นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

ทิพย์วรรณ ทำนา[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลา ปัจจัยที่สัมพันธ์ และปัจจัยทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 120 ราย ที่มารับการรักษาระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 62.50 ของผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน 270 นาที สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยส่วนบุคคลเดียวที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลามารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <0.001$) และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุคูณ พบว่าโมเดลสามารถทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <0.001$, Nagelkerke $R^2 = 0.49$) โดยคะแนนรวมการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยทำนายเดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <0.001$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคควบคู่กับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จะช่วยลดระยะเวลาการมารับการรักษาและความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

---

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น

*Corresponding Author; Tippawan Thamna, Email:Liwtip1992@gmail.com

Received: August 05, 2026; Revised October 07, 2026; Accepted October 07, 2026

Factors Related to Hospital Arrival Time of Acute Stroke Patients in Kranuan Crown Prince Hospital

Tippawan Thamna[1]

Abstract

This cross-sectional study examined onset-to-arrival time, associated factors, and predictors among 120 acute stroke patients at Kranuan Crown Prince Hospital (September 2025-February 2026). Data were collected via questionnaire and analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Pearson's correlation, and multiple logistic regression. Overall, 62.50% of patients arrived within 270 minutes (mean=615.54, SD=966.99). Marital status was the only personal factor significantly associated with arrival time (p= 0.001). Perceived stroke severity and EMS accessibility were negatively correlated with arrival time (p< 0.001). When analyzing the predictors of time to hospital arrival using multiple logistic regression, the model could significantly predict the time (p < 0.001, Nagelkerke R2 = 0.49), with the total score of perceived severity of stroke being the only statistically significant predictor (p <0.001). The findings suggest that promoting the perception of stroke severity along with improving the emergency medical system could reduce the time to treatment and disability from stroke.

Keywords: stroke, perceived severity of stroke, accessibility to emergency medical services

---

[1]Medical Physicial Senior Level, Kranuan Crown Prince Hospital

บทนำ (Introduction)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายและความพิการอันดับต้นทั่วโลก[1] การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการช่วยลดความพิการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[2]ดังนั้นระยะเวลาที่ผู้ป่วยมารับการรักษาหลังเกิดอาการจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วย ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาได้แก่ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล การศึกษาระดับต่ำ โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ในขณะที่การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความเข้าใจเรื่องการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น[3]สำหรับประเทศไทยการศึกษาของ Chaiyo[4] ในจังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยทำนายระยะเวลามารับการรักษา ได้แก่ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค ประวัติโรคหลอดเลือดสมองและอาชีพ การศึกษาของ Khamsareeruk และJitpanya[5] ที่โรงพยาบาลชลบุรี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา ได้แก่ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ ประเภทสิทธิการรักษาการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคการเข้าถึงบริการ การศึกษาของ จิณัฐตา คาสารีรักษ์[6] ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความสำคัญของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของ Saengsuwan และคณะ[7] ในกลุ่มผู้ป่วยไทยที่มีความเสี่ยงสูง (เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือ TIA ซ้ำ) พบว่าความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคยังอยู่ในระดับไม่น่าพอใจ และการศึกษาของ Muengtaweepongsa และคณะ[8] พบว่าแม้ผู้ป่วยไทยจะมีความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคเพียงพอแต่การรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องรีบไปรับการรักษาทันทียังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนเป็นแม่ข่ายรับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากในแต่ละปีแต่มีผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพียงส่วนน้อยเนื่องจากมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาเพื่อนำไปพัฒนาระบบการดูแลตั้งแต่ระยะแรก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock[9] และ Becker[10] ร่วมกับกรอบแนวคิดการแสวงหาบริการสุขภาพของ Andersen และ Newman[11] และแนวคิดมิติการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky และ Thomas[12] ในการกำหนดตัวแปรต้น 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และรายได้ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

2. ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้

วิธีดำเนินงานวิจัย (Methodology)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytic study) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันชนิดขาดเลือด มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินไม่เกิน 72 ชั่วโมง มีผลตรวจทางรังสีวินิจฉัยสอดคล้องกับการวินิจฉัย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร มีโรคร่วมที่ส่งผลต่อการรับรู้ หรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย

คำนวณขนาดตัวอย่าง

โดยใช้โปรแกรม G*Power ที่ระดับอำนาจการทดสอบ 0.80, ระดับนัยสำคัญ 0.05, ขนาดอิทธิพลปานกลาง 0.30 และ df = 7 ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 107 ราย เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 120 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าทุกรายที่เข้ารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 10 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 12 ข้อ 3) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและ 4) การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 10 ข้อ โดยคะแนนมากแสดงถึงการรับรู้ความรุนแรงสูงและการเข้าถึงบริการได้ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ3ท่านมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.91 ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือและให้ลงนามในเอกสารยินยอมจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระยะเวลาการมารับการรักษาด้วย Chi-square test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับข้อมูล และการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการมารับการรักษาด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาด้วยการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ โดยนำคะแนนรวมของตัวแปรต้นทั้ง 3 ด้านเข้าสมการ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่REC043/2568 ลงวันที่ 19 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย (Result)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจำนวน 120 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.70 อายุเฉลี่ย 62.75 ปี (S.D. = 13.36) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 83.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 50.00 และมีโรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.30 กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาภายในเวลา 270 นาที ร้อยละ 62.50 โดยระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 615.54 นาที (S.D. = 966.99) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	74	61.70
หญิง	46	38.30
2. อายุ (ปี)		
< 40	4	3.30
40-59	45	37.50
≥ 60	71	59.20
Mean ± SD. : 62.75 ± 13.36 ปี		
Median (Min.- Max.) : 64.50 (32.00-92.00) ปี		
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	9	7.50
ประถมศึกษา	56	46.70
มัธยมศึกษา/ปวช.	27	22.50
อนุปริญญา/ปวส.	13	10.50
ปริญญาตรีขึ้นไป	15	12.50
4. สถานภาพสมรส		
โสด	17	14.20
คู่	100	83.30
หม้าย/หย่า/แยก	3	2.50
5. อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	29	24.20
เกษตรกรรม	60	50.00
รับจ้าง	12	10.00
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	8.30
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	6.70
6. ศาสนา		
พุทธ	120	100.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
5,001-10,000	29	24.20
10,001-20,000	69	57.50
> 20,000	22	18.30
8. ประวัติโรคประจำตัว*		
ความดันโลหิตสูง	52	43.30
เบาหวาน	36	30.00
ไขมันในเลือดสูง	33	37.50
โรคหัวใจ	12	10.00
อื่นๆ ระบุ...	18	15.00
ไม่มีโรคประจำตัว	54	45.00
(*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
9. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล		
≤270 นาที	75	62.50
> 270 นาที	45	37.50
Mean ± SD. : 615.54 ± 966.99 นาที		
Median (Min.- Max.) : 180.00 (10.00-4320.00) นาที		

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระยะเวลาการมารับการรักษาด้วยสถิติ Chi-square test พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 14.11$, $p = 0.001$) โดยกลุ่มที่มีสถานภาพโสดมีสัดส่วนการมารับการรักษาล่าช้าสูงกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพคู่ ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระยะเวลาการมารับการรักษา (n = 120)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระยะเวลาการมารับการรักษา ≤ 270 นาที (n=75)	ระยะเวลาการมารับการรักษา > 270 นาที (n=45)	OR (Crude)	95%CI	χ^2	p-value
1. เพศ			0.89	0.38 ถึง 2.12	1.59	0.208
ชาย	43	31				
หญิง	32	14				
2. อายุ (ปี)			0.74	0.34 ถึง 1.63	1.11	0.574
< 40	2	2				
40-59	26	19				
≥ 60	47	24				
ค่าเฉลี่ย 62.75, S.D. = 13.36						
3. ระดับการศึกษา			1.01	0.61 ถึง 1.66	5.45	0.244
ไม่ได้เรียน	7	2				
ประถมศึกษา	38	18				
มัธยมศึกษา/ปวช.	12	15				
อนุปริญญา/ปวส.	8	5				
ปริญญาตรีขึ้นไป	10	5				
4. สถานภาพสมรส			0.14	0.04 ถึง 0.51	14.11	0.001*
โสด	4	13				
คู่	68	32				
หม้าย/หย่า/แยก	3	0				
5. รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน (บาท)			0.71	0.35 ถึง 1.46	3.44	0.179
5,001-10,000	14	15				
10,001-20,000	47	22				
> 20,000	14	8				

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระยะเวลาการมารับการรักษา (n = 120) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระยะเวลาการมารับการรักษา ≤ 270 นาที (n=75)	ระยะเวลาการมารับการรักษา > 270 นาที (n=45)	OR (Crude)	95%CI	χ^2	p-value
6. อาชีพ			1.04	0.68 ถึง 1.57	1.06	0.901
ไม่ได้ทำงาน	18	11				
เกษตรกรรม	39	21				
รับจ้าง	6	6				
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	4				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	3				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 4.15, S.D. = 0.77) และมีการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.51, S.D. = 0.61) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าทั้งการรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ($p < 0.001$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = -0.45$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 3 ด้านกับระยะเวลาการมารับการรักษา (n = 120)

ตัวแปร	Mean ± S.D.	r กับระยะเวลามารับการรักษา	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค (1-5)	4.15 ± 0.77	-0.45	<0.001
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค (0-6)	2.48 ± 1.70	-0.32	<0.001
การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1-5)	3.51 ± 0.61	-0.35	<0.001

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณพบว่า โมเดลโดยรวมสามารถทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Omnibus χ^2 = 53.48, df = 3, p <0.001) โดยมีค่า Nagelkerke R^2 = 0.49 และสามารถจำแนกกลุ่มได้ถูกต้องร้อยละ 80.00เมื่อพิจารณารายตัวแปรพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยทำนายเดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการลดโอกาสการมารับการรักษาล่าช้า (B = -1.92, p <0.001, Exp(B) =0.15, 95%CI = 0.06–0.35)ขณะที่การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.076และ p =0.840 ตามลำดับ) ทั้งนี้สามารถเขียนสมการทำนายโอกาสการมารับการรักษาล่าช้าได้ ดังนี้Logit (P) = 10.283 – 1.923 (การรับรู้ความรุนแรงของโรค) + 0.036 (การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค) – 0.897 (การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณของปัจจัยทำนายระยะเวลาการมารับการรักษา (n = 120)

ปัจจัย	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for Exp(B)
การรับรู้ความรุนแรงของโรค*	-1.92	0.44	<0.001	0.15	0.06 ถึง 0.35
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค	0.04	0.18	0.840	1.04	0.73 ถึง 1.48
การเข้าถึง EMS	-0.90	0.51	0.076	0.41	0.15 ถึง 1.10

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 | Omnibus χ2 = 53.48, df = 3, p <0.001 | Nagelkerke R2 = 0.49 | จำแนกกลุ่มถูกต้องร้อยละ 80.00

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาภายในเวลา 270 นาทีร้อยละ 62.50 และมีความแปรปรวนของระยะเวลาการมารับการรักษาสูงมาก สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอและเป็นแม่ข่ายรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือข่าย ซึ่งมีพื้นที่รับผิดชอบขนาดใหญ่ ประกอบด้วยอำเภอกระนวน อำเภอท่าคันโท อำเภอหนองกุงศรีและอำเภอห้วยเม็ก ผู้ป่วยบางส่วนต้องเดินทางระยะไกลอันเป็นข้อจำกัดด้านการเข้าถึงเชิงภูมิศาสตร์ตามแนวคิดมิติการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky และ Thomas[12] เมื่อเทียบกับการศึกษาของ Sangkaew และคณะ[13] ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมืองที่พบว่าปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการมีอำนาจการทำนายสูงสุด สะท้อนว่าปัญหาการเดินทางและการเข้าถึงบริการมีบทบาทสำคัญในบริบทโรงพยาบาลในชนบทเช่นกัน

ด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่ามีเพียงสถานภาพสมรสที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ด้วยแนวคิดปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) ของ Andersen และ Newman[11] กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีคู่สมรสมักมีบุคคลใกล้ชิดที่สังเกตเห็นความผิดปกติและช่วยตัดสินใจนำส่งโรงพยาบาลได้รวดเร็วกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสดหรืออยู่คนเดียว ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ Chaiyo[4] ที่พบว่าอาชีพเป็นปัจจัยสำคัญ และ Khamsareeruk และ Jitpanya[5] ที่พบว่าระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา ความแตกต่างนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะใกล้เคียงกันทั้งด้านอาชีพและรายได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรและมีรายได้ในช่วงเดียวกัน ทำให้ความแปรปรวนของปัจจัยเหล่านี้มีน้อยสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระยะเวลาการมารับการรักษา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร สอดคล้องกับการศึกษาของจิณัฐตา คาสารีรักษ์[6] ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลามาโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุคูณ พบว่าคะแนนรวมการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นตัวแปรทำนายเดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock[9] และ Becker[10] ที่ระบุว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นองค์ประกอบหลักที่ผลักดันพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มในทิศทางเดียวกันแต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งยังสอดคล้องในทิศทางกับการศึกษาของ Sukpongthai และ Borisat[14] ที่พบว่าการรู้จักใช้เบอร์ฉุกเฉิน 1669 สัมพันธ์กับการมาโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น การศึกษาของ Wu และคณะ[15] ในประเทศจีนพบว่าการมาโรงพยาบาลโดยรถพยาบาลฉุกเฉินและระยะทางที่ใกล้สัมพันธ์กับการมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Han และคณะ[16] ในประเทศเกาหลีใต้พบว่าพฤติกรรมการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญเช่นกันในขณะที่คะแนนรวมการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น อาจเนื่องจากแบบสอบถามวัดเพียงจำนวนแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยเคยได้รับแต่ไม่ได้วัดความเข้าใจหรือความสามารถในการนำไปใช้ได้จริงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muengtaweepongsa และคณะ[8] ที่พบว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการมารับการรักษาอย่างทันท่วงทีหากผู้ป่วยไม่รับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องรีบมารับการรักษา

โดยสรุปผลการวิจัยนี้พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้ส่วนการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและสถานภาพสมรสยังมีบทบาทสนับสนุนที่ควรพิจารณาร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีสุขศึกษาเชิงรุกที่เน้นย้ำความรุนแรงและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การพึ่งพาผู้อื่นและการเป็นภาระของครอบครัวมากกว่าการให้ความรู้เรื่องอาการเพียงอย่างเดียว

2. ควรจัดระบบเฝ้าระวังเชิงรุกสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่มีสถานภาพโสดหรืออาศัยอยู่ตามลำพังและประชาสัมพันธ์การใช้บริการหมายเลขฉุกเฉิน 1669 อย่างต่อเนื่องควบคู่กับการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเพิ่มความครอบคลุมของรถพยาบาลฉุกเฉินในพื้นที่เครือข่ายรับส่งต่อ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน แพทย์หญิงอมรรัตน์ เพียงเกษ อายุรแพทย์ระบบประสาท ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ บุคลากรห้องฉุกเฉิน รวมถึงผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีส่วนสำคัญยิ่งที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Stroke, cerebrovascular accident** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025Jul 23]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke
2. สถาบันประสาทวิทยา. **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (ฉบับสมบูรณ์)**. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. Zhao Y, Xu Y, Fang S, Zhi S, Ma D, Song D, et al. **Incidence and associated factors of prehospital care-seeking delay in people with acute ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis.** Neuroepidemiology. 2025;59(6):727-42.
4. Chaiyo S. **Factors predicting the visiting time in patients with acute ischemic stroke [master's thesis].** Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014.
5. Khamsareeruk J, Jitpanya C. **Factors related to the duration of treatment of patients with acute ischemic stroke.** J Police Nurses. 2019;7(2):106-19.
6. จิณัฐตา คาสารีรักษ์. **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการ**

รักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.

7. Saengsuwan J, Suangpho P, Tiamkao S. **Knowledge of stroke risk factors and warning signs in patients with recurrent stroke or recurrent transient ischaemic attack in Thailand.** Neurol Res Int. 2017;2017:8215726.
8. Muengtaweepongsa S, Hunghok W, Harnirattisai T. **Poor recognition of prompted treatment seeking even with good knowledge of stroke warning signs contribute to delayed arrival of acute ischemic stroke patients in Thailand.** J Stroke Cerebrovasc Dis. 2014;23(5):948-52.
9. Rosenstock IM. **The health belief model and preventive health behavior.** Health Educ Monogr. 1974;2(4):354-86.
10. Becker MH. **The health belief model and sick role behavior.** Health Educ Monogr. 1974;2(4):409-19.
11. Andersen R, Newman JF. **Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States.** Milbank Q. 2005;83(4):1-28.
12. Penchansky R, Thomas JW. **The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction.** Med Care. 1981;19(2):127-40.
13. Sangkaew P, Jitpanya C, Pooprasert P. **Factors related to arrival time for treatment in patients with acute stroke.** J Fac Nurs Burapha Univ. 2021;29(3):13-24.
14. Sukpongthai S, Borisat T. **Quality of life and factors affecting hospital arrival time among stroke patients.** ASEAN J Psychiatry. 2020;21(1):1-10.
15. Wu X, Zhou Q, Jiang X, Fan F, Wang W, Wang J, et al. **Stroke knowledge and attitudes influence early hospital arrival in acute ischemic stroke: a multicenter cross-sectional survey from Hubei Province, China.** Front Neurol. 2025;16:1669361.
16. Han KT, Park EC, Kim SJ, Jang SI, Shin J, Kim CO. **Factors associated with hospital arrival time in patients with ischemic stroke in Korea.** J Stroke Cerebrovasc Dis. 2022;31(2):106-12.