

การศึกษาความรุนแรง การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

A Study of Severity and Perception of Disease's Severity to Hospital Arrival Time for relatives of Acute Stroke Patient

สายทิพย์ จำยพงษ์¹ วีรยุทธ ศรีทุมสุข^{2*} พรนภา เจริญสันต์³ ศิริรัตน์ จำนงค์จิตต์³ จงสฤษฏ์ มั่นศีล³ สุพรรณิกา ปานศรี³
Saitip Jaipong¹ Werayuth Srithumsuk^{2*} Pornnapa Charoensan³ Sirirat Chamnongchit³ Jongsarit Munsil³ Supunnika Pansri³

¹โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี เพชรบุรี ประเทศไทย 76000

¹Phrachomklao Hospital Phetchaburi Province, Phetchaburi, Thailand 76000

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เพชรบุรี ประเทศไทย 76000

²Faculty of Nursing Science, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi, Thailand 76000

³วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

³The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรุนแรงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคและระยะเวลาผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 88 คน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2560 ถึงมกราคม 2561 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอนคือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล และ 3) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.30 อายุเฉลี่ย 66.97 ± 14.42 ปี อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลมากที่สุดคือ แขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใดร้อยละ 47.50 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองพบมากที่สุดคือ หลอดเลือดสมองชนิดตีตันร้อยละ 90.91 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองจากคะแนน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 6.47 (S.D. = 6.95) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อยร้อยละ 65.91 ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากสถานที่ผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 28.90 นาที (S.D. = 15.84) อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.325$, p-value = .040) ดังนั้นเพื่อส่งเสริมการรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างรวดเร็ว การให้ความรู้กับผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับอาการ การจัดการในภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA จึงมีความสำคัญต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ : ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

Corresponding Author: *E-mail: jackrn12@gmail.com

วันที่รับ (received) 13 ม.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 เม.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 เม.ย. 2563

Abstract

This research was descriptive study. The objectives of this study were; to study severity and perception of disease's severity to hospital arrival time and to study association among age, educational level, income, severity and perception of disease's severity to hospital arrival time of acute stroke's relatives and patient. The sample was 88 relatives of stroke patient admitted at Phrachomklao hospital Phetchaburi province since August 2017 to January 2018. The questionnaire consists of 3 parts were 1) demographic data record form, 2) hospital arrival record form, and 3) perception of stroke's severity assessment. The data analysis was used descriptive statistics, chi-square test and Pearson's product moment correlation.

The result showed that the sample was male with 52.30 %, averaged age was 66.97 ± 14.42 . Stroke's symptom making a decision to take a patient to a hospital was one side weakness immediately with 47.5%, the most type of stroke in this study was ischemic stroke with 90.91%. The severity of stroke from NIHSS mean score was 6.43 (S.D. = 6.88). Most of patient had minor severity stroke with 65.91%. Time from stroke scene to hospital was 28.90 minute (S.D. = 15.84). The relationship among age educational level, income, and stroke severity with hospital arrival after stroke onset showed no significant different. Only perception of disease's severity was negative correlation with with hospital arrival time after stroke onset with significant different ($\beta = -.325$, p-value = .040)

Therefore, to promote rapid stroke treatment and caring, giving knowledge to patients, relatives, and general population regarding symptoms, emergency management of stroke, and studying factors related rt-PA treatment are important to stroke care's outcomes.

Keywords : Stroke's severity, Perception of stroke's severity, Acute stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย โดยองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization; WSO) รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี ในแต่ละปีมีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 คนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน¹ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและความพิการของประชากรกลุ่มผู้ใหญ่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองจากร้อยละ 6.2-13.9 ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และอุบัติการณ์ต่อปี 141.3 ผู้ป่วยรายใหม่ในผู้ชายและ 94.6 ในผู้หญิงต่อประชากร 100,000 ราย² ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั้งในเพศชายและเพศหญิง จากการศึกษาข้อมูล

ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าความชุกโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 1.88 ในกลุ่มอายุ 45-80 ปี ซึ่งอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาระและค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงขึ้นและทำให้คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตลดลงด้วยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ การลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองนอกจากการป้องกันปัจจัยเสี่ยงแล้ว การเข้าถึงการรักษาที่ทันทั่วถึงเพื่อให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐานถือมีความสำคัญเช่นเดียวกัน³

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีการพัฒนาอย่างมาก ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาอันรวดเร็วด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) ได้แก่การฉีด recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ขนาด 0.9 มก./กก. เข้าทางหลอดเลือดดำให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีการตีบและอุดตันของหลอดเลือดสมอง (ischemic stroke) ภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าประมาณร้อยละ 30-50 ของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง และได้รับยา rt-PA จะกลับมามีอาการเป็นปกติ⁴ ยา rt-PA สามารถช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถช่วยลดการเกิดความพิการภายใน 3 เดือนหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และประสิทธิภาพของยา rt-PA มีประโยชน์ในการป้องกันกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ภายใน 1 ปี และยังพบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยในผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA เท่ากับ 7.5 วัน ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา rt-PA ที่จะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 10-14 วัน⁵ กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตก (hemorrhagic stroke) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอย่างรวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก หรือได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก ลดความพิการ หรือลดอัตราการตายลงได้ แม้ว่าทางการแพทย์จะมีความก้าวหน้าในการรักษา แต่กลับพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่ได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางการแพทย์เท่าที่ควร เนื่องจากการรักษาช้าเกินกว่าที่จะได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากผู้ป่วยหรือบุคคลใกล้ชิด ไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งได้แก่ อาการแขน ขาอ่อนแรง ชา ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด พูดไม่ชัด เวียนศีรษะ เดินเซหรือปากเบี้ยว เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเข้ารับการรักษา นานเกินกว่า 4.5 ชั่วโมง สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล คือการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยญาติ บุคคลใกล้ชิด และผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง⁶ จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษา มีความสำคัญและมีความหมายกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะการมารับการรักษาที่รวดเร็วภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษา ด้วยการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเฉพาะในรายที่ไม่มีการแตกของหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ เช่นในประเทศฝรั่งเศสพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมอง

ชนิดตีบตันที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 45% และได้รับยา rt-PA ร้อยละ 7 เท่านั้น⁷ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ประชาชนยังไม่ทราบอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การเรียกใช้บริการบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ การไม่มาตรวจตามนัด และประสบการณ์ในการเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁸ การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในประเทศญี่ปุ่น พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันคือ อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการหรือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล การใช้บริการระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service : EMS) และโรงพยาบาลที่มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย (guidelines) โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะ จะทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น⁹ การศึกษาของ Tanake และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่า อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ระยะทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การรับรู้เกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเองหรือบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนในประเทศไทย พบว่าอัตราการเข้าถึงยา rt-PA มีปริมาณค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับต่างประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2551 มีร้อยละ 0.38 และเพิ่มเป็นร้อยละ 1.95 ในปี พ.ศ. 2555 และจำนวนโรงพยาบาลที่มีหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ส่วนมากอยู่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้อัตราการรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเพียง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ความรู้เรื่องอาการเตือนและการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เพียงพอในประชาชนทั่วไป¹¹ ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล่าช้าเนื่องจากไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคสมองจากอาการเตือนที่เกิดขึ้นและการใช้บริการบริการแพทย์ฉุกเฉินผ่านช่องทาง 1669 มีเพียงร้อยละ 21.74¹²

โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันและแตกเข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560

จำนวน 937, 1,033 และ 1,114 รายตามลำดับ โดยพบว่า อัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 ร้อยละ 7.3, 8.4 และ 9.8 ตามลำดับ นอกจากนี้อัตราผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงกลับลดลง จากร้อยละ 20.45, 20.76 และ 13.31 ในปี 2558-2560 ตามลำดับ โดยในปี 2560 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 699 ราย มาทันเวลาเพียง 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.31 และมาไม่ทันเวลาคือเกิน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการจำนวนมากถึง 606 รายคิดเป็นร้อยละ 86.69 (ข้อมูลจากเดือนตุลาคม 2559-พฤษภาคม 2560) โดยจากการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA พบว่าสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ในเรื่องอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า

จากข้อมูลผลลัพธ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาความรุนแรงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในบริบทของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ลดระยะเวลาระหว่างเริ่มเกิดอาการจนถึงการได้รับการรักษา เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดอัตราการพิการและอัตราการตายในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลในญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคและระยะเวลาผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

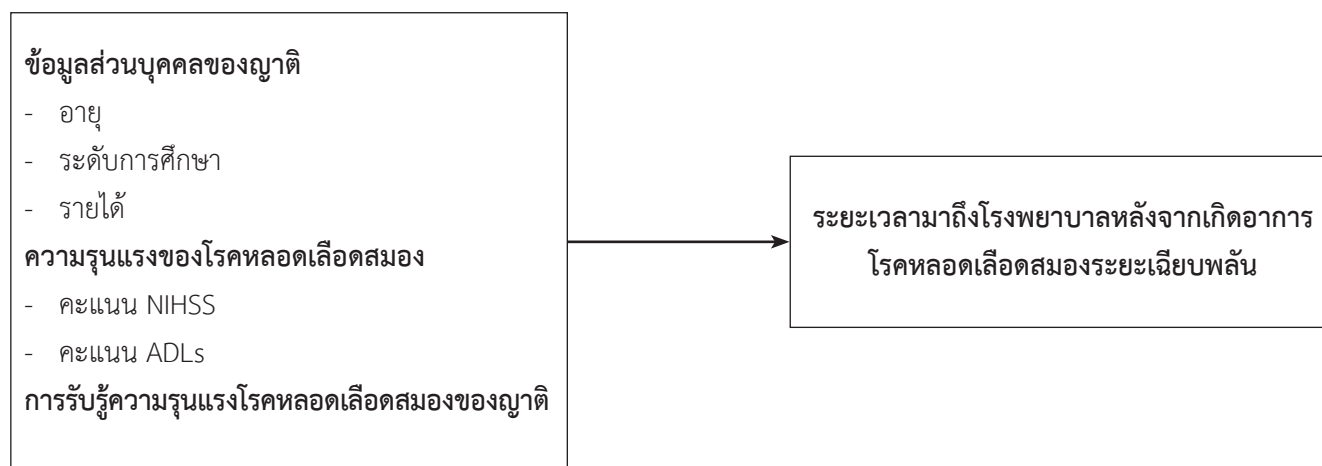
สมมุติฐานการวิจัย

อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการกับอาการของดอตต์และคณะ¹³ และการทบทวนวรรณกรรมมาใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยดอตต์และคณะได้อธิบายแนวคิดการจัดการอาการโดยสรุปดังนี้ บุคคลแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากองค์ประกอบเหล่านี้จะมีผลต่อประสบการณ์อาการ การรับรู้และการประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการ วิธีจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการ โดยจะส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การเลือกจัดการกับอาการต่าง ที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคล

จากแนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำมาคัดเลือกตัวแปร เพื่อศึกษาความรุนแรงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลในญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และคัดเลือกตัวแปรได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา รายได้) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴ เพื่อนำมาศึกษาความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลในญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความรุนแรงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลในญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน รวมทั้งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และระยะเวลาผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรีในช่วงเดือนสิงหาคม 2560 ถึงมกราคม 2561 จำนวน 88 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจ (power analysis) ค่าขนาดอิทธิพลที่นำมาใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่างได้มาจากการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของนิภาพร ภิญโญศรี¹⁵ ที่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย โดยปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 21.74 และปัจจัยด้านสถานที่ขณะเกิดอาการมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 31.27 ค่าไคสแควร์ของทุกปัจจัยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยประมาณค่าขนาดอิทธิพลในรูปของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากค่าไคสแควร์ โดยใช้สูตรคำนวณ¹⁶

$$r = \frac{X^2}{X^2 + n}$$

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
n = คือขนาดตัวอย่าง
X² = ค่าไคสแควร์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยที่คำนวณได้มีค่าเท่ากับ .28 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง¹⁷ ผู้วิจัยนำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยที่คำนวณได้ไปกำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางขนาดตัวอย่างที่ประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง อำนาจการทดสอบ 80% ทดสอบสมมติฐานแบบมีทิศทาง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 80 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% เพื่อชดเชยกรณีการตอบแบบสอบถามมีความไม่สมบูรณ์ รวมจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 88 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาพร้อมกับผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทั้งโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันและโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง

3. กลุ่มตัวอย่างมีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น
3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ
ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล
ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลจากญาติของผู้ป่วย

ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ
หมายถึง เวลาที่ถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี วกกับเวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ
สุดท้าย

นอกจากนี้แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล
ประกอบด้วย เวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติครั้งสุดท้าย
เวลาถึงแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ใช้เดินทางจาก
บ้านถึงโรงพยาบาล อาการที่ทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล
กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาล (โดยคำถามมีลักษณะ
เป็นแบบเลือกตอบที่สามารถตอบอาการที่ตัดสินใจมา
โรงพยาบาลได้มากกว่า 1 คำตอบ) บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วย
ขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง, วิธีการนำส่งผู้ป่วย
มาโรงพยาบาล

2.2 ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง, ระดับความรุนแรง
ของโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินจากคะแนน NIHSS ที่บันทึก
ในเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
มีค่าตั้งแต่ 0-42 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้¹⁸ ระดับ
ความรุนแรงน้อย เท่ากับ 0-7 คะแนน, รุนแรงปานกลาง เท่ากับ
8-15 คะแนน, และรุนแรงมาก เท่ากับ 16 คะแนนขึ้นไป
ส่วนแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
(Activity Daily Livings; ADLs) นั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น
5 ระดับ คือ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เท่ากับ 0 – 20
คะแนน, สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย เท่ากับ
25 – 45 คะแนน, สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
เท่ากับ 50 – 70 คะแนน, สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มาก
เท่ากับ 75 – 95 คะแนน, และสามารถทำกิจวัตรประจำวัน
ได้ทั้งหมด เท่ากับ 100 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของ
โรคหลอดเลือดสมอง ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของ
โรคหลอดเลือดสมองในญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะเฉียบพลัน แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของ
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันของแซพฮาร์ด¹⁹
โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยดวงทิพย์ บินไทยสงค์และ
คณะ⁷ แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือด
สมอง เป็นแบบประเมินการเปรียบเทียบกับสายตา
(visual analog scale) ที่ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อ
ถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณ
ค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร ปลาย
ด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 และมีค่ากำกับไว้ว่า ไม่รุนแรง
และปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 และมีค่ากำกับไว้ว่า
รุนแรงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ค่าคะแนนได้
มาจากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัด
ประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งมีคะแนนเท่ากับ 0 จนถึงตำแหน่ง
ที่กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมาย X ตัดลงบนเส้นตรง วัดความยาว
จากจุดตั้งต้นถึงจุดที่กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายไว้เป็น
คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองออกมา
เป็นมิลลิเมตร โดยใช้ไม้บรรทัดสำหรับการวัด และใช้ไม้บรรทัด
อันเดียวกันตลอดงานวิจัย หน่วยการวัดที่ใช้เป็นมิลลิเมตร
ค่าคะแนนที่ได้คือค่าความยาวเป็นมิลลิเมตรที่ได้จากการวัด
คะแนนของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือด
สมอง มีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนมาก
แสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือของ
ดวงทิพย์ บินไทยสงค์และคณะ¹⁴ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบ
บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการมาโรง
พยาบาล และตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง
ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

การตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดย
ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือด
สมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในการดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่านและพยาบาลหัวหน้าหอ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ

และปรับปรุงแบบสอบถามจนกระทั่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านเห็น
ด้วยกับข้อคำถาม หาค่าความเที่ยง (reliability) โดยทดลองใช้
กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจำนวน
30 คนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการ
รับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอเอกสารรับรองโครงการวิจัย
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล
พระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี (เอกสารรับรองเลขที่ 4/2560
ลงวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2560) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม
เข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมที่ได้รับการบอก
กล่าวและเต็มใจ (informed consent form) และอธิบาย
ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยว่า การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะเวลามาถึง
โรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิด
อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ผู้เข้าร่วม
วิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการร่วมวิจัย และหากเข้า
ร่วมวิจัยแล้วมีข้อสงสัยหรือรู้สึกลำบากใจ สามารถออกจากการ
วิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยและไม่มี
ผลกระทบใดๆ ต่อญาติผู้ป่วย และผลจากการคำตอบของผู้
ร่วมวิจัยถือเป็นความลับและนำมารายงานผลในภาพรวม
เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยส่ง
หนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด
เพชรบุรี เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บรวบรวม
ข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษา
ที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงาน
ดังกล่าวบันทึกรายชื่อผู้ป่วย แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำ
ส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ตามเกณฑ์การ
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ในช่วงเดือนสิงหาคม 2560
ถึงมกราคม 2561

2. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 3 ของ
การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและโรคหลอดเลือด

สมอง เพื่อให้ญาติหรือผู้นำส่งมีความพร้อมในการให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยแนะนำตัว ทักทาย สร้างสัมพันธภาพกับ
ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอ
ความร่วมมือในการทำวิจัย โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและ
ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม
วิจัย ให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว
และเต็มใจ (informed consent form)

4. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล โดยเก็บ
ข้อมูลจากญาติผู้ป่วยและศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทุกราย

5. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในส่วนของ
แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการมา
โรงพยาบาล แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
และแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง
มีอิสระในการตอบแบบสอบถามโดยไม่จำกัดเวลา สำหรับ
คำถามในแบบสอบถามข้อใดที่ไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะทำการอธิบาย
จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและสามารถตอบได้ เมื่อจบการตอบ
แบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัย
กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากแบบประเมินที่ได้มาตรวจสอบความ
สมบูรณ์ถูกต้องอีกครั้ง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ทำการประมวลผล
ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล อาการของโรคหลอดเลือด
สมองที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล กิจกรรมที่ผู้ป่วย
ทำก่อนมาโรงพยาบาล กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาล
ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความรุนแรงและ
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในญาติของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ด้วยสถิติบรรยาย โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ฐานนิยมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับ
การศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองกับระยะเวลามาถึง
โรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์
(chi-square test) สำหรับตัวแปรจัดกลุ่ม (categorical
variable) และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's

product moment correlation) สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 52.30 มีอายุระหว่าง 30 – 97 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 66.75 ปี (S.D. = 14.77) โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจำนวน 86 คนคิดเป็นร้อยละ 97.70 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 คน (ร้อยละ 92.0) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ส่วนสิทธิการรักษานั้น ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 90.90 และความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสหรือบุตรจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 94.30

อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลมากที่สุดคือ แขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใดจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 47.50 รองลงมาคือพูดไม่ชัด/พูดสับสน/พูดไม่ได้ทันทีทันใดจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 31.20 ส่วนอาการปากเบี้ยว/หน้าเบี้ยว/มุมปากตกไปข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใดจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.20 ดังตารางที่ 1 และโดยส่วนมากผู้นำส่งจะสังเกตเห็นอาการผู้ป่วยเพียงอาการเดียวจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือพบอาการ 2 อย่างจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 39.77

ตารางที่ 1 แสดงอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล (n = 88) (กลุ่มตัวอย่างตอบได้มากกว่า 1 อาการ)

อาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
- แขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใด	67	47.50
- พูดไม่ชัด/พูดสับสน/พูดไม่ได้ทันทีทันใด	44	31.20
- เวียนศีรษะรุนแรง/เดินเซทันทีทันใด	5	3.50
- ซึม/หมดสติเรียกไม่รู้สีกตัวทันทีทันใด	9	6.40
- ปากเบี้ยว/หน้าเบี้ยว/มุมปากตกไปข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด	13	9.20
- ปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันทีทันใด	3	2.10
- ตามัว/มองเห็นภาพซ้อน/มองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด	0	0
- ไม่มีอาการ	0	0

ส่วนกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาลนั้นพบว่าจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 90.91 ทำการเรียกรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน/รถบริการสาธารณะ/รถส่วนตัว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาล (n = 88)

กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
- เรียกรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	80	90.91
- รถส่วนตัว	7	7.95
- ปรึกษาสถานพยาบาลใกล้บ้าน	0	0
- นอนพักดูอาการ/หายมารับประทาน	1	1.14
- ปรึกษาคู่ค้าใกล้ชิด	0	0

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่พบในการศึกษาครั้งนี้มากที่สุดคือโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 90.91 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเท่ากับ 79.22 (S.D. = 28.37) โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 100 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ

0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมดจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ระดับปานกลางจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Livings; ADLs) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 88)

ระดับ ADLs	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
- ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้	6	6.82
- สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย	8	9.09
- สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง	16	18.18
- สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มาก	14	15.91
- สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด	44	50.00

ในการศึกษาครั้งนี้เวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติคือเวลากลางวันจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 73.86 สอดคล้องกับเวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติครั้งสุดท้ายในตอนกลางวันเช่นเดียวกันจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากสถานที่ผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองถึงโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีเท่ากับ 28.90 นาที (S.D. = 15.84) ส่วนระยะทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีเท่ากับ 23.56 กิโลเมตร (S.D. = 15.18)

2. ความรุนแรงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองด้วย NIHSS พบว่าค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.47 (S.D. = 6.95) โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 23 และต่ำสุดเท่ากับ 1 โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อย (Minor stroke) จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 68.20 รองลงมาคือความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง (Moderate stroke) จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 15.90 ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 78.75 (S.D. = 17.99) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความรุนแรงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (n = 88)

ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
- รุนแรงน้อย	60	68.20
- รุนแรงปานกลาง	14	15.90
- รุนแรงมาก	14	15.90
ค่าเฉลี่ยความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)	6.47±6.95	
ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	78.75±17.99	

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับระยะเวลาผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับระยะเวลาผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลหลัง

จากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.325$, $p\text{-value} = .040$) หมายความว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมักจะทำให้ใช้ระยะเวลานำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาถึงโรงพยาบาลเร็วขึ้น (ใช้เวลาน้อยลง) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 88$ คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
อายุ	-.004 ^a	.966	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
ระดับการศึกษา	-.155 ^b	.064	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
รายได้	-.104 ^b	.176	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	-.086 ^a	.305	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	-.325 ^a	.040*	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$

a = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

b = ไคสแควร์

การอภิปรายผลการวิจัย

จากแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์และคณะ¹³ ได้กล่าวไว้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์อาการ การรับรู้และการประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการ วิธีจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการ นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากองค์ประกอบเหล่านี้จะมีผลต่อโดยจะส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การเลือกจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ปัจจัยส่วนบุคคลที่ได้จากการศึกษาพบว่าอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลมากที่สุดคือ แขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรง ทันทีทันใด รองลงมาคือพูดไม่ชัด/พูดสับสน/พูดไม่ได้ทันทีทันใด และอาการปากเบี้ยว/หน้าเบี้ยว/มุมปากตกไปข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด และโดยส่วนมากญาติจะสังเกตเห็นอาการผู้ป่วยเพียงอาการเดียว รองลงมาคือพบอาการ 2 อย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang และคณะ²⁰ ที่พบว่าอาการที่ทำให้ผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาลมากที่สุดคืออาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย 59.7 รองลงมาคืออาการขาของร่างกายพบร้อยละ 27.6 และการศึกษาของ Hong และคณะ²¹ พบว่าอาการที่พบมากที่สุดก่อนมาโรงพยาบาลคือความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ (motor disturbance) พบร้อยละ 74.5 และความผิดปกติของการพูด (speech disturbance) พบร้อยละ 44

ส่วนกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาลนั้นพบว่า ทำการเรียกรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hsia และคณะ²² ที่พบว่าญาติหรือผู้พบเห็นผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองจะเรียกรถฉุกเฉินหมายเลข 911 เป็นอันดับแรกร้อยละ 89.30 รองลงมาคือเรียกญาติหรือเพื่อนร้อยละ 6.3 ส่วนบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการ ส่วนใหญ่คือคู่สมรสหรือบุตรมากที่สุด รองลงมาได้แก่ญาติ/พี่น้อง ซึ่งจากการศึกษาของ Seremwe และคณะ²³ พบว่าผู้ป่วยส่วนมากเมื่อเกิดพบอาการจะไม่ได้อยู่คนเดียว ร้อยละ 92 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Faiz และคณะ²⁴ พบว่า

ผู้ป่วยร้อยละ 64.3 อาศัยอยู่กับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่พบในการศึกษาคครั้งนี้มากที่สุดคือโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang และคณะ²⁰ ทำการศึกษาปัจจัยที่มาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกใน 3 ชุมชนของประเทศจีนมาด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ร้อยละ 67.30 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ร้อยละ 28.5 การศึกษาของ Faiz และคณะ²⁴ พบว่าผู้ป่วยในการศึกษาได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันมากที่สุดร้อยละ 64.3 รองลงมาคือโรคสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic stroke; TIA) ร้อยละ 27.1 ในการศึกษาครั้งนี้ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเท่ากับ 79.22 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด รองลงมาคือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ระดับปานกลาง ส่วนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองด้วย NIHSS พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.43 (S.D. = 6.88) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อย (Minor stroke) โดยการศึกษาของ Kim และคณะ²⁵ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนน NIHSS เท่ากับ 9 คะแนน โดยมีคะแนนตั้งแต่ 4-14 และคะแนน NIHSS ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 พบร้อยละ 59.90 ส่วนการศึกษาของ Faiz และคณะ²⁴ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนน NIHSS เท่ากับ 2 โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-5

ในการศึกษาคครั้งนี้เวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติส่วนมากคือเวลากลางวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang และคณะ²⁰ พบว่าอาการที่เริ่มเป็น (onset) จะพบช่วงเวลากลางวัน (ร้อยละ 80.10) มากกว่ากลางคืน (ร้อยละ 15.60) ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากสถานที่ผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองถึงโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี เท่ากับ 28.90 นาที (S.D. = 15.84) ส่วนระยะทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีเท่ากับ 23.56 กิโลเมตร (S.D. = 15.18) ในการศึกษาของดวงทิพย์ บินไทยสงค์และคณะ¹⁴ พบว่าระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันใช้เวลาเฉลี่ย 95.29 นาที ซึ่งระยะเวลาที่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะสถานที่ในการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาดังกล่าวทำการศึกษาในโรงพยาบาลรามาริตีซึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานคร อาจเกิดจากสภาพการจราจรที่หนาแน่นทำให้ระยะเวลาเดินทาง

มากกว่าการศึกษาในครั้งนี้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน¹⁴ โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรู้สึกของผู้นำส่งที่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเป็นอันตรายคุกคามกับชีวิตและอาจส่งผลให้เกิดความพิการ ทำให้ผู้นำส่งนั้นรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นนั้น จะทำให้เกิดความพิการ และอาจส่งผลให้เป็นภาระที่จะต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในระยะยาวต่อไป เมื่อผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก จะทำให้การจัดการกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นนั้นได้เป็นอย่างดี ซึ่งการจัดการกับอาการในการศึกษาคครั้งนี้ คือการนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล ดังนั้นระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจึงเป็นการวัดคุณภาพของการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้นำส่ง¹⁴ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ญาติหรือผู้นำส่งตระหนักหรือมีความรู้ว่ามีผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีการตัดสินใจที่รวดเร็วจากประสบการณ์การรับรู้ถึงผลกระทบที่จะตามมาทำให้สามารถนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การให้ความรู้กับผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับอาการ ความรุนแรง การจัดการในภาวะฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งมีผลต่อการได้รับยา rt-PA และเป็นการลดอัตราการพิการและอัตราการตาย

1.2 การให้ความรู้และตระหนักในการเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินทางการแพทย์ (Emergency Medical Service) ด้วยหมายเลข 1669 ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วและได้รับการรักษาที่ทันทั่วทั้งที่

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยภายในโรงพยาบาล (in-hospital factors) เพื่อจะได้ทราบสาเหตุหรือระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมว่าใช้เวลานาน-น้อยเท่าไร เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ช้าหรือไม่ได้รับยาเพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น

References

1. World Stroke Organization. World stroke day [Internet]. 2010.
2. Savini S, Buck HG, Dickson VV, Simeone S, Pucciarelli G, Fida R, et al. Quality of life instroke survivor-caregiver dyads: a new conceptual framework and longitudinal study protocol. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71: 676-687.
3. Hanchaiphiboolkul S, Puthkhao P, Towanabut S, Tantirittisak T, Wangphonphatthanasiri K, Termglinchan T, et al. Factors predicting high estimated 10-year stroke risk: Thai epidemiologic stroke study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*. 2014; 23: 1969-1974.
4. Kengsakul K. Treatment of acute stroke patients. *Vichaiyut*. 2550; 37: 88-91. (in Thai)
5. Zerwic J, Hwang SY, & Tucco L. Interpretation of symptom and delay in seeking treatment by patients who have had a stroke: Exploratory study. *Heart and Lung*. 2007; 36(1): 25-34.
6. American stroke association (ASA). (2560). Understanding risk (Internet). Texas: American stroke association (ASA). (online). 2562.

7. Gache K, Leleu H, Nitenberg G, Woimant F, Ferrua M, Minvielle E. Main barriers to effective implementation of stroke care pathways in France: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2014; 14: 1-10.
8. Middleton S, Levi C, Dale S, Cheung NW, McInnes E, Considine J, et al. Triage, treatment and transfer of patients with stroke in emergency department trial (the T3 trial): a cluster randomised trial protocol. *Implementation Science*. 2016; 11: 2-9.
9. Inatomi Y, Yonehara T, Hashimoto Y, Hirano T, & Uchino M. Pre-hospital delay in the use of intravenous rt-PA for acute ischemic stroke in Japan. *Journal of the Neurological Sciences*. 2007; 270: 127-132.
10. Tanaka Y, Nakajima M, Hirano T, & Uchino M. Factors influencing pre-hospital delay after ischemic stroke and transient ischemic attack. *Internal Medicine*. 2009; 48: 1739-1744.
11. Suwanwela NC. Stroke epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke*. 2014; 16(1): 1-7.
12. Boontongto S, Vibulchai N, Buthbankhow A. Development of fast track service system for patients with stroke Wapipathum hospital and service network. *Maharakham hospital journal*. 2017; 14(3): 100-113. (in Thai)
13. Dodd M, Janson S, Facione N, Froelicher ES, Humphreys J, Lee K, et al. Nursing theory and concept development or analysis advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33(5): 668-676.
14. Binthaisong T, Panpakdee O, Orathai P, & Ratanakorn D. Factors related to onset arrival time in patients with acute stroke. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2013; 20(1): 15-29. (in Thai)

15. Pinyosree N. Factors related to seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke patients. (thesis). Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2008. (in Thai)
16. Srisatisnarakul B. Research methodology in Nursing. Bangkok: U&I Intermedia; 2007. (in Thai)
17. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New Jerseys: Lawrence Earlbaum Associates; 1998.
18. Kasner SE. Clinical interpretation and use of stroke scales. *Lancet Neurology*. 2006; 5: 603-612.
19. Shephard TJ. Exploratory investigation of a model of patient delay in seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke. (dissertation). Virginia: Virginia Commonwealth University School of Nursing; 2004.
20. Jiang B, Ru X, Sun H, Liu H, Sun D, Liu Y, et al. Pre-hospital delay and its associated factors in first-ever stroke registered in communities from three cities in China. *Scientific Report*. 2016; 6(29795): 1-11.
21. Hong ES, Kim SH, Kim WY, Ahn R, & Hong JS. Factors associated with prehospital delay in acute stroke. *Emergency Medicine Journal*. 2011; 28(9): 790-793.
22. Hsia AW, Castle A, Wing JJ, Edwards DF, Brown NC, Higgins TM, et al. Understanding Reasons for Delay in Seeking Acute Stroke Care in an Underserved Urban Population. *Stroke*. 2011; 42(6): 1697-1701.
23. Seremwe F, Kaseke F, Chikwanha TM, & Chikwasha V. Factors associated with hospital arrival time after the onset of stroke symptoms: A cross-sectional study at two teaching hospitals in Harare, Zimbabwe. *Madawi Medical Journal*. 2017; 29(2): 171-176.
24. Faiz KW, Sundseth A, Thommessen B, & Ronning OM. Factors Related to Decision Delay in Acute Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2014; 23(3): 534-539.
25. Kim DH, Nah HW, Park HS, Choi JH, Kang MJ, Huh JT, et al. Impact of Prehospital Intervention on Delay Time to Thrombolytic Therapy in a Stroke Center with a Systemized Stroke Code Program. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2016; 25(7): 1665-1670.