การรับรู้อาการและการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน*

ลาวัลย์ ออกสุข พย.ม.** วาสนา รวยสูงเนิน PhD***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการรับรู้อาการและการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 18 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถาม ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และสรุปผลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้อาการของตนเองใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ รับรู้อาการตามความรุนแรงและรับรู้อาการตามสาเหตุและตำแหน่ง ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน 2 กลุ่ม คือ รับรู้ว่าอาการรุนแรงมาก เกิดขึ้นเฉียบพลันทันใด ซึ่งคิดเป็นประมาณ 2 ใน 5 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ส่วนที่เหลือรับรู้อาการว่าไม่รุนแรง ค่อย ๆ เกิดขึ้น สำหรับการรับรู้ตามสาเหตุและตำแหน่งของอาการ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ รับรู้ว่าอาการมีสาเหตุมาจากหัวใจ รับรู้แบบไม่แน่ใจว่าอาการเกิดจากหัวใจ และรับรู้ว่าอาการไม่ได้มีสาเหตุจากหัวใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลประมาณ 4 ใน 5 รายรับรู้ว่าอาการของตนไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจ เนื่องจากอาการที่เกิดคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลตอบสนองและจัดการกับอาการแตกต่างกัน ส่วนกลุ่มที่รับรู้ว่าอาการไม่น่าจะมาจากหัวใจจะพยายามรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของตนเอง ตามความเข้าใจ และรอประเมินอาการหลังการจัดการนั้น ๆ โดยมีส่วนหนึ่งที่อดทนรอคอยให้อาการหายไปเองโดยไม่คิดว่าต้องรีบรับการรักษา มีผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยเก่าเพียง 1 ราย ที่รับรู้ว่าตนเองจะต้องพบแพทย์โดยด่วน เนื่องจากเคยมีประสบการณ์มาแล้ว สำหรับปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจมาโรงพยาบาลคือ ความชัดเจนของอาการ และอาการที่รุนแรงมากขึ้นจนทำให้ รู้สึกเหมือนกำลังจะตาย โดยที่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยเก่ายังคงไม่สามารถเชื่อมโยงอาการที่เกิดขึ้นกับโรคที่เป็นอยู่ได้ แม้ผู้ให้ข้อมูลบางรายพยายามจัดการอาการโดยการอมยาใต้ลิ้นตามคำแนะนำ แต่ระยะเวลาที่รอดูอาการจนตัดสินใจมารับการรักษา ยังขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการที่รุนแรงมากเป็นหลัก ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจคือ ความสามารถในการเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง การศึกษานี้ยังพบว่า ระบบบริการทางการแพทย์ในการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เป็นที่นิยม เพราะความล่าช้าและความเชื่อเกี่ยวกับการเคยใช้รถรับส่งผู้เสียชีวิต ล้วนทำให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาค่อนข้างล่าช้า การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อ ความเข้าใจในอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยเฉพาะอาการที่คลุมเครือ รวมทั้งวิธีการตอบสนองต่ออาการที่ถูกต้อง และการจัดระบบรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน การรับรู้อาการ การตอบสนองและจัดการกับอาการ การตัดสินใจมารับการรักษา

** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

*** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจัดเป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดสาเหตุหนึ่ง[1] คาดว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านหรือระหว่างการเดินทางมาโรงพยาบาล[2] การอุดตันของหลอดเลือดหัวใจทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหยุดชะงัก การตายของกล้ามเนื้อหัวใจค่อย ๆ เกิด โดยจะเริ่มตายหลังจากการอุดตันภายใน 20 นาที และกล้ามเนื้อหัวใจจะตายทั้งหมด ภายใน 4-6 ชั่วโมง[3,4] การรักษาที่มีประสิทธิภาพคือการทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็วในปัจจุบันมี 2 วิธี คือ ให้ยาละลายลิ่มเลือด และขยายหลอดเลือดหัวใจ[5] ซึ่งจะต้องรักษาภายในเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมงหลังเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ[6]

อาการเจ็บหน้าอก เป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล[7] แต่พบว่ากว่า 1 ใน 5 ของผู้ป่วยมีอาการไม่ชัดเจนหรือไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย เรียกว่า painless myocardial infarction ซึ่งมักพบได้ในผู้สูงอายุ เพศหญิง เบาหวาน หรือในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำให้บอกอาการได้ยาก[8] จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับประโยชน์จากการรักษาสูงสุด แม้ว่าปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้มีการพัฒนาจนมีประสิทธิภาพมาก[9] ดังนั้นอัตราตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงสูงอยู่เนื่องจากการมารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาช้า ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย โดยเฉพาะลักษณะส่วนบุคคลในการรับรู้ต่ออาการของโรคหรือการเจ็บป่วย 2) ปัจจัยด้านการเดินทางมาโรงพยาบาล และ 3) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ[10] จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การมีอาการเจ็บหน้าอกแบบค่อย ๆ เป็น จนกระทั่งเจ็บมากขึ้นเรื่อย ๆ รับรู้ว่าอาการนั้นไม่ได้เกิดจากหัวใจ อาการนั้นไม่รุนแรง การมีประสบการณ์ของโรคกระเพาะอาหารที่มีลักษณะอาการคล้ายคลึงกัน การมีอาการเหนื่อยเพลีย การรอปรึกษาแพทย์หรือการไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อขอคำแนะนำการรอปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวหรือคู่สมรส การประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่ไม่ร้ายแรงหรืออาการที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง การเฝ้ารอดูอาการที่เกิดขึ้นก่อน รอคอยให้อาการนั้นหายไปเอง การวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นอื่น ๆ ถ้าไปรับการรักษา รู้สึกเขินอายในการขอรับความช่วยเหลือ/การรักษา มีการรักษาด้วยตนเองก่อน เช่น การรับประทานยารักษาโรคกระเพาะอาหาร การอมยาใต้ลิ้น ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่ช้า[11]

ทั้งนี้การจัดการกับอาการที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามการรับรู้และประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคล มีความสำคัญในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วหรือช้าต่างกันไป[10] ซึ่งผลจากการวิจัยในบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกันชี้ให้เห็นการรับรู้อาการและวิธีจัดการอาการที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับอาการ และกระบวนการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้เกี่ยวกับอาการ และกระบวนการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรายเก่าและรายใหม่ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 18 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถาม ข้อมูลที่ได้นั้นนำมาวิเคราะห์และสรุปผลเชิงเนื้อหา (Content analysis) การวิจัยนี้ได้ยึดหลักปฏิบัติทางจริยธรรมพื้นฐาน โดยการขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล โดยอธิบายให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการเข้าร่วมและการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและบริการที่ได้รับของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยข้อมูลที่นำเสนอจะเสนอเป็นภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 18 คน เป็นเพศชาย 15 คน เพศหญิง 3 คน มีอายุระหว่าง 32-86 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 59 ปี นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีสถานภาพสมรสคู่และการศึกษาจบระดับชั้นประถมศึกษา ระยะเวลาที่มีอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 10 นาทีถึง 2 วัน โดยเฉลี่ยระยะเวลาที่มีอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 8 ชั่วโมง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น ST-elevation myocardial infarction (STEMI) จำนวน 16 คน และ Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) จำนวน 2 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การเดินทางมารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เดินทางโดยรถส่วนตัวและมีญาติเป็นผู้นำส่ง

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูล มีการรับรู้ลักษณะของอาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทั้งหมด 10 อาการ ได้แก่ 1) อาการเจ็บ/แน่น/ปวด/บีบ/รัดบริเวณหน้าอก 2) อาการหายใจไม่อิ่ม หายใจลำบาก หายใจไม่สะดวก 3) อาการเหงื่อออก ตัวเย็น 4) อาการปวดเมื่อยตามตัว 5) อาการเหนื่อยเพลีย 6) อาการใจสั่น 7) อาการคล้ายการมีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารและระบบขับถ่าย เช่น รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน ปวดจุกแน่นท้อง ปวดถ่ายอุจจาระ เป็นต้น 8) อาการหน้ามืด ตาลาย หูอื้อ วูบ 9) อาการเหมือนคนกำลังจะขาดใจตาย 10) อาการอื่น ๆ ที่ไม่เฉพาะเช่น มีอาการออกร้อนตามตัว ร้อนที่หน้าอก หงุดหงิดรำคาญใจ เหมือนเป็นตะคริว เป็นต้น

ผลการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการที่แตกต่างกัน โดยสามารถแบ่งการรับรู้ความรุนแรงของอาการออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การรับรู้อาการที่มีความรุนแรงมาก/เฉียบพลัน 2) การรับรู้อาการที่ไม่รุนแรงหรือมีความรุนแรงน้อย เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ส่วนด้านการรับรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนั้น สามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) มีสาเหตุมาจากหัวใจ 2) สาเหตุนั้นอาจจะใช่หรือไม่ใช่โรคหัวใจก็ได้ 3) ไม่ได้มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ

ผลการศึกษาในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ พบว่า ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 33.3 มีการรับรู้ว่าอาการนั้นมีความรุนแรงมากและเฉียบพลัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายลักษณะของอาการที่เกิดขึ้นว่า เกิดขึ้นโดยทันทีทันใด มีความรุนแรงมากที่สุดในชีวิต ไม่เคยมีประสบการณ์การมีอาการเช่นนี้มาก่อน ดังตัวอย่างคำพูด

“นอนอยู่ก็สะดุ้งตื่นมา...เป็นแบบแน่นหน้าอก แน่นขึ้นมาเรื่อย ๆ เป็นตลอดบ่คลาย มีเหงื่อแตกใจสั่นนำหายใจบ่อิ่ม ใจสิขาดให้ได้ บ่เคยเป็น บ่เคยพ้อ ย่านว่าสิตายมาก เหมือนคนกำลังสิตาย มันแน่นมันปวด...มันบ่เคยเป็นแฮงปานนี้มาก่อน” ID 05/01/02

“ตอนขี่จักรยานอยู่นั่นก็มีอาการเกิดขึ้นมาทันทีทันใด มันเป็นเจ็บแน่นหน้าอก แน่นมาก แบบว่ามีอิหยังมาบีบมาทับที่หน้าอกไว้ มันปวดไปนำคอ นำไหล่ข้างซ้าย มันบ่เคยเป็นหยังเลย เทือนีมันเป็นแฮงมาก สิหายใจก็หายใจบ่ออก มันเป็นตาตายแท้” ID 17/01/02

แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 รับรู้ว่าอาการนั้นไม่รุนแรง เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปซึ่งอธิบายลักษณะอาการว่า เหนื่อยเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไม่สุขสบาย ปวกจุกท้อง ปวดแน่นหน้าอกไม่มาก คล้ายกับอาการของกล้ามเนื้ออักเสบ เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในลักษณะแบบเดียวกัน นอกจากนี้อาการคล้ายอาการของโรคประจำตัวที่ตนเองเคยเป็น

“มีอาการอยู่หลายเทือ ก็มีอาการแน่นหน้าอก มันบ่เป็นหลาย ก็บ่คิดว่าสิเป็นหยังรุนแรง ก็นั่งพักเบิ่งอาการก่อน จั๊กหน่อยมันก็อ่อนลง นั่งพักมันก็หาย” ID 09/01/01

“อาการมันเป็นเหมื่อย ๆ มาหลายมื่อ แต่ก็บ่คิดว่าตัวเองเป็นหยังหลาย เพราะปกติสิเป็นคนเฮ็ดงานหนักอยู่แล้ว แต่ก็รู้สึกว่ามันเหมื่อย มันเพลีย แน่น ๆ ที่หัวใจ แต่ก็บ่เป็นหลาย คิดแต่ว่าเป็นจากการเฮ็ดเวียกเฮ็ดงานหนัก มันเลยเหมื่อยซือ ๆ อาการบ่แฮง แล้วก็เป็นแป๊บเดียว นั่งพักมันก็เซา” ID 02/01/01

ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูล (ร้อยละ 77.8) รับรู้สาเหตุของอาการว่า ไม่ได้มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายเป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยมีประสบการณ์การเจ็บหน้าอกมาแล้วก็ตาม โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่นั้นรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น จากการทำงานหนัก กล้ามเนื้ออักเสบหรือเอ็นอักเสบ ภาวะกรดไหลย้อน อาการของโรคประจำตัวที่เคยเป็น การนอนผิดท่า และไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจ

"อาการมันเป็นแน่น ๆ บริเวณหน้าอก ปวดบริเวณท้ายทอยนำ อาการกะแน่นอยู่บ่โดน...เล่าให้เมียฟัง...คงเป็นอาการเจ็บคิงธรรมดา...กินยาแก้ปวด แล้วกะเฮ็ดงานได้ตามปกติ แต่กะยังปวดท้ายทอยอยู่ แต่มันกะอ่อนลงอยู่ดอก ตอนแรกกะคิดว่ามันเป็นกับการเปลี่ยนยาความดัน...บ่คิดว่าสิเป็นจากโรคหัวใจดอก ก็บ่รู้แหละบ่เคยเป็น บ่คิดอิหยังดอก แต่มันก็เป็นแน่น ๆ บ่สู้ดอกว่าโรคหัวใจมันเป็นจังได๋ และก็บ่คิดว่าเจ้าของสิเป็นโรคหัวใจนำ" ID 01/02/16

"ผ่าตัดทำบายพาสไปแล้วตั้งแต่ปี 49 จากนั้นก็สบายดีตลอด...แต่มื่อนี่มีอาการแน่นหน้าอก หายใจบ่อิ่ม มีอาการอยู่สองสามเทื่อ มันก็อ่อนลงนั่งพักมันก็หาย ...บ่คิดว่าสิเป็นจากหัวใจ...อาการเทื่อนี่มันบ่คือเทื่อก่อน มันบ่หนักคือตอนนั้น...ก็คิดว่ามันบ่ได้เป็นมาจากหัวใจ... น่าสิเป็นจากแนวอื่นมากกว่า จากการเฮ็ดเวียกเฮ็ดงานหนัก...อีกอย่างหลังจากผ่าตัดไปก็สบายดีตลอด" ID 09/01/11

"คิดว่าอาการนั้นไม่รุนแรง ไม่ต้องรีบไปรับการรักษา เคยเป็นแบบเดียวกัน ก็คิดว่าเป็นจากกรดไหลย้อน...เพราะเคยเป็น มีโรคประจำตัวก็เป็นโรคกระเพาะอาหาร มียาโรคกระเพาะกินประจำ...ก็ไม่คิดว่าจะเป็นโรคหัวใจ" ID 14/01/08

มีผู้ให้ข้อมูลเพียงรายเดียว ร้อยละ 5.6 ที่รับรู้ว่าอาการนั้นมาจากหัวใจโดยตรง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่เดิม และมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่คล้ายคลึงกันบ่อย ๆ ดังคำกล่าว *"เป็นโรคหัวใจตีบมาตั้งแต่ปี 40...จากนั้นก็มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บแน่นหัวใจดู่อยู่...ผมก็รู้ว่านี่เป็นอาการของโรคหัวใจ" ID 08/01/05*

ผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้สาเหตุของอาการว่าอาจเกิดจากหัวใจหรือไม่ก็ได้ ไม่แน่ใจ มีจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 16.7) เกิดจากการมีอาการเป็นครั้งแรก จึงไม่คาดคิดว่าจะเป็นโรคที่เกี่ยวกับหัวใจ แต่เคยได้ยินเกี่ยวกับอาการของโรคจึงนำมาเทียบเคียงกัน ดังคำกล่าว

"มันเป็นเหมื่อย ๆ เพลีย ๆ แน่นหน้าอก ก็คิดว่าตัวเองมีอาการของคนโรคหัวใจบ่...เพราะเคยได้ยินอาการของคนโรคหัวใจมาจากวิทยุ...ก็คิดว่าอาจสิเป็นโรคหัวใจก็เป็นได้ แต่ก็บ่แน่ใจ หรือว่าสิอาการของคนเฮ็ดงานหนัก" ID 02/01/04

"ตอนมันเป็นหลาย ๆ เป็นหนัก ๆ เข้า มันบีบมันรัดตรงหัวใจเลย หายใจก็บ่ออก ก็คิดอยู่ว่าอาการมันอาจสิเป็นจากหัวใจก็ได้ เพราะว่ามันเจ็บบริเวณหัวใจนี่ เลาะ ๆหัวใจ มันรู้สึกว่าถูกบีบถูกรัดเลาะ ๆ หัวใจ รัดเข้าหน้าอกนี่...ก็คิดว่าอาจสิเป็นโรคหัวใจก็ได้" ID 06/03/09

ผลการศึกษาด้านการตอบสนองต่ออาการและการจัดการกับอาการ พบว่า 2 กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นควบคู่กันไป กล่าวคือ เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ของอาการ จะประเมินลักษณะ ความรุนแรงของอาการและสาเหตุของอาการ ซึ่งนำไปสู่การตอบสนองและจัดการกับอาการ ตามผลการประเมินและการให้ความหมายของอาการที่รับรู้นั้น ๆ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนแสวงหาวิธีการและกระทำเพื่อบรรเทาหรือขจัดอาการแตกต่างกันไป เช่น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่รับรู้ว่าอาการไม่รุนแรง จะไม่รู้สึกวิตกกังวล จึงไม่รีบไปรับการรักษาในโรงพยาบาล และพยายามจัดการกับอาการตามความเข้าใจและประสบการณ์เดิมของตน หรือจากการปรึกษากับบุคคลอื่น ซึ่งสามารถอธิบายวิธีการจัดการกับอาการของผู้ให้ข้อมูลได้ 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้ คือ 1) พยายามรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของผู้ให้ข้อมูลเอง เช่น การบีบนวด การดมยาดม ทายาหม่อง เปิดพัดลมให้คลายร้อน เปลี่ยนท่านอนใหม่ นั่งพัก หายใจเข้าลึก ๆ ใช้น้ำอุ่นประคบ อมลูกอม กินยาแก้ปวด/ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีวิธีการจัดการอาการมากกว่า 1 วิธีการ ตลอดจนมีการประเมินว่าอาการบรรเทาหรือหายไปหรือไม่ 2) การพยายามอดทนต่ออาการที่เกิดขึ้น และรอดูอาการ

ผลจากการประเมินการจัดการอาการ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.9 มีการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อรับรู้ว่าอาการเป็นมากขึ้น รุนแรงขึ้น เหมือนกำลังจะตาย ดังตัวอย่างคำพูด

"อาการมันเหมือนคนสิตาย ใจสิขาด หายใจบ่อออก อาการเจ็บไม่ลง เป็นตลอดบ่เซา มีแต่แฮงขึ้น เฮ็ดจังได่ก็บ่เซา ทั้งพักทั้งข่ม เบิ่งอาการไปก็บ่ดีขึ้น มันบ่เป็นตาอยู่แล้ว ย่านตายมาก" ID 02/04/14

"ผมก็ท่าเบิ่งอาการประมาณครึ่งชั่วโมง อาการมันก็บ่เซา อาการมันก็เป็นหลายขึ้น มันปวดมันแน่นมากขึ้น บ่ไหวแล้วแหละ เหงื่อมันออก ตัวเย็นนำ ก็คิดว่าตัวเองช็อคแล้วนี่แหละครับ ถึงได้ตัดสินใจมาโรงบาล" ID 03/03/04

"มันเป็นหลายกว่าเก่า...มันคือสิตายนี่แหละ เหมือนคนกำลังจมน้ำตาย หายใจบ่ได้ หายใจบ่อิ่ม มือจังมืองอ เกร็งนำแขนไปหมดครับ เหงื่อออก ตัวเย็นนำ บัดนี้ก็ย่านแล้ว เพราะว่ามันเป็นหลาย มันคือสิตายนี่แหละ ก็เลยฮ้องเอิ้นลูกให้พาไปโรงบาลแหน่ มันสิตายแล้ว" ID 10/01/11

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการมากกว่า 1 อาการ โดยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการและสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การมีอาการของผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 18 ราย เฉลี่ยเท่ากับ 8 ชั่วโมง ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีการรับรู้อาการว่าไม่รุนแรงและไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ จากการพยายามจัดการอาการด้วยวิธีการของตนเองและรอดูอาการ จนกระทั่งอาการทวีความรุนแรงมากขึ้นจึงตัดสินใจไปรับการรักษา

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เดินทางมารับการรักษาโดยใช้รถส่วนตัวและมีญาตินำส่ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลให้เหตุผลว่าสะดวกรวดเร็วกว่า ไม่ต้องรอ เพราะไม่สามารถรอต่อไปได้อีก รู้สึกว่าตนเองกำลังจะเสียชีวิต จึงไม่อยากรอเรียกใช้รถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากความล่าช้าและความเชื่อเกี่ยวกับการใช้รถที่เคยรับส่งผู้เสียชีวิต

การอภิปรายผล

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงและสาเหตุของอาการในเบื้องต้นคล้ายคลึงกัน นั่นคือมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงน้อย อาการมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ไม่ต้องรีบไปรับการรักษาในโรงพยาบาล อาการสามารถหายไปเองได้จึงใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ชั่วโมงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[10,14-18] ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน[11-13]

การรับรู้ความรุนแรงและสาเหตุของอาการ ดังกล่าวแล้วข้างต้น มีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Moser และคณะ[10] สนับสนุนผลการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ทำให้เกิดการรับรู้ว่าสาเหตุของอาการนั้นมาจากกรดไหลย้อน และจากโรคกระเพาะอาหาร จึงจัดการอาการของตนเองโดยการรับประทานยารักษาโรคกระเพาะ ซึ่งทำให้มารับการรักษาช้ายิ่งขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลได้มีการปรึกษากับบุคคลใกล้ชิด โดยพบว่าปรึกษากับคู่สามีภรรยาเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือปรึกษาลูก เพื่อนบ้าน และการไปรับคำปรึกษาหรือการรักษาจากคลินิคหรือสถานีอนามัยก่อนการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระยะเวลาในตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Pangyotha[18] ส่วนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีประวัติการมีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลาถึง 1 ชั่วโมงขึ้นไป เนื่องจากอาการที่รับรู้นั้นแตกต่างไปจากเดิม และมีการจัดการอาการด้วยการอมยาใต้ลิ้น พยายามอดทนรอดูอาการต่อ โดยคิดว่าอาการนั้นอาจจะหายไปได้ ซึ่งทำให้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Walsh และคณะ[16] ที่พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่ได้มารับการ

รักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้พยายามหาวิธีการจัดกระทำกับอาการ พยายามรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของตนเอง โดยใช้มากกว่า 1 วิธีในการพยายามรักษาหรือบรรเทาอาการ เช่น การบีบนวด การดมยาดม ทายาหม่อง เปิดพัดลมให้คลายร้อน เปลี่ยนท่านอนใหม่ กินยาแก้ปวดกินยารักษาโรคกระเพาะอาหาร หรือรอดูอาการโดยไม่ทำอะไรเลย เป็นต้น พร้อมทั้งมีการประเมินอาการเป็นระยะ ๆ หากอาการนั้นไม่บรรเทา หรือรุนแรงมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับเปลี่ยนวิธีการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของปฏิพร บุณยพัตน์กุล[17] ซึ่งพบว่าการพยายามจัดการกับอาการด้วยวิธีการของตนเอง การพยายามอดทนรอดูอาการ การเฝ้ารอให้อาการนั้นหายไปเพราะคิดว่าไม่รุนแรง นั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มารับการรักษาช้า ผู้ให้ข้อมูลจะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออาการนั้นเป็นมากในระดับที่ทนไม่ได้ เหมือนกำลังจะเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรวมล แพ่งโยธา[18]ที่พบว่าหากอาการนั้นมีระดับความรุนแรงมากขึ้น เท่าที่เคยมีอาการ จะส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 10 นาทีถึง 2 วัน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 8 ชั่วโมง ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลช้ากว่า 4 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจอาจมีการตายหมดอย่างถาวรได้[19-22] นอกจากนี้แล้ว การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 89.9 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 77.8 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคกระเพาะอาหาร ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจะเป็น เป็นผู้สูงอายุ อ้วน มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย ไม่เคยมีประสบการณ์การมีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมาก่อน การรับรู้อาการ การรับรู้สาเหตุ และความรุนแรงของอาการ ตลอดจนการจัดการกับอาการนั้น ผู้ให้ข้อมูลได้อาศัยประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล ตามการรับรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่ส่วนใหญ่รับรู้ว่าอาการนั้นไม่ได้มีสาเหตุจากหัวใจและไม่รุนแรง เนื่องจากมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป จึงพยายามจัดการกับอาการตามการรับรู้ของตนเอง และจากการปรึกษาบุคคลใกล้ชิด ทำให้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลนานโดยเฉลี่ยถึง 8 ชั่วโมง

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในด้านลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI และเป็นผู้ป่วยใหม่ ไม่เคยมีประสบการณ์การเป็นโรคหัวใจมาก่อน และเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการรับรู้เกี่ยวกับการรับรู้อาการของผู้ป่วยตามความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ผู้ป่วยในกลุ่ม Unstable angina, NSTEMI และ STEMI ทั้งในกลุ่มผู้มารับการรักษาเร็วและในกลุ่มที่มารักษาช้า ตลอดจนในกลุ่มผู้ป่วยเก่าและกลุ่มผู้ป่วยใหม่ และไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงและมีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเน้นเนื้อหาการสอนเกี่ยวกับลักษณะอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทั้งอาการที่พบได้บ่อย และอาการที่แปลกออกไป (Atypical presentation of acute coronary syndrome) เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่อาจเกิดตามการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

2. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแก่บุคลากรสุขภาพและประชาชนทั่วไป ตลอดจนเน้นการให้ความรู้โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เพื่อมุ่งหวังให้ระยะเวลาในการตัดสินใจมาพบแพทย์ลดลง

3. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

มีการวางแผนการจำหน่ายให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของโรค

4. ให้ความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

5. ควรมีการศึกษาวิจัยทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการรับรู้อาการ การตอบสนองต่ออาการ การจัดการกับอาการ และการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ครอบคลุมทั้งในกลุ่ม Unstable angina, NSTEMI และ STEMI ในกลุ่มผู้มารับการรักษาเร็วและในกลุ่มที่มารักษาช้ามากขึ้น และควรศึกษาในหลาย ๆ บริบท ที่แตกต่างกันทั้งในด้านสังคมวัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสะท้อนมุมมองจริงของผู้ป่วย

References

1. Christopher B, Steg P, Peterson E, Sendon J, Werf F, Rogers E, et al. Medication performance measures and mortality following acute coronary syndromes. Am J Med 2005; Aug, 118(8): 858-865.
2. Hofgren C, Karlson B & Herlitz J. Prodomal Symptoms in subsets of patients hospitalized for suspected acute myocardial infarction. Heart Lung 1995; 24(1): 3-10.
3. Thygesen K, Alpert JS, & White HD. Universal definition of myocardial infarction [database on the Internet]. 2011 [cited 2011 May 13] Available from http://www.circ.ahajournals.org.
4. Pollack CV & Braunwald E. 2007 Update to the ACC/AHA Guidelines for Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Implications for Emergency Department Practice. Annals of Emergency Medicine 2008; 51(5): 591-606.
5. Wongvipaporn C. Thronbolytic in Acute coronary syndrome. Khon Kaen, Khon Kaen karnpim, Thailand; 2011.
6. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics-2008 Update [database on the Internet]. 2008 [cited 2008 December 11] Available from http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.187998v1.
7. Treesukoson D. Guideline in Management of Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Update in Acute Coronary Syndrome, Queen Sirikitt hospital, Khon Kaen, Thailand; 2008.
8. Kiatchoosakul C. Management of acute myocardial infarction. Emergency Medicine. Khon Kaen: Klungnanawitaya, Thailand; 2000.
9. Dracup K, Moser DK, Eisenbergm M, Meischke H, Alonzo AA & Braslow A. Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. Soc Sci Med 1995; 40(3): 379-392.
10. Moser DK, Kimble LP, Alberts MJ, Alonzo A, Croft JB & Dracup K et al. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. Journal of the American Heart Association 2006; 114: 168-182.
11. Hazzard W.R., Chang M.Y. & Chait A. Aging and atherosclerosis. In W.R., Hazzard P.J., Bless J.B., Helter J.G., Ouslander & M.E. Tinetti. (eds.). Principles of geriatric medicine and gerontology. 5th ed. USA.: McGraw-Hill 2003; 423-432.
12. Ferebee L. Cardiovascular function. In: Meiner, S.E., & Lueckenotte, A.G. (ed.). Gerontologic nursing. 3rd ed. Missouri: St. Louis 2006; 468-476.
13. El-Hazmi M.A. & Warsy A.S. Prevalence of hypertension in obese and non-obese Saudis. Saudis Medicine Journal 2001; 22(1), 44-48.

14. Johansson I, Stromberg A & Swahn E. Factors related to delay times in patients with suspected acute myocardial infarction. Heart and Lung 2004; 33(5): 291-300.
15. Dracup K & Moser DK. Beyond sociodemographics: factors influencing the decision to seek treatment for symptom of acute myocardial infarction. Heart and Lung Journal 1997; 26(4): 253-262.
16. Walsh JC, Lynch M, Murphy AW, Daly K. Factors influencing the decision to Seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction: An evaluation of Self-Regulatory Model of illness behavior Journal of Psychosomatic Research 2004; 56(1): 67-73.
17. Boonyapatkul P. A study of symptom emergencies, symptom outcomes and symptom management strategies of patients with acute ischemic syndromes. Thesis of Master of Nursing science, Adult Nursing, Graduate School, Mahidol University; 1999.
18. Pangyotha J. Relationship between personal factors, symptom experiences, chest pain management strategies, and self care ability of patients with acute ischemic syndromes, regional hospital and medical care centers, southern region. Thesis of Master of Nursing science, Chulalongkorn University; 2005.
19. Sanckamanee Y, Ruisungnoen W. Effects of Preparatory Information Intervention on Knowledge, Anxiety, and Self-Care Practice among Patients Underwent Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Journal of Nurses' Association of Thailand Northeastern Division 2012; 30(1): 15-21.
20. Dongmala W, Malahom O. The Development of Postoperative Care System: Case Management Model in Surgical Intensive Care Unit, Sappasithiprasong Hospital, UbonRatchathani. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2011; 29(4): 13-22.
21. Phochan S. Development of a Case Management System for Patients with ST-elevated Myocardial Infarction in Khon Kaen Hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2011; 29(1): 22-30.
22. Sharejoho T, Khamla A, Pattanajid vilai S. The Development of Self Health Promotion by Support Group Model in the Risk Group of Heart Disease, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2011; 29(1): 41-50.

Perception of Symptoms and Decision to Seek Treatment in Patients with Acute Coronary Syndrome*

Lawan Orksuk M.N.S.** Wasana Ruisungnoen PhD***

ABSTRACT

This descriptive study aimed to explore perception of symptoms and decision to seek treatment in patients with acute coronary syndrome. Participants were 18 patients with acute coronary syndrome, including both old and new cases; who were admitted for treatment at Khon Kaen Hospital. Data were collected by in-depth interviews using guided questions. Each interview took approximately 45-60 minutes. Content analysis was used for data analysis and conclusion of findings.

Findings revealed that participants perceived their symptoms 2 ways differently, which were severity and causes of symptoms. Symptom severity was differentiated into 2 groups according to their experiences including suddenly severe that accounted for 2 out of 5 of the participants and gradually severe. Additionally, participants perceived their symptoms in relation to the cause in which 3 different causes were identified depending on the description, location, and clarity of symptoms. Causes of symptoms were distinguished as heart-related symptom, possibly heart-related symptom, and non heart-related symptoms, which accounted for 4 out of 5 of the participants. Vagueness of symptoms was the reason for this understanding.

Diverse perceptions of symptoms resulted in different responses and management. Those who perceived their symptoms as non heart-related tried to manage symptoms according to their experiences and understandings. Consequently, they waited to see if the symptoms disappeared after management. However, several participants felt that they could wait for the symptoms to recover without having to see the doctor. Only one participant in this study who was an old case decided to see the doctor immediately because of symptom familiarity. Key factors to the decision to seek treatment in this study were worsening of symptoms to the critical state as well as clarity of symptoms to be perceived as heart-related conditions. Surprisingly, some participants who were old cases could not identify the symptoms to be related to their heart condition. Some of them took sublingual medication as suggested by healthcare providers, however; they waited until symptoms became intolerable to go to the hospital. Another condition involved in a decision to seek treatment was transportation problem. Several participants disclosed that they needed to wait for someone to take them to the doctor. EMS service was not commonly used because of its delay and the avoidance to use the vehicle that might deliver the dead body previously. All of these conditions were responsible for the delay in seeking treatment. Findings from this study indicate the importance of educating the risk group of acute coronary syndrome regarding symptoms, especially atypical presentation of symptoms. Education of appropriate symptom response and management should be provided. Moreover, the transportation system that serves people needs in emergency state should be developed.

Keywords: acute coronary syndrome, perception of symptoms, response of symptoms and symptoms management, decision to seek treatment

---

** Thesis of Master of Nursing science, Adult Nursing, Graduate School, Khon Kaen University*

*** Student of Master of Nursing science in Adult Nursing, Khon Kaen University*

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University*