

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด  
ระยะเฉียบพลัน



นางสาวนิภาพร ภิญโญศรี

# สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

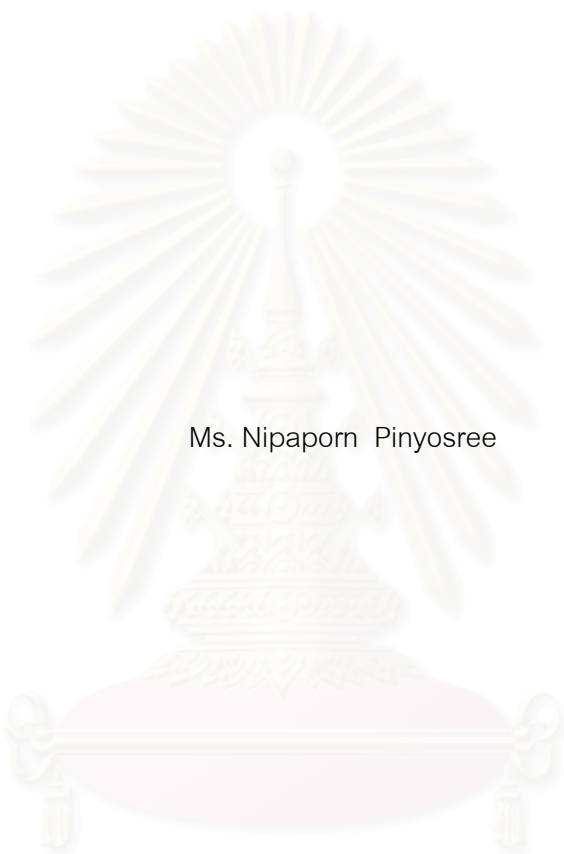
สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO SEEKING TREATMENT AFTER THE ONSET OF  
ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS



Ms. Nipaporn Pinyosree

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

โดย

นางสาว นิภาพร ภิญญาศรี

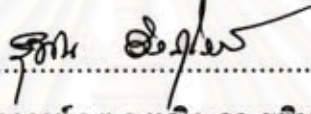
สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่

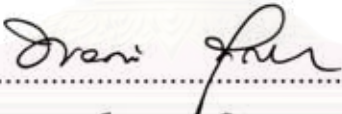
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

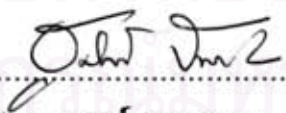
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

นิพนธ์ วิทยุศิริ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. (FACTORS RELATED TO SEEKING TREATMENT AFTER THE ONSET OF ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS) อ.ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 117 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันทั้งเพศชายและหญิงที่มารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล อายุตั้งแต่ 20-59 ปี จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันและแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (NIHSS) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ เท่ากับ .80, และ .84 และแบบประเมิน NIHSS หา Interrater retest ได้เท่ากับ .95 และ .96 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และสถิติทดสอบไค-สแควร์

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเพียงร้อยละ 20.00 ที่มารับการรักษาเร็ว คือมารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันบุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่ขณะเกิดอาการ มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ;  $\chi^2 = 31.02$ ,  $\chi^2 = 21.74$ , และ  $\chi^2 = 31.27$  ตามลำดับ) แต่ อายุ เพศ และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ( $p > .05$ )

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2551.....

ลายมือชื่อนิสิต นิพนธ์ วิทยุศิริ

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



## 5077575736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : SEEKING TREATMENT / ISCHEMIC STROKE PATIENTS

NIPAPORN PINYOSREE : FACTORS RELATED TO SEEKING  
TREATMENT AFTER THE ONSET OF ACUTE ISCHEMIC STROKE  
PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP,  
D.N.S., 117 pp.

The purpose of this descriptive research was to study the relationships between age, sex, stroke knowledge, stroke severity, stroke bystander, and location of onset with seeking treatment of acute ischemic stroke patients. Samples were 120 male and female, were 20-59 years old and were acute ischemic stroke patients admitted at Vajira Hospital. Research instruments: Stroke Knowledge Scale, Stroke Severity Scale, and NIHSS. They had been tested for their content validity and reliability. The reliability were .80, and .84, respectively, and NIHSS Interrater retest were .95, and .96, respectively. Statistical techniques used in data analysis were mean, median, standard deviation, and Chi-Square test.

The findings were as follows:

1. There were 20 % of acute ischemic stroke patients that had early seeking treatment within 3 hours after the onset of symptoms.
2. There were significant relationships between stroke severity, stroke bystander, and location of onset with seeking treatment of acute ischemic stroke patients ( $p < .05$ ;  $\chi^2 = 31.02$ ,  $\chi^2 = 21.74$ , and  $\chi^2 = 31.27$ , respectively) but there were no relationships between age, sex, and stroke knowledge with seeking treatment of acute ischemic stroke patients ( $p > .05$ ).

Field of Study: ....Nursing science.....

Student's Signature: *Nipaporn Pinyosree*

Academic Year:.....2008.....

Advisor's Signature: *Sureeporn Thanasilp*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดีเยี่ยมตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่าแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นທີ່ปรึกษาในการใช้สถิติ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่ได้สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัยรวมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและวิทยาลัยพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความกรุณาและความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัย

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่อนุญาตให้มาทำการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณพี่ๆ น้อง ๆ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่กรุณาสนับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น พี่ น้อง เจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักความห่วงใย ตลอดจนน้องสาวที่คอยเป็นกำลังใจอย่างดีเยี่ยมเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
<b>บทที่</b>	
1 <b>บทนำ</b> .....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	6
แนวคิดและทฤษฎีและสมมติฐาน.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	12
2 <b>เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b> .....	13
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.....	14
บทบาทพยาบาลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.....	29
แนวคิดการมารับการรักษา.....	31
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	48

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 49
	รูปแบบการวิจัย..... 49
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 49
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 50
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 56
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 57
4	ผลการวิจัย..... 59
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 72
	สรุปผลการวิจัย..... 73
	อภิปรายผลการวิจัย..... 74
	ข้อเสนอแนะ ..... 84
	รายการอ้างอิง..... 86
	ภาคผนวก..... 95
	ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ..... 96
	ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและขอความร่วมมือในการวิจัย..... 98
	ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย..... 103
	ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... 113
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 117



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงระยะเวลาการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบหลอดเลือดสมอง.....	31
2	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง.....	60
3	แสดงจำนวนและร้อยละของอาการที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมารับการรักษา.....	61
4	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำแนกตามบุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ ผู้ให้คำแนะนำเมื่อเกิดอาการ สถานที่ขณะเกิดอาการ คำแนะนำที่ได้รับก่อนมารับการรักษา กิจกรรมที่ทำก่อนมารับการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.....	63
5	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำแนกตามการมารับการรักษา (วัดได้จากระยะเวลาก่อนมารับการรักษา).....	66
6	แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้องและสถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.....	67
7	วิเคราะห์ Degree of contribution ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่มารับการรักษาเร็ว และผู้ป่วยกลุ่มที่มารับการรักษาช้า.....	70
8	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจำแนกตามพาหนะที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล.....	114

ตารางที่		หน้า
9	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพาหนะที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษากับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน	114
10	ความรุนแรงของโรคที่ประเมินด้วย NIHSS มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.....	115
11	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่รับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.....	115
12	ความสัมพันธ์ของอาการที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอาการแรกกับการมารับการรักษา.....	116



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ระยะเวลาการรักษารักษาซ้ำของผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบหลอดเลือดสมอง.....	34
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	48



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและเกิดความพิการของประชาชนทั่วโลกในปี 2007 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Rosamond et al., 2007; Miller et al., 2007) สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายเป็นอันดับ 4 รองจากการติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อในกระแสเลือด และมะเร็งตับตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั้งที่โรคนี้ป้องกันได้ ในปี พ.ศ. 2546 คนไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรคนี้สูงถึง 151.5 คนต่อ ประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) และอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ถึงปี พ.ศ. 2547 อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คนเพิ่มมากกว่า 2 เท่า (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2547) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมักรอดชีวิตภายใน 30 วันแรกหลังปรากฏอาการและผู้รอดชีวิตร้อยละ 90 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Periard and Ames, 1993)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก (Clinical syndrome) ประกอบด้วยลักษณะของอาการทางระบบประสาทบกพร่อง (Neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากหลอดเลือดสมองที่อุดตัน ตีบหรือแตก (Vascular origin) ที่ทำให้เกิดเลือดออกหรือเนื้อสมองตาย (นิพนธ์ พวงนรินทร์, 2544) ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสมองขาดเลือดเท่านั้น เนื่องจากพบได้บ่อยกว่าโรคเลือดออกในสมอง โดยพบได้ประมาณร้อยละ 60-80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550; Turan et al., 2005; Lacy, 2001; Zerwic, 2007; Rossnagel et al., 2004) อาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณหน้า แขนหรือขาอ่อนแรง พูดจาสับสนหรือพูดไม่ชัดมีอาการปวดศีรษะรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ (American Stroke Association, 2007) หากมีอาการรุนแรงอาจพบอาการชักเกร็งหมดสติ และอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550) ความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับขนาด บริเวณของสมองที่ขาดเลือดและระยะเวลาของการขาดเลือด และสมองจะเสียการทำงานอย่างถาวรเมื่อขาดเลือดนานกว่า 3-6 ชั่วโมง การรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีเป้าหมายเพื่อที่จะช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมอง

ส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด การรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยลดความพิการและอัตราการตายลงได้ (Shephard, 2004:7) เนื่องจากในปัจจุบันมีการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาไม่เกิน 3 ชั่วโมง ยาที่เป็นมาตรฐานในการรักษาคือ recombinant tissue-plasminogen activator (rt-PA) (Adams et al., 2007; Turan et al., 2005; Rossnagel et al., 2004; Kleindorfer et al., 2006; Memis, 2008; Martin-Schild et al., 2008) ซึ่งจะต้องให้การรักษาในระยะเวลาจำกัดหลังจากเกิดอาการ 3 ชั่วโมง จากการศึกษาของ National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) ที่ใช้ยานี้รักษาผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด โดยมีการวัดผลคือคะแนนของความผิดปกติทางระบบประสาทที่ขึ้นมากกว่า 4 คะแนนหรือหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550:81) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษามักจะมีอาการนานกว่า 3 ชั่วโมง (Chang et al., 2004; Harraf et al., 2002; Mosley et al., 2007) ในประเทศไทยพบว่ามียาเพียง 10 เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่มาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kothari et al. ที่พบว่ามียาเพียง 30 เปอร์เซ็นต์ที่มาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ (Kothari et al., 1999) และการศึกษาของ Katzan (2000) ก็พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด ทางหลอดเลือดดำได้เนื่องจากมารับการรักษาช้ากว่า 3 ชั่วโมง (Katzan et al., 2000 cited in Pandian et al., 2006) ทำให้เกิดปัญหาความล่าช้าในการรักษา ดังนั้นระยะเวลาจึงมีความสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Shephard (2004) พบว่าระยะการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 เกิดขึ้นตั้งแต่เกิดอาการจนถึงเรียกรถฉุกเฉิน รถส่วนตัวหรือรถรับจ้างเพื่อมารักษาที่โรงพยาบาล ระยะที่ 2 การเดินทาง เริ่มจากการนำส่งผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล (Emergency medical service: EMS) รถส่วนตัวหรือรถรับจ้างสิ้นสุดที่จุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉิน ระยะที่ 3 ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่ การคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินจนถึงได้รับการรักษาเฉพาะ (Shephard, 2004:10-16) ผู้วิจัยสนใจศึกษาการมารับการรักษาในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 เนื่องจากระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหรือสถานที่ขณะเกิดอาการ การที่ผู้ป่วยจะมารับการรักษาขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการวางแผนเพื่อรณรงค์ให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันให้มารับการรักษารวดเร็วเมื่อเกิดอาการ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด



อันจะเป็นประโยชน์ต่อการลดความพิการและอัตราการตายได้ การที่ผู้ป่วยจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น จากการศึกษาค้นคว้าของ Shephard (2004) พบว่าสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาประกอบด้วยปัจจัยภายในกับปัจจัยภายนอกบุคคล โดยพบว่าสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือ

ระยะที่ 1 ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ การที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรค ทำให้เห็นประโยชน์ในการปฏิบัติ (Becker and Maiman, 1975:12) การศึกษาของ Schneider et al. (2003) พบว่าประชากรที่ศึกษามากกว่าร้อยละ 72 มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 อย่าง และเชื่อว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถแยกได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองจะเรียกรถฉุกเฉินเพื่อมารับการรักษาได้เร็ว สอดคล้องกับ Reeves et al. (2002) ที่พบว่า ประชาชนมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 80 และอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 79 และเชื่อว่าความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญจะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะให้ ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น แต่ก็มีการศึกษาที่ผ่านมาว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการค้นหาคำปรึกษาได้ สอดคล้องกับ Carroll et al. (2003) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้ดีแต่การปฏิบัติไม่ดี

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง บุคคลจะต้องมีการรับรู้ถึง โรคที่คุกคามต่อตนเองนั้นมีความรุนแรง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อชีวิต ครอบครัว งาน ความสัมพันธ์ในสังคมด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย (Becker, 1974) และ Orem (2001) ยังกล่าวว่าหากผู้ป่วยไม่รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน สุขภาพจะทำให้เกิดผลเสียหรืออันตรายมากขึ้น ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ (Health deviation self care requisites) ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคลากร ทีมสุขภาพหรือบุคคลที่เชื่อถือได้ รับรู้ สนใจ ดูแลผลของพยาธิสภาพ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Orem, 2001) ก็จะลดความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

บุคคลที่เกี่ยวข้อง สภาพแวดล้อมทางสังคมขณะเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองมีส่วนสำคัญมาก ไม่ว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการขณะอยู่ในชุมชน ที่ทำงาน คู่สมรส ครอบครัว หรือเพื่อน

ร่วมงานจะมีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการขึ้น (Evenson et al., 2001; Shephard, 2004)

ระยะที่ 2 การนำส่งผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล รถส่วนตัวหรือรถรับจ้าง ระยะนี้สามารถชี้ให้เห็นถึงการเตรียมพร้อมเพื่อให้การบริการที่รวดเร็วของ บุคลากรทางสุขภาพ เจ้าหน้าที่ซึ่งจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถเดินทางมาแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วตามระดับความฉุกเฉินของอาการที่เกิดขึ้น

ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลต่อการมารับการรักษาของแต่ละบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่มียานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีเพียงการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ อรมณี ช้างชายวงศ์ (2545) พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษา และสุนีย์ เอี่ยมศิริบุญกุล (2540) พบว่าปัจจัยที่พบในกลุ่มหัวใจขาดเลือดที่มารับการรักษาซ้ำคือเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีประวัติเจ็บหน้าอก การรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นไม่ต้องรีบมารับการรักษา เมื่อเกิดอาการอยู่คนเดียว และกิจกรรมที่ทำเมื่อเกิดอาการ เช่น นอนพัก รักษาเองแทนที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลทันที

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ข้อมูลที่ได้จะช่วยทำให้ทราบถึงปัญหาที่ทำให้เกิดความล่าช้าของการมารับการรักษาได้ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ทำให้ลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือ ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่จะทำให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้น และสามารถช่วยลดการสูญเสีย ทางเศรษฐกิจในการดูแลรักษาพยาบาลทั้งในระยะเฉียบพลันและในการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของตนเอง ครอบครัว หน้าที่การงานและสังคม ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันให้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องจึงเป็นบทบาทที่สำคัญ ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่เกิดอาการมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร

## คำถามการวิจัย

อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่เกิดอาการมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ปัจจัยภายนอกบุคคล ประกอบด้วย บุคคลที่เกี่ยวข้อง สถานที่ขณะเกิดอาการ และการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของอายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 120 ราย โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน

ตัวแปรที่ศึกษา คือ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง สถานที่ที่ขณะเกิดอาการ และการมารับการรักษา

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญตามคุณสมบัติที่กำหนดเจาะจงสถานที่ จึงสามารถอ้างอิงถึงประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างได้ในระดับจำกัด
2. เป็นการศึกษาย้อนหลังถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว และกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในภาวะเครียดจากโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งการมีข้อจำกัดเรื่องการมีกิจกรรม ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าการเก็บข้อมูลในลักษณะศึกษาไปข้างหน้า และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีข้อจำกัดใดๆ

### แนวคิดและทฤษฎีและสมมติฐาน

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม ความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับขนาด บริเวณของสมองที่ขาดเลือดและระยะเวลาของการขาดเลือด และสมองจะเสียหายอย่างถาวรเมื่อขาดเลือดนานกว่า 3-6 ชั่วโมง การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีเป้าหมายเพื่อที่จะช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด การให้การรักษอย่างถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยลดความพิการและอัตราการตายลงได้ (Shephard, 2004: 7) ในปัจจุบันมีการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาไม่เกิน 3 ชั่วโมง ยาที่เป็นมาตรฐานในการรักษาคือ recombinant tissue - plasminogen activator (rt-PA) (Adams et al., 2007; Turan et al., 2005; Rossmagel et al., 2004; Kleindorfer et al., 2006; Memis, 2008) ซึ่งจะต้องให้การรักษาในระยะเวลาจำกัดหลังจากเกิดอาการไม่เกิน 3 ชั่วโมง จึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา

การมารับการรักษา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจนถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉิน (Shephard, 2004) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ การมารับการรักษาเร็ว หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการจนถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินภายใน 3 ชั่วโมง การมารับการรักษาช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่

ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการจนมาถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินมากกว่า 3 ชั่วโมง (Chang et al., 2004; Inatomi et al., 2008; Feldmann et al., 1993; Derex, 2002; Frey, 2005) สามารถวัดได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Shephard (2004) มาเป็นกรอบในการวิจัย ซึ่ง Shephard (2004) กล่าวถึงการมีอิทธิพลระหว่างปัจจัยภายในกับปัจจัยภายนอกของบุคคลที่มีผลต่อการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การมารับการรักษาจากการศึกษาของ Shephard (2004) ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อระยะนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่ขณะเกิดอาการ และระยะที่ 2 การเดินทาง

**ระยะที่ 1** ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับการรักษาระยะที่ 1 คือ ผู้ป่วยต้องสามารถรับรู้ได้ว่าอาการใดเป็นอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น และต้องมีการประเมินความรุนแรงของอาการ ซึ่งผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่ออาการที่ได้ประเมินไว้และค้นหาสาเหตุของอาการ ค้นหาการรักษาหรือรอดูอาการ การล่าช้าในระยะที่ 1 จะต้องไม่ได้อยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ แต่เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเอง การเกิดอาการกับผู้ป่วยแบบไม่แน่ชัดหรือแบบเฉียบพลัน หรือระดับความรุนแรงของอาการ รวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งจะส่งผลกับการมารับการรักษาในระยะที่ 1 เช่นกัน (Williams, Rosamond and Morris, 2000; Kothari et al., 1999; Shephard, 2004)

**ระยะที่ 2 การเดินทาง** เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเรียกรถฉุกเฉิน (EMS) รถส่วนตัวหรือรถรับจ้าง สิ้นสุดที่รถมาถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉิน ระยะนี้สามารถชี้ให้เห็นถึงการเตรียมพร้อมเพื่อให้บริการที่รวดเร็วของระบบบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีผลต่อการมารับรักษาซ้ำ คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และสถานที่ขณะเกิดอาการ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัย อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่ขณะเกิดอาการ ยกเว้นระดับการศึกษา และประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษา ปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้



**ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน** ผลการวิจัยของ Shephard (2004) พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมองจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ โดยมีผู้กล่าวว่า ความรู้ คือข้อมูลที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการภายในสมองที่เกี่ยวข้องกับการคิด โดยเกิดจากการที่บุคคลรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ จากการศึกษาหรือประสบการณ์ แล้วผ่านการเปลี่ยนแปลงและเก็บบันทึกไว้ที่สมองเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหา (กันยา สุวรรณแสง, 2538) การศึกษาที่สอดคล้องกับ Shephard (2004) คือ Schneider et al. (2003) พบว่าประชากรที่ศึกษามีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคอย่างน้อย 1 อย่าง และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถแยกได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการโรคหลอดเลือดสมองจะเรียกรถฉุกเฉินเพื่อมารับการรักษาได้เร็ว และ Reeves et al. (2002) พบว่าความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะให้ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น การรับรู้ที่ถูกต้องจะช่วยในการตัดสินใจที่ถูกต้อง ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมากจะมารับการรักษาเร็ว และผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันน้อยจะมารับการรักษาช้า

**การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน** ผลการวิจัยของ Shephard (2004) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงมากจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงอาการมีความรุนแรงน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jorgensen et al. (1996: 383-387) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคน้อยเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นของการมารับการรักษาล่าช้า ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมากจะมารับการรักษาเร็ว และผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันน้อยจะมารับการรักษาช้า

**บุคคลที่เกี่ยวข้อง** ผลการวิจัยของ Shephard (2004) พบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการขณะมีบุคคลที่เกี่ยวข้องอยู่ด้วยจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการขณะอยู่คนเดียว ซึ่ง Shephard เห็นว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมขณะเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองมีส่วนสำคัญมาก ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะเกิดอาการขณะอยู่ในชุมชน ที่ทำงาน คู่สมรส ครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงานจะมีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการขึ้น (Evenson et al., 2001 cited in Shephard, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่คนเดียวขณะเกิดอาการจะทำให้เกิดการล่าช้าในการค้นหาการรักษา ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บุคคลอื่นอยู่ด้วยขณะเกิดอาการจะมารับการรักษาเร็ว (Derex, 2002) และการศึกษาของ Jorgensen et al. ที่พบว่า ผู้ที่อยู่คนเดียวขณะเกิดอาการจะมารับการรักษาช้า ดังนั้นบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีบุคคลที่เกี่ยวข้องอยู่ด้วยขณะเกิดอาการจะมารับการรักษาเร็ว และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เกิดอาการขณะอยู่คนเดียวจะมารับการรักษาช้า

**อายุ** อายุเป็นเรื่องประจำตัวของบุคคลและเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะของบุคคล การมีอายุเพิ่มขึ้นนั้นสิ่งที่เกิดตามมาด้วย คือ ความเจริญทางด้านร่างกาย และความคิดเห็นก็มีการพัฒนาตามมา (สุโท เจริญสุข, 2520) เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น จะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยได้ตรง และ การตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหามากยิ่งขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีอายุมากจะมารับการรักษาเร็ว (Lacy et al., 2001; Chang et al., 2003) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีอายุน้อยจะมารับ การรักษาเร็ว (Turan et al., 2005; Goldstein et al., 2001) และมีการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษา (Memis et al., 2008; Giles et al., 2006) ดังนั้นอายุมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีอายุมากจะมารับการรักษาเร็ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีอายุน้อยจะมารับการรักษาช้า

**เพศ** เพศเป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่บุคคลนั้นกระทำ สรีรวิทยาของเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันซึ่ง ได้แก่ รูปลักษณ์ ลักษณะทางกาย ฮอโมน เป็นต้น เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างเรื่องสรีรวิทยา และบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ มีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพแตกต่างกัน (ประภา เพ็ญสุวรรณ, 2526)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เป็นผู้หญิงจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ชาย (Mandelzweig et al., 2006; Derex et al., 2002) และบางการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา (Turan et al., 2005; Giles et al., 2006; Maestroni et al., 2008) ดังนั้น เพศมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

**สถานที่ขณะเกิดอาการ** ผลการวิจัยของ Shephard (2004) พบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการขณะอยู่ที่บ้านจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ที่ทำงานหรือชุมชน เนื่องจากสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการนั้น ทำให้สามารถมองได้ถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ ชัดแย้งกับการศึกษาของ Jorgensen et al. (1996) ผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ที่ทำงานผู้ร่วมงานจะเห็นความสำคัญของการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ที่บ้าน ดังนั้น สถานที่ขณะเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

**ระยะที่ 2** การนำส่งผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล รถส่วนตัวหรือรถรับจ้าง เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเรียกรถฉุกเฉิน (EMS) สิ้นสุดที่รถฉุกเฉินมาถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉิน ระยะนี้สามารถชี้ให้เห็นถึงการเตรียมพร้อมเพื่อให้การบริการที่รวดเร็วของบุคลากรทางสุขภาพ เจ้าหน้าที่ ซึ่งจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และสามารถเดินทางมาแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วตามระดับความฉุกเฉินของอาการที่เกิดขึ้น

Morris et al. (1999) มีการศึกษาระยะเวลาหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยใช้รถฉุกเฉิน (EMS) จนถึงแผนกฉุกเฉินโดยผู้ป่วยที่เดินทางด้วยรถฉุกเฉิน (EMS) จนถึงพบแพทย์ใช้เวลาคือ 0.33 ชั่วโมง แต่มาด้วยวิธีอื่นจนถึงพบแพทย์ใช้เวลา 0.50 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มาด้วยรถฉุกเฉินถึงได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองใช้เวลา 0.54 ชั่วโมง น้อยกว่าผู้ป่วยที่มาด้วยวิธีการอื่นๆ (Morris, Rosamond, Hinn and Gorton, 1999)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่ขณะเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การมารับการรักษา** หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจนถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉิน (Shephard, 2004) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ การมารับการรักษาเร็ว หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการจนถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินภายใน 3 ชั่วโมง การมารับการรักษาช้า หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการจนถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินมากกว่า 3 ชั่วโมง (Chang et al., 2004; Inatomi et al., 2008; Feldmann et al., 1993; Derex, 2002; Frey, 2005) สามารถวัดได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล

**อายุ** หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบประเมิน โดยจำนวนอายุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันคิดเป็นจำนวนปีเต็มในวันตอบแบบประเมิน (เศษของอายุที่มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี) ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

**เพศ** หมายถึง เพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันแบ่งออกเป็น เพศชายและเพศหญิง

**ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน** หมายถึง ความคิด การรับรู้เรื่องราว จากการศึกษาหรือประสบการณ์ ที่ผ่านการเปลี่ยนแปลงและเก็บบันทึกเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง โดยประเมินจาก แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างของ Shephard (2004) การแปลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ คะแนน 51 – 100 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก คะแนน 0–50 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย

**การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน** หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ หรือความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันว่าอาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อร่างกายซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต โดยประเมินจากแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของ Shephard (2004) การแปลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ คะแนน 51–100

หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมาก คะแนน 0 – 50 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย

**บุคคลที่เกี่ยวข้อง** หมายถึง บุคคลที่อยู่ขณะเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันและมีส่วนในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง

**สถานที่ขณะเกิดอาการ** หมายถึง สถานที่ผู้ป่วยอยู่ขณะที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยแบ่งออกเป็น บ้าน ที่ทำงาน และนอกบ้าน แต่ไม่ใช่ในที่ทำงานเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อรณรงค์ให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมารับการรักษารวดเร็วเมื่อเกิดอาการ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการลดความพิการและอัตราการตาย
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
  - 1.1 ความหมาย ชนิด และสาเหตุ
  - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค
  - 1.3 พยาธิสภาพ
  - 1.4 อาการและอาการแสดง
  - 1.5 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
  - 1.6 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันต่อผู้ป่วยและครอบครัว
2. บทบาทพยาบาลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
3. แนวคิดการมารับการรักษา
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1. โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

### 1.1 ความหมาย ชนิด และสาเหตุ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำนิยามของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะของอาการทางระบบประสาทบกพร่องเกิดขึ้นทันทีทันใดมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงและมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากหลอดเลือดสมองที่ตีบตันหรือแตกที่ทำให้เกิดเลือดออกหรือภาวะเนื้อสมองตาย แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ตามลักษณะพยาธิสรีรวิทยา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (นิพนธ์ พวงนรินทร์, 2544) แต่จะกล่าวถึงเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดเท่านั้น

โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดโดยการเกิดพยาธิสภาพ 2 ลักษณะ คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน เกิดจากการมีลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดเกิดขึ้นที่ผนังหลอดเลือด ส่วนใหญ่มักจะมีความสัมพันธ์กับการมีคราบไขมันเกาะหลอดเลือดและความดันเลือดสูง (Hypertension) เป็นพื้นฐานทำให้รูของหลอดเลือดแดงเล็กกลางจนเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอหรืออุดตันทำให้สมองขาดเลือด การตีบตันเกิดขึ้นได้ทุกแห่ง พบมากบริเวณหลอดเลือดแดงคาโรติดส่วนใน (Internal carotid artery) และหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (Middle cerebral artery) ซึ่งแขนงเหล่านี้จะไปเลี้ยงส่วนควบคุมการเคลื่อนไหวและส่วนควบคุมการรับรู้รู้สึก

2. โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน เกิดเนื่องมาจากมีสิ่งอุดตันเกิดขึ้นและล่องลอยในกระแสเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย ต้นกำเนิดของสิ่งอุดตันมักมาจากหลอดเลือดและหัวใจทำให้มีชิ้นส่วนของเนื้อเยื่อหัวใจที่อักเสบหลุดลอยออกมาเข้าสู่การไหลเวียนเลือดแดงในสมองและอุดตันแขนงของหลอดเลือดแดงเล็กๆ ที่พอดีกับขนาดของสิ่งอุดตัน โรคหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือด เช่น ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลิ้นหัวใจ หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม และภาวะหลังผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น สิ่งอุดตันอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้ เช่น ฟองอากาศหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดชิ้นส่วนของไขมัน มักเกิดหลังการได้รับบาดเจ็บ เช่น มีกระดูกแตกหักหลายชิ้น นอกจากนี้ยังมีชิ้นส่วนจากเศษเนื้ออกและมีสภาวะบางสภาวะที่ทำให้เกิดสิ่งอุดตันได้อีก เช่น ภาวะเลือดหนืด (Polycythemia) และการใช้ยาคุมกำเนิด เป็นต้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

การเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพในสมองจากสาเหตุต่างๆ ดังที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางระบบประสาท ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นผลจากการเสียการทำงานของสมอง

เฉพาะส่วน ดังนั้นอาการแสดงจึงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด ส่วนความเร็วและการดำเนินของโรคมักจะขึ้นอยู่กับชนิดของพยาธิสภาพของหลอดเลือด

## 1.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค

### ปัจจัยเสี่ยงโรคหลัก

ในกรณีโรคหลอดเลือดสมองนั้น ปัจจัยเสี่ยงโรคหลักและสำคัญมี 4 อย่าง ได้แก่

**1.2.1 ความดันโลหิตสูง** ภาวะนี้นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน อัตราเสี่ยงโรคของผู้ป่วยที่มีภาวะนี้จะสูงกว่าคนปกติราว 3-7 เท่า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในแต่ละราย ภาวะความดันโลหิตสูงนั้น เป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะ atherosclerosis เป็นเพิ่มขึ้น ดังนั้นหลอดเลือดของสมองก็ย่อมหนีไม่พ้นที่จะเกิดภาวะ cerebral atherosclerosis ตามมา และในที่สุดก็จะเกิดภาวะ cerebral thromboembolism ในที่สุด โดยสรุปก็คือ ภาวะความดันโลหิตสูงนั้นจะเร่งการเกิด atheroma ของหลอดเลือดสมอง และทำให้เกิด thrombosis ในตำแหน่งนั้นๆ หรือมีการหลุดของ emboli จากผนังหลอดเลือดบริเวณนั้น ไปอุดตันหลอดเลือดสมองในส่วนปลายๆ ทำให้เกิดภาวะ cerebral infarction ตามมา

**1.2.2 โรคเบาหวาน** สามารถทำให้เกิด atherosclerosis ของหลอดเลือดได้ทั่วร่างกาย พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานที่มีปัจจัยอื่นใกล้เคียงกัน ถึงแม้ว่าจนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่มีการพิสูจน์ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascula complications) เช่นโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีหลักฐานสนับสนุนว่าช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascula complications) ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เป็นเบาหวานนั้น แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติที่สุดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆอย่างเคร่งครัด

**1.2.3 ภาวะไขมันสูงในเลือด (Hyperlipidaemia)** บทบาทของ hyperlipidaemia ในการก่อให้เกิด atherosclerosis นั้นเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ดังนั้นเช่นในกรณีโรคหลอดเลือดของหัวใจนั้นพบว่าระดับ total cholesterol นั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างชัดเจนทั้งในผู้ชายและผู้หญิง แต่ความสัมพันธ์นี้จะลดลงเมื่ออายุเกิน 55 ปี อย่างไรก็ตาม

ตามเมื่อทำการวิเคราะห์แยกชนิดของไขมันในเลือดออกเป็น Low Density Lipoprotein-cholesterol (LDL) และ High Density Lipoprotein-cholesterol (HDL) กลับพบว่า HDL นั้น จะมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับ LDL ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดของหัวใจ แต่ถ้า LDL สูงในเลือดจะมีผลเหมือนกับ total cholesterol คือทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น และ ความสัมพันธ์นี้ปรากฏในทุกเพศ และในผู้ป่วยสูงอายุด้วย

**1.2.4 การสูบบุหรี่** ในปัจจุบันยอมรับกันว่าการสูบบุหรี่จัดนั้น เป็นปัจจัยเสี่ยง โรคที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง hemorrhagic และ ischemic stroke เพราะการสูบบุหรี่มีผลต่อการเร่งให้เกิดภาวะ atherosclerosis และ hypercoagulability ของเกร็ดเลือด เพิ่มระดับ cholesterol ลดระดับ high density lipoprotein และเพิ่มการหลั่งของ catecholamine ยิ่งกว่านั้นปริมาณ carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในผู้สูบบุหรี่ ยังมีผลเสียต่อการทำลาย endothelial cell ทำให้หลอดเลือดตีบง่ายขึ้น ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่อบอวลด้วยควันบุหรี่เสมอ

#### ปัจจัยเสี่ยงโรครอง

**1.2.5 อายุ** จากสถิติของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน จะพบว่าจะมีอัตราเพิ่มขึ้นตามลำดับตามอายุของผู้ป่วย เช่นเดียวกับอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจะพบมากขึ้นตามอายุ ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลที่ยอมรับกันทั่วไปว่า โรคหลอดเลือดสมองจะพบในผู้สูงอายุ และมักจะมีอายุสูงกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 15 ปี ปัจจัยเสี่ยงอายุจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคเฉพาะในกลุ่มประชากรจำเพาะผู้สูงอายุเท่านั้น

**1.2.6 โรคหัวใจ** ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ว่าจะเกิดจาก rheumatic heart disease หรือ non-rheumatic heart disease (เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, hypertensive heart disease , prolapsed mitral valve, cardiomyopathy) ต่างก็เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิด cerebral embolism ได้ทั้งสิ้น ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรค rheumatic heart disease ยังมีอยู่มาก โดยเฉพาะประชากรในชนบท ดังนั้นในกรณีที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรอายุน้อยจำเป็นต้องนึกถึงสาเหตุจาก โรคหัวใจ rheumatic ด้วยเสมอ

**1.2.7 ภาวะการเต้นหัวใจผิดปกติ** โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิด atrial fibrillation ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด เช่นโรคหัวใจ thyrotoxicosis ความดันโลหิตสูง หรือเกิดขึ้นเองก็ตาม ต่างเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีความผิดปกติดังกล่าว

**1.2.8 ยาคุมกำเนิด** ปัจจัยเสี่ยงโรคอันนี้ ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลแทรกซ้อนมาจากยาคุมจากการใช้ยาคุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุระหว่าง 15-49 ปี งานวิจัยที่สรุปว่ายาคุมกำเนิดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษายาคุมกำเนิดแบบดั้งเดิมที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดสูง (มี estradiol 50 มคก.) แต่ถึงแม้ว่าการศึกษาผลของยาคุมกำเนิดในระยะหลังที่ได้ลดขนาดของฮอร์โมนเอสโตรเจนลงแล้ว จะพบว่าเพิ่มความเสี่ยงไม่มากนัก ก็ยังคงควรหลีกเลี่ยงถ้ามีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย

**1.2.9 Alcohol** การศึกษาเรื่องการดื่มสุรากับความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ได้ผลที่สอดคล้องกันในบางประเด็น เช่น เรื่องความสัมพันธ์กับการเกิด hemorrhagic stroke เรื่องการเมาสุรากับ onset ของ ischemic stroke เป็นต้น อย่างไรก็ตามบางประเด็นก็มียานวิจัยสนับสนุนหลายฉบับ เช่นการดื่มสุรานานๆทำให้อัตราส่วนเสี่ยง (Odds ratio) ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและ ischemic stroke ลดลง ในขณะที่ผู้ดื่มจัดมีอัตราส่วนเสี่ยงดังกล่าวมากขึ้น

**1.2.10 Obesity** หรือความอ้วน จากการศึกษาข้อมูลเรื่องโรคอ้วนพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงอย่างชัดเจนด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้จึงเป็นที่ประจักษ์ว่า ความอ้วนน่าจะมีผลต่อปัจจัยส่งเสริมในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

**1.2.11 ภาวะขาดการออกกำลังกาย** การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยอ้วนและเกิดความเครียด ยิ่งกว่านั้นยังพบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลทำให้ระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (LDL) ลดลงและไขมัน HDL เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงไม่แข็งตัวอีกด้วย จากเหตุผลดังกล่าว จะเห็นว่าภาวะการออกกำลังกายจึงน่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคของหลอดเลือดสมอง

**1.2.12 เศรษฐฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม** พบว่าการเกิดความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่อาจได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความคับข้องใจ หรือความไม่พอใจในฐานะที่เป็นอยู่ ความเครียด เป็นต้น (Beare and Myer, 1990)

**1.2.13 Familial factor** การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ไม่ชัดเจน เข้าใจว่ามีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกันมากกว่า เช่นเด็กที่ผู้ปกครองมีความดันโลหิตสูง และในฝาแฝด (กิงแก้ว ปาจารย์, 2547)



### 1.3 พยาธิสภาพ

#### 1.3.1 กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด carotid

1.3.1.1 กลุ่มอาการ Anterior Cerebral Artery (ACA) ให้เลือดเลี้ยง inter-hemispheric cortical surface ของ frontal และ parietal lobe การอุดตันของหลอดเลือดนี้ ทำให้แขนขาข้างตรงข้ามกับรอยโรคอ่อนแรง มักพบว่าขาอ่อนแรงมากกว่าแขน เท้าและปลายขาอ่อนแรงมากกว่าต้นขา มีอาการอ่อนแรงบริเวณหัวไหล่มากกว่าปลายแขนและมือ มักพบว่ามีอาการชาในบริเวณดังกล่าวร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายขยับแขนขาไม่ได้เมื่อผู้อื่นบอกให้ทำ แต่ขยับได้เองตามสัญชาตญาณหรือความเคยชิน เรียกความผิดปกติแบบนี้ว่า apraxia เกิดเนื่องจากเนื้อสมองบริเวณ anterior corpus callosum ขาดเลือด ทำให้ขาดการเชื่อมต่อระหว่าง prefrontal area ของสมองซีกที่ไม่เด่น (Non-dominant hemisphere) กับศูนย์กลางภาษาซึ่งอยู่ที่สมองซีกที่เด่น (Dominant hemisphere)

1.3.1.2 กลุ่มอาการ Middle Cerebral Artery (MCA) ให้เลือดเลี้ยง cerebral cortex เป็นบริเวณกว้าง การอุดตันบริเวณส่วนต้นของ MCA ถัดจาก circle of Willis มักเกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่นนอกสมอง (Emboli) หากไม่มีภาวะไหลเวียนของเลือดจาก anterior และ posterior cerebral artery มาช่วยชดเชยเลี้ยงบริเวณผิวนอกของสมอง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติอย่างมาก ได้แก่ กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีกและแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก เนื่องจากส่วน posterior limb ของ internal capsule ขาดเลือดมาหล่อเลี้ยงอาจมีอาการชาครึ่งซีกร่วมด้วย แต่มักไม่รุนแรงมากนัก เนื่องจากมีความผิดปกติบริเวณ sensory cortex ส่วนล่างเท่านั้น ผู้ป่วยอาจมีอาการผิดปกติของการมองเห็นแบบ homonymous hemianopsia ทั้งนี้อาการชา อาการอ่อนแรงและความผิดปกติของการมองเห็น จะเกิดด้านตรงข้ามกับด้านที่มีการอุดตัน นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีอาการกลืนลำบากและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ร่วมด้วย ถ้าความผิดปกติเกิดที่สมองซีกเด่น จะมี global aphasia แต่ถึงแม้ว่าความผิดปกติเกิดที่สมองซีกที่ไม่เด่น ผู้ป่วยก็อาจจะมีปัญหาได้เช่นกัน เนื่องจากมีปัญหาในการแสดงอารมณ์ ทั้งทางน้ำเสียง สีหน้า และท่าทาง เรียกภาวะนี้ว่า aprosody รวมทั้งไม่สามารถรับรู้อารมณ์ของคู่สนทนา (Affective agnosia) นอกจากนี้ยังอาจพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรับรู้สภาพของร่างกายซีกที่อ่อนแรงและสิ่งแวดล้อมด้านนั้น (Neglected syndrome) และไม่สามารถแยกแยะความสัมพันธ์เกี่ยวกับตำแหน่งของวัตถุได้ (Visuospatial deficit)

ถ้าลิ่มเลือดอุดตันที่แขนบน (Upper division) ของ MCA อาการและอาการแสดงคล้ายกับผู้ที่มีการอุดตันบริเวณส่วนต้นของ MCA ยกเว้นอาการอ่อนแรง โดยกล้ามเนื้อแขนและใบหน้าจะอ่อนแรงมากกว่ากล้ามเนื้อขา เนื่องจากสมองบริเวณ inferolateral aspect ของ motor cortex ขาดเลือด ถ้ามีปัญหาที่สมองซีกเด่น ผู้ป่วยจะมี Broca's (Motor)

aphasia แต่ถ้าความผิดปกติเกิดที่สมองซีกที่ไม่เด่น ผู้ป่วยมักไม่สามารถแสดงอารมณ์ได้ ในกรณีที่มีการอุดตันแขนงล่าง (Lower division) ของ MCA ผู้ป่วยจะมีปัญหาเฉพาะเรื่องการสื่อสารและการมองเห็น ได้แก่ contralateral hemianopia ถ้ามีปัญหาที่สมองซีกเด่น ผู้ป่วยจะมี Wernicke's (Sensory) aphasia แต่ถ้าความผิดปกติอยู่บริเวณสมองซีกที่ไม่เด่น ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น (Affective agnosia)

### 1.3.2 กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด

#### Vertebrobasilar

##### 1.3.2.1 กลุ่มอาการ Vertebrobasilar artery

Vertebrobasilar artery เป็นแขนงของ subclavian artery เมื่อทอดตัวขึ้นถึงก้านสมองบริเวณส่วนต่อของ medulla และ pons แล้ว หลอดเลือด vertebral ทั้งสองข้างจึงรวมกันเป็น basilar artery ทั้ง vertebral artery และ basilar artery ให้แขนงไปเลี้ยงก้านสมองและ cerebellum แขนงที่สำคัญได้แก่ Posterior Inferior Cerebellar Artery (PICA) ซึ่งแยกแขนงจากส่วนปลายของ vertebral artery และ Anterior Inferior Cerebellar Artery (AICA) ซึ่งแยกแขนงจาก basilar artery ระดับ midbrain ให้เลือดเลี้ยง superior lobe ของ cerebellum เลือดที่เลี้ยงก้านสมองได้จากแขนงเล็กๆของ basilar artery และ PICA และ AICA อีกทีหนึ่ง

กลุ่มอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ lateral medullary (Wallenberg's) syndrome ซึ่งอาจเกิดจากการอุดตันของ basilar artery หรือ PICA ก็ได้ การอุดตันดังกล่าวทำให้เนื้อสมองบริเวณด้านข้างของ medulla ตายเป็นรูปลิ้ม ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการรับรู้ความเจ็บปวดและอุณหภูมิจากใบหน้าซีกเดียวกับรอยโรคและจากร่างกายซีกตรงข้าม พบมี Horner's syndrome ข้างเดียวกับรอยโรค ซึ่งมีอาการและอาการแสดงสำคัญ ได้แก่ myosis, หนังตาตก และสูญเสียการหลั่งเหงื่อบริเวณใบหน้า นอกจากนี้ผู้ที่ เป็น Wallenberg syndrome ยังมีอาการกลืนลำบาก พูดไม่ชัด (Dysarthria) เสียงเปลี่ยน (Dysphonia) ตาตำกกระตุก (Nystagmus) เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และมี ipsilateral limb ataxia การอุดตันของ basilar artery อาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกและมีอาการอ่อนแรงอย่างรุนแรง บางรายถึงขั้นหมดสติ บางรายมีเนื้อสมองส่วน upper ventral pons ตาย ทำให้สูญเสียการทำงานของ corticospinal และ corticobulbar tract ทั้งสองข้าง แต่ยังคงมีการทำงานของ reticular activation system และ ascending sensory pathway เกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า lock-in syndrome ผู้ป่วยจึงยังรู้สึกตัวดี สามารถรับรู้ความรู้สึก ได้ยินเสียง มองเห็น แต่พูดและขยับตัวไม่ได้ ทำได้แต่เพียงกระพริบตาและเหลือบตาขึ้นบนเท่านั้น

### 1.3.2.1 กลุ่มอาการ posterior cerebral artery

Posterior Cerebral Artery (PCA) ซ้ายและขวาเกิดจากการแยกตัวของ basilar artery PCA ให้แขนงหล่อเลี้ยง thalamus, lateral geniculate, temporal และ occipital lobe เมื่อมีการอุดตัน ผู้ป่วยจึงมีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึกครึ่งซีกซึ่งอาจเป็นการรับรู้ความรู้สึกได้น้อยลง (Dysesthesia) หรือรับรู้ความรู้สึกมากกว่าปกติ (Dyperesthesia) หรือมีอาการเจ็บปวดก็ได้ ส่วนความผิดปกติในการมองเห็นนั้น มีได้ตั้งแต่การสูญเสียความสามารถในการมองเห็น หรือความสามารถในการแยกสี (Dyschromatopsia) ในรายที่มีความเสียหายบริเวณเนื้อสมองส่วน occipital cortex และ corpus callosum ซีกเด่น ทำให้ขาดการเชื่อมต่อระหว่าง visual cortex ซีกที่ไม่เด่นซึ่งยังอาจทำงานได้ดีกับ primary language area ของสมองซีกที่เด่น ทำให้มี visual field defect ซีกตรงข้ามกับรอยโรคและสูญเสียความสามารถในการอ่านโดยที่ยังเขียนได้ และเนื่องจากการอุดตันของ PCA อาจทำให้สมองส่วน temporal lobe และ hippocampus ขาดเลือดมาเลี้ยง จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความทรงจำได้อีกด้วย (กิงแก้ว ปาจริย์, 2547)

## 1.4 อาการและอาการแสดง มี 3 ระยะคือ

### 1.4.1 สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient Ischemic Attack; TIA)

เป็นอาการเตือนว่าจะเกิดสมองขาดเลือด บางทีเรียก angina of the brain ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายมีประวัติสมองขาดเลือดชั่วคราวทั้งสิ้น ซึ่งเป็นอาการที่เกิดเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองบางส่วนไม่เพียงพอเป็นการชั่วคราว และเมื่อปรับตัวได้อาการก็จะหายไป อาการมักเป็นน้อยกว่า 30 นาที และจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากหายไปแล้วประมาณ 1/3 ก็จะไม่มีอาการทางสมองหลงเหลืออยู่อีก ในอีก 1-3 เดือนต่อมา ผู้ป่วยหนึ่งในสามมีอาการมากขึ้น อีกหนึ่งในสามกลายเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่พบความผิดปกติของระบบประสาท อาการที่เกิดขึ้นแล้วแต่ว่าหลอดเลือดของสมองส่วนใดตีบหรืออุดตันชั่วคราว TIA นี้จะเพิ่มตามอายุ กลไกการเกิด เกิดจากหลอดเลือดหดเกร็ง หลอดเลือดผิดปกติ มีลิ้มที่หลุดลอยจากหัวใจหรือเกร็ดเลือด หรือเนื่องจาก Atherosclerotic plaque ของหลอดเลือดคาโรติดนอกสมองชั้นเล็กๆ หลุดลอยไป อาการจะแตกต่างกัน เช่น TIA ของหลอดเลือดแดงมีเดิลซีรีบรัล จะมีอาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อมือและแขน ใบหน้าส่วนล่างและขา ถ้าเกิดในซีกสมองเด่นผู้ป่วยจะพูดไม่ออกหรือพูดลำบาก ส่วน TIA ที่ระบบหลอดเลือดเวอเทโบรเบซิลาร์จะมีอาการแสดงหลายอย่าง (นิพนธ์ พวงนรินทร์, 2544)

#### 1.4.2 Progressive Stroke

มีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นชั่วโมง หรือหลังจากเนื้อสมองตาย 72 ชั่วโมง ทั้งนี้เนื่องจากมีสมองบวม หลอดเลือดคาโรติดจะอุดตันมากขึ้นในเวลาต่างกัน เช่น ที่หลอดเลือดคาโรติดใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ในขณะที่หลอดเลือดเวเตโบรเบลิลารีใช้เวลา 96 ชั่วโมง การที่หลอดเลือดคาโรติดอุดตันมากขึ้น ทำให้สมองใหญ่ซีกนั้นขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดสมองบวมหมดสติ สมองขยับเลื่อนมีอัตราตายร้อยละ 10-20 ใน 2-3 สัปดาห์แรก แต่ถ้าเกิดสมองบวมอันตรายเพิ่มสูงร้อยละ 40 และอัมพาตครึ่งซีก ตาบอดครึ่งซีก พูดไม่ได้ใน 36 ชั่วโมงแรก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

#### 1.4.3 Complete Stroke

เมื่อความผิดปกติทางระบบประสาทไม่เปลี่ยนแปลงในช่วง 2-3 สัปดาห์ อาการของโรคอยู่ตัว (Stable stroke) พบได้ในสโตรคที่เกิดจากการมีลิ่มเลือดหลุดลอยมาอุด (นิพนธ์ พวงนรินทร์, 2544)

### 1.5 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมองเกิดได้จากหลายสาเหตุจึงก่อให้เกิดความเสียหายต่อสมองได้รุนแรงแตกต่างกัน และส่งผลให้ความเร่งด่วนในการดูแลรักษาแตกต่างกันด้วย (รังสรรค์ ชัยเสวีกุล, 2547) แนวทางการประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดขาดเลือดสมองขาดเลือด โดยทั่วไปประกอบด้วย

#### 1.5.1 การวินิจฉัยโรคโดยอาศัยประวัติ และการตรวจร่างกาย

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไปมักจะทำได้ไม่ยาก ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาท ที่มีสาเหตุมาจากสมองซึ่งเกิดขึ้นทันทีทันใด ในผู้ป่วยบางรายอาการอาจค่อยเป็นค่อยไป ภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน (Progressive stroke) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อได้มีการตรวจเพิ่มเติมในเวลาต่อมา พบว่ามีจำนวนถึงร้อยละ 13 ที่เกิดจากสาเหตุอื่น สำหรับโรคหรือภาวะต่างๆที่ทำให้เกิดอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย ได้แก่ การชัก ภาวะสับสน เป็นลม น้ำตาลในเลือดต่ำ เนื้องอกในสมอง และการมีเลือดออกในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) การถามประวัติผู้ป่วยเบื้องต้นมีความสำคัญมาก ในกรณีที่ต้องพิจารณาการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด สิ่งสำคัญที่สุดในกรณีนี้คือระยะเวลาที่เกิดอาการ เนื่องจากการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำที่ถือเป็นการ



รักษามาตรฐานในปัจจุบันนั้นจะต้องให้ในระยะเวลาที่จำกัดภายใน 3 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยหรือญาติสามารถบอกเวลาที่เกิดอาการได้อย่างแม่นยำก็จะช่วยตัดสินใจในการรักษา (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550) การถามประวัติอาจถามจากผู้ป่วยโดยตรง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น ผู้ป่วยซึมหรือมีภาวะ aphasia จะต้องซักถามจากญาติ (Hinkle et al., 2007) หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานที่ขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการ นอกจากนี้ในการถามประวัติยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น ประวัติการบาดเจ็บ การมีเลือดออกในสมองหรือเลือดออกที่อื่น การผ่าตัดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น และจะต้องมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและส่งตรวจทางรังสีวิทยาอย่างรวดเร็ว เพื่อให้สามารถเริ่มการรักษาได้เร็วที่สุด (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550)

### 1.5.2 การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมในระยะแรก

การตรวจเพิ่มเติมที่สำคัญ และเป็นประโยชน์มากในผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน รวมทั้งมีใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computed Tomography: CT) และ Magnetic Resonance Imaging (MRI) โดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจะสามารถแยกภาวะสมองขาดเลือด และเลือดออกในสมองออกจากกันได้อย่างชัดเจน เพราะอาการของผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมองอาจมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมาก เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคทั้งสองออกจากกัน ซึ่งร้อยละ 83 สามารถทำได้ภายใน 24 ชั่วโมง (Duffy et al., 2003; Hinkle et al., 2007) สำหรับผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจะสามารถวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำ โดยจะพบเป็นบริเวณสีขาวขึ้น (Hyperdensity area) สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด อาจไม่พบความผิดปกติจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหรือพบมีความผิดปกติเป็นบริเวณสีเทาดำ (Hypodensity area) และอาจมีอาการบวมของสมองร่วมด้วย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการก็เป็นสิ่งจำเป็นในการแยกโรคอื่นๆ ทางอายุรกรรม อาจช่วยบอกสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งช่วยในการตัดสินใจการรักษาในระยะเฉียบพลัน การตรวจที่สำคัญที่ควรทำในระยะแรกได้แก่ การตรวจเม็ดเลือด (Complete blood count) ระดับน้ำตาลในเลือด เกลือแร่ในเลือด (Serum electrolytes), Partial Thromboplastin Time (PTT), Prothrombin Time (PT) และตรวจการทำงานของไต ตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า (Duffy et al., 2003; Miller, 2007; Montaner et al., 2008) ทั้งนี้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วหรือจากหลอดเลือดดำมีความจำเป็นมาก เพื่อแยกภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการทางระบบประสาทซึ่งแยกไม่ได้จากโรคหลอดเลือด



สมอง ในทางตรงกันข้าม ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไปอาจทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งควรรีบให้การรักษา (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550)

### 1.5.3 การป้องกันและการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน จำเป็นต้องทำการประเมินและรักษาผู้ป่วยไปพร้อมๆกัน เนื่องจากเวลาเป็นสิ่งสำคัญมาก โดยเฉพาะในช่วงนาทีหรือชั่วโมงแรกๆหลังจากเกิดอาการ ดังนั้นผู้ที่มาโรงพยาบาลเร็วจึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินอย่างรีบด่วนมากกว่าเทียบกับผู้ที่มาโรงพยาบาลหลังจากมีอาการหลายวัน ในการประเมินและรักษาผู้ป่วยระยะเริ่มแรกมีสิ่งที่จะต้องพิจารณา ได้แก่

#### ระบบทางเดินหายใจ

การดูแลด้านการหายใจ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำหรือภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดคั่ง จะทำให้เซลล์สมองบริเวณพินัมบรา (Penumbra zone) ตายเพิ่มขึ้นและทำให้หลอดเลือดสมองขยายตัวส่งผลให้ความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เกิดผลเสียคือทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง หรือทำให้สมองเลื่อนไปกดศูนย์หายใจบริเวณก้านสมองส่วนเมดูลลา (Medulla) (นิพนธ์ พวงนรินทร์, 2544) การดำรงค์ไว้ซึ่งภาวะออกซิเจนที่ดีของเลือดเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้มีออกซิเจนเพียงพอที่จะไปยังตำแหน่งสมองที่ขาดเลือดนั้น ต้องดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยให้ระดับค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดต้องมากกว่า 95% (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2001) ในผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวลดลงก็จำเป็นต้องทำทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อป้องกันไม่ให้มีเสมหะหรือเศษอาหารไปอุดตันอยู่ในหลอดลมหรือทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือเจาะคอ เพื่อดูดเสมหะและใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรายที่มีความรู้สึกตัวลดลง (Adams et al., 1994)

#### ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมักจะมี ความดันโลหิตในระยะแรกสูงขึ้นกว่าปกติจากปัจจัยหลายๆอย่าง รวมทั้งเป็นกลไกของร่างกายที่จะช่วยให้มีเลือดไปเลี้ยงสมองดีขึ้น ทั้งนี้ความดันโลหิตที่ไม่สูงจนเกินไปมักจะไม่ง่ายให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย จึงไม่ควรให้ยาลดความดันโลหิต โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเกิดโรค ยกเว้นบางกรณีที่เป็นซึ่งพบได้น้อยมาก เช่น การมีภาวะร่วมซึ่งอาจเป็นอันตรายได้แก่ hypertensive encephalopathy,

ภาวะหัวใจวาย การมีเลือดเซาะในผนังของหลอดเลือด aorta, ไตวายเฉียบพลัน, acute pulmonary edema, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นต้น หรือในบางกรณีที่มีความดันโลหิตสูงขึ้นมา เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดและมีความดันโลหิตสูงกว่า 220/120 มิลลิเมตรปรอท หรือกรณีที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองอาจจำเป็นต้องได้รับยาลดความดันโลหิต การลดความดันโลหิตมากเกินไป หรือเร็วเกินไปจะมีผลทำให้สมองที่ขาดเลือดอยู่แล้วเกิดการขาดเลือดมากขึ้นและบริเวณที่สมองขาดเลือดรุนแรงก็จะขยายขนาดขึ้น ข้อยกเว้นอีกกรณีหนึ่งที่อาจต้องลดความดันโลหิต คือ ในกรณีของผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องได้รับยาลดความดันโลหิต ซึ่งจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น จึงแนะนำให้ลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/110 มิลลิเมตรปรอท ก่อนการให้ยาและภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจากให้การรักษา (Hinkle et al., 2007)

ในการวัดความดันโลหิตถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง ควรให้ผู้ป่วยนอนพักอย่างสงบแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำ โดยทั่วไปในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดความดันโลหิตจะค่อยๆลดลงได้เอง ควรหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สบายและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เช่น ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก และควรรีบแก้ไข ในกรณีที่พบว่าความดันโลหิตยังสูงหลังจากนอนพักควรพิจารณาให้ยา โดยค่อยๆลดความดันโลหิตลงช้าๆและยาที่ใช้ควรเป็นยาที่มีฤทธิ์สั้น เช่น sodium nitroprusside, nitroglycerine ทางหลอดเลือดดำหรือยากลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor ชนิดที่ออกฤทธิ์สั้น ไม่ควรใช้ยากลุ่ม calcium antagonist โดยเฉพาะ nifedipine ที่ให้ออมใต้ลิ้น เนื่องจากอาจทำให้ความดันโลหิตลดลงมากในเวลาอันรวดเร็วเกินไปจนทำให้สมองขาดเลือดเพิ่มมากขึ้นได้ (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550)

### การดูแลด้านสารน้ำและเกลือแร่

ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด ควรดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่มีสารน้ำและเกลือแร่ในระดับปกติ คือ ไม่มากหรือน้อยเกินไป (Normovolemia) โดยทั่วไปไม่ควรให้สารน้ำที่มีกลูโคส เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอาจมีผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลง ยกเว้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้น้อยหรืออยู่ในระหว่างการงดน้ำงดอาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมหรือมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นควรจำกัดสารน้ำไม่ให้มีปริมาณมากเกินไปเพราะอาจทำให้สมองบวมมากขึ้นได้ (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550)

### การดูแลระดับน้ำตาลในเลือด

การศึกษาต่างๆในคนพบว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในช่วงแรกที่เกิดภาวะสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับการมีผลลัพธ์ที่ไม่ดีหลังจากติดตามผู้ป่วยไปในระยะยาว โดยทั่วไปแนะนำให้ลดระดับน้ำตาลในกรณีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 มก/ดล. โดยการฉีดอินซูลินที่ออกฤทธิ์สั้น (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550) สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่าอาจทำให้มีอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าได้รับการรักษามักจะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้น้ำตาลที่ต่ำในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดอาจทำให้สมองขาดพลังงานและมีการทำลายเซลล์สมองได้ (Adams et al., 2003)

### การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย

การมีไข้สูงในระยะแรกของการเกิดภาวะสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับความพิการและอัตราการตายที่สูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากทำให้สมองต้องใช้พลังงานมากขึ้นและมีการหลั่งของสารสื่อประสาทและอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีไข้ควรรีบให้การรักษาเพื่อให้ไข้ลดลงอย่างรวดเร็วและหาสาเหตุของไข้นั้น มีหลักฐานว่าการลดไข้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น ในการลดไข้อาจทำได้ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ให้ยาลดไข้เซตามิโนเฟน การเช็ดตัวบ่อยๆหรือการให้ผ้าห่มที่มีอุณหภูมิต่ำ สำหรับการให้ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิของร่างกายลดต่ำลงมาก มีการศึกษาพบว่าอาจช่วยป้องกันไม่ให้เซลล์สมองตายได้ (นิพนธ์ พวงนรินทร์, 2544)

### การประเมินการกลืน

ในผู้ป่วยบางรายความผิดปกติในสมองอาจทำให้มีปัญหาด้านการกลืน โดยเฉพาะการกลืนของเหลวและน้ำอันจะนำมาซึ่งการสำลักและติดเชื้อในปอด ในช่วงแรกภายหลังเกิดภาวะสมองขาดเลือดจะพบว่าผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 มีปัญหาด้านการกลืน (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550) ดังนั้นจึงควรมีการประเมินการกลืนตั้งแต่แรกในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาจจำเป็นต้องงดอาหารและน้ำทางปากในช่วงแรกจนกว่าจะผ่านพ้นช่วงวิกฤต ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนควรงดการให้อาหารและน้ำทางปากโดยอาจให้ผ่านสายยางทางจมูกไปก่อน แต่การใส่สายยางทางจมูกควรงดไปก่อนถ้าหากผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) เนื่องจากจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายมากขึ้น และให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อป้องกันการสำลักด้วย (Hinkle et al., 2007)

### ประเมินสภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนในสภาพแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจย่อมมีแตกต่างกันออกไป ปัญหาของผู้ป่วยรายหนึ่งอาจจะไม่ได้เป็นปัญหาของผู้ป่วยอีกรายหนึ่ง ดังนั้นพยาบาลนอกเหนือจะให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว จำเป็นต้องประเมินและร่วมรับรู้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ญาติผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวมีความวิตกกังวล พยาบาลจะต้องเข้าใจว่า เมื่อประเมินสภาพได้ว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะวิกฤต นั้นหมายถึงว่า ญาติและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะวิกฤตเช่นเดียวกัน การให้เวลาต่อการให้ข้อมูล การรับฟังปัญหาและพร้อมที่จะให้ การช่วยเหลือด้วยการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล จะเป็นสิ่งที่สามารถประเมินสภาพและความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

#### 1.5.4 การรักษาจำเพาะในโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ได้แก่

1.5.4.1 การให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยพิจารณาให้ยาเพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตัน ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ได้แก่ ยากระตุ้นทิสซุ พลาสมิโนเจน (Tissue plasminogen activator [rt-PA]) โดยขนาดที่ให้คือ 0.9 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ขนาดสูงสุด 90 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที ซึ่งพิจารณาให้ผู้ป่วยที่อาการน้อยกว่า 3 ชั่วโมง (Herper, 2006; Hinkle et al., 2007) อย่างไรก็ตามการให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ทำให้มีเลือดออกในสมองรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ (Gladstone et al., 2006) การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามคำแนะนำของสมาคมโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองประเทศแคนาดา ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาททุก 15 นาที ระหว่างการให้ยามีการติดตามการเต้นของหัวใจและระดับออกซิเจนในเลือด เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เลวลง เช่นอ่อนแรงมากขึ้นให้หยุดยาและรายงานแพทย์ทันที การดูแลหลังให้ยาใน 24 ชั่วโมงแรกผู้ป่วยควรได้รับการติดตามประเมินสัญญาณชีพและการประเมินทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมงหรือถี่มากกว่านั้นตามแผนการรักษา รายงานแพทย์เมื่อความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่า 185 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท ติดตามการเต้นของหัวใจและระดับออกซิเจนในเลือด ประเมินภาวะเลือดออกและให้ผู้ป่วยได้พัก ติดตามภาวะชั๊กและรายงานแพทย์เมื่ออุณหภูมิของร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เลวลงหรือมีอาการแสดงภาวะเลือดออก (Hinkle et al., 2007)

1.5.4.2 การให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) (Adams et al., 2003; Montaner et al., 2008) ในระยะเฉียบพลันมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกสูง ยากลุ่มนี้จะมีฤทธิ์ในการป้องกันไม่ให้เกิดการรวมตัวของลิ่มเลือด ขณะเดียวกันยากลุ่มนี้ยังมีฤทธิ์

ป้องกันไม่ให้เกิด การอุดตันซ้ำ ยาที่ใช้บ่อยในกลุ่มของยาต้านการแข็งตัวของเลือด คือ heparin มักใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดสมองอุดตัน และเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในกรณีที่ใช้แอสไพรินแล้วไม่ได้ผลหรือมีสิ่งอุดตันจากหัวใจ การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดควรติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด (Partial Thromboplastin Time [PTT]) (Adams et al., 2003)

1.5.4.3 การให้ยาต้านเกร็ดเลือดจับกลุ่มกัน (Antiplatelets) สำหรับยาที่ใช้ต้านเกร็ดเลือดจับกลุ่มกันที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันคือ แอสไพริน เป็นการให้เพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเนื่องจากยาแอสไพรินมีฤทธิ์เป็นยาต้านเกร็ดเลือดจับกลุ่มกัน (American Heart Association, 2007) โดยแอสไพรินจะไปยับยั้งเอนไซม์ไซโคลออกซิเนส (Cyclooxygenase) ในการสร้าง thromboxane เอ 2 (Thromboxane A<sub>2</sub>) ซึ่งเป็นสารที่จะไปทำให้มีการจับกลุ่มกันของเกร็ดเลือด (Platelet aggregation) มักนิยมให้ในขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน สำหรับการรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือเกร็ดเลือดยังคงไว้ใน 24 ชั่วโมงหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด (American Heart Association, 2007)

## 1.6 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันต่อผู้ป่วยและครอบครัว

### 1.6.1 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันต่อผู้ป่วย

**ผลกระทบด้านร่างกาย** ซึ่งมีรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

1. ความบกพร่องของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขา ใบหน้า ช่องปาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกาย (วราภรณ์ จิธานนท์, 2547) ผู้ป่วยที่มีสมองซีกซ้ายผิดปกติ (Brain's left hemisphere) ผู้ป่วยจะมีแขนขา ซีกขวาอ่อนแรงหรือเกิดอัมพาต มีความผิดปกติของการพูดพูดไม่ได้ (Aphasia) หรือพูดไม่ชัด (Dysarthria) อ่านและเขียนไม่ได้ คำนวนวิเคราะห์ มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาและมีความจำในระยะสั้น ทำให้ยากในการเรียนรู้สิ่งใหม่แต่มีความพยายาม ผู้ที่มีหลอดเลือดซีกขวาผิดปกติ (Brain's right hemisphere) ผู้ป่วยจะมีแขนขา ซีกซ้ายอ่อนแรงหรือเกิดอัมพาต ผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องด้านความจำ การเรียนรู้ พฤติกรรม อารมณ์ การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย ปฏิเสธด้านที่มีพยาธิสภาพไม่ใช่ของตน (Anosognosia) ไม่สามารถ



เลียนแบบการทำกิจกรรมได้ (Apraxia) มีความบกพร่องในการกะระยะ (Spatial – perceptual deficits) (สุดศิริ นิรัญชุนหะ, 2541)

2. ความบกพร่องด้านสติปัญญา การรับรู้ความจำ ผู้ป่วยมีการรับรู้บกพร่องพบร้อยละ 43.9 พบบ่อยในผู้ป่วยสมองซีกขวาถูกทำลาย ทำให้เกิดอัมพาตซีกซ้าย ซึ่งมีปัญหาการรับรู้มากกว่าผู้ป่วยอัมพาตซีกขวา ความผิดปกติของการรับรู้มีผลต่อการฝึกกิจวัตรประจำวัน ความบกพร่องทางสติปัญญา และการด้อยสมรรถภาพในหลายๆส่วนของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือมองข้ามถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น

3. ความบกพร่องทางการสื่อสาร ผู้ที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้ายมักพบความผิดปกติของการสื่อสาร ได้แก่ โบรคา อะเฟเซีย (Broca's aphasia) คือผู้ป่วยจะตอบคำถามได้แต่ไม่สามารถพูดประโยคที่สมบูรณ์ถูกต้อง ผู้ป่วยมักจะหงุดหงิดและเครียด ส่วนเวร์นิคอะเฟเซีย (Wernicke's aphasia) ผู้ป่วยจะพูดเป็นประโยคได้ การใช้คำ การออกเสียงและไวยากรณ์ถูกต้อง แต่เนื้อหาคำพูดวุ่นวาย ขาดสาระ ไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่สามารถพูดตามได้ และโกลบอลอะเฟเซีย (Global aphasia) เกิดจากการมีการทำลายทั้งบริเวณเวร์นิคและโบรคา อาการคือพูดไม่ได้และไม่เข้าใจคำพูด ความผิดปกติด้านการพูดทำให้ไม่สามารถสื่อสารด้านการรับรู้ และถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ความต้องการของตนเองกับผู้อื่นได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

4. ความบกพร่องของการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อต่อหลายๆข้อพร้อมกันและต่อเนื่อง ทำให้มีผลกระทบต่อการยืนและการเดิน ความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวดและอุณหภูมิ มีผลต่อการรับรู้และทำให้เกิดภยันตรายต่อตนเอง ผู้ป่วยอาจสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกหลายชนิดรวมกัน เช่น ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างจุดสองจุด ไม่สามารถบอกสิ่งของที่สัมผัสได้ (Santus, 1990)

5. ความบกพร่องของการควบคุมการขยับถ่าย ทำให้ไม่สามารถถลันปีสสาวะหรืออุจจาระ หรือไม่สามารถขยับถ่ายได้ตามปกติ ซึ่งการถลันปีสสาวะไม่ได้มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย การขยับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยอาจไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการขยับถ่ายอุจจาระได้ เพราะระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลงไป หรือมีการบกพร่องของการสื่อสารหรืออาจมีแรงจูงใจในการขยับถ่ายน้อยลง จึงเกิดอาการท้องผูกอย่างรุนแรง และมีอุจจาระอัดแน่น

6. ความบกพร่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ เพศชายมักมีปัญหาวัยวะเพศไม่แข็งตัวที่อาจเป็นผลจากยาลดความดันโลหิตสูง ส่วนเพศหญิงมีปัญหาการไม่ถึงจุดสุดยอด ทำให้ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง (วรภากรณ์ จิธานนท์, 2547: 17)

**ผลกระทบด้านจิตใจ** เมื่อผลกระทบของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ และยังมีอาจมีการทำงานในส่วนต่างๆบกพร่องหรือสูญเสียได้ด้วย ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการสั่งการให้เดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก ภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเนื่องจากความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคมของผู้ป่วย (สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) อาการทางจิตที่พบบ่อย ได้แก่ การสูญเสีย (Loss) ความเครียด (Stress) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความก้าวร้าว (Aggressive) ภาวะซึมเศร้า (Depression) (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2538)

### 1.6.2 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัว

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ครอบครัวย่อมต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย ครอบครัวจะเป็นหน่วยทางสังคมที่สำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วย (Stroker, 1983) ครอบครัวจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน ดังนั้นสมาชิกคนอื่นจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ประกอบอาชีพเลี้ยงดูและช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

กล่าวได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสมองได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก และยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองมากยิ่งขึ้น ภาวะแทรกซ้อนบางอย่างอาจมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและให้การรักษาอย่างเหมาะสมนอกจากจะช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้แล้ว ยังช่วยลดการสูญเสียหน้าที่ของสมองและช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆไม่ให้เกิดขึ้น

## 2. บทบาทของพยาบาลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเจริญก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็วตามสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งบทบาทของพยาบาลก็ต้องมีการพัฒนาให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาท และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในอันดับต้นๆ ของประเทศ โรคนี้ถ้าหากได้รับการรักษาไม่ทันท่วงทีส่วนใหญ่จะมีความพิการตามมา ซึ่งในปัจจุบันความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปมากทั้งในด้านการป้องกัน การตรวจวินิจฉัย ตลอดจนการดูแลรักษาที่ถูกต้อง

เหมาะสม จะช่วยลดอัตราการตายและความพิการตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลงได้ ดังนั้นเพื่อยกระดับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้มีการจัดทำแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำใช้ในประเทศ (สถาบันประสาทวิทยา, 2549) จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าผู้ที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือดถ้าได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำสามารถช่วยลดความพิการลงได้ถึงร้อยละ 30-50 (สถาบันประสาทวิทยา, 2549) เป็นผลให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควบคู่กับแนวทางการรักษาของแพทย์ เพื่อให้การดูแลรักษาามีความเป็นสหสาขาวิชาชีพและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ความรวดเร็วในการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เนื่องจากสมองเป็นอวัยวะที่ทนต่อการขาดเลือดได้ในระยะเวลาที่จำกัด การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดนี้ จึงต้องทำภายในเวลาอันรวดเร็ว ไม่เช่นนั้นถ้าเวลาผ่านไปจนกระทั่งมี การตายอย่างถาวรของเนื้อสมองแล้ว การละลายลิ่มเลือดถึงแม้จะช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองได้ก็จะมีประโยชน์ นอกจากนี้ยังอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ได้แก่ การมีเลือดออกในสมองอีกด้วย (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550) พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทในการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญต่อการวางแผนการพยาบาลเพื่อทำให้เกิดความรวดเร็วในการมารับรักษา โดยมีกรรณรงค์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับอาการที่สงสัยว่าน่าจะเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพราะถือว่าโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรตลอดจนประชาชนทั่วไปได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคที่ต้องรับการรักษาอย่างรีบด่วน

ในประเทศไทยยังไม่มีเตรียมพร้อมที่จะให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว เริ่มตั้งแต่ยังไม่มีกรรณรงค์ เช่น ให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วยในการที่จะให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยเร็ว การเดินทางที่ไม่สะดวก การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินไม่ทั่วถึง และทำยี่สุดระบบภายในโรงพยาบาลที่ไม่พร้อมสำหรับการให้การรักษาผู้ป่วยภาวะนี้ หรือในบางโรงพยาบาลที่มีภาวะพร้อมก็ยังไม่ทั่วถึงเนื่องจากไม่เข้าใจความสำคัญของความรีบด่วนในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งการสาธารณสุขในปัจจุบันเน้นการทำงานแบบสหสาขาวิชาโดยเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีส่วนร่วม ในการวางแผนการกำจัดการดูแลที่คาดว่าจะทำให้เกิดการมารับรักษาได้

### 3. แนวคิดการมารับการรักษา

#### ระยะการล่าช้า (Phases of delay)

ระยะเวลาการมารับรักษาของผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมจัดได้เป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 เกิดขึ้นตั้งแต่เกิดอาการจนถึงเรียกรถฉุกเฉิน รถส่วนตัวหรือรถรับจ้างเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นผลจากการมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและบุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ ระยะที่ 2 ระยะการเดินทาง การนำส่งผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล (Emergency Medical Service: EMS) รถส่วนตัว/รถรับจ้างสิ้นสุดที่แผนกฉุกเฉิน ระยะที่ 3 ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่การคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินจนถึงได้รับการรักษาด้วยยาเฉพาะซึ่งมีองค์ประกอบย่อย 11 ข้อ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระยะเวลาการมารับรักษา (Shephard, 2004)

ระยะเริ่มต้น	รายละเอียด	หน่วยการวัด
1. ระยะการรับรู้ของผู้ป่วย/ บุคคลที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาเกิดอาการเตือน  ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการ	ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการไม่แน่ชัด จนถึงเกิดอาการเฉียบพลัน  ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการระยะ เฉียบพลันจนตัดสินใจค้นหาการ รักษา(เรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน/ รถส่วนตัว)
2. ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล	ระยะรถพยาบาลฉุกเฉิน ฉุกเฉิน มาถึงสถานที่เกิดอาการ  ระยะเวลาการเดินทาง	ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่เรียกรถ พยาบาลจนรถพยาบาลฉุกเฉินตอบรับ ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่รถพยาบาลตอบรับ จนรถพยาบาลมาถึงสถานที่เกิดอาการ  ระยะเวลาจากสถานที่เกิดอาการ จนถึงแผนกฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงระยะเวลาการมาปรึกษา (Shephard, 2004)

ระยะเริ่มต้น	รายละเอียด	หน่วยการวัด
3. ระยะในโรงพยาบาล	คัดกรอง-แพทย์	ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่จุดคัดกรอง ที่แผนกฉุกเฉินจนได้รับการ ตรวจจากแพทย์
	คัดกรอง-แพทย์ ระบบประสาท	ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่จุดคัดกรอง ที่แผนกฉุกเฉินจนได้รับการตรวจ จากแพทย์ระบบประสาท
	คัดกรอง-คอมพิวเตอร์สมอง	ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่จุดคัดกรองจน ได้รับการตรวจคอมพิวเตอร์สมอง
	คัดกรอง-ยา (rt-PA)	ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่จุดคัดกรองจนได้ รับการรักษาด้วยยาเฉพาะ (rt-PA)

### ระยะที่ 1 (Phase 1)

ระยะเวลาการมารับการรักษาที่ระยะที่ 1 เกิดขึ้นตั้งแต่เกิดอาการจนถึงเรียกรถฉุกเฉิน รถส่วนตัวหรือรถรับจ้างเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ระยะที่ 1 การมารับการรักษาจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องต้องสามารถรับรู้ได้ว่าอาการใดเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและต้องมีการประเมินความรุนแรงของอาการ ซึ่งผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่ออาการที่ได้ประเมินไว้และค้นหาสาเหตุของอาการ ค้นหาการรักษาหรือรอดูอาการ การล่าช้าในระยะที่ 1 จะต้องไม่ได้อยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ แต่เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ตัดสินใจเอง

การค้นหาการรักษาเมื่ออยู่ในภาวะฉุกเฉินระยะที่ 1 นี้ สิ่งที่มีอิทธิพลคือการเกิดอาการกับผู้ป่วยแบบไม่แน่ชัดหรือแบบเฉียบพลัน หรือระดับความรุนแรงของอาการ สถานที่ขณะเกิดอาการ รวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องและการรับรู้อาการของแต่ละบุคคลซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่ระยะที่ 1 (Williams, Rosamond and Morris, 2000; Kothari et al., 1999; Shephard, 2004) โดยที่ผู้ป่วยจะค้นหาวิธีการรักษาที่เกิดขึ้น หรือรอดูอาการ หรือปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือบุคลากรทางสุขภาพก่อนค้นหาการรักษาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น มีการศึกษาที่ศึกษาระยะเวลาการล่าช้าก่อนมาถึงโรงพยาบาลโดยเริ่มตั้งแต่



ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 2 ซึ่งหมายถึงระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงได้รับการคัดกรองที่แผนกฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมองและไม่รับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมองใช้เวลาในการมาถึงโรงพยาบาล 1.4 ชั่วโมง (1 ชั่วโมง 24 นาที) และ 2.5 ชั่วโมง (2 ชั่วโมง 30 นาที) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงอาการของ โรคหลอดเลือดสมองจะมีวิธีการค้นหาการดูแลสุขภาพได้รวดเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และยังมีการศึกษาอีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจะใช้บริการของรถฉุกเฉิน (EMS) ให้มารับจากสถานที่ขณะเกิดอาการคิดเป็นร้อยละ 65 (n = 70) และค่าเฉลี่ยจากสถานที่ขณะเกิดอาการถึงโรงพยาบาลใช้ระยะเวลา 1.7 ชั่วโมง (1 ชั่วโมง 42 นาที) (Williams et al., 2000)

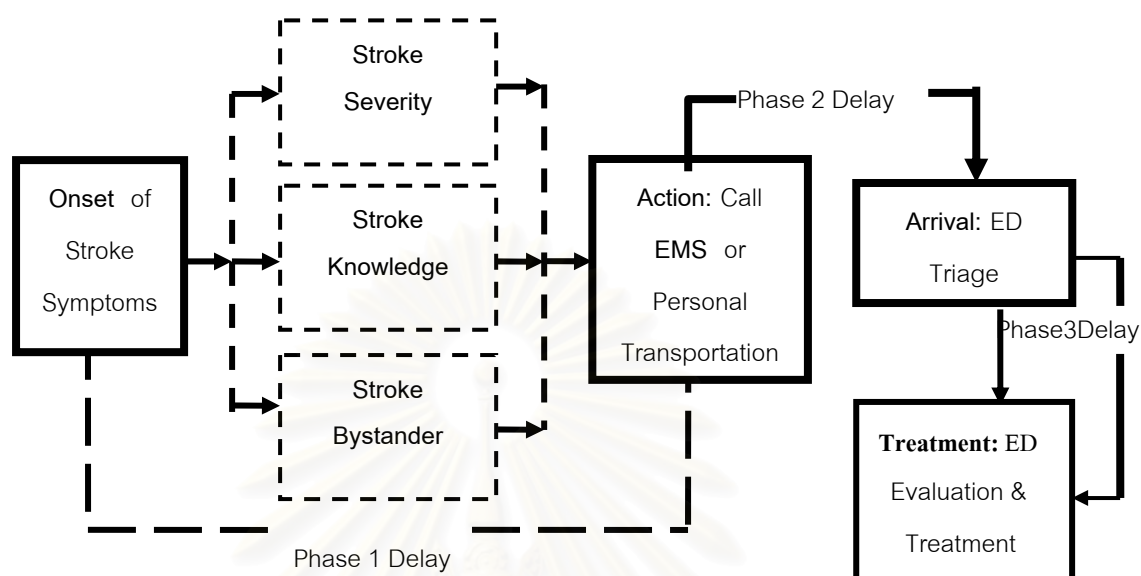
## ระยะที่ 2 (Phase 2)

ระยะการเดินทาง/รถฉุกเฉิน เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเรียกรถฉุกเฉิน (EMS) สิ้นสุดที่รถฉุกเฉินมาถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินระยะนี้สามารถชี้ให้เห็นถึงการเตรียมพร้อมเพื่อให้การบริการที่รวดเร็วของบุคลากรทางสุขภาพ เจ้าหน้าที่ ซึ่งจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถเดินทางมาแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วตามระดับความฉุกเฉินของอาการที่เกิดขึ้นและใช้ไฟฉุกเฉินขณะเดินทางได้อย่างเหมาะสม ถ้าระบบให้บริการรถฉุกเฉินมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองว่าไม่ฉุกเฉินและมีการตอบสนองอยู่ในระดับต่ำก็จะทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาระยะที่ 2 มากขึ้นและส่งผลต่อการรักษาด้วยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Barsanet et al., 1994) เวลามาตรฐานในระยะนี้คือ 45 นาที (Adams et al., 2003)

Morris et al. (1999) มีการศึกษาระยะเวลาหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยใช้รถฉุกเฉิน (EMS) จนถึงแผนกฉุกเฉิน จากการคัดกรองถึงพบแพทย์ และจาก คัดกรองจนได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ใช้ระยะเวลาดังนี้ ผู้ป่วยที่เดินทางด้วยรถฉุกเฉิน (EMS) จนถึงพบแพทย์ใช้เวลาคือ 0.33 ชั่วโมง แต่มาด้วยวิธีอื่นจนถึงพบแพทย์ใช้เวลา 0.50 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มาด้วยรถฉุกเฉินถึงได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองใช้เวลา 0.54 ชั่วโมง น้อยกว่าผู้ป่วยที่มาด้วยวิธีการอื่นๆ (Morris, Rosamond, Hinn and Gorton, 1999)

การศึกษาระยะเวลาการมารักษาซ้ำตั้งแต่ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 มีความสำคัญทุกระยะ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะช่วยให้สามารถทราบถึงสาเหตุของกระบวนการที่ทำให้เกิดความล่าช้าระยะก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล และสามารถทราบปัญหาของแต่ละระยะได้เพื่อการแก้ไข้ปัญหาได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสามารถสรุปเป็นโมเดลได้ดังนี้



Model of Delay in Acute Stroke Treatment (Shephard, 2004)

การศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการของโรคที่ผ่านมาใช้กรอบแนวคิดทางการแพทย์เป็นหลัก โดยเน้นถึงข้อมูลส่วนบุคคลเป็นตัวทำนายถึงการมารับการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาไม่สามารถชี้แนะแนวทางที่จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วขึ้น แต่ความเข้าใจถึงสิ่งที่มีผลต่อการค้นหาการรักษาและสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยจะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจถึงปรากฏการณ์เหล่านี้ได้ดีขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติการช่วยเหลือได้เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา (Matteson et al., 1990 cited in Shephard, 2004) จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคลได้ดังนี้ (Shephard, 2004)

**ปัจจัยภายในของบุคคล** ปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาซ้ำของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสาร อิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรม ความรู้ของแต่ละบุคคลเป็นพื้นฐานเดิมเข้ามาเกี่ยวข้อง (Matteson and Hawkins, 1990 cited in Shephard, 2004) ปัจจัยภายในของบุคคลจะมีลักษณะเฉพาะแต่ละบุคคล ปัจจัยเหล่านี้จะรวมไปถึงการรับรู้

ถึงความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาการตอบสนองเมื่อเกิดอาการ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงหรืออาการของโรค ลักษณะเฉพาะของบุคคลจะมีผลต่อการตอบสนองเมื่อเกิดอาการซึ่งจะส่งผลต่อช่วงระยะเวลาของการเกิดอาการ สมมุติฐานที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการหรืออันตรายที่เกิดขึ้นเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี เพราะจะทำให้บุคคลค้นหาการดูแลรักษาอาการที่เกิดขึ้น

**ปัจจัยภายนอกของบุคคล** สภาพแวดล้อมที่อยู่ภายนอกบุคคลมีผลต่อการมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการ โดยสรุปก็คือปัจจัยภายนอกของบุคคลจะมีผลต่อสภาพแวดล้อมภายในแต่ละบุคคล ปัจจัยเหล่านี้คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องคืออะไร กิจกรรมใดที่กระทำเมื่อเกิดอาการขึ้น (Llewellyn-Thomas, 1995: 101-106) ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้มีผลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน บุคคลอาจจะเผชิญกับโรคหลอดเลือดสมองทั้งขณะอยู่ที่บ้าน ที่ทำงาน ในชุมชนหรือขณะอยู่คนเดียว เมื่อบุคคลเปลี่ยนสถานที่ (บ้าน/ที่ทำงาน) บทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ของบุคคลก็จะเปลี่ยนไป สิ่งแวดล้อมทางสังคมหรือสถานที่ขณะเกิดอาการจะเป็นตัวกำหนดบุคคลที่เกี่ยวข้องและจะมีผลต่อการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคล เช่น ถ้าเกิดอาการขณะอยู่ที่บ้านบทบาทที่แสดงก็จะเป็นแบบพึ่งพา สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดอาการ การรับรู้ความรุนแรงของอาการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการพิจารณาของสมาชิกในครอบครัว ถ้าเกิดอาการขึ้นขณะอยู่ที่ทำงานบุคคลจะมีบทบาทเป็นผู้ได้บังคับบัญชา การได้รับคำแนะนำจากผู้ร่วมงานหรือระดับการเข้าใจความรู้สึกจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หรือความแตกต่างของการรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง หรือภาระหน้าที่ขณะเกิดอาการ ซึ่งสภาพแวดล้อมทางสังคมเหล่านี้จะมีความสำคัญมากต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคลเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น เพราะฉะนั้นปัจจัยภายนอกของบุคคลมีผลต่อระยะเวลาในการตอบสนองกับอาการ

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

##### ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ความรู้ หมายถึง ข้อมูลที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการภายในสมองที่เกี่ยวข้องกับการคิด โดยเกิดจากการที่บุคคลรับรู้เรื่องราวต่างๆ จากการศึกษารหัสหรือประสบการณ์แล้วผ่านการเปลี่ยนแปลงและเก็บบันทึกไว้ที่สมองเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหา (กันยา สุวรรณแสง, 2538) โดยความสามารถทางสมองตั้งแต่การนำไปใช้ถึงการประเมิน ถือเป็น

ความสามารถทางสมองขั้นสูงที่มนุษย์มีความจำเป็นต้องมีไว้ เพื่อจะได้เข้าใจสิ่งต่างๆในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและช่วยทำให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ (พร้อมจิตร ห่อนบุญheim, 2537)

Shephard (2004) ใช้แบบประเมินถามผู้ป่วยว่าคุณแน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเกิดเป็นอาการของโรค แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จะใช้เวลาในการมารับการรักษา น้อย จากการศึกษานี้ของ Yoon et al. (2001: 1926-1930) ศึกษาในประชากรทั่วไปจำนวน 822 คน พบว่าผู้ที่อายุน้อย ( $P=0.01$ ) เพศชาย ( $P=0.03$ ) ระดับการศึกษาสูง ( $P=0.002$ ) มีประวัติเป็นโรคหัวใจ ( $P=0.02$ ) ครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ( $P=0.0009$ ) เป็นตัวทำนายความรู้ที่ดีเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีการศึกษาที่ผ่านมาว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการค้นหาการรักษาได้ สอดคล้องกับ Carroll et al. (2003) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้ดีแต่การปฏิบัติไม่ดี พบว่า ประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 อาการ (ดังรายละเอียดดังนี้ ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 92 ประชาชนทั่วไปร้อยละ 87.5 พยาบาลร้อยละ 100) บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมจะมีความรู้มากกว่าประชาชนทั่วไป ( $p<0.01$ ) ในกลุ่มผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40 สามารถทราบว่าการเกิดขึ้นคือโรคหลอดเลือดสมอง แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เกิดโรคขึ้นก็ไม่ทราบว่าจำเป็นต้องปฏิบัติตัวเช่นไร จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษาตั้งแต่ 5 นาทีถึง 6 วัน ขัดแย้งกับการศึกษาของ Schneider et al. (2003) พบว่าประชากรที่ศึกษามากกว่าร้อยละ 72 มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคอย่างน้อย 1 อย่าง และเชื่อว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถแยกได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการโรคหลอดเลือดสมองจะเรียกรถฉุกเฉินเพื่อมารับรักษาได้เร็ว (Schneider et al., 2003; Hemmen, 2008) และ Reeves et al. (2002) ศึกษาความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ในวัยผู้ใหญ่ที่ Michigan พบว่าประชาชนมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 80 และอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 79 และเชื่อว่าความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะให้ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น การศึกษาของ Kothari et al. พบว่าผู้ป่วยผิวดำจะมารับรักษาช้ากว่าผู้ป่วยผิวขาวเนื่องจากมีความรู้ น้อยกว่า (Kothari et al., 1999) การศึกษาของ Pancioli et al. (1998) พบว่าประชาชนทั่วไปยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อย เพียงร้อยละ 39-61 ที่ทราบอาการเตือนอย่างน้อย 1 อย่างของโรคหลอดเลือดสมอง (Pancioli et al., 1998 cited in Schneider et al., 2003) และมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของ

โรคอย่างน้อย 1 อย่างเพียงร้อยละ 57-76 (Kothari et al., 1997 cited in Schneider et al., 2003)

จากผลการวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองแล้วย่อมทำให้การคิด พิจารณา ตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมากจะมารับการรักษาเร็ว

### การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้ประเมินผู้เรียนก่อนและหลังให้โปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนามาจากข้อคำถามของ American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA) and National Stroke Association ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม คือ ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยข้อคำถามผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษาด้านโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความเที่ยง 1.00 (Miller et al., 2007)

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ Yoon et al. (2001) สร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด 28 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 5 ข้อ ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การรักษา แหล่งให้ความรู้ และสถาบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) การปฏิบัติเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (คำถามปลายเปิด) และการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (คำถามปลายปิด) 3) คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และ 4) การปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับสูง (Yoon et al., 2001)

3. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ Shephard เป็นแบบประเมินด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog หรือ Graphic rating scale) เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ที่ถามประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ว่าอาการที่เกิดขึ้นก่อนมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างเป็นอาการของโรค



หลอดเลือดสมองแน่หรือไม่ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีค่ากำกับไว้ว่า “ไม่แน่ใจ” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนนและมีค่ากำกับไว้ว่า “แน่ใจมากที่สุด” (Shephard, 2004)

4. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ Schneider et al. มีทั้งหมด 29 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิด ที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 3 ข้อ ปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 3 ข้อ แหล่งให้ข้อมูลอย่างน้อย 3 ข้อ ส่วนที่ 2 ใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้กันอย่างแพร่หลายของ Third National Health and Nutrition Examination Survey (Ezzati et al., 1992 cited in Schneider et al., 2003) ส่วนที่ 3 สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับการศึกษา (Schneider et al., 2003)

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ Shephard (2004) เป็นแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ว่าอาการที่เกิดขึ้นก่อนมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองแน่หรือไม่ เพราะแบบประเมินนี้มีเพียง 1 ข้อ ทำง่าย เหมาะกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันบางรายจะมีปัญหาด้านการรับรู้ สมาธิและความจำลดลง และการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในงานวิจัยเล่มนี้เป็นการประเมินความรู้ตามการรับรู้ของผู้ป่วย

#### **การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน**

ความรุนแรงของโรค ความรุนแรง คือ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความบกพร่องของระบบประสาทโดยอาศัยเครื่องมือที่ใช้วัดคือ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ในการแบ่งกลุ่ม ระดับความรุนแรงสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ A, B, C ระดับ A หมายถึงไม่มีความบกพร่องของระบบประสาท ระดับ B หมายถึงมีความบกพร่องของระบบประสาทเล็กน้อย/ปานกลาง และระดับ C หมายถึงมีความบกพร่องของระบบประสาทมาก ซึ่งการแบ่งกลุ่มความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายได้ถึง ความบกพร่องของร่างกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Goldberg et al., 1998) และยังพบว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองยังขึ้นอยู่กับอาการ (Evaluation of symptoms) การประเมินอาการ หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลรวมถึงความรุนแรง รูปแบบการเกิดเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ความถี่ ผลกระทบ ความพิการที่อาจเกิดขึ้นและภาวะคุกคามต่อชีวิต

(Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001: 672) ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงก็จะแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพ

การศึกษาของ Shephard (2004) พบว่าร้อยละ 60 (n =51) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ โดยร้อยละ 53 (n =44) มารับการรักษาโดยใช้เวลาน้อยกว่า 2 ชั่วโมง มีความรุนแรงของโรคระดับน้อย (NIHSS Score 1-7, n =70) ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง (NIHSS Score 8-15, n =13) มีความรุนแรงระดับมาก 2 ราย (NIHSS Score >15) โดยพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ระดับความรุนแรงของโรคมากจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ระดับความรุนแรงของโรคน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jorgensen et al. (1996: 383-387) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ที่มีความรุนแรงของโรคที่วัดด้วย Scandinavian Stroke Scale (SSS) ที่มีความรุนแรงน้อยเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นของการมารับการรักษาล่าช้า และการประเมินอาการก็มีความสัมพันธ์ต่อการมารับรักษาในโรงพยาบาล แต่มีการศึกษาที่ขัดแย้งกันของ Chen et al. (2007) พบว่าระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำนาย การมารับรักษาช้าที่แผนกฉุกเฉินได้

และมีการศึกษาที่สอดคล้องกันในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ของ Burnett et al. (1995: 1019) พบว่า ผู้ป่วยที่ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงจะมารับการรักษาเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยที่มองว่าอาการมีความรุนแรงสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากผู้ป่วยไม่รีบมารับรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543: 48) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 44 ประเมินความรุนแรงตั้งแต่มีอาการว่ามีความรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 21 ประเมินว่ามีความรุนแรงมากร้อยละ 10 ประเมินว่ารุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 12 ประเมินว่ารุนแรงน้อย และร้อยละ 4 ประเมินอาการว่าไม่รุนแรง นอกจากนี้ผู้ป่วยประเมินความแตกต่างของอาการและความรุนแรงกับครั้งก่อนพบว่าส่วนใหญ่มีอาการและรุนแรงเหมือนครั้งก่อน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ร้อยละ 30 ประเมินว่ามีอาการเหมือนครั้งก่อนแต่รุนแรงมากกว่า ผู้ป่วยร้อยละ 17.5 ประเมินว่ามีความรุนแรงน้อยกว่าและร้อยละ 15 ประเมินว่าไม่มีความแตกต่าง ผู้ป่วยร้อยละ 50 ประเมินว่าเป็นอาการที่มีอันตรายอาจทำให้เสียชีวิตได้ และร้อยละ 50 ประเมินว่าไม่เป็นอันตราย

จะเห็นได้ว่าความรุนแรงของโรคมีความสำคัญ การได้รับการรักษาที่รวดเร็วเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจึงมีความสำคัญ ดังนั้นความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมากจะมารับการรักษาเร็ว

## การประเมินความรุนแรงของโรค

การประเมินความรุนแรงของโรค จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีแบบประเมิน ดังนี้

### แบบประเมินตนเอง

1. แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่ แวดดาว ทวีชัย สร้างขึ้นตามแนวคิดของ เบลลามี และคณะ (Bellamy et al., 1988) จากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า โดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scales) เข่งเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร ที่แสดงถึงระดับความรุนแรงของโรค หาค่าความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 (สุมาพร บรรณสาร, 2545)

2. แบบวัดอาการความเจ็บปวด ซึ่งเป็นการวัดความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย แบบวัดอาการความเจ็บปวดมีหลายรูปแบบ เช่น มาตรฐานวัดความเจ็บปวดแบบง่าย (Simple descriptive scale) แบ่งระดับความเจ็บปวดออกเป็น 6 ระดับตามตัวเลข ตั้งแต่ 0-5 แทนระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด มาตรฐานวัดความเจ็บปวดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Vertical visual analogue scale) แบ่งระดับความเจ็บปวดออกเป็น 11 ระดับตามตัวเลข ตั้งแต่ 0-11 โดยที่หมายเลขศูนย์อยู่ในระดับต่ำสุดของสายตา และหมายเลข 10 อยู่ในระดับสูงสุดของสายตา มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของสีจิต (Stewart pain - color scale) โดยกำหนดระดับความเจ็บปวดเป็น 10 ช่อง แต่ละช่องมีสีต่างกันและบอกถึงระดับความเจ็บปวดต่างกัน เมื่อ ความรุนแรงของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นสีจะเข้มขึ้น มาตรฐานวัดความเจ็บปวดชนิดตัวเลข 0-10 (Numerical rating scale) มาตรฐานนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวดเลย และ 10 หมายถึง เจ็บปวดจนทนไม่ได้ มาตรฐานมีลักษณะเป็นช่องสี่เหลี่ยมจัตุรัสขนาด 1x1 เซนติเมตร เรียงต่อกันตามแนวนอน ภายในมีตัวเลขเรียงลำดับตั้งแต่ 0 ถึง 10 รวมทั้งหมด 11 ช่อง เรียก มาตรฐานวัดความเจ็บปวดแบบ 11 ช่องระดับคะแนน (Jensen et al., 1986:117-126 อ้างใน พรนิภา ลีละธนาฤกษ์, 2542:29)

3. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog หรือ Graphic rating scale) เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ที่ถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการของโรคที่เกิดขึ้นก่อนมารับการรักษาตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเข่งเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ และมีคำกำกับไว้ว่า “ไม่รุนแรงเลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนนและมีคำกำกับไว้ว่า “รุนแรงมากที่สุด” (Shephard, 2004)

### แบบประเมินทางคลินิก

1. แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินระดับความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองของ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) โดย Brott et al. (1989) แบบประเมินชนิดนี้เป็นแบบที่เป็นที่นิยมใช้มีค่าความเที่ยงในระดับสูง คืออยู่ระหว่าง .93 - .95 (Goldstein, Bertels and Davis, 1989; Goldstein and Samsa, 1997; Richardson, Murray, House and Lewenkopf, 2006 cited in Hinkle, 2007) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว 3 ข้อ การเคลื่อนไหวของลูกตา 1 ข้อ การมองเห็น 1 ข้อ การควบคุมการเคลื่อนไหวใบหน้า 1 ข้อ การเคลื่อนไหวของแขน 2 ข้อ การเคลื่อนไหวของขา 2 ข้อ การประสานงานของกล้ามเนื้อส่วนปลาย 1 ข้อ การรับรู้ความรู้สึก 1 ข้อ ความผิดปกติของการสื่อสาร 1 ข้อ ความบกพร่องของการพูด 1 ข้อ การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น 1 ข้อ คะแนนรวม 42 คะแนน

2. แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) ของสถาบันประสาทวิทยา ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม คือ การลืมตา (Eye opening) การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด (Verbal) การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Movement) ซึ่งมีคะแนนรวมสูงสุด = 15 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรุนแรงน้อย คะแนนน้อยหมายถึงมีความรุนแรงมาก (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างของ Shephard (2004) เพราะแบบประเมินนี้มีเพียง 1 ข้อ ทำง่ายเหมาะกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายจะมีปัญหาด้านการรับรู้ สมาธิและความจำลดลง และการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในงานวิจัยเล่มนี้เป็นการประเมินตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยและแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) โดย Brott et al. (1989) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้มีค่าความเที่ยงในระดับสูง

### บุคคลที่เกี่ยวข้อง

สภาพแวดล้อมทางสังคมขณะเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองมีส่วนสำคัญมากไม่ว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการขณะอยู่ในชุมชน ที่ทำงาน คู่สมรส ครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงานจะมีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการขึ้น (Evenson et al., 2001 cited in Shephard, 2004) ผลการวิจัยของ Shephard (2004) พบว่าผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษา คือ ครอบครัวหรือคู่สมรสร้อยละ 54 (n=46) เพื่อนร้อยละ 17 (n=14) ได้รับคำแนะนำจากศูนย์สุขภาพระดับปฐมภูมิจากร้อยละ 19 (n=16) เกิดอาการขณะอยู่คนเดียวร้อยละ



8 (n=7) และร้อยละ 2 ข้อมูลสูญหาย ผู้ป่วยที่เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันร้อยละ 90 จะได้รับคำแนะนำให้เรียกรถฉุกเฉินหรือให้มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน แต่มีเพียงร้อยละ 70 ปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ และยังมีคำแนะนำให้รอดูอาการก่อนก็ส่งผลต่อการมารับการรักษาช้า และยังมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่คนเดียวขณะเกิดอาการ จะทำให้เกิดการล่าช้าในการแสวงหาการรักษา ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บุคคลอื่นอยู่ด้วยขณะเกิดอาการจะมารับการรักษาเร็ว (Derex, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jorgensen et al. (1996) ที่พบว่าผู้ที่อยู่คนเดียวขณะเกิดอาการจะมารับการรักษาช้า และ Carroll et al. (2003) พบว่าเมื่อเกิดอาการขณะอยู่คนเดียวผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือจากครอบครัวมากกว่าระบบบริการสุขภาพ ซึ่งพบว่าครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ร้อยละ 67.5

นอกจากนี้ Rosamond et al. (1998 cited in Schneider et al., 2003) พบว่าปัญหาใหญ่ต่อผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องจะต้องสามารถรับรู้ว่าการที่เกิดเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองเพื่อมารับการรักษาที่รวดเร็ว) และผลการศึกษาของ Kothari et al. (1999) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเกิดอาการจะยังไม่ไปพบแพทย์จนกว่าจะได้รับคำแนะนำจากเพื่อนหรือครอบครัว

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าบุคคลที่เกี่ยวข้องมีผลต่อการมารับการรักษา การที่ผู้ป่วยรับรู้ความสำคัญของบุคคลที่เกี่ยวข้องเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง บุคคลจะค้นหาหรือขอคำแนะนำจากบุคคลที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติตัว ซึ่งจะส่งผลต่อระยะเวลามารับการรักษา ดังนั้นบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีบุคคลที่เกี่ยวข้องอยู่ด้วยขณะเกิดอาการจะมารับการรักษาเร็ว

### อายุ

อายุเป็นเรื่องประจำตัวของบุคคลและเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะของบุคคล การมีอายุเพิ่มขึ้นนั้นสิ่งที่เกิดตามมาด้วย คือ ความเจริญทางด้านร่างกาย และความคิดเห็นก็มีการพัฒนาตามมา (สุโท เจริญสุข, 2520) เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น บุคคลจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยได้ตรงตรง และการตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหามากยิ่งขึ้น บุคคลที่มีอายุต่างกันก็จะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันด้วย (Pender, 1996) จากการศึกษาของ Shephard (2004) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมอื่นๆพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีอายุมากจะมารับการรักษาเร็ว (Lacy et al., 2001; Chang et al., 2003; Mandelzweig et al.,



2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Feldmann et al. (1993) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 คน การมารับการรักษาที่รวดเร็วมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น แต่การศึกษาของ Turan et al. พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยจะมารับการรักษาเร็ว (Turan et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldstein et al. (2001) และบางการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา (Morris et al., 2000; Memis et al., 2008; Giles et al., 2006; Maestroni et al., 2008; Chen et al., 2007) สอดคล้องกับ Jorgensen et al. (1996: 383-387) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่รวดเร็วหลังเกิดอาการ ดังนั้นอายุมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีอายุมากจะมารับการรักษาเร็ว

#### เพศ

เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างเรื่องสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม มีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพแตกต่างกัน (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542) โดยเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเองบางอย่างเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง การศึกษาของ Bostner and Hultsch (1979 อ้างถึงใน ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2532) พบว่าเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำกว่าเพศหญิงเนื่องจากเพศชายมีความรับผิดชอบในครอบครัว การทำงานและการติดต่อสังคม การศึกษาของ Shephard (2004) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lacy et al. ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษาใน 3 ชั่วโมง แต่ผู้หญิงจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ชาย ในระยะเวลา 6 ชั่วโมง (Lacy et al., 2001) และบางการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษา (Morris et al., 2000; Turan et al., 2005; Memis et al., 2008; Giles et al., 2006; Maestroni et al., 2008) และ Jorgensen et al. (1996: 383-387) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่รวดเร็วหลังเกิดอาการ แต่การศึกษาของ Mandelzweig et al. พบว่าผู้หญิงจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ชาย (Mandelzweig et al., 2006; Derex et al., 2002)

และยังมีการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ Gurwitz et al. ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและระยะเวลาในการมารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นเพศหญิงจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย เนื่องจากความแตกต่างของเพศหญิงและเพศชาย ในเรื่องอาการที่ผู้ป่วยเป็น อาการแสดงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน (Gurwitz et al., 1997) แต่จากการศึกษาของ Sjogren et al. ศึกษาพบว่าเพศหญิงจะมารับการรักษาเร็วกว่าเพศชาย (Sjogren et al., 1979) ดังนั้นเพศมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

### สถานที่ขณะเกิดอาการ

สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการมีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการนั้น ทำให้สามารถมองเห็นได้ถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ จากการศึกษานี้ของ Shephard (2004) พบว่า ผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ในชุมชนจะใช้เวลาในการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ในชุมชนจะได้รับคำแนะนำว่าอาการมีความเร่งด่วน มีความรุนแรงมากกว่าอยู่ที่บ้าน

การศึกษาของ Jorgensen et al. (1996) ผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ที่ทำงาน ผู้ร่วมงานจะเห็นความสำคัญของการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่คนเดียว ซึ่งพบการศึกษาเกี่ยวกับสถานที่ขณะเกิดอาการในโรคอื่น ๆ อีกคือ สถานที่ขณะเกิดอาการมีผลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Dracup, 1995: 379-392) จากการศึกษานี้ของ Sjogren et al. (1979: 287-292) ได้ทำการศึกษาปัจจัยแวดล้อมผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เริ่มเกิดอาการพบว่า การที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการเตือนที่บ้านจะทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา เนื่องจากกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ขณะอยู่ที่บ้านส่วนใหญ่เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่กระทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การที่ผู้ป่วยเกิดอาการที่บ้านมีอิทธิพลต่อการเลือกที่จะทำกิจกรรม ซึ่งเมื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการ ผู้ป่วยจะรอคอยให้มีอาการหนักขึ้นก่อนจึงมารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะกลัวว่าหากมารับการรักษาจะเป็นการรบกวนสมาชิกในครอบครัว (Dracup, 1997: 253; McKinley, 2000: 237) และจากการศึกษาของ Burnett et al. (1995: 1019) ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดอาการเตือนที่ทำงาน จะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของอาการนอกบ้านแต่ไม่ใช่งาน เนื่องจากขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการในที่ทำงานหรือในขณะที่ผู้ป่วยทำงานอยู่นั้น ผู้ป่วยจะกังวลต่อภาระงานที่กระทำ ทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะกระทำกิจกรรม และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เกิดอาการเตือนและอาการเฉียบพลันในที่ทำงานนั้น ผู้ป่วยเลือกที่จะทำกิจกรรมอื่นเพื่อบรรเทาอาการ

ก่อนที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที (อรรถณี ช่างชายวงศ์, 2545) ดังนั้นสถานที่เกิดอาการมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Feldmann et al. (1993) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 คน พบว่าร้อยละ 74 มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 อย่าง ร้อยละ 26 มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวร้อยละ 19 มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 74 มีการศึกษาดี ซึ่งพบว่าการศึกษามีผลโดยตรงต่อความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การมารับรักษาที่รวดเร็วมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น อาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง แต่ประวัติโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาที่รวดเร็ว

Jorgensen et al. (1996: 383-387) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ที่ทำงานผู้ร่วมงานจะเห็นความสำคัญของการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่คนเดียว ส่วนปัจจัยด้านอายุ เพศ ประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่รวดเร็ว หลังเกิดอาการ แต่ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) จะมารับการรักษาเร็ว และพบว่าความรุนแรงของโรคที่วัดด้วย Scandinavian Stroke Scale (SSS) ที่มีความรุนแรงน้อยเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นของการมารับการรักษาล่าช้า สรุปผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ที่ทำงาน ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ความรุนแรงของโรคมกสามารถทำนายการมารับการรักษาที่รวดเร็วได้ร้อยละ 69

Yoon et al. (2001) ศึกษาในประชากรทั่วไปจำนวน 822 คนพบว่า ผู้ที่อายุน้อย ( $P=0.01$ ) เพศชาย ( $P=0.03$ ) ระดับการศึกษาสูง ( $P=0.002$ ) มีประวัติเป็นโรคหัวใจ ( $P=0.02$ ) ครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ( $P=0.0009$ ) เป็นตัวทำนายความรู้ที่ดีเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่ก็มีการศึกษาที่ผ่านมารู้ว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการค้นหาการรักษาได้

Reeves et al. (2002) ศึกษาความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่ที่ Michigan พบว่า ประชาชนมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 80 และอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 79 และยังพบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้

คือ เพศชาย, การศึกษาน้อยและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดีจะมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองน้อย ผู้ที่มีอายุมากกว่า 25 ปีจะมีความรู้ดีกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 75 ปี แต่พบว่าผู้ที่มีอายุน้อย 18-24 ปี มีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนน้อย ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือมีประวัติสูบบุหรี่จะมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองดี ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญจะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะให้ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

Carroll et al. (2003) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้ดีแต่การปฏิบัติไม่ดี พบว่า ประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับ อาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 อาการ (ดังรายละเอียดดังนี้ ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 92, ประชาชนทั่วไปร้อยละ 87.5, พยาบาลร้อยละ 100) บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมจะมีความรู้มากกว่าประชาชนทั่วไป ( $p < 0.01$ ) ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40 สามารถทราบว่าการที่เกิดขึ้นคือโรคหลอดเลือดสมองแต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เกิดโรคขึ้นก็ไม่ทราบว่าจำเป็นต้องปฏิบัติตัวเช่นไรทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษาตั้งแต่ 5 นาทีถึง 6 วัน โดยระบบบริการทางการแพทย์สามารถช่วยได้ร้อยละ 15 ครอบคลุมร้อยละ 67.5 ประชาชนทั่วไปร้อยละ 17.5 เมื่อผู้ที่เกิดอาการของโรคสามารถรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองก็สามารถขอความช่วยเหลือได้ในระยะเวลาสั้น สรุปประชาชนทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 อาการร้อยละ 90 ซึ่งไม่ขึ้นอยู่กับอายุ (Hux et al., 2000; Becker et al., 2001 cited in Carroll et al., 2003) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความตระหนักต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นน้อย มีเพียงร้อยละ 15 ที่เรียกใช้ระบบบริการฉุกเฉิน

Schneider et al. (2003) ศึกษาแนวโน้มความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรู้ของโรคหลอดเลือดสมองโดยต้องมีอายุน้อยกว่า 75 ปี และอายุน้อยกว่า 35 ปีจะมีความรู้น้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น

Shephard (2004) การตรวจสอบโมเดลการค้นหาการรักษาซ้ำของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน พบว่าร้อยละ 60 ( $n=51$ ) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ โดยร้อยละ 53 ( $n=44$ ) มารับการรักษาโดยใช้เวลาน้อยกว่า 2 ชั่วโมง มีความรุนแรงของโรคระดับน้อย (NIHSS Score 1-7,  $n=70$ ) ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง (NIHSS Score 8-15,  $n=13$ ) มีความรุนแรงระดับมาก 2 ราย (NIHSS Score  $>15$ ) โดยพบว่าระดับความรุนแรงมากจะใช้เวลาในการมารับการรักษาน้อย และเมื่อใช้แบบประเมินถามผู้ป่วยว่าคุณแน่ใจว่า



อาการที่เกิดเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยรับรู้ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจะใช้เวลาในการมารักษาน้อยกว่า สถานที่ขณะเกิดอาการ ผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ในชุมชนจะใช้เวลาในการมารักษาเร็วกว่าผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ในชุมชนจะได้รับคำแนะนำว่าอาการมีความเร่งด่วน มีความรุนแรงมากกว่าอยู่ที่บ้าน และบุคคลที่เกี่ยวข้องไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษา และไม่พบความแตกต่างในเรื่องเพศ

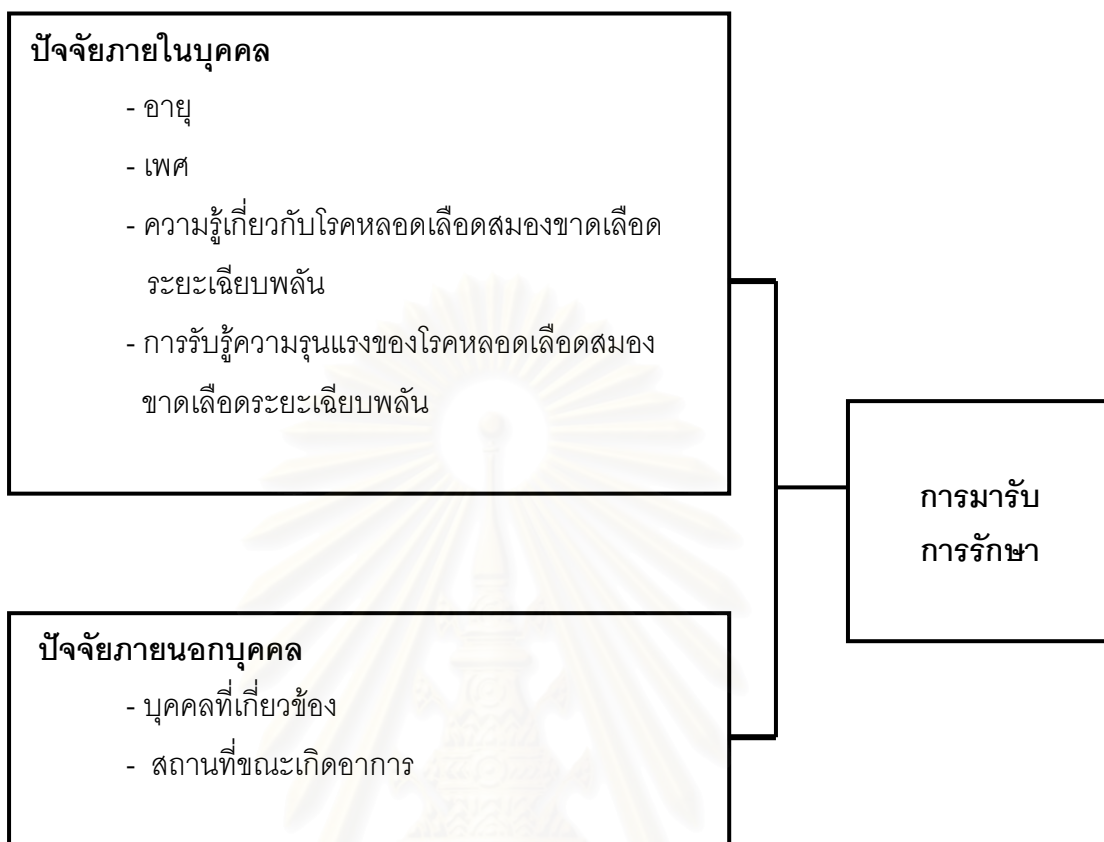
Pandian et al. (2006: 81-87) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความล่าช้าต่อการรับตัวไว้รักษาที่โรงพยาบาลในหน่วย Stroke unit ในอินเดีย ในกลุ่มตัวอย่าง 173 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการมีจำนวนร้อยละ 29 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นเวลา 2.5 ชั่วโมง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ชายและผู้หญิงใช้ระยะเวลาในการมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน อายุ การศึกษาไม่มีผลต่อระยะเวลาในการมารับการรักษา และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาในการมารับการรักษา คือ ระดับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อย ( $P$  vale = .70) มีบุคคลในครอบครัวและผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมารับการรักษาเร็ว ( $P$  = .33, .28 ตามลำดับ) และ Pandian et al. สรุปการศึกษาที่ผ่านมา ดังนี้ ในสหรัฐอเมริกาและยุโรปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการแบบเฉียบพลันและมีความรุนแรงมากจะมารับการรักษาเร็ว ในเอเชียผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมารับการรักษาเร็วขัดแย้งกับในอินเดียที่พบว่าผู้ป่วยอายุมากจะมารับการรักษาเร็ว

Mosley et al. (2007:361-366) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารักษาซ้ำ คือ ปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะทางคลินิก การรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และการขอความช่วยเหลือของแต่ละบุคคล โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรวดเร็วในการเรียกรถฉุกเฉินเพื่อมารับการรักษาคือผู้ป่วยไม่อยู่คนเดียวหลังเกิดอาการและมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่คนเดียวจะเรียกรถฉุกเฉินเพื่อมารับการรักษามีเพียงร้อยละ 18 เท่านั้น

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้คือ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่ขณะเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยแสดงเป็นกรอบแนวคิดไว้ดังนี้



## กรอบแนวคิดในการวิจัย



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

#### กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978)

$$n = 10k + 50$$

$$n = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$k = \text{จำนวนตัวแปรที่ทำการศึกษา}$$

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีตัวแปรทั้งหมด 7 ตัวแปร

$$n = 10(7) + 50 = 120 \text{ คน} \text{ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน}$$

2. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

2.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่มีอายุ 20-59 ปี

2.2 มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจภาษาไทย

2.3 สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้

2.4 ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลทำการสำรวจโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร แล้วเลือกแบบจำเพาะเจาะจงมา 1 โรงพยาบาลคือ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

4. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบบังเอิญหรือการเลือกตัวอย่างตามสะดวก (Accidental /convenience sampling) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เกิดจากสมองขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2552 เพื่อให้ครบตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

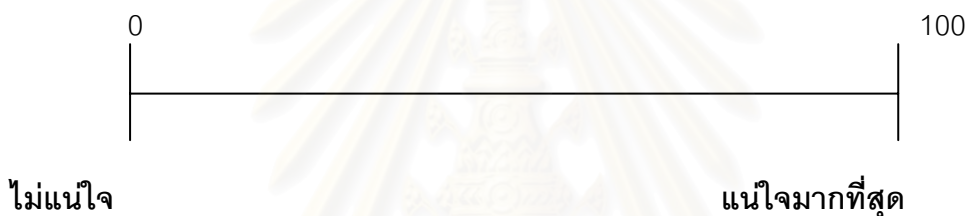
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และระยะเวลาต่างๆในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบบันทึกข้อมูลของ Shephard (2004) และจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม หนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการที่เกิดกับผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ อาการที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาล

วิธีที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เวลาที่เรียกรถฉุกเฉิน รถส่วนตัว/รถรับจ้าง เวลาที่รถฉุกเฉิน รถส่วนตัว/รถรับจ้างมาถึงสถานที่เกิดอาการ เวลาถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉิน สถานที่ขณะเกิดอาการที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาล ผู้ที่เป็นคนที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการ

ผู้ที่เป็นคนให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น คำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับก่อนมารับการรักษา กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำหลังเกิดอาการ ดังรายละเอียดในหน้า 107

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ของ Shephard (2004) โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทย แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเป็นแบบประเมินการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog หรือ Graphic rating scale) เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ที่ถามประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยถามว่า ผู้ป่วยแน่ใจหรือไม่ว่าอาการที่เกิดขึ้นก่อนมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับไว้ว่า “ไม่แน่ใจ” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนนและมีคำกำกับไว้ว่า “แน่ใจมากที่สุด”

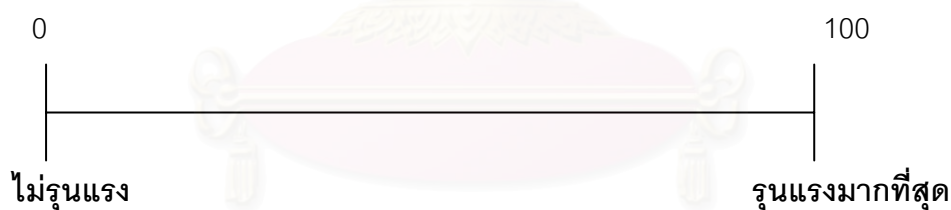


**เกณฑ์การให้คะแนน** ค่าคะแนนที่ได้มาจากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งมีคะแนนเท่ากับศูนย์ไปจนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างขีดเส้นตรง (/) ตัดลงบนเส้นตรงตามการรับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดขึ้นก่อนมารับการรักษา วัดความยาวจากจุดตั้งต้นถึงจุดที่กลุ่มตัวอย่างขีดไว้เป็นคะแนนการรับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างวัดออกมาเป็นมิลลิเมตร โดยใช้ไม้บรรทัดซึ่งมีไว้สำหรับการวัดและการตีเส้นโดยเฉพาะและใช้ไม้บรรทัดอันเดียวกันตลอดงานวิจัยนี้ หน่วยการวัดที่ใช้เป็นมิลลิเมตร ค่าคะแนนที่ได้คือค่าความยาวเป็นมิลลิเมตรที่ได้จากการวัด ดังนั้นคะแนนของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจึงมีค่าตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** การแปลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	ช่วงคะแนน
ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน	
ระดับความรู้น้อย	0 - 50
ระดับความรู้มาก	51 - 100

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของ Shephard (2004) โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทย แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog หรือ Graphic rating scale) เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ที่ถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการของโรคที่เกิดขึ้นก่อนมารับการรักษาตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง แนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับไว้ว่า “ไม่รุนแรงเลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนนและมีคำกำกับไว้ว่า “รุนแรงมากที่สุด”



**เกณฑ์การให้คะแนน** ค่าคะแนนที่ได้มาจากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งมีคะแนนเท่ากับศูนย์ไปจนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างขีดเส้นตรง (/) ตัดลงบนเส้นตรงตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นก่อนมารับการรักษา วัดความยาวจากจุดตั้งต้นถึงจุดที่กลุ่มตัวอย่างขีดไว้เป็นคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างวัดออกมาเป็นมิลลิเมตร โดยใช้ไม้บรรทัดซึ่งมีไว้ใช้สำหรับการวัดและการตีเส้นโดยเฉพาะและใช้ไม้บรรทัดอันเดียวกันตลอดงานวิจัยนี้ หน่วยการวัดที่ใช้เป็นมิลลิเมตร ค่าคะแนนที่ได้คือค่าความยาวเป็นมิลลิเมตรที่ได้จากการวัด ดังนั้นคะแนนของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงมีค่าตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน



**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** การแปลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

**ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ช่วงคะแนน  
ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน**

การรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย	0 - 50
การรับรู้ความรุนแรงของโรรมาก	51 - 100

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก) เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินระดับความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองของ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) โดย Brott et al. (1989) แบบประเมินชนิดนี้เป็นแบบที่เป็นที่นิยมใช้มีค่าความเที่ยงในระดับสูง คืออยู่ระหว่าง .93 - .95 (Goldstein, Bertels and Davis, 1989; Goldstein and Samsa, 1997; Richardson, Murray, House and Lewenkopf, 2006 cited in Hinkle, 2007) ได้แก่ ระดับความรู้สึกรู้ตัว 3 ข้อ การเคลื่อนไหวของลูกตา 1 ข้อ การมองเห็น 1 ข้อ การควบคุมการเคลื่อนไหวใบหน้า 1 ข้อ การเคลื่อนไหวของแขน 2 ข้อ การเคลื่อนไหวของขา 2 ข้อ การประสานงานของกล้ามเนื้อส่วนปลาย 1 ข้อ การรับรู้ความรู้สึก 1 ข้อ ความผิดปกติของการสื่อสาร 1 ข้อ ความบกพร่องของการพูด 1 ข้อ การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น 1 ข้อ คะแนนรวม 42 คะแนน

**เกณฑ์การให้คะแนน** ค่าคะแนนที่ได้มาจากการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 11 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อมีคะแนนกำกับไว้ตามความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเมื่อมารับการรักษาตั้งแต่แรกเริ่ม ดังนั้นคะแนนของแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองจึงมีค่าตั้งแต่ 0 - 42 คะแนน

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** การแปลคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	ช่วงคะแนน
ความรุนแรงของโรคน้อย	1 - 7
ความรุนแรงของโรคปานกลาง	8 - 15
ความรุนแรงของโรรมาก	> 15

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ทั้ง 4 ชุด ดังนี้

### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสม หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบประสาท จำนวน 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท จำนวน 2 คน 3) ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน

การตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit and Hungler, 1997)

- |   |         |                                                                               |
|---|---------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย                                              |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้อง |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้อง |
| 4 | หมายถึง | ข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับคำนิยาม                                           |

โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จำนวนข้อคำถามผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = .80

จากนั้นนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดย ทำการปรับสำนวนภาษา ตัดข้อคำถามเนื่องจากเป็นข้อคำถามในประเด็นเดียวกัน และเพิ่มข้อคำถามเพื่อความครอบคลุมของเนื้อหา

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และระยะเวลาต่างๆในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทำการศึกษานำร่องกับประชากรที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับประชากรที่จะทำการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 30 ราย โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษานำร่องคือ 1) ความเข้าใจในข้อคำถาม เพราะเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากภาษาต่างประเทศ และยังไม่เคยนำมาใช้ 2) เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายจะมีปัญหาด้านการรับรู้ สมาธิและความจำลดลง การใช้เวลาในการตอบแบบประเมินจะรบกวนเวลาการพักผ่อนของผู้ป่วย 3) วิธีการที่จะใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนตามแบบสอบถาม 4) ปัญหาและอุปสรรคอื่นๆเพื่อจะได้วางแผนแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง โดยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยใช้การคำนวณโดยวิธี test-retest โดยการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา และใช้แบบประเมิน ประเมินผู้ป่วยรายเดิมซ้ำอีกครั้งระยะเวลาห่างกัน 1 วัน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2545) แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเท่ากับ .80 ความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเท่ากับ .84 ความเที่ยงของแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (NIHSS) โดยใช้ในการหา Interrater retest แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2545) โดยการประเมินระหว่างพยาบาลกับพยาบาลได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลคือเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือยื่นถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเพื่อนำโครงร่างผ่านคณะกรรมการจริยธรรมกรุงเทพมหานคร

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมกรุงเทพมหานครแล้วทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. นำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือวิจัยส่งถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเพื่อขออนุมัติการทำวิจัย

4. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ทำการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทำการติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

4.1 ขั้นตอนการดำเนินการ โดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

4.2 เมื่อผู้ป่วยตรวจรักษาเสร็จเรียบร้อยแล้ว มีอาการคงที่ แพทย์รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

4.3 เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการโดยอธิบายถึงการตอบแบบสอบถาม ให้ผู้ป่วยอ่านข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/participant information sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้เซ็นใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) แล้วให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามเองหรืออ่านให้ฟังในรายที่มีข้อจำกัดเรื่องการอ่านหรือเขียน

4.4 เมื่อผู้ป่วยทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้ายังขาดข้อใดผู้วิจัยจะสอบถามและหาข้อมูลเพิ่มเติมให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์โดยในบางคำตอบจะได้มาจากการดูจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์และพยาบาลบันทึกไว้ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ 120 ชุด

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อโครงร่างผ่านคณะกรรมการจริยธรรมกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างกล่าวแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลแต่อย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง และการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) และสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. อายุ เพศ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง สถานที่ขณะเกิดอาการและการมารับการรักษา วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ปัจจัยด้าน อายุ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการมารับการรักษา โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)



3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษา โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญหรือระดับแอลฟา (Level of significance or alpha level) ไว้ที่ .05

4. วิเคราะห์ Degree of contribution ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 120 คน

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1** ศึกษาปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ปัจจัยภายนอกบุคคล ประกอบด้วย บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่ขณะเกิดอาการ การมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แสดงผลไว้ในตารางที่ 1-5

**ส่วนที่ 2** ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้องและสถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แสดงผลไว้ในตารางที่ 6-7

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ศึกษาปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ปัจจัยภายนอกบุคคล ประกอบด้วย บุคคลที่เกี่ยวข้อง สถานที่ขณะเกิดอาการ และการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (n = 120)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>		
20-40	36	30
41-60	84	70
$\bar{X} = 46.03, SD = 10.16$		
<b>เพศ</b>		
หญิง	69	57.50
ชาย	51	42.50
<b>การศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	3.33
ประถมศึกษา	46	38.33
มัธยมศึกษา, ปวช.	31	25.83
อนุปริญญา, ปวส.	13	10.83
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	26	21.67
<b>ประวัติโรคหลอดเลือด</b>		
ไม่เคย	94	78.33
เคย	26	21.67
<b>เลือดสมอง</b>		
<b>ผู้ให้ข้อมูล</b>		
ผู้ป่วย	90	75
ญาติ	27	22.50
ผู้นำส่ง	3	2.50

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันส่วนมากมีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 70) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 57.50 และ 42.50 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา, ปวช (ร้อยละ 38.33 และ 25.83 ตามลำดับ) และผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.33)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของอาการที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจำแนกตามลำดับการเกิดอาการ (n = 120)

อาการที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน	อันดับ1 (ร้อยละ)	อันดับ2 (ร้อยละ)	อันดับ3 (ร้อยละ)	อันดับ4 (ร้อยละ)	ไม่มีอาการ (ร้อยละ)
- แขนขาอ่อนแรง/แขนขาชา					
ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย	69(57.50)	15(12.50)	4(3.33)		32(26.67)
- ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด	37(30.83)	26(21.67)	5(4.17)	1(0.83)	51(42.50)
- เวียนศีรษะอย่างรุนแรง					
เดินเซ	17(14.17)	2(1.67)			101(84.20)
- ปวดศีรษะอย่างรุนแรง					
เฉียบพลัน	7(5.83)	2(1.67)	1(0.83)		110(91.67)
- ตามัว/เห็นภาพซ้อน/					
มองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง	1(0.83)	3 (2.50)	1 (0.83)		115(95.83)
- อื่นๆ (อุบัติเหตุ ชักหมดสติ)	31(25.83)	11 (9.17)	3 (2.50)		75(62.50)

จากตารางที่ 2 พบว่าอาการที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมากที่สุด คือ แขนขาอ่อนแรง/แขนขาชาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย และพบเป็นอันดับแรกของอาการที่เกิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (ร้อยละ 57.50) รองลงมา คือ อาการปากเบี้ยวพูดไม่ชัด และพบเป็นอันดับแรกของอาการที่เกิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (ร้อยละ 30.83)

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของอาการที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมารับการรักษา (n = 120)

อาการที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมารับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
- แขนขาอ่อนแรง/แขนขาชาาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย	78	65
- ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด	52	43.33
- ปวดศีรษะอย่างรุนแรงเฉียบพลัน	8	6.67
- เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เดินเซ	7	5.83
- ตามัว/เห็นภาพซ้อน/มองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง	1	0.83
- อื่นๆ (อุบัติเหตุ ชักหมดสติ)	38	31.67

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มาับการรักษาจะมากด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง/แขนขาชาาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาคืออาการปากเบี้ยวพูดไม่ชัดคิดเป็นร้อยละ 43.33 และยังพบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยอาการอื่นที่ไม่เฉพาะกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันแต่เมื่อตรวจวินิจฉัยพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 31.67



**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจำแนกตามบุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ ผู้ให้คำแนะนำเมื่อเกิดอาการ สถานที่ขณะเกิดอาการ คำแนะนำที่ได้รับก่อนมารับการรักษา กิจกรรมที่ทำก่อนมารับการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (n = 120)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
<b>บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ</b>		
ครอบครัว	72	60
อยู่คนเดียว	25	20.83
บุคคลอื่นๆ.	23	19.20
<b>ผู้ให้คำแนะนำเมื่อเกิดอาการ</b>		
ครอบครัว	56	46.67
ไม่ได้ปรึกษา	35	29.17
บุคคลอื่นๆ	19	15.83
เพื่อน	5	4.17
ผู้ร่วมงาน	5	4.17
<b>สถานที่เกิดอาการ</b>		
บ้าน	100	83.33
นอกบ้าน แต่ไม่ใช่ที่ทำงาน	11	9.17
ที่ทำงาน	9	7.50
<b>คำแนะนำที่ได้รับก่อนมารับการรักษา</b>		
ไปแผนกฉุกเฉิน	56	46.67
ไม่ได้รับ	33	27.50
รอดูอาการ	22	18.33
เรียกรถฉุกเฉิน	6	5
เรียกรถส่วนตัว/รถรับจ้าง	2	1.67
การรักษาวิธีอื่น	1	0.83

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำแนกตามบุคคลที่เกี่ยวข้องของขณะเกิดอาการ ผู้ให้คำแนะนำเมื่อเกิดอาการ สถานที่ขณะเกิดอาการ คำแนะนำที่ได้รับก่อนมารับการรักษา กิจกรรมที่ทำก่อนมารับการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (n = 120)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
<b>กิจกรรมที่ทำก่อนมารับการรักษา</b>		
รอดูอาการ	59	49.17
ไปแผนกฉุกเฉิน	24	20
เรียกรถส่วนตัว/รถรับจ้าง	12	10
ไม่ได้ทำ	9	7.50
เรียกรถฉุกเฉิน	9	7.50
การรักษาวิธีอื่น.	7	5.83
<b>ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน</b>		
ระดับความรู้มาก	24	20
ระดับรู้ความรู้น้อย	96	80
<b>การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน</b>		
การรับรู้ความรุนแรงมาก	78	65
การรับรู้ความรุนแรงน้อย	42	35
<b>การประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (NIHSS)</b>		
ความรุนแรงมาก	29	24.17
ความรุนแรงปานกลาง	41	34.17
ความรุนแรงน้อย	50	41.67

จากตารางที่ 4 พบว่า บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมากที่สุด คือ ครอบครัว (ร้อยละ 60) และผู้ให้คำแนะนำเมื่อเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมากที่สุด คือ ครอบครัว (ร้อยละ 46.67) สถานที่ขณะเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่มากที่สุด คือ ที่บ้าน (ร้อยละ 83.33)

คำแนะนำที่ได้รับก่อนมารับการรักษาคือ ไปแผนกฉุกเฉินมากที่สุด (ร้อยละ 46.67) และไม่ได้รับคำแนะนำ (ร้อยละ 27.50) และมีเพียงร้อยละ 20 ที่ไปแผนกฉุกเฉินเพื่อรับการรักษาและอีกร้อยละ 49.17 รอคูอาการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 80) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 75) การประเมินความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันด้วย NIHSS อยู่ในระดับรุนแรงน้อย (ร้อยละ 41.67)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจำแนกตามการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (วัดได้จากระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล) (n = 120)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงตัดสินใจมารับการรักษา</b>		
มารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง(180 นาที)	24	20.00
มารับการรักษามากกว่า 3 ชั่วโมง(>180นาที)	96	80.00
$\bar{X}$ =1005.38 นาที, Median =360 นาที, SD=1711.21		
มารับการรักษาภายใน 45 นาที	34	28.33
มารับการรักษามากกว่า 45 นาที	86	71.67
$\bar{X}$ 78.77 นาที, Median=68.50 นาที, SD= 55.43		
มารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง (180 นาที)	24	20
มารับการรักษามากกว่า 3 ชั่วโมง (>180 นาที)	96	80
$\bar{X}$ 1080.35 นาที, Median = 435 นาที, SD=1734.87		

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมารับการรักษาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงตัดสินใจมารับการรักษามากกว่า 3 ชั่วโมง (ร้อยละ 80) ระยะเวลาตั้งแต่เรียกรถฉุกเฉินรถส่วนตัว/รถรับจ้างจนมาถึงสถานที่เกิดอาการมากกว่า 45 นาที (ร้อยละ 71.67) ระยะเวลามารับการรักษาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินมากกว่า 3 ชั่วโมง (ร้อยละ 80)

ส่วนที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติโรคหลอดเลือด ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้องและสถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ตารางที่ 6 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้องและสถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (n =120)

ตัวแปร	ระยะเวลาการมารับการรักษา				$\chi^2$	P-Value
	ภายใน 3 ชั่วโมง		มากกว่า 3 ชั่วโมง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>อายุ</b>						
20-40	7	5.83	29	24.17	.01	.92
41-60	17	14.17	67	55.83		
<b>เพศ</b>						
ชาย	13	10.83	38	31.67	1.67	.20
หญิง	11	9.17	58	48.33		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0			8.88	.06
ประถมศึกษา	15	12.50				
มัธยมศึกษา,ปวช.	3	2.50				
อนุปริญญา ,ปวส.	1	0.83				
ปริญญาตรี	5	4.17				



**ตารางที่ 6 (ต่อ)** ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้องและสถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (n =120)

ตัวแปร	ระยะเวลาการมารับการรักษา				$\chi^2$	P-Value
	ภายใน 3 ชั่วโมง		มากกว่า 3 ชั่วโมง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ประวัติโรคหลอดเลือด</b>						
<b>สมอง</b>						
เคย	3	2.50	23	19.17	1.49	.22
ไม่เคย	21	17.50	73	60.83		
<b>ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน</b>						
ระดับความรู้มาก	4	3.33	20	16.67	.21	.65
ระดับรู้น้อย	20	16.67	76	63.33		
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน</b>						
การรับรู้ความรุนแรงมาก	24	20	54	45	16.16	.00
การรับรู้ความรุนแรงน้อย	0	0	42	35		
<b>บุคคลที่เกี่ยวข้อง</b>						
อยู่คนเดียว	2	1.67	23	19.17	21.74	.00
ครอบครัว	10	8.33	62	51.67		
บุคคลอื่นๆ	12	10	11	9.20		
<b>สถานที่ขณะเกิดอาการ</b>						
ที่บ้าน	12	10	88	73.33	31.27	.00
ที่ทำงาน	3	2.50	6	5		
นอกบ้าน แต่ไม่ใช่ที่ทำงาน	9	7.50	2	1.67		
					31.27	.00

จากตารางที่ 6 พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หรือการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย หรือกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากไม่แตกต่างกัน หมายความว่า การมารับการรักษาเร็วหรือช้าของกลุ่มตัวอย่างไม่ขึ้นอยู่กับอายุ

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หรือการมารับการรักษาของเพศชาย เพศหญิงไม่แตกต่างกัน หมายความว่า การมารับการรักษาเร็วหรือช้าของกลุ่มตัวอย่างไม่ขึ้นอยู่กับเพศ

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หรือการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ไม่แตกต่างกัน หมายความว่า การมารับการรักษาเร็วหรือช้าของกลุ่มตัวอย่างไม่ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา

ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หรือการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองกับไม่เคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน หมายความว่า การมารับการรักษาเร็วหรือช้าของกลุ่มตัวอย่างไม่ขึ้นอยู่กับประวัติโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หรือการมารับรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้มาก ระดับความรู้น้อยไม่แตกต่างกัน หมายความว่า การมารับการรักษาเร็วหรือช้าของกลุ่มตัวอย่างไม่ขึ้นอยู่กับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือการมารับรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงน้อย การรับรู้ความรุนแรงปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงมากแตกต่างกัน หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมากจะมารับการรักษาเร็ว กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงน้อย การรับรู้ความรุนแรงปานกลางจะพบเฉพาะในกลุ่มที่มารับการรักษาช้า

บุคคลที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือการมารับรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่คนเดียว ครอบครัว บุคคลอื่น ๆ อยู่ด้วยขณะเกิดอาการแตกต่างกัน หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีครอบครัวและอยู่คนเดียวขณะเกิดอาการจะมารับการรักษาช้า

สถานที่ขณะเกิดอาการ มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการขณะอยู่ที่บ้าน ที่ทำงาน นอกบ้าน แต่ไม่ใช่ที่ทำงานแตกต่างกัน หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการขณะอยู่ที่บ้านจะมารับการรักษาช้า

**ตารางที่ 7** วิเคราะห์ Degree of contribution ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่มารับการรักษาเร็ว (n = 24) และผู้ป่วยกลุ่มที่มารับการรักษาช้า (n = 96)

ตัวแปร	Degree of contribution	
	มารับการรักษาเร็ว	มารับการรักษาช้า
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน</b>		
การรับรู้ความรุนแรงมาก	4.43	1.13
การรับรู้ความรุนแรงน้อย	1.38	2.06
<b>บุคคลที่เกี่ยวข้อง</b>		
อยู่คนเดียว	1.80	0.45
ครอบครัว	1.34	0.34
บุคคลอื่นๆ	11.90	2.98
<b>สถานที่ขณะเกิดอาการ</b>		
ที่บ้าน	3.20	0.80
ที่ทำงาน	0.80	60.50
นอกบ้าน แต่ไม่ใช่ที่ทำงาน	21.02	5.25

จากตารางที่ 7 อธิบายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงมากมี Degree of contribution สูง ส่งผลต่อการมารับการรักษาเร็ว หมายความว่า การรับรู้ความรุนแรงมากมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเร็ว

บุคคลที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลอื่นๆอยู่ด้วยขณะเกิดอาการมี Degree of contribution สูง ส่งผลต่อการมารับการรักษาเร็ว หมายความว่า การมีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัวอยู่ด้วยขณะเกิดอาการ มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเร็ว

สถานที่ขณะเกิดอาการ กลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการขณะอยู่นอกบ้าน แต่ไม่ใช่ที่ทำงานมี Degree of contribution สูง ส่งผลต่อการมารับการรักษาเร็ว หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการขณะอยู่นอกบ้านแต่ไม่ใช่ที่ทำงาน มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเร็ว



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง สถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ปัจจัยภายนอกบุคคล ประกอบด้วย บุคคลที่เกี่ยวข้อง สถานที่ขณะเกิดอาการและการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน 2552 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบบังเอิญหรือการเลือกตัวอย่างตามสะดวก และคำนวณจากสูตร Thorndike (1978) รวมทั้งสิ้น 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และระยะเวลาต่างๆในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)



ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจหาความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยใช้การหา test-retest แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเท่ากับ .80 ความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเท่ากับ .84 ความเที่ยงของแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (NIHSS) โดยใช้การหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยการประเมินระหว่างพยาบาลกับพยาบาลได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบไค-สแควร์

### สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจำนวน 90 ราย ครอบคลุม 27 ราย บุคคลอื่นๆ 3 ราย (เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสาร) มีอายุระหว่าง 41 – 60 ปี ร้อยละ 53.83 เพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 57.5 และ 42.5 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา, ปวช (ร้อยละ 38.33 และ 25.83 ตามลำดับ) และผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.33)

2. บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการมากที่สุดคือ ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60 สถานที่ขณะเกิดอาการที่ผู้ป่วยอยู่มากที่สุดคือ ที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 80 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 65 การประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันด้วย NIHSS อยู่ในระดับรุนแรงน้อยคิดเป็นร้อยละ 41.67 การมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่ามีเพียงร้อยละ 20.00 เท่านั้นที่มารับการรักษาเร็ว คือใช้เวลาภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และมารับการรักษาช้า คือใช้เวลามากกว่า 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ คิดเป็นร้อยละ 80.00

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมากจะมารับการรักษาเร็ว

4. บุคคลที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลอื่นๆอยู่ด้วยขณะเกิดอาการจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเร็ว

5. สถานที่ขณะเกิดอาการ มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการขณะอยู่นอกบ้าน แต่ไม่ใช่ที่ทำงาน จะมารับการรักษาเร็ว

6. อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

### การมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันวัดออกมาเป็นระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของโรคจนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยที่ระยะเวลาต่างๆจากการศึกษาคั้งนี้เป็นการกระจายไม่เป็นปกติ และจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีการกระจายไม่เป็นปกติเช่นเดียวกัน (Shephard, 2004) ทั้งนี้เพราะเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การมารับการรักษาของบุคคล ที่เกิดในสถานการณ์ที่เป็นจริงซึ่งอาจจะเร็วเป็นนาทีจนกระทั่งมาช้าเป็นวัน ทำให้ข้อมูลมีการกระจายมาก ดังนั้นจึงใช้ค่ามัธยฐานซึ่งเป็นค่าที่เป็นตัวกลางได้ดีที่สุดสำหรับข้อมูลในลักษณะนี้ ในการนำเสนอผลที่ได้จากการศึกษา การศึกษาคั้งนี้ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคจนผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อพิจารณาระยะเวลา ก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Prehospital) ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจนผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษา และตั้งแต่ผู้ป่วยเรียกรถฉุกเฉิน รถส่วนตัว/รถรับจ้างจนมาถึงโรงพยาบาล เป็นระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาล คือ ตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจนผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาที่ค่ามัธยฐานเท่ากับ 360 นาที (6 ชั่วโมง) และตั้งแต่ตัดสินใจมารับการรักษาจนมาถึงโรงพยาบาลค่ามัธยฐานเท่ากับ 68.50 นาที (1 ชั่วโมง 8 นาที) และพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันตั้งแต่เกิดอาการจนถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการคิดเป็นร้อยละ 20.00 และมารับการรักษามากกว่า 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการคิดเป็นร้อยละ 80.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang et al. (2004), Harraf et al. (2002) และ Mosley et al. (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษามักจะมีอาการนานกว่า 3 ชั่วโมง จึงเป็นประเด็นสำคัญในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า และวิธีการแก้ไขที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วขึ้น

ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจนผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษา การศึกษาครั้งนี้ค่ามัธยฐานเท่ากับ 360 นาที (6 ชั่วโมง) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคจนผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาพบว่า เป็นระยะเวลาที่นานที่สุดของระยะเวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาล และเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาช้าของผู้ป่วยมากที่สุด โดยปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อมารับการรักษาระยะนี้ คือ ผู้ป่วยต้องสามารถรับรู้ได้ว่าอาการใดเป็นอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น และต้องมีการประเมินความรุนแรงของอาการ ซึ่งผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่ออาการที่ได้ประเมินไว้และค้นหาสาเหตุของอาการ ค้นหาการรักษาหรือรอดูอาการ รวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการมารับการรักษาระยะนี้ (Williams, Rosamond and Morris, 2000; Kothari et al., 1999; Shephard, 2004)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากจะมารับการรักษาเร็ว และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงน้อยพบเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่มารับการรักษาช้า แต่ไม่พบในกลุ่มที่มารับการรักษาเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยจะค้นหาวิธีการเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่หากรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงน้อยผู้ป่วยจะรอดูอาการ เมื่ออาการรุนแรงขึ้นจึงค้นหาการรักษา ในประเด็นบุคคลที่เกี่ยวข้อง พบผู้ป่วยที่อยู่กับบุคคลอื่นจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวหรืออยู่คนเดียวขณะเกิดอาการ เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวขณะเกิดอาการ ผู้ป่วยจะมารับการรักษาหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้สึก นึกคิดของผู้ป่วยเองทั้งหมด หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อย การรับรู้ความรุนแรงน้อยผู้ป่วยก็จะไม่มารับการรักษาหรือมารับการรักษาช้า ส่วนผู้ป่วยที่อยู่กับ

ครอบครัวขณะเกิดอาการ ครอบครัวของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญมากกว่าบุคคลอื่น เป็นผู้ที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการเป็นส่วนใหญ่ เป็นที่ปรึกษา ให้ความช่วยเหลือและตัดสินใจว่าต้องไปรับการรักษา หากครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อย การรับรู้ความรุนแรงน้อย ครอบครัวก็จะไม่แนะนำหรือนำผู้ป่วยมารับการรักษาทำให้มารับการรักษาช้าเช่นกัน และสถานที่ขณะเกิดอาการ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการขณะอยู่นอกบ้าน แต่ไม่ใช่ที่ทำงานมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องกังวลต่อภาระงานที่กระทำ ทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะมารับการรักษา

ส่วนระยะเวลาตั้งแต่ตัดสินใจมารับการรักษาจนมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระยะเวลาในการเดินทางพบว่ามีค่ามัธยฐานเท่ากับ 68.50 นาที (1 ชั่วโมง 8 นาที) โดยพบว่าเป็นระยะเวลาหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า เนื่องจากค่ามาตรฐานของระยะนี้เวลาไม่ควรเกิน 45 นาที และจากการศึกษาครั้งนี้ระยะเวลามีค่ามากกว่าการศึกษาในต่างประเทศ เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านระบบการจราจร ระบบรถโรงพยาบาลและในต่างประเทศมีระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical services) ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเดินทางได้มาก และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เดินทางด้วยระบบบริการรถฉุกเฉิน/รถพยาบาลจะใช้เวลาเฉลี่ยในการเดินทางน้อยที่สุด และมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 8-9 ภาคผนวก) ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงมาโรงพยาบาลได้

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน สามารถอภิปรายได้ดังนี้**

**1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน**

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงมากมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเร็ว และผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงน้อยจะมารับการรักษาช้า แต่ไม่พบในกลุ่มที่มารับการรักษาเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการมารับการ



รักษา แต่การรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันด้วย NIHSS ที่ผู้วิจัยประเมิน ซึ่งอยู่ในระดับรุนแรงน้อยคิดเป็นร้อยละ 41.67 (ตารางที่ 4) เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยประเมินเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเอง ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้โรคที่คุกคามต่อตนเองนั้นมีความรุนแรง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว (Becker, 1974) จะประเมินว่าโรคมีความรุนแรงมาก ส่วนการประเมินของผู้วิจัยเป็นการประเมินความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจริงจากผลของพยาธิสภาพจึงทำให้มีความแตกต่างกันของผลการประเมิน และความรุนแรงของโรคที่ประเมินด้วย NIHSS มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ได้รับการประเมินด้วย NIHSS ว่ามีระดับความรุนแรงมากจะมารับการรักษาเร็ว (ตารางที่ 10 ภาคผนวก)

ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับรุนแรงมากเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) ซึ่งความรุนแรงที่มากหรือน้อยต่างกันมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาในเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านคือ การศึกษาของ Shephard (2004) พบว่าร้อยละ 60 (n = 51) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ โดยพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ระดับความรุนแรงของโรคมากจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ระดับความรุนแรงของโรคน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jorgensen et al. (1996: 383-387) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่มีความรุนแรงของโรคน้อยเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นของการมารักษาล่าช้า

ปัจจัยเรื่องลักษณะอาการของโรคที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน คือ อาการแขนขาอ่อนแรง/แขนขาชาตึ่กใดซึ่กหนึ่งของร่างกาย ตามัว/เห็นภาพซ้อน/มองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ปวดศีรษะอย่างรุนแรงเฉียบพลัน เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เดินเซซึ่งเป็นอาการที่บ่งชี้ว่าจะเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง ไม่พบความแตกต่างในกลุ่มที่มารับการรักษาเร็วหรือมารับการรักษาช้า (ตารางที่ 12 ภาคผนวก) ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นต่างกันเ็นผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากตำแหน่งและความรุนแรงของการตีบ อุดตันในหลอดเลือดสมองที่ต่างกัน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีอาการชัดเจนและรุนแรงกว่าจะมารับการรักษาทันที ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่ชัดเจนและมีการรับรู้ความรุนแรงน้อยจะไม่มารับการรักษาทันที โดยส่วนมากมีสาเหตุจากผู้ป่วยรอดูอาการ แต่มีการศึกษาที่ขัดแย้งกันของ Chen et al. (2007) พบว่าระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำนายการมารับการรักษาช้าที่แผนกฉุกเฉินได้



ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วจึงต้องเน้น ในเรื่องการทำอย่างไรให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง และตัดสินใจมารับการรักษาทันที ซึ่งต้องอาศัยหลายปัจจัยร่วมกัน เพราะจากความหมายของการรับรู้คือ กระบวนการที่บุคคลได้รับสิ่งเข้าซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมต่างๆทั้งภายในและภายนอกร่างกาย กระตุ้นต่อประสาทสัมผัสแล้วนำไปแปลความหมายที่สัมพันธ์กับความคิดภายในจิตใจ ตลอดจนจนอาศัยประสบการณ์ การเรียนรู้ ทำให้บุคคลมีการรับรู้และตัดสินใจทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเรานั้น (เยาวัลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529 อ้างถึงใน ประภา รัตนเมธานนท์, 2532)

## 2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยขณะเกิดอาการจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่าบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยขณะเกิดอาการจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเร็วกว่าอยู่คนเดียวขณะเกิดอาการ และอยู่กับครอบครัวขณะเกิดอาการ เนื่องจากบุคคลที่จะปรึกษาและขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 คือครอบครัว เมื่อวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดอาการขณะอยู่ที่บ้าน บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษา จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าครอบครัวของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญมากกว่าบุคคลอื่น เป็นผู้ที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการเป็นส่วนใหญ่ เป็นที่ปรึกษา ให้ความช่วยเหลือและตัดสินใจว่าต้องไปรับการรักษา (ตารางที่ 4) และพบว่าผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการที่อยู่กับครอบครัวจะมารับการรักษาช้าร้อยละ 51.67 (ตารางที่ 6) การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 41-60 ปี ในสังคมไทยมักอยู่กับบุตรหลานซึ่งยึดมั่นในค่านิยมเรื่องความกตัญญู ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเกิดอาการจะยังไม่ไปพบแพทย์จนกว่าจะได้รับคำแนะนำจากครอบครัว (Kothari et al., 1999) หากครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญก็จะนำผู้ป่วยมารับการรักษา จะเห็นได้ว่าครอบครัวของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วหรือช้าได้

ส่วนผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวขณะเกิดอาการกับมารับการรักษานั้น พบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการขณะอยู่คนเดียวจะมารับการรักษาช้า แสดงให้เห็นความสำคัญของบุคคลที่เกี่ยวข้องที่อยู่

ร่วมในเหตุการณ์ มีส่วนช่วยเหลือให้มารับการรักษาที่เร็ว เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่คนเดียวขณะเกิดอาการ จะทำให้เกิดการล่าช้าในการค้นหาการรักษา ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บุคคลอื่นอยู่ด้วยขณะเกิดอาการจะมารับการรักษาเร็ว (Derex, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jorgensen et al. (1996) ที่พบว่าผู้ที่อยู่คนเดียวขณะเกิดอาการจะมารับการรักษาช้า

การมีบุคคลอื่นๆ อยู่ด้วยขณะเกิดอาการมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเร็วกว่าอยู่กับครอบครัวและอยู่คนเดียว (ตารางที่ 6) เนื่องจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมหรือสถานที่ขณะเกิดอาการจะเป็นตัวกำหนดบุคคลที่เกี่ยวข้องและจะมีผลต่อการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคล เช่น ถ้าเกิดอาการขณะอยู่ที่บ้านบทบาทที่แสดงก็จะเป็นแบบพึ่งพา สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดอาการ แต่หากเกิดอาการขณะอยู่กับบุคคลอื่นความรู้สึกพึ่งพาก็จะลดลง

### 3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่ขณะเกิดอาการกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า สถานที่ขณะเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการขณะอยู่นอกบ้าน แต่ไม่ใช่ที่ทำงานมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการขณะอยู่นอกบ้าน แต่ไม่ใช่ที่ทำงานมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาเร็ว เนื่องจากการเกิดอาการนอกบ้านมีความจำกัดในเรื่องสถานที่ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้สะดวก จึงมารับการรักษาทันที และจากการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดอาการที่บ้าน (ร้อยละ 83.33) (ตารางที่ 4) โดยพบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการที่บ้านคือกลุ่มที่มารับการรักษาช้ามากกว่ากลุ่มที่มารับการรักษาเร็ว (ตารางที่ 6) อธิบายได้ว่า บ้านเป็นสถานที่ที่ทำกิจกรรมได้สะดวกก่อนไปรับการรักษา เช่น นอนพัก รักษาเอง เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการ ผู้ป่วยจะรอดูอาการก่อน เมื่ออาการไม่ดีขึ้นหรือมีอาการหนักขึ้นจึงมารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Shephard (2004) พบว่าผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ในชุมชนจะใช้เวลาในการมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ที่เกิดอาการขณะอยู่ในชุมชนจะได้รับคำแนะนำว่าอาการมีความเร่งด่วน มีความรุนแรงมากกว่าอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมที่ทำ พบว่าเมื่อเกิดอาการขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำให้ไปแผนกฉุกเฉิน (ร้อยละ 46.67) แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรอดูอาการก่อนร้อยละ 49.17 โดยพบว่าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทันทีเพียงร้อยละ 45 (ตารางที่ 4) และเมื่อศึกษาถึงความแตกต่างในเรื่องกิจกรรมที่ทำครั้งแรกเมื่อเกิดอาการ ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่มาับการรักษาเร็วและผู้ป่วยกลุ่มที่มาับการรักษาช้า พบว่า การทำกิจกรรมต่างๆคือ ไม่ได้ทำอะไร รอดูอาการ จะไปรับการรักษาที่ต่อเมื่อมีอาการรุนแรงขึ้นอีก ไปรักษาที่คลินิก พบในกลุ่มที่มาับการรักษาช้ามากกว่ากลุ่มที่มาับการรักษาเร็ว พิจารณาจากกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า กิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเป็นผลมาจากการรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร ดังนั้นการที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ความสำคัญจึงอยู่ที่การรับรู้ของผู้ป่วยในอาการแสดงที่เกิดขึ้น

การเดินทางไปโรงพยาบาล พบว่าเดินทางไปรับการรักษาโดยรถแท็กซี่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55) เมื่อศึกษาถึงวิธีการเดินทางกับระยะเวลาในการมารับการรักษา พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยระยะเวลาของการเดินทางโดยวิธีการต่างๆพบว่าการเดินทางด้วยรถพยาบาลจะมีค่าเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการเดินทางน้อยที่สุด (ตารางที่ 8 ภาคผนวก) มีการศึกษาที่สอดคล้องกันคือการศึกษาของ Shephard (2004) พบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยรถฉุกเฉินจะใช้ระยะเวลาการเดินทางน้อยกว่าวิธีอื่นๆ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีการใช้รถพยาบาลเพียง 17 ราย (ตารางที่ 8 ภาคผนวก) โดยผู้ป่วย 1 รายที่มารถรับจ้างให้ข้อมูลว่าต้องใช้ระยะเวลาในการรถพยาบาลนานและญาติเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจึงเรียกรถรับจ้าง ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีการใช้รถพยาบาลถึงร้อยละ 70 (Shephard, 2004) ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการของรถพยาบาลในประเทศไทยยังไม่ทั่วถึง และจากการสัมภาษณ์มีผู้ป่วยและผู้นำส่งให้ข้อมูลว่าไม่ทราบบริการหรือวิธีการเข้าถึงบริการ แสดงให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการรถฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ สามารถให้บริการประชาชนได้ทั่วถึง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### 4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่มารับการรักษาเร็วและกลุ่มที่มารับการรักษาช้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Shephard (2004), การศึกษาของ Schneider et al. (2003) พบว่าประชากรที่ศึกษามากกว่าร้อยละ 72 มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคอย่างน้อย 1 อย่าง และเชื่อว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถแยกได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการโรคหลอดเลือดสมองจะเรียกรถฉุกเฉินเพื่อมารับรักษาได้เร็ว (Schneider et al., 2003; Hemmen, 2008) แต่สอดคล้องกับ Carroll et al. (2003) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้ดีแต่การปฏิบัติไม่ดี พบว่า ประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 อาการ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เกิดโรคขึ้นก็ไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัวเช่นไร จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษาตั้งแต่ 5 นาทีถึง 6 วัน ทั้งนี้เพราะการไปรับการรักษาเป็นเรื่องของพฤติกรรมแต่ละบุคคล ที่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้อาจเกิดจากความสามารถในการวัดของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นแบบประเมินด้วยสายตาอาจไม่สามารถวัดความรู้ได้ตรงตามความเป็นจริง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้เป็นข้อมูลที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้เพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับ Shephard (2004) ที่พบว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จะใช้เวลาในการมารับการรักษาน้อย

มีประเด็นที่น่าสนใจคือเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการจะมีการตอบสนองต่ออาการที่ได้ประเมินไว้โดยการรอดูอาการมากที่สุด (ตารางที่ 4) ซึ่งน่าจะเกิดจากการไม่มีความรู้หรือมีความรู้ไม่เพียงพอ และผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เพิ่มเติมถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือญาติหรือผู้นำส่ง ทราบอาการของโรคหลอดเลือดสมอง 1 ถึง 2 อาการเพียงร้อยละ 38.33 (ตารางที่ 11 ภาคผนวก) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประชาชนทั่วไปยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อย เพียงร้อยละ 39-61 ที่ทราบอาการเตือนอย่างน้อย 1 อย่างของโรคหลอดเลือดสมอง (Pancioli et al., 1998 cited in Schneider et al., 2003) และมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคอย่างน้อย 1 อย่างเพียงร้อยละ 57-76 (Kothari et al., 1997 cited in Schneider et al., 2003)



ในการศึกษานี้สัมภาษณ์เพิ่มเติมถึงประสบการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้นำส่งที่เคยเผชิญมาในอดีต เช่น มีเพื่อนบ้านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.33) และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์จะมารับการรักษาเร็วช้าไม่แตกต่างกัน ( $p = .887$ ) (ตารางที่ 1)

มีข้อน่าสนใจในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทราบเพียงว่า โรคนี้มีอันตรายและเป็นสาเหตุการตายที่กระหน่ำทันได้ อาจเนื่องจากการได้ทราบข่าวของคนรู้จักหรือบุคคลที่มีชื่อเสียงป่วยเป็นโรคนี้ แต่ความรู้ในเรื่องอื่นๆคือ สาเหตุ อาการสำคัญ อันตราย การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ การรักษาที่ได้ผลดีถ้ามาเร็ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบ มีผู้ป่วยบางรายบอกว่าไม่เคยรู้จักและไม่เคยได้ยินโรคนี้เลย ดังนั้นจึงต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปรับทราบ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคให้มีความรู้ด้านการป้องกันโรค และเมื่อเกิดอาการขึ้นสามารถประเมินอาการได้ถูกต้อง โดยเน้นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นคือ แขนขาอ่อนแรง/แขนขาชาาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายพบได้เป็นอันดับ 1 ร้อยละ 57.5 ปากเบี้ยวพูดไม่ชัดพบได้เป็นอันดับ 1 ร้อยละ 30.83 ตามัว/เห็นภาพซ้อน/มองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง ปวดศีรษะอย่างรุนแรงเฉียบพลัน และเวียนศีรษะอย่างรุนแรง เดินเซ (ตารางที่ 2) มารับการรักษาทันทีเมื่อเกิดอาการ ทั้งนี้ต้องใช้สื่อที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็วและประชาชนทุกระดับชนชั้นสามารถเข้าถึง เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น และในระดับโรงพยาบาลพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สามารถประเมินอาการที่เกิดขึ้นได้ จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นทันทีและถูกต้อง

## 5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน โดยจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41-60 ปีร้อยละ 53.83 (ค่าเฉลี่ย 46.03) จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงของวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Middle adulthood) ซึ่งในช่วงนี้พบว่าเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ระบบหัวใจและหลอดเลือดเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในช่วงวัยนี้ จึงทำให้พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Santrock, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะด้านการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีตั้งแต่ไม่ได้รับการศึกษาจนถึงระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าโดยพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.33) อยู่ในระดับประถมศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.83) จะอยู่ในช่วงของ



วัยผู้ใหญ่ตอนกลางการศึกษาภาคบังคับในอดีตจะเป็นระดับประถมศึกษา ยังไม่ได้รับการส่งเสริมในด้านการศึกษาเหมือนปัจจุบัน หรือบางรายมักจะรอที่จะปรึกษาสมาชิกในครอบครัวก่อนที่จะตัดสินใจมาโรงพยาบาล เนื่องจากวัยนี้เริ่มเป็นวัยที่ต้องพึ่งพา ส่วนใหญ่การเดินทางมาด้วยตนเองทันทีมักเป็นเรื่องยากส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรอให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้พามารับการรักษานอกจากนี้การกระจายของข้อมูลด้านอายุซึ่งมีช่วงวัยที่มีการกระจายน้อยนั้นทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของของ Shephard (2004) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน การศึกษาของ Jorgensen et al. (1996: 383-387) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่รวดเร็วหลังเกิดอาการ และบางการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษา (Morris et al., 2000; Memis et al., 2008; Giles et al., 2006; Maestroni et al., 2008; Chen et al., 2007) ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Feldmann et al. (1993) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยการมารับการรักษาที่รวดเร็วมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น และการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีอายุมากจะมารับการรักษาเร็ว (Lacy et al., 2001; Chang et al., 2003; Mandelzweig et al., 2006) ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้อาจเกิดจากวัยนี้เริ่มเป็นวัยที่ต้องพึ่งพา ผู้ป่วยจะรอให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้พามารับการรักษา ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา, ปวช. (ร้อยละ 38.33 และ 25.83 ตามลำดับ) ทำให้การเรียนรู้ การรับรู้เรื่องราวต่างๆ จากการศึกษาหรือประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน และการเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงทำให้เกิดความไม่สอดคล้องกันของผลการศึกษา

## 6. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.5 และ 42.5 ตามลำดับ

ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mandelzweig et al. (2006) ที่พบว่าผู้หญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จะตัดสินใจมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Derex et al. (2002) แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ Shephard

(2004) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน การศึกษาของ Lacy et al. ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษาใน 3 และอีกหลายการศึกษาที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษา (Morris et al., 2000; Turan et al., 2005; Memis et al., 2008; Giles et al., 2006; Maestroni et al., 2008)

จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงและเพศชายมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันและการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันไม่แตกต่างกัน และถึงแม้จะทราบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น แต่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการวิจัยผู้ป่วยมีการรับรู้ความรู้น้อยคิดเป็นร้อยละ 80 และไม่ตระหนักถึงความรุนแรง อันตรายที่เกิดขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมเผชิญปัญหาที่เป็นลักษณะต้องการลดความรู้สึกถูกคุกคาม และควบคุมสถานการณ์ เช่น รอคอยอาการ การรักษาเอง การนอนพัก เป็นต้น จึงทำให้มารับการรักษาช้า เพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาเร็วของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน คือ การรับรู้ความรุนแรงมาก การอยู่กับบุคคลอื่น ๆ ขณะเกิดอาการ และการอยู่นอกบ้านแต่ไม่ใช่ที่ทำงานขณะเกิดอาการ แต่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ประชาชนทั่วไป โดยมุ่งเน้นความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการใช้สื่อต่างๆ ที่เข้าถึงประชาชนได้รวดเร็ว สดวก สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันและผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อแล้ว ให้ตระหนักถึงอันตราย ทราบถึงประโยชน์ของการมารับการรักษาที่รวดเร็วเมื่อเกิดอาการขึ้น โดยการรณรงค์ในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วย ให้มีความรู้เรื่องการประเมินอาการผิดปกติ เพื่อที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ถูกต้อง สามารถส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

2. การพัฒนาระบบรพพยาบาลฉุกเฉินที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพและทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ มีความสะดวกในการติดต่อ และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบอย่างทั่วถึง เพื่อที่จะสามารถส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วกว่าวิธีอื่น แต่มีผู้ใช้บริการเพียงร้อยละ 14.17

3. จัดโครงการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แก่ผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปขณะที่เกิดอาการของโรคนี้ เพื่อให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเพื่อการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดอาการ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในสังกัดอื่น และภูมิภาคอื่น เพื่อสามารถอ้างอิงผลการวิจัยได้ เนื่องจากระบบการคมนาคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคมในแต่ละจังหวัดของประเทศแตกต่างกันเพื่อขยายความรู้เรื่องนี้ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

2. ศึกษาปัจจัยทำนายนายการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเพื่อนำความรู้ไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาได้เร็วขึ้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กันยา สุวรรณแสง. (2538). **จิตวิทยาทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: แอล.ที.เพรส.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). **โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล**. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. (2550). **การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงนรินทร์. (2544). **โรคหลอดเลือดสมอง**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2545). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูล. (2547). **ระเบียบวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฎิพร บุญยพัฒน์กุล. (2544). **การศึกษาประการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). **การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรนิภา ลีละธนาภักษ์. (2542). **ผลการใช้สื่ออารมณ์ขันที่มีต่อการเจ็บปวดและความเครียดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พร้อมจิต ห่อนบุญheim. (2537). **การสอนทักษะการคิดขั้นสูง: ความสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล**. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 1: 16-21.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). **การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล**. กรุงเทพมหานคร.

- รังสรรค์ ชัยเสวีกุล. การรักษาทางอายุรกรรม. (2547). ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพมหานคร: แอล ที เพรส.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางการแพทย์บาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). **ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วารภรณ์ จิธานนท์. (2547). **สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2538). **ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว**. **วารสารพยาบาล** 44: 88-89.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2550). **อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อประชากร 100,000 คน) พ.ศ. 2541-2545**. Retrieved October 21, 2547, Available from : [http://www.nso.go.th/nso/data/23/state\\_23/toc\\_4/4.3-2.xls](http://www.nso.go.th/nso/data/23/state_23/toc_4/4.3-2.xls). [2007, November 17].
- สถาบันประสาทวิทยา. (2549). **แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ฉบับที่ 1**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป ฉบับที่ 1**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2541). **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ยุทธรินทร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2**. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สิทธิ์ ธีรธรรม. (2550). **เทคนิคการเขียนรายงานวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วี พรินท์ (1991).



- สุดศิริ หิรัญชอุณหะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรีบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนีย์ เขียมศิริบุญกุล. (2540). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุโท เจริญสุข. (2520). จิตวิทยาวัยรุ่นฉบับมาตรฐาน. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อที่สำคัญและอุบัติเหตุนานาชาติทางบก พ.ศ. 2544-2548[Online]. Available from : <http://www.moph.go.th>[2007, November 17].
- อรมนี ช้างชายวงศ์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมา จันทวิเศษ. (2539). การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

### ภาษาอังกฤษ

- Adams, H. P., et al. (1994). Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke: A statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. *Stroke* 25: 1901-1914.
- Adams, H. P., et al. (2003). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. *Stroke* 34: 1056-1083.

- Adams, H. P., et al. (2007). Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. American Heart Association [Online]. Available from: <http://www.stroke.org>[2008, June 10].
- Adams, H.P., et al. (2007). Early Management of Adults With Ischemic Stroke Circulation [Online]. Available from: <http://www.circ.ahajournals.org> [2008,June 10].
- American Heart Association. Stroke statistics [Online]. 2006. Available from: [http://www.stroke statistics](http://www.strokestatistics.org)[2008, July 29]
- Bader, M. K., and Palmer, S. (2006). What's the "hyper" in hyperacute stroke? Strategies to improve outcomes in ischemic stroke patients presenting within 6 hours. *AACN Advanced Critical Care* 17: 194-214.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. **The health belief model and personal health behavior**. New Jersey: Charles B. Slack.
- Becker, M. H., and Maiman, L. A. (1975). The health belief model :Origins and correlation in psychological theory. *Health Education Monographs* 336-353.
- Burnett, R. E., Blumenthal, J. A., Mark, D. B., Leimberger, J. D., and Ccliff, R. M. (1995). Distinguishing between early and late responders to symptoms of acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology* 75: 1019-1022.
- Carroll, C., Hobart, J., Fox, C., Teare, L., and Gigson, J., Stroke in Devon. (2008). Knowledge was good, but action was poor [Online]. 2003. Available from: <http://www.jnnp.com>[2008, July 29].
- Chang, K., Tseng, M., and Tan, T. (2004). Prehospital delay after acute stroke in Kaohsiung, Taiwan. *Stroke* 700-704.
- Chen, C., et al. (2007). Pre-hospital and in-hospital delays after onset of acute ischemic stroke – A hospital-based study in Southern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* 23: 552-559.
- Dere, L., Adeleine, P., Nighoghossian, N., Honnorat, J., and Trouillas. (2008). Factors influencing early admission in a French Stroke Unit. *Stroke* [Online]. Available from: <http://www.strokeaha.org>[2008, July 29].
- Dodd, M., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing* 33: 668-676.

- Dracup, K., et al. (1995). Cause of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. **Social Science Medicine** 40: 379-392.
- Dracup, K., and Moser, D. K. (1997). Beyond sociodemographics: Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. **Heart & Lung** 26: 253-262.
- Duffy, B.K., Phillips, P.A., Davis, S.M., Donnan, G.A., and Vedadhagi, M .E. (2003). Evidence-based care and outcomes of acute stroke managed in hospital specialty units. **MJA** 178: 318-323.
- Evenson, K., Rosamond, W., and Morris, D. (2001). Pre-hospital and in-hospital delays in acute stroke care. **Neuroepidemiology** 2065-2076.
- Feldmann, E., et al. (1993). Factors associated with early presentation of acute stroke. **Stroke** 24: 1805-1810.
- Frey, J. L. (2005). Recombinant tissue plasminogen activator (rtPA) for stroke the perspective at 8 year. **The Neurologist** 11: 123-133.
- Giles, M.F., Flossman, E., and Rothwell. (2008). Patient behavior immediately after transient ischemic attack according to clinical characteristics, perception of the event, and predicted risk of stroke. *Stroke* [Online]. Available from: <http://www.strokeaha.org>[2008, July29].
- Gladstone, D.J., et al. (2006). Turning a stroke into a TIA: Curative thrombolysis with combined intravenous and intra-arterial tPA. **Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians** 854-857.
- Goldberg, R. J., et al. (1998). Sex differences in symptom presentation with acute myocardial infarction: A population-based perspective. **American Heart Journal** 136 189-195.
- Goldstein, L. B., Edwards, M. G., and Wood, D. P. (2001). Delay between stroke onset and emergency department evaluation. **Neuroepidemiology** 20: 196-200.
- Gurwitz, J. H., et al. (1997). Delayed hospital presentation in patients who have had acute myocardial infarction. **Annals of Internal Medicine** 126: 593-599.
- Harraf, F., et al. (2002). A multicentre observational study of presentation and early assessment of acute Stroke. **BMJ** 323: 1-5.

- Heart and stroke foundation of Ontario. (2008). Management of acute stroke [Online]. Available from: <http://www.heartandstroke.ca/profed>[2551, July 29].
- Hemmen, T. (2008). Patient delay in acute stroke response. **European Journal of Neurology** 15: 315-316.
- Herper, J. P. (2006). Emergency nurses' knowledge of evidence-based ischemic stroke care: A pilot study. **Journal of Emergency Nursing** 22: 202-207.
- Hinkle, J. L., and Guanci, M. M. (2007). Acute Ischemic Stroke Review. **Journal of Neuroscience Nursing** 39: 285-294.
- Inatomi, Y., Yonehara, T., Hashimoto, Y., Hirano, T., and Uchino, M. (2008). Pre-hospital delay in the use of intravenous rt-PA for acute ischemic stroke in Japan. **Journal of the Neuroscience Sciences** 1-6.
- Jorgensen, H. S., Nakayama, H., Reith, J., Raaschou, H.O., and Olsen, T. S. (1996). Factors delaying hospital admission in acute stroke: The Copenhagen stroke study. **Neurology** 49:383-387.
- Kleindorfer, D. O., et al. (2008). Community socioeconomic status and prehospital times in acute stroke and transient ischemic attack, Do poorer patients have longer delays from 911 call to the emergency department?. **Stroke**[Online]. Available from: <http://www.strokeaha.org>[2008, July 29]
- Kothari, R. et al. (1999). Acute stroke: Delays to presentation and emergency department evaluation. **Annals of Emergency Medicine** 333-338.
- Lacy, C. R., Suh, D., Bueno, M., and Kostis, J. B. (2001). Delay in presentation and evaluation for acute stroke. **Stroke** 32: 63-69.
- American Heart Association/ American Stroke Association. (2008). Let's talk about stroke, TIA and warning sing [Online]. Available from: <http://www.strokeaha.org>[2008, August 20]
- Llewellyn-Thomas, H. (1995). Patient's health-care decision-making: A framework for descriptive and experimental investigation. **Medical Decision Making** 15: 101-106.
- Maestroni, A., et al. (2008). Factors influencing delay in presentation for acute stroke in an emergency department in Milan, Italy. **Emerg Med J** 25: 340-345.

- Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V., and Tanne, D. (2006). Perceptual, social, and behavioral factor associated with delays in seeking medical care in patients with symptoms of acute stroke. **Stroke** 1248-1253.
- Martin-Schild, S., et al. (2008). Does study enrollment delay treatment with intravenous thrombolytics for acute ischemic stroke?. **Stroke** [Online]. Available from: <http://www.stroke.ahajournals.org>[2008, November 2].
- McKinley, S., Moser, D. K., and Dracup, K. (2000). Treatment-seeking behavior for acute myocardial infraction symptoms in North America and Australia. **Heart & Lung** 29: 237-247.
- Memis, S., Tugrul, E., Evci, E. D., and Ergin, F. (2008). Multiple causes for delay in arrival at hospital in acute stroke patients in Ayin, Turkey. **BMC Neurology** 8: 1-6.
- Miller, E. T., King, K. A., Miller, R., and Kleindorfer, D. (2007). FAST stroke prevention educational program for middle school students: Pilot study results. **Journal of Neuroscience Nursing** 39: 236-242.
- Miller, E. T. (2007). Prevention of transient ischemic attack and stroke in older adults. **Journal of Gerontological Nursing** 26-37.
- Moloczij, N., McPherson, K. M., Smith, J. F., and Kayes, N. M. (2008). Help-seeking at the time of stroke: Stroke survivors' perspectives on their decitions. **Health and Social Care in the Community** 16: 501-510.
- Montaner, H., et al. (2008). Etiologic diagnosis of ischemic stroke subtypes with plasma biomarkers. **Stroke** [Online]. Available from: <http://www.strokeaha.org>[2008, July29].
- Morris, D. L., Rosamond, W., Hinn, A., and Gorton, R. (1999). Time delays in accessing acute stroke care in the emergency department. **Academic Emergency Medicine** 6: 218-223.
- Morris, D.L., Rosamond, W., Madden, K., Schultz, C., and Hamilton, S. (2000): Prehospital and emergency department delays after acute stroke. **Stroke** 31: 2585-2590.



- Moser, D.K., et al. (2008). Reducing delay in seeking treatment by patient with acute coronary syndrome and stroke: A scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council. *Circulation*[Online]. 2006. Available from: <http://www.strokeaha.org>[2008, July 29].
- Mosley, I., Nicol, M., Donnan, G., Patrick, I., and Dewey, H. Stroke symptoms and the decision to call for an ambulance. *Stroke*[Online]. 2007. Available from: <http://www.strokeaha.org>[2008, July 29].
- Orem, D. E. (2001). **Nursing: Concept of practice**. St. Louis: Mosby.
- Pandian, J. D., et al. (2006). Factors delaying admission to a hospital-based stroke unit in India. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 3: 81-87.
- Peiard, M. E., and Ames, B. D. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing* 10: 252-256.
- Pender, N. J. (1996). **Health promotion in nursing practice**. Stamford, C. T. : Appeton & Lange.
- Phipps, W., et al. (2003). **Medical –surgical Nursing**. St. Louis: Mosby.
- Polit, D.F., and Hungler, B. P. (1997). **Nursing research: Principles and methods**. 4<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott.
- Reeves, M. J., Hogan, J. G., and Rafferty, A. P. (2002). Knowledge of stroke risk factors and warning sings among Michigan adults. *Neurology* 59: 1547-1552.
- Rossnagel, K., et al. (2004). Out-of-Hospital delays in patients with acute stroke. *Annals of Emergency Medicine* 44: 476-483.
- Santrock, J. W. (1997). **Life – span development**. 6<sup>th</sup> ed. London: Brown & Benchmark Publishers.
- Santus, G.R., Ranzenigo, A., Caregnato, R., and Inzoli, M. R. (1990). Social and family integration of hemiplegio elderly patient 1 year after stroke. *Stroke*.
- Schneider, A.T., et al. (2003). Trends in community knowledge of the warning signs and risk factors for stroke. *JAMA* 289: 343-346.
- Shephard, T. J. (2004). **Exploratory investigation of a model of patient delay in seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke**. Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University School of Nursing.

- Sjogren, A., Erhardt, L. R., and Theorell, T. (1979). Circumstances around the onset of a myocardial infarction. *Acta Med Scand* 205: 285-292.
- Stroke outcome classification [Online]. 2007. Available from:  
<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1850>[2008, July19].
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Turan, T.N., et al. (2005). Clinical characteristics of patients with early hospital arrival after stroke symptom onset. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 14: 272-277.
- Williams, L., Bruno, A., Rouch, D., and Marriott, D. (1997). Stroke patient's knowledge of stroke: Influence on time to presentation. *Stroke* 28: 912-915.
- Yoon, S. S., Heller, F. R., Levi, C., Wiggers, J., and Fitzgerald, P. E. (2001). Knowledge of stroke, risk factors, warning symptoms, and treatment among an Australian Urban population. *Stroke* 1926-1930.
- Zerwic, J., Hwang, S. Y., and Tucco, L. (2007). Interpretation of symptoms and delay in seeking treatment by patients who have had a stroke: Exploratory study. *Heart & Lung* 36: 25-34.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

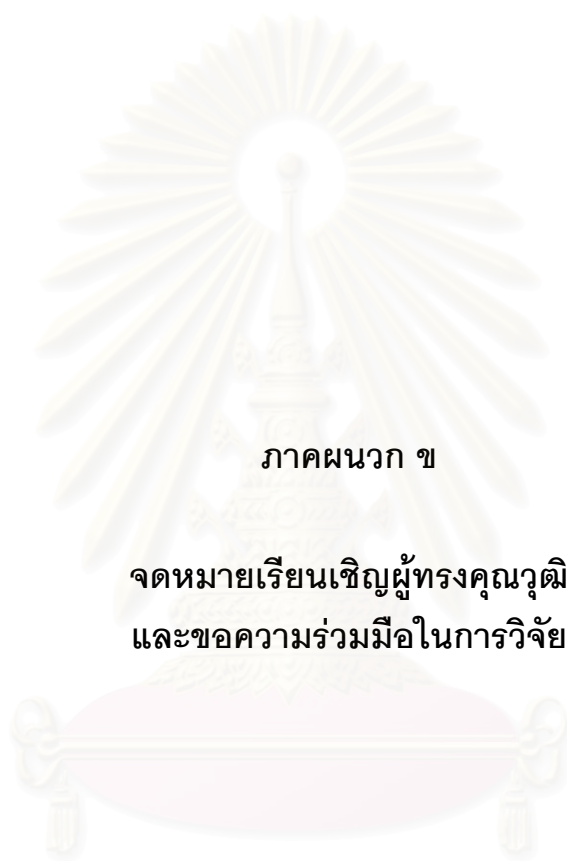
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ พญ.นิจศิริ ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา) อาจารย์แพทย์สาขาวิชาประสาทวิทยา  
ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา รองคณบดีฝ่ายวิจัยและการคลัง  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย
3. นางนภาพรณี กวางทอง อาจารย์ระดับ 7 วิทยาลัยพยาบาล  
เกื้อการุณย์
4. นางสาวปวีพร บุญยพัฒน์กุล พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. วิทยาลัย  
แพทยศาสตร์  
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
5. นางสาวภนิดา คำบัว พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. วิทยาลัย  
แพทยศาสตร์  
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
และขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0097

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 มกราคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์(ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร ภิญโญศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง“ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอ เรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจศรี ชาญณรงค์ อาจารย์แพทย์สาขาวิชาประสาท วิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา)

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวนิภาพร ภิญโญศรี โทร. 086-0787006

ที่ ศธ 0512.11/0097

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 มกราคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์(ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิพาพร ภิญโญศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง“ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอ เรียนเชิญบุคลากรหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือ การวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นางสาวปฏิพร บุญยพัฒนกุล พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

2. นางสาวภนิดา คำบัว พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวปฏิพร บุญยพัฒนกุล และนางสาวภนิดา คำบัว

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวนิพาพร ภิญโญศรี โทร. 086-0787006

ที่ ศธ 0512.11/ 0097

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 มกราคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์(ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร ภิญโญศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญนางนภาพรณี กวางทอง อาจารย์ระดับ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป เพื่อประโยชน์ทาง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางนภาพรณี กวางทอง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวนิภาพร ภิญโญศรี โทร. 086-0787006

ที่ ศธ 0512.11/0364

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เนื่องด้วย นางสาวนิพาพร ภิญโญศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง“ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอ ความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คนและเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยจำนวน 120 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มา รับบริการที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 120 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบประเมินการรับรู้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมองระยะเฉียบพลัน แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลัน และแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิพาพร ภิญโญศรี ดำเนินการ ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รศ.ร.ต.อ.หญิง. ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาวนิพาพร ภิญโญศรี โทร. 086-0787006





ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เอกสารชี้แจงข้อมูล

<b>ชื่อโครงการวิจัย</b>	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
<b>หัวหน้าโครงการวิจัย</b>	นางสาวนิภาพร ภิญญาศรี
<b>สถานที่วิจัย</b>	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
<b>ทำไมต้องศึกษาเรื่องนี้</b>	

ปัจจุบันมีการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาไม่เกิน 3 ชั่วโมง ยาที่เป็นมาตรฐานในการรักษาคือ recombinant tissue plasminogen activator (ยาละลายลิ่มเลือด) ซึ่งจะต้องให้การรักษาในระยะเวลาจำกัดหลังจากเกิดอาการ 3 ชั่วโมง แต่ในประเทศไทยพบว่ามียาเพียง 10 เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่มาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ข้อมูลที่ได้จะช่วยให้ทราบถึงปัญหาที่ทำให้เกิดความล่าช้าของการมารับการรักษาได้ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ทำให้ลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่จะทำให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การรับรู้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ปัจจัยภายนอกบุคคล ประกอบด้วย บุคคลที่เกี่ยวข้อง สถานที่ขณะเกิดอาการ กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษา อายุ เพศ การรับรู้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง สถานที่ขณะเกิดอาการ และการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

### จะปฏิบัติต่อท่านอย่างไร

ผู้วิจัยอธิบายถึงข้อมูลจุดประสงค์ของการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากท่านให้ความยินยอม จะให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลโดยใช้เวลา 15-20 นาทีโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง

## ประโยชน์

1. เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อรณรงค์ให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมารับการรักษารวดเร็วเมื่อเกิดอาการ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการลดความพิการและอัตราการตาย

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

## ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการหรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน แม้ท่านจะปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการ ก็จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลของท่าน

หากท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จำเป็นต้องใช้ลายมือชื่อ (ลายเซ็น) ของท่านในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ใบยินยอมนี้เป็นสิ่งบอกถึงความเข้าใจของท่านและท่านจะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อไรก็ได้

## คำตอบแทน

ไม่มี

## การรักษาความลับของท่าน

ในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อของท่าน ข้อมูลท่านตอบจะถูกเก็บไว้สำหรับการวิจัยโดยเฉพาะและจะเปิดเผยต่อหน่วยงานหรือสาธารณชนในลักษณะที่เป็นภาพรวม และสรุปผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการ โดยไม่มีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด

## เจ้าหน้าที่โครงการวิจัยที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด โปรดสอบถามหรือติดต่อได้ที่ นางสาวนิภาพร ภิญญาศรี แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โทร.02-244-3208หรือ 02-244-3209

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....ถนน.....  
หมู่ที่.....แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ (หัวหน้าผู้วิจัย) นางสาวนิพัทธ ภิญโญศรี เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับขู่เข็ญหลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือ ให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับจะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆได้ว่าเกิดจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6 ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชยและค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7 หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยงและอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้วิจัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1) กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย 2) ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย

ฉบับที่ [ ] [ ] [ ]

แบบประเมินสำหรับงานวิจัย

01-03

เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน”

ข้อมูลได้จาก ( ) 1 ผู้ป่วย ( ) 2 ญาติ/ผู้นำส่ง [ ] 05 WHO

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และระยะเวลาต่างๆในการมารับการรักษาใน  
โรงพยาบาล

**คำชี้แจง :** โปรดเติมค่าในช่องว่างหรือแสดงเครื่องหมาย / ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับ  
ความเป็นจริงมากที่สุด

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับ

ผู้วิจัย

1. อายุ.....ปี..... เดือน [ ] [ ] 07-08 AGE
2. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง [ ] 10 SEX
3. ระดับการศึกษา [ ] 12 EDUC
  - ( ) 1. ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 2. ประถมศึกษา
  - ( ) 3. มัธยมศึกษา,ปวช ( ) 4. อนุปริญญา ,ปวส.
  - ( ) 5.ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. คุณเคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ [ ] 14 Hx
  - ( ) 1 เคย ( ) 2 ไม่เคย

ตอนที่ 2 ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล

1. อาการใดที่เกิดกับคุณในการเจ็บป่วยครั้งนี้ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 16-21 SYMT
  - ( ) 1 แขนขาอ่อนแรง/แขนขาชาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย วันที่.....เวลา.....น.
  - ( ) 2 ตามัว/เห็นภาพซ้อน/มองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง วันที่.....เวลา.....น.
  - ( ) 3 ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด วันที่.....เวลา.....น.
  - ( ) 4 ปวดศีรษะอย่างรุนแรงเฉียบพลัน วันที่.....เวลา.....น.
  - ( ) 5 เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เดินเซ วันที่.....เวลา.....น.
  - ( ) 6 อื่นๆ. (ระบุ)..... วันที่.....เวลา.....น.



สำหรับผู้วิจัย

2. อาการใดที่ทำให้คุณตัดสินใจมาโรงพยาบาล [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 23-28 DICITION
- ( ) 1 แขนขาอ่อนแรง/แขนขาชาาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย
  - ( ) 2 ตามัว/เห็นภาพซ้อน/มองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง
  - ( ) 3 ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด
  - ( ) 4 ปวดศีรษะอย่างรุนแรงเฉียบพลัน
  - ( ) 5 เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เดินเซ
  - ( ) 6 อื่นๆ. (ระบุ).....
3. คุณมาโรงพยาบาลด้วยวิธีใด [ ] 30 TRAN
- ( ) 1 รถฉุกเฉิน/รถพยาบาล ( ) 2 รถส่วนตัว
  - ( ) 3 รถรับจ้าง ( ) 4 อื่นๆ. (ระบุ).....
4. เวลาที่เรียกรถฉุกเฉิน รถส่วนตัว/รถรับจ้าง [ ] [ ] [ ] 32-34 TIME 1 (8-5)
- .....นาฬิกา.....นาฬิกา
5. เวลาที่รถฉุกเฉิน รถส่วนตัว/รถรับจ้างมาถึงสถานที่เกิดอาการ [ ] [ ] [ ] 36-38 TIME 2 (9-8)
- .....นาฬิกา.....นาฬิกา
6. เวลาถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉิน [ ] [ ] [ ] 40-42 TIME 3 (10-9)
- .....นาฬิกา.....นาฬิกา [ ] [ ] [ ] 44-46 TIME 4(10-5)
7. สถานที่ที่คุณอยู่ขณะเกิดอาการที่ทำให้คุณตัดสินใจมาโรงพยาบาล (ข้อ 5) [ ] 48 PLACE
- ( ) 1 ที่บ้าน
  - ( ) 2 ที่ทำงาน
  - ( ) 3 นอกบ้าน แต่ไม่ใช่ที่ทำงาน (ระบุ).....
8. ใครเป็นคนที่อยู่กับคุณขณะเกิดอาการ (ข้อ 5) [ ] 50 PERSON
- ( ) 1 อยู่คนเดียว ( ) 2 ครอบครัว
  - ( ) 3 เพื่อน ( ) 4 ผู้ร่วมงาน
  - ( ) 5 บุคคลอื่นๆ.(ระบุ).....
9. ใครเป็นคนให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น [ ] 52 WHOO
- ( ) 1 ไม่ได้ปรึกษา ( ) 2 ครอบครัว
  - ( ) 3 เพื่อน ( ) 4 ผู้ร่วมงาน
  - ( ) 5 บุคคลอื่นๆ. (ระบุ).....

10. คำแนะนำที่คุณได้รับก่อนมารับการรักษาคืออะไร [ ] 54 WHAT

- ( ) 1 ไม่ได้รับ ( ) 2 เรียกรถฉุกเฉิน  
 ( ) 3 เรียกรถส่วนตัว/รับจ้าง ( ) 4 ไปแผนกฉุกเฉิน  
 ( ) 5 รอดูอาการ ( ) 6 การรักษาวินิจฉัย.(ระบุ).....

11. คุณทำอะไรหลังเกิดอาการ [ ] 56 MAKE

- ( ) 1 ไม่ได้ทำ ( ) 2 เรียกรถฉุกเฉิน  
 ( ) 3 เรียกรถส่วนตัว/รับจ้าง ( ) 4 ไปแผนกฉุกเฉิน  
 ( ) 5 รอดูอาการ ( ) 6 การรักษาวินิจฉัย.(ระบุ).....



สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

1a. ระดับการรู้สึกตัว (Level of Consciousness (LOC))

- 0 รู้สึกตัวดี
- 1 ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้
- 2 ไม่รู้สึกตัว ต้องกระตุ้นซ้ำหรือทำให้เจ็บ
- 3 ไม่รู้สึกตัว ตอบสนองเฉพาะรีเฟล็กซ์

1b. สามารถบอกเดือนและอายุได้ (LOC Questions)

- 0 ตอบได้ทั้งสองอย่าง
- 1 ตอบได้เพียงหนึ่งอย่าง
- 2 ตอบไม่ได้ทั้งสองอย่าง

1c. หลับตาสนิท และกำมือ คลายมือข้างที่ไม่เป็นอัมพาตได้หรือไม่ 2. Best gaze

(LOC Commands)

- 0 ทำได้ทั้งสองอย่าง
- 1 ทำได้เพียงหนึ่งอย่าง
- 2 ทำไม่ได้เลย

- 0 ปกติ
- 1 ตากลอกผิดปกติแนวนอน 1 หรือ 2 ตา
- 2 ตากลอกไปด้านหนึ่งเองหรือไม่ได้เลย

3. การมองเห็น (Visual)

- 0 มองเห็นปกติ
- 1 มองเห็นแคบลงโดยปราศจากความบกพร่องในส่วนอื่นๆของตา
- 2 มองเห็นเพียงข้างเดียว
- 3 ตาบอดทั้งสองข้าง

4. การควบคุมการเคลื่อนไหวใบหน้า (Facial palsy)

- 0 ปกติ
- 1 หน้าเบี้ยวเล็กน้อย
- 2 หน้าเบี้ยวชัดเจนเฉพาะด้านล่าง
- 3 หน้าเบี้ยวทั้งหน้า (1 หรือ 2 ข้าง)

5a. Motor arm left

- 0 แขนไม่ตกนานกว่า 10 วินาที
- 1 แขนตกก่อน 10 วินาทีไม่ถึงพื้น
- 2 แขนตกถึงพื้น แต่ยกเหนือพื้นได้
- 3 แขนตกถึงพื้น ยกเหนือพื้นไม่ได้
- 4 ไม่ขยับเลย
- 9 แขนถูกตัด ข้อติด

5b. Motor arm right

- 0 แขนไม่ตกนานกว่า 10 วินาที
- 1 แขนตกก่อน 10 วินาทีไม่ถึงพื้น
- 2 แขนตกถึงพื้น แต่ยกเหนือพื้นได้
- 3 แขนตกถึงพื้น ยกเหนือพื้นไม่ได้
- 4 ไม่ขยับเลย
- 9 แขนถูกตัด ข้อติด

## 6a. Motor leg left

- 0 ขาไม่ตกลานกว่า 5 วินาที
- 1 ขาตกก่อน 5 วินาทีไม่ถึงพื้น
- 2 ขาตกถึงพื้น แต่ยกเหนือพื้นได้
- 3 ขาตกถึงพื้น ยกเหนือพื้นไม่ได้
- 4 ไม่ขยับเลย
- 9 ขาถูกตัด ข้อติด

## 7. Limb ataxia

- 0 ปกติ (ไม่เซ)
- 1 ผิดปกติ แขนหรือขา 1 limb
- 2 ผิดปกติ แขนหรือขา 2 limbs

## 9. ความบกพร่องของการพูด (Aphasia)

- 0 สามารถพูดได้และฟังเข้าใจ
- 1 มีการพูดลำบากเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่สามารถสื่อสารเข้าใจ หรือใช้เครื่องมือช่วยสื่อสารได้
- 2 มีปัญหาการพูดอย่างมาก พูดไม่ปะติดปะต่อ ข้อมูลเปลี่ยนแปลงไป และไม่สามารถใช้เครื่องมือช่วยในการสื่อสาร
- 3 ไม่สามารถเข้าใจภาษาทั้งการพูดหรือฟัง

## 10. Dysarthria

- 0 ปกติ
- 1 Mild to moderate
- 2 Severe
- 9 Intubated, physical barrier

## 6b. Motor leg right

- 0 ขาไม่ตกลานกว่า 5 วินาที
- 1 ขาตกก่อน 5 วินาทีไม่ถึงพื้น
- 2 ขาตกถึงพื้น แต่ยกเหนือพื้นได้
- 3 ขาตกถึงพื้น ยกเหนือพื้นไม่ได้
- 4 ไม่ขยับเลย
- 9 ขาถูกตัด ข้อติด

## 8. การรับรู้ต่อความรู้สึกเจ็บปวด อุนหภูมิ (ร้อน เย็น) (Sensory)

- 0 ปกติ
- 1 รู้สึกเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลางเมื่อสัมผัสด้วยความร้อนเย็น หรือถูกของแหลมตำหรือรู้สึกว่ามีที่อไม่รู้สึกเจ็บแต่รู้สึกว่ามีที่อสัมผัส
- 2 ไม่รู้สึกถึงการสัมผัสทั้งแขนและขาเลย

## 11. การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น (Extinction and Inattention)

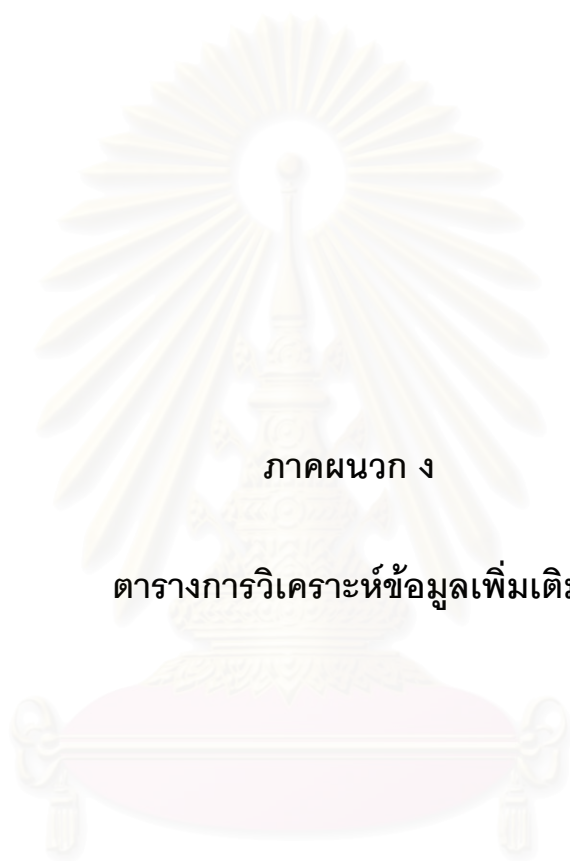
- 0 ปกติ
- 1 ไม่สนใจต่อความรู้สึกเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส อย่างใดอย่างหนึ่ง
- 2 ไม่สนใจต่อสิ่งกระตุ้นด้านที่เป็นอัมพาต

รวม.....คะแนน

[ ] [ ] [ ] 66 NIHSS

#####





ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 8** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจำแนกตามพาหนะที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (n = 120)

พาหนะ	ความถี่	ร้อยละ	Mean (นาที)	Median (นาที)
รถฉุกเฉิน/รถพยาบาล	17	14.17	57	55
รถส่วนตัว	30	25	68.17	60
รถรับจ้าง	66	55	93.42	87.50
อื่นๆ	7	5.83	38.86	25

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยใช้รถรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 55)

**ตารางที่ 9** ความสัมพันธ์ระหว่างพาหนะที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษากับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (n = 120)

ตัวแปร	ระยะเวลาการมารับการรักษา				$\chi^2$	P-Value
	มารับการรักษาเร็ว		มารับการรักษาช้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>พาหนะ</b>						
รถฉุกเฉิน/รถพยาบาล	7	5.83	10	8.33		
รถส่วนตัว	0	0	30	25		
รถรับจ้าง	13	10.83	53	44.17		
อื่นๆ	4	3.33	3	2.50		
					8.62	.04

จากตารางที่ 9 พบว่าพาหนะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันใช้ในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ผู้ป่วยที่เดินทางมาด้วยรถฉุกเฉิน/รถพยาบาลจะมารับการรักษาเร็ว ส่วนผู้ป่วยที่เดินทางมาด้วยรถส่วนตัว รถรับจ้างจะมารับการรักษาช้า

**ตารางที่ 10** ความรุนแรงของโรคที่ประเมินด้วย NIHSS มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (n = 120)

ตัวแปร	ระยะเวลาการมารับการรักษา				$\chi^2$	P-Value
	มารับการรักษาเร็ว		มารับการรักษาช้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>การประเมินความรุนแรงด้วย NIHSS</b>						
ระดับความรุนแรงน้อย	5	4.17	45	37.50		
ระดับความรุนแรงปานกลาง	7	5.83	34	28.33		
ระดับความรุนแรงมาก	12	10	17	14.17		
					11.63	.00

จากตารางที่ 10 พบว่าระดับความรุนแรงที่ประเมินด้วยด้วย NIHSS มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงน้อยจะมารับการรักษาช้า

**ตารางที่ 11** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่รับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (n = 120)

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง	ความถี่	ร้อยละ
- ไม่ทราบเลย	74	61.67
- ทราบ 1 ถึง 2 อาการ	46	38.33

จากตารางที่ 11 ผู้ป่วยที่ไม่ทราบอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีร้อยละ 61.67

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ของอาการที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน  
อาการแรกกับการมารับการรักษา (n = 120)

ตัวแปร	ระยะเวลาการมารับการรักษา				$\chi^2$	P-Value
	มารับการรักษาเร็ว		มารับการรักษาช้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- แขนขาอ่อนแรง/แขนขาชา ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย	12	10.00	57	47.50		
- ตามัว/เห็นภาพซ้อน/ มองไม่เห็น	3	2.50	12	10.00		
- ช้างใดข้างหนึ่ง	2	1.67	2	1.67		
- ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด						
- ปวดศีรษะอย่างรุนแรง เฉียบพลัน						
- เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เดินเซ						
- อื่นๆ	7	5.83	25			
					2.61	0.46

จากตารางที่ 12 อาการที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอาการแรกมีความสัมพันธ์กับการที่มารับการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนิภาพร ภิญโญศรี เกิดเมื่อวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2522 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ในปีการศึกษา 2544 หลังจากจบการศึกษาเข้ารับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติหน้าที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2550 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5 ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย