

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง
ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

นิสาชล นุ่มมีชัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้เสียสละเวลาให้คำปรึกษา และแนะแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดอย่างดียิ่ง และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมากจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์จากบัณฑิต และรองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และวิจารณ์ผลงานวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน หัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกท่านในโรงพยาบาลชลบุรี ที่ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปโดยสะดวก อีกทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการต่อยอดองค์ความรู้ เพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ปลูกฝังความมานะ ความพากเพียร และความใฝ่รู้ในการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย คุณประโยชน์อันใดอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูตเวทีแก่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จตราบนานทุกวันนี้ ขอให้ผลงานที่มีคุณค่านี้ เกิดประโยชน์แก่ผู้ร่วมวิชาชีพที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือให้ผู้ป่วยอื่น ๆ สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างดี และมีความสุข

นิตชาล นุ่มมีชัย

54921489: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: การตอบสนองต่ออาการ โรคหลอดเลือดสมอง/ ประสพการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสาร/
การรับรู้ความเสี่ยง/ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง/ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
นิสาชล นุ่มมีชัย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง
ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (FACTORS RELATED TO RESPONSE TO
STROKE SYMPTOMS IN FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นิภาวรรณ สามารถกิจ, Ph.D., เขมรดี มาสิงบุญ, D.S.N. 125 หน้า.
ปี พ.ศ. 2560.

การตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสพการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 90 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการกำหนด ช่วงเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสพการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .81, .82 และ .70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสพการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก ($M = 2.16, SD = 0.94$) มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก ($M = 2.52, SD = 2.79$) มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ($M = 10.11, SD = 2.31$) และมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ($M = 52.19, SD = 6.79$) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ประสพการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22$ และ $r = .22$ ตามลำดับ) และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะว่า บุคลากรด้านสุขภาพควรตระหนักถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แก่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น โดยให้ความรู้ในเรื่องของ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนและการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

54921489: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: RESPONSE TO STROKE SYMPTOMS/EXPERIENCES OF RECEIVING STROKE INFORMATION/PERCEIVED RISK OF STROKE/KNOWLEDGE OF STROKE/ FAMILY MEMBERS OF STROKE PATIENTS

NISACHON NOOMMEECHAI: FACTORS RELATED TO RESPONSE TO STROKE SYMPTOMS IN FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE. ADVISORY COMMITTEE: NIPHAWAN SAMARTKIT, Ph.D., KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N. 125 P. 2017.

Appropriate responses to stroke symptoms among family members of patients with acute ischemic stroke can help the patients to get the effective treatment. This descriptive correlational research aimed to analyze the relationship among experiences in receiving information of stroke, perceived risk of stroke, knowledge of stroke and response to stroke symptoms among family members of patients with acute ischemic stroke. Ninety family members of patients with acute ischemic stroke who took the patients to emergency department of Chon Buri hospital were recruited by inclusion criteria in the study. Data were collected during November, 2016 to February, 2017 by using the Demographic Questionnaire, the Experiences in Receiving Information of Stroke Questionnaire, the Knowledge about Stroke Questionnaire, the Perceived Susceptibility of Stroke Questionnaire, and the Response to Stroke Symptoms Questionnaire. Reliabilities of questionnaires were .83, .81, .82, and .70 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson product moment correlation.

The result showed that the samples had high levels of experiences in receiving information of stroke ($M= 2.16, SD = 0.94$) and perceived risk of stroke ($M= 2.52, SD= 2.79$). Knowledge about stroke ($M= 10.11, SD = 2.31$) and response to stroke symptoms ($M= 52.19, SD = 6.79$) were at moderate levels. Experiences in receiving information of stroke and knowledge of stroke had a weak positive relationships with response to stroke symptoms ($r = .22, p < .05; r = .22, p < .05$ respectively) while perceived risk of stroke had a moderate positive relationship with response to stroke symptoms ($r = .36, p < .01$).

It was suggest that health care providers concerned about providing knowledge about causes, risks, warning signs, and management of stroke for family members.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.....	12
การตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วย	
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.....	26
แนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วย.....	29
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง	
ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน	32
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือการวิจัย	42
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	49
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล	51

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	53
ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย	53
ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง การตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง.....	62
5 สรุปและอภิปรายผล	66
สรุปผลการวิจัย.....	66
อภิปรายผล	69
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	78
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	80
บรรณานุกรม	81
ภาคผนวก	92
ภาคผนวก ก.....	93
ภาคผนวก ข.....	98
ภาคผนวก ค.....	110
ภาคผนวก ง	117
ประวัติย่อของผู้วิจัย	125

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล.....	53
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย.....	56
3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ลักษณะส่วนบุคคล.....	57
4 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานการณ์ขณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดอาการผิดปกติ.....	60
5 จำนวนและร้อยละของอาการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล และอาการของผู้ป่วยเมื่อแรกรับที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน.....	61
6 จำนวนและร้อยละ ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายด้าน.....	62
7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนประสิทธิภาพการ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง และการตอบสนองต่อ อาการ โรคหลอดเลือดสมอง.....	63
8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง กับการตอบสนองต่ออาการ โรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.....	65
9 จำนวน ร้อยละ ของแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	118
10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามรายชื่อ.....	119
11 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	121
12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการตอบสนองต่ออาการ โรคหลอดเลือดสมอง.....	123

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2	แนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วย.....	31

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขหรือปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ และเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการทุพพลภาพและการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555; วันชพร อุตสาหกิจ, 2556; Flynn et al., 2014; Jones, Jenkinson, Leathley, & Watkins, 2010) องค์การอนามัยโลกรายงานว่า จะมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 15 ล้านคนต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 5.8 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2011) ซึ่ง Strong, Mathers, and Bonita (2007) รายงานว่า อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 6.5 ล้านคน และ 7.8 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2015 และ ค.ศ. 2030 ตามลำดับ เช่นเดียวกับสถิติในประเทศไทยที่พบอัตราผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2555 พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2557 เท่ากับ 354, 366 และ 352 รายตามลำดับ และพบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 31.69, 36.13 และ 38.66 รายตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2557) สอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลชลบุรี ในปี พ.ศ. 2556 พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 1,231 ราย 1,560 ราย และ 1,832 ราย ตามลำดับ (หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี, 2558) ด้วยสาเหตุดังกล่าว บุคลากรทีมสุขภาพจึงต้องพยายามรณรงค์หาวิธีป้องกัน คิดค้น และพัฒนาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤต และช่วยลดอัตราการตาย อัตราความพิการที่อาจเกิดขึ้น

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้ผลดีในปัจจุบัน คือ การรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือด (Recanalisation therapy) โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Recombinant tissue plasminogen activator [rt-PA]) ทางหลอดเลือดดำโดยเร็วที่สุด (Embersson et al., 2014; Mazighi, Derex, & Amarenco, 2010; Mellor et al., 2014; Williams et al., 2009) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยเปิดหลอดเลือดที่ตีบหรืออุดตัน ให้เลือดสามารถไปเลี้ยงสมองส่วนที่กำลังจะตาย (Penumbra zone) ให้กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ ซึ่งวิธีการรักษานี้ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีสาเหตุจากสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 70-85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, อรสา พันธุ์ภักดี, พิศสมัย อรทัย และศิษยา รัตนกร, 2556; Ashraf, Maneesh, Praveenkumar,

Saifudheen, & Girija, 2014; Jin et al., 2012) อย่างไรก็ตามแม้ว่า การรักษาด้วยวิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นและช่วยลดอัตราการความพิการ แต่ประสิทธิภาพของการรักษานั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพ และระยะเวลาที่ได้รับ การรักษาภายหลังเกิดอาการ จนถึงเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ช่วงเวลา (Time window) ที่มีประสิทธิภาพในการรักษา คือ การได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 3 ถึง 4.5 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ (Emberson et al., 2014; Fassbender et al., 2013; Hartigan et al., 2014) ซึ่ง Emberson et al. (2014) พบว่า หากได้รับการรักษาในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ร้อยละ 50 จะหายเป็นปกติภายในระยะเวลา 3 เดือน ดังนั้น ระยะเวลาในการมารับการรักษาภายหลังเกิดอาการจึงมีความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Fassbender et al., 2013; Schumm et al., 2014)

แม้ว่าการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือด จะมีประสิทธิภาพช่วยลดอัตราการตาย และอัตราการความพิการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่จากสถิติในปัจจุบันกลับพบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 2-7 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Mazighi et al., 2010; Schumm et al., 2014; Sreedharan & Ravindran, 2011) ซึ่งสาเหตุที่พบส่วนใหญ่เกิดจาก ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital delay) คือ นับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลนานมากกว่า 4.5 ชั่วโมง (วันซพร อุตสาหกรรม, 2556; Ashraf et al., 2015; Mellon, Doyle, Rohed, Williams & Hickey, 2015; Mokin et al., 2014) ดังการศึกษาของ Kim et al. (2011) และ Jin et al. (2012) ที่พบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเกิดอาการ จนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 8 ชั่วโมง และ 15 ชั่วโมง ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Siddiqui, Zafar, and Khan (2008) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มาถึงโรงพยาบาลนานมากกว่า 3 ชั่วโมง มีจำนวนมากถึงร้อยละ 71.5 ส่วนผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ มีจำนวนเพียงร้อยละ 28.5 จะเห็นได้ว่าระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ ยังคงมีความล่าช้า จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดไม่สามารถได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมารับการรักษาล่าช้า เกิดจากการที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Droste, Safa, Metz, & Osada, 2014; Mellon et al, 2015; Mellor et al., 2015; Schumm et al., 2014) ทั้งนี้อาจเกิดจากตัวผู้ป่วยเองไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จึงยังไม่ร้องขอความช่วยเหลือ แต่เมื่อมีอาการมากขึ้น ผู้ป่วยมักไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจด้วยตนเอง

และไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ เช่น มีอาการอ่อนแรงของแขนและขา ข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมากกว่า ร้อยละ 70 มักเกิดอาการที่บ้าน (Barr, McKinley, O'Brien, & Herkes, 2006; Jin et al., 2012; Zhao et al., 2014) ดังนั้นคนที่พบผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการจึงเป็นญาติผู้ใกล้ชิด ดังการศึกษาของ Jones et al. (2010) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่รู้ว่าตนเองเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ป่วยมักเป็นบุคคลแรกที่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะเกิดอาการ และการศึกษาของ Carroll et al. (2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะเกิดอาการในระยะฉุกเฉิน ร้อยละ 68 จะได้รับการช่วยเหลือโดยญาติผู้ป่วยเอง ดังนั้น การที่ผู้ป่วยจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเร็วหรือช้า จึงขึ้นอยู่กับญาติผู้ป่วยหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ว่าจะมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง (Response to stroke symptoms) ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งหากญาติผู้ป่วยหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ มีการตอบสนองต่ออาการอย่างถูกต้องก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้มากขึ้น (Kim et al., 2011; Mazighi et al., 2010; Mellor et al., 2014)

จากการศึกษาพบว่า การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เป็นกระบวนการของการรับรู้ และการจัดการกับอาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกัน (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003) หากญาติผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองก็จะตอบสนองโดยการรีบนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล (Kim et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวดี โพธิโสภา, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ และศิริอร สินธุ (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตอบสนองต่ออาการ และระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่า การตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาล ($p < .01$) โดยพบว่า ความล่าช้า ในการมาโรงพยาบาลเกิดจากการอยู่รอดอาการ บิบนวดเพื่อให้ผ่อนคลาย เป็นต้น และหากญาติผู้ป่วยคิดว่าอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรง ก็จะทำให้ญาติผู้ป่วยพยายามแก้ไขปัญหาโดยอยู่รอดอาการ หรือไม่ได้ทำอะไร เพราะคิดว่าไม่ใช่ความผิดปกติ ดังการศึกษาของ Memis, Tugrul, Evci, and Ergin (2008) ที่พบว่า การตอบสนองต่ออาการที่ไม่ถูกต้องเกิดจากผู้ป่วยมักก่อให้เกิดอาการหายเอง และการศึกษาของ Hartigan et al. (2014) ที่ศึกษาพบว่า ประชาชนในประเทศไอร์แลนด์มากกว่าครึ่ง คือ ร้อยละ 58 จะอยู่รอดอาการก่อน เพราะคิดว่าอาการจะดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรพล เหล็กเพชร, ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ และประเสริฐ วศินานุกร (2552) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรู้สึกตัวดีสัมพันธ์กับระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลนานมากกว่า 3 ชั่วโมง ($p < .05$)

จากแนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย (The Common-sense model of self-regulation of health and illness behavior) ของ Leventhal et al. (2003) กล่าวว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามหรือภาวะความเจ็บป่วย บุคคลจะมีสามัญสำนึกในการกำกับตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วย โดยมีการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness representation) 2 ด้าน คือ การรับรู้ด้านความคิด (Cognitive illness representation) และการรับรู้ด้านอารมณ์ (Emotional illness representation) โดยการเรียนรู้ทั้ง 2 ด้านเกิดจากการประมวลผลข้อมูลจากปัจจัยกระตุ้นภายในตัวบุคคล (Inner stimuli) เช่น อายุ เพศ ประวัติการเจ็บป่วย เป็นต้น และปัจจัยกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล (Outer stimuli) เช่น สภาพแวดล้อม ข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เป็นต้น โดยบุคคลนั้นจะรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่มาประมวลและให้ความหมาย เกิดเป็นการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย และเกิดเป็นพฤติกรรมในการกำกับตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยขึ้น จึงอธิบายได้ว่าเมื่อญาติผู้ป่วยพบผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นอย่างไร ขึ้นอยู่กับปัจจัยกระตุ้นภายนอกตัวบุคคลของญาติผู้ป่วย ได้แก่ ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และขึ้นอยู่กับการรับรู้ด้านความคิด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

จากการศึกษาของ Jones et al. (2010) ที่ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมในประเทศอังกฤษ เกี่ยวกับช่องทางของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 16 การศึกษา พบว่า ประชาชนทั่วไปในประเทศอังกฤษน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60 มีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารของโรคหลอดเลือดสมองจากครอบครัวและเพื่อน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 51 มีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารของโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่กลับพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ และจากการศึกษาของ Droste et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในประเทศเยอรมัน ร้อยละ 41.1 มีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า แม้ว่าในต่างประเทศจะมีช่องทางในการได้รับข้อมูลข่าวสารมาก แต่ประชาชนเพียงร้อยละ 40 ถึง ร้อยละ 60 เท่านั้นที่มีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่าง ๆ และประชาชนส่วนใหญ่ยังมีระดับความรู้ต่ำ (Kim et al., 2011)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย จากการศึกษานี้ของ น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และเดือนเพ็ญ ศรีชา (2555) พบว่า มีผู้ที่มิภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 42 ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และจากการศึกษาของประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศิริธร ยิ่งแรงเริง และศุภลักษณ์ ศรีชัยญา (2556) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสระบุรี เพียงร้อยละ 39.8 ที่เคยมี

ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองดี มีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Marx et al., 2009) ดังนั้น หากญาติผู้ป่วยมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ซึ่งจะทำให้มีการตอบสนองต่ออาการอย่างถูกต้อง และส่งผลให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ดังนั้นปัจจัยด้านประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจในการนำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ Droste et al. (2014) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเพียงร้อยละ 36 ที่รู้ว่าอาการอ่อนแรงของแขนและขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Siddiqui et al. (2008) ที่พบว่า มีผู้ป่วย ร้อยละ 32 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองเลย จะเห็นว่า แม้มีการรณรงค์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมาก แต่ยังคงมีผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการที่ไม่ถูกต้อง (Lecouturier et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองดีจะทำให้มีการตอบสนองต่ออาการอย่างถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่ออาการช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงเริ่มแรกของโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ (Warning signs of stroke) (Dearborn & McCullough, 2009; Mellor et al, 2014; Memis et al, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หากญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ดี จะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้เร็ว

อย่างไรก็ตามนอกจากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ดี เพื่อช่วยให้มีการตอบสนองต่ออาการที่ถูกต้องแล้ว การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ป่วยจะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้ความเสี่ยงในการเป็นโรคของผู้ป่วยมากขึ้น แต่จากการศึกษาของ Yang et al. (2013) พบว่า ประชาชนในชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 17.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Dearborn and McCullough (2009) ที่ศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ และจากการศึกษาของ สุทัตสา ทิจะยัง

(2557) พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .292, p < .001$) จากผลการศึกษา จึงอาจกล่าวได้ว่า หากญาติผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดและมีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย มีการรับรู้ ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดพฤติกรรม ในการตอบสนองต่ออาการที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า การตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง ของญาติผู้ป่วยจะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และมีโอกาส ในการฟื้นหายเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลดอัตราการความพิการ และลดอัตราการตายได้ ในสถานการณ์ปัจจุบันของโรงพยาบาลชลบุรี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพียงร้อยละ 32 เท่านั้นที่มาโรงพยาบาลทันภายในเวลา 270 นาที หรือ 4.5 ชั่วโมง และมีผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเพียงร้อยละ 7.54 เท่านั้น ที่ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลาย ลิ่มเลือด จะเห็นได้ว่าการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองยังไม่ดี และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาศึกษาเพื่อดูการตอบสนองต่ออาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่เนื่องจากผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่มาแบบฉุกเฉิน มักมีอาการรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้น ญาติผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถ นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการที่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน สามารถเข้ามารับ การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว และเกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

สมมติฐานที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

สมมติฐานที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาซึ่งแนวคิดนี้อธิบายว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์คุกคามที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย บุคคลจะมีการกำกับตนเองและมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยโดยไม่มี การหยุดนิ่ง ตามการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย (Illness representation) 2 ด้าน คือ การรับรู้ด้านความคิด (Cognitive illness representation) และการรับรู้ด้านอารมณ์ (Emotional illness representation) ซึ่งการรับรู้ทั้ง 2 ด้านนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยกระตุ้นภายใน (Inner stimuli) ได้แก่ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นต้น และปัจจัย

กระตุ้นภายนอก (Outer stimuli) ได้แก่ ข้อมูลจากบุคคลรอบตัว สื่อต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งบุคคลจะใช้ทั้งปัจจัยกระตุ้นภายในและปัจจัยกระตุ้นภายนอกที่ตนเองมีอยู่ นำข้อมูลมาประมวล วิเคราะห์ แผลผล และให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยนั้นเป็นการรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีการกำกับตนเอง แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงต่อการเจ็บป่วยที่มากจากความ และมีความคาดหวังถึงประสิทธิผลของพฤติกรรมนั้น โดยถ้าประเมินได้ว่า วิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหานั้นทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ก็จะมีกระบวนการป้อนกลับ ทำให้เริ่มมีการวางแผน และเลือกใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาวิธีใหม่หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ใหม่เป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป จนกว่าจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งหากการรับรู้ไม่ถูกต้อง อาจทำให้บุคคลมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Leventhal et al., 2003)

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า หากญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งนับได้ว่า เป็นเหตุการณ์ที่คุกคามที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รัก ญาติผู้ป่วยจะเกิดการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น 2 ด้าน คือ การรับรู้ด้านความคิดและการรับรู้ด้านอารมณ์ ซึ่งการรับรู้ทั้ง 2 ด้าน มีผลมาจากปัจจัยกระตุ้นภายในและปัจจัยกระตุ้นภายนอกของญาติผู้ป่วย ในที่นี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองที่เป็นปัจจัยกระตุ้นภายนอก ตัวบุคคล ความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการรับรู้ด้านความคิด จากนั้นญาติผู้ป่วยจะใช้ประสิทธิภาพการได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ตนเองมีอยู่มาวิเคราะห์อาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นอันตรายหรือไม่จนกระทั่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่ตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น เช่น การรีบนำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่หากญาติผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้มีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสม เช่น การอยู่รอดูอาการ การบีบนิ้ว เพื่อผ่อนคลาย เป็นต้น ดังนั้นญาติผู้ป่วยแต่ละคนจะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการจัดระบบ วิเคราะห์ แผลผล และให้ความหมายของความเจ็บป่วยนั้นตามการรับรู้ที่เกิดขึ้น

ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยกระตุ้น ภายนอกตัวบุคคล (Outer stimuli) ตามแนวคิดการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003) การที่ญาติผู้ป่วยมีประสิทธิผลการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองที่ดี ซึ่งอาจได้รับมาจากหลายช่องทาง เช่น จากครอบครัวหรือเพื่อน จากบุคลากรทางการแพทย์หรือจากสื่อต่าง ๆ จะทำให้ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับ

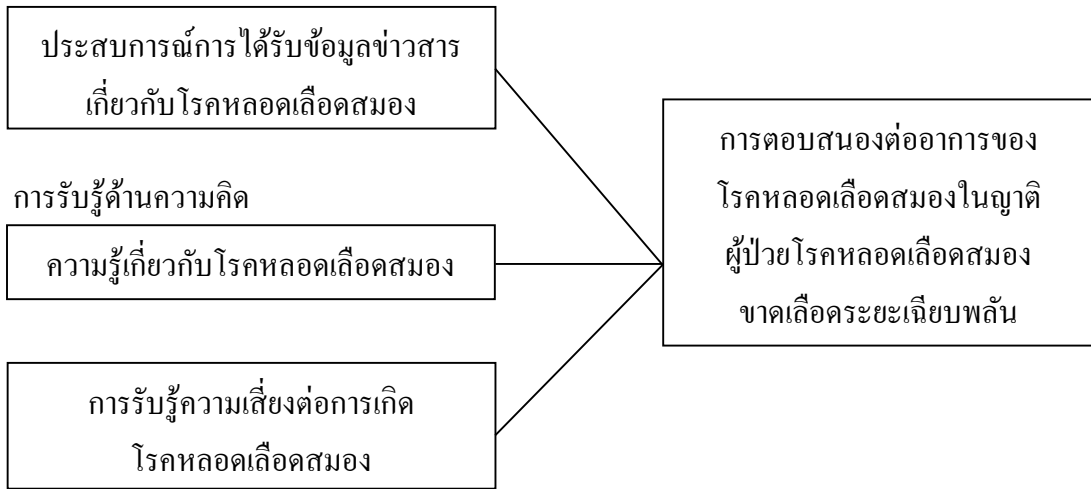
โรคหลอดเลือดสมองตามประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารนั้น จนกระทั่งเมื่อญาติผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์คุกคามที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ก็จะใช้ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่นั้น มาแปลผลและให้ความหมายต่อเหตุการณ์คุกคามที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และแสดงออกมาเป็นการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งหากญาติผู้ป่วยมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ดี ก็น่าจะทำให้เกิดการตอบสนองต่ออาการที่เหมาะสมและถูกต้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นการรับรู้ด้านความคิด (Cognitive illness representation) ตามแนวคิดการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นการรับรู้ด้านความคิดที่ญาติผู้ป่วยมีอยู่เดิมก่อนที่จะพบผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นหากญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง อาการของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการหรือการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (Hickey et al., 2009; Jones et al., 2010; Tan, Chang, & Liou., 2002) ญาติผู้ป่วยจึงจะสามารถรับรู้ได้ว่า ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ดังนั้นหากญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการ และการจัดการ เมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ดี ก็จะทำให้มีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นการรับรู้ด้านความคิด (Cognitive illness representation) ตามแนวคิดการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003) โดยที่หากญาติผู้ป่วยมีการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย เช่น รับรู้ว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่มาก รับรู้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ รับรู้ว่าผู้ป่วยไม่เคยออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ เป็นพฤติกรรมที่ญาติผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย จะทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าคุณผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และใส่ใจกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จนแสดงออกเป็นการตอบสนองที่เหมาะสม ดังนั้นหากญาติผู้ป่วยรับรู้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ญาติผู้ป่วยรับรู้การเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้ดี และมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

จากปัจจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยการรับรู้ด้านความคิด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1

ปัจจัยกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เพื่อเข้ามารับการรักษาในภาวะฉุกเฉินที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ที่มีความเกี่ยวข้องเป็นเครือญาติ พ่อแม่ พี่น้อง สามีภรรยา เป็นต้น ที่พักอาศัยในบ้านเดียวกัน และเป็นผู้ที่ตัดสินใจในการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และได้รับการพิจารณาให้พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือหอผู้ป่วย

อายุรกรรมโรงพยาบาลชลบุรี ในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดอาการ

ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ

โรคหลอดเลือดสมองของ พรสวรรค์ คำทิพย์ และชนกพร จิตปัญญา (2556)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความเข้าใจหรือข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ญาติผู้ป่วยมีอยู่เดิม ก่อนพบผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาี้วัดจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ อุมพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา (2552)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยที่มีต่อภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากน้อยเพียงใด โดยรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในการศึกษาี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557)

การตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง การแก้ปัญหา และการจัดการกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยการตอบสนองต่ออาการ 3 ด้าน คือ 1) การตอบสนองต่ออาการทางการรู้คิด 2) การตอบสนองต่ออาการทางอารมณ์ และ 3) การตอบสนองต่ออาการทางพฤติกรรม ในการศึกษาี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง (The Response to Stroke Symptoms Questionnaire: RSSQ) ฉบับภาษาไทยของ วิภาวดี โพธิโสภิต และคณะ (2558)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวน เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
 - 1.1 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
 - 1.3 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
 - 1.5 แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
2. แนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วย

(The commonsense model of self-regulation of health and illness)

3. การตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง โดยหลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงสมองมีการตีบหรืออุดตัน ทำให้มีการไหลเวียนเลือดลดลง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายหรือตายลงในที่สุด เรียกว่า ภาวะเนื้อสมองตาย (Cerebral infarction) ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน อาการของโรคมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และจะมีอาการอยู่ยาวนาน 24 ชั่วโมง (Jin et al., 2012; Siddiqui et al., 2008; Williams et al., 2009) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็นกลุ่มที่พบบ่อย โดยพบได้มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (ก้องเกียรติ คุนฑ์กันทรารกร, 2553; Siddiqui et al., 2006) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดตามลักษณะของการเกิดพยาธิสรีรวิทยา (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550; Deb, Sharma, & Hassan, 2010) ดังนี้

1. ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic stroke หรือ Cerebral thrombosis)

เกิดจากหลอดเลือดแดงตีบแข็งจากการมีคราบไขมัน (Atherosclerotic plaque) ที่ผนังหลอดเลือด มักพบในคนสูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการมีคราบไขมันเกาะหลอดเลือด และความดันโลหิตสูง ทำให้รูของหลอดเลือดแดงตีบแคบลง จนเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอหรือทำให้หลอดเลือดอุดตัน ส่งผลให้เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตายในที่สุด การอุดตันนี้อาจเกิดได้ในทุกตำแหน่งของหลอดเลือด แต่ที่พบบ่อย คือ บริเวณส่วนแยกหรือส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงคาโรติด (Carotid artery) ทั้งหลอดเลือดแดงอินเทอร์นัลคาโรติด (Internal carotid artery) และหลอดเลือดแดงมิดเดิลซีรีบรอล (Middle cerebral artery) ซึ่งแขนงหลอดเลือดนี้จะไปเลี้ยงส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว และส่วนควบคุมการรับรู้ความรู้สึก

2. ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน (Embolic stroke หรือ Cerebral embolism)

เกิดจากการมีลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่นหรือมีสิ่งอุดตันเล็ก ๆ (Emboli) หลุดลอยอยู่ในกระแสเลือด และลอยไปอุดตันที่หลอดเลือดสมอง ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตายที่พบได้บ่อย ได้แก่ ลิ่มเลือดที่เกิดบริเวณผนังของหัวใจหรือลิ้นหัวใจ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550, หน้า 4) ลิ่มเลือดจากการที่หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือโรคลิ้นหัวใจพิการ เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบ การใส่ลิ้นหัวใจเทียม กล้ามเนื้อหัวใจตาย ลิ่มเลือดหรือก้อนไขมันจากหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณคอตีบ หรือเกิดจากหลอดเลือดที่เป็นแผล (Atherosclerosis) ลิ่มเลือดอาจประกอบไปด้วยเกล็ดเลือดหรือชิ้นส่วนของเนื้องอก

จากภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันดังกล่าว ทำให้สมองส่วนที่เคยได้รับเลือดมาเลี้ยงขาดเลือด เป็นผลให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ การทำงานของสมองส่วนนั้นสูญเสียหน้าที่หรือหยุดทำงานชั่วคราว ทำให้เกิดอาการผิดปกติเกี่ยวกับ การพูด การเคลื่อนไหว ระดับความรู้สึกตัว ความจำ อาการที่เกิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่สมองขาดเลือด (Location) ระยะเวลาของการขาดเลือด (Duration) และขนาดของสมองที่ขาดเลือด (Deb et al., 2010) เช่น ถ้าหากตำแหน่งที่สมองขาดเลือดอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญ ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดยาวนาน ร่วมกับบริเวณที่สมองขาดเลือดมีขนาดใหญ่ ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง ดังนั้นระยะเวลาที่สมองเกิดการตีบหรืออุดตัน ยิ่งนานจะยิ่งทำให้เซลล์สมองที่ขาดเลือดเสียหาย และทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น (Horer & Haberl, 2012)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Risk factors of stroke) สามารถแบ่งได้ เป็น 2 ชนิด คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Nonmodifiable risk factors) และปัจจัยเสี่ยงที่อาจปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ สามารถนำปัจจัยดังกล่าวมาพิจารณาถึงความเสี่ยง

ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และใช้เป็นข้อมูลร่วมกับปัจจัยเสี่ยงที่อาจปรับเปลี่ยนได้ เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นโรคที่สามารถควบคุมได้ โดยควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจปรับเปลี่ยนได้โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Nonmodifiable risk factors)

1.1 อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Hartigan et al., 2014) ในคนที่อายุมากขึ้น อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณ โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าทุกอายุ 10 ปี ที่เพิ่มขึ้นหลังอายุ 55 ปี จนเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคของผู้สูงอายุ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเกิดในคนที่อายุน้อยมากขึ้น โดยพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในช่วง 18-45 ปี เป็นจำนวน 3.4-11.3 รายต่อแสนประชากร (Smith & Fox, 2015) ซึ่งสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในคนที่อายุน้อย สาเหตุการเกิดมีความแตกต่างกันกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุมาก โดยสาเหตุที่พบมากในคนอายุน้อย มักเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด (Ji, Schwamm, Pervez, & Singhal, 2013)

1.2 เพศ เกือบทุกช่วงอายุ เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 44-76 นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุ จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($p < 0.05$) โดยพบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น เพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างของฮอร์โมนเพศ คือ เพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ช่วยลดการตีบตันของหลอดเลือดแดงได้ (วิไลพร พุททวงศ์, วิริทธิ์ กิตติพิชัย, ทัศนีย์ ศีลววรรณ และ โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, 2557)

1.3 ชาติพันธุ์ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการรับผู้ป่วยคนผิวดำที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว ทั้งในเพศชายและเพศหญิง และคนผิวดำคนพื้นเมือง คนเอเชีย และคนเชื้อสาย Hispanic มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนผิวขาว

1.4 พันธุกรรม ผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนปกติ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ประวัติทางพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($p < 0.05$) (วิไลพร พุททวงศ์ และคณะ, 2557)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่อาจปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และโรคร่วมที่อาจส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

มากขึ้น สามารถแก้ไขได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมโดยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมทางสุขภาพ

2.1.1 การบริโภคอาหาร การบริโภคอาหารรสเค็ม อาหารที่มีไขมันสูงหรืออาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น อาหารมัน อาหารทอด จะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ซึ่งมีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) เป็นองค์ประกอบหลักทำให้หลอดเลือดแข็ง และมีไขมันสะสมที่ผนังของหลอดเลือดแดง ส่วนอาหารรสเค็มที่มีเกลือโซเดียมสูง เช่น อาหารประเภทหมักดอง ซอส น้ำปลา ผงชูรส จะมีโซเดียมที่ทำให้เกิดการกั่งของน้ำในร่างกาย ทำให้ปริมาณเลือดมากขึ้น หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และยังทำให้แรงดึงตัวของผนังหลอดเลือดแดงสูงขึ้น ทำให้ระดับความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) สูงขึ้น ดังการศึกษาของ วิลพร พุททวงค์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.1.2 การออกกำลังกาย จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากการออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดปริมาณไขมันในเลือด และเพิ่มระดับของไขมันดี (High density lipoprotein-cholesterol) ส่งผลให้มีการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (วิลพร พุททวงค์ และคณะ, 2557)

2.1.3 ความเครียด เมื่อเกิดความเครียดจะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที และแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นจากการที่หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (วิลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2552) ซึ่งจากการศึกษาของ วิลพร พุททวงค์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.1.4 การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากนิโคตินจะเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) หลอดเลือดแดงเกร็ง ลดความยืดหยุ่นของหลอดเลือด (วิลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2552) จากการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Jones et al., 2010) ผู้ที่สูบบุหรี่เกินวันละ 40 มวน มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่สูบน้อยกว่าวันละ 10 มวนประมาณ 2 เท่า และความเสี่ยงจะลดลงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ 2 ปี และลดลงจนถึงระดับที่ไม่พบความแตกต่างกับผู้ที่ไม่เคยสูบ

หลังจากหยุดสูบบุหรี่แล้ว 4-5 ปี เนื่องจากความเสี่ยงที่ลดลงไม่เกี่ยวข้องกับอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550)

2.1.5 การดื่มสุรา จากการศึกษาพบว่า การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับ

ความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) และความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) โดยการดื่มสุรา 1-2 แก้วต่อวัน (1 แก้วเท่ากับปริมาณแอลกอฮอล์ 30 ซีซี หรือ 1 ดื่มมาตรฐาน) จะเพิ่มความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) และความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) 1 และ 0.5 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลเลอร์ พุทรวงศ์ และคณะ (2557) ที่พบว่า การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.2 โรคร่วมอื่น ๆ

2.2.1 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension [HT]) นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดและสำคัญที่สุด (ประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะ, 2556; Jones et al., 2010; Memis et al., 2008; Sorganvi, Kulkarni, Kadeli, & Atharga, 2014) เนื่องจากความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็ง อีกทั้งทำให้กลไกการรักษาระดับเลือดในสมอง (Autoregulation) เสียไป ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ จากการศึกษาพบว่า การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และนอกจากช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีกด้วย (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2552)

2.2.2 โรคหัวใจห้องบนเต้นสั่นพริ้ว (Atrial fibrillation [AF]) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบเป็นอันดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง (Memis et al., 2008) เนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ จะทำให้มีการคั่งของเลือดและเลือดไม่ถูกสูบฉีดออกไป ทำให้รวมตัวกันเป็นลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมองได้ มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีโรคหัวใจ AF มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า และถ้ามีโรค AF เกิดร่วมกับโรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic heart disease) จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่าของคนปกติ ประเมินการว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีโรค AF ร่วมด้วย

2.2.3 โรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Cardiovascular disease and myocardial infarction) ผู้ป่วยที่มีโรคของหลอดเลือดหัวใจ เช่น การติดเชื้อของเยื่อหัวใจ (Bacterial endocarditis) การอักเสบของหัวใจจากเนื้องอก (Non bacterial thrombotic endocarditis) เป็นต้น มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 2 เท่าของคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550)

2.2.4 โรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงแคโรติด (Carotid artery) จากการศึกษาในผู้ที่มีหลอดเลือดแดงแคโรติดตีบ มีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับการตีบแคบของหลอดเลือดแดงแคโรติด

2.2.5 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus [DM]) เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่คนทั่วไปรู้น้อยที่สุด (Bietzk et al., 2012) โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดขนาดเล็กอุดตัน (Lacunar infarction) และการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงใหญ่ (Artherosclerosis) ถึงแม้ว่าปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่พิสูจน์ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular complications) เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่มีหลักฐานสนับสนุนว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complications) (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) ดังนั้นผู้ที่เป็เบาหวาน ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติที่สุด (Horer & Haberl, 2012) และควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย จึงจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

2.2.6 ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) จากการศึกษาพบว่า ระดับของไขมันเลว (Low density lipoprotein-cholesterol) สัมพันธ์กับการเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงแคโรติด (Carotid artery) ดังนั้นจึงถือได้ว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยอ้อม (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550)

2.2.7 ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทางระบบประสาทเกิดขึ้นชั่วคราว เรียกว่า Transient ischemic attack (TIA) หรือ Mini stroke เป็นภาวะผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันที จากการที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว โดยส่วนใหญ่อาการ TIA จะเป็นอยู่ประมาณ 5-20 นาที โดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555) โดยไม่มีการทำลายเนื้อสมอง แต่อาจมีอาการชาหรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป (Williams et al., 2009) จากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่า โอกาสการเกิดอาการซ้ำหลังจากมี TIA อยู่ที่ร้อยละ 8-12 ในวันที่ 7 ร้อยละ 12-15 ในวันที่ 30 และร้อยละ 17-19 ในวันที่ 90 นับจากมีอาการ (กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์, 2555) จากการที่หลอดเลือดที่เสื่อมหรือหลอดเลือดที่ตีบแข็งอยู่แล้ว ทำให้ประสิทธิภาพในการไหลเวียนเลือดลดลง ดังนั้น จึงควรรีบค้นหาสาเหตุ และลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมากขึ้น คือ เป็นผู้สูงอายุมีประวัติเป็นเบาหวานมีอาการแสดงเกิดขึ้นมากกว่า 10 นาที มีอาการอ่อนแรง พูดไม่ชัด (Albers et al., 2002)

2.2.8 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น โรคอ้วน การใช้ยาเสพติด การใช้ยากุมกำเนิด เป็นต้น จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวจะพบว่า หากสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจปรับเปลี่ยนได้ จะทำให้โอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดลดลงได้มาก เช่น ควบคุมอาหารเพื่อป้องกันการเกิดไขมันในเลือดสูง การควบคุมความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และงดสูบบุหรี่ เป็นต้น แต่หากไม่สามารถปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้ อาจทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองเลือดระยะเฉียบพลัน

ในภาวะปกติสมองต้องการเลือดไปเลี้ยง (Cerebral blood flow) ร้อยละ 15 ของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) ซึ่งโดยปกติเท่ากับ 750 มิลลิลิตร ต่อนาที และต้องการออกซิเจน ร้อยละ 20 ของออกซิเจนที่หายใจเข้าไป ขณะพักสมองของมนุษย์ จะมีเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50-55 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที (พรัทธร ธรรมสโรช, 2555) โดยที่ Gray matter blood flow จะสูงกว่า White matter blood flow เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดสมองขึ้น สมองจะมีกลไกที่สามารถป้องกันตนเองจากการขาดเลือดไปเลี้ยง คือ มีการเชื่อมประสานกันของแขนงหลอดเลือดแดง และมีกลไกการปรับตัวอัตโนมัติ (Autoregulation) การที่สมองมีความสามารถพิเศษนี้ก็เพื่อควบคุมให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ โดยสมองจะมีการปรับตัวโดยเพิ่มการไหลเวียนเลือดจากระบบหลอดเลือดใกล้เคียง (Collateral circulation) เพื่อรักษาระดับของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง และปริมาณออกซิเจน (Oxygen supply) ให้คงที่ที่สุด และเนื่องจากสมองไม่มีแหล่งสำรองกลูโคส หากมีเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนใดส่วนหนึ่งลดต่ำกว่า 18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที เซลล์สมองจะเสียหายที่ทางสรีระ เซลล์ประสาทจะไม่ทำงานหรือสมองจะมี Electrical failure และหยุดทำงานชั่วคราว แต่ยังไม่เกิดภาวะสมองตาย ส่วนของสมองบริเวณรอบ ๆ ที่ขาดเลือดแต่ยังไม่เกิดภาวะสมองตายนี้ เรียกว่า Ischemic penumbra ซึ่งจะมีเลือดไปเลี้ยงอยู่ระหว่าง 8-18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที และเป็นส่วนที่สามารถกู้กลับคืนได้ (พรัทธร ธรรมสโรช, 2555; Deb et al., 2010) หากสามารถเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ทันเวลา

เมื่อปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงมากกว่าเดิมไปเรื่อย ๆ การสูญเสียหน้าที่ในการทำงานของสมองจะมากขึ้นตามไปด้วย หากมีเลือดมาเลี้ยงสมองน้อยลงโดยได้รับเลือดน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองอย่างถาวร จนถึงจุดวิกฤต คือ ต่ำกว่า 10 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที Proton pump ที่เยื่อหุ้มเซลล์จะสูญเสียหน้าที่ เกิด Failure of ionic pump ทำให้แคลเซียม (Ca^{2+}) ที่ปกติอยู่ภายนอกเซลล์ ไหลทะลักเข้าสู่ภายในเซลล์ เกิดการคั่งของไอออนของแคลเซียม โซเดียม และคลอไรด์

ในเซลล์ประสาท ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ Phospholipase และ Protease ทำให้ DNA และ โครงสร้างของเซลล์เสียหาย เกิด Oxygen free radicals ทำให้เกิด Mitochondrial injury และกระตุ้น Ischemic cascade ซึ่งเป็นกระบวนการทำลายเซลล์ประสาท (Deb et al., 2010) โดยเซลล์ประสาทจะบวม และมีการแตกของแอสโตรไซต์ (Astrocytes) พบเนื้อเยื่อ โปร่งหลอดเลือดบวม มีเซลล์นิวโทรฟิล (Neutrophils) เข้ามาบริเวณที่ขาดเลือด และเพิ่มจำนวน มากขึ้น เซลล์ Microglia เพิ่มจำนวน และเก็บกินปลอกประสาท (Myelin) ที่เสียหาย จนเมื่อปริมาณ เลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงมากกว่า 8 มิลลิเมตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที เซลล์ประสาทจะตาย บริเวณแกนกลางที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง จะเป็นตำแหน่งที่เนื้อสมองตายอย่างสมบูรณ์ (Cerebral infarction zone) (พรภัทร ชรรมส โรช, 2555; Deb et al, 2010) หากไม่สามารถรักษาเพื่อเพิ่มระดับ ของปริมาณเลือดและออกซิเจนที่มาเลี้ยงสมองได้ และสมองขาดเลือดเกิน 3-8 นาที เซลล์ประสาท สมองจะตายอย่างถาวร (Irreversible cell damage) (พรชัย สติธิปัญญา, 2551)

เนื่องจากความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาที่สมอง ขาดเลือด ดังนั้นระยะเฉียบพลันเป็นระยะที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการ จนกระทั่งมีอาการคงที่ หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่รวดเร็วตั้งแต่เริ่ม เกิดอาการ จะช่วยลดอัตราการเกิดความพิการ และอัตราการเสียชีวิตได้มาก (Embersen et al., 2014) จากการศึกษาสามารถแบ่งระยะของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้เป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ได้แก่

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ จนกระทั่งอาการ คงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญในระยะนี้ ได้แก่ อาการหมดสติ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจ และการทำงานของหัวใจ ผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัว แต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่อัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่ อ่อนปวกเปียกจะแข็งแรงขึ้น ระยะนี้เน้นการฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากระยะของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยเกิดอาการขึ้นในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยอาจมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีอาการแขนขาอ่อนแรงทันทีทันใด หรืออาจมีปัญหา ของการสื่อสาร เป็นต้น ซึ่งในระยะนี้หากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย สามารถรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้น

เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลได้ทันเวลาที่จะให้การรักษาโดยยาละลายลิ่มเลือด แต่จากการศึกษาพบว่า เกิดความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรง เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ชาตามแขนและขา เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการเริ่มแรกหรืออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยยังไม่แจ้งญาติหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ดังนั้นผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อาการที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และมีการตอบสนองที่เหมาะสม โดยรีบมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง (Signs and symptoms of stroke)

ในปัจจุบันมีการรณรงค์เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองมาก เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยรับรู้และทราบอาการที่เกิดขึ้น โดยอาการทางคลินิกที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองมี 3 อาการ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคหลอดเลือดสมองก่อนรับการรักษา (Cincinnati Prehospital Stroke Scale [CPSS]) คือ 1) ใบหน้าอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง (Face) 2) แขนอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง (Arm) และ 3) พูดผิดปกติ พูดซ้ำ หรือไม่พูด (Speech) ซึ่งหากพบความผิดปกติ 1 อาการ จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 72 หากพบความผิดปกติ 3 อาการจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 85 (American Heart Association, 2005) ดังนั้น หากพบผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติดังกล่าว ควรรับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Moser et al. (2006) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 77.4 มักมีความผิดปกติหรือมีความบกพร่องของการสั่งการของอวัยวะ ทำให้มีแขนขาอ่อนแรงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang, Tseng, and Tan (2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 85 จะมีอาการชาหรืออ่อนแรงของแขนและขาข้างใดข้างหนึ่ง

นอกจากอาการใบหน้าอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง แขนและขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง และอาการพูดผิดปกติ พูดซ้ำ หรือไม่พูด ที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอาการนำที่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดจากการที่สมองขาดเลือดชั่วคราว ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตัน (Thrombosis) ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณสมองไม่เพียงพอ อาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเกิดอยู่ในช่วงเวลาสั้น ๆ ประมาณ 5-20 นาที และจะหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง ต่อมาอาจมีเลือดไหลผ่านหลอดเลือดที่ตีบตันนั้น ได้ หรืออาจเกิดจากมีสิ่งอุดกั้น (Emboli) หลุดลอยออกไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ซึ่งต่อมาอาจมีการแตกสลายของสิ่งอุดกั้น ทำให้สิ่งอุดกั้นนั้น

เลื่อนหลุดออกไปได้ เลือดจึงไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ตามปกติ อาการผิดปกติทางระบบประสาท จึงหายไป (ก้องเกียรติ ภูมิคุ้มกันทราก, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมอาการเตือนที่พบ มากที่สุด คือ อาการมึนงงศีรษะ ไม่สามารถทรงตัวหรือเดินได้ พบได้ถึงร้อยละ 79.6 มีอาการชา หรืออ่อนแรงของหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง พบร้อยละ 75.5 พูดจาสับสน พูดลำบากหรือ เข้าใจลำบาก พบร้อยละ 74.5 มีความผิดปกติของการมองเห็นขึ้นทันทีทันใด พบร้อยละ 10.2 และอาการปวดศีรษะรุนแรงที่ไม่ทราบสาเหตุ พบร้อยละ 10.2 (Memis et al., 2008)

จากอาการเตือน อาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว หากผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยรับรู้อาการที่เกิดขึ้นได้เร็ว โดยเฉพาะอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเมื่อเกิดแล้ว และไม่ได้รักษาสาเหตุของการเกิดอาการดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองมีอาการรุนแรงมากขึ้น และหากไม่รีบนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล อาจทำให้ ผู้ป่วยเกิดความพิการมากขึ้น การที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมาโรงพยาบาล เร็วหรือช้า จึงขึ้นอยู่กับกรรับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงหรือไม่ และมีวิธีการรักษา โรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันอย่างไร (Mellor et al., 2015)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ในปี พ.ศ. 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำโครงการ ระบบช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke fast track) ขึ้น โดยจัดทำระบบ ช่องทางด่วน (Fast track) ขึ้นที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งใช้ระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงนับตั้งแต่ ผู้ป่วยเกิดอาการจนกระทั่งมาถึงหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาในระบบช่องทางด่วน การพัฒนาให้มีการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) และการบริการในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โดยให้ยา Recombinant tissue-plasminogen activator ซึ่งแต่เดิมได้ขยายเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือดจากเดิม 3 ชั่วโมง เป็น 4.5 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (Embersen et al., 2014; Mazighi et al., 2010; Zoppo, Saver, Jauch, & Adams, 2009) โดยขนาดยาที่ให้ คือ 0.9 มิลลิกรัม/ กิโลกรัม ขนาดสูงสุด คือ 90 มิลลิกรัม โดยแบ่งขนาดยา ร้อยละ 10 ให้ทางหลอดเลือดดำทันที ส่วนที่เหลือให้หยดทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง (Zoppo et al., 2009) จะเห็นว่าภายใน โรงพยาบาล มีการจัดระบบช่องทางด่วนสำหรับให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

ด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จึงมีการพัฒนา วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดอัตราความพิการ

และอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยจุดมุ่งหมายสำคัญของการรักษา คือ ทำให้เนื้อสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงให้เร็วที่สุด (Moser et al., 2006) โดยการรักษาที่ได้ผลดี ในปัจจุบัน ได้แก่ การให้ยาเพื่อไปละลายลิ่มเลือดที่อุดตัน และเพิ่มเลือดให้ไปเลี้ยงสมองได้ทันเวลา เพื่อให้สมองกลับมาทำงานได้ตามปกติ (กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์, 2553) ยิ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วเท่าใด ผลของการรักษายิ่งดีขึ้นเท่านั้น ดังการศึกษาของ Emberson et al. (2014) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของยาละลายลิ่มเลือด โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลาย ลิ่มเลือดภายในเวลา 3 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 3 ชั่วโมงถึง 4.5 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ และผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหลังจากเกิดอาการ มากกว่า 4.5 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของยาละลายลิ่มเลือดจะได้ผลดีที่สุด หากผู้ป่วยได้รับยาภายในเวลาที่รวดเร็วหลังจากเกิดอาการอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .0001$, $p = .0132$ และ $p = .15$) ยิ่งผู้ป่วยมารับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้เร็วเท่าใด ประสิทธิภาพ ของการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดจะเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น

ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงแรกนับจากเริ่มมีอาการ การรักษาที่เหมาะสม ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติในการให้ยา (Inclusion criteria) และต้องไม่มีข้อห้ามในการให้ยา (Exclusion criteria) จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน 3 ชั่วโมง นับจากมีอาการของหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจะมีผลลัพธ์ทางการรักษาดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ รับยา เมื่อประเมินที่ช่วงเวลา 90 วัน หลังจากได้รับการรักษา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับยาดังกล่าว จะมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมอง (Symptomatic intracerebral hemorrhage) ที่จะเกิดภายใน 36 ชั่วโมงหลังจากได้รับยาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 6.4 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 0.6) แต่โดยรวมแล้วอัตราการเสียชีวิตที่ช่วงเวลา 90 วัน ในกลุ่มที่ได้รับยาก็ยังต่ำกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ (ร้อยละ 17 เปรียบเทียบกับร้อยละ 21) แต่ยังไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

Alteplase เป็นยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) ที่มีประสิทธิภาพในการรักษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Fassbender et al., 2013) เป็นไกลโคโปรตีน ที่กระตุ้นทำให้เกิดการละลายของลิ่มเลือด เกิดการละลายของก้อนเลือดที่อุดตันภายในหลอดเลือด โดยจะได้ผลดีที่สุดถ้าให้ภายใน 60 นาทีแรกหลังเกิดอาการ (Schumm et al., 2014) และให้ภายใน ระยะเวลา 180 นาทีหลังเกิดอาการ และพบว่า หลังให้ยาผู้ป่วยร้อยละ 30 มีอาการดีขึ้นหรือหาย เป็นปกติ แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมอง เพิ่มขึ้น ควรให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/ 110 มิลลิเมตรปรอท ก่อนให้ยาละลาย ลิ่มเลือด และควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 180/ 105 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 24 ชั่วโมงแรก

หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากการรักษาระดับความดันโลหิตให้พอเหมาะ ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ควรลดให้ความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90-100 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากกลไกที่รักษาระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเสียไป ดังนั้น ถ้าความดันโลหิตต่ำเกินไป จะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดเซลล์สมองตายมากขึ้น การรักษาความดันโลหิตสูง ในระยะแรกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราว จากการที่ร่างกายมีกลไกตอบสนองเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้นทุก ๆ การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตจะมีผลกระทบโดยตรงต่อเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood flow) (Horer & Haberl, 2012) การลดความดันโลหิตมากเกินไปหรือเร็วเกินไปจะทำให้สมองที่ขาดเลือดอยู่แล้ว ยิ่งขาดเลือดเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจึงไม่ควรให้ยาลดความดันโลหิต ในกรณีที่ความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 220/ 120 มิลลิเมตรปรอท

จากการศึกษาพบว่า อัตราการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดยังคงมีจำนวนน้อยทั่วโลกพบเพียงร้อยละ 2-7 (Mazighi et al., 2010; Schumm et al., 2014; Sreedharan & Ravindran, 2011) เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดพบร้อยละ 3-8.5 (Reeves et al., 2005) ส่วนในประเทศเกาหลีพบร้อยละ 2.1 (Yu et al., 2006) ในประเทศเยอรมนีพบร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 8 (Fassbender et al., 2013) และในประเทศออสเตรเลียพบน้อยกว่า ร้อยละ 5 (Sreedharan & Ravindran, 2011) ซึ่งสาเหตุของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดน้อย ส่วนหนึ่งเกิดจากการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลไม่ทันเวลา ดังนั้นผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย จึงจะสามารถได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ระยะของการทราบอาการ และอาการแสดงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองจนถึงระยะของการนำผู้ป่วยไปส่งยังโรงพยาบาลที่มีระบบบริการช่องทางด่วน จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า ซึ่งความล่าช้านั้นเกิดในช่วงระยะเวลาก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital delay) มากกว่าช่วงระยะเวลาล่าช้าภายในโรงพยาบาล (In-hospital delay) (วนัชพร อุตสาหกิจ, 2556; Ashraf et al., 2015; Horer & Haberl, 2012; Mellon et al., 2015; Mokin et al., 2014; Schumm et al., 2014) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในประเทศได้หวั่นมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 5.6 ชั่วโมง หรือ 335 นาที

(Chang et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Siddiqui et al. (2008) ที่ศึกษาปัจจัยของความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยในประเทศปากีสถาน และการศึกษาของ Kim et al. (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศเกาหลี พบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 6 ชั่วโมง หรือ 360 นาที และ 7.9 ชั่วโมง หรือ 474 นาที ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ระยะเวลาในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ วิภาวดี โพธิ์โสภณ และคณะ (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตอบสนองต่ออาการ และระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาล เท่ากับ 4.3 ชั่วโมง หรือ 259 นาที และจากการศึกษายังพบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 26 ที่มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 2 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ (Jin et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Siddiqui et al. (2008) ที่ศึกษาปัจจัยของความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศปากีสถาน พบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 28 ที่มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมง จากการศึกษาดังกล่าวเห็นได้ว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลาในการมารับการรักษาที่ยาวนาน และด้วยเหตุที่ความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการที่สมองขาดเลือด ดังนั้นจึงมีการศึกษาระยะเวลาที่ได้รับ การรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถแบ่งได้เป็น 3 ช่วงระยะเวลา ดังนี้

1. ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งถึงเวลาตัดสินใจขอความช่วยเหลือ (The period from symptom onset to the decision to seek medical attention) เป็นระยะที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยรับรู้ที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการอ่อนแรงของแขนและขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว เป็นต้น จนกระทั่งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยตัดสินใจว่าต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ระยะนี้เป็นระยะที่เกิดความล่าช้ามากที่สุด (Moser et al., 2006) โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในระยะนี้มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาเท่ากับ 90 นาที (Chang et al., 2004) การใช้ระยะเวลาในช่วงนี้นานทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดนั้น มักไม่ได้รับประโยชน์จากการให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลเกิน 4.5 ชั่วโมงขึ้นไป (วันชพร อุตสาหกรรม, 2556; Ashraf et al., 2015; Fassbender et al, 2013; Mellon et al, 2015; Mokin et al, 2014; Schumm et al, 2014) และจากการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดอาการจนกระทั่งถึงเวลาตัดสินใจขอความช่วยเหลือ โดยการศึกษาของ ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ และคณะ (2556) พบว่า ผู้นำส่งใช้เวลาตัดสินใจนำผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 45.14 นาที จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงตัดสินใจมารับการรักษาช้า ซึ่งระยะเวลาที่ตัดสินใจขอความช่วยเหลือที่ล่าช้า จะทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลช้าไปด้วย จนอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความพิการมากยิ่งขึ้น

2. ระยะเวลาตั้งแต่ตัดสินใจขอความช่วยเหลือจนกระทั่งไปถึงโรงพยาบาลแรก

(The period from the decision to seek medical attention to first medical contact) เป็นระยะที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัดสินใจว่าจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาซึ่งในปัจจุบันได้มีการรณรงค์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical service) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มารับการรักษาพยาบาลได้เร็วขึ้น (Horer & Haberl, 2012) ดังนั้น การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะช่วยลดระยะเวลาในการเดินทางมารับการรักษาซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการ จนกระทั่งได้รับการรักษาลงตามไปด้วยซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้รถพยาบาลเป็นการตอบสนองที่สำคัญในการช่วยลดความล่าช้าในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล ($p < 0.0001$) (Saver et al., 2010) ซึ่งในระยะนี้มีการศึกษาพบว่า การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะช่วยลดระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไต้หวันพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการรับผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแรกใช้เวลาเพียง 14 นาที (Chang et al., 2004)

แม้ว่าจะมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินดังกล่าว แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 38-65 ที่มีการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Fassbender et al., 2013) โดยจากการศึกษาในประเทศตุรกี พบว่า มีการใช้บริการจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 16.3 (Memis et al., 2008) และประเทศเกาหลี พบว่า มีการใช้บริการจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 36 (Kim et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ วารุณี อึ้งสก, ธีรนุช ห้านิรัตติชัย และสมบัติ มุ่งทวีพงศา (2555) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยใช้รถส่วนตัวมากที่สุด และมีการใช้รถพยาบาลและรถฉุกเฉินน้อยที่สุด และจากการศึกษาของ ประไพ กิตติบุญญวัฒน์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 82.9 ไม่ทราบเบอร์โทรศัพท์ 1669 สำหรับติดต่อรถฉุกเฉิน จะเห็นได้ว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละประเทศ อาจขึ้นอยู่กับระบบการสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่ แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประชาชนกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ ยังขาดการจัดการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม

3. ระยะเวลาตั้งแต่ถึงโรงพยาบาลแรกจนกระทั่งไปถึงยังโรงพยาบาลที่มีการรักษา

ในระบบช่องทางด่วน (The period from first medical contact to hospital arrival) ในระยะนี้

ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่า ในประเทศไต้หวันระยะเวลาเฉลี่ยจากจุดรับผู้ป่วยหรือจากโรงพยาบาลแรก จนถึงโรงพยาบาลที่มีการรักษาในระบบช่องทางด่วนเท่ากับ 40 นาที และพบว่า หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น มักจะเกิดความล่าช้าขึ้นได้ อย่างมีนัยสำคัญ (Chang et al., 2004) ดังนั้นผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการมารับการรักษาแล้ว ยังต้องมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องและเหมาะสมด้วย จึงจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาได้ทันเวลา

การตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Response to symptoms of acute ischemic stroke patients)

การตอบสนองต่ออาการเป็นกระบวนการของการรับรู้และจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่งผลให้กระบวนการในการจัดการกับอาการใช้ระยะเวลายาวนานไม่เท่ากัน ระยะเวลาในการแสวงหาการรักษา และระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลจึงมีความแตกต่างกัน (Dracup & Moser, 1997; Leventhal et al, 2003) ปัจจุบันด้วยเหตุที่ความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ดังนั้นการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อเปิดหลอดเลือดที่ตีบหรืออุดตันให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้เร็วที่สุด ช่วยลดอัตราการตายและอัตราความพิการที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย

การตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

1. การตอบสนองทางการรู้คิด (The cognitive response) เป็นการให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Identified of the threat) โดยญาติผู้ป่วยจะมีการรับรู้สาเหตุ (Cause) ของอาการว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จึงจะทำให้ญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเร็วกว่าญาติผู้ป่วยที่ไม่ทราบว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (วิภาวดี โปธิโสภิต และคณะ, 2558) การรับรู้ระยะเวลาของการเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Timeline) เป็นการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดว่ามีช่วงเวลายาวนานเพียงใด และการรับรู้ผลกระทบของอาการว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต (Consequences) เช่น ผู้ป่วยที่เคยมีอาการที่รุนแรงจากการที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว

จะมีการตอบสนองต่ออาการเร็วกว่าผู้ป่วยที่เคยมีอาการเพียงเล็กน้อยจากการที่หลอดเลือดแดง
ที่ไปเลี้ยงสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Sharry et al., 2014) ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะมาก
จะมีการรับรู้ความสำคัญของการมาโรงพยาบาลที่รวดเร็วกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวดศีรษะ ในขณะที่
ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ (Controllability) จะทำให้ผู้ป่วยมาถึง
โรงพยาบาลล่าช้า (วิภาวดี โปธิโสภา และคณะ, 2558) เช่น หากผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าคุณอาการที่เกิดขึ้น
มีความรุนแรง ผู้ป่วยก็จะกินยาและนอนพัก หรือผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปี คิดว่าตนเองอายุน้อย
เกินกว่าที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดอาการปวดศีรษะจึงคิดว่าอาการปวดศีรษะนั้น
เป็นอาการของไมเกรน (Migraine) (Mellor et al., 2015)

2. การตอบสนองทางอารมณ์ (The emotional response) เป็นผลที่เกิดจากการตอบสนอง
ต่อภาวะที่คุกคามสุขภาพ โดยญาติผู้ป่วยจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร
เป็นความรู้สึกของญาติผู้ป่วยที่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเป็นอันตราย คุกคามกับชีวิต
และอาจส่งผลให้เกิดความพิการหรือเป็นภาระที่จะต้องดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป
และจากความรักความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
ระยะเฉียบพลัน ทำให้เกิดความห่วงใยและเกรงว่าบุคคลอันเป็นที่รักหรือหัวหน้าครอบครัวจะเกิด
ความพิการหรือเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต (ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2557) ผลที่ตามมาจึงทำให้
ญาติผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวล จึงรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาพบว่า
ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจะมาถึงโรงพยาบาล
เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลน้อย (วิภาวดี โปธิโสภา และคณะ, 2558) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วย
ที่มีความวิตกกังวลระดับสูงจะมาถึงโรงพยาบาลเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลระดับต่ำ

โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่ชัดเจน เช่น อาการชา
หรืออ่อนแรงเพียงเล็กน้อย มักจะไม่รีบมาโรงพยาบาลเนื่องจากจะรอดูอาการและคิดว่าอาการ
ดังกล่าวที่เกิดขึ้นจะสามารถหายได้เอง (นิภาพร ภิญญาศรี, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ
วารุณี อึ้งสก และคณะ (2555) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือมีอาการ
เป็น ๆ หาย ๆ ผู้ป่วยจะรอเวลาให้อาการดีขึ้น ซึ่งเป็นการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม การตอบสนอง
ต่ออาการอย่างเหมาะสมก็จะรีบนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว จากการศึกษาของ
วิภาวดี โปธิโสภา และคณะ (2558) ที่ศึกษาการตอบสนองอาการและระยะเวลาการมาถึง
โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่า การตอบสนองต่ออาการ
ด้านการตอบสนองทางพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมาถึง โรงพยาบาลของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ($p < .001$) ซึ่งการตอบสนองต่ออาการที่พบส่วนใหญ่
คือ การปรึกษาหรือบอกเล่าอาการให้ญาติหรือบุคคลอื่นฟังก่อนที่จะดำเนินการใด ๆ

3. การตอบสนองของบุคคลที่เกี่ยวข้อง (The bystander response) ส่วนใหญ่บุคคล ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มสมรส บุตร สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน จากการศึกษพบว่า บุคคลช่วยเหลือ ร้อยละ 86 มักเป็นคนในครอบครัว ร้อยละ 68 เป็นเพศหญิง และ ร้อยละ 47.5 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี (วารุณี อึ้งสก และคณะ, 2555) ซึ่งหากบุคคลเหล่านี้ มีการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยดี เช่น มีการตามรถพยาบาลโดยการโทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉิน เพื่อขอความช่วยเหลือหรือนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันทีที่จะทำให้ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้เร็ว (Sharry et al., 2014) ดังนั้นหากผู้ป่วยเกิดอาการขณะอยู่ที่บ้านญาติผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล แต่หากอาการเกิดในที่สาธารณะ บุคคลผู้พบเห็นเหตุการณ์จะเป็นผู้ตัดสินใจ ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นต้น จากการศึกษาของ วิภาวดี โพธิโสภา (2558) ที่ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการตอบสนองต่ออาการและระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จำนวน 85 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดขอนแก่น พบว่า การตอบสนองต่ออาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

จากอาการดังกล่าวถ้าผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยรับรู้อาการได้เร็วและตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นเร็วโดยรีบขอความช่วยเหลือหรือรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะพิการหรือช่วยลดความรุนแรงของภาวะพิการลงได้ จากการศึกษาพบว่า อาการที่พบบ่อยที่สุดในโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองโดยการรีบมาโรงพยาบาล ได้แก่ อาการชาหรืออ่อนแรงของแขนและขาข้างใดข้างหนึ่งพบถึงร้อยละ 98 (Monaliza, Aggarwal, & Srivastava, 2012)

อีกทั้งยังพบว่า อาการในระยะเริ่มแรก เช่น อาการชา เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เป็นอาการทั่ว ๆ ไปที่ยังไม่มีความรุนแรง ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยจึงไม่รีบมารีบมาโรงพยาบาล เพราะคิดว่าอาการดังกล่าวไม่ใช่ความผิดปกติที่รุนแรง สามารถจัดการอาการได้ด้วยตนเอง (วิภาวดี โพธิโสภา และคณะ, 2558) จึงไม่รีบมารักษาที่โรงพยาบาลทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา โดยไม่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ ดังนั้นการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างรวดเร็วจึงมีความสำคัญ ซึ่งการตอบสนองต่ออาการนั้นเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจในการเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งอยู่ในแนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003)

แนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วย (The common-sense model of self-regulation of health and illness)

แนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003) กล่าวว่า บุคคลเป็นผู้มีศักยภาพในการกำกับตนเองและมีกระบวนการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วยโดยไม่มีอาการหนึ่ง เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสถานการณ์ที่ตึงเครียดที่เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย บุคคลจะรวบรวม วิเคราะห์ แปลผลข้อมูลที่ได้จากการรับรู้ (Perceive) และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยนั้น (Interpret) ออกมาเป็นภาพความคิดต่อการเจ็บป่วยนำไปสู่การตัดสินใจเผชิญปัญหา และตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากนั้นบุคคลจะมีการประเมินผลลัพธ์การตอบสนองนั้นว่าได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายหรือไม่ หากได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย บุคคลก็จะตอบสนองโดยแสดงพฤติกรรมนั้นต่อไป โดยแนวคิดนี้มีการกำกับตนเองใน 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การรับรู้และการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วย (Illness representation)

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยบุคคลจะประมวลผลข้อมูลจากปัจจัยกระตุ้นภายใน (Inner stimuli) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในอดีต เป็นต้น และปัจจัยกระตุ้นภายนอก (Outer stimuli) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ จากบุคคลรอบข้าง เป็นต้น นำมาแปลและให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกิดเป็นการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านความคิด (Cognitive illness representation)

โดยอธิบายได้ว่า โครงสร้างที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Perceive) จะจัดระบบ วิเคราะห์ แปลผล และให้ความหมายของความเจ็บป่วยนั้นตามความรู้ ความนึกคิด ความเข้าใจ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการเดิมที่เกิดขึ้นและข้อมูลจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งองค์ประกอบของการรับรู้ความเจ็บป่วยตามความรู้ ความนึกคิดหรือความเข้าใจนี้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น (Identity) หรือประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นเป็นการรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น โดยรับรู้ว่าอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย

1.2 การรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย (Causes) เป็นการรับรู้ว่าอาการหรือโรคที่เกิดขึ้นเกิดจากสาเหตุใด เช่น เกิดจากโรคประจำตัว เกิดจากกรรมพันธุ์ เกิดจากโรคติดต่อ เป็นต้น

1.3 การรับรู้ระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป (Timeline) เป็นการรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย โดยทราบว่าอาการหรือโรคที่เกิดขึ้นจะเป็นอยู่นานเพียงใด

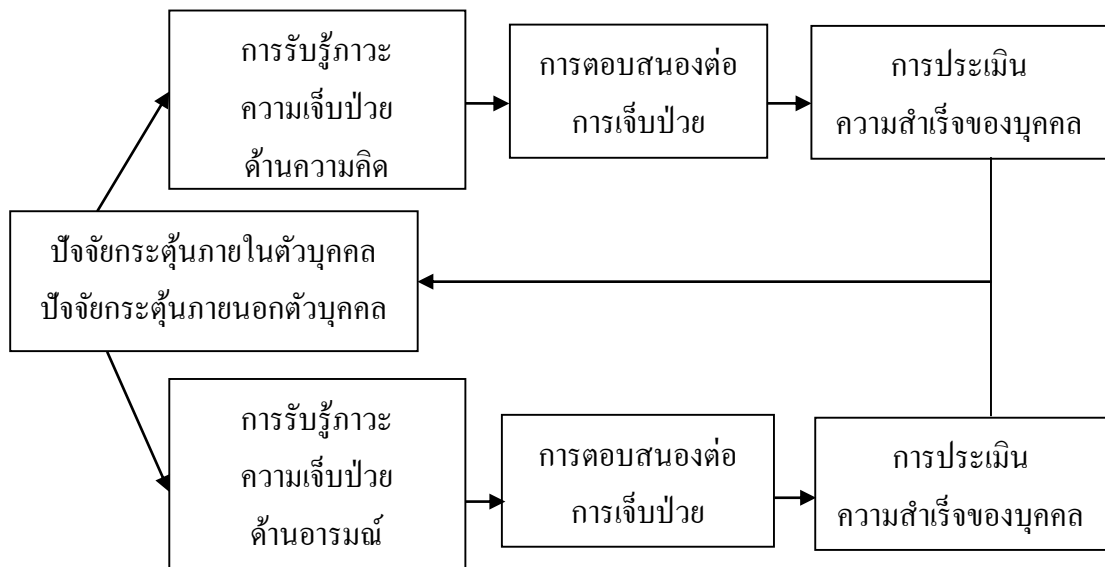
1.4 การรับรู้ผลที่เกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย (Consequences) เป็นการรับรู้ว่าอาการหรือโรคที่เป็นจะส่งผลอย่างไร ทำให้เกิดผลลัพธ์อะไรตามมา

1.5 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยนั้น (Controllability) เป็นการรับรู้ว่าการหรือโรคที่เกิดขึ้นนั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่

2. การรับรู้ความเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์ (Emotional experience) เป็นการรับรู้ความรู้สึกต่ออาการในขณะนั้น ซึ่งจะมีผลต่อการจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต โดยขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้น (Perceived control) และระดับความวิตกกังวลในอดีต (Level of anxiety experienced)

ระยะที่ 2 การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (Coping procedures and action plan) เป็นการวางแผน และการจัดการต่อปัญหาทางสุขภาพหรือภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ภายใต้การรับรู้ความเจ็บป่วยทางด้านความรู้ความเข้าใจ และการรับรู้ความเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์ โดยจัดการในรูปแบบของพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงต่อความเจ็บป่วยที่มากูกคาม ตามความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าเป็นการเจ็บป่วยโรคเดียวกัน และมีความคาดหวังถึงประสิทธิผลของพฤติกรรมนั้นด้วย เช่น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน บุคคลอาจมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้า การอยู่รอดอาการ เป็นต้น

ระยะที่ 3 การประเมินความสำเร็จของบุคคล (Appraisal) เป็นการประเมินประสิทธิผลของกลวิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหาหรือจัดการต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งถ้าประเมินได้ว่าวิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหานั้นทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ก็จะมีกระบวนการป้อนกลับ ทำให้เริ่มมีการวางแผน และเลือกใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาวิธีใหม่หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ใหม่ ทั้งการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความคิด และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ เป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไปจนกว่าจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การรับรู้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อได้รับข้อมูลใหม่ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปตามการรับรู้



ภาพที่ 2 แนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วย
(Leventhal et al., 2003)

จากแนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าว อธิบายได้ว่า เมื่อญาติผู้ป่วยพบผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันซึ่งเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดภาวะคุกคามถึงชีวิต ญาติผู้ป่วยจะรับรู้ต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 2 ด้าน คือ การรับรู้ต่อภาวะความเจ็บป่วยด้านความคิด และการรับรู้ต่อภาวะความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ โดยการรับรู้ทั้ง 2 ด้านนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยกระตุ้นภายในตัวญาติผู้ป่วย และปัจจัยกระตุ้นภายนอกตัวญาติผู้ป่วย จากนั้นญาติผู้ป่วยจะรวบรวม วิเคราะห์ แปลผลข้อมูลที่ได้จากการรับรู้ และให้ความหมายต่ออาการที่เกิดขึ้นออกมาเป็นภาพความคิดต่อการอาการนั้นนำไปสู่การตัดสินใจเผชิญต่ออาการที่เกิดขึ้น และตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่นำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ประสบการณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นภายนอกตัวญาติผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการรับรู้ต่อภาวะความเจ็บป่วยด้านความคิด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในปัจจุบันได้มีการรณรงค์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้รถพยาบาล (Emergency medical service use) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มารับการรักษาพยาบาล (Emergency department presentation) ได้เร็วขึ้น (Horer & Haberl, 2012) แต่กลับพบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินน้อยโดยพบเพียง ร้อยละ 38-65 (Fassbender et al., 2013) ดังนั้นจึงพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความล่าช้าในการมาถึงโรงพยาบาลซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้รถพยาบาลเป็นการตอบสนองที่สำคัญในการช่วยลดความล่าช้าในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล ($p < 0.0001$) (Saver et al., 2010) จากอุบัติการณ์ดังกล่าว จะเห็นว่าการที่ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาพยาบาลไม่ทันเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือด เกิดจากการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นยังไม่ถูกต้องเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวร่วมกับการศึกษารอบแนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003) พบว่า ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการรับรู้ด้านความคิดเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคัดเลือกปัจจัยกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล คือ ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ด้านความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มาศึกษาหาความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะเป็นตัวบอกระดับแผนความคิดความเข้าใจของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่า มีปัจจัยใดบ้างที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่ออาการที่เหมาะสม คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลได้เร็วขึ้น

ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีอยู่เดิมของญาติผู้ป่วยที่เป็นปัจจัยกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล ตามแนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยของ

Leventhal et al ของ Leventhal et al. (2003) ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ได้มาจากครอบครัว เพื่อน คนรอบข้าง ผู้ที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน สื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้จะมีผลทำให้ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีผลต่อการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น

จากการศึกษาของ Droste et al. (2014) ที่ศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศเยอรมนี จำนวน 420 ราย พบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 41.1 ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่าง ๆ ร้อยละ 38.1 ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากครอบครัวและเพื่อน ร้อยละ 23.6 ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากโรงเรียน เป็นต้น แต่ก็ยังพบว่า มีผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ร้อยละ 10 ที่ไม่รู้อาการของโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 11 ไม่รู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเลย และจากการศึกษาของ Jones et al. (2010) พบว่า ประชาชนทั่วไปในประเทศอังกฤษ ร้อยละ 60 มีประสบการณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของโรคหลอดเลือดสมองจากครอบครัวและเพื่อนมากที่สุด จะเห็นว่า ถึงแม้ในต่างประเทศประชาชนมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองดี แต่ยังคงพบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนทั่วไปยังคงอยู่ในระดับต่ำเพราะยังคงมีผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่รู้จักอาการและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นหากมีการเพิ่มช่องทางในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น จะทำให้ญาติผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้อง โดยนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเร็วขึ้น และทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สัญญาณเตือน

โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสระบุรี จำนวน 375 ราย พบว่า โดยภาพรวมมีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพียง ร้อยละ 39.8 ที่เคยมีประสบการณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเบื้องต้น และยังพบว่ากลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.9 ไม่เคยได้รับคำแนะนำการจัดการเบื้องต้นเกี่ยวกับการจดบันทึกเวลาที่เริ่มมีสัญญาณเตือน และ ร้อยละ 82.9 ไม่ทราบเบอร์โทรศัพท์ 1669 สำหรับติดต่อรถฉุกเฉิน (ประไพ กิตติบุญฉวี และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และเดือนเพ็ญ ศรีชา (2555) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยมจังหวัดขอนแก่น จำนวน 144 ราย พบว่า ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 42 ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน จะเห็นได้ว่า ประสบการณ์การได้รับข้อมูล

ข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนทั่วไปในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย จึงอาจทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นไม่ถูกต้อง จากผลการศึกษาปัจจัยด้านประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว พบว่าแม้ว่าในต่างประเทศซึ่งมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในหลายช่องทาง แต่ยังคงพบว่า ประชาชนทั่วไปยังคงมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องซึ่งในประเทศไทยมีช่องทางในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อย อาจทำให้การได้รับข้อมูลข่าวสารยังไม่ทั่วถึง จึงทำให้มีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาของ Marx et al. (2009) พบว่า ประสบการณ์การรับรู้มีผลต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือน และปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและพบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาก มีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ดังนั้นหากประชาชนทั่วไปมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาก จะทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น และเกิดการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องและเหมาะสมตามมา

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่า มีการพัฒนาแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอย่างกว้างขวาง แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดยังคงมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าซึ่งเกิดจากญาติผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Mellor et al., 2014; Shehata, Ahmed, Abdelalim, & Sherbiny, 2016; Jones et al., 2010; Dearborn & McCullough, 2009; Memis et al., 2008; Siddiqui et al., 2008) จึงไม่ทราบว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองและไม่รีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ดังการศึกษาของ Lecouturier et al. (2010) ที่ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมในประเทศอังกฤษเกี่ยวกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 การศึกษาพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองและการตอบสนองต่ออาการที่รวดเร็ว

แม้ว่าในปัจจุบันมีการรณรงค์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกันเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ดังการศึกษาของ Siddiqui et al. (2008) ที่ศึกษาปัจจัยของความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศปากีสถาน พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 67 รู้จักอาการอ่อนแรงของแขนและขามากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 61 คือ อาการพูดไม่ชัดและพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้

เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเรื่องอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bietzk et al. (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเข้าใจในโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนทั่วไปในประเทศอังกฤษ จำนวน 365 ราย พบว่า ประชาชนทั่วไป ร้อยละ 62.6 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี แต่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนทั่วไป ร้อยละ 54.2 สามารถบอกปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง โดยร้อยละ 94.1 รู้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา ร้อยละ 83.4 รู้ว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง แต่จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า แม้ว่าประชาชนทั่วไปมีความรู้มากขึ้นแต่ไม่ได้ทำให้เกิดการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (Lecouturier et al., 2010; Mellor et al., 2010) ดังการศึกษาของ Mikulik et al. (2008) ที่ศึกษาในประชาชนทั่วไป จำนวน 650 ราย พบว่า ประชาชน ร้อยละ 54 สามารถบอกปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปัจจัย และร้อยละ 46 สามารถบอกอาการเตือนได้มากกว่าหรือเท่ากับ 2 อาการ แต่พบว่ามีเพียงร้อยละ 18 ที่มีการตอบสนองต่ออาการถูกต้องซึ่งแสดงให้เห็นว่า ประชาชนทั่วไปมีความรู้ดี แต่ยังมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ถูกต้อง

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประชาชนทั่วไป อาจยังไม่ครอบคลุมในเรื่องของปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา และการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ดังศึกษาของ Kim et al. (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาลในผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในประเทศเกาหลี จำนวน 500 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือดเพียงร้อยละ 18 และยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาละลายลิ่มเลือดนั้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ Siddiqui et al. (2008) ที่ศึกษาปัจจัยของความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศปากีสถาน จำนวน 165 ราย พบว่า การขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และโรงพยาบาลที่มีการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางค่วน จะทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองแล้วก็ตาม แต่หากผู้ป่วยไม่ทราบแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และไม่ทราบที่โรงพยาบาลมีการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางค่วน ก็จะทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เหมาะสมได้

นอกจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ครอบคลุมแล้วยังคงพบว่า

มีบางการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังคงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อย ดังการศึกษาของ Droste et al. (2014) ที่ศึกษาผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศเยอรมนี จำนวน 420 ราย เกี่ยวกับความรู้ของโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเพียงร้อยละ 36 เท่านั้นที่รู้ว่าอาการอ่อนแรงของแขนและขาซีกใดซีกหนึ่งเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ร้อยละ 32 รู้ว่ามีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการพูด เป็นต้น ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทั้งหมด ร้อยละ 89 กล่าวว่าหากรู้ว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองจะรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Jones et al. (2010) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 169 ราย พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 38 ที่สามารถบอกอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าหรือเท่ากับ 1 อาการ และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 36 ที่สามารถบอกได้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าคุณเองเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะมีการตอบสนองโดยการตามรถพยาบาลฉุกเฉินร้อยละ 53 ถึงร้อยละ 98 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งหากมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ดีแล้ว ก็จะมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสม คือ รีบนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการศึกษาในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าประชาชนส่วนใหญ่สามารถบอกปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองทั่วไปได้ เช่น ความเครียด ความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร และการสูบบุหรี่ เป็นต้น แต่ไม่สามารถบอกภาวะโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น (Dearborn & McCullough, 2009) สำหรับเรื่องอาการของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ประชาชนทั่วไปสามารถบอกอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้มากที่สุดเพียง 1 อาการ หรืออาจไม่รู้จักอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเลย ส่วนเรื่องแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้จักการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด และเรื่องของการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นหากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ

โรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดในหัวข้อดังกล่าว จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม
ปัจจัยด้านความรู้ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจในการนำมาศึกษา
ความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ความเสี่ยงเป็นความรู้ที่นึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงเป็นตัวกระตุ้นภายนอกตัวบุคคล ตามแนวคิดสามัญสำนึกในการกำกับตนเอง
เมื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003) ดังนั้นหากมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโรค
ในทางที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งความเสี่ยง
ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมที่อาจส่งเสริมให้ผู้ป่วย
เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่
 เป็นต้น

การศึกษาของ Dearborn and McCullough (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง
ของโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงชาวอเมริกันที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า
เพศหญิงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ คือ
เพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 85 ไม่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าเป็นความเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหลอดเลือดสมอง และจากการศึกษาของ Yang et al. (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง
ของโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนที่อยู่ในชุมชนประเทศจีน จำนวน 941 ราย พบว่า ประชาชน
ทั่วไปมีการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ โดยมีการรับรู้ความเสี่ยง
เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 17.7 ดังนั้นจะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพศหญิง
และประชาชนทั่วไปมีการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองต่ำ จะทำให้ทั้งผู้ป่วย
กลุ่มเสี่ยงเพศหญิงและประชาชนทั่วไปขาดความระมัดระวังต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง
ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลในครอบครัว อาจทำให้มีการตอบสนองต่ออาการของ
โรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ถูกต้อง และส่งผลให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า ดังนั้น
หากบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของญาติตนเองสูง
ก็น่าจะทำให้มีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม
คือ รีบนำญาติมาส่งโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น

จากการศึกษาของ น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และเดือนเพ็ญ ศรีธา (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
ของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้มีภาวะเสี่ยงยังคงมีพฤติกรรม
การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ กชพร อ่อนอกย์ (2551)
ที่ศึกษาการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่อง การรับประทานอาหารรสเค็ม และมักมีอาการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ และคิดมาก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมองยังคงมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นหากญาติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรู้ว่าปัจจัยเสี่ยง ดังกล่าวทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะทำให้รับรู้ได้ว่าผู้ป่วยดังกล่าว มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก ทำให้ญาติผู้ป่วยใส่ใจและเฝ้าระวังอาการ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากขึ้น และส่งผลให้มีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองจะขึ้นอยู่กับ ญาติผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลื้อยระยะเฉียบพลัน เมื่อเกิดอาการแล้วจะไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจขอความช่วยเหลือได้ด้วยตนเอง การรับรู้ ความเสี่ยงของญาติผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากน้อยเพียงใด จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยใส่ใจ และให้ความสำคัญกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้เกิด การตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม คือ รีบนำผู้ป่วย มาส่งโรงพยาบาลทันที จะเห็นได้ว่า การที่ญาติผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง น่าจะมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ยังขาดการศึกษาที่เพียงพอเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมองกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วย ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพัฒนาวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมากแต่กลับพบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับประสิทธิภาพจากวิธีการรักษานั้น ซึ่งเกิดจากความล่าช้า ในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จากการที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุของ ความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากเมื่อผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขึ้น ในระยะแรกที่อาการยังไม่ชัดเจน เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ แขน/ขาชา ผู้ป่วยมักอยู่รอดูอาการก่อน ในระยะต่อมา เมื่อมีอาการมากขึ้น ผู้ป่วยมักไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ จึงไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักเกิดอาการที่บ้าน ดังนั้นผู้ที่พบผู้ป่วยขณะผู้ป่วยเกิดอาการ ของโรคหลอดเลือดสมองจึงมักเป็นญาติผู้ป่วยที่เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจ

หรือตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งหากญาติผู้ป่วยไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะทำให้ญาติผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้เร็วหรือช้า จึงขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจหรือการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ป่วย

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของ

โรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

โดยปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ซึ่งเป็นปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทาง

ให้บุคลากรทางสุขภาพทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการ

ของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ญาติผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่ออาการ

ของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยสามารถนำผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมารับการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว และได้รับการรักษา

ที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดอัตราการพิการและอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมารับการรักษาแบบฉุกเฉิน ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมารับการรักษาแบบฉุกเฉิน ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยตามเกณฑ์ ดังนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ระยะเฉียบพลันครั้งแรกหรือโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว

3. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง (ICU Stroke) หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ward) และหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี
คุณสมบัติของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

1. เป็นสมาชิกครอบครัวที่พักอาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง สามี ภรรยา บุตร หลาน

2. เป็นผู้ตัดสินใจนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล หลังจากเห็นหรือทราบอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

3. เป็นบุคคลที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี

4. มีการรับรู้และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

5. สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน

6. ไม่เคยมีประสบการณ์ในการนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาส่งโรงพยาบาล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ได้มาจากสูตรของ Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$n = 10k + 50$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

(การศึกษารั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมด 4 ตัวแปร)

$$\text{ดังนั้น } n = (10 \times 4) + 50$$

$$n = 90$$

จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ 90 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากญาติผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ระยะเฉียบพลันรายใหม่ มารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชลบุรี สุ่มตัวอย่าง

ด้วยวิธีโดยกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2550) และคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยจะเก็บข้อมูลจากญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ระยะเฉียบพลันที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันรายใหม่มารับการรักษา

ที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชลบุรีทุกรายที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดจนได้

กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด (90 ราย)

สถานที่ศึกษา

โรงพยาบาลชลบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดชลบุรี สังกัดกระทรวง

สาธารณสุข มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบช่องทางด่วน มีแพทย์เฉพาะทาง

ด้านระบบประสาท มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีหอผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ซึ่งใน

แต่ละเดือนจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาล

ชลบุรี และผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นเข้ามารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุ

ฉุกเฉินประมาณเดือนละ 80 ราย (หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน/ โรงพยาบาลชลบุรี, 2558) ซึ่งหาก

ซักประวัติได้วาระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองอยู่ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในระบบช่องทางด่วน

คือ ได้รับการเจาะเลือดตรวจทันที และได้รับการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองอย่างรวดเร็ว

ภายใน 20 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันได้รับการรักษา

อย่างรวดเร็วที่สุด

เมื่อแพทย์ที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด แพทย์ที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจะปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาท เพื่อพิจารณาให้การรักษา และเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของ โรคหลอดเลือดสมองภายใน 72 ชั่วโมง จะต้องเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีจำนวนเตียง 8 เตียง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการคงที่แล้ว พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเฉลิมสิริบุญการชั้น 3, 4, 5 และชั้น 6 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปเป็นแบบบันทึกและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) ประวัติการสูบบุหรี่ 7) ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 8) สิทธิการรักษาของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมข้อความในช่องว่าง โดยข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยให้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับ

1) การวินิจฉัยชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ระยะเวลาเกิดอาการจนถึงเวลามาโรงพยาบาล 3) อาการแรกที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 4) คะแนนกลาสโกว์โคมาสกออร์ (GCS) เมื่อแรกรับที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมข้อความในช่องว่าง ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยเป็นแบบบันทึกและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) บทบาทในครอบครัว 6) อาชีพ 7) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 8) ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว 9) โรคประจำตัวของผู้ป่วย 10) อาการของผู้ป่วยที่ทำให้ญาติผู้ป่วยตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล 11) วิธีการที่ญาติรับรู้ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติ 12) สถานที่ที่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง 13) บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ 14) ยานพาหนะที่ใช้เดินทางมาโรงพยาบาล จำนวน 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมข้อความในช่องว่าง ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

2. แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ

โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบสอบถามนี้ อูมาพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา (2557) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pandian et al. (2005) ซึ่งแบบสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นส่วนหนึ่งในแบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีองค์ประกอบคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามชุดนี้ไปใช้วัดประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง จำนวน 384 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 หลังจากนั้น พรสวรรค์ คำทิพย์ และชนกพร จิตปัญญา (2557) ได้นำแบบสอบถามชุดนี้ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ส่วนของประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพียงส่วนเดียว โดยแบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งหมด 3 ข้อประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต และประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด 2 ตัวเลือกคือ เคยได้รับข้อมูล และไม่เคยได้รับข้อมูล โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เคยได้รับข้อมูล ได้คะแนน 1 คะแนน

ไม่เคยได้รับข้อมูล ได้คะแนน 0 คะแนน

คะแนนจะมีค่าตั้งแต่ 0-3 คะแนน กรณีที่ตอบว่า เคยได้รับข้อมูล ให้ระบุแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสามารถระบุได้มากกว่าหนึ่งแหล่ง ค่าคะแนนที่สูงจะบอกระดับประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาก การแปลผลคะแนน นำคะแนนรวมมาหาค่าเฉลี่ย จากนั้นนำคะแนนของประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น ดังนี้

ระดับคะแนน 0-0.99 คะแนน หมายถึง มีประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลและแหล่ง
ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
อยู่ในระดับน้อย

ระดับคะแนน 1-1.99 คะแนน หมายถึง มีประสิทธิภาพการได้รับข้อมูล
และแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
อยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 2-3 คะแนน หมายถึง มีประสิทธิภาพการได้รับข้อมูล
และแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
อยู่ในระดับมาก

3. แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถาม
เพื่อประเมินปัจจัยการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง สุพร หุตากร (2549)
สร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อวัดปัจจัยภายในตัวบุคคลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความรู้
เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน
เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 5 ท่าน จากนั้น สุทัตสา ทิจะยัง (2557) ได้นำแบบสอบถามมาดัดแปลงเป็นแบบสอบถาม
เกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด
สมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด
17 ข้อ ลักษณะการวัดของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ
ทุกประการ ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก หรือ
ความคิดเห็นของผู้ตอบ ให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น
ของผู้ตอบ ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

การคิดคะแนนและการแปลผลนำคะแนนโดยรวมของการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอยู่ในช่วง 17-51 คะแนน มาหาค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ค่าเฉลี่ยที่สูง
หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก นอกจากนี้นำค่าเฉลี่ย
คะแนนรวมมาแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
อยู่ในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
อยู่ในระดับมาก

4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา และการจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ อุมพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา (2557) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pandian et al. (2005) ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ จากนั้นนำไปตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) 0.92 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .88 จากนั้นนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 384 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่าเดิมคือ .88 โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้
ตอบคำถามถูกให้ 1 คะแนน ตอบคำถามผิดให้ 0 คะแนน

การคิดคะแนนนำคะแนนรวมของข้อที่ตอบถูกต้องทั้งหมดซึ่งอยู่ในช่วง 0-13 คะแนน มาหาค่าเฉลี่ย และนำมาแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

ระดับคะแนน 0-7.7 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับความรู้ต่ำ

ระดับคะแนน 7.8-10.4 คะแนน (ร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับความรู้ปานกลาง

ระดับคะแนน 10.5-13 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับความรู้สูง

5. แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง (The Response to Stroke Symptoms Questionnaire [RSSQ]) ที่พัฒนาขึ้น โดย Barr et al. (2006) และ วิภาวดี โปธิโสภา และคณะ (2558) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ แบบสอบถามมีทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วยการตอบสนองต่ออาการ 5 ด้าน คือ 1) การตอบสนองทางการรู้คิด (The cognitive responses) 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (The emotional responses) 3) การตอบสนองทางพฤติกรรม (The Behavioral responses) 4) การตอบสนองของบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Bystander responses) และ 5) สถานการณ์ขณะเกิดอาการ (Contexts of the response domains) โดยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาและโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ท่าน และนำแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จำนวน 10 ราย โดยใช้วิธี Test-retest method

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ วิภาวดี โปธิโสภา และคณะ (2558) เฉพาะด้านการตอบสนองทางการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ และการตอบสนองทางพฤติกรรม โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามรวมทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนโดยรวมจะอยู่ในช่วง 13-76 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6-13 คะแนนอยู่ในช่วง 8-40 คะแนน และเป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5 และข้อ 14-15 คะแนนอยู่ในช่วง 5-36 คะแนน โดยมีการให้คะแนนและความหมายของคะแนน ดังนี้

ด้านที่ 1 การตอบสนองทางการรู้คิด (The cognitive responses domain) เป็นข้อคำถามในการประเมินการตอบสนองทางการรู้คิด จำนวน 13 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 11-66 คะแนน ประกอบด้วย

1. การรับรู้สาเหตุของอาการประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ (ข้อที่ 2) เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ โดยให้ 1 คะแนน หากตอบว่าสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสมองหรือหลอดเลือดในสมอง ถ้าตอบสาเหตุอื่น ๆ ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน
2. การรับรู้ความรุนแรงของอาการและระดับความปวดประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ (ข้อที่ 3 และข้อที่ 15) โดยการรับรู้ความรุนแรงของอาการ (ข้อที่ 3) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน 5 ระดับ โดยให้คะแนน ดังนี้

คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง คิดว่าอาการไม่ร้ายแรงเลย

คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน หมายถึง คิดว่าอาการรุนแรงเล็กน้อย

คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน หมายถึง คิดว่าอาการรุนแรงปานกลาง

คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง คิดว่าอาการรุนแรงมาก

คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง คิดว่าอาการรุนแรงมากที่สุด

สำหรับระดับความปวด (ข้อที่ 15) เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่าระดับ 0-10

โดยแปลความหมายได้ ดังนี้

คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความปวด

คะแนน 1-3 คะแนน หมายถึง มีอาการปวดเล็กน้อย

คะแนน 4-6 คะแนน หมายถึง มีอาการปวดปานกลาง

คะแนน 7-10 คะแนน หมายถึง มีอาการปวดมาก

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ (ข้อที่ 5 ถึงข้อที่ 13) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน 5 ระดับ

ข้อที่ 5 ความสามารถของญาติผู้ป่วยในการควบคุมอาการ แปลความหมาย ดังนี้

คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความสามารถในการควบคุมอาการเลย

คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการควบคุมอาการเล็กน้อย

คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการควบคุมอาการปานกลาง

คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการควบคุมอาการมาก

คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการควบคุมอาการมากที่สุด

ข้อที่ 6 ถึงข้อที่ 13 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยในการขอความช่วยเหลือเพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

คำตอบ	ความหมายทางลบ	ความหมายทางบวก
ปัจจัยดังกล่าวไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลย	คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน	คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน
ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการตัดสินใจเล็กน้อย	คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน	คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน
ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการตัดสินใจปานกลาง	คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน	คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการตัดสินใจมาก	คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน	คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการตัดสินใจมากที่สุด	คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน	คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

4. การรับรู้ความสำคัญของการมาโรงพยาบาลประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ (ข้อที่ 14) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล

คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน หมายถึง การมาโรงพยาบาลมีความสำคัญเล็กน้อย

คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน หมายถึง การมาโรงพยาบาลมีความสำคัญปานกลาง
คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง การมาโรงพยาบาลมีความสำคัญมาก
คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง การมาโรงพยาบาลมีความสำคัญมากที่สุด
ด้านที่ 2 การตอบสนองทางอารมณ์ (The emotional responses domain) ประกอบด้วย
ข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ (ข้อที่ 4) เป็นข้อคำถามในการประเมินการตอบสนองทางอารมณ์ของ
ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ
โดยให้คะแนน ดังนี้

คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่วิตกกังวลกับอาการเมื่อพบอาการครั้งแรก
คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลเล็กน้อยเมื่อพบอาการครั้งแรก
คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลปานกลางเมื่อพบอาการครั้งแรก
คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลมากเมื่อพบอาการครั้งแรก
คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลมากที่สุด เมื่อพบอาการครั้งแรก

ด้านที่ 3 การตอบสนองทางพฤติกรรม (The behavioral responses domain) ประกอบด้วย
ข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ (ข้อที่ 1) เป็นข้อคำถามในการประเมินการตอบสนองทางพฤติกรรม
ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อสังเกตพบอาการผู้ป่วยครั้งแรก ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบ
เลือกตอบ 10 ตัวเลือก โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เลือกข้อ 1 หมายถึง การปฏิเสธอาการที่เกิดขึ้น คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน
เลือกข้อ 2 หมายถึง พยายามผ่อนคลาย หรือให้นอนพัก คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
เลือกข้อ 4 หรือข้อ 6 หมายถึง การช่วยเหลือตนเอง คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
เลือกข้อ 3 หรือข้อ 7 หมายถึง บอกคนอื่นเกี่ยวกับอาการ คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน
เลือกข้อ 5 หรือข้อ 8-10 หมายถึง การรีบไปโรงพยาบาล คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน
การคิดคะแนนการตอบสนองต่ออาการ โรคหลอดเลือดสมองนำคะแนนแต่ละข้อ

มารวมกัน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13-76 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง มีการตอบสนองต่ออาการ
ของโรคหลอดเลือดสมองในระดับดี และได้นำคะแนนมากำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย
เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การตอบสนองต่ออาการ โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับไม่ดี การตอบสนอง
ต่ออาการ โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง และการตอบสนองต่ออาการ
โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนช่วง 55-76 หมายถึง การตอบสนองต่ออาการ โรคหลอดเลือดสมอง
อยู่ในระดับดี

คะแนนช่วง 34-54.9 หมายถึง การตอบสนองต่ออาการ โรคหลอดเลือดสมอง
อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 13-33.9 หมายถึง การตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง
อยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้
ในการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ
โรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับญาติ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีของคูเดอริชาร์ดสัน Kuder-
Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และ .75 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่น
ในการศึกษานี้ เท่ากับ .83 และ .81 ตามลำดับ ($n = 90$)

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
และแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และ .63 ตามลำดับ
และค่าความเชื่อมั่นในการศึกษานี้ เท่ากับ .82 และ .70 ตามลำดับ ($n = 90$)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

1. นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่จะใช้ในการทำวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์
และเครื่องมือในการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี
และขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี

3. เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี
และได้รับอนุมัติในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ชี้แจงสิทธิ

ในการเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิบัติการเข้าร่วมการวิจัยซึ่งข้อมูลในการวิจัยทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัสข้อมูล และนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และทำลายทิ้งหลังจากสิ้นสุดการวิจัยแล้ว 1 ปี หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการวิจัย สามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังจากกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลชลบุรี

1.3 หลังจากได้รับการอนุมัติให้สามารถทำการเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยสอบถามอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จากพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนกระทั่งมีอาการคงที่หรือปลอดภัยจากภาวะวิกฤตแล้ว ขณะรอขั้นตอนของการประสานงานหอผู้ป่วยใน เพื่อรับผู้ป่วยเข้าพักรักษา ผู้วิจัยขอพบผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวเองพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการทำแบบสอบถาม

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบสอบถาม จากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการทำวิจัย ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ ๆ จัดเตรียมไว้ และเริ่มเก็บข้อมูล โดยอธิบายการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และให้กลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อ โดยเรียงลำดับของแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจในการตอบแบบสอบถาม สามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.4 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลมี ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ขณะเกิดอาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ญาติผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาส่งโรงพยาบาลชลบุรี จำนวนทั้งหมด 90 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ และนำเสนอผลการวิจัยโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 5 การตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย การวินิจฉัยชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง อาการแรกที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน คณะนภทาสโกว์โคมาสคอร์ที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ($n = 90$)

	ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	60	66.7
	หญิง	30	33.3
อายุ (ปี)	30-40 ปี	10	11.1
	41-50 ปี	12	13.3
	51-60 ปี	24	26.7
	61-70 ปี	15	16.7
	70 ปีขึ้นไป	29	32.2
	$(M = 60.59, SD = 14.11, \text{Min} = 30, \text{Max} = 83)$		
สถานภาพสมรส	โสด	19	21.1
	สมรส	58	64.4
	หม้าย/ หย่า/ แยก	13	14.4
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	4	4.4
	ประถมศึกษา	58	64.4
	มัธยมศึกษาตอนต้น	7	7.8
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	10	11.1
	อนุปริญญา/ ปวส.	7	7.8
	ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี	4	4.4
สิทธิการรักษา	ชำระเงิน	4	4.4
	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	61	67.8
	ประกันสังคม	11	12.2
	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	14	15.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
อยู่บ้านเฉยๆ/ งานบ้าน	43	47.8
เกษตรกร	7	7.8
รับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน	23	25.6
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	10	11.1
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	7	7.8
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคย	44	48.9
เคย/ หยุดแล้ว	18	20.0
สูบบุหรี่	28	31.1
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่เคย	42	46.7
เคย/ หยุดแล้ว	29	32.2
ดื่มสุรา	19	21.1

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) มีอายุเฉลี่ย 60.59 ปี ($SD = 14.11$) มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 32.2) รองลงมาอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 26.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.4) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.4) ไม่ได้ประกอบอาชีพอยู่บ้านเฉย ๆ/ งานบ้าน (ร้อยละ 47.8) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง/ ใช้แรงงาน (ร้อยละ 25.6) สิทธิการรักษาของผู้ป่วยใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 67.8) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 31.1) และมีประวัติเคยสูบบุหรี่/ หยุดแล้ว (ร้อยละ 20) ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 21.1) และมีประวัติเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/ หยุดแล้ว (ร้อยละ 32.2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จำแนกตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ($n = 90$)

ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง		
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	85	94.4
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว	5	5.6
คะแนนกลาสโกว์โคมาสกออร์เมื่อแรกรับที่ ER		
9-12 คะแนน	6	6.7
13-15 คะแนน	84	93.3
ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงเวลามาโรงพยาบาล		
มาถึงโรงพยาบาลภายใน 270 นาที (4.5 ชั่วโมง)	38	42.2
ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงเวลามาโรงพยาบาล		
มาถึงโรงพยาบาลมากกว่า 270 นาที (4.5 ชั่วโมง)	52	57.8
$(M = 461.47, SD = 452.64)$		
ช่วงเวลาที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง		
เวลา 08.00-16.00 น.	35	38.9
เวลา 16.00-24.00 น.	21	23.3
เวลา 24.00-08.00 น.	34	37.8
ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล		
เวลา 08.00-16.00 น.	65	72.2
เวลา 16.00-24.00 น.	19	21.1
เวลา 24.00-08.00 น.	6	6.7
ได้รับการรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)	11	12.2

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
จำนวน 85 ราย (ร้อยละ 94.4) คะแนนกลาสโกว์โคมาสกออร์เมื่อแรกรับที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
เท่ากับ 13-15 คะแนน จำนวน 84 ราย (ร้อยละ 93.3) ผู้ป่วยมีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการ

ของโรคหลอดเลือดสมองจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลภายใน 270 นาที (4.5 ชั่วโมง) จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 42.2) และระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลมากกว่า 270 นาที (4.5 ชั่วโมง) จำนวน 52 ราย (ร้อยละ 57.8) ช่วงเวลาที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองเวลา 08.00-16.00 น. จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 38.9) รองลงมาช่วงเวลา 24.00-08.00 น. จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 37.8) ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลส่วนมากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลในช่วงเวลา 08.00-16.00 น. จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 72.2) และผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ร้อยละ 12.2

ลักษณะส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทในครอบครัว อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว โรคประจำตัวของผู้ป่วยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง อาการของผู้ป่วยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล วิธีที่กลุ่มตัวอย่างทราบเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สถานที่ที่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง บุคคลที่อยู่ด้วยขณะผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และยานพาหนะที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ($n = 90$)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	35.6
หญิง	58	64.4
อายุ (ปี)		
20-35 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	32	35.6
36-60 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง)	58	64.4
$(M = 40.48, SD = 10.30, \text{Min} = 20, \text{Max} = 60)$		
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	20	22.2
สมาชิกครอบครัว	70	77.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

	ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส			
	โสด	26	28.9
	สมรส	58	64.4
	หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	6	6.7
อาชีพ			
	อยู่บ้านเฉย ๆ/ งานบ้าน	14	15.6
	เกษตรกร	2	2.2
	รับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน	44	48.9
	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	18	20.0
	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	12	13.3
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียน	1	1.1
	ประถมศึกษา	28	31.1
	มัธยมศึกษาตอนต้น	14	15.6
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	18	20.0
	อนุปริญญา/ ปวส.	11	12.2
	ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี	18	20.0
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว			
	ต่ำกว่า 10,001 บาท	35	38.9
	10,001-30,000 บาท	41	45.6
	30,001-50,000 บาท	9	10.0
	50,000 บาทขึ้นไป	5	5.6
ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว			
	มี	17	18.9
	ไม่มี	59	65.6

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง* (n = 106)		
ความดันโลหิตสูง	45	50.0
ไขมันในเลือดสูง	28	31.1
เบาหวาน	19	21.1
หลอดเลือดหัวใจ	10	11.1

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.4) มีอายุเฉลี่ย 40.48 ปี ($SD = 10.30$) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (ร้อยละ 64.4) บทบาทในครอบครัว เป็นสมาชิกครอบครัว (ร้อยละ 77.8) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.4) ประกอบอาชีพรับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 48.9) รองลงมา คือ อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 20) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 31.1) รองลงมามีมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. (ร้อยละ 20) และปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 20) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-30,000 บาท (ร้อยละ 45.6) รองลงมา คือ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 10,001 บาท (ร้อยละ 38.9) ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (ร้อยละ 65.6) โรคประจำตัวของผู้ป่วยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 50) รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 31.1)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานการณ์ขณะผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองเกิดอาการผิดปกติ ($n = 90$)

สถานการณ์ขณะผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิธีการที่รับรู้ว่าคุณป่วยเกิดอาการผิดปกติ* ($n = 106$)		
ญาติเห็นเอง	38	42.2
ผู้ป่วยเรียก	32	35.6
มีบุคคลอื่นมาแจ้ง	24	26.7
ผู้ป่วยหกล้ม/ ลื่นล้ม	12	13.3
สถานที่เกิดอาการ		
บ้าน	74	82.2
นอกบ้าน/ ที่ทำงาน	16	17.8
บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ		
อยู่คนเดียว	25	27.8
อยู่กับสมาชิกในครอบครัว	57	63.3
อยู่กับเพื่อน/ เพื่อนบ้าน/ ผู้ร่วมงาน	8	8.9
ยานพาหนะที่ใช้ในการพาผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล		
รถส่วนตัว	66	73.3
รถเช่า/ รถโดยสาร	4	4.4
รถของพลเมืองดี	3	3.3
รถมูลนิธิ/ รถพยาบาลฉุกเฉิน	17	18.9

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4 ขณะผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ป่วยเห็นอาการ (ร้อยละ 42.2) ผู้ป่วยสามารถเรียกให้ช่วยเหลือได้ (ร้อยละ 35.6) ผู้ป่วยเกิดอาการขณะอยู่ที่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 82.2) บุคคลที่ผู้ป่วยอยู่ด้วยขณะผู้ป่วยเกิดอาการ คือ อยู่กับสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 63.3) และยานพาหนะที่ญาติผู้ป่วยใช้ในการพาผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล ได้แก่ รถส่วนตัว (ร้อยละ 73.3) รองลงมา คือ รถมูลนิธิ/ รถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 18.9)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของอาการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจนำผู้ป่วยมาส่ง โรงพยาบาล และอาการของผู้ป่วยเมื่อแรกรับที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง	อาการที่ญาติตัดสินใจ นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล*		อาการแรกรับที่หน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน*	
	(n = 307)		(n = 262)	
	จำนวน (อาการ)	ร้อยละ	จำนวน (อาการ)	ร้อยละ
แขน/ ขาอ่อนแรง	65	72.2	75	83.3
พูดไม่ชัด	46	51.1	54	60.0
กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง	30	33.3	30	33.4
วิงเวียนศีรษะ	32	35.6	27	30.0
เดินเซ	39	43.3	24	26.7
แขน/ ขาชา	32	35.5	21	23.4
ตามัว	13	14.5	11	12.2
ปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันที	10	11.1	7	7.8
พูดไม่ได้	10	11.1	4	4.4
คลื่นไส้/ อาเจียน	11	12.2	4	4.4
ไม่เข้าใจคำพูด	4	4.4	2	2.2
พูดสับสน	8	8.9	2	2.2
ชักเกร็ง	4	4.4	1	1.1
มองเห็นภาพซ้อน	2	2.2	-	-
มองไม่เห็น	1	1.1	-	-

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 5 พบว่า อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้ญาติผู้ป่วยตัดสินใจนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลที่พบมาก 3 อาการแรก คือ อาการแขน/ ขาอ่อนแรง (ร้อยละ 72.2) อาการพูดไม่ชัด (ร้อยละ 51.1) และอาการเดินเซ (ร้อยละ 43.3) สำหรับอาการแรกรับที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3 อาการแรกที่พบมากที่สุด คือ อาการแขน/ ขาอ่อนแรง (ร้อยละ 83.3) อาการพูดไม่ชัด (ร้อยละ 60) และอาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง (ร้อยละ 33.4)

**ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้
ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
การตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง**

ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ประสิทธิภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และประสิทธิภาพเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
จำแนกตามรายด้าน ($n = 90$)

ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสิทธิภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง		
เคยได้รับ	71	78.9
ไม่เคยได้รับ	19	21.1
ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการเตือน		
เคยได้รับ	71	78.9
ไม่เคยได้รับ	19	21.1
ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการรักษา		
เคยได้รับ	52	57.8
ไม่เคยได้รับ	38	42.2

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายด้าน ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 78.9) เคยมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 78.9) และเคยมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองน้อยที่สุด คือ 52 ราย (ร้อยละ 57.8)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนประสพการณ์การได้รับ
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงการเกิด
โรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการตอบสนองต่อ
อาการ โรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 7 ($n = 90$)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	<i>M</i>	<i>SD</i>
ประสพการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง	-	-	2.16	0.94
ระดับน้อย	6	6.7		
ระดับปานกลาง	15	16.7		
ระดับมาก	69	76.7		
การรับรู้ความเสี่ยงการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง	-	-	2.52	2.79
ระดับน้อย	1	1.1		
ระดับปานกลาง	12	13.3		
ระดับมาก	77	85.6		
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	-	-	10.11	2.31
ระดับต่ำ	14	15.6		
ระดับปานกลาง	30	33.3		
ระดับสูง	46	51.1		
การตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง	-	-	52.19	6.79
ระดับไม่ดี	1	1.1		
ระดับปานกลาง	55	61.1		
ระดับดี	34	37.8		

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนประสพการณ์
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.7
($M = 2.16$, $SD = 0.94$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม
อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.6 ($M = 2.52$, $SD = 2.79$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับ

โรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.1 ($M = 10.11$, $SD = 2.31$) และค่าเฉลี่ยการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.1 ($M = 52.19$, $SD = 6.79$)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กับการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

การศึกษานี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ของประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน ตัวแปรตาม คือ การตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน
2. กลุ่มตัวอย่างได้จากวิธีการสุ่มจากประชากร
3. ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองมีการกระจายเป็นปกติ
4. ทำการทดสอบความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง (Test for linearity) โดยใช้สถิติ F-test พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กับการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

5. ทำการทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)

โดย Scatter plot พบว่า กราฟของการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับ

การตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองมีลักษณะเป็น Homoscedasticity

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า
เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ

โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับ

โรคหลอดเลือดสมอง กับการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ($n = 90$)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง	.22*
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	.22*
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	.36**

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 8 พบว่า ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($r = .22$) การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = .36$) และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($r = .20$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยนำแนวคิดสามัญสำนึกการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาส่งโรงพยาบาล จำนวน 90 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ .83 และ .81 ตามลำดับ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82 และ .70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) อายุเฉลี่ย 60.59 ปี ($SD = 14.11$) มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 32.2) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.4) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.4) สิทธิการรักษา ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 67.8) ไม่ได้ประกอบอาชีพโดยอยู่บ้านเฉย ๆ/ งานบ้าน (ร้อยละ 47.8) ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 31.1) เคยสูบบุหรี่/ หยุดแล้ว (ร้อยละ 20) ปัจจุบันยังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 21.1) เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/ หยุดแล้ว (ร้อยละ 32.2)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

(ร้อยละ 94.4) คะแนนกลาสโกว์โคมาสกอว์ (GCS) แรกวันที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินอยู่ในระดับไม่รุนแรง 13-15 คะแนน (Mild) (ร้อยละ 93.3) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลมากกว่า 270 นาที (4.5 ชั่วโมง) (ร้อยละ 57.8) ช่วงเวลาที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดอาการในช่วงเวลา 08.00-16.00 น. (ร้อยละ 38.9) รองลงมาเกิดอาการในช่วงเวลา 24.00-08.00 น. (ร้อยละ 37.8) และเกิดอาการช่วงเวลา 16.00-24.00 น. (ร้อยละ 23.3) ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ส่วนมากมาถึงโรงพยาบาลในช่วงเวลา 08.00-16.00 น. (ร้อยละ 72.2) และผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด 11 ราย (ร้อยละ 12.2)

2. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.4) มีอายุเฉลี่ย 40.48 ปี ($SD = 10.30$) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 36-60 ปี) (ร้อยละ 64.4) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.4) ประกอบอาชีพรับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 48.9) รองลงมาคืออาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 20) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 31.1) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. (ร้อยละ 20) และปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 20) บทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัว (ร้อยละ 77.8) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-30,000 บาท (ร้อยละ 45.6) รองลงมา คือ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 10,001 บาท (ร้อยละ 38.9) ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (ร้อยละ 65.6) โรคประจำตัวของผู้ป่วยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 50) รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 31.1)

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ในช่วงที่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างสังเกตเห็นอาการเอง (ร้อยละ 42.2) รองลงมา คือ ผู้ป่วยเรียกให้ช่วยเหลือ (ร้อยละ 35.6) สอดคล้องกับสถานที่เกิดอาการโดยผู้ป่วยเกิดอาการขณะอยู่ที่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 82.2) บุคคลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ด้วยขณะผู้ป่วยเกิดอาการ คือ สมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 63.3) ยานพาหนะที่ใช้มากที่สุดในการนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล ได้แก่ รถส่วนตัว (ร้อยละ 73.3) รองลงมา คือ รถมูลนิธิ/ รถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 18.9) อาการของผู้ป่วยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล 3 อาการแรกคือ อาการแขน/ ขาอ่อนแรง (ร้อยละ 72.2) อาการพูดไม่ชัด (ร้อยละ 51.1) และอาการเดินเซ (ร้อยละ 43.3) ส่วนอาการของผู้ป่วยแรกวันที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3 อาการแรก คือ อาการแขน/ ขาอ่อนแรง (ร้อยละ 83.3) พูดไม่ชัด (ร้อยละ 60) และกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง (ร้อยละ 34.4)

3. ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ใน

ระดับมาก ($M = 2.16, SD = 0.94$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 78.9) ประสบการณ์ด้านอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 78.9) และประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 57.8) แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด 3 อันดับแรก แยกเป็นรายด้าน คือ ด้านปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์ (ร้อยละ 45.6) แพทย์ (ร้อยละ 33.3) พยาบาล (ร้อยละ 32.2) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 32.2) ด้านอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์ (ร้อยละ 35.6) พยาบาล (ร้อยละ 27.8) แพทย์ (ร้อยละ 25.6) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 25.6) ด้านการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้รับข้อมูลจากพยาบาล (ร้อยละ 23.3) แพทย์ (ร้อยละ 21.1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 15.6)

4. การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.52, SD = 2.79$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด และอยู่ในระดับมาก ($M = 2.74$) รองลงมา คือ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก ($M = 2.68$) การรับรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก ($M = 2.62$) และการรับรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก ($M = 2.37$)

5. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 10.11, SD = 2.31$)

6. การตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน การตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 52.19, SD = 6.79$)

7. ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .05$ ($r = .22$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

8. การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = .36$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

9. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($r = .22$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยอภิปรายข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจำนวน 90 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Wilson, Coleby, Taub, Weston, & Robinson, 2013) ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น อีกทั้งเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ช่วยลดการตีบตันของหลอดเลือดแดงได้ (Gibson, 2013) และเพศหญิงมีความใส่ใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลไลพร พุทรวงศ์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า เพศชายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในวัยสูงอายุ (อายุ 70 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 32.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 60.59 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (กานต์ธิดา กำแพงแก้ว และคณะ, 2558; ประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะ, 2556) ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุจะมีความเสื่อมของหลอดเลือด ร่วมกับการสะสมของไขมันในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบแข็งหรือหลอดเลือดอุดตันได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักพบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ แต่ผลจากการศึกษานี้ พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 51.1 ซึ่งในการศึกษานี้พบผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด คือ 30 ปี และพบผู้ป่วยอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 11.1, อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 13.3, อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 26.7 สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับแนวโน้มของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่า โรคหลอดเลือดสมองพบได้มากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเริ่มพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป (อุมพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา, 2557; Ashraf et al, 2015; Mellor et al, 2014; Nakibuuka et al, 2014)

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อาการของผู้ป่วยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล 3 อาการแรก คือ อาการแขน/ขาอ่อนแรง

(ร้อยละ 72.2) อาการปวดไม่ชัด (ร้อยละ 51.1) และอาการเดินเซ (ร้อยละ 43.3) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาการแขน/ ขาอ่อนแรงเป็นอาการที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยรับรู้ได้อย่างรวดเร็วว่าเป็นอาการที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ และคณะ, 2556; Sreedharan & Ravindran, 2011) สำหรับอาการของผู้ป่วยเมื่อแรกรับที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ประเมินโดยแพทย์และพยาบาล 3 อาการแรก คือ อาการแขน/ ขาอ่อนแรง (ร้อยละ 83.3) ปวดไม่ชัด (ร้อยละ 60) และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง (ร้อยละ 34.4) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ กิตติบุญฉวี และคณะ (2556) ที่พบว่า อาการทางคลินิกที่สำคัญและพบมากที่สุด คือ อาการปวดไม่ชัด ปวดสับสนหรือปวดไม่ได้ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา และอาการแขน/ ขาอ่อนแรง

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.4 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 36-60 ปี) ร้อยละ 64.4 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ และคณะ (2556) ที่พบว่า ผู้ที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาส่งโรงพยาบาลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.7 และมีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 50) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันในระบบสังคม วัฒนธรรม มีการเปลี่ยนแปลง คือ เพศหญิงออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น แต่พบว่า เพศหญิงยังคงมีบทบาทเป็นผู้ดูแลและมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว (อโณทัย เหล่าเที่ยง, 2550)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลโดยใช้รถส่วนตัวมากถึงร้อยละ 73.3 แต่มีการใช้บริการรถมูลนิธิหรือรถพยาบาลฉุกเฉินเพียงร้อยละ 18.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ และคณะ (2556) ที่พบว่า ผู้ที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้รถส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 52.6 เนื่องจากคิดว่าการรอใช้รถมูลนิธิหรือรถพยาบาลฉุกเฉินนั้นมีความล่าช้ากว่าการนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลเอง แต่จากการศึกษาพบว่า การใช้บริการรถมูลนิธิหรือรถพยาบาลฉุกเฉิน สามารถช่วยลดความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลได้ เนื่องจากสามารถใช้ไฟฉุกเฉินขณะเดินทาง และบุคลากรทีมสุขภาพที่ออกไปรับผู้ป่วย สามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เมื่อไปถึงบ้านหรือสถานที่เกิดเหตุ เช่น การให้ออกซิเจน และให้คำแนะนำในการรักษา เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย หากต้องให้การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Ahasan et al, 2013; Fassbender et al, 2013)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 461.47 นาที (7 ชั่วโมง 41 นาที) ($SD = 452.64$) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงเวลามาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ

320 นาที (5 ชั่วโมง 20 นาที) จากระยะเวลาเฉลี่ยดังกล่าว และค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า ญาติผู้ป่วยยังคงนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาส่งโรงพยาบาลไม่ทันระยะเวลาที่กำหนด คือ 270 นาที (4 ชั่วโมง 30 นาที) ที่จะได้รับยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 42.2 ที่มารับการรักษาได้ทันเวลา อีกทั้งยังพบว่า ช่วงเวลาที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองเกิดในช่วงเวลา 16.00-08.00 น. ร้อยละ 61.1 และช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล คือ ช่วงเวลา 08.00-16.00 น. ร้อยละ 72.2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างรู้ว่าเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองและต้องรีบมาโรงพยาบาล แต่จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยเข้าใจว่า รอมาตรวจช่วงเวลาเช้าหรืออาจเกิดจากการรณรงค์ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เพียงพอ เนื่องจากมีญาติผู้ป่วยใช้บริการรถมูลนิธิ/รถพยาบาลฉุกเฉินเพียงร้อยละ 18.9 ดังนั้นจึงพบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12.2 ที่ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ดังการศึกษาที่พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 82.9 ที่ไม่เคยทราบเบอร์โทรศัพท์ 1669 (ประไพ กิตติบุญฉวี และคณะ, 2556)

ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.16, SD = 0.94$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้านปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และประสบการณ์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากัน คือ ร้อยละ 78.9 ส่วนประสบการณ์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญมีเพียงร้อยละ 57.8 ซึ่งสะท้อนได้ว่าการรณรงค์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันยังให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและประสิทธิภาพของการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่มีการกำหนดระยะเวลาเป็นเกณฑ์เพื่อให้ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษายังไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pandian et al. (2005) ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยยังมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงพอ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แหล่งข้อมูลของโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด คือ จากโทรทัศน์ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 45.6 และ 35.6 อธิบายได้ว่าโทรทัศน์เป็นสื่อที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและประชาชนทั่วไปนิยมใช้มากที่สุด (Hartigan et al, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการให้ความรู้กับประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทางสื่อโทรทัศน์จะช่วยให้ประชาชนรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น (ประไพ กิตติบุญฉวี และคณะ, 2556; Jones et al, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่า แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

อาการโรคหลอดเลือดสมอง และการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากเช่นกัน คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางอินเทอร์เน็ตพบร้อยละ 23.3, 20.0, 15.6 ตามลำดับ จึงควรเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองทางสื่อโทรทัศน์ให้มากขึ้น รวมถึงเพิ่มการให้ข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตให้มากขึ้น จะมีประโยชน์ในการณรงค์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้มาก

จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างน้อย ร้อยละ 57.8 เพราะว่า ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต้องได้จากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึง แต่อย่างไรก็ตามพบว่า บุคลากรที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด คือ จากพยาบาล ร้อยละ 23.3 เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายที่สุด และพยาบาลทำบทบาทหน้าที่ทั้งการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู

การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($M = 2.52, SD = 2.79$) เนื่องจากพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 78.9 เคยมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และยังรับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (กานต์ธิดา กำแพงแก้ว และคณะ, 2558) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ มีค่าคะแนนการรับรู้ในระดับมากทุกข้อ แต่มีเพียง 1 ข้อที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.04, SD = 0.62$) คือ การรับรู้ว่ามีเพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง และจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดมากในเพศชาย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

สำหรับด้านการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีเพียง 1 ข้อ ที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.31, SD = 0.63$) คือ อาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใดซึ่งเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง อาจเกิดจากในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีการณรงค์เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นเฉพาะอาการที่พบมากในโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการแขน/ขาหรืออ่อนแรง อาการพูดไม่ชัด และอาการของกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการนี้อยู่ในระดับมาก จึงควรมีการณรงค์เพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการอื่น ๆ ให้ประชาชนทั่วไปทราบมากขึ้น เพื่อให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับ

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ดังเช่นสถาบันโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศออสเตรเลีย (Australia's National Stroke Foundation) ได้เพิ่มอาการคลื่นลำปากอย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง (NSF, 2009)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 10.11 ($SD = 2.31$) ทั้งนี้เนื่องมาจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 31.1) ซึ่งความรู้เป็นการรับรู้ที่เกิดจากกระบวนการทางความคิดที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามา จากการได้รับการศึกษา ในสถานศึกษา การพบเห็น หรือจากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ ดังนั้นหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากขึ้นจะทำให้เกิดกระบวนการทางความคิด เกิดเป็นความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรีบนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ดังการศึกษาของ Nakibuuka et al. (2014) ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยจะรีบพาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลเร็วขึ้น ถ้ามีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองดี

เมื่อพิจารณาความรู้เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีความรู้ในระดับสูง ได้แก่ เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองควรไปพบแพทย์ เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด ($M = 0.94$, $SD = 0.23$) การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ได้ผลดีต้องเริ่มรักษาให้เร็วที่สุด ($M = 0.91$, $SD = 0.29$) และหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจเสียชีวิตได้ ($M = 0.87$, $SD = 0.34$) (ภาคผนวก) ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่อยู่ในระบบสุขภาพพยายามรณรงค์ในเรื่องของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น หากไม่รีบมารับการรักษา อย่างไรก็ตามข้อที่มีความรู้ในระดับปานกลาง แต่ได้คะแนนน้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากภาวะสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมองก็ได้ ($M = 0.70$, $SD = 0.46$) โรคหลอดเลือดสมองเป็น โรคเกิดที่หลอดเลือดสมองไม่ใช่ที่เนื้อสมอง ($M = 0.67$, $SD = 0.47$) และอาการแสดงของ โรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ($M = 0.63$, $SD = 0.49$) ซึ่งสื่อไม่ได้มีการรณรงค์ในเรื่องของพยาธิสภาพ อีกทั้งการประชาสัมพันธ์ทางสื่ออื่น ๆ ยังไม่เพียงพอ และไม่มีความต่อเนื่อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจพยาธิสภาพและอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น

การตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมของการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 52.19$, $SD = 6.79$) ซึ่งในภาพรวมการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี

และพบว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงเวลามาโรงพยาบาลภายใน 270 นาที (4.5 ชั่วโมง) พบร้อยละ 42.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Siddiqui, Zafar, and Khan (2008) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มาถึงโรงพยาบาลนาน มักเกิดจากการตอบสนองต่ออาการที่ไม่เหมาะสม

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำเป็นครั้งแรกเมื่อสังเกตพบว่า ผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองพบมากที่สุด คือ การรีบมาโรงพยาบาล ร้อยละ 71.1 สอดคล้องกับการศึกษาของดวงทิพย์ บินไทยสงค์ และคณะ (2556) ที่พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำเป็นอันดับแรกหลังจากพบผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง คือ รีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ร้อยละ 61.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nakibuuka et al. (2014) ที่พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับโรคหลอดเลือดสมองจะรีบไปโรงพยาบาล ดังนั้นการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองจะดีหรือไม่ จึงขึ้นอยู่กับว่าขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอยู่กับใคร ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า ขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอยู่กับสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 63.3 จึงควรมีการประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น ในเรื่องของการรีบมารับการรักษาให้เร็วที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เนื่องจากมีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษานี้พบว่า ประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22$) ซึ่งหมายถึง การมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก มีแนวโน้มที่จะมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองดี อธิบายได้โดยแนวคิดของ Leventhal et al. (2003) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดภาวะคุกคามถึงชีวิต บุคคลจะรับรู้ต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยการรับรู้ที่ขึ้นอยู่กับปัจจัยกระตุ้นภายนอกตัวซึ่งได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ จากบุคคลรอบข้าง จากนั้นบุคคลจะรวบรวม วิเคราะห์ แปลผลข้อมูลที่ได้จากการรับรู้ และให้ความหมายต่อภาวะคุกคามนั้น ๆ ออกมาเป็นภาพความคิดต่อภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นนำไปสู่การตัดสินใจเผชิญต่ออาการที่เกิดขึ้นและตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่าง เคยมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน จะทำให้มีการตอบสนองต่ออาการดี ดังการศึกษาของ Hodgson,

Lindsay, and Rubini (2007) พบว่าการโฆษณาณรงค์อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองทางโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 57.8 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างยังไม่รู้เรื่องการดำเนินของโรคและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด และต้องมารับการรักษาภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง สอดคล้องกับข้อมูลของระยะเวลาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างพาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่า 4.5 ชั่วโมง ร้อยละ 57.8 ดังนั้นจึงควรมีการณรงค์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดให้มากขึ้น ดังการศึกษาของ น้อมจิตต์ นวลเนตร์, ศศิวิมล วรรณพงษ์ และชากีเย่ คามา (2558) ที่พบว่า ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีเพียงร้อยละ 12 ที่เคยได้ยินคำว่าทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นควรมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเรื่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดการตอบสนองที่ดี โดยการนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาเร็วขึ้น

การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .36$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก มีแนวโน้มที่จะมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองดี คือ จะรีบพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว อธิบายตามแนวคิดของ Leventhal et al. (2003) ได้ว่า บุคคลเป็นผู้มีศักยภาพในการกำกับตนเองและการกำกับตนเองในระยะที่ 1 คือ การรับรู้และการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วย (Illness representation) ที่เกิดขึ้น โดยหากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น รับรู้สาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น และรับรู้ว่าการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรง ก็จะตอบสนองต่ออาการนั้นดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ และคณะ (2556) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล หลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.30$) และการศึกษาของ Chang et al. (2004) ที่ศึกษาพบว่า หากรับรู้ว่าคุณมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นความล่าช้าในการมารับการรักษาจะลดลง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับมาก แต่มีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่หากไม่รู้

อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ก็อาจทำให้อยู่รอดอาการ (Jones et al, 2010) ตลอดจนอุปนิสัยคนไทยส่วนใหญ่ หากไม่เกิดอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงอันตรายของโรคก็จะไม่รับมาโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวดี โปธิโสภา และคณะ (2558) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาล ($p < .01$) และการศึกษาของ จินัฐดา คำสารีรักษ์ และชนกพร จิตปัญญา (2558) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษา ($p < .01, r = -.248$) และสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า การที่มาโรงพยาบาลช้าเพราะไม่รับรู้ว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตราย (จิรพล เหล็กเพชร, ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ และประเสริฐ วศินานุกร 2552; ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ และคณะ, 2556; นิภาพร ภิญโญศรี, 2551; Siddiqui et al, 2008)

สำหรับด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับมากทุกข้อ (ภาคผนวก) ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะนั้นเป็นอาการที่เป็นอันตรายและคุกคามกับชีวิต จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรีบตัดสินใจนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล ดังการศึกษาของ ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ และคณะ (2556) ที่พบว่า หากมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองดี ก็จะรีบนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลได้เร็ว และการศึกษาของ วารุณี อึ้งสก และคณะ (2555) ที่พบว่า ความเฉียบพลันของอาการเริ่มต้นมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา ค่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แต่หากกลุ่มตัวอย่างไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างชัดเจน นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการเกิดขึ้นแต่ความรุนแรงน้อย อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่รีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพร ภิญโญศรี (2551) ที่พบว่า อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ดังนั้นหากมีอาการไม่ชัดเจน เช่น อาการชาหรืออ่อนแรงเพียงเล็กน้อย มักจะไม่รับมาโรงพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22$) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มที่จะมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในระดับดี ซึ่งอธิบายภายใต้กรอบแนวคิดของ Leventhal et al. (2003) ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามกับชีวิตอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรคที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคลนั้นนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และเดือนเพ็ญ ศรีษา (2555) พบว่า ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือด

สมองอยู่ในระดับสูง แต่มีข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ตอบไม่ถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 25 โดยเฉพาะอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ยังมีประชาชนทั่วไปถึงร้อยละ 75.1 ที่ไม่ทราบอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเลย (Nakibuuka et al, 2014) ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของประชาชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการศึกษาพบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการตัดสินใจในการนำผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2557) ดังนั้น หากกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองไม่ดี คือ การพาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับรักษาล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด

ผลการศึกษารองของ Pandian et al (2005) ที่พบว่า ระดับการศึกษาสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาการของผู้ป่วยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล คือ อาการแขน/ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด และเดินเซ และอาการของผู้ป่วยแรกเริ่มที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งเป็นอาการที่ประเมินโดยแพทย์และพยาบาล คือ อาการแขน/ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด และกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง จากอาการดังกล่าวจะเห็นได้ว่า อาการเดินเซเป็นอาการหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลอธิบายได้ว่าอาการเดินเซเป็นอาการที่ปรากฏชัดเจน และสามารถเห็นได้ชัด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้ง่าย จึงตัดสินใจนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล แต่เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล อาการเดินเซ มักไม่ได้รับการตรวจโดยแพทย์และพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมักเข้ามาตรวจโดยนอนบนเปลนอน ดังนั้นอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่บุคลากรในทีมสุขภาพควรณรงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้รวดเร็วมากขึ้น ควรเป็นอาการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจดูได้ยากในผู้ป่วยสูงอายุ หากญาติไม่มีการสังเกตอาการและการเฝ้าระวังที่ดี อาจทำให้มีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ดังการศึกษาที่พบว่า การมาโรงพยาบาลล่าช้าเกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นอกจากต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะต้องสามารถระบุอาการของผู้ป่วยได้ถูกต้องด้วย (Ahasan et al, 2013; Hartigan et al, 2014; Sekoranja et al, 2009) และการศึกษาที่พบว่า การรู้ชื่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยที่สุด 2 อาการมีความสัมพันธ์กับการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม (Mosley, Nicol, Donnan, Thrift, & Dewey, 2014)

ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานและกรอบแนวคิดการวิจัย (ภาพที่ 1)

ซึ่งยืนยันได้ว่า ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นหากต้องการให้ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีการตอบสนองต่ออาการของ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมถูกต้อง จะต้องมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน ทั่วไปให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของ โรคหลอดเลือดสมอง ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพ ควรรณรงค์ในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนทั่วไป ประชากรกลุ่มเสี่ยง และญาติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในเรื่องของ สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนของ โรคหลอดเลือดสมอง และการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นเรื่องระยะเวลาในการมารับ การรักษาเพื่อให้ประชาชนทั่วไป ประชากรกลุ่มเสี่ยง และญาติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนทั่วไป ประชากรกลุ่มเสี่ยง และญาติผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง เกิดการตอบสนองต่ออาการอย่างเหมาะสม

1.2 พยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพ ควรมีการรณรงค์วิธีการจัดการที่ถูกต้อง และเหมาะสม เมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง แก่ประชาชนทั่วไป ประชากรกลุ่มเสี่ยง และญาติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในเรื่องการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน การใช้รถมูลนิธิหรือ รถพยาบาลฉุกเฉิน ในการนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาล โดยเน้นเรื่อง การปฐมพยาบาลเบื้องต้นในสถานที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว มากขึ้น การประชาสัมพันธ์เบอร์โทรศัพท์หมายเลข 1669 การประสานงานมายังโรงพยาบาลปลายทางที่จะรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาในระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น

1.3 พยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพ ควรรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือด โดยเน้นและให้ความสำคัญกับระยะเวลา ที่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และการรีบมารับการรักษาโดยมารับการรักษาได้ตลอด

24 ชั่วโมง เพื่อให้ประชาชนทั่วไป ประชากรกลุ่มเสี่ยง และญาติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้รับความรู้
อย่างรวดเร็วมากขึ้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาการให้ความรู้
เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง อาการ
โรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ
แก่ประชาชนทั่วไป ประชากรกลุ่มเสี่ยง และญาติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยมีการพัฒนา
การให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคโรคเบาหวาน โดยใช้สื่อโทรทัศน์ในการให้ข้อมูล
หรืออาจมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยผ่าน Website ของโรงพยาบาล

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาล ควรนำผลการวิจัยไปใช้
ในการประกอบการเรียนการสอน เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยและพัฒนาโปรแกรมในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไป ประชากรกลุ่มเสี่ยง และญาติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีการตอบสนอง
ต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ
โรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และมีความรู้เกี่ยวกับ
โรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังการเกิด
โรคหลอดเลือดสมอง และเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
ในโรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการตอบสนอง
ต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบในกลุ่มประชากรที่มากกว่าเดิม ระหว่างกลุ่มผู้ป่วย
ที่มารับการรักษาทันเวลากับกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาไม่ทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง เพื่อให้เห็น
บริบทที่แตกต่างกันและสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นจริง

บรรณานุกรม

- กานต์ธิดา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และวินัส ลิพทกุล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(2). กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2550). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง*. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 1-33).
- กชพร อ่อนอกย์. (2551). *การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา และการส่งเสริมสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กนกพร โอปารัตนชัย. (2553). *แนวทางการสืบค้นในโรคหลอดเลือดสมอง*. ใน เกียรติศักดิ์ ลิ้มพิสดาน (บรรณาธิการ), *โรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 17-32).
- กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์. (2553). *โรคสมองขาดเลือด*. ใน เกียรติศักดิ์ ลิ้มพิสดาน (บรรณาธิการ), *โรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 33-82).
- กษมา เชียงทอง. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการ โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ก้องเกียรติ ภูณัทกันทรากร. (2553). *โรคหลอดเลือดสมอง*. ใน ก้องเกียรติ ภูณัทกันทรากร (บรรณาธิการ), *ประสาทวิทยาทันสมัย* (หน้า 33-79).
- จันจูงดา คำสารีรักษ์ และชนกพร จิตปัญญา. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7 (2), 106-119.
- จีรพล เหล็กเพชร, ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ และประเสริฐ วสินานุกร. (2552). ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดใช้ในการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(3), 203-212.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2557). การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 275-282.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, อรสา พันธุ์ภักดี, พิศสมัย อรทัย และศิษยา รัตนกร. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารการแพทย์*, 20(1), 15-29.
- นิภาพร ภิญญาศรี. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 275-282.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- น้อมจิตร นวลเนตร์ และเดือนเพ็ญ ศรีษา. (2555). ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 24(3), 318-326.
- น้อมจิตร นวลเนตร์, ศศิวิมล วรรณพงษ์ และชากิยะ คามา. (2558). การรับรู้เกี่ยวกับทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(1), 57-63.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศิริธร ยิ่งแรงเริง และสุภลักษณ์ ศรีชัยญา. (2556). การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 132-141.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). พยาธิสรีรวิทยา อาการและการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. ใน พรภัทร ธรรมสโรช (บรรณาธิการ), *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน* (หน้า 22-45).
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). *การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน*. ในพรภัทร ธรรมสโรช (บรรณาธิการ), *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน* (หน้า 46-79).
- พรสวรรค์ คำทิพย์ และชนกพร จิตปัญญา. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 44-55.
- วันชพร อุตสาหกรรมกิจ. (2556). Pre-hospital delay in acute stroke and TIA. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 8(4), 43-51.

- วารุณี อึ้งฮก, ชีรนุช ห่านิรติศัย และสมบัติ มุ่งทวีพงศา. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน. *จุลสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 11(1), 37-45.
- วิภาวดี โพธิโสภากา, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ และศิริอร สิ้นธุ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการตอบสนองต่ออาการและระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(1), 9-20.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพลส ลิมิตเต็ด พาร์ทเนอร์ชิพ.
- วรุณณา ศรีโสภากา และจุฑารักษ์ กองสุข. (2553). ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการอบรม. *พุทธชินราชเวชสาร*, 27(2), 204-211.
- วิไลพร พุทธวงศ์, วิวัฒน์ กิตติพิชัย, ทศนีย์ ศิวาวรรณ และโชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. (2557). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 44(1), 30-45.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2557). *ข้อมูลและสถิติจำนวนและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2550-2557 จำแนกรายจังหวัด นคร.เขต และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร)*. เข้าถึงได้จาก thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php
- สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุพร หุตากร. (2549). พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์*, 22(3), 1-14.
- หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี. (2558). *สถิติผู้ป่วยในประจำปี*. ชลบุรี, โรงพยาบาลชลบุรี.
- อินทรา ลิ่มเชย. (2550). *ความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุมาพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา. (2557). การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2), 13-23.

- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2550). *ชุดความรู้สถิติ*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อโณทัย เหล่าเที่ยง. (2550). *ความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสออด จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Ahasan, H. N., Sarkar, P. K., Das, A., Ayaz, K., Dey, P., Siddiqui, A. A., Chowdhury, M. K., Hossain, Y., Minnat, B., Hussain, D. A. S. (2013). Delay in Hospital Arrival of Stroke Patients: An Observational Study. *Journal of Medicine*, 14(2), 106-109.
- Albers, G. W., Caplan, L. R., Easton, J. D., Fayad, P. B., Mohr, J. P., Saver, J. L., Sherman, D. G. (2002). Transient ischemic attack-proposal for a new definition. *Neurology England Journal Medicine*, 347(21), 1713-1716.
- American Heart Association. (2005). 2005 focused update incorporated into the ACC/ AHA Guidelines for the diagnosis and management of stroke in adult. *Circulation*, 119, e391-e479.
- Ashraf, V. V., Maneesh, M., Praveenkumar, R., Saifudheen, K., & Girija, A. S. (2015). Factors Delaying Hospital Arrival of Patients with Acute Stroke. *Journal of Indian Academy of Neurology*, 18(2), 162-166.
- Australia's National Stroke Foundation [NSF]. (2009). National stroke foundation. *Stroke*.
- Barr, J., McKinley, S., O'Brien, E., & Herkes, G. (2006). Patient Recognition of and Response to Symptoms of TIA or Stroke. *Neuroepidemiology*, 26(3), 168-175.
- Bhattacharjee, M., Vairale, J., Gawali, K., & Dalal, P. M. (2012). Factors Affecting Burden on Caregivers of Stroke Survivors: Population-based Study in Mumbai (India). *Journal of Indian Academy of Neurology*, 15(2), 113-119.
- Bietzk, E., Davies, R., Floyd, A., Lindsay, A., Greenstone, H., Symonds, A., & Greenfield, S. (2012). FAST enough? The UK General Public's Understanding of Stroke. *Clinical Medicine*, 12(5), 410-415.
- Bloom, B. S. (1968). Learning of Mastery. *Evaluation Comment*, 1(2), 29-62.
- Bray, J. E. (2011). *Factors related to prehospital delay in stroke*. Unpublished doctoral dissertation, Deakin University, Australia.
- Carroll, C., Hobart, J., Fox, C., Teare, L., & Gibson, J. (2003). Stroke in Devon: Knowledge was good, but Action was poor. *Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry*. 75, 567-571.

- Chang, K. C., Tseng, M. C., & Tan, T. Y. (2004). Prehospital Delay After Acute Stroke in Kaohsiung, Taiwan. *Stroke*, *35*, 700-704.
- Dearborn, J. L., & McCullough, L. D. (2009). Perception of Risk and Knowledge of Risk factors in Women at High Risk for Stroke. *Stroke*, *40*, 1181-1186.
- Deb, P., Sharma, S., & Hassan, K. M. (2010). Pathophysiologic mechanisms of acute ischemic stroke: An overview with emphasis on therapeutic significance beyond thrombolysis. *Pathophysiology*, *17*, 197-218.
- Dereux, L., Adeleine, P., Nighoghossian, N., Honnarat, J., & Trouillas, P. (2002). Factors influencing early admission in a French stroke unit. *Stroke*, *33*(1), 153-159.
- Dombrowski, S. U., Sniehotta, F. F., Mackintosh, J., White, M., Rodgers, H., Thomson, R. G., Murtagh, M. J., Ford, G. A., Eccles, M. P., & Sovres, V. A. (2012). Witness Response at Acute Onset of Stroke: A Qualitative Theory-Guided Study. *Stroke*, *43*(7), 1215-1220.
- Dracup, K., & Moser, D. K. (1997). Beyond sociodemographics: factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart and Lung*, *26*(4), 253-262.
- Droste, D. W., Safo, J., Metz, R. J., & Osada, N. (2014). Stroke Awareness in Luxemburg: Deficit Concerning Symptoms and Risk Factors. *Clinical Medicine Insights: Cardiology*, *8*(s2), 9-13.
- Emberson, J., Lees, K. R., Lyden, P., Blackwell, L., Albers, G., Bluhmki, E., Brott, T., Cohen, G., Davis, S., Donnan, G., Grotta, J., Howard, G., Kaste, M., Koga, M., Kummer, R. V., Lansberg, M., Lindley, R. I., Murray, G., Olivot, J. M., Parsons, M., Tilley, B., Toni, D., Toyoda, K., Wahlgren, N., Wardlaw, J., Whiteley, W., Zoppo, G. J. D., Baigent, C., Sandercock, P., & Hackett, W. (2014). Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomized trials. *Lancet*, *384*, 1929-1935.
- Fassbender, K., Balucani, C., Walter, S., Levine, S. R., Haass, A., & Grotta, J. (2013). Streamlining of prehospital stroke management the golden hour. *Neurology*, *81*, 585-596.
- Flynn, D., Ford, G. A., Rodgers, H., Price, C., Steen, N., & Thomson, R. G. (2014). A Time Series Evaluation of the FAST National Stroke Awareness Campaign in England. *Stroke Awareness*, *9*(8), 1-6.

- Gibson, C. L. (2013). Cerebral ischemic stroke: is gender important. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, *33*, 1355-1361.
- Hartigan, I., O'Connell, E., O'Brien, S., Weathers, E., Cornally, N., Kilonzo, B., & McCarthy, G. (2014). The Irish national stroke awareness campaign: A stroke of success?, *Nursing Research*, *27*, 13-19.
- Hayashi, Y., Hai, H. H., & Tai, N. A. (2013). Assessment of the Needs of Caregivers of Stroke Patients at Stated-Owned Acute- Care Hospitals in Southern Vietnam. *Prevention Chronic Disease*, *10*.
- Hickey, A., O'Hanlon, A., McGee, H., Donnellan, C., Shelley, E., Horgan, F., & O'Neill. (2009). Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. *BMC Geriatric*, *9*(1).
- Hodgson, C., Lindsay, P., & Rubini, F. (2007). Can Mass Media Influence Emergency Department Visits for Stroke. *Stroke*, *38*, 2115-2122.
- Horer, S., & Haberl, R. (2012). Management of acute ischemic stroke. The faster, the better. *Periodicum Biologorum*, *114*(3), 331-336.
- Ji, R, Schwamm, L. H., Pervez, M. A., & Singhal, A. B. (2013). Ischemic stroke and transient ischemic attack in young adults: risk factors, diagnostic yield, neuroimaging and thrombolysis. *JAMA Neurol*, *70*(1), 51-57.
- Jin, H., Zhu, S., Wei, J. W., Wang, J., Liu, M., Wu, Y., Wong, L. K. S., Cheng, Y., Xu, E., Yang, Q., Anderson, C. S., & Huang, Y. (2012). Factors Associated with Prehospital Delays in the Presentation of Acute Stroke in Urban China. *Stroke*, *43*, 362-370.
- Jones, S. P., Jenkinson, A. J., Leathley, M. J., & Watkins, C. L. (2010). Stroke knowledge and awareness: an integrative review of the evidence. *Age and Ageing*, *39*, 11-22.
- Jurkowski, J. M., Maniccia, D. M., Denisson, B. A., Samuels, S. J., & Spicer, D. A. (2008). Awareness of Necessity to Call 9-1-1 to Stroke Symptoms, Upstate New York. *Public Health Research, Practice, and Policy*, *5*(2).
- Kim, Y. S., Park, S. S., Bae, H. J., Cho, A. H., Cho, Y. J., Han, M. K., Heo, J. H., Kang, K., Kim, D. E., Kim, H. Y., Kim, G. M., Kwon, S. U., Kwon, H. M., Lee, B. C., Lee, K. B., Lee, S. H., Lee, Y. S., Nam, H. S., Oh, M. S., Park, J. M., Rha, J. H., Yu, K. H., & Yoon, B. W. (2011). Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in Korea. *BMC Neurology*, *11*(2), 1-8.

- Kwan, J., Hand, P., & Sandercock, P. A systematic review of barriers to delivery of thrombolysis for acute stroke. *Age and Ageing*, 33(2), 116-121.
- Lacy, C. R., Suh, D. C., Bueno, M., & Koatis, J. B. (2001). Delay in Presentation and Evaluation for Acute Stroke. *Stroke*, 32, 63-69.
- Lecouturier, J., Murtagh, M. L., Thomson, R. G., Ford, G. A., White, M., Eccles, M., & Rodgers, H. (2010). Response to Symptoms of stroke in the UK: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 10(1), 157-165.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Levanthal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In D. L. Cameron, & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42-65). London: Routledge.
- Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V., & Tanne, D. (2006). Perceptual, Social, and Behavioral factors associated with delays in seeking medical care in patients with symptoms of acute stroke, *Stroke*, 37(5), 1248-1253.
- Marx, J. J., Gube, C., Faldum, A., Kuntze, H., Nedelmann, M., Haertle, B., Dieterich, M., & Eicke. (2009). An educational multimedia campaign improves stroke knowledge and risk perception in different stroke risk groups. *European Journal of Neurology*. 16(5), 612-618.
- Mazighi, M., Derex, L., & Amarenco, P. (2010). Prehospital stroke care: Potential, pitfalls, and future. *Current Opinion in Neurology*, 23(1), 31-35.
- Mellon, L., Doyle, F., Rohde, D., Williams, D., & Hickey, A. (2015). Stroke warning campaigns: delivering better patient outcomes? A systematic review. *Patient Related Outcome Measures*, 6, 61-73.
- Mellor, R. M., Bailey, S., Sheppard, J., Carr, P., Quinn, T., Boyal, A., Sandler, D., Sims, D. G., Mant, J., Greenfield, S., & McManus, R. J. (2014). Decisions and Delays Within Stroke Patients' Route to the Hospital: A Qualitative Study. *Emergency Medicine*, 65(3), 279-287.
- Memis, S., Tugrul, E., Evci, E. D., & Ergin, F. (2008). Multiple causes for delay in arrival at hospital in acute stroke patients in Aydin, Turkey. *Biomed Central Neurology*, 8(15).

- Mikulik, R., Bunt, L., Hrdlicka, D., Dusek, L., Vaclavik, D., & Kryza, J. (2008). Calling 911 in response to stroke: A nationwide study assessing definitive individual behavior. *Stroke, 39*(6), 1844-1849.
- Mokin, M., Khalessi, A. A., Mocco, J., Lanzino, G., Dumont, T. M., Hanel, R. A., Lopes, D. L., Fessler, R. D., Ringer, R. J., Bendok, B. R., Veznedaroglu, E., Siddiqui, A. H., Hopkins, L. N., & Levy, E. I. (2014). Endovascular Treatment of Acute Ischemic Stroke: The end or just the beginning. *Neurosurg Focus, 36*(1).
- Monaliza., Aggawal, M., & Srivastava, A. (2012). Awareness of risk factors and warning symptoms of stroke in general population. *Nursing and Midwifery Research Journal, 8*(2), 149-160.
- Morris, D. L., Rosamond, W., Madden, K., Schultz, C., & Hamilton, S. (2000). Prehospital and Emergency Department Delay After Acute Stroke. *Stroke, 31*, 2585-2590.
- Moser, D. K., Kimble, L. P., Alberts, M. J., Alonzo, A., Croft, J. B., & Dracup, K. (2006). Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council. *Circulation, 114*(2), 168-182.
- Mosley, I., Nicol, M., Donnan, G., Patrick, I., & Dewey, H. M. (2007). Stroke symptoms and the Decision to call for Ambulance. *Stroke, 38*, 361-366.
- Mosley, I., Nicol, M., Donnan, G., Thrift, A. G., & Dewey, H. M. (2014). What is stroke symptom knowledge ?. *International Journal of Stroke, 9*, 48-52.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A.S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., Ferranti, S. D., Despres, J. P., Fullerton, H. J., Howard, V. J., Huffman, M. D., Judd, S. E. Kissela, B. M., Lackland, D. T., Lichtman, J. H., Lisabeth, L. D., Liu, S., Mackey, R. H., Matchar, D. B., McGuire, D. K., Mohler, E. R., Moy, C. S., Muntner, P., Mussolino, M. E., Nasir, K., Neumar, R. W., Nichol, G., Pallaniappan, L., Pandey, D. K., Reeves, M. J., Rodriguez, C. J., Sorlie, P. D., Stein, J., Towfighi, A., Tulan, T. N., Virani, S. S., Willey, J. Z., Woo, D., Yeh, R. W., Turner, M. B. (2015). Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics-2015 Update A Report from American Heart Association. *Circulation, 131*, 434-441.

- Nakibuuka, J., Sajatovic, M., Katabira, E., Ddumba, E., Tusiime, J. B., & Furlan, A.J. (2014). Knowledge and Perception of Stroke: A Population-Based Survey in Uganda. *ISRN Stroke*, 22(3), 45-52.
- Nedeltchev, K., Anold, M., Brekenfeld, C., Isenegger, J., Remonda, L., Schroth, G., & Mattle, H. P. (2003). Pre- and In-Hospital Delays from Stroke Onset to Intra-arterial Thrombolysis. *Stroke*, 34, 1230-1234.
- Pandian, J. D., Jaison, A., Deepak, S. S., Kalra, G., Shamsheer, S., Lincoln, D. J., & Abraham, G. (2005). Public Awareness of Warning Symptoms, Risk Factors, and Treatment of Stroke in Northwest India. *AHA Journal*, 36(3), 644-648.
- Reeves, M. J., Arora, S., Broderick, J. P., Frankel, M., Heinrich, J. P., Hickenbottom, S., Karp, H., LaBresh, K. A., Malarcher, A., Mensah, G., Moomaw, C. J., Schwamm, L., & Weiss, P. (2005). Acute Stroke Care in the US Results from 4 Pilot Prototypes of the Paul Coverdell National Acute Stroke Registry. *Stroke*, 36, 1232-1240.
- Saver, J. L., Smith, E. E., Fonarow, G. C., Reeves, M. J., Zhao, X., Olson, D. M., & Schwamm, L. H. (2010). The Golden Hour and Acute Brain Ischemia Presenting Features and Lytic Therapy in > 30,000 Patients Arriving Within 60 Minutes of Stroke Onset. *Stroke*, 41, 1431-1439.
- Schumm, A. R., Walter, S., Haas, A., Balucani, C., Lesmeister, M., Nasreldin, A., Sarlon, L., Bachhuber, A., Licina, T., Grunwald, I. Q., & Fassbender, K. (2014). Translation of the 'time is brain' concept into clinical practice: focus on prehospital stroke management. *International Journal of Stroke*, 9, 333-340.
- Sekoranja, L., Griesser, A. C., Wagner, G., Njamnsbi, A. K., Temperli, P., Herrmann, F. R., Grandjean, R., Niquille, M., Vermeulen, B., Rutschmann, O. T., Sarasin, F., & Sztajzel, R. (2009). Factors influencing emergency delays in acute stroke management. *Swiss Medical Weekly*, 39(27-28), 393-399.
- Sharry, J. M., Baxter, A., Wallace, L. M., Kenton, A., Turner, A., & French, D. P. (2014). Delay in seeking medical help following Transient Ischemic Attack (TIA) "Mini- Stroke": A Qualitative Study. *Journal Pone*, 9(8).
- Shehata, H. S., Ahmed, S. M., Abdelalim, A. M. Sherbiny, N.E. (2016). Knowledge and attitude towards stroke among workers in Cairo University Hospitals. Original article, 53(1), 54-59.

- Siddiqui, M., Siddiqui, S. R., Zafar, A., & Khan, F. S. (2008). Factors Delaying Hospital Arrival of Patients with Acute Stroke. *Journal of Pakistan Medicine*, 58(4).
- Smith, S. E., & Fox, C. (2015). Ischemic stroke in children and young adults: Etiology and clinical features. *Clinical Trial Support*.
- Sorganvi, V., Kulkarni, M. S., Kadeli, D., & Atharga, S. (2014). Risk factors for stroke: A case control study. *Int J Cur Res Rev*, 6(03), 46-52.
- Sreedharan, S. E., & Ravindran, J. (2011). Barriers to thrombolysis in acute ischemic stroke: Experience from a Level 1 hospital in South Australia. *Neurology Asia*, 16(1), 17-23.
- Strong, K., Mathers, C., & Bonita, R. (2007). Preventing stroke: Saving lives around the world. *Lancet Neurol*, 6, 182-187.
- Tan, T. Y., Chang, K. C., & Liou, C. W. (2002). Factors Delaying Hospital Arrival after Acute Stroke in Southern Taiwan. *Chang Gung Med Journal*, 25(7), 458-463.
- Tong, D., Reeves, M. J., Hernandez, A. F., Zhao, X., Olson, D. M., Fonarow, G. C., Schwamm, L. H., & Smith, E. E. (2012). Times from symptom onset to hospital arrival in the get with the guidelines-stroke program 2002-2009. *Stroke*, 43(7), 1912-1917.
- Wahab, K. W., Okokhere, P. O., Ugheoke, A. J., Oziegbe, O., Asalu, A. F., & Salami, T. A. (2008). Awareness of warning signs among Suburban Nigerians at high risk for stroke is poor: A cross-sectional study. *BMC Neurology*, 8(18).
- Williams, E. W., Cawich, S. O., Shah, S., Hendricks, S. J., Edwards, I., Strachan, G. G., Johnson, J. W., Bruce, CAR., Singh, P., French, S., Hutson, R., Reid, M., & Crandon, I. W. (2009). Delays in presentations of stroke patients at the University Hospital of the West Indies. *West Indian Med Journal*, 58(4), 341-346.
- Wilson, A. D., Coleby, D., Taub, N. A., Weston, C., & Robinson, T. G. (2013). Delay between symptom onset and clinic attendance following TIA and minor stroke: the BEATS study. *Age and Ageing*, 43, 253-256.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Global atlas on cardiovascular diseases prevention and control*. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod-cerebrovascular-diseasestroke.pdf>
- Yang, J., Zheng, M., Chen, S., Ou, S., Zhang, J., Wang, N., Cao, Y., Miao, Q., Zhang, X., & Hao, L., (2013). A survey of the perceived risk for stroke among community Residents in Western Urban China, *Stroke*, 8(9), 740-746.

- Yu, K. B., Kwon, S. U., Kang, D. W., Hong, K. S., Lee, Y. S., Rha, J. H., Koo, J. S., Kim, J. S., Kim, J. H., Lee, J. H., Cho, S. J., Hwang, S. H., Jung, S., Han, M. K., Cho, K. H., Kim, B. C., Shin, D. J., Chang, D. I., Park, J. H., Kim, E. G., Jung, D. S., Ahn, M. Y., Lee, D. H., Park, K. W., Kim, Y. J., Lee, K. Y., Heo, J. H., Kim, S. H., Lee, K. H., Chung, C. S., Cha, J. K., Lee, J. H., Uhm, K. Y., Lee, B. C., & Rho, J. K. (2006). Analysis of 10,811 Cases with Acute Ischemic Stroke from Korean Stroke Registry Hospital-Based Multicenter Prospective Registration Study. *Journal of Korean Neurol Association, 24*, 535-543.
- Zoppo, G. J. D., Saver, J. L., Jauch, E. C., & Adams, H. P. (2009). Expansion of the Time Window for Treatment of Acute Ischemic Stroke With Intravenous Tissue Plasminogen Activator A Science Advisory From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 40*, 2945-2948.
- Zhao, Q., Yang, L., Zuo, Q., Zhu, X., Zhang, X., Wu, Y., Yang, L., Gao, W., & Li, M. (2014). Instrument Development and Validation of the Stroke Pre-hospital Delay Behavior Intention Scale in a Chinese Urban Population. *Health and Quality of Life Outcomes, 12*, 170.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้ร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง
ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางนิสาชล นุ่มมีชัย ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วม
การวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนอง
ต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
ซึ่งท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณลักษณะตรงตามที่ต้องการศึกษา ผลการศึกษาวิจัยนี้พยาบาลสามารถ
นำมาใช้เป็นแนวทางส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง
อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันได้รับการรักษาในระบบช่องทางด่วน ได้มากขึ้น
ซึ่งส่งผลให้ลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง

การวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง
เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 90 ราย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยต้องตอบ
แบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านจำนวน 5 ฉบับ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูล
ส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ โรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบสอบถาม
ประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบสอบถาม
การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 5) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ
โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละ 20-30 นาที

การเข้าร่วมตอบคำถามในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธ
ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการดูแลรักษา

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถติดต่อข้าพเจ้านางนิสาชล
นุ่มมีชัย หมายเลขโทรศัพท์ 097-0398948 หรือที่ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 086-4131861 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถามและข้อสงสัย

ของท่าน เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในใบยินยอม
ร่วมโครงการที่แนบมาด้วยนี้ และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....

(นางนิศาชล นุ่มมีชัย)

ผู้วิจัย



เอกสารแบบแสดงความยินยอม ของอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมอง
ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างหรืออาสาสมัครใน
โครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และ
รายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้ร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้
แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วย
ความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา
หรือการรับบริการที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผย
ได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ
ที่เกี่ยวข้อง ต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง: แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงใน หน้าข้อความ หรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วยมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
 อนุปริญญา/ ปวส. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
 สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ อยู่บ้านเฉย ๆ/ งานบ้าน เกษตรกร
 รับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว
 ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ อื่น ๆ ระบุ.....
6. ผู้ป่วยสูบบุหรี่หรือไม่ ไม่เคยสูบบุหรี่ สูบบุหรี่.....มวนต่อวัน
 เคยสูบบุหรี่ เลิก.....ปี
7. ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ ไม่เคยดื่ม
 ดื่ม.....ครั้งต่อสัปดาห์ เมา ไม่เมา
 เคยดื่ม เลิก.....ปี
8. สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ชำระเงิน บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
 ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 อื่นๆ.....

ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

9. การวินิจฉัยชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

ชนิดขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack) ชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke)

10. เริ่มเกิดอาการ (Onset of symptoms)

วันที่.....เวลาน. มาถึงโรงพยาบาล วันที่.....เวลา.....น.

รวมระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ.....วัน.....ชั่วโมง.....นาที

11. อาการแรกที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1) แขน/ ขาชา ชีกซ้าย ชีกขวา ทั้งสองชีก

แขน/ ขาอ่อนแรง ชีกซ้าย ชีกขวา ทั้งสองชีก

กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง ชีกซ้าย ชีกขวา ทั้งสองชีก

2) ตามัว ชีกซ้าย ชีกขวา ทั้งสองชีก

มองเห็นภาพซ้อน ชีกซ้าย ชีกขวา ทั้งสองชีก

มองไม่เห็น ชีกซ้าย ชีกขวา ทั้งสองชีก

3) พูดไม่ชัด พูดไม่ได้

ไม่เข้าใจคำพูด พูดสับสน

4) วิงเวียนศีรษะ เดินเซ

5) ปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันทีโดยไม่ทราบสาเหตุ

6) ชักเกร็ง คลื่นไส้ /อาเจียน

อาการอื่น ๆ.....

12. คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)

ที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่ากับ.....คะแนน ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ.....คะแนน

13. คะแนนกลาสโกว์โคมาสกออร์ (GCS)

เมื่อแรกรับที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่ากับ.....คะแนน (E.....M.....V.....)

ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ.....คะแนน (E.....M.....V.....)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย

คำชี้แจง: แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงใน หน้าข้อความ หรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี.....เดือน

3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
 อนุปริญญา/ ปวส. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
 สูงกว่าปริญญาตรี

5. บทบาทในครอบครัว หัวหน้าครอบครัว สมาชิกครอบครัว

6. อาชีพ อยู่บ้านเลข ๆ/ งานบ้าน เกษตรกร
 รับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว
 ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ อื่น ๆ ระบุ.....

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/ เดือน

8. ในครอบครัวของท่านมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง/ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวหรือไม่

มี ไม่มี ไม่ทราบ

9. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่

โรคประจำตัว	มี	ไม่มี	ระยะเวลาที่เป็น
ความดันโลหิตสูง (Hypertension)			
ไขมันในเลือดสูง (Hypercholesterolemia)			
โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular diseases)			
โรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation, AF)			
โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)			
โรคอื่นๆ ระบุ			

10. อาการใดที่ทำให้ท่านตัดสินใจพาญาติของท่านมาโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) แขน/ ขาชา ชีกซ้าย ชีกขวา ทั้งสองชีก
 แขน/ ขาอ่อนแรง ชีกซ้าย ชีกขวา ทั้งสองชีก
 กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง ชีกซ้าย ชีกขวา ทั้งสองชีก
- 2) ตามัว ชีกซ้าย ชีกขวา ทั้งสองชีก
 มองเห็นภาพซ้อน ชีกซ้าย ชีกขวา ทั้งสองชีก
 มองไม่เห็น ชีกซ้าย ชีกขวา ทั้งสองชีก
- 3) พูดไม่ชัด พูดไม่ได้
 ไม่เข้าใจคำพูด พูดสับสน
- 4) วิงเวียนศีรษะ เดินเซ
- 5) ปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันทีโดยไม่ทราบสาเหตุ
- 6) ชักเกร็ง คลื่นไส้/ อาเจียน
 อาการอื่น ๆ.....

11. ท่านทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยเกิดอาการหรือเกิดความผิดปกติ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เห็นเอง ผู้ป่วยเรียก มีคนอื่นมาตาม ผู้ป่วยหกล้ม/ ลื่นล้ม

12. เมื่อท่านสังเกตพบครั้งแรกว่าญาติของท่านมีอาการ ญาติของท่านอยู่ที่ไหน

- ที่บ้าน ที่ทำงาน ในรถ
 บ้านเพื่อนหรือญาติพี่น้อง
 ในที่สาธารณะ (ตัวอย่าง เช่น ภัตตาคาร โรงหนัง โรงละคร โรงแรม ในที่ประชุม)
 อื่น ๆ.....

13. เมื่อท่านสังเกตพบครั้งแรกว่าญาติของท่านมีอาการ ญาติของท่านอยู่กับใคร

- อยู่คนเดียว อยู่กับสามี/ ภรรยาหรือคู่ชีวิต
 อยู่กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ อยู่กับเพื่อน
 อยู่กับคนในที่ทำงาน อื่น ๆ.....

14. ท่านพาญาติของท่านมารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดย

- รถส่วนตัว รถเช่า/ รถโดยสาร รถของพลเมืองดี
 รถมูลนิธิ รถโรงพยาบาลฉุกเฉิน

15. เมื่อท่านตัดสินใจจะพาญาติของท่านมาโรงพยาบาล ท่านมีปัญหายุ่งยากในการใช้บริการโรงพยาบาลหรือไม่

- ไม่ได้ใช้บริการ
 มีอุปสรรค รอรถพยาบาลนาน
 ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ
 ไปโรงพยาบาลเองใช้เวลาน้อยกว่า
 มีความเห็นอื่น โปรด

ระบุ.....
.....
.....

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง

(The Response to Stroke Symptoms Questionnaire, RSSQ)

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ให้ท่านนึกย้อนเหตุการณ์ครั้งแรกที่ท่านพบญาติของท่านเจ็บป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ท่านตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครั้งนั้นอย่างไร

กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง หรือวงกลมล้อมรอบตัวเลข ให้ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

1. อะไรเป็นสิ่งที่แรก ที่ท่านทำเมื่อท่านสังเกตพบครั้งแรก ว่าญาติของท่านมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว)

- มีความปรารถนาและอธิษฐานให้อาการหายไป
- พยายามผ่อนคลาย
- บอกคนอื่น
- รับประทานยา (ตัวอย่างเช่น แอสไพริน)
- โทรหาแพทย์ที่รักษาผู้ป่วย (ญาติของท่าน)
- พยายามใช้การช่วยเหลือตนเอง (เปลี่ยนท่า สมุนไพร เป็นต้น)
- บอกใครบางคนที่อยู่ใกล้ (เพื่อน ผู้ร่วมงาน คนแปลกหน้า เป็นต้น)
- โทรหมายเลขฉุกเฉิน
- ไปโรงพยาบาลเองหรือให้ใครบางคนนำญาติของท่านส่งโรงพยาบาล
- ขับรถไปหาหมอหรือสำนักงานที่คลินิก

2. ครั้งแรกเมื่อท่านสังเกตพบว่าญาติของท่านมีอาการผิดปกติ ท่านคิดว่าเป็นปัญหาจากสาเหตุใด (เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว)

- หลอดเลือดในสมอง
- ความอ่อนล้า
- เป็นหวัด หรือไม่สบายเหมือนเป็นไข้หวัด
- ปวดหัวไมเกรน
- เครียด
- อื่นๆ.....

3. เมื่อท่านสังเกตพบอาการครั้งแรก ท่านคิดว่าอาการของญาติท่านร้ายแรงมากน้อยเท่าใด

1	2	3	4	5
อาการไม่ร้ายแรงเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

4. ท่านวิตกกังวล (ทุกข์ทรมานหรือทุกข์ร้อน) แค่ไหนกับอาการของญาติท่าน เมื่อท่านสังเกตพบครั้งแรก

1	2	3	4	5
ไม่วิตกกังวลเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

5. ท่านคิดว่าท่านมีความสามารถในการควบคุมอาการของญาติท่านมากน้อยแค่ไหน

1	2	3	4	5
ไม่สามารถควบคุมอาการได้เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

หัวข้อต่อไปนี้มีผลมากน้อยเพียงใดต่อการตัดสินใจของท่านในการขอความช่วยเหลือ เพื่อนำญาติของท่านส่งโรงพยาบาล เมื่อญาติของท่านเกิดอาการในครั้งแรก

6. ท่านรอดูว่าอาการจะหายไปไหม

1	2	3	4	5
ไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลย	มีผลเล็กน้อย	มีผลปานกลาง	มีผลมาก	มีผลมากที่สุด

7. ท่านอายุที่จะขอความช่วยเหลือ

1	2	3	4	5
ไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลย	มีผลเล็กน้อย	มีผลปานกลาง	มีผลมาก	มีผลมากที่สุด

8. ท่านกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้น

1	2	3	4	5
ไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลย	มีผลเล็กน้อย	มีผลปานกลาง	มีผลมาก	มีผลมากที่สุด

**ชุดที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ
โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)**

คำชี้แจง: ขอให้ท่านอ่านข้อคำถาม และใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ตามการรับรู้ที่ท่านเคยได้รับ
ข้อมูลหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ หากท่านตอบว่าเคยได้รับข้อมูล
หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้ท่านเลือกตอบแหล่งที่ท่านได้รับข้อมูล
เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง

ข้อคำถาม	ไม่เคย ได้รับ	เคย ได้รับ	แหล่งข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง)
<p>ประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต</p> <p>1. ท่านเคยได้รับข้อมูลหรือเคยพบเห็นว่า ผู้ที่รับประทานอาหารไขมันสูง เค็ม หวาน.....</p>			<input type="checkbox"/> เพื่อน <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว <input type="checkbox"/> ครู, อาจารย์ <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> โทรทัศน์ <input type="checkbox"/> วิทยุ <input type="checkbox"/> ใบปลิว <input type="checkbox"/> แผ่นพับ <input type="checkbox"/> โปสเตอร์ <input type="checkbox"/> หนังสือพิมพ์.....
<p>ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต</p> <p>2. ท่านเคยได้รับข้อมูลหรือเคยพบเห็นว่า ผู้ที่มีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง.....</p>			<input type="checkbox"/> เพื่อน <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว <input type="checkbox"/> ครู, อาจารย์ <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> โทรทัศน์ <input type="checkbox"/> วิทยุ <input type="checkbox"/> ใบปลิว <input type="checkbox"/> แผ่นพับ <input type="checkbox"/> โปสเตอร์ <input type="checkbox"/> หนังสือพิมพ์.....
<p>ประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต</p> <p>3. ท่านเคยได้รับข้อมูลหรือเคยพบเห็นว่า การรักษาโดยการใช้อาหรือผ่าตัด.....</p>			<input type="checkbox"/> เพื่อน <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว <input type="checkbox"/> ครู, อาจารย์ <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> โทรทัศน์ <input type="checkbox"/> วิทยุ <input type="checkbox"/> ใบปลิว <input type="checkbox"/> แผ่นพับ <input type="checkbox"/> โปสเตอร์ <input type="checkbox"/> หนังสือพิมพ์.....

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นแบบสอบถามการรับรู้ของท่าน ว่าท่านทราบหรือไม่ว่าผู้ป่วย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

กรุณาตอบแบบสอบถามโดยใช้เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านทุกประการ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันในเลือดสูง โรคหัวใจ และไขมันในเส้นเลือด มีโอกาสเกิดโรคนี้ได้			
2. ผู้ที่อ้วนแบบลงพุง มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้นี้มากกว่า คนที่มีรูปร่างสมส่วน			
3. ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ได้			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
15. ผู้ป่วยโรคนี้มีอาการของอัมพฤกษ์อัมพาต เดินไม่ได้			
16. ผู้ป่วยโรคนี้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หากต้องนอนติดต่อกันเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็ง และปวดบวมได้			
17. การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดผลกระทบโดยรวมต่อครอบครัว และผู้ดูแล ทั้งด้านเศรษฐกิจ ร่างกายและจิตใจ			

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจของท่าน เกี่ยวกับโรค

หลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง อาการของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผ่านมามีในอดีต

กรุณาตอบแบบสอบถามโดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน

คำตอบ ใช่ หมายถึง ท่านทราบเกี่ยวกับข้อความนั้นว่าเป็นจริง ตามความเข้าใจของท่าน

คำตอบ ไม่ใช่ หมายถึง ท่านทราบเกี่ยวกับข้อความนั้นว่าไม่เป็นจริง ตามความเข้าใจของท่าน

คำตอบ ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้น ท่านไม่แน่ใจว่า ใช่ หรือไม่ใช่ ตามความเข้าใจของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	สำหรับผู้วิจัย
1. โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคเกิดที่หลอดเลือดสมอง ไม่ใช่ที่เนื้อสมอง				
2. โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด หรือมีเลือดออกในสมองก็ได้				
.....				
.....				
12. การรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตที่ได้ผลดี ต้องเริ่มรักษาให้เร็วที่สุด				
13. หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หรืออัมพฤกษ์อัมพาต อาจเสียชีวิตได้				

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ภาคผนวก ค
แบบรายงานจริยธรรมการวิจัย

ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง	ประสบการณ์เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง		ประสบการณ์เกี่ยวกับ อาการเตือน		ประสบการณ์เกี่ยวกับ การรักษา	
	โรคหลอดเลือดสมอง		โรคหลอดเลือดสมอง		โรคหลอดเลือดสมอง	
	<i>(n = 255)</i>		<i>(n = 229)</i>		<i>(n = 141)</i>	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพื่อน	11	12.2	15	16.7	9	10.0
ญาติ	10	11.1	13	14.4	7	7.8
บุคคลในครอบครัว	10	11.1	10	11.1	7	7.8
ครู/ อาจารย์	8	8.9	6	6.7	3	3.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	29	32.2	23	25.6	14	15.6
แพทย์	30	33.3	23	25.6	19	21.1
พยาบาล	29	32.2	25	27.8	21	23.3
เภสัชกร	4	4.4	5	5.6	4	4.4
โทรทัศน์	41	45.6	32	35.6	13	14.4
วิทยุ	6	6.7	7	7.8	3	3.3
ใบปลิว	9	10.0	8	8.9	5	5.6
แผ่นพับ	14	15.6	12	13.3	7	7.8
โปสเตอร์	15	16.7	17	18.9	9	10.0
หนังสือพิมพ์	10	11.1	7	7.8	3	3.3
อินเทอร์เน็ต	21	23.3	18	20.0	14	15.6
หออกระจายข่าว	1	1.1	2	2.2	1	1.1
ผู้นำชุมชน อื่นๆ	7	7.8	6	6.7	2	2.2

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามรายชื่อ ($n = 90$)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ด้านปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้			
1. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันในเลือดสูง โรคหัวใจ และไขมันในเส้นเลือด มีโอกาสเกิดโรคนี้ได้	2.87	0.40	มาก
2. ผู้ที่มีความเครียดเรื้อรัง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ได้	2.73	0.47	มาก
3. ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ได้	2.66	0.54	มาก
4. ผู้ที่รับประทานไข่แดง กะทิ ไขมันจากสัตว์ รวมทั้งอาหารหวานจัด เช่น ทองหยอด เม็ดขนุน ฝอยทอง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ได้	2.50	0.59	มาก
5. ผู้ที่รับประทานอาหารรสเค็มจัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ได้	2.46	0.62	มาก
6. ผู้ที่อ่านแบบลงพง มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้มากกว่าคนที่มีรูปร่างสมส่วน	2.42	0.56	มาก
ด้านปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้			
1. คนที่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนอายุน้อย	2.66	0.54	มาก
2. ผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้มากกว่าคนปกติ	2.27	0.70	มาก
3. เพศชายมีโอกาสดูเกิดโรคนี้มากกว่าเพศหญิง	1.88	0.62	ปานกลาง
ด้านการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง			
1. อาการชา และอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคนี้	2.87	0.34	มาก
2. การสับสน พูดไม่ชัด/ พูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนของโรคนี้	2.86	0.35	มาก

ตารางที่ 10 (ต่อ)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
3. อาการมองไม่ชัด ตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคนี้	2.46	0.62	มาก
4. อาการเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวอย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนของโรคนี้	2.77	0.45	มาก
5. อาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคนี้	2.21	0.61	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง			
1. ผู้ป่วยโรคนี้มีอาการของอัมพฤกษ์อัมพาต เดินไม่ได้	2.67	0.54	มาก
2. ผู้ป่วยโรคนี้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หากต้องนอนติดต่อกันเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็ง และปอดบวมได้	2.72	0.48	มาก
3. การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดผลกระทบโดยรวมต่อครอบครัว และผู้ดูแล ทั้งด้านเศรษฐกิจ ร่างกายและจิตใจ	2.59	0.70	มาก

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 90$)

ลำดับ	ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
1	เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ควรไปพบแพทย์ เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด	85	94.4	สูง
2	การรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตที่ได้ผลดี ต้องเริ่มรักษาให้เร็วที่สุด	82	91.1	สูง
3	หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต อาจเสียชีวิตได้	78	86.7	สูง
4	เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตเกิดขึ้น ควรโทรไปที่หมายเลข 1669 เพื่อเรียกรถพยาบาล	76	84.4	สูง
5	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต	72	80.0	ปานกลาง
6	การเปลี่ยนแปลงของอาการ เช่น การพูดตะกุกตะกัก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต	70	77.8	ปานกลาง
7	ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่	69	76.7	ปานกลาง
8	ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย	67	74.4	ปานกลาง
9	ความเครียดส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต	67	74.4	ปานกลาง
10	อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต	64	71.1	ปานกลาง

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ลำดับ	ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
11	โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด หรือมีเลือดออกในสมองก็ได้	63	70	ปานกลาง
12	โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคเกิดที่หลอดเลือดสมอง ไม่ใช่ที่เนื้อสมอง	60	66.7	ปานกลาง
13	อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต มักเกิดขึ้นทันทีทันใด	57	63.3	ปานกลาง

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการตอบสนองต่ออาการ โรคหลอดเลือดสมอง
($n = 90$)

คะแนนการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>
- การตอบสนองทางการรู้คิด	-	-
การรับรู้สาเหตุของอาการ	-	-
1. ครั้งแรกเมื่อท่านสังเกตพบว่าคุณติของท่านมีอาการผิดปกติ ท่านคิดว่าเป็นปัญหาจากสาเหตุใด	2.73	1.65
- การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	-	-
1. เมื่อท่านสังเกตพบอาการครั้งแรก ท่านคิดว่าอาการของคุณติท่านร้ายแรงมากน้อยเท่าใด	3.72	0.81
2. ในครั้งแรกที่ท่านพบญาติของท่าน ท่านคิดว่าญาติของท่านมีอาการปวดศีรษะรุนแรงอยู่ในระดับใด	2.90	3.64
- การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ	-	-
1. ท่านคิดว่าท่านมีความสามารถในการควบคุมอาการของคุณติท่านมากน้อยแค่ไหน	2.28	0.98
2. ท่านรอดูว่าอาการจะหายไปไหม	2.20	1.35
3. ท่านอายุที่จะขอความช่วยเหลือ	1.18	0.70
4. ท่านกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้น	3.42	1.41
5. อาการของคุณติของท่านเป็น ๆ หาย ๆ	2.16	1.23
6. ท่านไม่รับรู้ว่าคุณติของท่านเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	2.63	1.37
7. ท่านไม่ต้องการทำให้คนอื่นลำบาก	1.98	1.26
8. ท่านไม่รู้จักอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	2.87	1.47
9. ท่านไม่ตระหนักถึงความสำคัญอาการของคุณติท่าน	1.77	1.36
- การรับรู้ความสำคัญของการมาโรงพยาบาล	-	-
1. ท่านคิดว่าอาการมาโรงพยาบาลมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด สำหรับคนที่มีอาการ โรคหลอดเลือดสมอง	4.78	0.56

ตารางที่ 12 (ต่อ)

คะแนนการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>
- การตอบสนองทางอารมณ์	-	-
1. ท่านวิตกกังวล (ทุกข์ทรมานหรือทุกข์ร้อน) แค่ไหน กับอาการของญาติท่าน เมื่อท่านสังเกตพบครั้งแรก	4.20	0.77
- การตอบสนองทางพฤติกรรม	-	-
1. อะไรเป็นครั้งแรกที่ท่านทำเมื่อท่านสังเกตพบครั้งแรก ว่าญาติของท่านมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	7.29	2.92