

บทความวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด

A Survey of Knowledge, Belief, Decision Making when Expecting Acute Myocardial Infarction Occurrence among Community-Dwelling Older Adults in ROI-ET Province

รชฎ โคตรสินธุ์ พย.บ. (Ratchata Kotsin, B.N.S.)¹

สมรภพ บรรหารักษ์ ปร.ด. (Samoraphop Banharak, Ph.D., GNP)²

ลดาวลัย พันธุ์พานิชย์ ปร.ด. (Ladawan Panpanit, Ph.D, NP)³

สุทิน ชนะบุญ ปร.ด. (Sutin Chanaboon, Ph.D.)⁴

Received: Mar 19, 2020

Revised: Apr 18, 2020

Accepted: Apr 23, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานทางประชากรต่อความรู้ ความเชื่อ และการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุ เมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 405 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบท จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากต้นฉบับซึ่งมีการทดสอบซ้ำและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง .78-.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที่ที่เป็นอิสระต่อกัน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และไครส์แคร์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.36 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.32) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.42) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท (ร้อยละ 44.94) ใช้สิทธิการรักษาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 80.00) ไม่เคยมีประวัติการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 92.35) และไม่เคยมีประวัติการพบเห็นผู้มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 88.40) ด้านความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับต่ำทั้งด้านอาการ อาการแสดงและปัจจัยเสี่ยง ด้านความเชื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มาก่อนข้างไม่มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เห็นด้วยว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีความรุนแรง เห็นด้วยว่าการโทรเรียก

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ประเภททุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์สำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

จาก ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: ratchata.k@kku.ac.th

²Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: sbanharak@kku.ac.th

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: ladpan@kku.ac.th

⁴อาจารย์ประจำวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น E-mail: sutinchanabun@gmail.com

^{1,2,3}Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

⁴Sirindhorn College of Public Health Khon kaen, Khon Kaen, Thailand.

บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ค่อนข้างเห็นด้วยว่าตนเองมีสิ่งชักนำเพียงพอในการปฏิบัติ ค่อนข้างไม่เห็นด้วยว่าตนเองมีอุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งจะเลือกโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรพบความแตกต่างของความรู้ตามสถานภาพสมรส การอยู่อาศัย พื้นที่อยู่อาศัย อาชีพ สิทธิรักษาพยาบาล และประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนความแตกต่างของความเชื่อพบตาม เพศ การอยู่อาศัย พื้นที่อยู่อาศัย รายได้ต่อปีของครอบครัว อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานะทางสุขภาพ ประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประวัติการเคยพบเห็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพบความแตกต่างตามรายได้ต่อปีของครอบครัว และพื้นที่อยู่อาศัย

จากผลการวิจัยดังกล่าว ควรมีการพัฒนารูปแบบและเนื้อหาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง ปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และควรมีวิธีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

คำสำคัญ: กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, การตัดสินใจเข้ารับการรักษา, ความรู้, ความเชื่อ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to examine and compare basic demographic characteristics on knowledge, belief and decision making among older adults when expecting acute myocardial infarction (AMI) occurrence. Participants were 405 community-dwelling older adults living in urban, sub-urban, and rural areas, Roi-Et Province. Multistage random sampling method was used to recruit participants. Data were collected using a set of questionnaires modified by the researchers. Test-retest reliability and Cronbach's alpha coefficient for the questionnaires were between .78-.95. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, One-way ANOVA, and Chi-square test.

Results revealed that mean age of the participants was 70.36 years old (Standard deviation = 4.32). Majority were female (66.42%), living in semi-rural area (44.94%), using universal health coverage scheme (80%), no history of AMI (92.35%) and have never seen people with AMI (88.40%). Levels of knowledge on symptoms and signs, and risk factors were low. Regarding belief, older adults perceived that they are not likely to have risks of AMI, agreed that AMI is a serious situation, agreed that calling Emergency Medical Services (EMS) is useful for them, somewhat agreed that they have enough cues to action, somewhat disagreed that they have obstacle to receiving treatment. In managing of symptoms, approximately half of them will call EMS (1669) when they suspected having AMI. When comparing between different demographic data, levels of knowledge about symptoms and signs and risk factors were different based on marital status, livelihood, living area, occupational status, health care right, and AMI history. Belief of AMI was different based on gender, livelihood, living area,

family annual income, occupational status, health care right, health status, AMI history, experiences of seeing people with AMI, and educational level. Moreover, decision making when expecting AMI occurrence was different based on family annual income and living area.

According to results of the study, health education to promote knowledge of signs, symptoms and risk factors of AMI and perception enhancement of AMI should be improved. Moreover, strategies to raise awareness of calling EMS, especially in case of AMI occurrence, is important for older adults to receive proper treatment on time.

Keywords: acute myocardial infarction, decision making to treatment, knowledge, belief, older adults

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตและส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเสียชีวิตในลำดับต้น ๆ ของโรคไม่ติดต่อ โดยพบว่าสาเหตุหลักในการเสียชีวิตเกิดจากการอุดตันใจ เข้ารับการรักษาล่าช้าโดยมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา¹ จากรายงานของ World Heart Federation ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) ซึ่งเป็นพยาธิสภาพแรกเริ่มที่จะนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั่วโลกประมาณ 17.5 ล้านคน และคาดว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573² ยิ่งกว่านั้นยังมีรายงานว่าทุก ๆ 26 วินาทีจะพบผู้ป่วย เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และทุก ๆ 90 วินาที จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าว³ ทั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล โดยเมื่อศึกษาอุบัติการณ์การเสียชีวิตแต่ละกลุ่มอายุพบว่า 9 ใน 10 ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี⁴ แสดงให้เห็นว่า ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่พบมากที่สุดของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ²

สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เป็นพยาธิสภาพหลักที่ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทั่ว

ประเทศจำนวน 98,148 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 150.01 ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ โดยอัตราส่วนเท่ากับ 1.2 : 1 โดยในเพศชายจะพบอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความชุกเท่ากับ 738.06 ต่อประชากรแสนคน เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยเพศหญิงที่พบอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกเท่ากับ 589.58 ต่อประชากรแสนคน หากจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตามรหัสวินิจฉัยโรค ICD10 จะพบว่าผู้ป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ICD10: I21-I23) มากเป็นอันดับสอง จำนวน 22,005 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.42 รองจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดอื่น ๆ (ICD10 I24-I25) ที่มีจำนวน 61,555 ราย หรือร้อยละ 62.72 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี นอกจากนี้พบว่าในปีพ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งสิ้น 19,030 ราย คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 29.09 ต่อประชากรแสนคน และในจำนวนผู้เสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าว ช่วงอายุที่มีการเสียชีวิตมากที่สุดคือผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยมีอัตราส่วนเท่ากับ 171.30 ต่อประชากรแสนคน และสอดคล้องกับรายงานการเสียชีวิตในเพศหญิง ซึ่งพบรายงานการเสียชีวิตเท่ากับ 121.54 ต่อประชากรแสนคนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเช่นกัน⁵ จากสถิติโลกและในประเทศไทยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายที่มีความชุกเพิ่มมากขึ้น ทั้งใน

ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ทั้งนี้ ประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนที่จะได้รับการรักษา

การศึกษาข้อมูลจากแบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ของจังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2560 พบสถิติการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจกรณีฉุกเฉินไปยังศูนย์หัวใจศักยภาพสูงกว่า เพื่อทำการหัตถการเกี่ยวกับหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ในปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2559 เท่ากับ 350 447 311 และ 315 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่าเป็นการส่งต่อการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) เท่ากับ 107 154 168 และ 180 ราย ตามลำดับ⁶ ซึ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ในการส่งต่อผู้ป่วยจากจังหวัดร้อยเอ็ดไปยังศูนย์หัวใจจังหวัดปลายทางในแต่ละครั้ง ยังใช้ระยะเวลาในการเดินทางประมาณ 90 นาที ซึ่งพบว่าความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาที่ใช้ไปก่อนที่จะได้รับการรักษา จนอาจเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยสูงอายุที่พบว่าการตัดสินใจและการเข้ารับการรักษาล่าช้ากว่ากลุ่มอื่น^{7, 8} จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจะใช้เวลาในระยะการประเมินอาการก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา (Patient recognition action phase) นานกว่าระยะอื่นและมีระยะเวลา นานกว่า 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะเวลาทอง (Golden period) ของการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน^{7, 8, 9} เนื่องจากผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ อีกทั้งการมีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Atypical Presentation) ทำให้ผู้สูงอายุมีการแปลความหมายหรือตีความอาการที่กำลังประสบอยู่ว่าเป็นอาการของการเจ็บป่วยอื่น เช่น มีอาการแน่นอึดอัดในช่องท้องหรือทรวงอก ผู้สูงอายุจะตีความว่าเป็นกรดไหลย้อน^{8, 9} หรือเชื่อว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่พบเฉพาะในเพศชาย⁸ ซึ่งสะท้อนว่า การขาดความรู้ความเข้าใจและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการตีความ การจัดการอาการ การเข้ารับการรักษาล่าช้า และก่อให้เกิดผลเสียจากการเข้ารับการรักษาล่าช้าด้วย

การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น จนทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างถาวร¹⁰ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า การให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและการทำการหัตถการหลอดเลือดหัวใจในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและได้รับการทำการหัตถการหลอดเลือดหัวใจเร็วจะได้ประโยชน์มากกว่า ลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้ดีกว่า จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลซึ่งเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยต้องแสดงบทบาทในการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวเร็วขึ้น⁷⁻⁹ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ ความเชื่อ และการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาที่ได้จะช่วยบอกระดับความรู้ ความเชื่อ และการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ทำการศึกษา ช่วยระบุกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้า สามารถนำไปวางแผนการดูแลและให้ความรู้กลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มที่ขาดความรู้และมีความเชื่อที่ผิดต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่เชื่อว่า ความเชื่อทางด้านสุขภาพจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลรวมทั้งการตัดสินใจกระทำหรืองดเว้นการกระทำสำหรับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต¹¹ (Life events) โดยความเชื่อด้านสุขภาพประกอบไปด้วย การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค นอกจากนี้ยังมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมหรือการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เจ็บป่วยตามลักษณะพื้นฐานทางประชากรของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน สิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2562 ทั้งสิ้น 198,464 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ตามสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของ Krejcie & Morgan และปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการตอบข้อมูลไม่สมบูรณ์ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 405 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage cluster sampling)¹² และมีเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป มีชื่อในทะเบียนบ้านจังหวัดร้อยเอ็ดนานกว่า 1 ปี สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยหรือภาษาอีสานได้ และสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนที่มีลักษณะแตกต่างกัน¹³ ได้แก่ ชุมชนเมืองคือชุมชนที่ตั้งอยู่ในอำเภอเมือง จำนวน 93 คน ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทคือชุมชนที่ตั้งในตัวอำเภออื่นที่ไม่ใช่อำเภอเมือง จำนวน 182 คน และชุมชนชนบทซึ่งเป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ห่างจากตัวอำเภอตั้งแต่ 15 กิโลเมตรขึ้นไป จำนวน 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย พัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ “ความรู้ ความเชื่อ และการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุชาวไทยและลาวที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา” ของ สมรภาพ บรรหารักษ์ ซึ่งได้รับการอนุญาตให้นำไปใช้ และทำการปรับปรุงข้อคำถามเพื่อให้มีความเหมาะสมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) หลังพัฒนาได้แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ลักษณะชุมชนที่พักอาศัย สิทธิการรักษาพยาบาล สถานะทางสุขภาพ ประวัติ

การเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และระดับการศึกษาสูงสุด

2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ ประกอบไปด้วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านอาการและอาการแสดง จำนวน 15 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 12 ข้อ โดยแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 แบบจะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ในข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบ “ใช่” จะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ไม่ใช่” จะได้ 0 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบ “ใช่” จะได้ 0 คะแนน ถ้าตอบ “ไม่ใช่” จะได้ 1 คะแนน และหากตอบ “ไม่รู้/ไม่แน่ใจ” จะได้ 0 คะแนนทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือความรู้สูง มีคะแนนในแต่ละด้านตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ปานกลาง มีคะแนนในแต่ละด้านร้อยละ 60-79 และความรู้ต่ำ มีคะแนนในแต่ละด้านต่ำกว่าร้อยละ 60 ทั้งนี้ แบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ส่วนได้นำไปทดสอบความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 และ .78

3. แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ แบบวัดนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคะแนนระหว่าง 1-6 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และคะแนนสูงสุด 6 คะแนน (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ใช้ในการศึกษาความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย แบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 4 ข้อ คะแนนรวม 1-24 คะแนน แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 15-90 คะแนน แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 4 ข้อ คะแนนรวม 1-24 คะแนน แบบวัดการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 15-90 คะแนน และแบบวัดสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ คะแนนรวม 1-24 คะแนน โดยแบบวัดทั้งหมดจะ วิเคราะห์เป็นคะแนนเฉลี่ยของแต่ละหน่วย (1-6) และคะแนนเฉลี่ยรวมของแต่ละการรับรู้ (1-25 หรือ 15-90)

4. แบบวัดการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ประกอบไปด้วย แบบวัดการจัดการอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคะแนนระหว่าง 1-7 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน (ไม่ทำแน่นอน) และคะแนนสูงสุด 7 คะแนน (ทำแน่นอน) และ แบบวัดสิ่งที่ควรทำเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 7 ตัวเลือก เป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) เพียงคำตอบเดียว หากเลือก โทรเรียก 1669 จะได้ 1 คะแนน แต่หากเลือกตัวเลือกอื่น จะได้ 0 คะแนน

แบบวัดในส่วนที่ 3 และ 4 ได้รับการตรวจสอบเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านและนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับที่ต้องการศึกษา 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84-.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE622155 รับรอง ณ วันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ.2562 ในการเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุครั้งนี้ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและขอความยินยอมโดยการลงนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้มีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการอบรมจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาจากผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เดียวกันและได้ข้อมูลตรงกัน (Inter-rater reliability อยู่ระหว่าง 0.95-1.00) ซึ่งแสดงถึงการมีความเที่ยงสูง เพื่อเป็นการยืนยันว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีความถูกต้อง หลังจากนั้น ก่อนเก็บข้อมูล 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล และคณะผู้วิจัยได้นัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ในวันที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาทีต่อผู้สูงอายุ 1 ราย แบบสัมภาษณ์จะถูกลงรหัสและกรอกลงในโปรแกรมจัดการข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูปหลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยง ความรู้ด้านอาการและอาการแสดง การรับรู้

เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยรายงานผลเป็น ความถี่ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานทางประชากร ใช้สถิติการทดสอบทีที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent T-test) ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรอิสระไม่เกิน 2 กลุ่ม และใช้สถิติการวิเคราะห์ทางเดียว (One-Way ANOVA) ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีตัวแปรอิสระมากกว่า 2 กลุ่ม นอกจากนี้ยังใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) ในการเปรียบเทียบสิ่งที่ต้องทำเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งแบ่งเป็นตัวแปรกลุ่ม 2 กลุ่ม ได้แก่ การโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) และ การเลือกกระทำอย่างอื่น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่ทำการตอบแบบสัมภาษณ์ ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.42) มีอายุระหว่าง 60-90 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.32 โดยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) (ร้อยละ 49.38) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 59.51) และอาศัยอยู่กับคู่สมรสรวมทั้งบุตร/หลานเป็นครอบครัว (46.17%) ไม่มีรายได้ประจำ (ร้อยละ 28.89) มีอาชีพเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 46.17) อาศัยในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท (44.94%) สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 80.00) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 45.68) ไม่เคยมีประวัติการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 92.35) และไม่เคยมีประวัติการพบเห็นผู้มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 88.40) ผู้สูงอายุทั้งหมดได้รับการศึกษา (ร้อยละ 100.00) ซึ่งระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาส่วนมากคือ 4 ปี (ร้อยละ 79.75) และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 79.75)

2. ความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ในระดับต่ำทั้งด้านอาการและอาการแสดง ($\bar{X} = 6.82$, $SD. = 2.65$) และความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจที่อาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 6.96$, $SD. = 2.40$) (ตารางที่ 1)

ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยง ต่ำกว่าร้อยละ 60 (คะแนน 0-7) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 (คะแนน 8-9) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนน 10-12) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองค่อนข้างไม่มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 2.7$, $S.D. = 1.37$) เห็นด้วยว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีความรุนแรง ($\bar{X} = 4.36$, $S.D. = 1.21$) เห็นด้วยว่าการโทรเรียกรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ($\bar{X} = 4.61$, $SD. = 1.12$) ค่อนข้างไม่เห็นด้วยว่ามีอุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 3.26$, $SD. = 1.31$) และค่อนข้างเห็นด้วยว่าตนเองมีสิ่งชักนำเพียงพอในการปฏิบัติ ($\bar{X} = 4.23$, $SD. = 1.39$) (แสดงในตารางที่ 2)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจพบว่า ผู้สูงอายุเลือกตัดสินใจจัดการอาการโดยการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน มากที่สุด ($\bar{X} = 5.96$, $SD. = 1.31$) และอยู่ในระดับมีโอกาสอย่างมากที่จะทำ ส่วนการจัดการอาการโดยการเอายาให้เขากินมีค่าเฉลี่ยการตัดสินใจจัดการอาการน้อยที่สุด ($\bar{X} = 4.75$, $S.D. = 1.77$) และอยู่ในระดับค่อนข้างมีโอกาสที่จะทำ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุตัดสินใจจัดการอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นสิ่งแรกมากที่สุด (ร้อยละ 52.10) และเลือกการ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลความรู้ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ดที่ทำการตอบแบบสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่าง	ความรู้เกี่ยวกับ AMI	ระดับความรู้			$\bar{X} \pm SD.$
		ระดับสูง	ระดับกลาง	ระดับต่ำ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
5 ตำบลตัวอย่าง	อาการและ	2	68	335	6.82 ± 2.65
	อาการแสดง	(0.49)	(16.79)	(82.72)	
	ปัจจัยเสี่ยงต่อ	64	118	223	6.96 ± 2.40
	การเกิดโรค	(15.80)	(29.14)	(55.06)	

*หมายเหตุ: ความรู้ด้านอาการและอาการแสดง ต่ำกว่าร้อยละ 60 (คะแนน 0-8) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 (คะแนน 8-11) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนน 12-15) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความเชื่อ	คะแนนความเชื่อ ($\bar{X} \pm S.D.$)	ระดับความเชื่อ
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	2.70 ± 1.37	ค่อนข้างไม่มีแนวโน้ม
การรับรู้ความรุนแรง	4.36 ± 1.21	เห็นด้วย
การรับรู้ประโยชน์	4.61 ± 1.12	เห็นด้วย
การรับรู้อุปสรรค	3.26 ± 1.31	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
การรับรู้สิ่งชักจูงให้เกิดการปฏิบัติ	4.23 ± 1.39	ค่อนข้างเห็นด้วย

จัดการอาการโดยการบอกผู้ป่วยให้โทรหาแพทย์ประจำตัวน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.48) (ตารางที่ 3)

3. ลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่พบความแตกต่างของระดับความรู้ ความเชื่อ และการตัดสินใจเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3.1 ลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่พบความแตกต่างของระดับความรู้

ผลการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานทางประชากรกับความรู้ด้านอาการและอาการแสดง และความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6 ตัวแปร ดังนี้ 1) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 6.58$, $SD. = 2.67$) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพอื่น ๆ ($\bar{X} = 7.19$, $SD. = 2.58$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) 2) ด้านการอยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียวมีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 7.76$, $SD. = 2.39$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือ/และคู่สมรส ($\bar{X} = 6.70$, $SD. = 2.66$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($p = .01$) เช่นเดียวกันกับความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียว ($\bar{X} = 7.57$, $SD. = 1.63$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือ/และคู่สมรส ($\bar{X} = 6.88$, $SD. = 2.47$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) 3) ด้านอาชีพ พบว่า ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีคะแนนความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 7.36$, $SD. = 2.29$) สูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ ($\bar{X} = 6.79$, $S.D. = 2.43$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) 4) ด้านสิทธิรักษาพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล มีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 6.68$, $SD. = 2.60$) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ($\bar{X} = 7.40$, $SD. = 2.75$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) 5) ด้านประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 6.91$, $SD. = 2.62$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 5.74$, $SD. = 2.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) 6) ด้านพื้นที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อ

ตารางที่ 3 ตารางแสดงข้อมูลการตัดสินใจจัดการอาการเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การจัดการอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	ค่าเฉลี่ยการตัดสินใจ ($\bar{X} \pm SD.$)	ร้อยละ
พาเขาไปโรงพยาบาล	5.76 ± 1.39	27.65
บอกเขาให้โทรหาแพทย์ประจำตัว	5.33 ± 1.41	1.48
โทรเรียก 1669	5.96 ± 1.31	52.10
โทรตามสามี/ภรรยา หรือคนในครอบครัว	5.68 ± 1.32	6.42
ให้เขาดมยาตาม หรือ ให้เขาดื่มน้ำ	5.32 ± 1.48	5.93
พรมน้ำเย็นบนใบหน้าของเขา	5.28 ± 1.53	3.21
เอายาให้เขากิน	4.75 ± 1.77	3.21

* หมายเหตุ: 1-1.86 หมายถึง ไม่ทำแน่นอน 1.87-2.73 หมายถึง มีโอกาสอย่างมากที่จะไม่ทำ 2.74 - 3.60 หมายถึง ค่อนข้างมีโอกาสที่จะไม่ทำ 3.61-4.47 หมายถึง มีโอกาสที่จะทำและไม่ทำเท่ากัน 4.48-5.34 หมายถึง ค่อนข้างมีโอกาสที่จะทำ 5.35 - 6.21 หมายถึง มีโอกาสอย่างมาก ที่จะทำ 6.22-7.00 หมายถึง ทำแน่นอน

หัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 8.96$, $SD. = 2.19$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ($\bar{X} = 5.53$, $SD. = 2.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนเมือง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 8.96$, $SD. = 2.19$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X} = 7.11$, $SD. = 2.16$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 5.53$, $SD. = 2.41$) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X} = 7.11$, $SD. = 2.16$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 7.97$, $SD. = 1.63$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ($\bar{X} = 6.59$, $SD. = 2.59$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 7.97$, $SD. = 1.63$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X} = 6.75$, $SD. = 2.39$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ดังแสดงในตารางที่ 4)

3.2 ลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่พบความแตกต่างของระดับความเชื่อ

การศึกษครั้งนี้พบลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่มีความแตกต่างกันของระดับความเชื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 10 ตัวแปร ดังนี้ 1) ด้านเพศ โดยพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\bar{X} = 17.22$, $SD. = 4.24$) สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ($\bar{X} = 16.32$, $SD. = 4.49$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) 2) ด้านการอยู่อาศัยพบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว มีระดับความเชื่อด้านการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ($\bar{X} = 49.35$, $SD. = 12.42$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียว ($\bar{X} = 45.89$, $SD. = 10.39$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) 3) ด้านรายได้/ปีของครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ มีระดับความเชื่อด้านการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ($\bar{X} = 53.57$,

$SD. = 13.04$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ($\bar{X} = 47.09$, $SD. = 11.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 4) ด้านอาชีพพบว่า ผู้สูงอายุที่ยังมีการประกอบอาชีพ มีระดับความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\bar{X} = 17.33$, $SD. = 4.34$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($\bar{X} = 15.93$, $SD. = 4.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีระดับความเชื่อด้านการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ($\bar{X} = 51.14$, $SD. = 14.21$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพ ($\bar{X} = 48.04$, $SD. = 11.22$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) 5) ด้านสิทธิรักษาพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีระดับความเชื่อด้านการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ($\bar{X} = 49.56$, $SD. = 12.20$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ($\bar{X} = 46.58$, $SD. = 12.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) 6) ด้านสถานะทางสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 11.38$, $SD. = 4.03$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ($\bar{X} = 10.15$, $SD. = 4.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 7) ด้านประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 12.58$, $SD. = 4.30$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 10.67$, $SD. = 4.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) 8) ด้านประวัติการเคยพบเห็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยพบเห็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 13$, $SD. = 4.35$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยพบเห็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 10.53$, $SD. = 4.02$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เคยพบเห็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรง ($\bar{X} = 70.09$, $SD. = 11.82$) สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยพบเห็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 65.04$, $SD. = 11.55$) อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p = .01$) 9) ด้านระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมากกว่าชั้น ป.4 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($\bar{X} = 11.76$, S.D. = 4.65) สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้น ป.4 ($\bar{X} = 10.58$, S.D. = 3.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมากกว่าชั้น ป.4 มีความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\bar{X} = 17.85$, S.D. = 3.98) สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้น ป.4 ($\bar{X} = 16.67$, S.D. = 4.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) 10) ด้านพื้นที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรง ($\bar{X} = 67$, S.D. = 5.30) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ($\bar{X} = 63.73$, S.D. = 13.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรง ($\bar{X} = 63.73$, S.D. = 13.80) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X} = 67.28$, S.D. = 11.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$)

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ($\bar{X} = 17.26$, S.D. = 3.25) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ($\bar{X} = 18.02$, S.D. = 4.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ($\bar{X} = 17.26$, S.D. = 3.25) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X} = 19.88$, S.D. = 2.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง มีระดับความเชื่อด้านการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ($\bar{X} = 41.89$, S.D. = 8.04) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ($\bar{X} = 47.53$, S.D. = 12.47) และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X} = 56.02$, S.D. = 10.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีระดับความเชื่อด้านการตัดสินใจทางสุขภาพหรือการรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษา ($\bar{X} = 47.53$, S.D. = 12.47) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X} = 56.02$,

S.D. = 10.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีระดับความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\bar{X} = 16.44$, S.D. = 4.82) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ($\bar{X} = 17.65$, S.D. = 4.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) (ดังแสดงในตารางที่ 4)

3.3 ลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่พบความแตกต่างของการตัดสินใจ

ผลการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานทางประชากรกับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้จะมีการจัดการอาการโดยการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) และ ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จะเลือกจัดการอาการโดยการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) มากกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนชนบท และชุมชนเมือง ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านความรู้

จากการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับต่ำ ทั้งด้านอาการและอาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งผลวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยของ Kathleen Dracup และคณะ (2008) ที่ทำการศึกษาความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี โดยพบว่ามากกว่า 67% มีความรู้ในระดับต่ำ¹⁴ และ Swanoski และคณะที่ทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและสโตรค ซึ่งพบว่าประชาชนทั่วไปยังมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคดังกล่าวค่อนข้างต่ำ¹⁵ นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับต่ำดังกล่าวยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยของ Hathaichanok และ Lertchai ที่ทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ ที่อาศัยในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนืออีกด้วย¹⁶ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะ

พื้นฐานทางประชากรกับความรู้ด้านอาการและอาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้ทราบว่ามีลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่มีระดับความรู้แตกต่างกันและสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

“ด้านสถานภาพสมรส” พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ จะมีระดับความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าผู้สูงอายุที่แต่งงานแล้ว ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับผลการวิจัย “ด้านการอยู่อาศัย” ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียวมีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจที่อาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือ/และคู่สมรส กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียว และส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก จำเป็นจะต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดการสร้างสมรรถนะการเรียนรู้ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Narongkorn ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวจะมีการนึกคิดไตร่ตรองความสามารถของตนเองและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับญาติ ส่งผลให้การเรียนรู้ต่าง ๆ และระดับความรู้ของผู้ที่พักอาศัยอยู่คนเดียว มีการพัฒนาได้ดีกว่าผู้ที่มีการพักอาศัยอยู่ร่วมกับญาติ¹⁷

“ด้านอาชีพ” ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีคะแนนความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ เนื่องด้วยบริบทการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ในแต่ละวันจะมีเวลาว่างและใช้เวลาในการพบปะเพื่อนฝูงเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ต่าง ๆ รวมถึงการแลกเปลี่ยนข่าวสารมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพ ซึ่งจะใช้เวลาส่วนมากในแต่ละวันไปกับการหาเลี้ยงชีพ ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในประเด็นต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงข้อมูลการเจ็บป่วย จึงก่อให้เกิดแรงสนับสนุนในทางบวก และเกิดองค์ความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นต่อตัวผู้สูงอายุเอง¹⁸ ดังนั้น ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงมีระดับความ

รู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงตามไปด้วย

“ด้านพื้นที่อยู่อาศัย” พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขตชุมชนเมืองมีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดง และความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนชนบท ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Safaa และคณะ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมให้การศึกษาสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจสำหรับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโรคหัวใจมหาวิทยาลัยอัซซีห์ ประเทศอิหร่าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตชุมชนเมือง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท ซึ่งสาเหตุมาจากการที่ชุมชนเมืองมีระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพ การเข้าถึงสถานสุขภาพและข้อมูลสุขภาพได้ง่ายกว่า และคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการที่มีพื้นที่ตั้งในเขตชุมชนเมืองมีศักยภาพสูงกว่า¹⁹

“ด้านสิทธิรักษาพยาบาล” พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นสิทธิการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน มีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดง ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสิทธิรักษาพยาบาลอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ที่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสิทธิรักษาพยาบาลอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Samoraphop และคณะ ที่ทำการศึกษาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการ และการตัดสินใจแรกเพื่อตอบสนองต่ออาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของประชาชนทั่วไป โดยพบว่า ผู้ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น ๆ จะมีความรู้ด้านอาการและอาการแสดงดีกว่าผู้ที่ไม่มียสิทธการรักษาหรือมีสิทธิรักษาพยาบาลในระดับที่ต่ำกว่า²⁰ เมื่อวิเคราะห์ในบริบทสังคมไทยจากข้อค้นพบดังกล่าวจะพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการเลือกใช้สิทธิรักษาพยาบาลที่สูงกว่า จะมีความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ขาดความสามารถในการเลือกใช้สิทธิรักษาพยาบาล จึงได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลพื้นฐานคือสิทธิจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสิทธิรักษาพยาบาลอื่น ๆ

“ด้านประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีคะแนนความรู้ด้านอาการและอาการแสดงสูงกว่าผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งแตกต่างกับผลการวิจัยของ George และคณะ ที่ทำการศึกษาความรู้ขั้นต่ำของชาวกรีกเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยพบว่าครอบครัวที่สมาชิกมีประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าครอบครัวที่สมาชิกไม่เคยมีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน²¹ ผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุที่มีประวัติมาก่อนคิดว่าตนหายแล้วและจะไม่กลับมาเป็นอีกจึงไม่สนใจหรือตระหนักกับอาการที่เคยเกิดขึ้น หรือ “ประสบการณ์อาจไม่สอนอะไรมากนัก”⁸ ซึ่งเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Siriporn และคณะ ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงกับความเสี่ยงของการเกิดโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ โดยพบว่าความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงและความเสี่ยงการเกิดโรคกระดูกพรุนไม่มีความสัมพันธ์กัน²²

2. ด้านความเชื่อ

ผลการศึกษาลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของระดับความเชื่อเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

“ด้านเพศ” พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิง มีระดับความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อาจเนื่องมาจากการที่เพศหญิงมีความเชื่อว่าสาเหตุการตายหลักของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมาจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน^{14, 23} อีกทั้ง ผู้สูงอายุเพศหญิงให้ความสำคัญกับเรื่องเล็กน้อย และมีความเชื่อเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากนี้ เพศหญิงยังมีความช่างสังเกตอาการและมีอาการเตือนนำมาก่อน ทำให้มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย หรือมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมากกว่าเพศชาย²³

“ด้านการอยู่อาศัย” พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวมีการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียว เนื่องด้วย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือมี

ผู้อื่นคอยดูแล อาจต้องรอสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีการพักอาศัยอยู่คนเดียวที่จำเป็นต้องจัดอุปสรรคที่จะขัดขวางการดูแลตนเอง และเพิ่มสมรรถนะของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สมมติฐานดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Narongkorn ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้มากที่สุด โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียวจะมีการนึกคิดไตร่ตรองความสามารถของตนเองและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับญาติ²⁴ นอกจากนี้ ญาติอาจมีความลังเลในการตัดสินใจนำผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาเนื่องจากไม่ได้ประสบกับอาการด้วยตนเองจึงไม่สามารถประเมินสาเหตุและความรุนแรงของอาการได้ ทำให้เป็นอุปสรรคและก่อให้เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้

“ด้านพื้นที่อยู่อาศัย” พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรง สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เนื่องด้วยความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนเมืองนั้นสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนชนบท นอกจากนี้ ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองซึ่งอยู่ใกล้โรงพยาบาลและสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่ายกว่า จึงทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เพียงพอและเกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sasiwimon และคณะ ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสนเขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในชุมชนริมคลองสามเสน ซึ่งเป็นพื้นที่ชุมชนเมืองส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ ได้อย่างสะดวก จะมีการรับรู้เรื่องโรคได้เป็นอย่างดี²⁵ ส่วนการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนชนบท มีการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนเมือง เนื่องด้วยความห่างไกลของระยะทางระหว่างพื้นที่ตั้งของชุมชนกับโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งยังอาจเกี่ยวข้องกับการขาดพาหนะที่จะนำส่งได้ทันเวลา ซึ่งนับได้ว่าเป็นอุปสรรค

ในลำดับต้น ๆ ของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวรับรู้อุปสรรคได้มากกว่า²⁶

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนเมือง ซึ่งระดับความเชื่อดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Waraporn และคณะ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของตำบลเทพศิรี อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นชุมชนเมือง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อโดยหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะใช้เวลาในการรอคอยที่นานมากกว่านำส่งด้วยตนเอง เพราะตนอยู่ในชุมชนเมือง ใกล้โรงพยาบาลสามารถขับรถส่วนตัวไปที่โรงพยาบาลง่ายกว่าที่จะต้องรอบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน²⁶ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมืองจึงมีการรับรู้ประโยชน์น้อยกว่า ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทที่คำนึงถึงระยะทางและความสำคัญของยานพาหนะ จึงรับรู้ประโยชน์และความสำคัญของการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่า ท้ายที่สุดคือผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท มีระดับความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เนื่องด้วยลักษณะของชุมชนบทที่มีบริบทการดำเนินชีวิตแบบสนใจในสิ่งเดียวกัน มีการดำเนินชีวิตภายใต้บรรทัดฐานเดียวกัน รวมถึงการปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขปัญหาในสิ่งต่าง ๆ ด้วยวิธีเดียวกัน^{25, 26} ซึ่งการปรึกษารื้อนี้ก็นับได้ว่าเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในด้านดี ซึ่งจะสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Natthaya และคณะ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี โดยพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลที่ให้การปรึกษาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเพื่อนบ้าน จะเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี²⁷ ทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทรับรู้ถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนอื่น

“ด้านรายได้/ปี ของครอบครัว” พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้มีการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ซึ่ง

สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Jean และคณะ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยจะปฏิเสธการเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูง²⁸ เนื่องจาก ผู้ป่วยบางส่วนรับรู้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)²⁹ นอกจากนี้ การเข้ารับการรักษาจำเป็นจะต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นกว่าการดำรงชีวิตประจำวันตามปกติ ทั้งจากการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลเพื่อเยี่ยมผู้ป่วย และการซื้อเครื่องอุปโภคบริโภคขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัว อีกทั้งการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่งผลให้ครอบครัวขาดรายได้จากการหยุดงานของทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ จึงเป็นอุปสรรคต่อผู้ที่มีรายได้น้อยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลต่าง ๆ

ทั้งนี้ ผลการศึกษาด้านรายได้/ปี ของครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับ “ด้านอาชีพ” ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีระดับความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ยังมีการประกอบอาชีพ และการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพ ข้อค้นพบทั้ง 3 อย่างสามารถอธิบายได้ด้วยอาชีพ รายได้ และค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยและต้องตัดสินใจเข้ารับการรักษา “ด้านระบบประกันสุขภาพ” พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Piyanuch และคณะ ที่ทำการศึกษาการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุตำบลลิหาราว อำเภอนาหว้า จังหวัดสกลนคร โดยผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าสามารถลงทะเบียนสิทธิด้านสุขภาพได้เฉพาะที่โรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ซึ่งการรักษาเพียงโรงพยาบาลเดียว หรือความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานจะถูกปิดกั้น หากต้องการขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ดังกล่าวจึงเป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตและต้องการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน³⁰ “ด้านประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” พบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนนั้น มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติการเคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับ

ผลการวิจัยของ Kathleen และคณะ ที่ทำการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยพบว่า ผู้ที่เคยมีประวัติการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีการรับรู้ความเสี่ยงได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยดังกล่าว¹⁴ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ความเสี่ยงไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกล่าวคือ ผู้ที่มีประสบการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงที่ต่ำ แต่มีการรับรู้ความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Banharak ซึ่งพบว่าความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน^{8, 9}

“ด้านประวัติการเคยพบเห็นผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” พบว่าผู้สูงอายุที่เคยพบเห็นผู้ที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยพบเห็นผู้ที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Supian และ Siriporn ที่ศึกษาการรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสาน: บริบทจังหวัดอุบลราชธานี โดยพบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยตัวเอง จะมีการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในครั้งต่อไปดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเกิดโรค³¹ “ด้านสถานะทางสุขภาพ” ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีระดับความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ornwanaya ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยง และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน จะมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในทางบวก³² กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่เดิม จะมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะโรคที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

“ด้านระดับการศึกษาสูงสุด” พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมากกว่าชั้น ป.4 มีความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงสุดชั้น ป.4 สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Samoraphop

ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มากขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมากกว่าชั้น ป.4 มีความเชื่อด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้น ป.4 ซึ่งดังที่กล่าวมาแล้วว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ ความมั่นใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจึงมีสิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า⁹

3. ด้านการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

ลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ของการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ “ด้านรายได้/ปี ของครอบครัว” ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ จะมีการตัดสินใจโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ เนื่องจากผู้รับบริการบางส่วนมีการรับรู้ว่าการขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการที่เพิ่มมากขึ้น³³ ซึ่งในความเป็นจริงตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้กล่าวไว้ว่า กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สถานพยาบาลให้การรักษายาบาลโดยฉุกเฉินเพื่อให้พ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและขีดความสามารถของสถานพยาบาลโดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเพื่อไม่ให้เป็นการอุปสรรคต่อการดูแลรักษา ซึ่งจะรวมถึงการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินด้วย^{33, 34} จากการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องดังกล่าว จึงส่งผลให้อัตราการตัดสินใจโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินน้อยลงไปด้วย

“ด้านพื้นที่อยู่อาศัย” ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จะเลือกจัดการอาการโดยการโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนชนบท และชุมชนเมืองตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกับผลการวิจัยของ Samoraphop และคณะ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพื้นที่อยู่อาศัยในเขตชุมชนชนบท และชุมชนเมืองมีการตัดสินใจโทรขอความช่วยเหลือจากบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน²⁰ ข้อค้นพบที่แตก

ต่างดังกล่าวอาจเนื่องด้วย บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของไทยที่มีความสามารถในการเข้าถึงตัวผู้ป่วยที่แตกต่างกัน สำหรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของไทยนั้น การที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงการให้บริการ จะมาจากปัจจัยหลักคือ การรับรู้ว่ามีบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความเชื่อมั่นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน³³ ส่วนเหตุผลที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีพื้นที่ตั้งของบ้านอยู่ใกล้กับโรงพยาบาล จึงทำให้การนำส่งโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัวสะดวกสบายกว่า^{33, 34} สะท้อนว่าการขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอาจไม่ใช่การตัดสินใจหลักของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เหล่านี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังคงมีระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรู้ด้านอาการและอาการแสดงในระดับต่ำ ดังนั้น พยาบาลควรมีการเสริมสร้างความรู้ทั้งด้านอาการและอาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ สามารถตัดสินใจโทรขอความช่วยเหลือจาก

บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) และได้รับการรักษาได้อย่างทัน่วงที

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมที่สามารถสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รวมทั้งโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการตัดสินใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษา ในกลุ่มประชากรที่มีความรู้ต่ำ การรับรู้และการตัดสินใจไม่เหมาะสม ได้แก่ ผู้สูงอายุหญิง รายได้น้อย การศึกษาต่ำกว่า ป.4 อาศัยในชุมชนชนบทและกึ่งเมืองกึ่งชนบท และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาแล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการตัดสินใจจัดการหากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงอาจยังไม่สะท้อนสถานการณ์การตัดสินใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาจริงด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยอาจเป็นการศึกษาภาคตัดขวางหรือการศึกษาย้อนหลัง

References

1. Piyoros K, Doungnat W, Vishuda C, Sarinrut S, Chatkanok D. Factors influencing the duration of decision making for seeking treatment in patients with acute heart failure. J Nurs Sci 2013;31(4): 23-33. (in Thai).
2. World Health Organization. Cardiovascular disease [Internet]. 2018. [cited 2018 Oct 28]. Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/
3. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. Heart disease and stroke statistics-2018 update: A report from the American Heart Association. Vol. 137, Circulation. 2018. 67-492 p.
4. World Heart Federation. CVD is the world's biggest killer [Internet]. 2017. [cited 2018 Oct 28]. Available from: <https://www.world-heart-federation.org/>

5. Parkphoom Y. The Annual Epidemiological Surveillance Report 2015. [Internet]. 2015. [cited 2018 Sep 3] Available from: [http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part 1/11/cad.pdf](http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/11/cad.pdf)
6. Chanchai T. The Provincial Inspection Report of Loei Province: Fiscal Year 2017 Round 1/2017 (8-10 February 2017). [Internet]. 2017. [cited 2018 Oct 15] Available from: [http://203.157.71.148/hpc6/planning/สรุปผลการนิเทศผู้ตรวจ/ปี 2560/รอบที่ 1/ร้อยเอ็ด/ตก1/คณะ2/16.-ตก-1-โรคหัวใจ-ร้อยเอ็ด.doc](http://203.157.71.148/hpc6/planning/สรุปผลการนิเทศผู้ตรวจ/ปี%202560/รอบที่%201/ร้อยเอ็ด/ตก1/คณะ2/16.-ตก-1-โรคหัวใจ-ร้อยเอ็ด.doc)
7. Warisa K, Niphawa S, Pawana K. Factors Related to Decision Time for Seeking Treatment in Patient with Myocardial Infraction. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2014;24(2):21–36. (in Thai).
8. Samoraphop B. Knowledge, Belief, and Decision Making about Acute Myocardial Infraction Among Younger and Older Adult Thai and Laotian Immigrants in the United States. Saint Louis University; 2017.
9. Samoraphop B, Channarong P. The effect of delaying treatment among acute myocardial infarction patients : A systematic review. Journal of Nursing Science and Health. 2017;40(4):107–20. (in Thai).
10. Chitprapai S. Perception and Expectation of Emergency Medical Service in Paknamlangsuan Hospital, Chumphon Province. Reg 11 Med J 2017;31(2):271-8. (in Thai).
11. Thotsaphon D, Patcharin S. An Application of Marshall H. Becker's Health Belief Model [HBM] in the Study of Hypertension Patients in Urban Communities in Phitsanulok. Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences). 2017;10(3):101–13. (in Thai).
12. Bhunyabhadh C. Sample Size Determination in Descriptive Study in Public Health. Thaksin University Journal. 2013;16(2):9–18. (in Thai).
13. Thassana P. Community Context Under the Semi-Urban, Semi-Rural Society. The Far Eastern University Gateway to Entrepreneurship. 2015;9(1):7-15. (in Thai).
14. Dracup K, McKinley S, LV D, Riegel B, Meischke H, DK M, et al. Acute coronary syndrome: what do patients know? Arch Intern Med. 2008;168(10):1049–54.
15. Swanoski, M.T, Lutfiyya, M.N, Amaro, M.L, Akers, M.F, Huot, K.L. Knowledge of heart attack and stroke symptomology: a cross-sectional comparison of rural and non-rural US adults. BMC Public Health. 2012;12(1):283
16. Hathaichanok C, Lertchai C. Knowledge and Prevention Behavior of Ischemic Heart Disease among Elders in Sikhiu District, Nakhonratchasima Province. Journal of Health Science 2015;24(6):1051-9. (in Thai).
17. Narongkorn C. Factors Influencing Self-Management Behaviors among Acute Myocardial Infraction Patients. Thesis of Master of Nursing Science (Adult Nursing). Burapha University; 2014. (in Thai).
18. Chonlada W. Factors related to the Happiness of Single women in Bangkok. [Master Project]. Bangkok: Srinakhrinwirot University. 2010. (in Thai).
19. Kamal SO, Ibrahim HD, Hasanali H, Soad A, Mahmoud SR. Educational Program for Myocardial Infarction Patients after Primary Percutaneous Coronary Intervention at Outpatient 2019;8(3): 58–66.

20. Samoraphop B, Tyler Z, Hisako M. Public Knowledge about Risk Factors, Symptoms, and First Decision-making in Response to Symptoms of Heart Attack among Lay People. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2018;22(1):18–29. (in Thai).
21. Intas G, Tzolakoglou J, Stergiannis P, Chalari E, Eleni C, Fildissis G. Do Greek Citizens have Minimum Knowledge about Heart Attack? A Survey. *Heal Sci J.* 2015;9(5):1–6.
22. Siriporn S, Sawitri L, Porn Tippa S. The Correlational Study between Knowledge, risk behavior and risk of Osteoporosis in Elderly. *Journal of Nursing and Education.* 2014;7(2):83–94. (in Thai).
23. Leanne L. L, Jean C. M, Kimberly K. “Missing Pieces”: Exploring Cardiac Risk Perceptions in Older Women. *Res Gerontol Nurs* 2013;6(2):107–15.
24. Narongkorn C. Self-Management in Coronary Artery Disease. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal.* 2017;12(3):147–56. (in Thai).
25. Sasiwimon B, Pimrat T, Kainapa K, Monpanee K. Health Status and Health Service Accessibility: SAMSEN Community. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(2):54–63. (in Thai).
26. Waraporn Y, Nitiya S. Community participation for the Surveillance of emergency cardiovascular disease, Thepkeeresub-district, Na Wang, Nongbua Lamphu. *Nursing, Health, and Education Journal.* 2018;1(2):49–56. (in Thai).
27. Natthaya P, Jareesri K, Arun N, Kittisak L. Factors Influencing Cardiovascular Disease Prevention Behaviors Among the Risk Group in SuphanBuri Province, Thailand. *HCU. Journal* 2018;22 (43–44):55–69. (in Thai).
28. McSweeney JC, Cleves MA, Fischer EP, Pettey CM, Beasley B. Using the McSweeney Acute and Prodromal Myocardial Infarction Symptom Survey to Predict the Occurrence of Short-Term Coronary Heart Disease Events in Women. *Women’s Heal Issues* 2017;27(6):660–5.
29. Thongchai A, Nipon M, Intanin C, Sowanee S, Bodin B. A Systematic Review: Factors Related to Pre-Hospital Emergency Medical Service Utilization 2017;11(1):37-46. (in Thai).
30. Piyanuch C, Pireudee P, Surachat NN, Kittipichau V. Utilization of Elderly Health Services, Tambon VIHARN KHAO, Amphor THA-CHANG, SING BURI. *Vajira Nursing Journal* 2016;18(2):42–50. (in Thai).
31. Supian P, Siriporn C. Perceptions of Symptoms of Myocardial Infarction among I-Saan Women: Ubonrachathani context. *Journal of Nursing Science & Health* 2012;35(2):43–52. (in Thai).
32. Ornwanya P. Risk factors and perception of coronary heart disease risk among Thai Patients with Type 2 Diabetes. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2012;18(2):34–47. (in Thai).
33. Surapa K. The Study of Factors Related to Use Emergency Medical Services, Ratchaburi Province. *Journal PCK* 2019;2(1):30-44. (in Thai).
34. Chitprapai S. Perception and expectation of emergency medical service in Paknamlangsuan hospital, Chumphon province. *Reg 11 Med J* 2017;31(2):271-8. (in Thai)