



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วย กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วิยะดา คงแก้ว* นันทิยา วัฒมายู** ดวงใจ รัตนธัญญา*** และสุพินดา เรืองจิรัชเสี๋ยร***

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 148 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาตามนัดและนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เกิน 2 เดือน โดยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการต่างๆ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .67 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสมการถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ (64.2%) เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 53.59 ปี ประมาณ 2 ใน 3 (64.9%) ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยรวมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดร่วมกันทำนายความล่าช้าได้ร้อยละ 52.1 ($Pseudo R^2 = 0.521, p < 0.05$) ประกอบด้วย อายุ เพศ การตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น โดยมี 5 ตัวแปร ที่สามารถทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ได้แก่ การตอบสนองทางพฤติกรรมโดยพยายามผ่อนคลาย ($OR = 35.566, B = 3.571, p < .05$) อยู่กับครอบครัวในขณะที่เกิดอาการ ($OR = 0.041, B = -. 3.191, p < .05$) การตอบสนองทางอารมณ์หรือ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2559; 28(1): 54-66

* นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



พฤติกรรมของบุคคลอื่นแนะนำให้พักผ่อนและทานยา ($OR = 0.056, B = -2.883, p < .01$) อยู่ที่บ้าน ขณะเกิดอาการ ($OR = 8.738, B = 2.168, p < 0.01$) รอให้อาการหายไป ($OR = 2.722, B = 1.019, p < 0.01$)

สรุป: พยาบาลควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

คำสำคัญ: ความล่าช้า/ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน/การตอบสนองการรับรู้ในด้านต่างๆ

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) เป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา ซึ่งพบว่าประมาณ 1 ใน 6 ของสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับในประเทศกำลังพัฒนาพบอัตราการเสียชีวิต 28% ในจำนวนนี้ 50% เสียชีวิตภายใน 30 นาทีแรกก่อนมาโรงพยาบาล (Saber, Adib-Hajbaghery, & Zohreha, 2014) จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง 17.3 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็น 23 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2556 พบผู้เสียชีวิตจำนวน 54,530 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 150 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2557) สาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยในโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ซึ่งมีลักษณะทางคลินิก 3 กลุ่มอาการ คือ Unstable angina (UA), ST-elevation myocardial infarction (STEMI) และ non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI)

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถือว่าเป็นภาวะคุกคามของชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้นๆ หลังจากมีอาการสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงบริการรวมถึงด้านการประเมิน การวินิจฉัย การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และการผ่าตัดเย็บเบนหลอดเลือดหัวใจ แต่ยังคงพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ ถึงแม้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยจะมีความก้าวหน้า แต่กลับพบว่าผู้ป่วยสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการมารับบริการที่ล่าช้า (treatment delay) (Taghaddosi, Dianati, Bidgoli, & Bahanan, 2010; Farshidi, Rahimi, Abdi, Salehi, & Madani, 2013)

ความล่าช้าในการมารับบริการสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ความล่าช้าระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital phase) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการและตัดสินใจมารับการรักษา สะท้อนถึงความล่าช้าที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง และความล่าช้าที่เกิดจากระบบ (system delay) เริ่มตั้งแต่ระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาเปิดหลอดเลือด (reperfusion) เป้าหมายหลักในการรักษาผู้ป่วยกลุ่ม



อาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มมากขึ้นซึ่งระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการแสดงของอาการภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาล และได้รับยาละลายลิ่มเลือด ถ้าทำได้อย่างรวดเร็วจะมีประโยชน์และมีคุณภาพส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Wang & Hsu, 2013) จะเห็นได้ว่าความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลนับเป็นสาเหตุหลักสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษาโดยระยะเวลาเป้าหมายตามแนวเวชปฏิบัติของสถาบันโรคทรวงอก (2555) กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องเดินทางมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 30 นาที เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลสามารถทำ EKG ภายใน 5-10 นาที ให้รับประทานยา Aspirin (162-325 mg) ให้อาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที (Door to needle time < 30 นาที) และได้รับการขยายหลอดเลือดแดงด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ภายในเวลา 90 นาที (Door to Balloon time < 90 นาที) (สถาบันโรคทรวงอก, 2555)

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาที่หลากหลายในเรื่องความล่าช้า (pre-hospital delay) และพฤติกรรมการค้นหาคำปรึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการมารับบริการที่โรงพยาบาล มีบางการศึกษาใช้แนวคิดทางการแพทย์ (medical model orientation) ที่มุ่งประเด็นที่ปัจจัยด้านบุคคลและลักษณะอาการของผู้ป่วยในการทำนายความล่าช้า อย่างไรก็ตาม Dracup et al. (2006) ได้พัฒนากรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Regulatory Model) ในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยอธิบายว่า เมื่อบุคคลมีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการเจ็บหน้าอกหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปัจจัยด้านบุคคลและบริบททางสังคม (Social context) จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองด้านการรับรู้ (Cognitive

response) และให้ความหมายถึงอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นและตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกโดยใช้ความรู้หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอก นอกจากนี้ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะมีการตอบสนองทางอารมณ์ (Affective or emotional response) ด้วยความกลัว ความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะมีการวางแผนการตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral response) กับอาการเจ็บหน้าอกหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น โดยแสวงหาวิธีการรักษาตนเองหรือพยายามควบคุมอาการ นอกจากนี้ การตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น (Behavioral or emotional responses of bystanders) เป็นการตอบสนองของบุคคลอื่นเมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งมีหลายวิธี เช่น การเรียกรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (pre-hospital delay)

ความล่าช้าจากตัวผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (เพศ อายุ) บริบททางสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ ปัจจัยการตอบสนองด้านพฤติกรรมและปัจจัยการตอบสนองด้านพฤติกรรมของบุคคลอื่น การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากจะรอให้อาการปวดมากขึ้น (Taghaddosi et al. 2010; McKinley et al. 2011; Eshah, 2013; สุวีณา เบาะเปลี่ยน, 2554) นอกจากนี้ พบว่า เพศหญิงมีความล่าช้าในการมารับบริการมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะมีการค้นหาวิธีการรักษา และมีความอดทนมากกว่าเพศชาย (Farshidi et al. 2013; Wang et al. 2013) สำหรับบริบททางสังคม ได้แก่ สถานที่ หรือผู้ป่วยอยู่กับใคร เมื่อเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า โดยส่วนใหญ่



(71.4%) เกิดอาการขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านทำให้มารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้าเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นเวลากลางคืนจะรอให้ถึงเช้าจึงจะมาใช้บริการที่โรงพยาบาล (Lesneski, 2010) สำหรับการตอบสนองด้านการรับรู้ เป็นการรับรู้อาการจากประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้น เช่น อาการเจ็บหน้าอกผู้ป่วยมีความเชื่อว่าถ้าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก็จะมีการตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยที่ไม่สามารถจดจำอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ก็就会有ความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Moser et al. 2006) สำหรับปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเผชิญกับความเจ็บปวดหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะตอบสนองทางอารมณ์โดยแสดงความรู้สึกกังวล และกลัวกับสิ่งที่เกิดขึ้นพยายามหาวิธีควบคุมอาการโดยใช้วิธีต่างๆ โดยแสดงออกมาทางพฤติกรรม เช่น การสวดมนต์เพื่อหวังให้อาการเหล่านั้นหายไปส่งผลให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (เป็น รักเกิด, 2550; Bank & Dracup, 2006) สำหรับปัจจัยการตอบสนองด้านพฤติกรรม เป็นการตอบสนองทางพฤติกรรมที่เกิดจากการตัดสินใจจากลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ ภาวนาสวดมนต์ให้อาการเหล่านั้นหายไป หรือรอดูให้อาการหายไปก่อนที่จะมีการค้นหาการรักษา พยายามผ่อนคลายและการรักษาตนเองเบื้องต้น เช่น การรับประทานยาลดกรด (Lesneski, 2010; McKinley et al. 2011; Eshah, 2013) มีผลให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการมารับบริการขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ที่ผ่านมามีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับความสนใจและมีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อยมาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยต่างๆ ว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์

หรือสามารถทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เพราะจะช่วยให้เข้าใจถึงลักษณะของผู้ป่วย การตอบสนองด้านอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลอื่นที่พบเห็น พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งกับผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ ซึ่งสามารถลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล รวมทั้งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านบริบททางสังคม ปัจจัยการตอบสนองด้านการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาตรวจติดตามการรักษาหลังจากนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหลอดเลือดและหัวใจ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติการคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้



1) เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาตรวจตามนัดหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เกิน 2 เดือน

2) อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

3) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องมีคะแนน MMSE \geq 15 ขึ้นไป

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างและเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Cohen, 1988) โดยกำหนดค่าแอลฟา (alpha) เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพล $R^2 = .24$ จากการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์ (2553) กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 148 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptom Questionnaire) ของ Dracup et al. (1997) แปลเป็นภาษาไทย ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นทั้งแบบเลือกตอบและแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ เป็นการถามถึงประสบการณ์การรับรู้และการจัดการกับอาการด้านต่างๆ ของตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่น ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังนี้

1. ด้านบริบททางสังคม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานที่เกิด

อาการและเกิดอาการครั้งแรกอยู่กับใคร ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือก สามารถตอบได้เพียง 1 ข้อ

2. การตอบสนองด้านการรับรู้ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น เช่น การรับรู้อาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกเกิดจากสาเหตุใด ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือกสามารถตอบได้เพียง 1 ข้อ สำหรับข้อคำถามการให้ความสำคัญของสาเหตุ/เหตุผลของการชะลอการมารับการรักษา เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนต่ำหมายถึง ไม่ใช่สาเหตุ/เหตุผลสำคัญของการชะลอการมารับการรักษา คะแนนสูง หมายถึง สาเหตุ/เหตุผลสำคัญของการชะลอการมารับการรักษา และข้อคำถามเกี่ยวกับการเคยได้ยินชื่อยาละลายลิ่มเลือดหรือไม่ เป็นลักษณะตัวเลือก เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ

3. การตอบสนองทางอารมณ์ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการตอบสนองด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ เช่น ความกังวล ความสามารถในการควบคุมอาการ รวมถึงเหตุผลสำคัญของการชะลอการมารับการรักษาเนื่องจากความกลัวสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ และข้อคำถามประเมินระดับคะแนนความเจ็บปวดคำตอบเป็นระดับคะแนนที่มีค่าต่อเนื่องจาก 0-10 คะแนน

4. การตอบสนองทางพฤติกรรม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามการตอบสนองทางพฤติกรรมต่ออาการที่เกิดขึ้น เช่น ขอพร พยายามผ่อนคลาย ลองรักษาด้วยตนเอง หรือทำเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือกสามารถเลือกได้เพียง 1 คำตอบ

5. การตอบสนองทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น จำนวน 1 ข้อ ที่ไม่ใช่บุคลากรทางสาธารณสุขต่ออาการที่เกิดขึ้นและได้รับการ



ตอบสนองอย่างไร เช่น ไม่พูดหรือทำอะไร พยายาม
ปลอบ หรือแนะนำให้พักผ่อนและรับประทานยา
ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือกสามารถเลือกได้เพียง
1 คำตอบ

6. คำถามอื่นๆ จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถาม
อาการแสดงครั้งแรกเกิดขึ้นเมื่อไหร่

ส่วนที่ 3 บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน จำนวน 1 ข้อ เป็น
บันทึกระยะเวลาเป็นวันที่ตั้งแต่เริ่มมีอาการและ
ตัดสินใจมารับการรักษากระทั่งมาถึงโรงพยาบาล
สำหรับการศึกษา ถ้าผู้ป่วยใช้ระยะเวลามารับบริการ
> 30 นาที หมายถึง มีความล่าช้าในการมารับบริการ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในผู้ป่วย
กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อ
ตรวจสอบความเข้าใจในข้อถามและปัญหาในการ
ตอบแบบสอบถาม ทดสอบค่าความเที่ยงของ
แบบสอบถามส่วนที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่าโดยวิธี
หาความสอดคล้องภายใน (internal consistency
reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
(Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม
เท่ากับ .67

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมในคนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล (COA No. IRB-NS2014/245.3007) ได้มี
การชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ของ
การวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือ
แสดงเจตนายินยอม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัว
หรือยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและ
ไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลของผู้เข้าร่วม
วิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะขอ
เสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น แต่ถ้าขณะสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด
กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลส่งต่อตามมาตรฐาน
ทางการพยาบาลทันที โดยใช้เวลาการตอบแบบ
สัมภาษณ์คนละประมาณ 30-40 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะ
กรรมการจริยธรรมในคนจากคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดลและได้รับหนังสืออนุมัติการเก็บ
ข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการ และหัวหน้างาน
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขอเก็บข้อมูล
แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหลอดเลือดและหัวใจ
ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557-มีนาคม 2558

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่สมัครใจในการเข้าร่วม
โครงการขณะรอตรวจ โดยแนะนำตนเอง ชี้แจง
วัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บ
รวบรวมข้อมูลวิจัยพร้อมทั้งเน้นย้ำการพิทักษ์สิทธิ
เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัย
ขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนา
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงทำการสัมภาษณ์
ผู้ป่วยตามแบบสอบถามและขอความยินยอมในการ
เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทาง
สถิติด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
เพียร์สันและวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก โดยทำการ
ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอย
โลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression)
พบว่า บางตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเองสูงเกินไป
(Multicollinearity) ได้แก่ เหตุผลชะลอในการมา
รับบริการเพราะไม่ทราบว่าเป็นอาการของโรคหัวใจ
และเหตุผลชะลอในการมารับบริการเพราะไม่ทราบ



เกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจกำเริบมีค่า $r = .964$ จึงตัดตัวแปรเหตุผลชะลอในการมารับบริการเพราะไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจกำเริบออกจากการวิเคราะห์ครั้งนี้

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 148 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (64.2%) อายุระหว่าง 35-73 ปี มีอายุเฉลี่ย 53.59 ปี (SD 7.89) สถานภาพสมรสคู่ (79.1%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (60.1%) มีรายได้เฉลี่ย 5001-10,000 (31.1%) เป็นโรคหัวใจร่วมกับความดันโลหิตสูง (45.3%) มารับบริการที่โรงพยาบาลโดยรถยนต์ส่วนตัว (90.5%) มีการใช้บริการรถการแพทย์ฉุกเฉินเพียง 7.4% และมีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-10 กิโลเมตร (51.4%)

สำหรับความล่าช้าในการมารับบริการ พบว่าประมาณ 2 ใน 3 (64.9%) ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระยะเวลาในการมารับบริการล่าช้า (> 30 นาที) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 120 นาที ค่ามัธยฐานเท่ากับ 60 นาที เวลาต่ำสุด 5 นาที เวลามากที่สุด 1,480 นาที สำหรับการตอบสนองต่ออาการต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (79.1%) มีอาการเป็นครั้งแรก และเกือบครึ่งหนึ่งอยู่กับสามี/ภรรยา/ครอบครัว (43.9%) การตอบสนองด้านการรับรู้ของผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นมากกว่า 1 ใน 3 (37.8%) เป็นปัญหาจากการหายใจ รongลงมา คือ ปัญหาอาหารไม่ย่อยหรือกระเพาะอาหาร (31.1%) ในด้านความรุนแรงของอาการ พบว่า เกือบ 1 ใน 3 (31.8%) คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงปานกลาง (Mean = 3.78, SD = 1.08) สำหรับเหตุผลการชะลอรับการรักษาได้แก่ รอดูว่าอาการเหล่านั้นหายไป (Mean = 3.05, SD = 1.65) อาการเหล่านั้นเป็นๆ หายๆ (Mean = 3.21, SD = 1.63) ไม่ทราบเป็นอาการของโรคหัวใจ

(Mean = 3.72, SD = 1.64) ด้านเหตุผลการชะลอรับการรักษาที่ไม่มีความสำคัญเลย ได้แก่ อายุที่จะรับการช่วยเหลือ (Mean = 1.31, SD = .807) ไม่อยากรบกวนหรือทำให้ใครเดือดร้อน (Mean = 1.81, SD = 1.34) ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น (Mean = 2.48, SD = 1.55) การรับรู้เกี่ยวกับยาลดลิ่มเลือด พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่ง (60.1%) ไม่เคยได้ยาลดลิ่มเลือดมาก่อน

การตอบสนองทางอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยเกือบครึ่ง (44.6%) ไม่มีความกังวลเลย (Mean = 2.27, SD = 1.33) เหตุผลการชะลอรับการรักษาเพราะกลัวกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น พบว่า ไม่มีความสำคัญเลย (Mean = 1.85, SD = 1.29) และพบว่าผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 3 (34.5%) สามารถควบคุมอาการได้ระดับปานกลาง (Mean = 3.29, SD = 1.19) ด้านระดับความเจ็บปวด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (81.8%) มีระดับคะแนนความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก (Mean = 8.12, SD = 1.93) สำหรับการตอบสนองทางพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยเกือบครึ่ง (48%) ใช้วิธีการตอบสนองด้านพฤติกรรมโดยการบอกใครบางคน รongลงมา คือ พยายามผ่อนคลาย (20.3%) และรับประทานยา (17.6%) เช่น ยาลดกรด สำหรับการตอบสนองพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เมื่อบอกบุคคลอื่นเกี่ยวกับอาการของตนเอง เกือบครึ่ง (49.3%) ของบุคคลอื่นจะมีการตอบสนองโดยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล รongลงมา คือ แนะนำให้พักผ่อนและรับประทานยา (16.9%) และแนะนำให้พบแพทย์ (11.5%)

ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการ

ผลการวิจัย พบว่า มี 5 ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการ คือ ปัจจัยการตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อเกิด



อาการพยายามผ่อนคลาย ($OR = 35.566$, $B = 3.571$, $p < .05$) ขณะพบอาการครั้งแรกผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว) ($OR = .041$, $B = -3.191$, $p < .05$) ปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นเมื่อเกิดอาการพบว่า บุคคลอื่นแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและรับประทานยา ($OR = .056$, $B = -2.883$, $p < .01$) เกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้าน ($OR = 8.738$, $B = 2.168$, $p < .01$) และเหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะรอดูว่าอาการเหล่านั้นหายไป ($OR = 2.722$, $B = 1.019$, $p < .01$) ดังแสดงในตาราง

อภิปรายผลการวิจัย

ความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสำคัญ การมารับบริการที่โรงพยาบาลทันทีหลังจากเกิดอาการภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะเป็นประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการรักษา การมารับบริการของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยการตอบสนองอาการต่างๆ ของตัวผู้ป่วยเองและบุคคลรอบข้าง การศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (64.2%) สอดคล้องกับข้อมูลเชิงระบาดวิทยาที่พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 53.59 ปี (อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 73 ปี) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (สวีณา เบาะเปลี่ยน, 2554; Wu, Mose, Riegel, McKinley, & Doering; Mussi et al. 2014) เกือบหนึ่งในสาม (28.4%) มีโรคร่วมตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป โดยพบว่าผู้ป่วยเกือบครึ่ง (45.3%) มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม อาจเนื่องมาจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ

มาก่อน ซึ่งเป็นสาเหตุให้หลอดเลือดมีการแข็งตัวหรือตีบ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ลดลงผู้ป่วยจึงมีอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือด สำหรับการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือด สำหรับยานพาหนะในการเดินทาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (90.5%) เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัว โดยใช้รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียง 7.4% ทั้งนี้ เนื่องด้วยบริบทของสภาพภูมิประเทศเป็นภูเขาของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ทำให้เป็นอุปสรรคในการเดินทางและระยะทางที่ค่อนข้างไกลจากโรงพยาบาล รวมถึงรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีน้อย และยังไม่ครอบคลุมในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดใกล้เคียง

ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า โดยภาพรวมตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 52.1 ($Pseudo R^2 = .521$, $p < .05$) โดยรวมแล้วสมการถดถอยโลจิสติกสามารถทำนายได้ถูกต้อง 83.1% และการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลล่าช้ากว่าเวลามาตรฐานตามแนวปฏิบัติของสถาบันโรคทรวงอก (2555) ระยะเวลาที่ใช้ในการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 (64.9%) ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระยะเวลาในการมารับบริการล่าช้า (> 30 นาที) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 120 นาที ค่ามัธยฐานเท่ากับ 60 นาที เวลาต่ำสุด 5 นาที เวลาสูงสุด 1,480 นาที เพราะผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหาจากการหายใจ (37.8%) และส่วนใหญ่เมื่อเกิดอาการจะอยู่ที่บ้าน (79.1%) ซึ่งอาจจะอยู่คนเดียวไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ รวมถึงผู้ป่วยบางรายจะมีการตอบสนองทางพฤติกรรมโดยการพยายามผ่อนคลาย (20.3%) เช่นเดียวกับการศึกษา



ตาราง แสดงปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตัวแปร	B	Wald	Exp(B) (Odds ratio)	95% C.I. for EXP(B)		
				Lower	Upper	p-value
บริบททางสังคม						
- สมาชิกในครอบครัวสามี/ภรรยา	-3.191	6.114	.041	.003	.516	.013*
- อยู่ที่บ้าน	2.168	4.356	8.738	1.141	66.917	.008**
การตอบสนองด้านการรับรู้						
- อาการเหล่านั้นหายไป	1.019	9.009	2.772	1.424	5.393	.003**
การตอบสนองทางพฤติกรรม						
- พยายามผ่อนคลาย	3.571	4.789	35.566	1.452	871.197	.029*
การตอบสนองของบุคคลอื่น						
- แนะนำพักผ่อนและรับประทานยา	-2.883	3.980	.056	.003	.951	.046**

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

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

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

ของ พิมพา เทพวัลย์ (2011) ที่พบว่า ร้อยละ 29 พยายามบรรเทาอาการด้วยตนเองหลังจากมีอาการซึ่งทำให้มีระยะเวลาที่ล่าช้าในการได้รับการรักษาหลังจากเกิดอาการมีเพียง 1 ใน 3 (35.1%) ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระยะเวลาในการมารับบริการไม่ล่าช้า

สำหรับปัจจัยบริบททางสังคมที่สามารถทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ได้แก่ ถ้าขณะเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่กับครอบครัวสามารถป้องกัน/ลดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ 95.9% เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่อยู่กับบุคคลอื่นขณะที่เกิดอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Eshah (2013) พบว่า ขณะเกิดอาการครั้งแรกถ้าผู้ป่วยอยู่กับสามี/ภรรยาสามารถป้องกันความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลได้ อาจเนื่องจากความเครียดและวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังพบ

ว่าเมื่อเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้านสามารถทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ 8.78 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับอยู่ที่อื่น อาจเนื่องมาจากขณะเกิดอาการผู้ป่วยอาจจะอยู่ที่บ้านคนเดียวไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Banks et al. (2006) พบว่า ประมาณเกือบ 1 ใน 3 (30%) เมื่อเกิดอาการครั้งแรกอยู่ที่บ้านคนเดียวจะใช้เวลาในการมารับบริการประมาณ 3.50 ชั่วโมง ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$)

การตอบสนองด้านการรับรู้เหตุผลการชะลอการมารับบริการเพราะรอว่าอาการเหล่านั้นหายไปสามารถทำนายโอกาสเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ 2.77 เท่า ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ลักษณะอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถจดจำอาการที่สำคัญ



ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างทันทีทันใด (Lesneski, 2010) แต่เนื่องจากลักษณะอาการเหล่านั้นเป็นๆ หายๆ ไม่ชัดเจน ลักษณะอาการคล้ายจะเป็นลม หายใจไม่สะดวกทำให้ไม่สามารถแยกอาการเหล่านั้นออกจากกันได้อย่างชัดเจน จึงมีความล่าช้าในการมารับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nouredine et al. (2008) พบว่า ลักษณะอาการแสดงจะเป็นลักษณะคล้ายอาการ หายใจไม่สะดวก อีกทั้งลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเป็นๆ หายๆ จึงรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงจึงไม่เห็นความสำคัญส่งผลให้มีความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

การตอบสนองทางพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการพยายามผ่อนคลายมีโอกาเสี่ยงต่อความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ 35.57 เท่า อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดอาการถ้าผู้ป่วยมีการตอบสนองทางพฤติกรรมด้วยการพยายามผ่อนคลายเพราะคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงจึงไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการเหล่านั้น ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า เช่นเดียวกับ Nouredine et al. (2008) พบว่า เมื่อเกิดอาการผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 4 (20%) มีการตอบสนองทางพฤติกรรมโดยพยายามผ่อนคลายและรักษาตนเองเบื้องต้น และหลังจากนั้นจึงจะขอความช่วยเหลือจากบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีผลต่อความล่าช้าในการมารับบริการ

สำหรับการตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นไม่เป็นไปตามสมมติฐาน โดยพบว่าเมื่อเกิดอาการบุคคลอื่นแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและรับประทานยาที่มีโอกาสป้องกันความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ 94.4% ($B = -2.883, p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นไม่แนะนำอะไร ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Al-Hassan (2012) พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง (89.3%) เมื่อเกิดอาการครั้งแรกบุคคลอื่นพาผู้ป่วยไป

โรงพยาบาลทันที เหตุผลอาจจะเป็นไปได้ว่าหลังจากที่มีการพักผ่อนและรับประทานยาอาการไม่ทุเลาจึงรีบนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้ นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ) และปัจจัยการตอบสนองทางอารมณ์ไม่สามารถทำนายโอกาสการเกิดความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Walsh et al. (2004) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกกลัวต่อสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยรีบตัดสินใจในการมารับบริการที่โรงพยาบาลโดยทันที

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการศึกษาเก็บข้อมูลจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วในอดีต ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมีความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถาม อาจจะไม่จดจำความรู้สึกในขณะเกิดอาการครั้งแรกไม่ได้ทั้งหมด (recall bias) นอกจากนี้ การศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และรับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลภาคใต้ตอนบน อาจจะมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้อ้างอิงกับประชากรกลุ่มอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ภาวะกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามและสามารถคร่าชีวิตได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการตอบสนองด้านการรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาจากการหายใจ ไม่คิดว่าเป็นอาการของโรคหัวใจ ผู้ป่วยจึงมีการตอบสนองด้วยการพยายามผ่อนคลายหรือรับประทานยา มีผลให้ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า ทำให้การรักษาไม่ประสิทธิผลลงพยาบาลเวชปฏิบัติควรจะทำให้ความรู้จักกับผู้ป่วยและครอบครัว มีการเน้นย้ำตั้งแต่เริ่มสังเกตมีอาการและไม่ต้องรอดูให้อาการเหล่านั้นหายไป รวมถึงการ



ให้ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพและประโยชน์จากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

2. การศึกษาคั้งนี้ใช้เครื่องมือที่มีการพัฒนาจากบริบทต่างประเทศ บางข้อคำถามไม่สามารถสะท้อนได้ถึงบริบทของประเทศไทย ควรมีการศึกษา

วิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างชัดเจนว่า การตอบสนองการรับรู้และการตอบสนองทางอารมณ์มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างไร

.....

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- พิมพา เทพวัลย์. (2011). การรับรู้ความเจ็บปวด การตอบสนองทางอารมณ์ และประสพการณ์ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 111-119.
- เป็น รักเกิด. (2550). *การรับรู้การเจ็บปวดกับการตอบสนองต่อการเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สถาบันโรคทรวงอก. (2555). http://www.cdi.thaigov.net/cdi/folder___a/folder___f/1aa.pdf. Retrieved July 2015.
- สุวีณา เบาะเปลียน. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ลีทธิการรักษายาบาล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 12, 84-90.

ภาษาอังกฤษ

- Al-Hassan, M.A. (2012). The significance of cognitive representation of symptoms of acute coronary syndrome and coping responses to the symptoms in predicting prehospital delay in Omani patients. *Journal of Research in Nursing*, 0(0).1-12.
- Banks, A.D., & Dracup, K. (2006). Factors associated with prolonged prehospital delay of African Americans with acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 15(2), 149-157.
- Dracup K., Moser, D.K., Eisenberg M., Meischk, H., Alonzo, A.A., & Braslow, A. (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Social Science Medicine*, 40(3), 379-391.
- Dracup, K., McKinley, S., Riegel, B., Mieschke, H., Doering, L.V., & Moser, D.K. (2006). A Nursing intervention to reduce prehospital delay in Acute Coronary Syndrome. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(3), 186-193.



- Eshah, N.F. (2013). Seeking medical attention among Jordanian patients with Acute Myocardial Infarction. *1st Annual International Interdisciplinary Conference*, 753-761.
- Farshidi, H., Rahimi, S., Abdi, A., Salehi, S., & Madani, A. (2013). Factors associated with pre-hospital delay in patients with acute myocardial infarction. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 312-316.
- Jasser, S.A. (2011). Assessment of factors associated with prehospital delay of patients with acute myocardial infarction. *Iraqi National J. for Nursing Specialties*, 24(1), 37-44.
- Lesneski, L. (2010). Factors influencing treatment delay for patients with acute myocardial infarction. *Applied Nursing Research*, 23, 185-190.
- Noureddine, S., Arevian, M., Adra, M., & Puzantian, H. (2008). Response to signs and symptoms of acute coronary syndrome: Differences between Lebanese men and women. *American Journal of Critical Care*, 17(1), 26-35.
- Saberi, S., Adib-Hajbaghery, M., & Zohreha, J. (2014). Predictors of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction in Kashan City. *Nurs Midwifery Stud*, 3(4), 1-6.
- Taghaddosi, M., Dianati, M., Bidgoli, J.G., & Bahunaran, J. (2010). Delay and its related factors in seeking treatment in patients with acute myocardial infarction. *ARYA Atherosclerosis Journal*, 5(4), 35-41.
- Thuresson, M., Jarlov, M.B., Lindahl, B., Svensson, L., Zedigh, C., & Herlitz, J. (2008). Factors that influence the use of ambulance in acute coronary syndrome. *American Heart Journal*, 156(1), 170-176.
- Wang, X., & Hsu, L.L. (2013). Treatment-seeking delays in patients with acute myocardial infarction and use of the emergency medical service. *Journal of International Medical Research*, 41(1):231-8.
- Walsh, J.C., Lynch, M., Murphy, A.W., & Daly, K. (2004). Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction An evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 67-73.
- Wu, J.R., Mose, D.K., Riegel, B., McKinley, S., & Doering, L.V. (2011). Impact of prehospital delay in treatment seeking on in-hospital complications after Acute Myocardial Infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3), 184-193.



Factors Predicting Pre-hospital Delay in Patients with Acute Coronary Syndrome

Wiyada Khongkaew*, Nantiya Watthayu**, Duangji Rattanathanya***, and Supinda Ruangjiratain***

Abstract

Purpose: To determine factors predicting pre-hospital delay in patients with Acute Coronary Syndrome (ACS).

Design: Correlational predictive research.

Methods: A total of 148 patients with ACS were recruited using a purposive sampling. Data were collected from interviewing patients with ACS within two months of hospital admission during a follow up visit at Cardiac clinic by using the Response to Symptom Questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient was .67. Data were analyzed using descriptive statistics, Logistic regression.

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

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

Keywords: Pre-hospital delay/patients with acute coronary syndrome/response to symptoms

* Master student in nursing science program faculty of nursing Mahidol University.

** Corresponding author, faculty of nursing Mahidol University, 2 Prannok Rd. Siriraj, Bangkok Noi, Bangkok 10700 Thailand. Email: nantiya.wat@mahidol.ac.th

***Faculty of nursing Mahidol University.