2.2.4 การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (Seeking social support) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและหนทางที่จะจัดการกับปัญหานั้นโดยการแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูลวัตถุหรือด้านจิตใจ

2.2.5 การถอยห่างหรือการเมินเฉย (Distancing) เป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมที่ให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลง โดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เช่น พยายามลืมสิ่งที่เกิดขึ้น

2.2.6 การเลี่ยงหนีปัญหา (Escape-avoidance) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามทำเพื่อหลีกหนีปัญหา เช่น การเพ้อฝัน การดื่มสุรา การนอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเครียดชั่วขณะ

3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินการเผชิญความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเครียดไว้ ดังนี้

3.1 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Ways of Coping Questionnaire: WCQ) ของLazarus และ Folkman ที่สร้างและพัฒนาระหว่างปี ค.ศ. 1976 – 1977 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ ประกอบด้วย 8 วิธี คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มี 2 วิธี คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การวางแผนแก้ไขปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มี 6วิธี คือ 1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก 2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา 3) การควบคุมตนเอง 4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม 5) การถอยห่าง และ 6) การเลี่ยงหนีปัญหา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยใช้เลย ให้ 0 คะแนน จนถึงเคยใช้ประจำให้ 3 คะแนน มีจำนวน 66ข้อ ผ่านการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง .3 - .7 โดยมีค่าน้ำหนักปัจจัยต่ำกว่า .3 อยู่ 2ข้อ (.25 และ .28) และสูงกว่า .7 อยู่ 4 ข้อ (.71 - .79) (Folkman et al., 1986b) และผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการเผชิญความเครียด 8 วิธี เท่ากับ .70, .68, .79, .66, .70, .76, .61 และ .72 ตามลำดับ (Folkman et al., 1986a, 1986b) และในปี ค.ศ. 1988 Lazarus และFolkman ปรับแบบสอบถามให้เหลือเพียง 31 ข้อ

เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ โดยจะเลือกข้อคำถามจากแบบสอบถามฉบับเต็มด้วยการพิจารณาค่าน้ำหนักปัจจัยแล้วนำไปทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการเผชิญความเครียด 8 วิธี อยู่ในช่วง .47 - .74 (Lazarus & Folkman, 1988)

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และFolkman มาแปลและนำมาใช้ เช่น สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ (2539) นำมาแปลและให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของภาษา และนำไปให้ชาวต่างประเทศที่เข้าใจภาษาไทยอย่างดี จำนวน 1 คน แปลฉบับภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบให้มีเนื้อหาและความหมายตรงกับต้นฉบับ นำมาใช้ศึกษาวิถีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากนั้น รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2540) นำมาปรับใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3.2 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec coping scale) ซึ่ง Jalowiec, Murphy และ Power (1984) กล่าวเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1979 โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman เพื่อวัดวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่ง Jalowiec และ Power นำมาใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ.1981 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ คือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มี 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด ต่อมาในปีค. ศ. 1984 Jalowiec, Murphy และ Power พบว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนทางอารมณ์ยังไม่เหมาะสม แต่มีความตรงตามเนื้อหาจึงทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออีกครั้ง และในปี ค. ศ. 1988 Jalowiec ได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และได้แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่เพิ่มขึ้นมา คือ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาความเครียด (Palliative coping behavior) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดโดยการเลือกการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง เหลือข้อคำถาม 36 ข้อ ส่วน 4 ข้อที่ตัดออก เนื่องจากไม่จัดอยู่ใน การเผชิญความเครียดแบบใด

เครื่องมือนี้ผ่านการทดสอบความตรงด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา ก่อนปีค.ศ. 1979 ด้วยวิธีระบบการพัฒนาเครื่องมือ โดยการเลือกข้อคำถามที่ส่วนใหญ่มีคนนำไปใช้มากและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างหรือตรงข้ามกับที่มีอยู่ในข้อคำถามเดิม นอกจากนี้ยังมีการหาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า 80% อยู่ในปัจจัยที่ 1 และ 56% อยู่ในปัจจัยที่2 มีข้อที่ซ้ำซ้อนอยู่ทั้ง 2 ปัจจัย 1 ข้อ และไม่ได้อยู่ใน 2 ปัจจัยนี้ 5 ข้อ แสดงให้เห็นว่าการเผชิญความเครียดมีองค์ประกอบรายด้านมากกว่า 2 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับ Lazarus และ Folkman ที่

ทำการวิเคราะห์ปัจจัยกับแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดพบว่า 78% อยู่ในปัจจัยที่ 1 และ 68% อยู่ในปัจจัยที่ 2 ทำให้ Jalowiec พัฒนาเครื่องมือจนมีการแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบดังกล่าวข้างต้น

ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการทดสอบความคงที่ (Stability) โดย Jalowiec, Murphy และ Power (1984) ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไป จำนวน 28 ราย วัดห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman-rank correlation) โดยรวม .79 รายด้านการเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหา .85 และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ .86 การหาความคงที่ภายในกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยที่มารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน และประชาชนทั่วไป จำนวน 141 รายโดย Jalowiec และ Powerในปีค.ศ. 1981 หาความคงที่ภายในกับผู้ป่วยล้างไต โดย Baldree, Murphy, Power และSwansonในปีค.ศ.1982 ได้ค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค .86 และในปีค.ศ. 1982 Murphy หาค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาคซ้ำในผู้ป่วยล้างไต 150 รายได้ .85 และพบว่าค่าความสัมพันธ์ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหากับการเผชิญความเครียดโดยรวม เท่ากับ .83 ส่วนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์กับการเผชิญความเครียดโดยรวม เท่ากับ .86 สอดคล้องกับ Baldree และคณะที่พบว่าค่าความสัมพันธ์รายด้านกับโดยรวมได้ .77 และ.82 ตามลำดับ และจากการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่กล่าวมาข้างต้น Jalowiec, Murphy และ Power (1984) พบว่าค่าความเที่ยงมาตรฐาน (Reliability standard) ที่ได้ไม่ต่ำกว่า .70

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec มาแปลและนำมาใช้หลายคน เช่น หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ที่นำมาแปลและดัดแปลง นอกจากนี้ปราณี มิ่งขวัญ (2542) นำมาแปลโดยวิธีการแปลภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยแล้วแปลภาษาไทยกลับไปเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง (Back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญที่เข้าใจภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 คน แต่ไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .86

3.3 แบบสอบถามกลยุทธ์การเผชิญความเครียด (Coping Strategies Questionnaire's) สร้างขึ้นโดย Rosenstiel และ Keefe (1983 cite in Wegmann, 1992) ในปีค.ศ.1983 ใช้วัดกลไกการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วย ปวดหลัง แบ่งเป็นกลยุทธ์การเผชิญความเครียดทางปัญญาและกลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้านพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับจาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ไปจนถึง 6 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด Rosenstiel และ Keefe ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Items intercorrelation) .71 เครื่องมือนี้นิยมใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บปวดเรื้อรัง และมีการปรับใช้ในผู้ป่วยโรคเลือดชนิด sickle cell โดย Gil และคณะ (1989 cited in Thompson, 1992) ซึ่งเพิ่มการเผชิญความเครียดอีกด้านหนึ่ง คือ กลยุทธ์การ

เผชิญความเครียดด้านสรีรวิทยา Gil และคณะทดสอบความเที่ยง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง .69- .91 และได้ทำการทดสอบเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ ทำให้แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 ด้าน คือความพยายามในการขจัดความเครียด (Coping attempts) และการใช้ความคิดในทางลบหรือการจัดการกับความเครียดทางอ้อมหรือการนิ่งเฉย (Negative thinking/passive adherence) และการทดสอบความตรงรวมเข้า (Convergent validity) กับแบบสอบถามกลยุทธ์การเผชิญความเครียด ของ Rosenstiel และKeefe พบว่ามีความสัมพันธ์

3.4 แบบสอบถามประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดของ McNett (the McNett Coping Effectiveness Questionnaires : MCEQ) ซึ่ง McNett (1986) กล่าวว่าแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นปีค.ศ.1984 จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคุณลักษณะของประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียด 14 ข้อ เช่นรู้สึกมีความสุข นอนหลับสนิทดีในเวลากลางคืน ให้ประเมินระดับของความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้น ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ นักศึกษาปริญญาตรี จำนวน 52 รายและทุพพลภาพที่ใช้เก้าอี้มีล้อเข็น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .90 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการทดสอบความตรงรวมเข้ากับคำถามที่ใช้ประเมินระดับประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .68

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของรุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2540) ซึ่งต้นฉบับแปลจากThe Ways of Coping Questionnaire ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) โดยสิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ (2539) เป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือและรุ่งทิพย์คำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบารายด้าน ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค.72 ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .82

ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

หลักสำคัญของการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ การให้การบำบัดอย่างเร่งด่วน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการกำซาบเลือดโดยเร็วที่สุด (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) หลักการรักษาที่สำคัญคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการ จึงจะมีประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุด ช่วยลดอัตราตายได้มากขึ้น และจะไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาเมื่อเวลาผ่านไปมากกว่า 6 ชั่วโมง นับตั้งแต่เริ่มเกิดอาการครั้งแรก (Dempsey et al., 1995) การที่ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้นทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการมารับการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งด้านการรับรู้ของผู้ป่วย ภาวะโรคที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่ออาการหรือปัจจัยต่างๆ ด้าน

สิ่งแวดล้อมเช่น การเดินทาง, สถานที่เกิดอาการ ในหลายๆประเทศได้สร้างนโยบายที่จะลดความล่าช้าในการรักษาลง เช่นในสหรัฐอเมริกา สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติได้ศึกษาและวางโปรแกรมเพื่อลดความล่าช้าของการรักษา โดยหวังลดอัตราตายของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลงด้วย(อรมณี ช้างชายวงศ์,2545:21) ในประเทศไทยกำหนด Patient safety goal ในการดำเนินงาน Hospital Accreditation ไว้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้าต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศมีผู้ให้ความหมายของระยะเวลาเกี่ยวกับการมารับการรักษาไว้ดังนี้

สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) การมารับรักษาช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเริ่มเกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลนานกว่า 6 ชั่วโมง

Patiporn Boonyapatkul (2000) ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการจนกระทั่งผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

อรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) การมารับการรักษาช้า หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการเตือนจนมาถึงโรงพยาบาลที่แผนกฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอก นานกว่า 6 ชั่วโมง

Nutchanart Kriratchareon (2006) ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาหมายถึงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการจนกระทั่งถึงเวลาที่ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล

Dempsey et al (1995) ให้ความหมายของระยะเวลาที่มารับการรักษาช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

Burnett et al (1995) ให้ความหมายว่า ระยะเวลาที่มารับการรักษาช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า 6 ชั่วโมง

Dracup et al (1997) ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

McKinley et al (2000) กล่าวว่าระยะเวลาที่มารับการรักษาช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลนานกว่า 6 ชั่วโมง

Goldberg et al (2002) ระยะเวลาที่มารับการรักษาช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคหัวใจจนถึงเวลาที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง

ผลการศึกษาของสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจมารับการรักษา ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ใช้เวลาเดินทางมารับการรักษา 37 นาที ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดอาการ จนถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 3 ชั่วโมง 47 นาทีใช้เวลาตั้งแต่ถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษาเฉพาะที่หน่วยฉุกเฉิน 29 นาที ใช้เวลาจากหน่วยฉุกเฉินจนเข้ารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 ชั่วโมง 40 นาที ใช้เวลาตั้งแต่ถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษาเฉพาะที่หอผู้ป่วยซีซียูหรืออายุรกรรม 2 ชั่วโมง 46 นาที ใช้เวลาตั้งแต่เกิดอาการจนได้รับ

การรักษาเฉพาะที่หน่วยฉุกเฉิน 4 ชั่วโมง 30 นาที ใช้เวลาตั้งแต่เกิดอาการจนได้รับการรักษาเฉพาะที่ หอผู้ป่วยซีซียูหรืออายุรกรรม 7 ชั่วโมง 25 นาที

การศึกษาของ Patiporn Boonyapatkul (2000) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาลนานกว่า 1 ชั่วโมง

อรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มารับการรักษาโรงพยาบาลทันทีภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ คิดเป็นร้อยละ 58.7 และมารับการรักษาช้าคือมาถึงโรงพยาบาลนานกว่า 6 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ คิดเป็นร้อยละ 41.3 ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 12.38 ชั่วโมง และจากการศึกษาของ Nutchanart Kriratchareon (2006) พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยตัดสินใจในการรับการรักษา เท่ากับ1ชั่วโมง 35 นาที

ตั้งแต่ปี 2540 ถึงปัจจุบัน ในประเทศไทยมีผู้ศึกษาในประเด็นระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไว้ไม่มาก แต่ผลการศึกษาเป็นไปในทางเดียวกันคือผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษาช้าและจะเห็นว่าส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ใช้ตัดสินว่ามารับการรักษาช้าคือเวลานับตั้งแต่เริ่มเกิดอาการครั้งแรกจนมารับการรักษามากกว่า 6 ชั่วโมง และพบว่าระยะเวลาการมารับการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆกันเช่นการรับรู้ของผู้ป่วย ภาวะโรคที่เกิดขึ้นหรือปัจจัยต่างๆ ด้านสิ่งแวดล้อมเช่น การเดินทาง, สถานที่เกิดอาการและบุคคลที่อยู่ด้วยขณะมีอาการ เป็นต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนี้

1. ปัจจัยทางคลินิก (Clinical factor)

1.1 ประวัติเจ็บหน้าอก จากการศึกษาของ Dracup et al. (1997) พบว่าผู้ที่มีประวัติโรคหัวใจเคยมีอาการเจ็บหน้าอกมาก่อนกับผู้ที่ไม่มีประวัติมาก่อนระยะเวลาการมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาของ Ottesen et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหัวใจเคยมีอาการเจ็บหน้าอกมาก่อน จะมารับการรักษาเร็วกว่า เนื่องจากสามารถแยกอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจได้ดีกว่า ตระหนักในอันตรายของอาการมากกว่า

1.2 ประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาของอรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) พบว่าการมีประวัติหรือไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แตกต่างกับผลการศึกษาของ Ottesen et al. (2003) ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีประวัติโรคหัวใจเคยมีอาการเจ็บหน้าอกมาก่อนจะมารับการรักษาเร็วกว่า เนื่องจากสามารถแยกอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจได้ดีกว่า ตระหนักในอันตรายของอาการมากกว่า

1.3 ประวัติการมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีภาวะไขมันในเลือดสูง ผลการศึกษาของสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) อรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) McKinley et al. (2000); Ottesen et al. (2003) และ Johansson et al. (2004) ไม่แตกต่างกันคือ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งมีประวัติโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือภาวะไขมันในเลือดสูงมารับการรักษาช้าเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและระบบประสาทรับความรู้สึกทำให้การตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกลดลง

1.4 การสูบบุหรี่ ผลการศึกษาของ Moser et al. (2006) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประวัติสูบบุหรี่จะมารับการรักษาช้ากว่ากลุ่มที่ไม่ได้สูบบุหรี่

2. ปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม

2.1 อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างในเรื่องความคิดและพฤติกรรม (รุ่งฤดี ห่อนาค, 2541) จากการศึกษาของอรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล แตกต่างจากการศึกษาของ Burnett et al. (1995) Johansson et al. (2004) และDracup et al. (1997) พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยมารับการรักษาเร็วกว่า Moser et al.(2006)รวบรวมผลการวิจัยของสมาคมโรคหัวใจของอเมริกาพบว่า ผู้ที่อายุมากจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ที่มีอายุน้อย

2.2 เพศ การศึกษาของสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) พบว่าเพศหญิงมารับการรักษาช้ากว่าเพศชายไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Ottesen et al. (2003) พบว่าเนื่องจากผู้หญิงรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นว่าผิดปกติ แต่ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายที่เกิดขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมเผชิญปัญหาที่เป็นลักษณะต้องการลดความรู้สึกคุกคาม และควบคุมสถานการณ์ เช่น รักษาเอง นอนพัก จึงทำให้มารับการรักษาช้าและผู้หญิงมักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่ออายุมากกว่าผู้ชาย 10 ปี และมีโรคแทรกซ้อนอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานร่วมด้วย Dempsey et al. (1995) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยมารักษาแตกต่างกับผลการศึกษาของ Burnett et al. (1995); Dracup et al. (1997) และอรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) ซึ่งพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา

2.3 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น (Jalowice & Power., 1981) การศึกษาทำให้เกิดสติปัญญาสามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆเรียนรู้เรื่องโรค เข้าใจแผนการรักษาและสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง (Orem, 2001อ้างถึงในจรรวมล แพ่งโยธา, 2548) ผลการศึกษาของอรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) ไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Burnett et al. (1995) และ Dracup et al. (1997) ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล McKinley et al. (2000) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยออสเตรเลียที่เป็นโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจตายเฉียบพลันที่มีการศึกษาน้อยจะมารับการรักษาช้าเนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการรักษาทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์

2.4 สถานภาพสมรส บุคคลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ขณะเกิดอาการคุกคามของหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บุคคลที่จะปรึกษาและขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่ร้อยละ 75 คือคู่สมรสและบุตร (สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล, 2540)

2.5 รายได้ เป็นตัวแสดงถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลเลือกแหล่งบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตน Pender (1996) จากการศึกษาของ Dracup et al. (1997) พบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยใช้เวลาในการตัดสินใจมารับการรักษานานกว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่าไม่แตกต่างกับการศึกษาของ McKinley et al. (2000) และ Moser et al. (2006)

2.6 บทบาทของบุคคลอื่น ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวพบมากในกลุ่มที่มารับการรักษาช้าแตกต่างกับกลุ่มที่มารับการรักษาเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นความสำคัญของบทบาทผู้อื่นที่อยู่ร่วมในเหตุการณ์ ซึ่งมีส่วนช่วยเหลือให้มารับการรักษาที่เร็ว เช่น ติดต่อแพทย์ พาไปโรงพยาบาล เป็นต้น (สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล, 2540) แตกต่างจากผลการศึกษาของ McKinley et al. (2000) และ Johansson et al. (2004) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมักปรึกษาคู่สมรสหรือแพทย์ก่อน ทำให้ไปรับการรักษาช้า จากการศึกษาของ Dracup et al. (1997) พบว่าการที่ผู้ป่วยอยู่คนเดียวหรือมีผู้อื่นอยู่ด้วยขณะเกิดอาการไม่มีผลกับระยะเวลาในการมารับการรักษา

2.7 สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ผลการศึกษาของ Dracup et al. (1997) และ McKinley et al. (2000) พบว่าผู้ที่เกิดอาการที่บ้านมารับการรักษาช้ากว่าผู้ที่เกิดอาการที่อื่น เนื่องจากผู้ป่วยพยายามนอนพัก รอให้อาการหายไปเอง กลุ่มที่มารับการรักษาช้าเป็นผู้ที่เกิดอาการที่บ้านมากกว่ากลุ่มที่มารับการรักษาเร็ว อธิบายได้ว่าการเกิดอาการที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆได้สะดวกก่อนที่จะไปรักษา เช่น นอนพัก นวดพยายามรักษาอาการด้วยตนเองก่อน ต่างกับการเกิดอาการที่อื่นนอกบ้าน ซึ่งมีความจำกัดในเรื่องสถานที่ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้สะดวกจึงต้องไปรับการรักษาทันที และอาจมีบทบาทของบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติเข้ามาเกี่ยวข้องมีการศึกษาพบว่ามีผลทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็ว (Hackett & Cassem, 1969 อ้างถึงในสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล, 2540) อรมณี ช้างชายวงศ์(2545) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเกิดอาการที่บ้าน เวลาในการเกิดอาการและบุคคลที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยขณะเกิดอาการจึงมีผลในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล และเนื่องจากสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการนั้นสามารถมองได้ถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำซึ่งมีผลต่อการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Dracup et al., 1995)

3. ปัจจัยด้านการรับรู้ (Cognitive factor)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการรับรู้ ผู้วิจัยส่วนใหญ่ใช้การรับรู้ตามแนวคิดการเผชิญต่อสิ่งคุกคามของชีวิตของ Leventhalและคณะ ซึ่งประกอบด้วย

3.1 การรับรู้เรื่องโรค (Cognitive represent of illness/Illness Identity) หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของโรค เช่น รับรู้ว่าอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการของโรคหัวใจซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดหัวใจพิบัติ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเกิดจากสาเหตุอื่น เช่นกระเพาะอาหาร กล้ามเนื้ออักเสบจะทำให้มารับการรักษาช้า (อรมณี ช้างชายวงศ์, 2545; Burnett et al., 1995; Dracup et al., 1997) จากการศึกษาของอุมา จันทวิเศษ (2539) และ Nutchanart Kriratchareon (2006) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าอาการเจ็บหน้าอกเกิดจากโรคหัวใจ ผลการศึกษาของวิรังรอง นาทองคำ (2543) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นขณะมีอาการเกิดจากการเป็นลม

3.2 การรับรู้ผลกระทบจากโรค (consequences) หมายถึง การรับรู้ถึงความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคซึ่งจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและบทบาททางสังคม Walsh et al. (2004) ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและความสัมพันธ์ของการรับรู้ตามแนวคิดการควบคุมตนเองเมื่อเผชิญสิ่งคุกคามต่อชีวิตของ Leventhal และคณะ กับการตัดสินใจมารับการรักษา พบว่า ผลกระทบจากโรคเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยคือทำให้ผู้ป่วยที่ตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นรุนแรงมารับการรักษาเร็วขึ้น

3.3 การรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาการเกิดอาการ การเกิดอาการซ้ำและระยะการดำเนินของโรค (timeline) หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาการดำเนินของโรค ผู้ที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเฉียบพลันจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดเป็นแบบเรื้อรัง (Johansson et al., 2004) การรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง ผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการรักษาเองก่อนทำให้มารับการรักษาในโรงพยาบาลช้า (Walsh et al., 2004) จากการศึกษาของ Nutchanart Kriratchareon (2006) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาการเกิดอาการ การเกิดอาการซ้ำและระยะการดำเนินของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3.4 การรับรู้เกี่ยวกับ สาเหตุของโรค (cause) หมายถึง การรับรู้สาเหตุหรืออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดประสบการณ์และวิธีการในการแก้ปัญหา ธรรมชาติของบุคคลเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะเริ่มคิดหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไรและแสวงหาวิธีแก้ปัญหา (Nutchanart Kriratchareon, 2006)

3.5 การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาการและการรักษา (Control/cure) หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยว่าอาการที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมและรักษาได้หรือไม่ จากการศึกษาของ Walsh et al. (2004) การรับรู้ด้านการควบคุมอาการและการรักษาไม่มีความสัมพันธ์ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Nutchanart Kriratchareon (2006)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาช้าของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อศึกษาถึงระยะเวลาต่างๆตั้งแต่เกิดอาการของโรคจนได้รับการรักษาเฉพาะที่โรงพยาบาลและปัจจัยที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาเร็วและกลุ่มที่มารับการรักษาช้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผู้ป่วยอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยซีซียูและหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี หอผู้ป่วยซีซียู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลกรุงเทพและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจไปรับการรักษาเท่ากับ 2 ชั่วโมง ค่ามัธยฐานของเวลาเดินทางเท่ากับ 37 นาที ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 3 ชั่วโมง 37 นาที ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เมื่อถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินเท่ากับ 29 นาที ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เมื่อถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยซีซียู/หอผู้ป่วยอายุรกรรมเท่ากับ 2 ชั่วโมง 46 นาที ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนได้รับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินเท่ากับ 4 ชั่วโมง 30 นาที ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนได้รับการรักษาเฉพาะที่หอผู้ป่วยซีซียู/หอผู้ป่วยอายุรกรรมเท่ากับ 7 ชั่วโมง 25 นาที และพบว่าปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า ได้แก่ เพศหญิง การมีประวัติเจ็บแน่นหน้าอก การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ การรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ต้องรีบรับการรักษา การอยู่คนเดียวขณะเกิดอาการ การทำกิจกรรมอื่นก่อนเช่น นอนพัก ไปคลินิก แทนที่จะไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการครั้งแรก

Patiporn Boonyapatkul (2000) ศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธีจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลจำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีผู้ป่วย 41 รายที่มีอาการเตือน อาการเจ็บ ปวด แน่นหน้าอกเป็นอาการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ทั้งเป็นอาการเตือนและอาการเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีลักษณะของอาการเฉียบพลันขณะมาโรงพยาบาลนานประมาณ 30 นาที ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาลมากกว่า 1 ชั่วโมง อาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านอารมณ์ ภาวะเศรษฐกิจ การทำหน้าที่และการดูแลตนเอง วิธีการจัดการกับอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประกอบด้วย 4 ลักษณะ คือ การรอดูอาการ พยายามอดทน การปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลอื่นและการรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของตนเอง

อรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการกับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของ

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและซีซียู โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตำรวจโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาธิบดี วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 150 คน ปัจจัยด้านบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอายุระหว่าง 61- 75 ปี ร้อยละ 50.0 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 52.0 มีรายได้น้อยกว่า 7000 บาท ร้อยละ 40.0 มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 69.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.3 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 42.0 และไม่มีประวัติโรคประจำตัวร้อยละ 30.7 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 58.8 และคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ Non ST elevation MI ร้อยละ 66.7และปัจจัยด้านบุคคลมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการมากที่สุดคือบ้าน รองลงมาคือนอกบ้านแต่ไม่ใช่ที่ทำงาน มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 และพบว่า มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า มารับการรักษาในโรงพยาบาลทันทีคิดเป็นร้อยละ 58.7 และมารับการรักษาช้าคิดเป็นร้อยละ 41.3 ได้ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 12.38 ชั่วโมง

รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและกาเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระดับปานกลาง

จรรวมล แพ่งโยธา (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 150 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 พิจารณารายด้านพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยผู้ป่วยรับรู้ว่า

อาการมาจากหัวใจและประเมินอาการได้ถึงความรุนแรง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 คืออยู่ในระดับมาก กลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกโดยไม่ใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความเหมาะสมระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Nutchanart Kriratchareon (2006) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาและอำนาจในการทำนายของปัจจัยที่คัดสรรต่อระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 105 ราย ซึ่งรับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ย 95.24 นาที โดยค่ามัธยฐานเท่ากับ 60.00 นาที ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งอายุและเพศ รวมทั้งการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยด้านลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น ด้านระยะเวลาที่ความเจ็บป่วยจะดำเนินไปและด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการรักษา การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยและด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สามารถร่วมทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 6.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยสามารถร่วมทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Burnett et al. (1995) ศึกษาความแตกต่างระหว่างการมารับการรักษาเร็วและช้าของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 501 คน ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่ตัดสินใจรับการรักษาเฉลี่ย 3.05-4.97 ชั่วโมง กลุ่มที่รับการรักษาเร็วใช้เวลา 20 นาที กลุ่มที่รับการรักษาช้าใช้เวลา 5.26 ชั่วโมง ปัจจัยด้านประชากร ด้านสิ่งแวดล้อม สาเหตุและการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการด้านพฤติกรรม พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่ปัจจัยด้านการจัดการกับอารมณ์ และการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้น ของ 2 กลุ่มแตกต่างกันคือกลุ่มที่รักษาเร็ว เมื่อเกิดอาการจะมีความตื่นเต้นและวิตกกังวลสูงกว่า และกลุ่มที่มารักษาเร็วส่วนใหญ่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุ

จากหัวใจ เห็นได้ว่าการรับรู้และการตอบสนองทางอารมณ์มีความสำคัญและมีผลต่อระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษา

Dempsey et al. (1995) ศึกษาเชิงคุณภาพถึงกระบวนการการตัดสินใจไปรับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 16 คน พบว่ากระบวนการตัดสินใจเมื่อเกิดอาการขึ้นเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ประกอบด้วย การตระหนักถึงอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง การรักษาเอง การรับรู้ว่าถูกคุกคาม และการปรึกษาผู้อื่นและเมื่อมีอาการเกิดขึ้นผู้หญิงจะพยายามจัดการกับอาการด้วยตัวเองก่อนจึงทำให้มารับการรักษาช้า ระยะเวลาในการมารับการรักษาช้าเฉลี่ย 5.4 ชั่วโมง ในสหรัฐอเมริกาจึงพบว่าเพศหญิงมีอัตราตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงกว่าเพศชาย การแนะนำและให้คำปรึกษาให้ตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายของอาการที่เกิดขึ้น เป็นแนวทางที่จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วขึ้น

Dracup et al. (1997) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในอเมริกาเหนือ จำนวน 277 ราย พบว่าระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมาถึงแผนกฉุกเฉิน เฉลี่ย 90 นาที ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด เฉลี่ย 2.8 ชั่วโมง ปัจจัยที่ทำให้มารับการรักษาช้าได้แก่ อายุมาก รายได้น้อย มีโรคประจำตัว รับรู้ว่าอาการไม่ได้มีสาเหตุจากหัวใจ เกิดอาการที่บ้าน อาการที่เกิดขึ้นไม่นานแล้วหายได้เอง เกรงว่าการมารับการรักษาเป็นการรบกวนผู้อื่น รอให้อาการหายเอง กลัวว่าถ้ามารับการรักษาจะทราบว่าเป็นโรคที่รุนแรง ปรึกษาผู้อื่นหรือรอความช่วยเหลืออื่นโดยไม่รีบมาโรงพยาบาล ไม่ตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นรุนแรงและอันตราย ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่การอยู่คนเดียวหรือมีผู้อื่นอยู่ด้วยขณะเกิดอาการ ความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกรวมถึงการมีประวัติเป็นโรคหัวใจมาก่อน ไม่มีผลต่อระยะเวลาในการมารับการรักษา

Alonzo, and Reynold. (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอารมณ์และการรับรู้กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับการรักษาช้า มีประวัติเป็นโรคหัวใจมาก่อนและใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคม กระบวนการรับรู้และพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วขึ้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น ทักษะการใช้การเผชิญความเครียดและอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

McKinley et al. (2000) ศึกษาพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในอเมริกาเหนือและออสเตรเลีย พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่จะมารับการรักษาช้า มีรายได้น้อย เป็นโรคเบาหวาน และเริ่มมีอาการขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยจะประเมินอาการว่าไม่รุนแรง จะรอดูอาการและอาการเปลี่ยนแปลงและกังวลเกี่ยวกับเรื่องอื่นๆมากกว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาช้าของผู้ป่วยในอเมริกา ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการระดับปานกลางและเข้าใจว่าไม่ได้มี

สาเหตุมาจากหัวใจ ส่วนในออสเตรเลีย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาช้า ได้แก่ ระดับการศึกษา ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและวิธีการขอความช่วยเหลือ

DeVon and Zerwic. (2002) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะรับรู้และสามารถบอกอาการของโรคที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้ว่ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากกว่า บริเวณ กราม คอและหลัง ผู้ป่วยจะประเมินอาการเจ็บหน้าอกว่าเป็นอาการที่รุนแรงต้องได้รับการรักษาโดยเร็ว นอกจากนี้มักจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน หายใจตื้นๆหรืออาการหายใจลำบากร่วมด้วย

Goldberg et al. (2002) ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในกลุ่มที่มารับการรักษาช้าและมารับการรักษาเร็ว พบว่า กลุ่มที่มารับการรักษาช้าใช้เวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ย 5.26 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มที่รับการรักษาเร็วใช้เวลาเพียง 20 นาที และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สาเหตุของอาการและพฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน การตอบสนองด้านอารมณ์ ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันคือ กลุ่มที่มารับการรักษาเร็วจะมีความกังวลกับอาการที่เกิดขึ้นมากกว่า การตอบสนองด้านการรับรู้ พบว่า กลุ่มที่มารับการรักษาเร็วส่วนใหญ่รับรู้ว่าอาการเกิดจากโรคหัวใจ กลุ่มที่มารับการรักษาช้ารับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากระบบทางเดินอาหาร

Walsh et al. (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 61 คน และศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ตามแนวคิดการควบคุมตนเองเมื่อเผชิญสิ่งคุกคามต่อชีวิต ของ Leventhal และคณะ กับการตัดสินใจมารับการรักษา พบว่าเพศหญิงมารับการรักษาเร็วกว่าเพศชาย ผลกระทบจากโรคเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยคือผู้ป่วยที่ตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นรุนแรงทำให้มารับการรักษาเร็วขึ้น

Johansson et al. (2004) ศึกษาเกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชาวสวีเดน จำนวน 403 ราย พบว่าร้อยละ84 ของกลุ่มตัวอย่างรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหัวใจ แต่คิดว่าอาการแน่นหน้าอกเป็นอาการที่ไม่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 59 มารับการรักษาช้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาช้าพบเหมือนการศึกษาอื่นที่ผ่านมาได้แก่ คิดว่าอาการที่เกิดจะหายไปเอง บอกคนในครอบครัวก่อนไปโรงพยาบาล ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น เรียกหน่วยพยาบาลฉุกเฉินก่อน และพบว่าการรับรู้และภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะมีอาการหรือเจ็บป่วยมีผลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นแนวทางในการลดระยะเวลาในการมารับการรักษานอกจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแล้ว ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านอารมณ์และการรับรู้ด้วย

Moser et al. (2006) ร่วมกับสมาคมโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางในการลดระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า แต่ละปีผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกว่าหนึ่งล้านสองแสนคนในสหรัฐอเมริกา ต้องเสียชีวิตมากกว่าครึ่งหนึ่ง ที่

แผนกฉุกเฉินหรือก่อนถึงโรงพยาบาล เนื่องจากการมารับการรักษาช้าคือระยะเวลาการมารับการรักษาหลังเกิดอาการนานกว่า 1 ชั่วโมง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาช้า ด้านบุคคล ได้แก่ อายุมาก เพศหญิง มีรายได้น้อย ระดับการศึกษาต่ำ ปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ มีประวัติการเจ็บหน้าอก มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ระดับไขมันในเลือดสูง ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ขณะเกิดอาการอยู่คนเดียว ปรึกษาแพทย์ สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านอารมณ์และการรับรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาการโรคและภาวะเสี่ยง การรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง รอให้อาการที่เกิดขึ้นหายไปเอง ถ้ารีบไปรักษาเกรงจะรบกวนผู้อื่น กลัวและลำบากใจในการมารับการรักษา ระยะทางระหว่างสถานที่ที่เกิดอาการกับโรงพยาบาลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มารับการรักษาช้า การจะลดระยะเวลาในการมารับการรักษา นอกจากการให้ความรู้เรื่องโรคแก่ประชาชนควรเน้นให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพให้คำแนะนำแก่ผู้ชุมชนและประชาชน ให้ตระหนักถึงอาการของหัวใจพิบัติ ความจำเป็นในการตามหน่วยบริการเร่งด่วนเมื่อผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลันรวมถึงการเฝ้าระวังผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่การตอบสนองต่ออาการ ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นเป็นผลสืบเนื่องของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่ออาการหรือกลุ่มอาการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมและการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการ และการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย อาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่(Unstable angina) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งSTEMI (ST elevation MI) และ NSTEMI (Non ST elevation MI) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลตรัง โดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978:184) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N = 10K + 50$$

N คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

K คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

(การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมด 11 ตัวแปร)

ดังนั้น $N = (10 \times 11) + 50$

$N = 160$

2. สำรวจโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ของภาคใต้พบว่ามีทั้งหมด 5 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลาและโรงพยาบาลตรัง แล้วทำการสุ่มโรงพยาบาลโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without Replacement) โรงพยาบาลที่สุ่มได้คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลตรัง

3. สำรวจจำนวนประชากรซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในแต่ละโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2550 (ระหว่างวันที่1 ตุลาคม 2549 - 30 กันยายน 2550) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมีจำนวน 475 คน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมีจำนวน 315 คน และโรงพยาบาลตรังจำนวน 268 คน

4. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณตามสัดส่วนของประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชจำนวน 70 คน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจำนวน 50 คน และโรงพยาบาลตรังจำนวน 40 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 คน

5. กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

5.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

5.2 ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 18-59 ปี

5.3 ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ คือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

5.4 ระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

5.5 ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

5.6 สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้

5.7 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

6. สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในแต่ละโรงพยาบาล ตามขั้นตอนดังนี้

6.1 สำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในแต่ละวันและคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

6.2 สุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without Replacement) ในแต่ละวัน โดยใช้สัดส่วน 1: 2 ของผู้ป่วยที่เลือกไว้ แล้วทำการเก็บข้อมูล

6.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้ง 3โรงพยาบาลระหว่างวันที่ 3 พฤษภาคม 2551 ถึง 31 กรกฎาคม 2551 จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ระยะเวลา	กลุ่มตัวอย่าง	
			ชาย (คน)	หญิง (คน)
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	123	3 พ.ค.51 - 10 มิ.ย.51	31	39
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	95	26 พ.ค.51- 5 ก.ค. 51	20	30
โรงพยาบาลตรัง	70	15 มิ.ย.51- 31ก.ค.51	26	14
รวม	288	3 พ.ค.51 - 31ก.ค.51	77	83

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

การสร้างเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาล

สร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างเป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ข้อคำถามที่เกี่ยวกับ อายุเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง เพศเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ ระดับการศึกษาเป็นข้อความให้เลือก 6 ข้อ รายได้ของครอบครัวเป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ จำนวนสมาชิกในครอบครัวเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ประวัติโรคประจำตัวเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการวินิจฉัยของแพทย์เป็นการบันทึกจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง การเดินทางมาโรงพยาบาลเป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ ความสะดวกในการเดินทางเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ และระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ให้ระบุเวลาที่เริ่มมีอาการผิดปกติไปจากเดิม เวลาที่มีอาการผิดปกติที่สังเกตได้จนมีอาการรุนแรงขึ้น เวลาที่ตัดสินใจมารับการรักษา เวลาที่มาถึงโรงพยาบาลเวลาและรวมระยะเวลาการมารับการรักษาทั้งหมดเป็นชั่วโมง รวมข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ

แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโดยศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การรับรู้ต่ออาการ การตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยต่ออาการที่เกิดขึ้น แบบสอบถามที่สร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ถามเกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุของโรค อาการ การประเมินอาการที่เกิดขึ้นและความคิดหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเพื่อตอบสนองต่ออาการและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในครั้งนี้ตั้งแต่เริ่มมีอาการเตือนของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนกระทั่งมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นข้อคำถามทางบวก 8 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 14 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น

การตอบสนองต่ออาการ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ฉันคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากโรคหัวใจ					
ฉันคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นครั้งนี้เกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคหัวใจ					
ฉันคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นในครั้งนี้รุนแรง					
อาการที่เกิดขึ้นต้องได้รับการรักษาโดยด่วน					
อาการที่เกิดขึ้นอาจทำให้ฉันตายได้ทันที					

ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับตามแนวคิดของ Likert Scale โดยเกณฑ์การประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนี้มากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนี้มาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนี้
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้มาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้มากที่สุด

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

ขออนุญาตใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของรุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2540) ซึ่งต้นฉบับแปลจากThe Ways of Coping Questionnaire ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) โดยสิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ (2539) รุ่งทิพย์ได้นำแบบสอบถามไปแปลที่ศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอีกครั้งตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพราะคำถามบางข้อเข้าใจยาก จากนั้นนำแบบสอบถามคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .80 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครายด้าน ดังนี้ ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .72 ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .82 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 50 ข้อ ถามเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการจัดการตั้งแต่เริ่มมีอาการเตือนของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนกระทั่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยครั้งนี้ตั้งแต่เริ่มมีอาการเตือนของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนกระทั่งมารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 2 วิธีได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหาด้านความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จำนวน 6 ข้อ และการวางแผนแก้ไขปัญหา ด้วยวิธีการต่างๆเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย จำนวน 6 ข้อ

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 6 วิธี ได้แก่ การประเมินค่าใหม่ทางบวกด้วยการมองว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ใช่เรื่องเลวร้าย จำนวน 7 ข้อ การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหาด้วยการยอมรับต่ออาการและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จำนวน 4 ข้อ การควบคุมตนเอง ด้านการควบคุมอารมณ์และคิดหาวิธีบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จำนวน 7 ข้อ การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม เช่นการปรึกษาบุคคลอื่นหรือการมารับการรักษา จำนวน 6 ข้อ การถอยห่างหรือการเมินเฉยด้วยการพยายามลืม

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจำนวน 6 ข้อ การหลีกเลี่ยงปัญหาด้วยการทำกิจกรรมอื่นเมื่อมีอาการ จำนวน 8 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น

ข้อคำถาม	ไม่เคยใช้เลย	เคยใช้บางครั้ง	เคยใช้บ่อยครั้ง	เคยใช้ประจำ
เมื่อฉันรู้สึกเครียดจากความเจ็บป่วย ฉันพยายามจดจ่อกับสิ่งที่ต้องทำต่อไป				
ฉันทำในสิ่งที่รู้ว่าจะไม่ได้ผลในการแก้ปัญหา แต่อย่างน้อยที่สุด ฉันก็ได้ลงมือทำ				
ฉันพยายามโน้มน้าวให้ผู้อื่นมีส่วนรับผิดชอบต่อปัญหานั้นๆ				
ฉันพูดคุยกับคนอื่นเพื่อให้เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดีขึ้น				
ฉันนำวิธีการแก้ปัญหาของคนที่ฉันชื่นชอบมาเป็นแบบอย่างปฏิบัติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับฉัน				

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
1	ไม่เคยใช้เลย
2	เคยใช้บางครั้ง
3	เคยใช้บ่อยครั้ง
4	เคยใช้ประจำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 นำแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบพิจารณาเนื้อหา ความเหมาะสมและความครอบคลุมของการวัด แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน ดังรายชื่อแสดงในภาคผนวก ก ประกอบด้วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.1.1 อายุรแพทย์โรคหัวใจ จำนวน 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการสอนการพยาบาลโรคหัวใจจำนวน 1 คน

1.1.3 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 3 คน

1.2 ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน

1.3 นำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบสอบถามส่วนที่ 2 การตอบสนองต่ออาการ ได้ค่า CVI= .95 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 วิธีการเผชิญความเครียดได้ค่า CVI= 1 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้โดยใช้เกณฑ์ค่าCVI มากกว่า 0.8 คำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการและกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit and Beck, 2004)

ระดับที่ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

ระดับที่ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม

ระดับที่ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม

ระดับที่ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

1.4 ปรับแก้ข้อคำถามโดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของตัวแปรนั้นๆ

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สรุปได้ดังนี้ คือ

ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.ระยะเวลาการมารับการรักษาข้อคำถามเดิมให้เติมคำในช่องว่างข้อเดียว ให้เพิ่มข้อคำถามย่อยให้กลุ่มตัวอย่างระบุเวลาที่เริ่มมีอาการผิดปกติไปจากเดิม เวลาที่อาการรุนแรงขึ้น เวลาที่ตัดสินใจมารับการรักษา เวลาที่มาถึงโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถระบุระยะเวลาการมารับการรักษาได้ชัดเจนขึ้น

2. เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับ รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยและการเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลในการอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนมีความเห็นสอดคล้องกันในความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม ดังนี้

1. ควรปรับสรรพนามที่ใช้แทนกลุ่มตัวอย่างทุกข้อคำถามเป็น ฉัน

2. ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษาไม่ใช้ภาษาที่วิชาการมากเกินไป

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 22 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 10 ข้อ
รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์	จำนวน 12 ข้อ

ตัวอย่าง ข้อคำถามที่ปรับปรุงใหม่

ข้อคำถามที่ไม่ชัดเจน	ข้อคำถามที่ปรับปรุงใหม่
ข้อ 2 เมื่อเกิดอาการครั้งแรกท่านคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นกับท่านเกิดจากระบบอื่นที่ไม่ใช่หัวใจ เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น	ฉันคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นครั้งนี้เกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคหัวใจ
ข้อ 8 ท่านคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นกับท่านครั้งนี้ไม่จำเป็นต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที	ฉันคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นกับฉันในครั้งนี้ไม่จำเป็นต้องมารีบมารักษาในโรงพยาบาล
ข้อ 22 ท่านรับรู้ว่าระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลมีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	ฉันรู้ว่าการรักษาจะได้ผลหรือไม่ขึ้นอยู่กับความช้าเร็วในการมาโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนมีความเห็นสอดคล้องกันในความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามให้ชัดเจนขึ้น ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 50 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 7 ข้อ
รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์	จำนวน 43 ข้อ

ตัวอย่าง ข้อคำถามที่ปรับปรุงใหม่

ข้อคำถามที่ไม่ชัดเจน	ข้อคำถามที่ปรับปรุงใหม่
ข้อ 1 ฉันเอาใจจดจ่อต่อสิ่งที่จะต้องทำต่อไป	เมื่อฉันรู้สึกเครียดจากความเจ็บป่วย ฉันพยายามจดจ่อกับสิ่งที่จะต้องทำต่อไป
ข้อ 36 ฉันเล่าให้คนอื่นฟังเกี่ยวกับความรู้สึกของฉัน	ฉันเล่าความรู้สึกของตัวเองให้คนอื่นฟัง
ข้อ 11 ฉันมองโลกในแง่ดี หรือพยายามมองเฉพาะด้านดีของปัญหา	ฉันคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ใช่เรื่องเลวร้าย

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาคือผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ คือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้และยินดีให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากนั้นนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 160 คนนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) อีกครั้งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังแสดงในตารางข้างล่างนี้ ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้มีค่าเท่ากับ .70 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1999)

ตารางที่ 1 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวม แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (n=160)
1. การตอบสนองต่ออาการ	.83	.77
2. การเผชิญความเครียดโดยรวม	.81	.86
3. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	.73	.71
4. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	.79	.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการดังนี้

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล

มหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลตรัง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้า หอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 สำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในแต่ละวันและคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด สุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ในแต่ละวัน โดยใช้สัดส่วน 1: 2 ของผู้ป่วยที่เลือกไว้

3.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3.3 หลังจากเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

3.3.1 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบในวันเดียวกัน

3.3.2 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และเก็บข้อมูลเพิ่มจนได้แบบสอบถามครบถ้วนทุกข้อคำถามตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

3.3.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน จนได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลครบ รวมทั้งสิ้น 160 คน ใช้เวลา 90 วัน ตั้งแต่วันที่ 3 พฤษภาคม 2551 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2551

3.3.4 นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังจาก

ได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือตอบปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง การให้การพยาบาลหรือการให้การรักษาของแพทย์ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยระหว่างการตอบแบบสอบถามถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม สามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและการให้การรักษาของแพทย์และพยาบาล ผู้วิจัยจะหยุดเก็บข้อมูลทันที เมื่อเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจเกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งส่งผลให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างได้ เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตจากผู้ป่วยเพื่อขอดูแฟ้มประวัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ วิเคราะห์ด้วย การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

2.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-moment correlation)

3.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ด้วยสถิติ Eta

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการ และการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอายุ 18-59 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นแบบเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable angina) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ทั้งชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี Q-wave(STEMI)และไม่มี Q-wave (Non Q-wave MI หรือNSTEMI) และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชจำนวน 70 คน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจำนวน 50 คน และโรงพยาบาลตรังจำนวน 40 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 160 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ดังแสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการ และการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ เสนอผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3-8 ตามลำดับ ดังนี้

2.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ดังแสดงในตารางที่ 3

2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ดังแสดงในตารางที่ 4

2.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ดังแสดงในตารางที่ 5

2.4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วย อายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ดังแสดงในตารางที่ 6

2.5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกับประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ดังแสดงในตารางที่ 7

2.6 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ดังแสดงในตารางที่ 8

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ เสนอผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
อายุน้อยที่สุด- 26 ปี	1	0.6
27 - 40 ปี	6	3.7
41 - 49 ปี	13	8.2
50 - 58 ปี	122	76.2
59 ปี	18	11.3
เพศ		
ชาย	77	48.1
หญิง	83	51.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	42	26.3
ประถมศึกษา	77	48.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	11.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	6.3
อนุปริญญา/ปวส.	5	3.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	5.0
ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด		
เคยเป็นโรคหัวใจ	60	37.5
ไม่เคย	100	62.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด		
ไม่มี	72	45
มี	88	55
โรคเบาหวาน	28	17.5
โรคความดันโลหิตสูง	61	38.1
โรคหัวใจ	24	15
ไขมันในเลือดสูง	8	5
ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ		
STEMI	29	18.1
NSTEMI	72	45
Unstable angina	59	36.9

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากที่สุดคือ 59 ปี มีร้อยละ 11.3 อายุน้อยที่สุด (26 ปี) จำนวนร้อยละ 0.6 เป็นเพศหญิงกับเพศชายพอๆ กัน (ร้อยละ 51.9 และ 48.1) ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 48.1 มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน ร้อยละ37.5 มีประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วยจำนวนร้อยละ 55 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด มีจำนวนร้อยละ 38.1 ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนใหญ่เป็นแบบไม่มี Q-wave (Non Q-wave MI หรือNSTEMI) ร้อยละ 45

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการ และการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 2-7

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product – moment correlation) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 160 คน (n = 160)

ระยะเวลาการมารับการรักษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-value
อายุ	-.093	.241
การตอบสนองต่ออาการ	-.211	.004
การเผชิญความเครียดโดยรวม	-.064	.418
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	-.093	.243
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	-.022	.779

จากตารางที่ 3 พบว่า การตอบสนองต่ออาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า การตอบสนองต่ออาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนอายุ การเผชิญความเครียดโดยรวมและรายด้านไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันวิเคราะห์ด้วยสถิติอีต้า (Eta) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 160 คน (n = 160)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ	ระยะเวลาการมารับการรักษาเฉลี่ย(ชม)	ค่าความสัมพันธ์ Eta	P-value
เพศชาย	77	48.1	2.32		
เพศหญิง	83	51.9	2.28		
รวม	160	100	2.40	.50	.119

จากตารางที่ 4 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันวิเคราะห์ด้วยสถิติอีต้า (Eta) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 160 คน (n = 160)

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	ระยะเวลาการมารับการรักษาเฉลี่ย (ชม)	ค่าความสัมพันธ์ Eta	P-value
ไม่ได้รับการศึกษา	42	26.3	2.48		
ประถมศึกษา	77	48.1	2.32		
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	11.3	2.15		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	6.3	2.77		
อนุปริญญา/ปวส.	5	3.1	2.78		
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	5.0	2.76		
รวม	160	100	2.40	.111	.049

จากตารางที่ 5 พบว่า ระยะเวลาการมารับการรักษาขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันวิเคราะห์ด้วยสถิติอีต้า (Eta) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 160 คน (n = 160)

ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด	จำนวน	ร้อยละ	ระยะเวลาการมารับการรักษาเฉลี่ย (ชม)	ค่าความสัมพันธ์ Eta	P-value
ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด	100	62.5	2.36		
มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน	60	37.5	2.46		
รวม	160	100	2.40	.032	.614

จากตารางที่ 6 พบว่าระยะเวลาการมารับการรักษาไม่ขึ้นอยู่กับประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่าประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันวิเคราะห์ด้วยสถิติอีต้า (Eta) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างกับประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 160 คน (n = 160)

ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**ระยะเวลาการมารับการรักษาเฉลี่ย (ชม)**	**ค่าความสัมพันธ์ Eta**	**P-value**
ไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	72	45	2.11		
มีประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	88	55	3.04		
รวม	160	100	2.40	.167	.701

จากตารางที่ 7 พบว่า ระยะการมารับการรักษาไม่ขึ้นอยู่กับประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันวิเคราะห์ด้วยสถิติอีต้า (Eta) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 160 คน (n = 160)

ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**ระยะเวลาการมารับการรักษาเฉลี่ย (ชม)**	**ค่าความสัมพันธ์ Eta**	**P-value**
STEMI	29	18.1	2.28		
NSTEMI	72	45	2.39		
Unstable angina	59	36.9	2.47		
รวม	160	100	2.40	.042	.119

จากตารางที่ 8 พบว่า ระยะการมารับการรักษาไม่ขึ้นอยู่กับลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในอดีต ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการ และการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 160 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Simple Random sampling) จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลตรัง ในระหว่างวันที่ 3 พฤษภาคม 2551 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2551 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1.ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 18-59 ปี

3.ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ คือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

4.ระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

5.ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

6. สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้

7.ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการและแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ วิเคราะห์ด้วย การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

2.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-moment correlation)

3.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ด้วยสถิติ Eta

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุมากที่สุดคือ 59 ปี มีร้อยละ 11.3 อายุน้อยที่สุด (26 ปี) จำนวนร้อยละ 0.6 เป็นเพศหญิงกับเพศชายพอๆ กัน (ร้อยละ 51.9 และ 48.1) ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 48.1 มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อนร้อยละ37.5 มีประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วยจำนวนร้อยละ 55 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด มีจำนวนร้อยละ 38.1 ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนใหญ่เป็นแบบไม่มี Q-wave (Non Q-wave MI หรือNSTEMI) ร้อยละ 45

2. อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. เพศ ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

4. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. การตอบสนองต่ออาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. การเผชิญความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและ

หลอดเลือด ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการ และการเผชิญความเครียด กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

อายุ

ผลการศึกษา พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า อายุน้อยหรืออายุมากไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุมากที่สุดคือ 59 ปี ร้อยละ 11.3 อายุน้อยที่สุด (26 ปี) จำนวนร้อยละ 0.6 จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพ ระบบหัวใจและหลอดเลือดเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในช่วงวัยนี้ มักจะพบผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเป็นต้นไป (Santrock , 1997: 482-542) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 55 มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย ส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากพยาธิสภาพของโรคนี้ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีของผู้ป่วยมี Atherosclerosis เลือดไหลผ่านน้อย เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอ ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับประสาทรับความรู้สึก จึงทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลช้า (จริยา ตันติธรรม, 2547) และวัยนี้เริ่มที่จะเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรต่างๆ ทำให้มีผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษา จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เกรงว่าจะเป็นการรบกวนผู้อื่นในครอบครัวจึงไม่มารับการรักษาทันทีที่มีอาการ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของMcKinley et al. (2000) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชาวอเมริกาเหนือและออสเตรียพบว่าชาวอเมริกาเหนือที่มีอายุมากจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญและผลการศึกษาของ Goldberg et al.(1992) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุมากจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และผลการศึกษาของ Sjogren et al. (1979) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุน้อยจะมารับการรักษาช้า เนื่องจากการศึกษาของ Sjogren ได้ให้คำจำกัดความว่า ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการ โดยจะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนก ซี.ซี.ยู ถ้ามากกว่า 2 ชั่วโมงหมายถึงผู้ป่วยมารับการรักษาช้า การกำหนดคำนิยามศัพท์ของระยะเวลาในการศึกษาที่แตกต่างกัน อาจทำให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน

เพศ

ผลการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อธิบายได้ว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงว่า ระยะเวลาการมารับ

การรักษาในโรงพยาบาลเร็วหรือช้าไม่ขึ้นอยู่กับความเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย จากการศึกษาพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีระยะเวลาการมารับการรักษาที่ใกล้เคียงกัน คือเพศชายมีระยะเวลาการมารับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเตือนของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 19 นาที เพศหญิง มีระยะเวลามารับการรักษาเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 28 นาที สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Burnett et al. (1995); Dracup et al. (1997) และอรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) ซึ่งพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาและจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนไม่แตกต่างกัน คิดเป็นร้อยละ 51.9 และ 48.1 ตามลำดับ อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เพศหญิงและเพศชายมารับการรักษาในโรงพยาบาลในเวลาที่ไม่แตกต่างกันคือในช่วงของวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Middle Adulthood) และตอนปลาย (Late Adulthood) ทั้งเพศชายและหญิงต่างมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เช่นเดียวกัน ได้แก่ โรคอ้วน เบาหวาน เป็นต้น (Santrock, 1997: 482-542) จึงทำให้การรับรู้ และการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นนั้นไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) ซึ่งพบว่าเพศหญิงมารับการรักษาช้ากว่าเพศชายและอุบัติการณ์ของโรคหัวใจขาดเลือดที่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกุล, 2540:87)และการศึกษาจากสมาคมแพทย์โรคหัวใจในสหรัฐอเมริกาพบว่า เพศชายที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า ในช่วงอายุเดียวกัน เนื่องจากเพศหญิงยังคงมีประจำเดือนซึ่งมีเอสโตรเจนฮอร์โมนช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในช่วงอายุที่ต่ำกว่า 50 ปี นั้นจะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 5:1 (จริยา ตันติธรรม, 2547) และการศึกษาของ Ottesen et al. (2003) พบว่าเนื่องจากผู้หญิงรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นว่าผิดปกติ แต่ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายที่เกิดขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมเผชิญปัญหาที่เป็นลักษณะต้องการลดความรู้สึกคุกคาม และควบคุมสถานการณ์ เช่น รักษาเอง นอนพัก จึงทำให้มารับการรักษาช้าและผู้หญิงมักเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่ออายุมากกว่าผู้ชาย 10 ปี และมีโรคแทรกซ้อนอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานร่วมด้วย (Dempsey et al.,1995) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยมารักษาช้า

ระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพราะการศึกษาเป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น (Jalowice and Power, 1981) ทำให้เกิดสติปัญญาสามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆเรียนรู้เรื่องโรค เข้าใจแผนการรักษาและสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการ

ดูแลตนเองได้ถูกต้อง (Orem, 2001อ้างถึงในจรรวมล แพ่งโยธา, 2548) จากผลการศึกษาของผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สามารถอ่านออกเขียนได้ และในปัจจุบันสื่อในการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคต่างๆมีหลายรูปแบบทำให้ประชาชนได้มีความรู้ในเรื่องนี้มากขึ้นจึงเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้เรื่องโรคและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทางภาคใต้มักอยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่างๆเพิ่มขึ้น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรมณี ช้างชายวงศ์ (2545), Burnett et al. (1995),Dracup et al. (1997) ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลและ McKinley et al. (2000) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยออสเตรเลียที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการศึกษาน้อยจะมารับการรักษาช้าเนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการรักษาทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์

ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการศึกษาพบว่า ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อพิจารณาจากระยะเวลาการมารับการรักษาเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดและไม่มีประวัติมาก่อน พบว่าไม่แตกต่างกัน คือใช้เวลามารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 36 นาทีและ 2 ชั่วโมง 46 นาที ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) ซึ่งพบว่า การมีประวัติหรือไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้และการศึกษาของ Dracup et al. (1997) พบว่า ผู้ที่มีประวัติโรคหัวใจเคยมีอาการเจ็บหน้าอกมาก่อนกับผู้ที่ไม่มีประวัติมาก่อนมีระยะเวลามารับการรักษาไม่แตกต่างกันไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ottesen et al. (2003) ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีประวัติโรคหัวใจเคยมีอาการเจ็บหน้าอกมาก่อน จะมารับการรักษาเร็วกว่า เนื่องจากสามารถแยกอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจได้ดีกว่า ตระหนักในอันตรายของอาการมากกว่า นอกจากนี้รายได้ซึ่งเป็นตัวแสดงถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลเลือกแหล่งบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตน (Pender, 1996) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและมีเงินออมไม่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลเมื่อเกิดอาการหรือความเจ็บป่วยสามารถมา

รับการรักษาได้ทันทีรวมถึงการคมนาคมในภาคใต้สะดวกทำให้ผู้ป่วยในทุกพื้นที่เดินทางมารับการรักษาได้เร็ว

ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

ผลการศึกษาพบว่า ประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับรักษาในของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพิจารณาจากระยะเวลาการมารับการรักษาเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและมีประวัติมาก่อน พบว่าไม่แตกต่างกัน คือใช้เวลามารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 11 นาทีและ 3 ชั่วโมง 4 นาที ตามลำดับ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ขึ้นกับการมีโรคประจำตัวหรือไม่มีมาก่อน ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งมีประวัติโรคประจำตัวเช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะไขมันในเลือดสูงจะมารับการรักษาช้าเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและระบบประสาทรับความรู้สึกทำให้การตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกลดลง (สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล, 2540, อรมณี ช้างชายวงศ์, 2545, McKinley et al., 2000; Ottesen et al., 2003; Johansson et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Leizorovicz (1997) ซึ่งพบว่าประวัติการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Dracup (1997) และMcKinley et al (2000) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประวัติโรคเบาหวานร่วมด้วยจะมารับการรักษาช้าและMoser et al., (2006) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาช้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ด้านคลินิกได้แก่ มีประวัติการเจ็บหน้าอก มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง

ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 45 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Non ST elevation Myocardial infarction (Non Q-wave MI หรือNSTEMI) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของAcute coronary syndromes ที่ผู้ป่วยมีภาวะ

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงจนกระทั่งมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้น EKG ไม่มี ST segment elevationแต่มีST depressionหรือT wave inversion มี มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่มีQ-waveหรือSTEMI (จริยา ตันติธรรม, 2547) ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงถึงความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาของผู้วิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของอรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ Non ST elevation MI ถึง 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาเนื่องจากการกระจายของข้อมูลมีน้อย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มี ST elevate ร่วมกับ Q-Wave มีความสัมพันธ์ต่อการลดระยะเวลาในการมารับการรักษา และพบว่าผู้ป่วย Non-Q MI ส่วนใหญ่จะมารับการรักษาช้า (Goldberg et al., 1992) และบางการศึกษาพบว่าลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษา (Hofgren et al., 1995)

การตอบสนองต่ออาการ

ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองต่ออาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษามีการตอบสนองต่ออาการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .26 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าเมื่อเกิดอาการขึ้นความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่ออาการนั้นๆ คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากโรคหัวใจ ต้องได้รับการรักษาโดยด่วน อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ3.73 และ 4.06 ทราบว่าการรักษาจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับความช้าเร็วในการมาโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 (ดังแสดงในตารางภาคผนวก) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นว่ารุนแรง และรับรู้ว่ามีสาเหตุมาจากโรคหัวใจจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ที่มีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรงและไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Walsh et al. (2004) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและความสัมพันธ์ของการรับรู้ตามแนวคิดการควบคุมตนเองเมื่อเผชิญสิ่งคุกคามต่อชีวิตของ Leventhal กับการตัดสินใจมารับการรักษา พบว่า ผลกระทบจากโรคเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยคือทำให้ผู้ป่วยที่ตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นรุนแรงมารับการรักษา การรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง ผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการรักษาเองก่อนทำให้มารับการรักษาในโรงพยาบาลช้า และการรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาการดำเนินของโรค ผู้ที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเฉียบพลันจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดเป็นแบบเรื้อรัง (Johansson et al., 2004) จากการศึกษาของ Nutchanart Kriratchareon (2006) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาการเกิดอาการ การเกิดอาการซ้ำ

และระยะการดำเนินของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและการรับรู้สาเหตุหรืออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดประสบการณ์และวิธีการในการแก้ปัญหา ธรรมชาติของบุคคลเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะเริ่มคิดหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไรและแสวงหาวิธีแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา คือ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าอาการมาจากหัวใจจะมีการตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่มองว่าอาการมาจากระบบทางเดินอาหารหรือจากสาเหตุอื่น เนื่องจากผู้ป่วยที่รับรู้ว่าอาการมาจากระบบทางเดินอาหารจะเลือกกิจกรรมอื่นเพื่อบรรเทาอาการ เช่น รับประทานยาลดกรด นอนพัก (จรรวมล แพ่งโยธา, 2548) มากกว่าที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที จากการศึกษาของ Dracup (1997) และMcKinley (2002) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดจากหัวใจ จะมารับการรักษาช้า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่าไม่มีความรุนแรงหรือไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต จะมารับการรักษาช้าเนื่องจากผู้ป่วยจะกระทำกิจกรรมอื่นหรือรอให้มีอาการรุนแรงขึ้นก่อนที่จะมารับการรักษาเช่นเดียวกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการปกติ จะมารับการรักษาช้าอย่างมีนัยสำคัญ จะเห็นว่าการตอบสนองต่ออาการ การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการเจ็บป่วยของตน มีผลกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การวางแผนเพื่อรณรงค์ให้ผู้ป่วยและประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถรับรู้และประเมินอาการตนเองได้อย่างถูกต้องโดยการให้ความรู้เกี่ยวโรค สาเหตุ และอาการของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาทันท่วงทีก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ

การเผชิญความเครียด

ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ไม่แตกต่างกัน ตามแนวคิดของ Lazarus และFolkman (1984) บุคคลจะมีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 แบบ เปลี่ยนไปตามสถานการณ์และการประเมินความรุนแรงของความเครียดของแต่ละบุคคล เพศชายจะใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าแบบมุ่งปรับอารมณ์ ส่วนเพศหญิงใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่าแบบมุ่งแก้ปัญหา การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเท่าๆ กันจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการ

หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้การเผชิญความเครียดทั้งสองแบบไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2540) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าแบบมุ่งใช้อารมณ์และการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ อย่างไรก็ตามการให้พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พยาบาลควรมีการประเมินระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละคน นำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาวะโรคที่ประสบอยู่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา และการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงควรตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าวโดยเฉพาะการตอบสนองต่ออาการซึ่งเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ การวางแผนการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและมารับการรักษาโดยเร็วจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสามารถทำได้โดย

1.รณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประชาชนทุกคนตระหนักถึงการประเมินอาการ พฤติกรรมที่ถูกต้องในการตอบสนองต่ออาการและการมารับการรักษาโดยเร็ว เพื่อให้ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เน้นการค้นหากลุ่มเสี่ยงของโรคและให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น

2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่เป็นซึ่งกันและกัน เช่น การจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคหัวใจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรค อาการและการดูแลตนเองร่วมกัน

3. สนับสนุนให้มีการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ และทุกจังหวัดของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นศูนย์รับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละโรงพยาบาล ควรมีความสะดวกในการติดต่อและประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยได้รับทราบอย่างทั่วถึง

4. มีการจัดระบบการให้การดูแลรักษาเฉพาะแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมความรู้เรื่องกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกวรรณ จันทร์แดง. 2541. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กอบกุล บุญปราศภัย. 2546. พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง,

จริยา ตันติธรรม. 2547. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร : นิติบรรณการ,

จริยา ตันติธรรม. 2536. รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรรวมล แพ่งโยธา. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ตวงรัตน์ แซ่เตียว. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. 2547. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ไอ มีเดีย,

ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2548. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.

รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รุ่งฤดี ห่อนาค. 2541. รูปแบบการดำเนินชีวิต การเปิดรับเพลงกับความพึงพอใจที่มีต่อเพลงไทยสากลของเยาวชนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตรพัฒนาการ ภาควิชาประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิรังรอง นาทองคำ. 2543. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สาธารณสุข, กระทรวง. 2550. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546-2548. [Online]. แหล่งที่มา: http://www.moph.go.th. [20 มีนาคม 2550]

สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์. 2539. วิธีการปรับแก้และปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล. 2540. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาช้าของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพจน์ ศรีมหาโชติกะ. 2547. เวชปฏิบัติผู้ป่วยใน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

สุวรรณพร มิตสุวรรณ. 2550. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรมณี ช้างชายวงศ์. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมา จันทวิเศษ. 2539. การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุไร ศรีแก้ว. 2544. การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ. กรุงเทพมหานคร : ลิมบราเดอร์การพิมพ์,

อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์และคณะ. 2543. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพมหานคร : ลีฟวิ่ง ทรานส์มีเดีย,

ภาษาอังกฤษ

Alonzo, A.A., and Reynolds N, R. 1998. The structure of emotions during acute myocardial infarction: A model of coping. Social Science &Medicine 46 (9): 1099-1110.

American Heart Association. 2002. Heart Disease and Stroke Statistics Update. American Heart Association Dallas, Tex: 243.

Björklund, E. et al. 2005. The effect of education and counseling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. Journal of Electrocardiology 38: 138-143.

Burnett, R.E. et al. 1995. Distinguishing between early and late responders to symptoms of acute myocardial infarction. American Journal of Cardiology 75: 1019-1022.

Dempsey, Dracup, K., and Moser, D. K. . 1995. Women' s decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. Heart&Lung 24(6): 444-456.

Devon, A. H., and Zerwic, J. J. 2002. Symptom of acute coronary syndromes: Are there gender differences? A review of the literature. Heart&Lung 31(4): 235-245.

Dodd, M. et al. 2001. Advancing the science of symptoms management. Journal of Advance Nursing 33 (5): 668-676.

Dracup, K., and Moser, D. K. 1997. Beyond socio-demographics: factor influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. Heart&Lung 26: 253-262.

Goldberg, et al. 2002. Extent of, and Factor Associated with, Delay to hospital Presentation in patient with Acute Coronary Disease (The GRACE Registry). The American Journal of Cardiology 89 April (1): 791-796.

Hofgren, C., Karlson, B. W. and Herlith, J. 1995. Prodomal symptoms in subset of patients hospitalized for suspected acute myocardial infarction. Heart&Lung 24: 3-10.

Jalowice, A. 1988. Confirmatory factor analysis of the Jalowice coping scale In Waltz, C.F.and Strickland (Eds.). Measurement of nursing outcome. New York: Springer Pulishing.

Johansson, I., Stromberg, A. and Swahn, E. 2004. Factor related to delay time in patients with suspected acute myocardial infarction. Heart&Lung (33): 291-300.

Lazarus, R. S.and Folkman, S. 1984. Stress appraisal and coping. New York: Springer Pulishing.

Leizorovicz, A. 1997. Pre- hospital and hospital time delays in thrombolytic treatment in patients with suspected acute myocardial infarction: analysis of data from the EMIP study. European Myocardial Infarction Project. European Heart Journal 18: 248-253.

McKinley, S., et al. 2004. International comparison of factors associated with delay in presentation for AMI treatment. European Journal of Cardiovascular Nursing 3: 225-230.

McKinley, S., et al. 2004. Treatment –seeking behavior for acute myocardial infarction symptoms in North America and Australia. Heart&Lung 29: 237-47.

Moser, D. K., et al. 2006. Reducing Delay in Seeking Treatment by Patient with Acute Coronary Syndrome and Stroke: A Scientific Statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council. Circulation 114: 68-182.

Nutchanart Kriratchareon. 2006. Factors influencing the decision of seek treatment of patient with acute myocardial infarction. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of master of nursing science (Adult Nursing). Faculty of graduate studies Mahidol University.

Ottesen, M. M. 2003. Acute Myocardial Infarction in acute coronary syndrome- an analysis of the components of delay. The International Journal of Cardiology 96: 97-103.

Patiporn Boonyapatkul. 2000. A study of symptom experience, symptom outcomes and symptom management strategies of patients with acute ischemic syndromes. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of master of nursing science (Adult Nursing). Faculty of graduate studies Mahidol University.

Pender, N. J. 1996. Health promotion in nursing practice. Stamford, C. T.: Appeton & Lange.

Phipps, W. et. al. (2003). Medical-Surgical Nursing U.S.A: Mosby, Inc,

Polit, D.F,and Beck, C.T. 2004. Nursing research principle and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, F.D, and Hungler, P.B. 1999. Sampling designs, assessing data quality. In F.D. Polit & P. B. Hungler (Eds.), Nursing research principle and methods, 6th ed. Philadelphia: Lippincott.

Santrock, J. W. 1997. Life-Span Development. 6th ed. London: Brown & Benchmark publisher.

Sjogren, A., Erhardt, L. R., and Theorell, T. 1979. Cirumtances around the onset of a myocardial infarction. Acta Med Scand. 205: 285-292.

Thorndike, R. B. 1978. Correlation procedures for research. New York: Gradney Press.

Walsh, J. C., Lynch, M., Murphy, A. W., and Daly, K. 2004. Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction: An evaluation of self –regulation model of illness behavior. Journal of Psychosomatic Research 56: 67-73.

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

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์พรชัย ลีลานิพนธ์	อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลเทศบาลนครศรีธรรมราช
2. ผศ.ดร. จอม สุวรรณโน	อาจารย์พยาบาลสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. นางสาวสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ หัวหน้าหอผู้ป่วยซี.ซี.ยู โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
4. นางสาวปฏิพร บุณยพัฒน์กุล	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ พยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์และวชิรพยาบาล
5. นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2113

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยทัศน์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทศบาลนครศรีธรรมราช

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

เนื่องด้วย นางสาววิมลมาส เชาวลิต นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิลปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ พรชัย ลีลานิพนธ์ อายุรแพทย์โรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิทนาวรินทร นายแพทย์ พรชัย ลีลานิพนธ์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิลปัญญา โทร. 0-2218-9813
ชื่อนิสิต นางสาววิมลมาส เชาวลิต โทร. 08-4063-5706

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 3115

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยสิริเดช ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

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

เนื่องด้วย **นางสาววิมลมาส เชาวลิล** นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการทรมานเหนื่อยล้าและความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจรรวมล แพ่งไธยา พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ธีรบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ติดต่อได้ที่ นางสาวจรรวมล แพ่งไธยา
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
ชื่อนิสิต นางสาววิมลมาส เชาวลิล โทร. 08-4063-5706

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 3113

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยทัศน์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เพลินจิต กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

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

เนื่องด้วย **นางสาววิมลมาส เชาวลิต** นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวปฏิพร บุณยพัฒน์กุล พยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถือบุญธรัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำหมวเรียน งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
ชื่อนิสิต นางสาววิมลมาส เชาวลิต โทร. 08-4063-5706

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 503

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เพลินจิต กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

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

เนื่องด้วย นางสาววิลมาส เชาวลิต นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนองต่ออาการการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอม สุวรรณโน อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอม สุวรรณโน
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
ชื่อนิสิต นางสาววิลมาส เชาวลิต โทร. 08-4063-5706

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ [illegible]

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยสิริเวชช์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

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

เนื่องด้วย นางสาววิมลมาส เชาวลิล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคอบสนองต่ออาการการเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุนีย์ เอี่ยมศิรินูกูล หัวหน้าหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู. เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำหรับติดต่อ นางสาวสุนีย์ เอี่ยมศิรินูกูล
งานบริหารการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
ชื่อนิสิต นางสาววิมลมาส เชาวลิล โทร. 08-4063-5706

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ C414

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิลล์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาววิมลมาส เชาวลิต นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 20 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 50 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระยะเวลาการมารับการรักษา แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ และแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิมลมาส เชาวลิต ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ งานบริการการศึกษา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
ชื่อนิสิต นางสาววิมลมาส เชาวลิต โทร. 08-4063-5706

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0414

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

8 กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาววิมลมาส เชาวลิต นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระยะเวลาการมารับการรักษา แบบสอบถามการคอบสนองต่ออาการ และแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิมลมาส เชาวลิต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
ชื่อนิสิต นางสาววิมลมาส เชาวลิต โทร. 08-4063-5706

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ว.814

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยทัศน์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลครึ่ง

เนื่องด้วย นางสาววิมลมาส เชาวลิต นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระยะเวลาการมารับการรักษา แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ และแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิมลมาส เชาวลิต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถือบุญรัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ติดต่อเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
ชื่อนิสิต นางสาววิมลมาส เชาวลิต โทร. 08-4063-5706

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาฯ อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2253-2395 E-mail: irbcu@yahoo.com

---

COA No. 058/2551

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 03201/51 : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การคอบสนองต่ออาการ การเผชิญ
ความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววิมลมาส เชาวลิต นิสิตระดับมหาบัณฑิต

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศ์โรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 2 พฤษภาคม 2551 **วันหมดอายุ** : 1 พฤษภาคม 2552

เงื่อนไข

1. หากใบรับรองหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องหยุด เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
3. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร/ประชากรตัวอย่าง, ใบยินยอม, และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตรา ของคณะกรรมการฯ เท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้ เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการฯ
4. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
6. **โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยในรูป CD ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น**
7. **โครงการวิจัยเกิน 1 ปี ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยทุกปี เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยในรูป CD ภายใน 60 วัน**

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

03201/51

2 พ.ค. 2551

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน *โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*

ชื่อผู้วิจัย นางสาววิมลมาส เชาวลิต นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-7534-0250 ต่อ 5134

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-4063-5706

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1.โครงการนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในอดีต ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ณ *โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ รวม 3 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 18-59 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล รู้สึกตัวดี มีอาการคงที่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจสามารถสอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 160คน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในแต่ละวันและคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด สุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ในแต่ละวัน โดยใช้สัดส่วน 1: 2 ของผู้ป่วยที่เลือกไว้แล้วทำการเก็บข้อมูล*

2.เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยจะถูกแปลงเป็นตัวเลขผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ป่วย

3.รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องปฏิบัติคือ การตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ชุดอาจต้องใช้เวลา 40 นาที การตอบแบบสอบถามนี้อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าเล็กน้อย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีสิทธิเข้าร่วมหรือปฏิเสธในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ทำการวิจัย โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับแต่ประการใด

5.ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

6.ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการปกปิดอย่างมิดชิด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

03201/51
2 มี.ค. 2551

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาววิมลมาส เชาวลิต ที่อยู่ คีกอาชุรกรรม 4 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและขั้นตอนการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบสนองต่ออาการ การเผชิญความเครียดกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจด้วยการตอบแบบสอบถามซึ่งใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาทีเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและมีสิทธิที่จะปฏิเสธจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

....

สถานที่ / วันที่ ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

....

( )

สถานที่ / วันที่ ลงนามผู้วิจัยหลัก

....

สถานที่ / วันที่ พยาน

ขอบคุณในความร่วมมือ

นางสาววิมลมาส เชาวลิต คีกอายุรกรรม4โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (ผู้วิจัย)

โทร 075-340250 ต่อ 5134

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1.อายุ…….ปี…….เดือน

2.เพศ ( ) ชาย

( ) หญิง

3. ระดับการศึกษา

( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา

( ) มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

( ) อนุปริญญา/ปวส . ( ) ปริญญาตรีขึ้นไป

4. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

( )ไม่พอใช้และมีหนี้สิน ( )ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน

( )พอใช้แต่ไม่มีเงินออม ( )พอใช้และมีเงินออม

5. ท่านอาศัยอยู่กับ……อยู่ด้วยกันจำนวน……คน

6. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมาก่อนหรือไม่

( ) เคย

( ) ไม่เคย

7. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมา……เดือน

8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

( ) มี ได้แก่……

( ) ไม่มี

9. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่

( ) เคย จำนวน……ครั้ง ด้วยโรค.....

( ) ไม่เคย

10. ผลการวินิจฉัยของแพทย์ (ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติของท่าน)

( ) STEMI ( ) NSTEMI ( ) unstable angina

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

11. ท่านเริ่มมีอาการผิดปกติไปจากเดิมเมื่อเวลา……น.

เริ่มมีอาการผิดปกติที่สังเกตได้จนมีอาการรุนแรงขึ้นเมื่อเวลา……..น.

ตัดสินใจมารับการรักษาเวลา……น.

มาถึงโรงพยาบาลเวลา……น.

ระยะเวลาการมารับการรักษา……..ชั่วโมง (ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก โดยการศึกษาจากแฟ้มประวัติของท่าน)

12. ท่านเดินทางมาโรงพยาบาลโดย

( ) รถประจำทาง ( ) รถส่วนตัว

( ) อาศัยรถเพื่อนบ้าน ( ) อื่นๆ ระบุ……

13. การเดินทางมาโรงพยาบาลของท่าน

( ) สะดวก ( ) ไม่สะดวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวนทั้งหมด 22 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมของท่าน ต่ออาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในครั้งนี้ โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับประสบการณ์ของท่านเพียง 1 คำตอบ โดยแสดงเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับประสบการณ์ของท่าน โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

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

การตอบสนองต่ออาการ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.ฉันคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากโรคหัวใจ					
2 ฉันคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นครั้งนี้เกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคหัวใจ					
3.ฉันคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นในครั้งนี้รุนแรง					
.					
.					
.					
.					
22.ฉันรู้ว่าการรักษาจะได้ผลหรือไม่ขึ้นอยู่กับความช้าเร็วในการมาโรงพยาบาล					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 50 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถาม เกี่ยวกับการคิดและพฤติกรรมที่ท่านใช้ในการจัดการกับความเครียดซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของท่านในครั้งนี้ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ถ้าตอบว่า ไม่เคยใช้เลย หมายถึง ท่านไม่เคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียด

เคยใช้บางครั้ง หมายถึง ท่านเคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียดบางครั้ง

เคยใช้บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านเคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียดบ่อยครั้ง

เคยใช้ประจำ หมายถึง ท่านเคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียดเป็นประจำ

ข้อคำถาม	ไม่เคยใช้เลย	เคยใช้บางครั้ง	เคยใช้บ่อยครั้ง	เคยใช้ประจำ
1.เมื่อฉันรู้สึกเครียดจากความเจ็บป่วย ฉันพยายามจดจ่อกับสิ่งที่ต้องทำต่อไป				
2. ฉันทำในสิ่งที่รู้ว่าจะไม่ได้ผลในการแก้ปัญหา แต่อย่างน้อยที่สุด ฉันก็ได้ลงมือทำ				
3.ฉันพยายามโน้มน้าวให้ผู้อื่นมีส่วนรับผิดชอบต่อปัญหานั้นๆ				
4. ฉันพูดคุยกับคนอื่นเพื่อให้เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดีขึ้น				
5.ฉันวิจารณ์หรือนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาสอนตนเอง				
6.ฉันพยายามที่จะไม่ปิดช่องทางของตนเองแต่จะหาทางเลือกให้กับตนเอง				
7.ฉันหวังว่าจะเกิดปาฏิหาริย์ที่จะช่วยฉันได้บ้าง				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อคำถาม	ไม่เคยใช้เลย	เคยใช้บางครั้ง	เคยใช้บ่อยครั้ง	เคยใช้ประจำ
8.ฉันปล่อยให้สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นไปตามยถากรรม				
9.ฉันทำเป็นทองไม่รู้ร้อนเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น 10.ฉันพยายามปกปิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น				
11. ฉันคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ใช่เรื่องเลวร้าย				
12.ฉันพยายามนอนให้มากขึ้น				
13.ฉันรู้สึกโกรธเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น				
14.ฉันยอมรับความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจจากบุคคลอื่น ๆ				
15.ฉันคิดว่าการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งดี				
16.ฉันพยายามลืมทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น				
17.ฉันขอความช่วยเหลือจากคนที่มีความรู้ความชำนาญ				
18.ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ฉันมีโอกาสได้เปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาตนเองในทางที่ดีขึ้น				
19. ฉันใช้การกล่าวคำขอโทษ หรือทำอะไรบางอย่างเพื่อทดแทนความผิดนั้น				
20.ฉันแก้ปัญหาตามแผนที่วางไว้				
21.ฉันหาทางระบายความรู้สึก				
22.ฉันยอมรับว่าฉันเป็นคนก่อปัญหาขึ้น				
23.ฉันคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้น จะเป็นประสบการณ์ที่ดีกับฉันได้ต่อไปในอนาคต				
.				
.				
.				
.				
50.ฉันนำวิธีการแก้ปัญหาของคนที่ฉันชื่นชอบมาเป็นแบบอย่างปฏิบัติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับฉัน				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง.
ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการตอบสนองต่ออาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 160 คน (n = 160)

การตอบสนองต่ออาการ	$\overline{X}$	SD	ระดับ
การมารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการรบกวนสมาชิกในครอบครัว	4.24	.95	มาก
อาการที่เกิดขึ้นอาจทำให้ตายได้ทันที	4.13	.71	มาก
อาการที่เกิดขึ้นต้องได้รับการรักษาโดยด่วน	4.06	.61	มาก
ขณะมีอาการอยู่คนเดียวจึงทำให้ไม่มารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที	3.98	1.11	มาก
การพยายามอดทนกับอาการที่เกิดขึ้นมีผลเสียคือทำให้มารับการรักษาช้า	3.74	.90	มาก
อาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากโรคหัวใจ	3.73	.56	มาก
อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคืออาการเจ็บหน้าอกด้านซ้ายเท่านั้น	3.65	1.05	มาก
อาการที่เกิดขึ้นในครั้งนี้ไม่จำเป็นต้องมารีบมารักษาในโรงพยาบาล	3.60	.67	มาก
ฉันไม่รีบมาโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเพราะไม่มีเงินรักษา	3.43	1.33	ปานกลาง
อาการที่เกิดขึ้นในครั้งนี้รุนแรง	3.17	.86	ปานกลาง
ขอให้คนรอบข้างช่วยรักษาอาการให้ ก่อนตัดสินใจมาโรงพยาบาล	3.16	1.20	ปานกลาง
การเดินทางไม่สะดวกทำให้ไม่ได้มาโรงพยาบาลทันที	2.90	1.27	ปานกลาง
หาทางรักษาอาการที่เกิดขึ้นด้วยตัวเอง(โดยไม่ใช้ยา)ก่อนตัดสินใจมาโรงพยาบาล	2.86	.86	ปานกลาง
การรอดูอาการอยู่ที่บ้านมีผลทำให้อาการของโรคตอนนี้แย่ลง	2.84	1.21	ปานกลาง
การรักษาจะได้ผลหรือไม่ขึ้นอยู่กับความช้าเร็วในการมาโรงพยาบาล	2.81	1.17	ปานกลาง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 (ต่อ)

การตอบสนองต่ออาการ	$\overline{X}$	SD	ระดับ
ตัดสินใจมาโรงพยาบาลเมื่ออาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทั้งกายและใจ	2.78	1.29	ปานกลาง
อาการที่เกิดขึ้นครั้งนี้เกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคหัวใจ	2.64	.81	ปานกลาง
รอดูอาการจนกระทั่งทนไม่ไหวจึงมาโรงพยาบาล	2.46	.97	ปานกลาง
อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความรุนแรงต้องรีบมารับการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องมีอาการทางกายมากกว่า 1 อาการ เช่นมีอาการเจ็บ แน่น ปวดร่วมกับอาการหายใจไม่สะดวก เป็นต้น	2.45	1.03	น้อย
ตัดสินใจมาโรงพยาบาลเมื่ออาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน	2.42	.96	น้อย
ตัดสินใจมาโรงพยาบาลเมื่ออาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน	2.23	.86	น้อย
ตัดสินใจมาโรงพยาบาลเมื่ออาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อการนอนหลับ	2.25	.90	น้อย
การตอบสนองต่ออาการโดยรวม	3.15	.26	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษามีการตอบสนองต่ออาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .26 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าเมื่อเกิดอาการขึ้นความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่ออาการนั้นๆ คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากโรคหัวใจ ต้องได้รับการรักษาโดยด่วน อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ3.73 และ 4.06 ทราบว่าการรักษาจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับความช้าเร็วในการมาโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.81

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววิมลมาส เชาวลิต เกิดเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2514 ที่อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จบการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราชเมื่อปี 2534 จบพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี1 เมื่อปี 2540 เข้าศึกษาต่อระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อปี 2548 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4-5 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย