

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 90 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง ระหว่างเดือนธันวาคม 2549 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2550 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้เสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
  - 1.1 ข้อมูลทั่วไป
  - 1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา
2. การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 2.1 อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 2.2 สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 2.3 ช่วงเวลาของการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 2.4 ผลกระทบจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 2.5 การรักษา/การควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ประกอบด้วย
  - 3.1 วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย
  - 3.2 ระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 4.1 การรับรู้การเจ็บป่วยกับวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย
  - 4.2 การรับรู้การเจ็บป่วยกับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.1) อายุเฉลี่ย 59.3 ปี (ระหว่าง 39 ปี ถึง 86 ปี) โดยมีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.7) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 68.9) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 87.9) มีอาชีพเป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน (ร้อยละ 34.4) โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.1) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50) (ตาราง 2)

### ตาราง 2

ความถี่และร้อยละของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 90)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	64	71.1
หญิง	26	28.9
<b>อายุ (ปี) (<math>\bar{x}</math> = 59.3 , SD = 12.16 , Min = 39 , Max = 86 )</b>		
30-40	2	2.2
41-50	24	26.7
51-60	25	27.8
61-70	21	23.3
71-80	14	15.6
81-90	4	4.4
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	62	68.9
อิสลาม	28	31.1
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	79	87.8
หม้าย	7	7.8
แยกกันอยู่	4	4.4

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	11.1
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	15	8.9
รับจ้างทั่วไป	8	16.7
เกษตรกร/ประมง	21	23.3
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	31	34.4
อื่นๆ	5	5.6
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน (บาท)</b>		
ต่ำกว่า 5,000	37	41.1
5,001-10,000	32	35.6
10,001-20,000	19	21.1
20,001-50,000	2	2.2
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	22	24.4
ประถมศึกษา	45	50
มัธยมศึกษา	13	14.4
อนุปริญญา	2	2.2
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	7	7.8
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.1

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 30) เกิดอาการที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.7) มีบุคคลในครอบครัวนำตัวส่งโรงพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 73.3) ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดอยู่ระหว่าง 0-10 กิโลเมตร (ร้อยละ 60) ส่วนระยะทางระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเลือกพบว่า อยู่ระหว่าง 0-30 กิโลเมตร (ร้อยละ 67.8) เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 87.8) ไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 55.6) และมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 54.4) และไม่เคยมีประวัติการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ

(ร้อยละ 98.9) มีประวัติโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.4) มีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 60) ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ร้อยละ (32.2) บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ (ร้อยละ 82.2) ได้รับความละลายลิ้มเลือด (streptokinase) (ร้อยละ 47.8) (ตาราง 3)

### ตาราง 3

ความถี่และร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา (N = 90)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา	ความถี่	ร้อยละ
บุคคลที่ผู้ป่วยอยู่ด้วยขณะเกิดอาการ		
ไม่มี	9	10
คู่สมรส	25	27.8
คู่สมรสและบุตร	27	30.0
บุตร	19	21.1
ญาติหรือคนรู้จัก	9	10.0
บิดา/มารดา	1	1.1
สถานที่เกิดอาการ		
บ้าน	78	86.7
ทำงาน	1	1.1
อื่นๆ	11	12.2
ผู้ที่นำส่งโรงพยาบาล		
มาเอง	3	3.3
บุคคลในครอบครัว	66	73.3
ญาติ	17	18.9
อื่นๆ	4	4.4
การเดินทางมารับการรักษา		
รถส่วนตัว	79	87.8
รถรับจ้าง	10	11.1
อื่นๆ	1	1.1

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา	ความถี่	ร้อยละ
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด (กิโลเมตร)		
0-10	54	60.0
11-20	29	32.2
21-30	5	5.6
31-40	1	1.1
41-50	1	1.1
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลที่เลือก (กิโลเมตร)		
0-30	61	67.8
31-60	16	17.8
61- 90	5	5.6
91- 120	7	7.8
121-150	1	1.1
จำนวนครั้งของการเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน		
ครั้งแรก	49	54.4
2 ครั้งขึ้นไป	41	45.6
ประวัติการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ		
ไม่เคย	89	98.9
เคย	1	1.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	32	35.6
มี	58	64.4
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	6	40.0
เลิกสูบแล้ว	25	27.8
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่	29	32.2

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา	ความถี่	ร้อยละ
ประวัติโรคหัวใจของบุคคลในครอบครัว		
ไม่มี	74	82.2
มี	16	17.8
การได้รับยาลดไขมันเลือด		
ได้รับ	43	47.8
ไม่ได้รับ	47	52.2

#### ข้อมูลการรับรู้การเจ็บป่วย

1. อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยรับรู้อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นและรับรู้ว่าเป็นอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 65.6) (ตาราง ค 2) โดยรับรู้ว่ามีอาการแน่นหน้าอกมากที่สุด (ร้อยละ 95.6) รองลงมาคือ อาการเจ็บหน้าอก (ร้อยละ 91.1) ส่วนการรับรู้อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า มีอาการแน่นหน้าอก มากที่สุด (ร้อยละ 63.3) รองลงมาคือ อาการเจ็บหน้าอก (ร้อยละ 61.1) และเป็นที่น่าสนใจกว่าครึ่งหนึ่งที่รับรู้อาการเด่นของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเช่น ใจสั่น (ร้อยละ 58.9) หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (ร้อยละ 57.8) เจ็บร้าวไปที่ไหล่ แขนหรือกราม (ร้อยละ 53.3) หายใจลำบาก (ร้อยละ 52.2) และเหงื่อออกหรือตัวเย็น (ร้อยละ 51.1) เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และรับรู้อาการที่ไม่เด่นชัดหรืออาการที่สามารถพบได้ในโรคทั่วไปเช่น กังวลใจ หงุดหงิด (ร้อยละ 37.8) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 34.4) เหนื่อยล้า (ร้อยละ 33.3) เป็นต้น เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันน้อย (ตาราง 4)

ตาราง 4

ความถี่และร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่ามีอาการเกิดขึ้นในการเจ็บป่วยครั้งนี้และรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (N = 90)

อาการ	อาการที่เกิดขึ้นในการเจ็บป่วยครั้งนี้*		อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1.แน่นหน้าอก	86	95.6	57	63.3
2.เจ็บหน้าอก	82	91.1	55	61.1
3.เหงื่อออกหรือตัวเย็น	75	83.3	46	51.1
4.ใจสั่น	73	81.1	53	58.9
5.หายใจลำบากหรือหายใจหอบเหนื่อย	70	77.8	47	52.2
6.ปวดแน่นท้องบริเวณยอดอกหรือลิ้นปี่	70	77.8	38	42.2
7.เจ็บร้าวไปที่ไหล่ แขนหรือกราม	66	73.3	48	53.3
8.หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ	64	71.1	52	57.8
9.อ่อนเพลีย	59	65.6	31	34.4
10.เหนื่อยง่าย	54	60.0	30	33.3
11.วิงเวียน/มึนงง	51	56.7	27	30.0
12.กังวลใจ/หงุดหงิด	51	56.7	34	37.8
13.เป็นลม	41	45.6	29	32.2
14.ปวดศีรษะ	40	44.4	21	23.3
15.คลื่นไส้	38	42.2	21	23.3
16.รู้สึกชาบริเวณแขน, ขา	37	41.1	26	28.9

\*ตอบได้มากกว่า 1 อาการ

2. สาเหตุของโรค นำสาเหตุมาวิเคราะห์แบบรายชื่อ (ค่าคะแนน 1-5) พบว่าผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน โดยรับรู้ภาวะจิตใจเป็นสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.51$ ,  $SD = 0.99$ ) รองลงมาคือ การกระทำของตนเอง ( $\bar{X} = 3.48$ ,  $SD = 0.99$ ) ความเครียด ( $\bar{X} = 3.40$ ,  $SD = 1.10$ ) อาหาร ( $\bar{X} = 3.18$ ,  $SD = 1.17$ ) และการไม่ได้รับการรักษาที่ตีพอนออดิต ( $\bar{X} = 2.88$ ,  $SD = 1.22$ ) (ตาราง 5)

## ตาราง 5

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามการรับรู้สาเหตุของโรค ( $N = 90$ )

การรับรู้สาเหตุของโรค (min = 1,max = 5)	$\bar{X}$	S.D
1. ภาวะจิตใจ	3.51	0.99
2. การกระทำของผู้ป่วย	3.48	0.99
3. ความเครียด	3.40	1.10
4. อาหาร	3.18	1.17
5. การไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอในอดีต	2.88	1.22
6. มลภาวะของสิ่งแวดล้อม	2.79	1.14
7. ความบังเอิญ	2.62	1.21
8.กรรมพันธุ์	2.38	1.01
9. คนอื่น	2.30	0.99
10. เชื้อโรค	2.09	1.01

3. ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษา/การควบคุม (ค่าคะแนน 1-5) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ช่วงเวลาของโรคเป็นช่วงเวลานาน ( $\bar{X} = 3.30$ ,  $SD = 0.59$ ) รับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย มีผลกระทบรุนแรง ( $\bar{X} = 3.38$ ,  $SD = 0.43$ ) และรับรู้ที่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือควบคุมได้ ( $\bar{X} = 3.50$ ,  $SD = 0.47$ ) (ตาราง 6)



ตาราง 6

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามการรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรคและการรักษา/การควบคุม (N = 90)

การรับรู้	$\bar{X}$	S.D	การแปลผล
ช่วงเวลาของการเป็นโรค (min = 1.67,max = 4.67)	3.30	0.59	นาน
เป็นอยู่นาน	3.49	1.03	
เป็นถาวรมากกว่าชั่วคราว	3.36	1.01	
เป็นช่วงเวลาสั้น ๆ	3.06	1.15	
ผลกระทบจากโรค (min = 2.29,max = 4.43)	3.38	0.43	รุนแรง
มีผลกระทบต่อชีวิตมาก	3.99	0.76	
เป็นเรื่องร้ายแรง	3.89	0.83	
มีผลทำให้มองตัวเองเปลี่ยนไป	3.59	0.87	
มีผลอย่างมากต่อภาวะการเงิน	3.57	0.94	
มีผลทำให้คนอื่นมองตนเองเปลี่ยนไป	3.30	0.92	
อยู่กับความเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ง่าย	3.08	1.01	
ไม่ได้มีผลกับชีวิตมาก	2.33	0.85	
การรักษา/การควบคุม (min = 2.17,max = 4.33)	3.50	0.47	รักษา/ควบคุม
ดีขึ้นถ้าใช้เวลา	3.91	0.76	ได้มาก
สิ่งที่ปฏิบัติมีผลต่อการทำให้ความเจ็บป่วยดีขึ้นหรือแย่ลง	3.79	0.70	
มีหลายสิ่งหลายอย่างที่สามารทำได้เพื่อควบคุมอาการ	3.66	0.84	
การรักษาที่ได้รับสามารถรักษาความเจ็บป่วยให้หายขาดได้	3.54	1.12	
มีเพียงบางอย่างเท่านั้นที่ทำให้ความเจ็บป่วยครั้งนี้ดีขึ้น	3.38	0.93	
การหายจากความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับโชคชะตา	2.73	1.14	

#### การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย

1. วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยหลายวิธีด้วยกันก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาในภาพรวมรายด้านพบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้การรักษาด้วยตนเอง มากที่สุด (ร้อยละ 74.4) รองลงมาคือ

การปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น (ร้อยละ 64.8) การแสวงหาการรักษา/การปรึกษาบุคลากรในทีมสุขภาพ (ร้อยละ 53.3) และวิธีการพยายามอดทน/รอดูอาการ (ร้อยละ 48.6) (ตาราง 7)

#### ตาราง 7

ความถี่และร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (N = 90)

วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย*	ความถี่	ร้อยละ
การพยายามอดทน/รอดูอาการ	175	48.6
พยายามผ่อนคลาย	78	86.7
หวังหรือสวดมนต์ให้อาการนั้นหายไป	48	53.3
แสร้งทำว่าเป็นปกติหรือพยายามคิดเรื่องอื่น	26	28.9
ไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวว่าจะทำให้เสียชีวิต	23	25.6
การรักษาด้วยตนเอง	134	74.4
พยายามบรรเทาอาการโดยการเปลี่ยนท่า	78	86.7
รักษาด้วยตนเองโดยการไช้ยา	56	62.2
การปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว/บุคคลอื่น	175	64.8
บอกเล่าสมาชิกในครอบครัว	85	94.4
เล่าอาการให้เพื่อนหรือคนอื่นๆ ฟัง	59	65.6
บอกเพื่อนร่วมงาน	31	34.4
การแสวงหาการรักษา/การปรึกษาบุคลากรในทีมสุขภาพ	96	53.3
ไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาล	90	100
ให้สมาชิกในครอบครัวโทรศัพท์เรียกรถฉุกเฉิน	6	6.7

\* ตอบได้มากกว่า 1 วิธี

2. ระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใช้เวลาก่อนมารับการรักษาช้ากว่าประสิทธิภาพสูงสุดของยาละลายลิ่มเลือด โดยใช้เวลามากกว่า 1 ชั่วโมง มากที่สุด (ร้อยละ 66.7) และใช้น้อยกว่า 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 33.3) (ตาราง 8)

## ตาราง 8

ความถี่และร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา ( $N = 90$ )

ระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา	ความถี่	ร้อยละ
( $\bar{X} = 3$ ชั่วโมง 45 นาที, $SD = 4$ ชั่วโมง 57 นาที, $\min = 5$ นาที, $\max = 36$ ชั่วโมง)		
< 1 ชั่วโมง	30	33.3
> 1 ชั่วโมง	60	66.7

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ พบว่า การรับรู้ว่าอาการเกี่ยวข้องกับโรคมีความสัมพันธ์กับการไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวจะเสียชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 4.27, p < .05$ ) (ตาราง 9) การรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (ตาราง 10) การรับรู้ว่าผลกระทบจากโรคมีความสัมพันธ์กับการไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวจะเสียชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 5.11, p < .05$ ) (ตาราง 11) และการรับรู้การรักษา/การควบคุมมีความสัมพันธ์กับการหวังหรือสวดมนต์ให้อาการนั้นหายไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 5.14, p < .05$ ) (ตาราง 12)

ตาราง 9

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับวิธีการ  
ตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (N = 90)

วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย		การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค		$\chi^2$
		ไม่เกี่ยวข้องกับโรค	เกี่ยวข้องกับโรค	
1. พยายามผ่อนคลาย	ไม่ปฏิบัติ	9 (18.8%)	39 (81.2%)	2.61
	ปฏิบัติ	3 (7.1%)	39 (92.9%)	
2. หวังหรือสวดมนต์ให้ อาการนั้นหายไป	ไม่ปฏิบัติ	21 (43.8%)	21 (50.0%)	0.35
	ปฏิบัติ	27 (56.2%)	21 (50.0%)	
3. พยายามคิดเรื่องอื่น	ไม่ปฏิบัติ	34 (70.8%)	14 (29.2%)	0.01
	ปฏิบัติ	30 (71.4%)	12 (28.6%)	
4. บอกเล่าสมาชิกใน ครอบครัว	ไม่ปฏิบัติ	4 (8.3%)	1 (2.4%)	1.513
	ปฏิบัติ	44 (91.7%)	41 (97.6%)	
5. รักษาด้วยตนเองโดยการ ใช้ยา	ไม่ปฏิบัติ	18 (37.5%)	16 (38.1%)	0.01
	ปฏิบัติ	30 (62.5%)	26 (61.9%)	
6. บรรเทาอาการโดยการ เปลี่ยนท่า	ไม่ปฏิบัติ	6 (12.5%)	5 (11.9%)	0.01
	ปฏิบัติ	42 (87.5%)	37 (88.1%)	
7. บอกเพื่อนร่วมงาน	ไม่ปฏิบัติ	32 (66.7%)	27 (64.3%)	0.06
	ปฏิบัติ	16 (33.3%)	15 (35.7%)	
8. เล่าอาการให้เพื่อนหรือ คนอื่นๆ ฟัง	ไม่ปฏิบัติ	20 (41.7%)	11 (26.2%)	2.38
	ปฏิบัติ	28 (58.3%)	31 (73.8%)	
9. ไม่กล้าทำอะไรเพราะ กลัวจะเสียชีวิต	ไม่ปฏิบัติ	40 (83.3%)	27 (64.3%)	4.27*
	ปฏิบัติ	8 (16.7%)	15 (35.7%)	

\*p<.05

ตาราง 10

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรคล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับวิธีการ  
ตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (N = 90)

วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย		การรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรค		$\chi^2$
		ไม่นาน	นาน	
1. พยายามผ่อนคลาย	ไม่ปฏิบัติ	4 (12.9%)	8 (13.6%)	0.01
	ปฏิบัติ	27 (87.1%)	51 (86.4%)	
2. หวังหรือสวดมนต์ให้อาการ นั้นหายไป	ไม่ปฏิบัติ	14 (45.2%)	28 (47.5%)	0.04
	ปฏิบัติ	17 (54.8%)	31 (52.5%)	
3. พยายามคิดเรื่องอื่น	ไม่ปฏิบัติ	21 (67.7%)	43 (72.9%)	0.26
	ปฏิบัติ	10 (32.3%)	16 (27.1%)	
4. บอกเล่าสมาชิกในครอบครัว	ไม่ปฏิบัติ	1 (3.2%)	4 (6.8%)	0.49
	ปฏิบัติ	30 (96.8%)	55 (93.2%)	
5. รักษาด้วยตนเองโดยใช้ ยา	ไม่ปฏิบัติ	11 (35.5%)	23 (39.0%)	0.11
	ปฏิบัติ	20 (64.5%)	36 (61.0%)	
6. บรรเทาอาการ โดยการ เปลี่ยนท่า	ไม่ปฏิบัติ	4 (12.9%)	7 (11.9%)	0.02
	ปฏิบัติ	27 (87.1%)	52 (88.1%)	
7. บอกเพื่อนร่วมงาน	ไม่ปฏิบัติ	17 (54.8%)	42 (71.2%)	2.41
	ปฏิบัติ	14 (45.2%)	17 (28.8%)	
8. เล่าอาการให้เพื่อนหรือคน อื่นๆ ฟัง	ไม่ปฏิบัติ	7 (22.6%)	24 (40.7%)	2.95
	ปฏิบัติ	24 (77.4%)	35 (59.3%)	
9. ไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวจะ เสียชีวิต	ไม่ปฏิบัติ	23 (74.2%)	44 (74.6%)	0.01
	ปฏิบัติ	8 (25.8%)	15 (24.5%)	

ตาราง 11

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (N = 90)

วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย		การรับรู้ผลกระทบจากโรค		$\chi^2$
		ไม่รุนแรง	รุนแรง	
1. พยายามผ่อนคลาย	ไม่ปฏิบัติ	4 (20.0%)	8 (11.4%)	0.99
	ปฏิบัติ	16 (80.0%)	62 (88.6%)	
2. หวังหรือสวดมนต์ให้ อาการนั้นหายไป	ไม่ปฏิบัติ	7 (35.0%)	35 (50.0%)	1.41
	ปฏิบัติ	13 (65.0%)	35 (50.0%)	
3. พยายามคิดเรื่องอื่น	ไม่ปฏิบัติ	13 (65.0%)	51 (72.9%)	0.47
	ปฏิบัติ	7 (35.0%)	19 (27.1%)	
4. บอกเล่าสมาชิก ในครอบครัว	ไม่ปฏิบัติ	1 (5.0%)	4 (5.7%)	0.02
	ปฏิบัติ	19 (95.0%)	66 (94.3%)	
5. รักษาด้วยตนเอง โดยการไช้ยา	ไม่ปฏิบัติ	6 (30.0%)	28 (40.0%)	0.66
	ปฏิบัติ	14 (70.0%)	42 (60.0%)	
6. บรรเทาอาการโดย การเปลี่ยนท่า	ไม่ปฏิบัติ	2 (10.0%)	9 (12.9%)	0.12
	ปฏิบัติ	18 (90.0%)	61 (87.1%)	
7. บอกเพื่อนร่วมงาน	ไม่ปฏิบัติ	13 (65.0%)	46 (65.7%)	0.01
	ปฏิบัติ	7 (35.0%)	24 (34.3%)	
8. เล่าอาการให้เพื่อน หรือคนอื่นๆ ฟัง	ไม่ปฏิบัติ	6 (30.0%)	25 (35.7%)	0.23
	ปฏิบัติ	14 (70.0%)	45 (64.3%)	
9. ไม่กล้าทำอะไรเพราะ กลัวจะเสียชีวิต	ไม่ปฏิบัติ	11 (55.0%)	56 (80.0%)	5.11*
	ปฏิบัติ	9 (45.0%)	14 (20.0%)	

\*p<.05

ตาราง 12

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การรักษา/การควบคุม โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับวิธีการ  
ตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (N = 90)

วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย		การรับรู้การรักษา/ควบคุม		$\chi^2$
		รักษา/ควบคุมได้น้อย	รักษา/ควบคุมได้มาก	
1. พยายามผ่อนคลาย	ไม่ปฏิบัติ	3 (20.0%)	9 (12.0%)	0.69
	ปฏิบัติ	12 (80.0%)	66 (88.0%)	
2. หวังหรือสวดมนต์ให้ อาการนั้นหายไป	ไม่ปฏิบัติ	11 (73.3%)	31 (41.3%)	5.14*
	ปฏิบัติ	4 (26.7%)	44 (58.7%)	
3. พยายามคิดเรื่องอื่น	ไม่ปฏิบัติ	11 (73.3%)	53 (70.7%)	0.04
	ปฏิบัติ	4 (26.7%)	22 (29.3%)	
4. บอกเล่าสมาชิกใน ครอบครัว	ไม่ปฏิบัติ	2 (13.3%)	3 (4.0%)	2.08
	ปฏิบัติ	13 (86.7%)	72 (94.4 %)	
5. รักษาด้วยตนเองโดยการ ใช้ยา	ไม่ปฏิบัติ	7 (46.7%)	27 (36.0%)	0.61
	ปฏิบัติ	8 (53.3%)	48 (64.0%)	
6. บรรเทาอาการโดย การเปลี่ยนท่า	ไม่ปฏิบัติ	3 (20.0%)	8 (10.7%)	1.02
	ปฏิบัติ	12 (80.0%)	67 (89.3%)	
7. บอกเพื่อนร่วมงาน	ไม่ปฏิบัติ	13 (86.7%)	46 (61.3%)	3.55
	ปฏิบัติ	2 (13.3%)	31 (34.4%)	
8. เล่าอาการให้เพื่อน หรือคนอื่นๆ ฟัง	ไม่ปฏิบัติ	7 (46.7%)	24 (32.0%)	1.19
	ปฏิบัติ	8 (53.3%)	51 (68.0%)	
9. ไม่กล้าทำอะไรเพราะ กลัวจะเสียชีวิต	ไม่ปฏิบัติ	9 (60.0%)	58 (77.3%)	1.97
	ปฏิบัติ	6 (40.0%)	17 (22.7%)	

\*p<.05

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา พบว่า  
การรักษา/การควบคุมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติ ที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 5.76, p < .05$ ) (ตาราง 13)

ตาราง 13

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (N = 90)

การรับรู้การเจ็บป่วย		ระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา		$\chi^2$
		มาเร็ว (<1 ชม.)	มาช้า (> 1ชม.)	
1. อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค	ไม่เกี่ยวข้องกับโรค	11 (26.2%)	31 (73.8%)	2.38
	เกี่ยวข้องกับโรค	31 (34.4%)	59 (65.6%)	
2. ช่วงเวลาของการเป็นโรค	ไม่นาน	9 (29.0%)	22 (71.0%)	0.39
	นาน	21 (35.6%)	38 (64.4%)	
3. ผลกระทบจากโรค	ไม่รุนแรง	4 (20.0%)	16 (80.0%)	2.06
	รุนแรง	26 (37.1%)	44 (62.9%)	
4. การรักษา/ควบคุม	รักษา/ควบคุมได้น้อย	1 (6.7%)	14 (93.3%)	5.76*
	รักษา/ควบคุมได้มาก	29 (38.7%)	46 (61.1%)	

\*p<.05

### การอภิปรายผล

#### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ (2548); จรรวมล (2548); ปฏิพร (2543); สุนีย์ (2540); อรมณี (2545) พบว่าเพศชายได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าเพศหญิง และตรงกับการศึกษาในต่างประเทศ จากรายงานการศึกษาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาพบว่าเพศชายที่มีอายุน้อยมีอุบัติการณ์เกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า (จิริยา, 2547)

อายุของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 59.3 ปี (ช่วงอายุ 39 ถึง 86 ปี) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของจิรวรรณ (2548); สุนีย์ (2540); อรมณี (2545) ซึ่งอายุเฉลี่ยของตัวอย่างที่ศึกษา 62.31, 60.22 และ 60.0 ตามลำดับ โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 51-60 ปี (ร้อยละ 27.8) และเมื่อพิจารณาอุบัติการณ์ของโรคที่พบในเพศชายและหญิง แยกตามวัย พบว่าเพศชายมักเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนอายุ 40 ปี และเพศหญิงมักเกิดโรคเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี หรือหลังหมดประจำเดือน



สำหรับประเทศไทย พบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ตั้งแต่ อายุ 28-75 ปี และช่วงอายุที่ต่ำกว่า 40 ปี มีอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ร้อยละ 4.2 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาจากประเทศตะวันตก (จิริยา, 2547)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 87.8) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวรรณ (2548); ปฏิพร (2543); สุนีย์ (2540); อรมณี (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 50) สอดคล้องกับการศึกษาของจรรวมล (2548) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 66)

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 30) รองลงมา อยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 27.8) ส่วนสถานที่เกิดอาการส่วนใหญ่เกิดที่ บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 86.7) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ (2540) พบว่า บุคคลที่อยู่ด้วยขณะ เกิดอาการ คือบุตร (ร้อยละ 63) และคู่สมรส (ร้อยละ 59) และเกิดอาการที่บ้าน (ร้อยละ 82) สอดคล้องการศึกษาของดราคัพและมอเซอร์ (Dracup & Moser, 1997) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี อาการเกิดขึ้นที่บ้านและขณะมีอาการผู้ป่วยร้อยละ 34.4 อยู่กับสามี/ภรรยา รองลงมาร้อยละ 11.6 อยู่กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของมอเซอร์และคณะ (Moser et al., 2005) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเกิดขึ้นที่บ้านและอยู่กับสมาชิกในครอบครัวมากกว่าเกิดในที่ สาธารณะ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมีอาการครั้งแรก (ร้อยละ 54.4) สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ (2548) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก (ร้อยละ 78.4) ผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.4) โดยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด (ร้อยละ 40) (ตาราง ค 1) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ (2540) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 54 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 60) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวรรณ (2548) พบว่า ผู้ป่วยมีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 77.6) ซึ่งบุหรี่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย โดยผู้ที่สูบบุหรี่มากมีโอกาสเป็นโรคมก พบว่า ผู้ ที่สูบบุหรี่วันละ 1-4 มวน มีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบ 2.5 เท่า ในประเทศไทยพบว่าบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบร้อยละ 62.2 (จิริยา, 547)

ประวัติโรคหัวใจของบุคคลในครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติ (ร้อยละ 82.2) สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ (2548) พบว่า ประวัติโรคหัวใจของบุคคลในครอบครัวส่วน

ใหญ่ไม่มีประวัติ (ร้อยละ 87.2) แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์ อาจเกิดจากปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

### ข้อมูลการรับรู้การเจ็บป่วย

การรับรู้การเจ็บป่วย มี 5 องค์ประกอบด้วยกัน จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาเป็นองค์ประกอบ รายด้าน อภิปรายได้ดังนี้

1. อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการและอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยรับรู้ว่ามีอาการแน่นหน้าอกและอาการเจ็บหน้าอกและรับรู้ว่ามีอาการแน่นหน้าอกและอาการเจ็บหน้าอกเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยเคยมีเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน โดยเจ็บป่วยเป็นครั้งที่ 2 (ร้อยละ 45.6) ประกอบกับบุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหัวใจ (ร้อยละ 17.8) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองและการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจะให้ความหมายหรือรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมาก่อนการเจ็บป่วยของตนเองหรือคนรอบข้าง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของฮอร์นและคณะ (Horn, et al., 2000) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 29 มีประสบการณ์อาการและอาการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยผู้ป่วย มีประสบการณ์อาการเจ็บหน้าอก (ร้อยละ 64) มีอาการเจ็บร้าวไปบริเวณแขนและไหล่ (ร้อยละ 66) ส่วนอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า อาการเจ็บตรงกลางหน้าอก (ร้อยละ 76) มีอาการเจ็บร้าวไปบริเวณแขนและไหล่ (ร้อยละ 34) นอกจากนี้พบว่า อาการแน่นหน้าอกและอาการเจ็บหน้าอกเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ (2548) พบว่าอาการเด่นชัดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคือ อาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก และการศึกษาของปฏิพร (2543) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้ว่ามีอาการเริ่มต้น คืออาการเจ็บแน่นหน้าอก (ร้อยละ 62) เช่นเดียวกับการศึกษาของดราคูปและคณะ (Dracup et al., 1995) พบว่าผู้ป่วยรับรู้อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ อาการเจ็บ แน่นหน้าอก

2. สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่ามาจากหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น การกระทำของตนเอง ( $\bar{X} = 3.48, SD = 0.99$ ) การรับประทานอาหาร ( $\bar{X} = 3.18, SD = 1.17$ ) และสาเหตุจากจิตใจ เช่น ความเครียด ( $\bar{X} = 3.40, SD = 1.10$ ) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค เป็นกระบวนการที่

บุคคลส่วนใหญ่ค้นหาว่าอะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Leventhal et al., 1984) ผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของแมคคินลีย์และคณะ (McKinley et al., 2000) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเครียด ภาระพันธู์ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย หรือภาวะน้ำหนักเกิน เป็นสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการศึกษาของอีวาและคารินา (Eva & Carina, 2001) พบว่า สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจมี 3 ปัจจัยด้วยกันคือ พันธุกรรม วิถีชีวิต และน้ำหนักเกิน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของคิง (King, 2002) พบว่า สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ความเครียด วิถีชีวิต การออกกำลังกาย การกินอาหาร และการศึกษาของเฟรนช์และคณะ (French et al., 2002) พบว่า สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ความเครียด ความดันโลหิตสูง และภาระพันธู์

3. ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผู้ป่วยรับรู้ช่วงเวลาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นช่วงเวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเคยมีอาการของโรคมามาก่อน โดยผู้ป่วยเคยมีอาการมาแล้วมากกว่า 2 ครั้ง (ร้อยละ 45.6) จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้จะเป็นอยู่นาน ( $\bar{X} = 3.49$ ,  $SD = 1.03$ ) และน่าจะเป็นถาวรมากกว่าชั่วคราว ( $\bar{X} = 3.36$ ,  $SD = 1.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของเบิร์นและคณะ (Byrne et al., 2005) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันน่าจะเป็นช่วงเวลานาน และการศึกษาของเซอร์วิกและคณะ (Zerwic et al., 1997) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นช่วงเวลานาน ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวในการรักษา แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของแอสตินและโจนส์ (Astin & Jones, 2006) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะหายไปในช่วงเวลาอันสั้น เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจผิดคิดว่าการถ่วงขยายหลอดเลือด จะทำให้โรคหายได้ในช่วงเวลาไม่นาน

4. ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลกระทบรุนแรง เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตที่เป็นประสบการณ์สำคัญและคุกคามต่อการดำรงชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเรื่องร้ายแรง ( $\bar{X} = 3.89$ ,  $SD = 0.83$ ) และสามารถทำให้เสียชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชวณพิศ (2541) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นแล้วรุนแรงรักษาไม่หาย ต้องรักษาตลอดชีวิต และการศึกษาของปฎิพร (2543) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 ประเมินว่าอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุนีย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 62 ประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นมีอันตรายมาก ทำให้เสียชีวิตได้รวดเร็ว นอกจากนี้พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือทำหน้าที่ของตนเองได้ ทำให้มีผลต่อภาวะการเงินและเศรษฐกิจ ( $\bar{X} = 3.57$ ,  $SD = 0.94$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของเพทรี และคณะ (Petrie et al., 1996) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วย มีผลกระทบรุนแรง จะกลับเข้า

ไปทำงานช้ากว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีผลกระทบไม่รุนแรง และยังพบอีกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์คนรอบข้างมองว่าเป็นคนป่วย ( $\bar{X} = 3.30$ ,  $SD = 0.92$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของคิง (King, 2002) ซึ่งพบว่า ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคือ ทำให้บุคคลสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง และเชื่อว่าตนเองไร้ความสามารถ และการศึกษาของแอสตินและโจนส์ (Astin & Jones, 2006) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าผลกระทบจากโรครุนแรง มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในตนเอง คิดว่าตนเองไร้ความสามารถ

5. การรักษา/การควบคุม พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือควบคุมได้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะดีขึ้นถ้าใช้เวลา ( $\bar{X} = 3.91$ ,  $SD = 0.76$ ) และสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติมีผลทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้นหรือแย่ลง ( $\bar{X} = 3.79$ ,  $SD = 0.70$ ) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีหลายสิ่งหลายอย่างที่สามารรถรักษาหรือควบคุมอาการของโรคได้ ( $\bar{X} = 3.66$ ,  $SD = 0.84$ ) ดังนั้นการรักษาหรือการควบคุมสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนการรักษาด้วยยาที่ต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ดี ซึ่งการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยสามารถรักษาหรือควบคุมได้มีผลดีกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่ต่อเนื่องและมีความตั้งใจที่จะทำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของเฟรนช์และคณะ (French et al., 2005); เบิร์นและคณะ (Byrne et al., 2005) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถรักษาหรือควบคุมได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ว่าโรคสามารถรักษาหรือควบคุมได้ ทำให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยในระยะยาวเนื่องจากผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยสามารถควบคุมหรือรักษาได้ จะมีความตั้งใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่า (Petrie et al., 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของวิทมาร์ชและคณะ (Whitmarsh et al., 2003) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยสามารถควบคุมหรือรักษาได้ จะมีความตั้งใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเช่นเดียวกับการศึกษาของแฮกเกอร์และออร์เบล (Hagger & Orbell, 2003) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้การเจ็บป่วยว่าสามารถรักษาหรือควบคุมได้ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี สุขภาพกายดีและการหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น และการศึกษาของมอเซอร์และดราคัป (Moser & Dracup, 1995) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าสามารถควบคุมโรคได้ดีจะมีความวิตกกังวลน้อย ซึมเศร้าน้อย

#### *การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย*

การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนด้วยกัน คือ วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย และระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้

1. วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยหลายวิธีด้วยกันก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้การรักษาด้วยตนเอง มากที่สุด (ร้อยละ 74.4) รองลงมาคือ การปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น (ร้อยละ 64.8) การแสวงหาการรักษา/การปรึกษานุเคราะห์ในทีมสุขภาพ (ร้อยละ 53.3) และการพยายามอดทน/รอคู่อการ (ร้อยละ 48.6)

การรักษาด้วยตนเอง (ร้อยละ 74.4) พบว่า ผู้ป่วยพยายามบรรเทาอาการโดยการเปลี่ยนท่ามากที่สุด (ร้อยละ 86.7) และการรักษาตนเองโดยการใส่ยา (ร้อยละ 62.2) เนื่องจากสังคมของคนในภูมิภาคตะวันออกเป็นสังคมที่มีการพึ่งพาตนเองมากกว่าสังคมตะวันตก การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐยากกว่า ตลอดจนมีการใช้ภูมิปัญญาตะวันออกในการจัดการกับอาการหรือบรรเทาอาการ ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่อยู่ควบคู่กับคนในแถบตะวันออกและส่วนใหญ่นิยมปฏิบัติก่อนตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การรับประทานยาหอมเพื่อบรรเทาอาการแน่นหน้าอก และการเปลี่ยนท่าเพื่อให้อาการเจ็บหน้าอกทุเลาลง สอดคล้องกับการศึกษาของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) พบว่า ผู้ป่วยในเอเชียเลือกใช้การบำบัดทางเลือกก่อนตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยในประเทศญี่ปุ่นพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใช้การรักษาด้วยตนเอง ก่อนตัดสินใจเรียกรถฉุกเฉิน ส่วนในประเทศไทยการศึกษาของสุนีย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยจะรักษาตนเองก่อนเมื่อมีอาการครั้งแรก (ร้อยละ 33) ถ้าหากอาการไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของปฏิพร (2543) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการรักษาด้วยตนเองก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 69) ซึ่งยาที่ผู้ป่วยเลือกใช้คือ ยาหอมและการเปลี่ยนท่า เช่นเดียวกับการศึกษาของจิรวรรณ (2548) พบว่า ผู้ป่วยรักษาตนเองก่อนมารับการรักษา โดยเลือกใช้ยาหอม (ร้อยละ 45.6) และใช้การเปลี่ยนท่า (ร้อยละ 87.2)

การปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น (ร้อยละ 64.8) พบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีการบอกเล่าสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 94.4) และการเล่าอาการให้เพื่อนหรือคนอื่นๆ ฟัง (ร้อยละ 65.6) เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นที่บ้าน (ร้อยละ 86.7) และขณะเกิดอาการ อยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 30) และอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 27.8) ซึ่งคู่สมรสและบุตรมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วย จากรายงานการศึกษาในตะวันตก พบว่า ศักยภาพและบทบาทของคู่สมรสมีความสำคัญสามารถช่วยอธิบายอาการที่เกิดขึ้นให้กับผู้ป่วยได้ (Alonso, 1986; Dracup et al., 1997 cited by Dracup et al., 2003) ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 43.3) มีความจำเป็นที่ต้องมีการพึ่งพามูลบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ดังนั้นเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจึงต้องการปรึกษามูลบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นเพื่อช่วยในการวินิจฉัยหรือการตัดสินใจมารับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของจิ

รารวรรณ (2548) พบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้การปรึกษานุคคลในครอบครัวหรือนุคคลอื่น (ร้อยละ 96.3) โดยปรึกษาคู่สมรส/บุตร/เครือญาติมากที่สุด (ร้อยละ 80.8) รองลงมาคือการศึกษาเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และการศึกษาของปฏิพร (2543) พบว่า ผู้ป่วยปรึกษานุคคลในครอบครัวมากที่สุด คือ บุตร (ร้อยละ 48.9) รองลงมาคือ คู่สมรส (ร้อยละ 39.8) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของสุนีย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากคู่สมรสและบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 75)

การแสวงหาการรักษา/การปรึกษานุคคลากรในทีมสุขภาพ (ร้อยละ 53.3) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกเป็นเมื่อใช้ทุกวิธีแล้วอาการเจ็บหน้าอกยังไม่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 100) และแต่ใช้วิธีการเรียกรถฉุกเฉินน้อยมาก มีเพียงร้อยละ 6.7 ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกันระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ เช่นการศึกษาของดราคัปและมอสเซอร์ (Dracup & Moser, 1997) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 2 เท่านั้นที่มารับการรักษาโดยการเรียกรถฉุกเฉิน และในประเทศไทยการศึกษาของจิรารวรรณ (2548) พบว่ามีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพียง ร้อยละ 1.6 ที่ปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากคลินิกหรือโรงพยาบาล

การพยายามอดทน/รอดูอาการ (ร้อยละ 48.6) เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 34.4) (ตาราง ค 2) จึงรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคอื่นและผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 43.3) เมื่ออายุมากขึ้นกลไกการสร้างความต้านทานโรคเสื่อมลง และบางครั้งอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เหมือนเป็นอาการของโรคทั่วไป เช่น ปวดศีรษะ (ร้อยละ 23.3) คลื่นไส้ (ร้อยละ 23.3) วิงเวียน/มึนงง (ร้อยละ 30) เป็นลม (32.2) (ตาราง 4) จึงประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง พยายามอดทนหรือรอดูอาการไปก่อนโดยการผ่อนคลาย (ร้อยละ 86.7) สวดมนต์ให้อาการนั้นหายไป (ร้อยละ 53.3) และพยายามคิดเรื่องอื่น (ร้อยละ 28.9) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของปฏิพร (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 8 บอกว่าอันตรายน้อยและไม่อันตราย รอดูอาการไปก่อนโดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่า อาการจะดีขึ้นเอง ไม่สะดวกในการเดินทาง คิดว่าเป็นลม รอดูผลหลังจากบรรเทาอาการด้วยตนเอง และไม่คิดว่าสาเหตุมาจากโรคหัวใจ เช่นเดียวกันกับการศึกษาในต่างประเทศของโฮและคณะ (Ho et al., 1988) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 87 คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นจะหายไปเอง และร้อยละ 60 เชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง

2. ระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่มารับการรักษาช้า โดยใช้เวลามากกว่า 1 ชั่วโมง สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 34.4) และรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ไม่

เฉพาะเจาะจงกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เหมือนเป็นอาการของโรคทั่วไป เช่น ปวดศีรษะ (ร้อยละ 23.3) คลื่นไส้ (ร้อยละ 23.3) วิงเวียน/มึนงง (ร้อยละ 30) เป็นลม (32.2) (ตาราง 4) ผู้ป่วยจึงจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นก่อนมารับการรักษา เช่น การรักษาด้วยตนเอง (ร้อยละ 74.4) โดยพยายามบรรเทาอาการ โดยการเปลี่ยนท่าหรือการรักษาตนเองโดยใช้ยา เช่น ยาหอม ยาแก้ปวด การประคบ หรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น (ร้อยละ 64.8) และการพยายามอดทน/รอดูอาการ (ร้อยละ 48.6) เช่น การพยายามผ่อนคลาย การสวมมนต์ให้อาการนั้นหายไป ก่อนตัดสินใจมารับการรักษา ซึ่งเป็นธรรมชาติของคนไทย เมื่อมีอาการของโรคบางครั้ง ในลำดับแรก การพึ่งตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็นและสามารถทำให้อาการทุเลาลงได้ จึงมีผลทำให้มารับการรักษาช้า สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยโดยสุนีย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ใช้เวลาในการในการตัดสินใจมารับการรักษาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาล ใช้เวลา 3.47 ชั่วโมงและการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของโจฮานสันและคณะ (Johanson et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 59 มารับการรักษาช้า โดยใช้เวลามากกว่า 1 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ และการศึกษาของฮอร์นและคณะ (Horne et al., 2000) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใช้เวลาก่อนมารับการรักษาเฉลี่ย 7.3 ชั่วโมง เช่นเดียวกับการศึกษาของเซอร์วิกและคณะ (Zerwic et al., 2003) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ใช้เวลาก่อนมารับการรักษาเฉลี่ย 6.35 ชั่วโมง

*ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*

*ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย พบว่า*

การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคมีความสัมพันธ์กับการไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวจะเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวจะเสียชีวิต โดยจะมารับการรักษายังโรงพยาบาล เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความรุนแรงสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นเมื่อรับรู้ว่ามีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมารับการรักษาทันที สอดคล้องกับลิเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะตอบสนองโดยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮอร์นและคณะ (Horne et al., 2000) พบว่า ผู้ป่วยจะมารับการรักษาทันที ถ้ามีประสบการณ์อาการเจ็บหน้าอกบริเวณตรงกลางหน้าอกและ

อาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการศึกษาของเซอร์วิกและคณะ (Zerwic et al., 2003) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาทันที คือการไม่สอดคล้องกันระหว่างอาการที่ผู้ป่วยรับรู้กับประสบการณ์อาการของผู้ป่วย และการศึกษาของจอร์นสันและคิง (Johnson & King, 1995) พบว่าผู้ป่วยไม่มารับการรักษาทันที หากผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการแสบยอดอกเป็นอาการนำ เช่นเดียวกับการศึกษาของดราคัป แมคคินลีย์และมอเซอร์ (Dracup, McKinley, & Moser, 1997) พบว่า ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาทันที หากมีอาการหายใจถี่และแสบยอดอก และการศึกษาของแพทเทนเดนและคณะ (Pattenden et al., 2002) พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิเสธอาการและคิดว่าอาการนำจะหายไปเอง จะไม่มารับการรักษาทันที

การรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย กล่าวคือผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณเวลาการเป็นโรคเป็นช่วงเวลานานมีวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่ไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณเวลาการเป็นโรคเป็นช่วงเวลาไม่นาน ชัดแย้งกับลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณเวลาการเป็นโรคเป็นช่วงเวลานาน จะมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย สามารถอธิบายได้ว่าแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเวลาการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นช่วงเวลานาน แต่พบว่าผู้ป่วยจะมีวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยก่อนมารับการรักษา เช่นการพยายามอดทน/รอดูอาการ การรักษาด้วยตนเองหรือการปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาทันทีและจากข้อจำกัดของเครื่องมือวิจัยเนื่องจากผู้ป่วยสามารถตอบได้มากกว่า 1 พฤติกรรม จึงทำให้ผลที่ได้ไม่มีความแตกต่างกัน

การรับรู้ผลกระทบจากโรคมีความสัมพันธ์กับการไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวจะเสียชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณเวลาการเป็นโรคมีผลกระทบที่รุนแรงจะไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวจะเสียชีวิต เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรง สามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ มีความจำเป็นที่ต้องมารับการรักษา สอดคล้องกับลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณเวลาการเป็นโรคมีผลกระทบที่รุนแรง จะมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เหมาะสมคือ มารับการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของโจฮันสันสัน และคณะ (Johansson et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยที่กลัวว่าจะเสียชีวิตหรือมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะตัดสินใจมารับการรักษาโดยใช้เวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง เช่นเดียวกับการศึกษาของเลฟเลอร์และบอนดี (Lefler & Bondy, 2004) พบว่า การรับรู้ว่าคุณเวลาการเป็นโรคมีความรุนแรงมีอาการไม่รุนแรง มีผลกระทบน้อย ทำให้ไม่มาการมารับการรักษาทันที สอดคล้องกับการศึกษาของแมคอินเนส (MacInnes, 2006) พบว่า การรับรู้ว่าคุณเวลาการเป็นโรคไม่รุนแรงสัมพันธ์กับการไม่มารับการรักษาทันที และการศึกษาของดราคัปและมอเซอร์ (Dracup & Moser, 1991) พบว่า ปัจจัยที่



ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมารับการรักษาที่รวดเร็วยิ่งขึ้น ได้แก่ อาการปวดที่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของฮอร์นและคณะ (Horne et al., 2000) พบว่า อาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมารับการรักษาทันที และการศึกษาของราชจะโกपालาน และคณะ (Rajagopalan et al., 2001); ดราคับและมอเซอร์ (Dracup & Moser, 1997) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการรุนแรงจะมีมารับการรักษาที่ทันที นอกจากนี้การศึกษาของแมคคินลีย์ และคณะ (McKinley et al., 2000) พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มารับการรักษาทันที คือผู้ป่วยประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงและไม่กังวล สอดคล้องกับการศึกษาของรัคเกอร์ เบรนแนนและเบอร์สติน (Rucker, Brennan, & Burstin, 2001) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มารับการรักษาทันทีเนื่องจากคิดว่าอาการจะหายไปเองหรือไม่มีความกังวลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ และการศึกษาของวูและคณะ (Wu et al., 2004) พบว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในปักกิ่งมีมารับการรักษาทันที คือ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก

การรับรู้การรักษา/การควบคุมมีความสัมพันธ์กับการหวังหรือสวดมนต์ให้อาการนั้นหายไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถรักษา/ควบคุมได้มากจะหวังหรือสวดมนต์ให้อาการนั้นหายไป เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยจะดีขึ้นหรือแย่ลงขึ้นอยู่กับปฏิบัติของตนเอง ( $\bar{X} = 3.79$ ,  $SD = 0.70$ ) และรับรู้ว่าการหายของโรคขึ้นอยู่กับโชคชะตา ( $\bar{X} = 2.73$ ,  $SD = 1.14$ ) เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น สิ่งแรกที่ผู้ป่วยระลึกถึงคือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่จะช่วยคลบ้นดาลให้อาการเจ็บหน้าอกนั้นหายไป ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคสามารถรักษาหรือควบคุมด้วยตนเองได้ จึงมีความหวังว่าอาการที่เกิดขึ้นจะหายไปเองหรือพยายามสวดมนต์ให้อาการนั้นหายไป ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของมิสเคอร์และคณะ (Meischke et al., 1995) พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มารับการรักษาทันทีเพราะผู้ป่วยคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นจะหายไปเองและสอดคล้องกับการศึกษาของดราคับและคณะ (Dracup et al., 2003) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศเกาหลีใต้เลือกให้การสวดมนต์ให้อาการนั้นหายไป ก่อนที่จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล

*ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา พบว่า*

การรับรู้การการรักษา/การควบคุมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคสามารถรักษา/ควบคุมได้จะมารับการรักษาเร็ว เป็นที่ทราบกันดีว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงและมี

โอกาสเสียชีวิตได้ง่าย ดังนั้นการรักษาหรือการควบคุมอาการจึงเป็นหน้าที่ของทีมนุภาพ การมารับการรักษาที่เร็ว จึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดและสามารถที่จะรักษาชีวิตของผู้ป่วยเอาไว้ได้ สอดคล้องกับลิเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคสามารถรักษาหรือควบคุมได้มากมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่เร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของคาร์เนย์และคณะ (Carney et al., 2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการควบคุมโรคขึ้นอยู่กับดวง จะมารับการรักษาช้า ชัดแจ้งกับการศึกษาของเบอนเนทและคณะ (Burnett et al., 1995) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยไม่สามารถควบคุมได้ จะมารับการรักษาที่เร็ว เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง

การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับรู้อาการเกี่ยวข้องกับโรคมารับการรักษาช้าไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีอาการไม่เกี่ยวข้องกับโรค เนื่องจากการตัดสินใจมารับการรักษา มีลักษณะที่ซับซ้อนเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งกระบวนการตัดสินใจขึ้นอยู่กับอาการพยายามอดทน/รอดูอาการ การรักษาด้วยตนเองและการปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับรับรู้ว่ามีอาการเกี่ยวข้องกับโรคหรือไม่ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสุณีย์ (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดในอดีตกับระยะเวลาในการมารับการรักษา โดยศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มที่มารับการรักษาเร็วกับกลุ่มที่มารับการรักษาช้าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาเร็วกับกลุ่มที่มารับการรักษาช้า แสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดในอดีตไม่มีผลต่อระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา ซึ่งชัดเจนกับลิเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีอาการเกี่ยวข้องกับโรคจะมารับการรักษาเร็ว ชัดแจ้งกับการศึกษาของฮอร์น (2545) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และชัดเจนกับการศึกษาในต่างประเทศของฮอร์นและคณะ (Horne et al., 2000) ที่ศึกษาประสบการณ์อาการและการมารับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการและอาการที่เกิดขึ้นเป็นไปตามความคาดหวัง ผู้ป่วยจะตัดสินใจมารับการรักษาที่รวดเร็ว และการศึกษาของเพอร์รี่และคณะ (Perry et al., 2001) ศึกษาอาการที่คาดหวังกับความล่าช้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ประสบการณ์อาการกับอาการที่คาดหวังมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการก่อนมารับการรักษา

การรับรู้ช่วงเวลาการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับรู้ช่วงเวลาการเจ็บป่วยนานใช้เวลาก่อนมารับการรักษาช้าไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นช่วงเวลาไม่นาน เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.4) คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งมีผลต่อหลอดเลือด ทำให้รับรู้อาการที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจน เมื่อมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจึงคิดว่าไม่น่าจะรุนแรง ไม่มีความจำเป็นต้องรีบรักษา จัดการด้วยตนเองไปก่อน จึงเป็นเหตุให้มารับการรักษาช้า ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของวาลส์และคณะ (Walsh et al., 2004) พบว่า การรับรู้ช่วงเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา แต่ขัดแย้งกับลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นช่วงเวลานาน จะมารับการรักษาเร็ว

การรับรู้ผลกระทบจากโรคไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบรุนแรงใช้เวลาก่อนมารับการรักษาช้าไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่รับรู้ผลกระทบไม่รุนแรง เนื่องจากวิถีชีวิตของคนตะวันออก การจัดการอาการด้วยตนเองหรือการบรรเทาอาการด้วยตนเองยังเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติก่อนการตัดสินใจมารับการรักษา ไม่ว่าจะป่วยโรคชนิดใดก็ตาม จึงพบว่าใช้เวลาก่อนมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน ขัดแย้งกับลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรครุนแรง จะมารับการรักษาเร็ว และขัดแย้งกับการศึกษาของวาลส์และคณะ (Walsh et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลกระทบรุนแรงจะมารับการรักษาเร็ว เนื่องจากศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมแตกต่างกับคนในเอเชีย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรค การรับรู้ว่าเป็นช่วงเวลานาน การรับรู้ผลกระทบจากโรครุนแรงและการรับรู้ว่าเป็นโรคสามารถรักษาหรือควบคุมได้ แต่เมื่อมาพิจารณาวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยใช้วิธีการรักษาด้วยตนเอง การปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น การแสวงหาการรักษา/การปรึกษานุเคราะห์ในทีมสุขภาพและการพยายามอดทนหรือรอดูอาการ แต่วิธีการดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาที่ช้า ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดในสัดส่วนที่น้อย คือ ได้รับเพียง ร้อยละ 47.8 เท่านั้น และยังพบอีกว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถรักษาหรือควบคุมได้ ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็ว ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้องและตระหนักถึงผลของการมารับการรักษาช้า จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากโรคมมากขึ้น และสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น