



ปัจจัยทำนายการมารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิดไม่ยก

อุมพร ไทยนุกูล

Umaporn Thainukool

*Corresponding author E-mail: Umaporn.thainu@gmail.com

(Received: December 13, 2025; Revised: February 15, 2026; Accepted: February 16, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดไม่ยก ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 129 คน คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($\beta=-0.34, p<.001$) ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ ($\beta=-0.27, p=.017$), การสนับสนุนทางสังคม ($\beta=-0.23, p=.019$) และ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta=0.18, p=.027$) ตัวแปรทั้งสี่สามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิดไม่ยก ได้ร้อยละ 37 (Adjusted $R^2 = 0.34, p<.001$) โดยการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การสร้างความรู้ และการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้อย่างทันที่และลดความสูญเสียจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำสำคัญ: การมารับการรักษาล่าช้า, โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, การเข้าถึงบริการสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

Registered Nurse (Professional level), Langsuan Hospital, Chomphon Province



Predictive Factors of Delayed Treatment-Seeking among Patients with Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI)

Abstract

This study aimed to examine the predictors of delayed hospital presentation among patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS), including access to health care services, disease-related knowledge, social support, and perceived health status. The sample consisted of 129 patients with acute coronary syndrome who attended the outpatient department of Lang Suan Hospital, Chumphon Province. Participants were selected using simple random sampling. Research instruments included a demographic questionnaire, the Health Care Access Scale, the Disease Knowledge Questionnaire, the Social Support Scale, and the Perceived Health Status Scale. Data were analysed using descriptive statistics, Pearson's correlation analysis, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that access to health care services ($\beta = -0.34, p < .001$), heart disease knowledge ($\beta = -0.27, p = .017$), social support ($\beta = -0.23, p = .019$), and perceived health status ($\beta = 0.18, p = .027$) were significant predictors of delayed hospital presentation. Together, these four variables explained 37% of the variance in time to hospital presentation (Adjusted $R^2 = 0.34, p < .001$), with access to health care services identified as the strongest predictor.

The findings highlight the importance of strengthening health care service systems, enhancing disease-related knowledge, and reinforcing social support to promote timely access to treatment and reduce morbidity and mortality associated with acute ischemic heart disease.

Keywords: Delayed treatment-seeking, NSTEMI, Healthcare accessibility

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease: IHD) เป็นภาวะที่เกิดจากการตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้หัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเสียชีวิต (National Heart, Lung,



and Blood Institute, 2023) รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ระบุว่าโรคหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก ในปี ค.ศ. 2020 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ 9 ล้านคนสำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า แนวโน้มการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2567 มีอัตราการเสียชีวิตถึง 33.1 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ข้อมูลจากโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่า ช่วงปี พ.ศ. 2565–2568 มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 250 ราย เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 15 และผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 12 มีภาวะโรคหัวใจขาดเลือดกลับเป็นซ้ำ (Recurrent IHD) ภายใน 2 ปีหลังการรักษาครั้งแรก สอดคล้องกับรายงานในต่างประเทศที่ชี้ว่า ผู้ป่วยที่เกิดโรคซ้ำมีความรุนแรงมากกว่าครั้งแรก และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าครั้งแรกถึงสองเท่า (Bhatt et al., 2010; Fox et al., 2006)

การมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความรุนแรงของโรคและผลลัพธ์ทางสุขภาพ เพื่ออธิบายพฤติกรรมมารับรู้และการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย Leventhal et al. (1996) เสนอกรอบแนวคิดมโนภาพการเจ็บป่วย (The Common-Sense Model of Illness Representation) อธิบายว่า บุคคลสร้างแบบจำลองทางความคิดเกี่ยวกับโรคจากประสบการณ์หรือข้อมูลที่ได้รับ มโนภาพดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลในบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด ความสามารถในการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) และการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง (perceived health status) เป็นส่วนสำคัญของการสร้างมโนภาพเกี่ยวกับโรค หากผู้ป่วยรับรู้โรคมีความรุนแรงสูงหรือมีภาวะสุขภาพไม่ดี อาจกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจดูแลตนเองหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ดีขึ้น (Hagger & Orbell, 2003) ขณะเดียวกัน ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ (heart disease knowledge) ก็มีบทบาทสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจกลไกของโรค สาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางควบคุมโรค ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของมโนภาพด้าน “cause” และ “control” (Wagner et al., 2005) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม (social support) จากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากช่วยส่งเสริมแรงจูงใจ ลดความเครียด และเพิ่มความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว (Uchino, 2006) ดังนั้นปัจจัยทั้ง 4 ประการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ จึงเป็นตัวแปรสำคัญที่อาจมีอิทธิพลต่อมโนภาพการเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยความรู้เกี่ยวกับโรคช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้สัญญาณอันตรายและตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้อย่างเหมาะสม (Berkman et al., 2018; Magnani et al., 2018) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพมีส่วนช่วยลดความล่าช้าในการมารับการรักษาและส่งเสริมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Holt-Lunstad et al., 2015) นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองยังมี



ความสัมพันธ์กับการแสวงหาการรักษาและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงโรคหัวใจ (Lee et al., 2020) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกและมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงทีโดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินทางหัวใจและหลอดเลือด (World Health Organization, 2022) ดังนั้นปัจจัยทั้ง 4 ประการ จึงถือเป็นตัวแปรสำคัญที่อาจมีอิทธิพลต่อระยะเวลาการมารับการรักษา และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ทางคลินิกหรือปัจจัยทางชีวการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่ออธิบายการมารับการรักษาล่าช้าโดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและพื้นที่ชนบทของประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวจึงมีความจำเป็น เพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้และช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การลดการมารับการรักษาล่าช้า และการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาเท่าใดในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับใด
3. ปัจจัย ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถทำนายระยะเวลาการตัดสินใจล่าช้าในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร

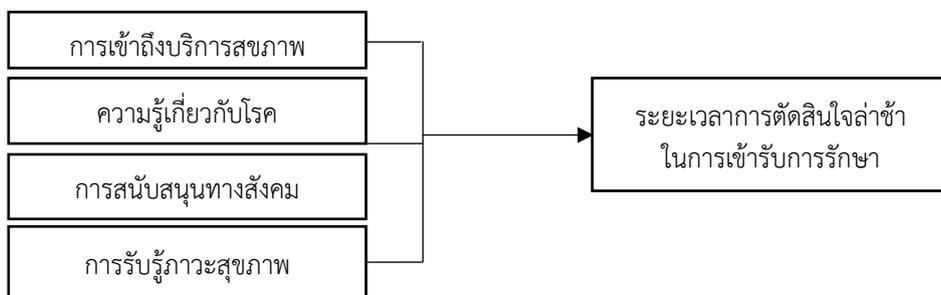
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. เพื่อศึกษาปัจจัย ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่สามารถทำนายระยะเวลาการตัดสินใจล่าช้าในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้โมเดลการเจ็บป่วย (The Common-Sense Model of Illness Representation) ของ Leventhal et al. (1996) ในการอธิบายอิทธิพลของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด โดยโมเดลการเจ็บป่วยนี้อธิบายว่า บุคคลสร้างแบบจำลองทางความคิดเกี่ยวกับโรคจากประสบการณ์ตรงหรือข้อมูลที่ได้รับ เพื่อประเมินสถานการณ์สุขภาพและกำหนดพฤติกรรมตอบสนองต่อโรค การรับรู้เกี่ยวกับโรคจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ร่วมกับใช้แนวทางการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ (Emotional Support) ด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) และด้านทรัพยากร (Instrumental/Tangible Support) และแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Levesque et al. (2013) กรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงทำนาย (Predictive Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน สิงหาคม ถึง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดไม่ยก (Acute Coronary Syndrome NSTEMI) อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดไม่ยก (Acute Coronary Syndrome NSTEMI) อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร ในช่วงเดือน สิงหาคม ถึง เดือน ตุลาคม 2568 จำนวน 129 ราย คำนวณ

ขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.4 (Faul et al., 1996) เลือกรูปแบบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Linear Multiple Regression: Fixed model, R² deviation from zero) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ Dracup et al. (2009) เท่ากับ 0.1494 อำนาจการทดสอบ (power of test) .95 ความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนตัวแปรต้น เท่ากับ 4 ตัวแปร ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม จำนวน 129 ราย โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 3) สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) อายุ 18 ปีขึ้นไป และ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria) คือ ขณะสัมภาษณ์มีอาการ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เจ็บหน้าอก มีภาวะไม่มั่นคงของสัญญาณชีพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ประวัติโรคประจำตัว และข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ เช่น ลักษณะอาการที่แสดงออกก่อนมารับการรักษา วันเวลาเริ่มมีอาการ และเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดยจันทนา หล่อตระกูล และคณะ (2550) แปลและปรับปรุงจาก ENRICH Social Support Questionnaire (ESSQ) ประกอบด้วย 7 ข้อ คำถามข้อที่ 1-6 เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ “ตลอดเวลา” เท่ากับ 4 คะแนนถึง “ไม่มีเลย” เท่ากับ 0 ส่วนข้อที่ 7 เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามสถานภาพการอยู่อาศัยร่วมกับคู่สมรส เกณฑ์การแปลผลออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (17-24 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) และระดับต่ำ (0-8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง พัฒนาโดยดัดแปลงจากแบบประเมินของกุลวดี โรจน์ไพศาล (2544) และแบบสอบถามของนันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ และสถิร จินดาวงศ์ (2560) ประกอบด้วย 10 ข้อ รูปแบบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “รับรู้มากที่สุด” เท่ากับ 5 คะแนน ถึง “รู้น้อยที่สุด” เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับดีมาก (36.68-50.00 คะแนน) ปานกลาง (23.34-36.67 คะแนน) และน้อย (10.00-23.33 คะแนน) (Best, 1981)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 8 ข้อ รูปแบบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยมากที่สุด” เท่ากับ 5 คะแนน ถึง “ไม่เห็นด้วยมากที่สุด” เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง (30-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (19-29 คะแนน) และระดับต่ำ (8-18 คะแนน) (Penchansky & Thomas, 1981)



ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 10 ข้อ

รูปแบบเป็นคำถามแบบปรนัยและแบบถูก-ผิด เพื่อประเมินความรู้ของผู้ป่วยในด้านอาการของโรคหัวใจ ปัจจัยเสี่ยง วิธีการดูแลตนเอง การใช้ยา และแนวทางการป้องกันโรค เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน และตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (8-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (5-7 คะแนน) และระดับต่ำ (0-4 คะแนน) (Wagner et al., 2005)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบประเมินการเข้าถึงบริการ ในระบบสุขภาพ และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80 และ .80 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยไม่ได้มีการแก้ไขหรือ ดัดแปลงข้อคำถามจากต้นฉบับ และแบบสอบถามได้ผ่านการเห็นชอบและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2553)

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ และแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการตรวจโรคที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล หลังสวน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ระบุไว้ จำนวน 30 ราย แล้ววิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80, 0.90, 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้ค่าความเที่ยงควรเท่ากับ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2553)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรฯ และผู้วิจัย ทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และข้อมูลประวัติ เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ชนิดเลือดชนิดไม่ยก ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวน ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิจัย รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อนคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ รหัสโครงการเลขที่ CPH-EC-088/2568 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยที่ผ่านการพิจารณา รวมถึงโครงร่างวิจัย เครื่องมือการวิจัย นำเสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวน รวมถึงทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล



ขั้นตอนการ

1. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวนแล้วผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในฐานะผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับกระบวนการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบข้อมูลได้อย่างอิสระ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเรียบร้อย และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามด้วยตนเองทุกฉบับ หากผู้วิจัยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบถ้วนสมบูรณ์
5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ลงรหัสและวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลตัวแปร การเข้าถึงบริการโรคหัวใจ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายการมารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดชนิดไม่ยก ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ด้วยการวิเคราะห์ค่า Variance Inflation Factor (VIF) และค่า Tolerance เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแลไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ร่วมกัน (Multicollinearity)



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัสโครงการ CPH-EC-088/2568 ได้รับอนุมัติวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึง 25 สิงหาคม พ.ศ. 2569 และได้ทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวน โดยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย การชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ต่อการเข้าร่วม และสิทธิต่าง ๆ ต่อผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับ รวมถึงสิทธิในการถอดตัวออกจากงานวิจัย และมีการเซ็นยินยอมก่อนการเข้าร่วมวิจัยอย่างสมัครใจ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.40 อายุเฉลี่ย 62.35 ปี (SD = 10.21) สถานะภาพสมรส ร้อยละ 71.30 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่ามัธยม ร้อยละ 52.70 และมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.00 ระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 4.86 ชั่วโมง (SD = 2.97) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 129)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	74	57.40
- หญิง	55	42.60
อายุ		
- 45-54	22	17.10
- 55-64	46	35.70
- ≥ 65	61	47.30
Mean = 62.35, SD = 10.21		
สถานะภาพสมรส		
- สมรส	92	71.30
- โสด/หม้าย/หย่า	37	28.70
ระดับการศึกษา		
- ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	68	52.70
- มัธยมศึกษา	36	27.90
- สูงกว่ามัธยมศึกษา	25	19.40
โรคประจำตัว		
- ความดันโลหิตสูง	89	69.00
- เบาหวาน	54	41.90
- ไขมันในเลือดสูง	61	47.30
ระยะเวลาตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ย 4.86 ชั่วโมง (SD = 2.97)		

การศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ อยู่ในระดับสูง ($M = 8.50, SD = 0.67$), การสนับสนุนทางสังคม ($M = 12.84, SD = 1.71$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($M = 35.50, SD = 6.10$) อยู่ในระดับปานกลาง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($M = 18.00, SD = 4.64$) อยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($n = 129$)

ตัวแปร	Mean	SD	ระดับคะแนน
- การเข้าถึงบริการสุขภาพ	18.00	4.64	ต่ำ
- การสนับสนุนทางสังคม	12.84	1.71	ปานกลาง
- ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ	8.50	0.67	สูง
- การรับรู้ภาวะสุขภาพ	35.50	6.10	ปานกลาง

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิดไม่ยก โดยก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ค่า Variance Inflation Factor (VIF) และค่า Tolerance พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่สูงเกินเกณฑ์ ค่า VIF น้อยกว่า 10 และค่า Tolerance มากกว่า 0.10 ทุกตัวแปร แสดงว่าไม่พบปัญหา Multicollinearity ปัจจัยทั้ง 4 สามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาได้ร้อยละ 37 (Adjusted $R^2 = 0.34$) โดยการเข้าถึงบริการสุขภาพมีอิทธิพลสูงสุด ($\beta = -0.34$) รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด ($\beta = -0.23$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -0.27$) ขณะที่การรับรู้สุขภาพมีผลเชิงบวก ($\beta = 0.18$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิดไม่ยก ($n = 129$)

ตัวแปร	b	SE	β	t	p-value
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	-0.82	0.219	-0.34	-3.73	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	-0.38	0.157	-0.27	-2.42	< .001
ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ	-0.31	0.129	-0.23	-2.39	< .001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.27	0.120	0.18	2.25	< .001

$R = 0.61, R^2 = 0.37, \text{Adjusted}, R^2 = 0.34, F(4,124) = 18.19, p < .001$



อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระยะเวลาตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ย 4.68 ชั่วโมง ซึ่งยาวนานกว่ามาตรฐานที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาภายใน 1–2 ชั่วโมง หลังเริ่มมีอาการ (Dracup et al., 2009) การมารับการรักษาล่าช้าอาจเกิดจากการรับรู้และการตีความอาการที่ไม่ชัดเจน การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหัวใจ และการประเมินความรุนแรงของอาการต่ำกว่าความเป็นจริง (O'Carroll et al., 2011; Wagner et al., 2005) นอกจากนี้ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ระยะทางและการไม่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ยังมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยชะลอการตัดสินใจเข้ารับการรักษา (Penchansky & Thomas, 1981; Uchino, 2006)

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจอยู่ในระดับสูง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบบริการและการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจแสวงหาการรักษา (Dracup et al., 2009; Penchansky & Thomas, 1981) แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในระดับสูง แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการกระตุ้นให้เกิดการเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที หากยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการและการตีความอาการที่ไม่ชัดเจน (O'Carroll et al., 2011; Wagner et al., 2005) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลางอาจส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของโรคต่ำกว่าความเป็นจริงและชะลอการตัดสินใจมารับการรักษา (Uchino, 2006; Hagger & Orbell, 2003)

ปัจจัยที่สามารถทำนายการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดไม่ยก ST (NSTEMI) ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายการมารับการรักษาล่าช้าได้ร้อยละ 37 (Adjusted $R^2 = 0.34$, $p < .001$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ การสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ตามลำดับ

การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายได้สูงสุด โดยมีอิทธิพลเชิงลบต่อการมารับการรักษา ($\beta = -0.34$, $p < .001$) อธิบายได้ว่า ผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกจะมารับการรักษาได้เร็วกว่าผู้ที่มีข้อจำกัดด้านระยะทาง การเดินทาง หรือค่าใช้จ่าย ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิด Andersen's Behavioural Model of Health Service Use (1995) อธิบายว่าปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เช่น ความพร้อมของบริการ การคมนาคม และโครงสร้างระบบส่งต่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lauck et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่อาศัยในพื้นที่ใกล้โรงพยาบาลหรือมีระบบส่งต่อที่รวดเร็วจะมารับการรักษาได้ไวกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่า สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การมีระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ และการจัดช่องทางติดต่อขอความช่วยเหลือที่เข้าถึงได้ตลอดเวลา



ความรู้เกี่ยวกับโรคมีอิทธิพลเชิงลบต่อการมารับการรักษาล่าช้า ($\beta = -0.27, p = .017$) สะท้อนว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคและความรุนแรงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะสามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Dracup et al. (2016) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกและการโทรแจ้งหน่วยฉุกเฉินช่วยลดเวลา pre-hospital delay ได้เฉลี่ย 45 นาที นอกจากนี้ Song et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยที่เคยเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจมีโอกาสมารถึงโรงพยาบาลภายใน 2 ชั่วโมงแรก มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับความรู้ 1.8 เท่า

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลเชิงลบต่อการมารับการรักษา ($\beta = -0.23, p = .019$) แสดงว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแล จะมารับการรักษาได้เร็วกว่า กลไกนี้สามารถอธิบายตามทฤษฎีของ House (1981) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรง เช่น การช่วยเหลือในการเดินทางไปโรงพยาบาลและการช่วยตัดสินใจ การสนับสนุนทางสังคมทางอ้อม เช่น การให้กำลังใจหรือข้อมูลด้านสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shen et al. (2020) รายงานว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาโรคหัวใจภายใน 2 ชั่วโมงแรก สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลเชิงบวก ($\beta = 0.18, p = .027$) อธิบายได้ว่า ผู้ที่มองว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงมักมีความไวต่อการเกิดโรคน้อยและใช้เวลาในการตัดสินใจนานทำให้มารับการรักษาช้ากว่าผู้ที่รู้สึกว่าคุณภาพตนเองไม่แข็งแรง สอดคล้องกับ Health Belief Model (Rosenstock, 1974) อธิบายว่า การรับรู้ความไวต่อโรค (perceived susceptibility) และความรุนแรงของโรค (perceived severity) มีผลต่อการตัดสินใจแสวงหาการรักษา ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าอยู่ในระดับดี มีแนวโน้มมารับการรักษาช้ากว่ากลุ่มที่รู้สึกว่าคุณภาพตนเองเจ็บป่วยรุนแรง โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยช้ากว่า 1.5 ชั่วโมง การให้ความรู้แก่ประชาชนให้เข้าใจสัญญาณเตือนของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงสามารถประเมินอาการของตนเองได้อย่างถูกต้อง จึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดความล่าช้า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาล และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อประกอบการตัดสินใจกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง พัฒนาสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เหมาะสมกับประชาชนกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและบทบาทของญาติหรือผู้ดูแลในการเฝ้าระวังอาการเตือนและนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างทันที่



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายและในชุมชนพหุวัฒนธรรม รวมทั้งควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการมารับการรักษาล่าช้า เช่น ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพหรือบริบททางสังคม
2. ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลองหรือวิจัยและพัฒนาโดยนำตัวแปรไปพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดชนิดไม่ยกได้ทันเวลา และติดตามประเมินผลให้ครอบคลุมระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานสถิติสุขภาพ พ.ศ. 2563 กองยุทธศาสตร์และวางแผน.
- กุลวดี โรจน์ไพศาล. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต).
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา หล่อตระกูล จินตนา ยูนิพันธ์ และชนกพร จิตปัญญา .(2550). การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 11(3), 166-176.
- นันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ และสกริ จินดาวงศ์. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(4), 1-12.
- บุญใจ ศรีสถิตยรรภากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health and Social Behaviour*, 36(1), 1-10.
<https://doi.org/10.2307/2137284>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2018). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 169(3), 1-10. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Prentice-Hall.
- Bhatt, D. L., Eagle, K. A., Ohman, E. M., Hirsch, A. T., Goto, S., Mahoney, E. M., Wilson, P. W. F., Albers, M. J., D'Agostino, R., Liao, C.-S., Mas, J.-L., Röther, J., Smith, S. C., Salette, G., & Steg, P. G. (2010). Comparative determinants of 4-year cardiovascular event rates in stable outpatients at risk of or with atherothrombosis. *JAMA*, 304(12), 1350-1357.
<https://doi.org/10.1001/jama.2010.1322>



- Dracup, K., McKinley, S., Riegel, B., Moser, D. K., Meischke, H., Doering, L. V., Davidson, P., Paul, S. M., & Baker, H. (2009). A randomized clinical trial to reduce prehospital delay to treatment in acute coronary syndrome. *Circulation*, *119*(3), 293–299.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.758516>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*(4), 1149–1160.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the Common-Sense Model of illness representations. *Psychology & Health*, *18*(2), 141–184.
<https://doi.org/10.1080/088704403100081321>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Huang, H., Li, X., Chen, Y., Wang, Y., & Zhang, J. (2019). Health perception and health-seeking behavior in patients with acute coronary syndrome. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(21–22), 3998–4006. <https://doi.org/10.1111/jocn.14972>
- Lauck, S. B., Smith, J., Patel, R., & Johnson, K. (2022). Early management of acute myocardial infarction and outcomes: A multicenter observational study. *European Heart Journal*, *43*(5), 411–419.
- Lee, Y. J., Shin, S. J., Wang, R. H., Lin, K. D., Lee, Y. L., & Wang, Y. H. (2020). Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, *103*(3), 633–639. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.09.021>
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (1996). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42–65). London: Routledge.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(18), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2023). *What is ischemic heart disease?* U.S. Department of Health and Human Services.
<https://www.nhlbi.nih.gov/health/ischemic-heart-disease>



- O' Carroll, R. E., Chambers, J. A., Dennis, M., Sudlow, C., & Johnston, M. (2011). Improving patient knowledge of the symptoms of acute coronary syndrome: A randomized controlled trial. *British Journal of Health Psychology, 16*(1), 74–85. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9515-5>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care, 19*(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 354–386.
- Shen, L., Wang, H., Li, J., & Zhang, Y. (2020). Family support and early treatment-seeking among patients with acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing, 35*(2), 120–128. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000648>
- Song, Y., Chen, X., Li, Z., Wang, J., & Liu, Q. (2020). Effects of community-based education on prehospital delay and treatment-seeking behavior in patients with acute myocardial infarction: A quasi-experimental study. *Journal of Cardiovascular Nursing, 35*(1), 45–52. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000637>
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(4), 377–387. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>
- Wagner, J., Lacey, K., Chyun, D., & Abbott, G. (2005). Development of a questionnaire to measure heart disease knowledge in people with diabetes. *The Diabetes Educator, 31*(4), 574–583. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.07.004>
- World Health Organization. (2020). The top 10 causes of death. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (2022). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>