ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

วิไลภรณ์ สว่างมงคล, พย.ม.[1] เขมารดี มาสิงบุญ, D.S.N.[2]* วัลภา คุณทรงเกียรติ, Ph.D.[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ช้ากว่า 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) จำนวน 85 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และแบบสอบถามการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่ญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เฉลี่ย 1,768 นาที (ประมาณ 29.5 ชั่วโมง) การจัดการอาการเมื่อญาติพบผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน คือ 1) รอให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นหรือหายไปเองจึงไม่พาไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 48.3) 2) พยายามให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการนอนพัก (ร้อยละ 32.9) 3) หายามาให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น แอสไพลิน หรือ พาราเซตตามอล (ร้อยละ 9.4) 4) บอกใครบางคนที่อยู่ใกล้ (ร้อยละ 3.5) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดอยู่ในระดับต่ำ (M = 17.5, SD = 3.20) ความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ (M = 1.68, SD = 0.47) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ (M = 29.29, SD = 24.69) ผลการวิจัยเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และมีการจัดการอาการที่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาได้ทันเวลา

คำสำคัญ: ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ความตระหนักของการเกิดโรคสมองขาดเลือด การรับรู้ความรุนแรง การจัดการอาการ

---

[1] นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: khemarad@hotmail.com

Received 08/07/2020 Revised 19/07/2020 Accept 20/07/2020

Pre-Hospital Delay in Family Members of Patients with Acute Ischemic Stroke

Wilaiporn Swangmongkol, M.N.S.[1], Khemaradee Masingboon, D.S.N.[2]*,
Wanlapa Kunsongkeit Ph.D.[2]

Abstract

This descriptive study aimed to explore the pre-hospitalization delay caused by family members of patients with acute ischemic stroke, and its related factors. The sample was 85 family members of patients with acute ischemic stroke who arrived a hospital in Chonburi after 210 minutes (3.5 hours). The sample was recruited using inclusion criteria and a random time frame from October 2018 to February 2019. The research instruments included a demographic questionnaire, the stroke knowledge questionnaire, the stroke awareness questionnaire, the perception of stroke severity questionnaire, and the response to stroke symptoms questionnaire. Reliability scores of the questionnaires were .77, .63, .95 and .86 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that the mean hospital arrival time was 1,768 minutes (approximately 29.5 hours). Symptom management strategies included: 1) doing nothing and waiting for the patient recovery by him/herself (48.3%); 2) letting the patient sleep (32.9 %); 3) giving medication such as aspirin or paracetamol (9.4 %), and; 4) telling someone (3.5 %). The subjects had low scores on stroke knowledge (M = 17.5, SD = 3.20), stroke awareness (M = 1.68, SD = 0.47), and perceived stroke severity (M = 29.29, SD = 24.69). The findings indicate that health care professionals should provide more information about stroke to enhance family members' stroke knowledge, awareness, and perception of stroke severity. Consequently, this would promote appropriate symptom management in order to decrease pre-hospitalization delay, resulting in more patients receiving more timely treatment.

Keywords: pre-hospitalization delay, stroke knowledge, stroke awareness, perceived stroke severity, symptom management

[1] Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing Burapha Univesity

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing Burapha Univesity

* Corresponding author e-mail: khemarad@hotmail.com

ความสำคัญของปัญหา

โรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย สาเหตุเกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดในสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและสูญเสียการทำงานอย่างเฉียบพลัน (American Heart Association, 2019) โดยอาการเตือนของโรคที่สังเกตได้โดยใช้หลัก BEFAST ได้แก่ มีการทรงตัวผิดปกติ มองเห็นไม่ชัด ทันทีทันใด โดยเฉพาะตาข้างเดียว เห็นภาพซ้อน ชาที่ใบหน้า แขน/ขาอ่อนแรง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ทานอาหารแล้วสำลัก และระยะเวลาที่เกิดอาการ (Stroke Foundation, 2017) ซึ่งมาตรฐานการรักษาในปัจจุบัน ได้แก่ การมีระบบ Stroke fast track เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาด้วยยา recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ให้ทันภายในระยะเวลา 270 นาที (4.5 ชั่วโมง) นับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือด (AHA/ASA, 2018) เพื่อให้เนื้อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ซึ่งจะช่วยลดการเสียชีวิตและความพิการได้ถึงร้อยละ 30 (Hacke et al., 2008) จากประสบการณ์ในการทำงานที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มาล่าช้ามีจำนวนมากขึ้น ทั้งที่มีการพัฒนาระบบ Stroke fast track และสถานบริการสาธารณสุข มีการรณรงค์ จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน สร้างเครือข่ายกระจายความรู้มากมาย แต่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันส่วนใหญ่ยังมาโรงพยาบาลล่าช้า

ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (Pre-hospital delay) ของการศึกษานี้ หมายถึง ระยะเวลาที่ญาตินำผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital time) ช้ากว่า 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) (Mandelzweig, Goldbourt, Boykoet, & Tanneal, 2006) ซึ่งผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เมื่อเกิดอาการจะมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ไม่สามารถบอกถึงอาการ และจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ ญาติผู้ป่วยหรือผู้ที่พบเห็นอาการของผู้ป่วยจะเป็นบุคคลที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (Pinyosree, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับที่ ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) นำเสนอไว้ในทฤษฎีการจัดการอาการว่า กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการอาการด้วยตนเองได้ ญาติผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคาดว่าจะเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ถูกนำส่งโรงพยาบาลช้ากว่าเวลาที่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มารับการรักษาในโรงพยาบาลช้ากว่า 270 นาที (Yiadthaisong, Wongpiriyayothar, & Kuleelung, 2019) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จนมาถึงโรงพยาบาล เท่ากับ 474 นาที (Kim et al., 2011) ถึง 1,117.7 นาที หรือ 18.6 ชั่วโมง (Khantichitr, Sanchaisuriya, & Thepphawan, 2016) และยังพบว่า ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่ญาติพามาโรงพยาบาล มีเพียงร้อยละ 8 ของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่มาโรงพยาบาลเร็ว นอกนั้นอีกร้อยละ 92 มาโรงพยาบาลล่าช้า (Ashraf et al., 2015)

อย่างไรก็ตาม เมื่อญาติพบอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติจะมีการตอบสนองหรือจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ขึ้นกับความรู้ ความตระหนัก และการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลของญาติ ได้แก่ ความรู้ ความตระหนัก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องในการจัดการอาการและตัดสินใจของญาติในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (Pinyosree, 2008) ผลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 8-52 ของกลุ่มตัวอย่างขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง และอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า (Saengsuwan, Suangpho, & Tiamkao, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความตระหนักเกี่ยวกับอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยขณะที่พบอาการของโรคสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น มุมปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาชาหรืออ่อนแรง ญาติไม่ตระหนักว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการเตือนของโรคสมอง

ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จึงรอดูอาการก่อนจนเมื่ออาการมีความรุนแรงมากขึ้นจึงพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทำให้การนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเกิดความล่าช้า ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 83.1 ของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด (Jiang et al., 2016) และถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการเตือนของโรคสมองขาดเลือดต่าง ๆ เกิดขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังรู้สึกตัว มีสติ ทำให้ญาติขาดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือด ซึ่งพบว่ามีญาติเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่รับรู้ว่าโรคสมองขาดเลือดเป็นโรคที่รุนแรง จึงยังพบความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาด้วย rt-PA (Seremwe et al., 2017)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความล่าช้าและการจัดการอาการของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าและการจัดการอาการในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี เป็นโรงพยาบาลที่มีระบบ Stroke fast track ซึ่งใช้เกณฑ์ในการรับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายในระยะเวลา 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) โดยพบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วยที่มาล่าช้าในระยะก่อนมาโรงพยาบาล เพิ่มมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 64.9, 58.5 และ 64.7 ของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดทั้งหมด (Emergency Unit: A Hospital In Chonburi province, 2017) โดยคาดหวังว่าผลวิจัยที่ได้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และสามารถนำไปปรับปรุง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในรูปแบบเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจมาโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ไม่เสียโอกาสในการได้รับยา rt-PA ลดความพิการ ลดอัตราการเสียชีวิต และช่วยป้องกันผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมองขาดเลือดให้มาโรงพยาบาลได้รวดเร็ว และรักษาทันเวลาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าและการจัดการอาการในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ในการศึกษา โดยใช้แนวคิดในส่วนของบุคคลซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ประสบการณ์การมีอาการ เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติ ผู้ป่วยและญาติจะรับรู้ถึงความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้น (ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคล) แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองหรือจัดการความผิดปกติดังกล่าวได้ ญาติผู้ป่วยจึงเป็นผู้ตอบสนองหรือจัดการแทนโดยจะประเมินลักษณะอาการ จากความรู้ที่มีอยู่ ประเมินถึงความรุนแรงของอาการ ตระหนักถึงความผิดปกติหรือการเกิดโรค จากลักษณะอาการและความผิดปกติในตำแหน่งต่าง ๆ รวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น ญาติจะมีการตอบสนองต่ออาการ โดยเลือกใช้วิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกันเพื่อบรรเทาหรือทำให้ผลลัพธ์ด้านลบของอาการเกิดขึ้นช้าที่สุด การจัดการอาการ เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับระยะเวลา ประสบการณ์การรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการ ความรู้ ความตระหนักของญาติต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการอาการ คือระยะเวลาหรือความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพในการจัดการอาการที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและวิธีการจัดการอาการ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบกรณีศึกษา

ประชากร คือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ช้ากว่า 210 นาที (3.5 ชั่วโมง)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ช้ากว่า 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) โดยมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องในครอบครัวของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ คู่สมรส ผู้ร่วมสายโลหิตกันทางบิดาหรือมารดา และ/หรือเครือญาติ ผู้ดูแลที่ไม่ใช่สายเลือดเดียวกันรวมถึงเพื่อน และเป็นผู้ตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (Yamane, 1973 อ้างถึงใน Srisathitnarakun, 2010) และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดียิ่งขึ้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กรอบเวลา (Chirawatkun, 2007) เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแต่ละวันไม่สามารถกำหนดได้ว่าผู้ป่วยจะมารับการรักษาวันใด โดยกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ซึ่งนำญาติผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงเวลาที่ทำการศึกษามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นทำการคัดเลือกญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย รวมถึงระยะเวลาต่าง ๆ ในการมารักษาของผู้ป่วย

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ยานพาหนะที่ใช้เดินทางมาโรงพยาบาล การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และบุคคลในครอบครัวที่เคยเป็นโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

3. แบบสอบถามการจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง (The Response to Stroke Symptoms Questionnaire [RSSQ]) ที่พัฒนาขึ้นโดย Barr, McKinley, O'Brien, and Herkes (2006) และ Potisopha, et al. (2015) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ ซึ่งใช้เฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับการตอบสนองทางพฤติกรรม เปลี่ยนจากสอบถามผู้ป่วยมาเป็นสอบถามญาติผู้ป่วย เพื่อประเมินญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันว่ามีวิธีการจัดการอย่างไรในครั้งแรก เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 1 คำถาม มีคำตอบให้เลือกตอบ 10 ข้อ โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว การคิดคะแนนอยู่ในช่วง 1-5 การแปลคะแนนอ้างอิงจากค่าเฉลี่ย โดยค่าเฉลี่ยคะแนนที่ต่ำ หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีการจัดการอาการที่ไม่ดี เมื่อพบเห็นอาการของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูง หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีการจัดการที่ดีเมื่อพบเห็นอาการของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

4. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินการรับรู้ของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อพบผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองขาดเลือดก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Pinyosree, 2008) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scale) 1 ข้อ การคิดคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนน 0-50 แสดงว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับต่ำ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนน 51-100 แสดงว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง

5. แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรค

สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เกี่ยวกับอาการในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ขณะผู้ป่วยเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ โดยข้อ 1-8 สอบถามญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับความตระหนักของอาการในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ส่วนข้อ 9 สอบถามญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในภาพรวมเกี่ยวกับความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งคะแนนอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน แปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในข้อ 9 ซึ่งคะแนนอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนที่ต่ำ หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันน้อย ค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูง หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันสูง

6. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง อาการ และการรักษาของโรคสมองขาดเลือดของผู้ป่วย ณ ขณะผู้ป่วยเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือด ก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Saeko, 2009) มีข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ คะแนนเต็ม 13 คะแนน มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ การแปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนผลรวมซึ่งอยู่ในช่วง 0-26 คะแนน มาหาค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ค่าเฉลี่ยที่ต่ำ หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความรู้น้อยเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ค่าเฉลี่ยที่สูง หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความรู้มากเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า Validity = .83 และนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้ แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = .63 ส่วนแบบสอบถามการจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ใช้วิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .86 และ .95 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ใช้การวิเคราะห์ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .77

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัส 05-07-2561) ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมเอกสารเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งข้อมูลในการวิจัยทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัสข้อมูล นำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และทำลายทิ้งหลังจากสิ้นสุดการวิจัยแล้ว 1 ปี หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยก็จะสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี โดยประสานงานหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วย รวมถึงเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยขอความร่วมมือในการลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความ

สมัครใจ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ห้องประชุมด้วยความเป็นส่วนตัว และสอบถามได้ตลอดเวลา ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามพร้อมใส่ซองปิดผนึก และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไป ตัวแปรที่ศึกษาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลงานวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 67 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 53.5 ปี (SD = 11.7) โดยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.5 ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.6 มีสถานภาพสมรสคู่ มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.5 และมีภาวะไขมันในเลือดสูง พบร้อยละ 2.4 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.4 ยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ร้อยละ 51.8 จากการศึกษายังพบผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดก่อนมีอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ร้อยละ 34.1 และมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองขาดเลือด เพียงร้อยละ 7.1

อาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นก่อนนำมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีอาการแขน/ขาอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมาจะมีอาการแขน/ขาชาครึ่งซีก ร้อยละ 45.9 นอกจากนั้นยังพบอาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีกและอาการพูดไม่ชัด ร้อยละ 27.1 เท่ากัน ส่วนอาการที่เกิดขึ้นเมื่อญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลช้ากว่า 210 นาที อาการแรกรับของผู้ป่วยที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนใหญ่จะพบอาการแขน/ขาอ่อนแรงครึ่งซีกมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 78.8 อาการแขน/ขาชาครึ่งซีก ร้อยละ 52.9 อาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก ร้อยละ 48.2 และอาการพูดไม่ชัด ร้อยละ 47.1 นอกจากนั้นยังพบผู้ป่วยพูดสับสน ร้อยละ 3.5 จากที่เริ่มแรกไม่มีอาการนี้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า เป็นภรรยาของผู้ป่วยร้อยละ 43.5 รองลงมา เป็นสามีและบุตร คิดเป็นร้อยละ 18.8 เท่ากัน ซึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.6 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 58.8 (SD = 11.17) และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.6 ระดับการศึกษาจบประถมศึกษา ร้อยละ 44.7 รองลงมา จบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน คิดเป็นร้อยละ 51.8 นอกจากนั้นยังพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจากช่องทางใดเลย คิดเป็นร้อยละ 56.5

ส่วนที่ 3 ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเท่ากับ 29.5 ชั่วโมง (ใช้เวลามากกว่า 24 ชั่วโมง) ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า ส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในช่วงมากกว่า 361-1,440 นาที (ระยะเวลา 6-24 ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ 56.5 (M = 1767.8) รองลงมามากกว่า 1,441 นาที (มากกว่า 24 ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ 35.3 และที่ใช้ระยะเวลามากที่สุด เท่ากับ 14,453 นาที (240.9 ชั่วโมง หรือ ประมาณ 10 วัน) ซึ่งถือว่าเป็นเวลาที่ล่าช้ามาก โดยญาติมีวิธีการจัดการอาการเมื่อพบผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ดังนี้ 1) รอให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นหรือหายไปเองจึงไม่พาไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 48.3) 2) พยายามให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการนอนพัก (ร้อยละ 32.9) 3) หายามาให้ผู้ป่วยรับประทาน (เช่น แอสไพลิน, พาราเซตตามอล) (ร้อยละ 9.4) 4) บอกคนอื่น ๆ (ร้อยละ 9.4)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ถูกต้อง ในข้อที่ถามเกี่ยวกับ เมื่อมีอาการแสดงของโรคสมองขาดเลือด ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด ร้อยละ 74.1 ในส่วนของข้อคำถามอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นถูกหรือผิด เช่น ในข้อที่ถามเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะ

เฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างตอบไม่แน่ใจมากกว่า ร้อยละ 50 และในข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคสมองขาดเลือดที่ได้ผลดี ต้องเริ่มภายใน 210 นาที หรือ 3.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ กลุ่มตัวอย่างมีความตอบไม่แน่ใจมากถึงร้อยละ 77.6

2. ความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า อาการเริ่มแรกของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ อาการชา หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขนหรือขา หรือทั้งแขนและขา ข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด พบมากถึงร้อยละ 94.1 อาการที่พบรองลงมา คือ อาการสูญเสียความสามารถในการทรงตัว ทันทีทันใด เช่น เดินเซ หรือเดินลำบาก พบร้อยละ 83.5 และอาการชา หรืออ่อนแรงบริเวณใบหน้า ปากเบี้ยว กลืนลำบาก หรือน้ำไหลออกจากมุมปาก ข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด พบร้อยละ 54.1 เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.2 ไม่แน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และร้อยละ 31.8 ไม่เห็นด้วยหรือไม่ตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่เห็นด้วยว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเลย

3. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อยู่ในระดับต่ำ (0-50 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 87.1 และมีเพียง ร้อยละ 12.9 ที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 1 สรุปคะแนน ค่าเฉลี่ย และการแปลผลของข้อมูล ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ระยะเวลา) ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ปัจจัย	พิสัยคะแนนของแบบวัด ต่ำสุด-สูงสุด	ค่าคะแนนที่ได้ ต่ำสุด-สูงสุด	คะแนนเฉลี่ยที่ได้ (Mean)	แปลผล
1. ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ระยะเวลา/นาที)	210-14453	232-14453	1767.8/นาที (29.5 ชั่วโมง)	ล่าช้ามาก
2. ความรู้เกี่ยวกับโรค	0-26	11-25	17.5	ระดับต่ำ
3. ความตระหนักในการเกิดโรค	1-3	1-2	1.68	ระดับต่ำ
4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0-100	0-90	29.29	ระดับต่ำ
5. การจัดการอาการ	1-5	1-4	1.80	ระดับต่ำ

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยของความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เท่ากับ 1767.8/นาที หรือ 29.5 ชั่วโมง ซึ่งญาติผู้ป่วยใช้ระยะเวลานานมากในการจัดการอาการก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และในส่วนของปัจจัยอื่น เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนสูงสุดของแบบประเมิน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (M = 17.5) ในส่วนความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (M = 1.68) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำ (M = 29.29)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (ณ โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาในครั้งนี้) ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จนถึงระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ณ จุดคัดกรองที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,768 นาที (ประมาณ 29.5 ชั่วโมง) เป็นระยะเวลาที่ล่าช้ามากที่ญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยระยะเวลาที่ญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเวลามากกว่า 361-1,440 นาที (มากกว่า 6-24

ชั่วโมง) ร้อยละ 56.5 รองลงมา ใช้ระยะเวลา มากกว่า 1,440 นาที (มากกว่า 24 ชั่วโมง) ร้อยละ 35.3 และใช้ระยะเวลาอยู่ในช่วง 210-270 นาที (3.5-4.5 ชั่วโมง) ร้อยละ 5.9 ซึ่งพบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีความล่าช้าเช่นกัน เท่ากับ 301 นาที (5.02 ชั่วโมง) (Kamsareeruk, & Jitpanya, 2015) และ 1,117.7 นาที (18.6 ชั่วโมง) (Khantichitr et al., 2016) จะเห็นว่า ความล่าช้าที่เกิดขึ้นในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของการศึกษานี้มีความล่าช้ามากกว่าการศึกษาอื่น ถึงแม้ว่าบริบทของแต่ละโรงพยาบาลจะแตกต่างกัน แต่การตัดสินใจของญาติหรือบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะผู้ป่วยมีอาการมีความสำคัญที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อาจเนื่องจากอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้ป่วยรู้สึกตัว ยังพอพูดหรือขยับตัวได้ แต่จะมีอาการที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ อาการแขน/ขาอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมามีอาการแขน/ขาชาครึ่งซีก ร้อยละ 45.9 ซึ่งทำให้ญาติคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรง รอดูอาการได้ พักผ่อนคงดีขึ้น (Singhard, 2011) นอกจากนี้พบว่า ญาติผู้ป่วย ร้อยละ 44.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 18.8 จบมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ญาติตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้า ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าระดับการศึกษามีผลกับการรับรู้และการตัดสินใจนำผู้ป่วยโรคสมองมาโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อยจะมีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงและการรักษาของโรคสมองขาดเลือดน้อยกว่าบุคคลที่มีการศึกษามาก ทำให้ญาติผู้ป่วยมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันน้อย ญาติผู้ป่วยจึงนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า (Singhard, 2011) โดยผลจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ญาติผู้ป่วยไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางใดเลยเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด มากถึงร้อยละ 56.5 จะเห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ ด้านบุคคลน่าจะมีผลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเช่นกัน เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

การจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยมีการจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.80 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 36 เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการจัดการอันดับแรกคือ คิดว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายไปเอง ถึงร้อยละ 48.3 ญาติจึงดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักแล้วสังเกตอาการที่บ้านต่อจนอาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลงแล้วจึงตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล รองลงมาคือพยายามให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการนอนพัก ร้อยละ 32.9 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดโทรหมายเลขฉุกเฉิน 1669 หรือพาผู้ป่วยไปคลินิก หรือโรงพยาบาลเลย ซึ่งอาจเป็นการจัดการอาการที่ถูกต้องที่สุดของญาติผู้ป่วยในช่วงเวลานั้น จึงใช้ระยะเวลานานในการรอให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ถ้าหากญาติผู้ป่วยหรือบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะนั้น มีวิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองขาดเลือด โดยตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยด้วยการโทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉิน เพื่อขอความช่วยเหลือ หรือนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันทีจะทำให้ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้เร็ว (Potisopha, Utriyaprasit, & Sindhu, 2015)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.6 ไม่แน่ใจเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษาโรคสมองขาดเลือดที่ได้ผลดี ต้องเริ่มภายใน 210 นาที หรือ 3.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ และมากกว่าร้อยละ 50 ไม่แน่ใจเกี่ยวกับอาการแสดงและอาการเตือนของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแปลผลจากค่าเฉลี่ย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 17.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน จะเห็นได้ว่า ญาติผู้ป่วยมีความรู้น้อยเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด และเมื่อพิจารณาคำตอบรายข้อด้านความรู้ส่วนใหญ่ตอบไม่แน่ใจ ซึ่งไม่แตกต่างกับงานวิจัยของ Chaiyo (2014) ที่พบว่า บุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับน้อย จะมีโอกาสเข้ารับการรักษาโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในระยะเวลาเกินกว่า 180 นาที (3 ชั่วโมง) เช่นกัน แสดงให้เห็นว่าความไม่แน่ใจของญาติผู้ป่วย ส่งผลให้การตัดสินใจนำผู้ป่วย

มาโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากความไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คืออาการที่อาจเกิดโรคสมองขาดเลือดซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด

3. ความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผลการศึกษา พบว่าญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยอาการที่พบ ได้แก่ อาการชา หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขนหรือขา หรือทั้งแขนและขา ข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด ญาติไม่แน่ใจ ร้อยละ 72.5 อาการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใด เช่น เดินเซ หรือเดินลำบาก อย่างทันทีทันใด ญาติไม่แน่ใจ ร้อยละ 74.6 อาการชา หรืออ่อนแรงบริเวณใบหน้าข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว กลืนลำบาก หรือน้ำไหลออกจากมุมปาก ข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด ญาติไม่แน่ใจ ร้อยละ 78.3 อาการพูดผิดปกติทันทีทันใด เช่น อาการพูดไม่ชัด พูดจาสับสน ลิ้นแข็ง พูดตะกุกตะกัก นึกคำพูดไม่ออก หรือพูดไม่ได้อย่างทันที ญาติไม่แน่ใจ ร้อยละ 84.4 และอาการมองเห็นผิดปกติทันทีทันใด อย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที หรือตามัว มองไม่ชัด หรือ มองเห็นภาพซ้อน ญาติไม่แน่ใจ ร้อยละ 61.5 และที่สำคัญญาติผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีรายใดที่เห็นด้วยว่าอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นอาการของโรคสมองขาดเลือด เลย จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแปลผลจากค่าเฉลี่ย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในภาพรวม เท่ากับ 1.68 คะแนน จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน จะเห็นได้ว่า ความตระหนักในการเกิดโรคสมองของญาติผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (M = 1.68) แสดงให้เห็นว่า เมื่อญาติผู้ป่วยไม่มีความตระหนักเกี่ยวกับอาการในการเกิดโรคสมองขาดเลือด จะส่งผลให้การตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า ซึ่งไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Jiang et al. (2016) ที่พบว่า ญาติหรือบุคคลขาดความตระหนักเกี่ยวกับอาการของโรคสมองขาดเลือดจะทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า

4. ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ป่วย ร้อยละ 87.1 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 29.29 คะแนน (SD = 24.69) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน และพบว่า ร้อยละ 3.5 ของผู้ป่วยที่มาล่าช้า มีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น โดยมีอาการพูดจาสับสน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการต่าง ๆ แต่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว สื่อสารได้ ไม่มีอาการที่ญาติผู้ป่วยรู้สึกว่ารุนแรงถึงชีวิต เช่น อาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่ออก สับสนวุ่นวาย หรือหมดสติ รวมถึง จากที่ญาติผู้ป่วยไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมองจากช่องทางใดเลย จึงส่งผลให้ญาติไม่ทราบถึงความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือด และไม่คิดว่าจะทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ จึงรอดูอาการ คิดว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายไปเอง ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมา ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Kamsareeruk and Jitpanya (2015) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ด้านลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เมื่อรับรู้ความรุนแรงของอาการมาก ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันใช้เวลาน้อย แต่ถ้ารับรู้ความรุนแรงของอาการน้อย ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันใช้เวลามาก ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายโดยรวมได้ว่า เมื่อญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดน้อยจึงไม่เข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ไม่รับรู้และไม่ตระหนักว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการของเกิดโรคสมองขาดเลือด รวมถึงไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของอาการของโรคสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้น (คะแนนการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ) ทำให้มีการตอบสนองและจัดการอาการด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่เฝ้ารอดูอาการไม่นำส่งโรงพยาบาล จึงใช้ระยะเวลามากในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ที่ว่าการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ มีผลต่อการเลือกวิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกันและเกิดผลลัพธ์ที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมตามมา

สรุปและข้อเสนอแนะ

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ป่วยมีความรู้

เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดที่ไม่มีความชัดเจนหรือมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดและมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้มีการจัดการอาการโรคสมองที่ขาดเลือดไม่ค่อยดี ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เมื่อเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือด ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลควรดำเนินการอย่างเร่งด่วนในการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน ความตระหนักในการเกิดโรค รวมถึงความรุนแรงของโรค และวิธีการจัดการอาการที่ถูกต้อง ในการรักษา รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมารักษาได้ทันเวลาหรือมารักษาล่าช้า โดยเฉพาะประชาชนที่ไม่มีเวลาในการหาความรู้หรือรับฟังข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน นอกจากนั้นสามารถนำผลการศึกษาที่ได้เป็นพื้นฐานในการทำวิจัย ขยายผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลทันเวลาในการรักษา และมาล่าช้า ในเขตหรือสถานที่อื่น ๆ โดยเน้นลักษณะทั่วไปที่ครอบคลุมโรคสมองขาดเลือด และพัฒนาแนวทาง หรือโปรแกรมในการดูแลและป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มาโรงพยาบาลล่าช้า เกิน 210 นาที ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่สามารถเห็นความแตกต่างหรือหาค่าความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ได้ รวมถึงบริบทของโรงพยาบาลที่ศึกษา มีเกณฑ์การได้รับยา rt-PA ที่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ทำให้ไม่สามารถสรุปผลการวิจัยได้ชัดเจน โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ในการทำวิจัยต่อไป ควรทำการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่มาทันเวลาได้รับยา rt-PA และกลุ่มที่มีความล่าช้าไม่สามารถรับยาได้ทันเวลา

Reference

American Heart Association/American Stroke Association [AHA/ ASA]. (2015). The Warning Signs. Retrieved from http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/WarningSings/Stroke-Warning-Signs-and-Symptoms_UCM_308528_SubHomePage.jsp

American Heart Association/American Stroke Association [AHA/ ASA]. (2018). guideline. Retrieved from http://www.lpnh.go.th/newlp/wp-content/uploads/2013/10/Ischemic-Stroke-AHA_ASA2018.pdf

American Heart Association. (2019). *About stroke*. Retrieved from https://www.stroke.org/en/about-stroke

Ashraf, V. V., Maneesh, M., Praveenkumar, R., Saifudheen, K., & Girija, A. S. (2015). Factorsdelaying hospital arrival of patients with acute stroke. *Annals of Indian Academy of Neurology, 18*(2), 162-166.

Barr, J., McKinley, S., O'Brien, E., & Herkes, G. (2006). Patient recognition of and response to symptoms of TIA or Stroke. *Neuroepidemiology, 26*, 168-175.

Chaiyo, S. (2014). Factors predicting the visiting time in patients with acute ischemic stroke. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Khon Kaen University. [InThai]

Chirawatkun, A. (2007). *Statistics*. Nonthaburi: Office to dismiss the Ministry of Public Health. [InThai]

Division of Non Communicable Disease Department of Disease Control. (2019). Non-communicable disease information. Retrieved from http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13486&tid=32&gid=1-020 [InThai]

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing, 33*(5), 668-676.

Emergency Unit A Hospital In Chonburi province. (2017). Patient statistics in 2018. Chon Buri: A hospital In Chonburi province. [InThai]

Jiang, B., Ru, X., Sun, H., Liu, H., Sun, D., Liu, Y., Huang, J., He, L., & Wang, W. (2016). Pre-hospital delay and its associated factors in first-ever stroke registered in communities from three cities in China. *Scientific Reports, 6*(29795), 1-10.

Kamsareeruk, J., & Jitpanya, Ch. (2015). Factors Related to Prehospital Time in Patients with Acute Ischemic Stroke. *Journal of The Police Nurse, 7*(2), 106-119. [InThai]

Khantichitr, Ph., Sanchaisuriya, P., & Thepphawan, P. (2016). Time-to-Treatment of Stroke patients: Experience from Ubon Ratchathani Province, Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Health Systems Research Institute. [InThai]

Pinyosree, N. (2008). Factors related to seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke patients. Master of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. [InThai]

Potisopha, W., Utriyaprasit, K., & Sindhu, S. (2015). Relationships among response to symptoms mode of transportation and hospital arrival time of acute stroke patients. *Journal of Nursing Science & Health, 38*(1), 9-20. [InThai]

Rerkasem, K. (2009). Pathophysiology and management in carotid artery stenosis. Chiang Mai: Chiang Mai University. [InThai]

Saeko, U. (2009). A study of stroke awareness in stroke risk patients. Master of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. [InThai]

Saengsuwan, J., Suangpho, P., & Tiamkao, S. (2017). Knowledge of stroke risk factors and warning signs in patients with recurrent stroke or recurrent transient ischemic attack in Thailand. Neurology Research International, 2017(2017), 1-7.

Seremwe, F., Kaseke, F., Chikwanha, T. M., & Chikwasha, V. (2017). Factors associated with hospital arrival time after the onset of stroke symptoms: A cross-sectional study at two teaching hospitals in Harare, Zimbabwe. *Malawi Medical Journal, 29*(2), 171-176.

Singhard, S. (2011). Factors associated with knowledge of stroke warning signs, Risk factors and treatment among elderly patients with stroke. Master of Nursing Science Thesis in Gerontological Nursing, Graduate School, Khon Kaen University. [InThai]

Srisathitnarakun, B. (2010). The methodology in nursing research. Bankok: U&I Intermedia. [InThai]

Yiadthaisong, K., Wongpiriyayothar, A. & Kuleelung, P. (2019). Factors Predicting Prehospital Time of Patients with Acute Ischemic Stroke in Acute Phase. Journal of Nursing and Health Care, 37(1), 148-156. [InThai]