

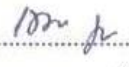
ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน: กรณีศึกษา

วิไลภรณ์ สว่างมงคล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
พฤษภาคม 2563  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

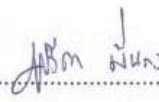
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ วิไลภรณ์ สว่างมงคล ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

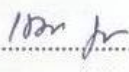
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

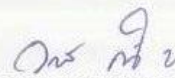
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

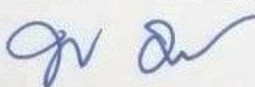
.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา มั่นคง)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย กุลเมตต์)

วันที่ 3 เดือน สก. พ.ศ. 2563

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมาตลอดการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษารวมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และบุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ปลูกฝังความมานะ ความพากเพียร และความอดทนให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนเพื่อน ๆ และผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้กำลังใจ ให้ความหวังใจ และให้ความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง คุณประโยชน์อันใดอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตเวทีแด่บุพการี บูรพาจารย์ กลุ่มตัวอย่าง และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีต และปัจจุบันที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จตราบนานทุกวันนี้ ขอให้ผลงานที่ผู้วิจัยตั้งใจศึกษานี้เกิดประโยชน์แก่ผู้ร่วมวิชาชีพที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ให้เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างดี และมีความสุข

59910180: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล/ ความรู้/ ความตระหนัก/ การรับรู้ความรุนแรง/  
การจัดการอาการ/ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

วิไลภรณ์ สว่างมงคล: ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน: กรณีศึกษา (PREHOSPITAL DELAY IN FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE: CASE STUDY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: เขมรดี มาสิงบุญ, D.S.N., วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด. 114 หน้า. ปี พ.ศ. 2563.

ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ช้ากว่า 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) จำนวน 85 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และแบบสอบถามการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77, .63, .95, และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลช้า เฉลี่ย 1,768 นาที (ประมาณ 29.5 ชั่วโมง) มีคะแนนเฉลี่ยของทุกปัจจัยที่ศึกษาก่อนข้างต่ำ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ( $M = 17.5, SD = 3.20$ ) ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ( $M = 1.68, SD = 0.47$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ( $M = 29.29, SD = 24.69$ ) และมีการจัดการอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ไม่ถูกต้อง ( $M = 1.8, SD = 0.96$ )

ผลการศึกษานี้ เสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีความรู้ ความตระหนัก รับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และมีการจัดการอาการที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาได้ทันเวลา

59910180: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: PREHOSPITAL DELAY/ KNOWLEDGE/ AWARENESS/ PERCEPTION OF SEVERITY/ SYMPTOM MANAGEMENT/ FAMILY MEMBERS OF PATIENTS. WILAIORN SAWANGMONGKOL: PREHOSPITAL DELAY IN FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE: CASE STUDY. ADVISORY COMMITTEE: KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N., WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D. 114 P. 2020.

The prehospital delay caused by family members make patients with acute ischemic stroke lose their chances of treatment with thrombolytic therapy (rt-PA) which results in increasing the disability and death. This descriptive study aimed to explore the pre-hospital delay caused by family members of patients with acute ischemic stroke and its related factors. The samples were 85 family members of patients with acute ischemic stroke who arrived to a hospital in Chonburi after 210 minutes (3.5 hours). Samples were recruited by the inclusion criteria and a random time frame, from October 2018 to February 2019. The research instruments included the demographic questionnaire, the Stroke knowledge questionnaires, the Stroke awareness questionnaire, the Perception of stroke severity questionnaire, and the Response to stroke symptoms questionnaire. Reliabilities of questionnaires were .77, .63, .95 and .86 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics.

The results revealed that the mean of hospital arrival time among patients with acute ischemic stroke was 1,768 minutes (approximately 29.5 hours). The family members had low mean scores in all factors including the stroke knowledge (M = 17.5, SD = 3.20), the stroke awareness (M = 1.68, SD = 0.47), the perception of stroke severity (M = 29.29, SD = 24.69), and the symptom management for patients with ischemic stroke (M = 1.8, SD = 0.96).

The findings indicated that health care providers should provide more information about stroke to family members to enhance their stroke knowledge, stroke awareness, the perception of stroke severity, and performing correct symptom management in order to help patients receive the treatment in time.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	7
คำถามการวิจัย .....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
ขอบเขตการวิจัย .....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	11
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน .....	11
ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน .....	23
ทฤษฎีการจัดการอาการ .....	25
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน .....	29
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	37
สถานที่ศึกษา .....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	39
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย .....	44
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างวิจัย .....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	45

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
4 ผลการวิจัย.....	48
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
5 สรุปและอภิปรายผล.....	66
สรุปผลการวิจัย.....	67
การอภิปรายผล.....	70
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	74
บรรณานุกรม .....	77
ภาคผนวก.....	88
ภาคผนวก ก.....	89
ภาคผนวก ข.....	93
ภาคผนวก ค.....	102
ภาคผนวก ง .....	112
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	114

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	49
2	จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย.....	51
3	จำนวน และร้อยละ ของอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นก่อนนำมารักษาที่โรงพยาบาล และอาการแรกรับที่หน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย .....	52
4	จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน.....	54
5	จำนวน และร้อยละ ของความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.....	57
6	จำนวน และร้อยละ การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ของญาติผู้ป่วย .....	58
7	จำนวน และร้อยละ ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน .....	59
8	จำนวน และร้อยละ ของญาติผู้ป่วยที่รับรู้การเกิดอาการและตระหนักว่าเป็นอาการ ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน .....	60
9	จำนวน และร้อยละ ของญาติผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด....	62
10	สรุปคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูล ความล่าช้าในการนำ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ระยะเวลา) การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด.....	64



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ในปี พ.ศ. 2561 องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization [WSO]) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ล้านคน มีความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2556-2558 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) และในปี พ.ศ. 2558-2560 พบอุบัติการณ์เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 43.3, 48.1 และ 47.8 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) จากสถิติจะเห็นว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี หากประชากรมีความรู้ ความตระหนัก มีประการณ์ และมีวิธีการจัดการอาการที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตจาก โรคหลอดเลือดสมองลงได้

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้สูญเสียการทำงานของสมองอย่างเฉียบพลัน (American Heart Association, 2019) พบประมาณ ร้อยละ 87 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Livesay & Hickey, 2014) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่พบบ่อยในประชากรไทย คือ ภาวะความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 35-73 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (นภเกศน์ พริบไหว, อุไรพร พงศ์พัฒนานวุฒิ, กรรณิการ์ กาศสมบุรณ์, รัฐธิดา อินใจ, และณัฐกานต์ หล้าคำมี, 2556) ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน พบความเสี่ยงเป็น 2 เท่าของคนปกติ (นภเกศน์ พริบไหว และคณะ, 2556) การสูบบุหรี่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้นมากถึง 1.5 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

สำหรับอาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้น จะมีอาการนำมาก่อนที่เรียกว่า อาการเตือน (Warning signs) ซึ่งประกอบด้วย อาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (American Heart Association/ American Stroke Association [AHA/ ASA], 2015; National Institute of Neurological Disorder and Stroke [NINDS], 2009) คือ 1) มีอาการชา หรืออ่อนแรง

ของกล้ามเนื้อแขนขา หรือใบหน้า ข้างใดข้างหนึ่ง พบร้อยละ 92.2 2) ตามัวมองเห็นไม่ชัด 3) พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ พบร้อยละ 71.8 (กานต์ธิดา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และวินัส ลีพกุล, 2558; ศีระษา แซ่เนี้ยว, 2557) 4) ปวดศีรษะรุนแรงชนิดที่ไม่เคยเป็นมาก่อน 5) เวียนศีรษะ มีเดินเซ และ 6) กลืนลำบาก (Australia's National Stroke Foundation, 2009) ถ้าหากมีอาการรุนแรง อาจพบอาการซึม ซักเกร็ง หมดสติ และเสียชีวิตได้ (นันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนะบุตร, 2559) ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อครอบครัว ชุมชน เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่อง (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2559) และเป็นสาเหตุหลักของความพิการระยะยาว (AHA/ASA, 2015) ดังนั้นถ้าหากบุคคลมีความรู้ และตระหนักเกี่ยวกับอาการเตือน เมื่อเกิดอาการของโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือดจะรีบมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษารวดเร็ว

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีเป้าหมาย เพื่อให้เนื้อสมองที่ถูกทำลายฟื้นคืนสภาพได้มากที่สุด (จตุพงษ์ พันธุ์วิไล, ภูพิงค์ เอกะวิภาต และสายสมร บริสุทธิ์, 2555) ในปี ค.ศ. 2008 ASA และ NINDS ประกาศให้การรักษาด้วยยา rt-PA (Recombinant tissue plasminogen activator) เป็นมาตรฐานการรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับระยะเวลา จากแนวทางการรักษาเดิมผู้ป่วยควรได้รับยาภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง ได้เพิ่มระยะเวลาในการได้รับยาเป็นภายใน 4.5 ชั่วโมง ซึ่งสามารถลดความพิการจากโรคได้ถึงร้อยละ 30 (Hacke et al., 2008) และในปัจจุบันมีระบบช่องทางด่วน หรือระบบ Stroke fast track เป็นระบบการดูแลที่ได้รับ การยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ และเห็นผลชัดเจนในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งต้องได้รับยา rt-PA ให้ทัน ภายในระยะเวลา 270 นาที (4.5 ชั่วโมง) นับระยะ เวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของ โรคหลอดเลือด สมองขาดเลือด (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558; American Heart Association/ American Stroke Association [AHA/ ASA], 2018)

ระยะเวลาในการมาโรงพยาบาล เพื่อการรักษา และจัดการที่มีประสิทธิภาพ แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนมาโรงพยาบาล (Prehospital time) เป็นระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจนถึงโรงพยาบาล และระยะที่อยู่ภายในโรงพยาบาล (Hospital time) เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอยู่ในโรงพยาบาลที่แผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการดูแลเข้าระบบ Stroke fast track จนกระทั่งได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA (American Heart Association, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระยะก่อนมา โรงพยาบาล (Prehospital time) เป็นระยะที่พบว่า มีความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลและเวลา ในการรักษามากที่สุด เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องตัดสินใจมาโรงพยาบาล เมื่อพบว่า เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Mandelzweig, Goldbourt, Boykoet, & Tanneal, 2006) จากการศึกษาของ Kim et al. (2011) พบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเกิดอาการ

ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจนมาถึงโรงพยาบาล เท่ากับ 474 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของ จิน์จู่ตา คำสารีรักษ์ และชนกพร จิตปัญญา (2558) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเมื่อเกิดอาการมาโรงพยาบาลใช้ระยะเวลามากกว่าเกณฑ์ มีค่าเฉลี่ย 301.2 นาที (5.02 ชั่วโมง) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ พนัชญา ชันติจิตร, ภัทรระ แสนไชยสุริยา และพิมพ์า เทพวัลย์ (2558) พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เท่ากับ 1,117.7 นาที (18.6 ชั่วโมง) ซึ่งความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ไม่ทันเวลาในการได้รับยา rt-PA จะทำให้เนื้อสมองตาย และไม่สามารถกลับมาทำหน้าที่ได้อีก (จิราพร รบไพรี, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจมาโรงพยาบาล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด การเรียกใช้บริการรถการแพทย์ฉุกเฉิน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (นิภาพร ภิญโญศรี, 2551; ปราณี คลังมัน, 2555) และการจัดการอาการหรือการตอบสนองต่อโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (นิตาชล นุ่มมีชัย, 2560; เสาวลักษณ์ ไชโย, 2557) นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2559 WSO ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยเน้นความตระหนักเกี่ยวกับอาการที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) และในปี พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งให้ความสำคัญเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักให้แก่บุคคลและชุมชนเช่นเดียวกัน (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในส่วนของปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ที่พักอาศัย ระบบการรักษาและบริการรถฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาล (Song et al., 2015) บุคลากรทางการแพทย์ (Ashraf, Maneesh, Praveenkumar, Saifudheen, & Girija, 2015) และที่มีความสำคัญที่สุด คือ ญาติ หรือบุคคลที่ใกล้ชิด ได้แก่ สมาชิกครอบครัว บุตร สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงาน เป็นบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการ เป็นบุคคลสำคัญที่จะนำพาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลได้ทันตามเวลาในการรักษาด้วยยา rt-PA (จิน์จู่ตา คำสารีรักษ์ และชนกพร จิตปัญญา, 2558) จะเห็นได้ว่าทุกปัจจัยมีผลต่อการตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เมื่อเกิดอาการจะมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ไม่สามารถช่วยบอกถึงอาการที่เป็นอยู่ และจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ ญาติจึงเป็นบุคคลสำคัญ ที่จะช่วยจัดการอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ไม่เกิดความล่าช้า ได้รับการดูแล รักษาที่เหมาะสม เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ที่กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถบอกเล่าอาการ หรือจัดการ

อาการได้ ญาติผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถช่วยบอกถึงอาการของผู้ป่วย และการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ ญาติผู้ป่วยอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือผู้ที่พบเห็น เหตุการณ์ จะมีบทบาทในการช่วยคิดและตัดสินใจ (นิพาพร ภิญโญศรี, 2551) ซึ่งการจัดการอาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ที่มีความสัมพันธ์กันแบบพลวัตร ประกอบด้วย ประสบการณ์การมี อาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ และการจัดการอาการขึ้นกับปัจจัย ด้านบุคคล (Person) ด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วย (Health and illness) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยที่ทำให้ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ การจัดการอาการ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

ความรู้เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะ เฉียบพลัน และเลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของ ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะ เฉียบพลันค่อนข้างน้อย จากการศึกษาของ Saengsuwan, Suangpho, and Tiamkao (2017) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 25 มีความรู้ในการแยกโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง และอีกร้อยละ 8-52 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การขาดประสบการณ์เกี่ยวกับ อาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ทำให้บุคคลขาดความตระหนัก และไม่ รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ส่งผลถึงการตัดสินใจ การเลือกวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ที่แตกต่างกันไป

ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นการรับรู้ ของญาติผู้ป่วยถึงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในผู้ป่วย โดยพิจารณาจาก อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยขาด ความตระหนักเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทำให้การนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เกิดความล่าช้า ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 64 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Kim et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang et al. (2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความล่าช้า และปัจจัยที่สัมพันธ์ ในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า ญาติมีความตระหนักเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 16.9 ที่เหลืออีกร้อยละ 83.1 ขาดความตระหนักเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Seremwe, Kaseke, Chikwanha, and Chikwasha (2017) ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยขาดความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ทำให้ การนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้าถึงร้อยละ 67 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่รู้ว่อาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการ ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ญาติผู้ป่วยแปลความ หรือตีความหมายจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากน้อย ก่อให้เกิดอันตราย เกิดความพิการ และการเสียชีวิต ซึ่งญาติที่รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความรุนแรงมากจะรีบนำผู้ป่วย มาโรงพยาบาล ส่งผลให้ใช้ระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น และผู้ป่วยได้รับการรักษา ที่เหมาะสม ไม่เกิดความพิการและเสียชีวิต (เสาวลักษณ์ ไชโย, 2557) ผลการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล มีการรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นโรค ที่รุนแรง แต่ยังคงมีความล่าช้าในการมาโรงพยาบาล (Seremwe et al., 2017) ซึ่งประสบการณ์การมี อาการเหล่านี้จะทำให้มีการจัดการอาการที่แตกต่างกันตามปัจจัยบุคคล สุขภาพการเจ็บป่วย และ สิ่งแวดล้อม

การจัดการอาการ เป็นพฤติกรรมของญาติผู้ป่วยที่แสดงออกเมื่อพบเห็นอาการของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เพื่อที่จะทำให้อาการที่เกิดขึ้นบรรเทาลง หรือ หายไปได้ รวมทั้งการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยผลการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า เมื่อเกิดอาการ ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ร้อยละ 49 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาโรงพยาบาล บางรายจะมาโรงพยาบาลโดยตรง บางรายจะโทรปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง แต่มีเพียงร้อยละ 8 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาโรงพยาบาลเร็ว นอกนั้นอีกร้อยละ 92 มาโรงพยาบาลล่าช้า (Ashraf et al., 2015) นอกจากนั้น ความล่าช้ายังเกิดจากญาติผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการกับอาการ ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นทันทีได้ (Mellor et al., 2015) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้ ผู้ป่วยเกิดความพิการ และเสียชีวิตได้

จากทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) จะช่วยทำให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีส่วนในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หากญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือด ญาติผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และอาการ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และรับรู้ความรุนแรงของ โรคว่าทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ และญาติผู้ป่วยจะจัดการอาการของโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดอย่างไร เพื่อให้อาการของผู้ป่วยบรรเทาและปลอดภัย และตัดสินใจนำผู้ป่วย มาโรงพยาบาลได้เร็วไม่เกิดความล่าช้า (Seremwe et al., 2017) ซึ่งเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้รับการรักษาได้ทันเวลา ลดความพิการ และอัตราการเสียชีวิตลงได้

จากการทำงานของผู้วิจัยที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี เป็นโรงพยาบาลที่มี ระบบ Stroke fast track พบว่า ระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 ผู้ป่วยที่มารับ

การรักษาที่หอบผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีจำนวนทั้งหมด 54, 123 และ 238 ราย ตามลำดับ พบว่า ผู้ป่วยที่มาล่าช้าในระยะก่อนมาโรงพยาบาล (Prehospital time) โดยนับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จนถึงญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ณ จุดคัดกรองที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกินระยะเวลา 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ 64.9, 58.5 และ 64.7 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี, 2560) จากข้อมูลจะเห็นว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่มาล่าช้ากลับมากขึ้น และมาทันระยะเวลาในการให้ยา rt-PA มีจำนวนน้อยลง ทั้งที่โรงพยาบาลต่าง ๆ จากทุกภาคส่วน และทุกองค์กร รวมถึงสถานบริการสาธารณสุข มีการรณรงค์ จัดนิทรรศการ มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน และสร้างเครือข่ายกระจายความรู้มากมาย แต่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดส่วนใหญ่ยังมาโรงพยาบาลล่าช้า ไม่ทันเวลาในการได้รับยา rt-PA และการรักษาที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มาล่าช้า ส่วนใหญ่จะมีญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดคนนำมาโรงพยาบาล เมื่อสัมผัสญาติหรือบุคคลใกล้ชิดถึงสาเหตุของการนำผู้ป่วยมาล่าช้าพบว่า ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดไม่ทราบเกี่ยวกับอาการแสดงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเลย นอกจากนั้น จากการสังเกตของผู้วิจัยยังพบอีกว่า ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลล่าช้าจะมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นกว่าตอนเกิดอาการครั้งแรก เช่น จากอาการชากลายเป็นอาการแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และมีอาการพูดหรือกลืนลำบากมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการมากขึ้น ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยคาดหวังว่าผลวิจัยที่ได้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และสามารถนำไปปรับปรุง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในรูปแบบเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจมาโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ได้รับการรักษาที่ทันเวลา ไม่เสียโอกาสในการได้รับยา rt-PA ลดความพิการ ลดอัตราการเสียชีวิต และช่วยป้องกันผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดให้มาโรงพยาบาลได้รวดเร็ว และรักษาทันเวลาต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

## คำถามการวิจัย

1. ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเป็นอย่างไร
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเป็นอย่างไร

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนากรอบวิจัย โดย Dodd et al. (2001) กล่าวว่า การจัดการอาการมีพื้นฐานมาจากความเข้าใจของประสบการณ์ส่วนบุคคล บุคคลที่มีอาการมีความสามารถในการจัดการอาการกับสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับบุคคลที่ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้นั้นอาจทำให้ญาติผู้ป่วยช่วยบอกถึงอาการและการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ และการจัดการอาการยังประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ที่มีความสัมพันธ์กันแบบพลวัต คือ ประสบการณ์การมี อาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงได้จากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ด้านบุคคล (Person) ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) กล่าวคือ ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคล สภาพร่างกาย สภาพอารมณ์และจิตใจ รวมถึง อายุ เพศ เศรษฐฐานะ ความสามารถในการรู้คิด ครอบครัวยุทธศาสตร์ ศาสนา และความสามารถทางด้านร่างกาย ด้านสิ่งแวดล้อมมีปัจจัยการเกิดอาการ

ขึ้นอยู่กับสภาพทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม และวัฒนธรรม ในแต่ละท้องถิ่น เช่น ที่ทำงาน สถานที่อยู่อาศัย เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม สถานบริการสุขภาพ ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย มีปัจจัยการเกิดอาการขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพขณะที่เกิดการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงหรือธรรมชาติของโรค เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ การเจ็บป่วย ในปัจจุบัน ส่วนด้านการพยาบาลเป็นการกระทำที่ทำให้เกิดความสุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการเพื่อความสุขสบาย ที่เกิดขึ้น (Dodd et al., 2001)

จากทฤษฎีดังกล่าว บุคคล (Person) หรือญาติผู้ป่วย ซึ่งมีความรู้ที่แตกต่างกัน มีประสบการณ์การมีอาการของญาติผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เมื่อญาติผู้ป่วยพบเห็นผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ญาติผู้ป่วยจะมีความตระหนักว่าเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดแตกต่างกัน มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคน้อยต่างกัน มีการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย และเลือกจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยวิธีการ และใช้ระยะเวลาที่ต่างกัน ซึ่งการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นวิธีการที่ญาติผู้ป่วยเลือกใช้ในการจัดการกับอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ประกอบด้วยการนำส่งโรงพยาบาลทันที การรอดูอาการ ดูแลให้รับประทานยา รอให้อาการดีขึ้นเอง ทำให้ระยะเวลาที่จะนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลแตกต่างกัน และเกิดความล่าช้าในการมาโรงพยาบาล ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ และเสียชีวิตได้ ในทางตรงกันข้าม หากญาติผู้ป่วยมีความรู้ มีประสบการณ์การมีอาการที่ดี และมีวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่ได้ จะช่วยลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิตได้

ดังนั้น หากบุคลากรทางสุขภาพ มีความเข้าใจและสามารถประเมินได้ว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเป็นอย่างไร น่าจะช่วยให้สามารถหาแนวทางลดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันลงได้

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน



และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยปัจจัยที่เลือกมาศึกษาได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 85 ราย เก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ คู่สมรส ผู้ร่วมสายโลหิตกันทางบิดาหรือมารดา และ/หรือ เครือญาติ ผู้ดูแลที่ไม่ใช่สายเลือดเดียวกัน รวมถึงเพื่อน และเป็นผู้ที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และได้รับการพิจารณาให้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี

ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หมายถึง ระยะเวลาที่ญาตินำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาโรงพยาบาล ซ้ำกว่า 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี, 2560) โดยนับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จนถึงญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ณ จุดคัดกรองที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ประเมินโดยดูจากข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยในส่วนของแบบบันทึกการมารักษาที่โรงพยาบาล ตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยมีหน่วยนับเป็นนาที

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หมายถึง ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่ได้มาจากประสบการณ์ การเรียนรู้ ของญาติผู้ป่วยในด้านปัจจัยเสี่ยง อาการ และการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ อูมาพร แซ่กอ (2552)

ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หมายถึง การรับรู้ของญาติถึงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในผู้ป่วย โดยพิจารณาจากอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หมายถึง การที่ญาติผู้ป่วยแปลความ หรือตีความหมายจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากน้อย ก่อให้เกิดอันตราย เกิดความพิการและการเสียชีวิต ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดของ นิภาพร ภิญ โญศรี (2551)

การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หมายถึง การตอบสนองของญาติผู้ป่วยที่แสดงออกเมื่อพบเห็นอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเพื่อที่จะทำให้อาการที่เกิดขึ้นบรรเทาลง หรือหายไปได้ รวมทั้งการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง (The response to stroke symptoms questionnaire [RSSQ]) ด้านการตอบสนองทางพฤติกรรม ฉบับภาษาไทยของ วิวาดี โปธิโสภา, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ และศิริอร ลินธุ (2558)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าเอกสาร และรวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
2. ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
3. ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory)
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

#### โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or cerebrovascular diseases or cerebrovascular accident) หรือที่เรียกกันว่า โรคอัมพฤกษ์/ อัมพาต เป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และระดับโลก ในประเทศไทย จากรายงานสถิติประชากรไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2554-2558 พบผู้ป่วยที่เป็น โรคหลอดเลือดสมองในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งในเพศชาย เท่ากับ 34.9, 37.2, 42.0, 44.5 และ 50.1 ตามลำดับ ในเพศหญิง เท่ากับ 25.3, 26.4, 30.1, 33.0 และ 36.7 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จะเห็นว่า อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีทั้งในเพศชายและเพศหญิง

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นกลุ่มอาการทางคลินิก (Clinical syndrome) มีลักษณะอาการทางระบบประสาทพร่อง (Neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง (American Heart Association, 2019) ซึ่งภาวะสมองขาดเลือดเกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดในสมอง จนเกิดการทำลายหรือการตายเนื้อสมองทำให้สมองทำงานผิดปกติ เป็นผลทำให้เกิดอาการตามตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยงและความรุนแรงขึ้นอยู่กับลักษณะการทำลายของเนื้อสมอง เช่น แขน ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มึนงง เดินเซ หรือการทรงตัวไม่ดี (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

### สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบได้ร้อยละ 87 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสามารถแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ หลอดเลือดแดงแข็งที่หลอดเลือดแดงเส้นใหญ่ หลอดเลือดแดงเล็กอุดตัน ลิ่มเลือดจากหัวใจอุดตัน หลอดเลือดไม่ทราบสาเหตุแน่นอน และจากสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งการแข็งของหลอดเลือดแดงเส้นใหญ่ และหลอดเลือดแดงเล็กอุดตัน เป็นสาเหตุที่พบได้ทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในแถบอเมริกาและยุโรป (Livesay & Hickey, 2014) รายละเอียด ดังนี้

1. หลอดเลือดแดงแข็งที่หลอดเลือดแดงเส้นใหญ่ (Large-artery atherosclerosis) พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของการเกิดโรค มักพบในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคเดิมอยู่แล้ว สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) มีคราบไขมัน Plaque เกาะตามผนังหลอดเลือด และทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือด เรียกว่า Thrombotic stroke อาการที่พบมักจะเป็นมาก ตีบมากจนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ซึ่งบริเวณหลอดเลือดแดงใหญ่ที่สามารถเกิดการตีบหรืออุดตัน ได้แก่ Internal carotid artery, The vertebral artery, The basal artery และแขนง The circle of willis

2. หลอดเลือดแดงเล็กอุดตัน (Small-vessel disease) พบได้ประมาณร้อยละ 25 ของการเกิดโรค มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และสูบบุหรี่ สาเหตุจากการมีคราบ Plaque ไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดสะสมจนหลอดเลือดตีบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้เกิดภาวะสมองขาดเลือดที่เรียกว่า Lacunar infarcts ซึ่งเนื้อสมองเสียหายเป็นบริเวณเล็ก ๆ (เส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 0.5 มิลลิเมตร) สาเหตุอื่น ๆ เช่น ความผิดปกติของระบบแข็งตัวของเลือด การปริแตกของเส้นเลือด (Dissection) การอักเสบของหลอดเลือด (Arteritis) ความผิดปกติของผนังหลอดเลือด (Fibromuscular dysplasia) หรือโรคทางพันธุกรรม เป็นต้น อาการที่เกิดจะไม่มาก โดยมากจะเกิดอาการอ่อนแรง พูดไม่ชัด ชา บางครั้งอาการอัมพาตอาจเป็นเพียง 5 นาที แล้วหายไป เรียกว่า Transient ischemic attack (TIA)

3. ลิ่มเลือดจากหัวใจอุดตันหลอดเลือด (Cardiogenic embolism) พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของการเกิดโรค เกิดจากลิ่มเลือดที่อยู่ในส่วนต้นกว่าตำแหน่งหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพ หลุดลอยมาอุดตันเส้นเลือด เช่น จากหัวใจเต้นแบบสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) พบว่า เป็นสาเหตุที่พบบ่อย หัวใจวาย ผนังหัวใจรั่ว ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว หรือจากหลอดเลือดที่อยู่ในส่วนต้นทางอื่น ๆ เป็นต้น

4. กลุ่มที่ไม่สามารถบอกสาเหตุได้แน่ชัด (Infarcts of undetermined cause) พบได้ประมาณร้อยละ 30 ของการเกิดโรค ซึ่งหลังจากการตรวจแล้วยังไม่พบสาเหตุของการเกิด

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย

5. สาเหตุอื่น ๆ (Other causes) พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของการเกิดโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เกิดจาก Hypercoagulable states หลอดเลือดอักเสบ (Arteritis) ไมเกรน การใช้สารเสพติดประเภทโคเคน เป็นต้น ซึ่งสาเหตุจาก Hypercoagulable states มักพบในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558) ดังนี้

5.1 กลุ่ม Primary hypercoagulable state สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ได้แก่ ภาวะขาด Antithrombin, Protein C, Protein S เป็นต้น

5.2 กลุ่ม Secondary hypercoagulable state เป็นภาวะ Hypercoagulable ที่เป็นผลจากโรคหรือภาวะที่พบร่วมด้วย ได้แก่ มะเร็ง ตั้งครรภ์ การรับประทานยาคุมกำเนิด และการใช้ฮอร์โมนในการรักษา เป็นต้น

จะเห็นว่าสาเหตุที่ทำให้สมองขาดเลือด (Ischemia) เกิดจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือด หรือภาวะที่มีสิ่งอื่นหลุดลอยมาอุดหลอดเลือด ทำให้สมองทำงานผิดปกติ (อกินันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2559) ซึ่งพบปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองหลายปัจจัย บางปัจจัยไม่สามารถแก้ไขได้แต่บางปัจจัยสามารถแก้ไขได้

#### **ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน**

การทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความสำคัญในแง่ของการป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา และทุติยภูมิ (Secondary prevention) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

#### **1. ปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้**

1.1 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นมักมีโอกาasเป็นโรคหลอดเลือดในสมองมากขึ้นตามวัย (Ashraf et al., 2015) ซึ่งจากงานวิจัยของ เสกสรรค์ จวงจันทร์ (2558) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ.บึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า อายุมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับการเสื่อมของผนังหลอดเลือดร่วมกับมีอายุที่มากขึ้น

1.2 เพศ พบเพศชายมีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดในสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 44-76 ของการเกิดโรค นอกจากนี้ยังพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุเช่นกัน (Kim et al., 2011)

1.3 ชาตินัฟธุ์ พบโรคหลอดเลือดในสมองในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว ทั้งเพศชายและเพศหญิง (American Heart Association, 2019)

1.4 พันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติที่บิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มักมีความเสี่ยงเป็นโรคนี้นี้ตามมามากกว่าคนปกติถึง 2.4 เท่า (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

## 2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้

2.1 ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดเสื่อม เนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็วขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย พบว่า ร้อยละ 35-73 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (Seremwe et al., 2017)

2.2 โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงเป็น 2 เท่าของคนปกติ (นภเกตน์ พริบไหว และคณะ, 2556) จากการศึกษาของ สมปอง เจริญวัฒน์ (2557) เรื่องผลการรักษาผู้ป่วยเส้นเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันในโรงพยาบาลชัชภูมิ โดยใช้ระบบทางด่วนพิเศษ พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีร้อยละ 24.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเส้นเลือดสมอง

2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง เกิดการอุดตันของไขมันในหลอดเลือด ผนังเส้นเลือดแดงไม่ยืดหยุ่น ตีบตันง่าย เลือดจึงไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือดและเป็นอัมพาตในที่สุด (นภเกตน์ พริบไหว และคณะ, 2556)

และจากการศึกษาของ เสกสรร จวงจันทร์ (2558) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ.บึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

2.4 โรคหัวใจบางชนิด (Embolic stroke) จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น Atrial fibrillation, Chronic heart failure, Ischemic heart diseases, Valvular heart diseases, Acute MI, Left ventricular hypertrophy โรคเหล่านี้ ทำให้มีความเสี่ยงที่เป็นโรคหลอดเลือดในสมองมากกว่าคนปกติถึง 2.3 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

2.5 ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดในสมองมาก่อน พบว่า ร้อยละ 6-7 ของคนที่เคยเป็น จะกลับมาเป็นซ้ำได้อีก และความเสี่ยงกลับมาเป็นซ้ำจะสูงขึ้นตามระยะเวลาที่เคยเป็น (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

2.6 ภาวะเลือดข้นกว่าปกติ ซึ่งอาจเกิดจากมีเม็ดเลือดแดงเม็ดเลือดขาว หรือเกร็ดเลือดมากผิดปกติ ในบางรายอาจเกิดจากความผิดปกติของโปรตีนที่ใช้ในการแข็งตัวของเลือด

2.7 การสูบบุหรี่ จะทำให้หลอดเลือดเปราะ หรือเลือดออกง่าย เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้นี้มากถึง 1.5 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่อยู่ในบริเวณที่มี

ควันบูห์ จะมีความเสี่ยงเกิดโรคนี้เท่ากับผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ 2 ปี (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

2.8 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ดื่มสุรา การใช้ยาคุมกำเนิด โรคอ้วน การพักผ่อนไม่เพียงพอ และไมเกรน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่อายุน้อย (จอม สุวรรณโณ, จุก สุวรรณโณ, กรรณิการ์ อังกูร และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, 2561)

จะเห็นว่า ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ มีทั้งที่สามารถแก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ ซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่มาจากแบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขได้ ดังนั้น ถ้าบุคคลมีความรู้ และมีความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง จะสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้

#### พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีสาเหตุมาจากปัญหาหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ตีบหรืออุดตัน (Thrombus) หรือจากลิ่มเลือดที่อยู่ในส่วนต้นกว่าตำแหน่งหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพหลุดลอยมาอุดตันเส้นเลือด (Emboli) ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองส่วนนั้น ๆ ไม่พอ เกิดเนื้อสมองขาดเลือด (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

โดยปกติสมองมีเลือดไปเลี้ยง (Cerebral blood flow) ประมาณ 50-55 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที สมองมีหน้าที่พิเศษสามารถควบคุมตัวเองได้โดยอัตโนมัติ (Autoregulation) เช่น ควบคุมให้เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองได้เพียงพอ เมื่อหลอดเลือดสมองมีการอุดตันหรือตีบ ถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยกว่า 23 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมต่อนาที จะยังไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ ในกรณีที่หลอดเลือดสมองมีการอุดตันหรือตีบมากขึ้นจะมีเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ซึ่งเลือดที่ไปเลี้ยงสมองอยู่ระหว่าง 8-18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที ทำให้เซลล์ประสาทไม่ทำงาน ขาดกลูโคส และออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง เกิดการกั่งของไอออนของ Calcium Sodium และ Chloride ในเซลล์ประสาท ทำให้โครงสร้างของเซลล์ประสาทเสียหาย จะเริ่มพบความผิดปกติของร่างกาย มีอาการของ Neurological deficit มากขึ้น บริเวณสมองที่ขาดเลือดนี้จะหยุดทำงานชั่วคราวแต่ยังไม่ตาย ซึ่งเรียกรวมบริเวณที่ขาดเลือดนี้ว่า Ischemic penumbra (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

บริเวณที่เป็น Penumbra นี้ มีความสำคัญในแง่ของการรักษา คือ ยังสามารถฟื้นตัวได้จากความผิดปกติถ้าได้รับเลือดมาเลี้ยงทันเวลา ในทางตรงกันข้ามถ้าหากปล่อยให้สมองขาดเลือดมีความรุนแรงมากขึ้น ในที่สุดบริเวณ Penumbra นี้จะกลายเป็น Infarction และขยายวงกว้างขึ้นเรื่อย ๆ แต่ถ้าปริมาณเลือดลดลงมากกว่า 8 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที เซลล์ประสาท

ก็จะตายทำให้สมองส่วนนี้สูญเสียอย่างถาวร (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

### อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Signs & Symptoms of Ischemic Stroke)

อาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เกิดจากการตีบหรืออุดตัน อาจค่อย ๆ เกิดหรือเกิดขึ้นที่ทันใดขึ้นกับตำแหน่งที่เกิดโรค และขนาดของสมองขาดเลือดว่ามีขนาดเท่าไร (ศิริษา แซ่เนี้ยว, 2557) ถ้าอาการผิดปกติอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง เรียกว่า Ischemic stroke แต่ถ้าอาการหายไปภายใน 24 ชั่วโมง เรียกว่า Transient ischemic attack (TIA) (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

อาการเตือน (Warning sign) อาจพบเพียงหนึ่งอาการหรือมากกว่า (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558) ได้แก่

1. การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Motor weakness) เช่น มีอาการอ่อนแรงของแขนขาหรือทั้งใบหน้า อาจมีอาการหนักตาคอ มุมปากตก ปากเบี้ยว น้ำลายไหลข้างหนึ่ง ส่วนใหญ่มักเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง (Hemiplegia or Hemiparesis) รวมทั้งอาการชาครึ่งซีก (Hemisensory syndrome) มักเกิดรอยโรคที่ Thalamus
2. การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที หรือกลอกตาไปข้างใดข้างหนึ่งไม่ได้
3. การพูดผิดปกติ
  - 3.1 พูดไม่ชัด พูดลำบาก (Dysarthria)
  - 3.2 พูดตะกุกตะกัก
  - 3.3 พูดไม่ได้ นึกคำพูดไม่ออก (Motor aphasia or Broca's aphasia)
  - 3.4 ไม่เข้าใจคำพูดและทำตามสิ่งไม่ได้ (Sensory aphasia or Wernicke's aphasia)
  - 3.5 พูดไม่ได้และทำตามสิ่งไม่ได้ (Global aphasia)
4. เดินเซ (Ataxia) เวียนศีรษะ มึนงง (Dizziness) หรือบ้านหมุน (Vertigo)
5. อาการกลืนลำบากที่เกิดขึ้นทันทีทันใด

อาจจดจำอาการโดยใช้อักษรย่อช่วยจำ คำว่า “BEFAST” (Stroke Foundation, 2017)

ย่อมาจาก

B = Balance มีอาการสูญเสียการทรงตัว

E = Eyes มีปัญหาการมองเห็น มองไม่ชัด อาจเป็นได้ทั้งข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง

F = Face มีอาการอ่อนแรงของใบหน้าซีกหนึ่ง เช่น มุมปากไม่เท่ากัน ปากข้างหนึ่งตก

ยิ้มไม่เท่ากัน



A = Arms มีอาการอ่อนแรงของแขน หรือ ขาซีกใดซีกหนึ่ง

S = Speech มีปัญหาการพูดและความเข้าใจภาษา เช่น พูดไม่ชัด นึกคำไม่ออก ใช้คำพูดผิด หรือฟังคนพูดไม่ออกไม่เข้าใจ

T = Time รีบส่งพบแพทย์โดยเร็วที่สุด หรือ โทร 1669 ตามรถพยาบาลฉุกเฉิน เพื่อนำส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด ภายใน 270 นาที (4.5 ชั่วโมง) จะได้รับการรักษาที่เหมาะสม ลดการเสียชีวิต และสามารถฟื้นฟูกลับมาได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด จากอาการที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดแล้วอาจก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้สูง จะส่งผลกระทบต่อในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ญาติ และสังคม ได้มาก

### ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงและจากพยาธิสภาพที่สมอง (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; American Heart Association, 2019) ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบ ดังนี้

#### 1. ปัญหาด้านร่างกาย

1.1 ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นผลกระทบที่พบได้มากที่สุด ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถสั่งการให้เคลื่อนไหวได้ ทำให้การทรงตัวและกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ได้แก่ มีกล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรง มีการกลืนลำบาก พูดไม่ชัด หรือพูดไม่ได้ และอาจมีการกลืนปัสสาวะไม่ได้

1.2 การรับรู้รู้สึกลดลงหรือผิดปกติ อาจทำให้เกิดปัญหาที่ผิวหนัง ปัญหาการทรงตัวและการเคลื่อนไหว ต้องระมัดระวังการเกิดแผลได้ง่าย

1.3 ปัญหาความจำ การไม่ทราบวัน เวลา สถานที่

#### 2. ปัญหาด้านจิตใจ

จากผลกระทบด้านร่างกายส่งผลถึงจิตใจทำให้ผู้ป่วยอารมณ์เปลี่ยนแปลง เกิดความเครียด รู้สึกไม่มีคุณค่า อาจแสดงอารมณ์หงุดหงิด โกรธ ก้าวร้าว หดหวัง และมีภาวะซึมเศร้า หรือต้องการพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา

#### 3. ปัญหาต่อครอบครัว

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หลงเหลือความพิการ ทำให้ครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต บางครอบครัวต้องลาออกจากงาน ขาดรายได้ ส่วนรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น จะเห็นว่าผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีมากมายจากความพิการที่หลงเหลืออยู่ ถ้าหากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เร็ว ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จะช่วยลดความพิการ และผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ (จตุพงษ์ พันธุ์วิไล และคณะ, 2555)

#### การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน สามารถวินิจฉัยได้จากอาการ และอาการแสดงของระบบประสาทส่วนกลางที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน โดยดูความผิดปกติของอาการที่เข้ากับรอยโรคในสมอง ร่วมกับการตรวจทางรังสีในการยืนยันการวินิจฉัยโรค (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

การวินิจฉัยจะต้องอาศัยข้อมูลต่อไปนี้

1. ประวัติการเจ็บป่วย จากการซักประวัติผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการแบบปัจจุบันทันด่วน อาการมักจะเกิดและเป็นมากในไม่กี่ชั่วโมง

2. การตรวจร่างกายของผู้ป่วยที่มีประวัติเข้าได้กับโรคหลอดเลือดสมอง ควรตรวจอย่างรวดเร็วเพื่อวินิจฉัยโรคและแยกโรคอื่น ๆ การดู Airway Breathing และ Circulation เป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการซึมมาก นอกจากนั้นการตรวจร่างกายทั่วไปยังช่วยบ่งถึงภาวะสาเหตุของ Stroke ได้แก่ การตรวจวัดไข้ ชีพจร ความดันโลหิต Carotid bruit และการตรวจ Heart murmurs การตรวจทางประสาทวิทยาก็จะช่วยในการบอกตำแหน่ง และแยกชนิดของรอยโรค รวมทั้งบอกถึงความรุนแรงของอาการอ่อนแรง และอาการชา การมีภาวะ Aphasia Visual field defect Cerebellar sign Abnormal ocular movement ซึ่งจะช่วยในการบอกตำแหน่งของรอยโรคหลอดเลือดสมอง

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการก็เป็นสิ่งจำเป็นในการแยกโรคอื่น ๆ และอาจบอกถึงสาเหตุรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การตรวจที่สำคัญที่ควรทำในระยะแรก ได้แก่ Complete blood count (CBC) Plasma glucose (PG) Serum electrolytes Partial thromboplastin time (PTT) และ Prothrombin time (PT) โดยเฉพาะการตรวจ Plasma glucose จากปลายนิ้วหรือจากหลอดเลือดดำมีความจำเป็นมาก เพื่อแยกภาวะ Hypoglycemia ซึ่งอาจมาด้วยอาการทางระบบประสาทซึ่งแยกไม่ได้จากโรคหลอดเลือดสมอง และยังมีมีการพิจารณาส่งเลือดตรวจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่อายุน้อยกว่า 45 ปี คือ Lupus anticoagulant Anticardiolipin antibody Factor V Leiden ANA Prothrombin 20210A Anti HIV Protein C Protein S Antithrombin III และการตรวจปัสสาวะดู Amphetamine ในผู้ป่วยบางราย

4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ประมาณร้อยละ 10-30 มีสาเหตุจากลิ่มเลือดจากหัวใจ เช่น บางคนมีอาการหัวใจสั้นพลั่ว จะมีความเสี่ยงของลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดได้

5. การตรวจโดยเครื่องมือทางการแพทย์ ที่ให้ผลละเอียดและมีความแม่นยำสูง เพื่อประกอบการวินิจฉัยของแพทย์ มีหลายวิธี ดังนี้

5.1 การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) ข้อดี คือ เห็นรอยโรคเลือดออก ในสมองชัดเจนตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ใช้ระยะเวลาในการตรวจสั้น รวดเร็ว และราคาในการตรวจ ไม่แพง ดังนั้นการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจึงเป็นการตรวจที่สำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน และวางแผนในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

5.2 การตรวจด้วยคลื่นสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI และ MRA) การตรวจ การไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดในสมอง (Transcranial doppler: TCD) และการตรวจ หลอดเลือดคอค ซึ่งผลที่ได้มีความละเอียดแม่นยำมาก ช่วยทำให้แพทย์วางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถแยกภาวะ Ischemic stroke และ Hemorrhagic stroke ออกจากกันได้ อย่างชัดเจน แต่เนื่องจากการทำ MRI ราคาแพง และใช้ระยะเวลาในการตรวจค่อนข้างนาน ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ส่งผลให้การได้รับยา rt-PA ช้าลง จึงกลายเป็นข้อจำกัดของการทำ MRI

#### การดูแลและการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แนวทางในการ ดูแล และรักษาผู้ป่วยจึงมีการประยุกต์ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ และตามศักยภาพของแต่ละ โรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพิการและการเสียชีวิต ซึ่งแนวทางต่อไปนี้ เป็นขั้นตอนเพื่อการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันให้ได้รับการดูแล รักษาจนถึงได้รับยา rt-PA ภายใน 270 นาที หรือ 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยการให้ยา rt-PA เพื่อลดความรุนแรงหรือความพิการที่เกิดขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558) มีขั้นตอนดังนี้

#### 1. แนวทางการประเมินเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน

1.1 พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยและซักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล การประเมินสัญญาณชีพและเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ในกรณีที่ ซักประวัติแล้วพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะ เฉียบพลัน จนมาถึงโรงพยาบาล ภายใน 270 นาที หรือ 4.5 ชั่วโมง ให้เข้าสู่ระบบ Stroke fast โดยต้องรู้เวลาในการเกิดอาการอย่างชัดเจน (On set time) แต่ถ้าในกรณีที่ตื่นขึ้นมาแล้วมีอาการของ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดให้ถือว่าไม่ทราบเวลาที่ชัดเจนในการเกิดอาการ ซึ่งเวลาที่เกิดอาการ มีความสำคัญมากในการประเมินการรักษา

1.2 จากนั้นเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องฉุกเฉิน โดยเร็วเข้าสู่ระบบ Stroke fast track (นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล)

2. การประเมินดู ทางเดินหายใจ (Air way) การหายใจ (Breathing) และการไหลเวียนเลือด (Circulation) อาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological signs) ได้แก่ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาด รูม่านตา ปฏิกริยาต่อแสง และกำลังแขนขา ประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (National institutes of health stroke scale: NIHSS) ถ้าพบว่า มีภาวะผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ทันที

3. ให้น้ำเกลือ เจาะเลือดตรวจ และและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ ภายในระยะเวลา 25 นาที (นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล)

4. ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมประสาท พร้อมส่งตรวจ CT scan เห็นภาพภายใน 45 นาที (นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล)

5. การรักษาด้วยยา rt-PA ในกรณี que ผู้ป่วยมารักษาได้ทันเวลา ภายใน 270 นาที หรือ 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีคะแนน NIHSS ตั้งแต่ 4 ถึง 25 คะแนน ได้รับการตรวจเอกซเรย์สมอง Non contrast CT scan พบว่า สมควร ด้รับยา และไม่มีข้อห้ามในการ ด้รับยา จะได้รับการรักษาต่อ และให้ rt-PA ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ภายใน 60 นาที (นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล)

จุดประสงค์ของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในภาวะเร่งด่วน (Acute stroke therapy) คือ ต้องการจะช่วยเนื้อสมองที่อยู่โดยรอบของเนื้อสมองที่ตายแล้ว (Ischemic penumbra) โดยที่ยา rt-PA หรือ Alteplase เป็นยาชนิดละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) เป็น Plasminogen activator จะออกฤทธิ์โดยการกระตุ้น Plasminogen ให้เปลี่ยนเป็น Plasmin โดยการเกิด Single cleavage ของ Arg-Val peptide bond ด้เป็น Polypeptide 2 สาย มีคุณสมบัติเป็น Serine protease สามารถย่อยสลาย Fibrin, Fibrinogen และ Clotting factor V และ VIII ซึ่งยามีค่าครึ่งชีวิตอยู่ที่ 3-4 นาที เมื่อ Plasmin จับกับ Fibrin ที่ผิวนอกของลิ่มเลือด (Thrombus) เกิดกระบวนการละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) เลือดจึงสามารถไหลกลับมาเลี้ยงสมอง ด้ อีกทั้งผลของกระบวนการละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) ทำให้เกิด Fibrin degradation product ถูกปล่อยออกมาในกระแสเลือดด้จึงช่วยเสริมฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) มากขึ้น (นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2555) ซึ่งปัจจุบันการรักษาด้วยยา rt-PA จึงถือเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วย Acute ischemic stroke ทั่วโลก (AHA/ ASA, 2018)

5.1 ก่อนการให้ยา rt-PA ต้องประเมินสัญญาณชีพ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และประเมินผู้ป่วยว่ามีข้อห้ามในการให้ยาหรือไม่ รวมทั้งการประเมิน NIHSS และสิ่งสำคัญการคุยกับญาติเพื่อเซ็นใบยินยอมในการรักษา

ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยการฉีดยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาโรงพยาบาล ภายใน 270 นาที (4.5 ชั่วโมง) แพทย์จะพิจารณาให้ยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำ แต่เนื่องจากยานี้มีอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนมาก ดังนั้นเพื่อลดอาการแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา แพทย์จะพิจารณาจากหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

5.1.1 ข้อบ่งชี้ ต้องมีครบทุกข้อต่อไปนี้จึงจะสามารถให้ยา rt-PA ได้

5.1.1.1 ผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ภายใน 270 นาที หรือ 4.5 ชั่วโมง

5.1.1.2 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี

5.1.1.3 มีอาการทางระบบประสาทที่สามารถวัดได้โดยใช้ NIHSS จะประเมินโดยแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ( $4 < \text{NIHSS} < 18$ )

5.1.1.4 ผล CT scan ของสมองเบื้องต้นไม่พบเลือดออกในสมอง

5.1.2 ข้อห้ามในการให้ยา rt-PA

5.1.2.1 อายุมากกว่า 80 ปี

5.1.2.2 มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ไม่ทราบเวลาที่เริ่มเป็นอย่างชัดเจนหรือมีอาการภายหลังตื่นนอน

5.1.2.3 มีอาการเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage)

5.1.2.4 มีอาการทางระบบประสาทที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ( $\text{NIHSS} < 4$ )

5.1.2.5 มีอาการทางระบบประสาทอย่างรุนแรง ( $\text{NIHSS} > 18$ )

5.1.2.6 มีอาการชัก

5.1.2.7 ความดันโลหิตสูง ( $\text{SBP} \geq 185 \text{ mmHg}$ ,  $\text{DBP} \geq 110 \text{ mmHg}$ )

5.1.2.8 มีประวัติเลือดออกในสมอง ภายใน 3 เดือน

5.1.2.9 มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือมีบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ภายใน 3 เดือน

5.1.2.10 รับประทานการแข็งตัวของเกร็ดเลือด (Heparin หรือ Warfarin) ภายใน 48 ชั่วโมง หรือตรวจพบความผิดปกติของเกร็ดเลือดอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ มีค่า Partial-tromboplastin time ผิดปกติ มีค่า Prothrombin time มากกว่าหรือเท่ากับ 15 วินาที

มีค่า International normalized ratio (INR) มากกว่าหรือเท่ากับ 1.7

5.1.2.11 ปริมาณเกร็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/ mm

5.1.2.12 มี Hematocrit น้อยกว่า ร้อยละ 25

5.1.2.13 มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน

5.1.2.14 มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วัน

5.1.2.15 มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg/ dl หรือสูงกว่า 400 mg/ dl

5.1.2.16 มีประวัติ Myocardial infarction ภายใน 3 เดือน

5.1.2.17 มีการเจาะเลือดแดงในตำแหน่งที่ไม่สามารถห้ามเลือดได้

ภายใน 7 วัน

5.1.2.18 พบเลือดออก มีการบาดเจ็บหรือกระดูกหัก จากการตรวจร่างกาย

5.1.2.19 ผล Ct brain พบเนื้อสมองตายมากกว่า 1 กลีบ (Hypodensity > 1/ 3 cerebral hemisphere) หรือพบการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกของหลอดเลือดสมองตีบขนาดใหญ่ เช่น พบสมองบวม Mass effect, Sulcal effacement

5.2 ขนาดของยา ในการให้ยา rt-PA โดยให้ปริมาณ 0.9 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (ขนาดมากที่สุดไม่เกิน 90 mg) แบ่งยา ร้อยละ 10 ของขนาดยาทั้งหมด ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ภายใน 1 นาที และที่เหลือ ร้อยละ 90 ของขนาดยาทั้งหมดให้หยดเข้าทางหลอดเลือดดำใน 60 นาที โดยใช้ Infusion pump ควบคุมอัตราการไหล ในกรณีที่ขนาดของยาที่คำนวณได้ มีขนาดยาที่ต้องให้ค้างอยู่ในสาย IVF ให้ต่อด้วย 0.9 NSS Piggy bag เพื่อให้ Dose ยาที่ค้างอยู่ในสาย IVF เข้าสู่ตัวผู้ป่วย

5.3 ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพราะระหว่างการให้ยา อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาทำให้เลือดออกในสมองได้และที่สำคัญระดับความดันโลหิตระหว่างให้ยาต้องน้อยกว่า 180/ 105 mmHg

5.4 ในกรณีที่ซักรประวัติแล้ว พบว่าผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เกินระยะเวลา 270 นาที หรือ 4.5 ชั่วโมง หรือไม่สามารถระบุเวลาในการเกิดอาการได้ชัดเจน หรือไม่สามารถให้ยาได้เนื่องจากมีข้อจำกัด สามารถทำการตรวจรักษา และรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน

6. การรักษาด้วยยา Aspirin ขนาด 160-325 มิลลิกรัม ให้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันทุกรายที่มีอาการภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่ไม่มีข้อห้ามและไม่ได้รับยา rt-PA โดยให้ต่อไปอีก 10-28 วัน จะช่วยลดการเสียชีวิตและลดความพิการได้ร้อยละ 5 (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

## 7. การรักษาด้วยการทำ Mechanical thrombectomy ภายใน 16-24 ชั่วโมง

(AHA/ ASA, 2018)

ดังนั้นในการประเมินผู้ป่วย รวมถึงการดูแลภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังการได้ยาเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ พบว่า ผลการศึกษาส่วนใหญ่สนับสนุนผลการให้ยา rt-PA เช่น งานวิจัยของ นภเกตน์ พริบไหว และคณะ (2556) เรื่องอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันรายใหม่ ในโรงพยาบาลแพร์ พบว่า ประสิทธิภาพของการให้ยาละลายลิ่มเลือด พบว่ามีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างเห็นได้ชัดทั้งในเรื่องของอาการดีขึ้น ลดความพิการทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น จากผลการรักษาทั้งหมด มีผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นก่อนการรักษา ร้อยละ 70.6 มีภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยาร้อยละ 6.7 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุไร คำมาก และศิริอร สินธุ (2558) ที่ศึกษาเรื่องระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดต่อการฟื้นตัวด้านระบบประสาทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่มีระดับความรุนแรงทางระบบประสาทระดับปานกลางได้รับยา rt-PA ที่ 0-180 นาที พบว่า มีผลต่อการฟื้นตัวทางระบบประสาทที่ 24 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงทางระบบประสาทระดับรุนแรงและระดับรุนแรงมากได้รับยา rt-PA ที่ 0-90 นาที พบว่า มีผลต่อการฟื้นตัวทางระบบประสาทที่ 24 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นภาวะที่ต้องการความเร่งด่วน เนื่องจากความรุนแรงของโรคขึ้นกับขนาดของบริเวณที่สมองขาดเลือด ยิ่งระยะเวลาในการขาดเลือดนานยิ่งส่งผลให้สมองเกิดเนื้อตายมากขึ้น (กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์, 2555) ถ้าหากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลภายใน 3-4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ผู้ป่วยจะมีอาการที่ดีขึ้น ร้อยละ 52 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555) ซึ่งความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยไม่เพียงแต่ทำให้มีปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจ และปัญหาด้านสังคมเท่านั้น ยังทำให้เสียชีวิตได้ และความพิการที่เกิดขึ้นยังกลายเป็นภาระให้ครอบครัวและคนใกล้ชิดต้องคอยดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจต่อเนื่อง ซึ่งในผู้ป่วยบางคนอาจต้องทำกายภาพตลอดชีวิต ดังนั้นระยะเวลาในการนำมารักษาจึงมีส่วนสำคัญอย่างมากในการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (สถาบัน

ประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หมายถึง ระยะเวลาที่ญาตินำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาที่โรงพยาบาล ช้ากว่า 270 นาที (4.5 ชั่วโมง) (AHA/ ASA, 2015) โดยนับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จนถึงระยะเวลาที่ญาตินำผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ซึ่งความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลใช้ระยะเวลาเป็นตัววัด (Shephard, 2004 อ้างถึงใน ดวงทิพย์ บิน ไทยสงค์, 2555) ดังนั้นระยะเวลาในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้ดังนี้

1. Prehospital time หมายถึง ระยะเวลาการรับรู้ของผู้ป่วยตั้งแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย

1.1 Decision time หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง แล้วหาทางจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จนตัดสินใจมารับ การรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งระยะนี้มีผลต่อระยะเวลาการรักษามากที่สุด (Mandelzweig et al., 2006)

1.2 Transport time หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดออกจากบ้านเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนถึงแผนกฉุกเฉิน อาจมาโดยรถส่วนตัว รถรับจ้าง ซึ่งจาก Clinical guidelines for stroke management 2017 (Stroke Foundation, 2017) ได้กำหนดให้การเดินทางโดยใช้ระบบรถบริการฉุกเฉิน (EMS) เป็นส่วนหนึ่งของระบบ Stroke fast track จะช่วยลดระยะเวลาการเดินทางได้

2. Hospital time หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอยู่ในโรงพยาบาลที่แผนกฉุกเฉิน ได้รับการดูแลเข้าระบบ Stroke fast track จนกระทั่งได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ซึ่งผู้ป่วยต้องมีข้อบ่งชี้ในการได้รับยาครบทุกข้อ และไม่มีข้อห้ามในการรับยา ซึ่ง National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558) ได้กำหนดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดให้มีประสิทธิภาพ โดยนับตั้งแต่เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ดังนี้

2.1 ได้รับการประเมินรักษาเบื้องต้น โดยแพทย์ภายใน 10 นาที

2.2 ได้รับการดูแลจาก Stroke team ภายใน 15 นาที

2.3 ได้รับการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ภายใน 25 นาที และแปลผลภายใน 45 นาที

2.4 ได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที นับตั้งแต่มาถึงห้องฉุกเฉิน ถ้าหากผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถให้ยาได้ ซึ่งประสิทธิภาพของยาจะได้ผลดีที่สุดภายใน 3-4.5 ชั่วโมง



## 2.5 ได้รับเข้าพักรักษาตัวใน Stroke unit ภายใน 180 นาที (3 ชั่วโมง)

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในช่วงที่ 1 เป็นระยะที่มีความสำคัญที่ญาติผู้ป่วยต้องมีความรู้ มีความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เห็นความสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง และการรักษาของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ต้องรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (นิพาพร ภิญ โญศรี, 2551; Jin et al., 2012) และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ช่วยลดความพิการ และลดการเสียชีวิต ถ้ามายังถึงโรงพยาบาล ภายในระยะเวลา 3.5 ชั่วโมง (Ashraf et al., 2015; Mellor et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า มากถึงร้อยละ 75 (Jin et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์ (2555) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า ร้อยละ 88.04 ทำให้ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน มีค่าเฉลี่ย 301 นาที (5.02 ชั่วโมง) (จันจตุตา คำสาริรักษ์ และชนกพร จิตปัญญา, 2558) ซึ่งถือว่าเกิดความล่าช้า และจากการศึกษาของ Kim et al. (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าก่อนถึง โรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศเกาหลี พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 360 นาที (6 ชั่วโมง) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความล่าช้า ไม่ได้รับยา rt-PA ตามแนวทางการรักษาและเสียโอกาสในการรักษาที่เหมาะสม

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า ความล่าช้าในระยะที่ 1 มีความสำคัญมาก ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เร็วและได้รับยา rt-PA ซึ่งควรศึกษาหาปัจจัยที่ทำให้ญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้าหรือมาเร็ว ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการญาติจะมีวิธีการจัดการอาการอย่างไร

## ทฤษฎีการจัดการอาการ

ทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) เป็นทฤษฎีที่นิยมใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากโรค และการรักษา ซึ่ง Dodd et al. (2001) กล่าวว่า การจัดการอาการมีพื้นฐานมาจากความเข้าใจของประสบการณ์ส่วนบุคคล และบุคคลที่มีอาการ มีความสามารถในการจัดการอาการกับสุขภาพของตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้นั้น อาจจะทำให้ญาติผู้ป่วยช่วยบอกถึงอาการและการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้

ทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้  
 ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย มีความเป็นพลวัตร และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความเกี่ยวข้องกับ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยการรับรู้อาการ (Perception of symptoms) พบว่า เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคล และลักษณะของความผิดปกติ นั้น ภายหลังจากบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจะมีการประเมินลักษณะอาการ (Evaluation of symptoms) ที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ความรุนแรงของอาการ ความถี่ ตำแหน่งที่เกิดรวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองต่ออาการ (Response of symptoms) เกิดขึ้น ภายหลังจากบุคคลมีการรับรู้และประเมินอาการ จะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลอาจจะตอบสนองโดยแสดงอาการเพียง ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้

2. วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกใช้ในการจัดการกับอาการ เพื่อบรรเทาหรือทำให้ผลลัพธ์ด้านลบของอาการเกิดขึ้นช้าที่สุด โดยเริ่มให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ ซึ่งต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (What) จัดการเมื่อใด (When) จัดการที่ไหน (Where) จัดการทำไม (Why) จัดการมากน้อยเพียงใด (How much) จัดการโดยใคร (Who) จัดการให้ใคร (Whom) และจัดการอย่างไร (How) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและสามารถเปลี่ยนแปลงได้จนกว่าบุคคลจะเกิดความพึงพอใจ ขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคล ซึ่งวิธีการจัดการอาจเป็นการจัดการ โดยการรักษาจากแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ หรือการจัดการด้วยตนเองของบุคคล

3. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพและประสิทธิภาพในการจัดการอาการที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและวิธีการจัดการอาการ สามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการ 8 ผลลัพธ์ ได้แก่ สถานะของอาการ (Symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional status) การดูแลตนเอง (Self-care) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (Costs) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (Morbidities and co-morbidities) อัตราการตาย (Mortality) และสถานะทางด้านอารมณ์ (Emotional status)

นอกจากนี้ทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ยังอธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อองค์ประกอบที่กล่าวมา ซึ่งประกอบด้วย บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม มีรายละเอียดดังนี้

1. บุคคล (Person domain) องค์ประกอบที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคล (Demographic) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รวมถึง จิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) และลักษณะทางสรีรภาพ (Physiological) รวมทั้งระดับพัฒนาการหรือวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล

2. สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะทางด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (Risk factors) ภาวะทางสุขภาพ (Health status) โรคและการได้รับบาดเจ็บ (Disease and injuries)

3. สิ่งแวดล้อม (Environment domain) สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) รวมถึงบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment) ประกอบด้วย เครือข่ายแหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Cultural environment) เช่น ความเชื่อ ค่านิยม การให้คุณค่า การปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี เชื้อชาติ ศาสนา

#### **การจัดการอาการของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน**

จากทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เมื่อพบผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ดังนี้

ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) ในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่มีความแตกต่างกันตามอายุ และระดับการศึกษา ที่ทำให้ญาติผู้ป่วยมีประสบการณ์การมีอาการที่แตกต่างกันทั้งด้านความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ถ้าหากผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดแล้วญาติผู้ป่วยมีความตระหนักว่าอาการเหล่านั้นมีความสำคัญ เสี่ยงต่อการเกิดโรค และมีความรุนแรงต่อผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ถ้าหากญาติผู้ป่วยไม่มีความรู้ จะส่งผลให้ไม่มีความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และไม่รับรู้ได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตได้ ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตมากขึ้น ถ้าไม่รีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) กับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้น คือ กระบวนการที่ญาติผู้ป่วยนำมาจัดการกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีบุคคล สภาพการเจ็บป่วย และสภาพสิ่งแวดล้อม เข้ามาเป็นปัจจัยในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ที่จะต้องจัดการอย่างไร เมื่อไหร่ นานแค่ไหน ญาติจะแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อลดอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สุขสบาย และเมื่ออาการไม่ลดลงญาติผู้ป่วยจะหาวิธีการจัดการกับอาการนั้นใหม่หรือเปลี่ยนแปลง วิธีการจัดการจนกว่าอาการที่เกิดขึ้นจะลดลงหรือหายไป ถ้าญาติผู้ป่วยจัดการอาการได้เหมาะสม ญาติจะพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA แต่ถ้ามีการจัดการอาการไม่เหมาะสมผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลล่าช้า

ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น อาจเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น เกิดความพิการและเสียชีวิตได้

จากทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) สรุปความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบโดยให้ความสำคัญที่ญาติผู้ป่วยได้ว่า เมื่อบุคคลพบเห็นเหตุการณ์ หรือมีอาการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ บุคคลจะมีการรับรู้ มีการตระหนักรู้ และการจัดการต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างกันไป จากนั้นบุคคลจะเลือกวิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกันไป เพื่อให้อาการบรรเทา ลงหรือหายไป ซึ่งวิธีการจัดการอาการมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล สภาพการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม เมื่อใช้วิธีการเหล่านั้นได้ดี บุคคลจะใช้วิธีการเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง หากวิธีการจัดการอาการไม่ได้ผล บุคคลจะแสวงหาวิธีการจัดการอื่น ตามลักษณะของแต่ละบุคคล สภาพการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม หรือให้ผู้อื่นเข้ามามีบทบาทในการจัดการอาการ อาทิ เช่น แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น จะเห็นว่ารูปแบบของการจัดการอาการจะมีปัจจัยหรือองค์ประกอบที่เป็นพลวัตร มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นถ้าญาติผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ มีการรับรู้ ความตระหนักรู้และการจัดการอาการที่ดี ตามทฤษฎีการจัดการอาการดังกล่าว จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยต่อไป

#### **ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน**

ญาติผู้ป่วย หรือผู้ดูแล หรือบุคคลใกล้ชิด หมายถึง ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลที่สำคัญในชีวิต ที่คอยดูแล สามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) นอกจากนี้ยังหมายถึง ผู้ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ประสานงาน ตัดสินใจ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อร้องขอหรือผู้ป่วยต้องการ คอยดูแลจัดการกับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย หรือบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศุภกร วงศ์วัฑฒณ, 2559)

โดยสรุปแล้ว ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ คู่สมรส ผู้ร่วมสายโลหิตกันทางบิดาหรือมารดา และ/ หรือเครือญาติ ผู้ดูแลที่ไม่ใช่สายเลือดเดียวกัน รวมถึงเพื่อน และเป็นผู้ที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล

บทบาทของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานก่อนให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น จะเป็นครั้งแรกของการเข้ารับบทบาทในการเป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่ญาติผู้ป่วยต้องเผชิญ และเกิดขึ้นอย่างกะทันหันไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ญาติผู้ป่วยอาจขาดความพร้อมในการดูแล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นันทกาญจน์ ปักยี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง และสิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2559) ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ญาติผู้ป่วยจะเป็นตัวแทนในการจัดการอาการ ทำหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยและกระทำการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ดังนั้นอาจพบว่า เมื่อต้องมีบทบาทเป็นญาติผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ญาติผู้ป่วยจะไม่มีเวลาในการปรับตัว การจัดการอาการที่เกิดขึ้นนั้นต้องใช้ความรู้พื้นฐานของแต่ละบุคคล การมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การมีความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการ หรือตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าจะใช้วิธีการอย่างไร ซึ่งมีผลต่อระยะเวลาความเร็วหรือล่าช้า ในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (Dodd et al., 2001)

### **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน**

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการศึกษาทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) พบว่า ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นผลสืบเนื่องจากการเลือกใช้วิธีการจัดการอาการก่อนการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งเป็นตัวสะท้อนถึงความรู้ความตระหนักในการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการจัดการอาการที่เกิดจากประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย ซึ่งญาติผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการสังเกตหรือพบเห็นลักษณะอาการ และความรุนแรงที่เกิดขึ้น โดยปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ญาติเลือกใช้

วิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาอาการให้กับผู้ป่วยแตกต่างกัน จากการศึกษาปัจจัยเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า มีความ ชัดแย้งกันถึงความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการนำส่งผู้ป่วย และจากที่องค์การอนามัยโลก ได้มองเห็นความสำคัญ และเน้นในการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แก่ประชาชน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) จึงมีอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญคือ ความตระหนักในการเกิดโรค จะเห็นได้ว่าความรู้ ความตระหนักในการเกิดโรค และการรับรู้ ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ถ้าหากบุคคลหรือญาติผู้ป่วยมีความรู้ จะส่งผลให้มี ความตระหนักในการเกิดโรค และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือดเกิดขึ้น ญาติผู้ป่วยจะมีการจัดการอาการด้วยวิธีอะไร จัดการอย่างไร และเมื่อไหร่ ใช้ระยะเวลาานานเท่าไรเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความล่าช้าในการมาโรงพยาบาล

ดังนั้น เพื่อทำความเข้าใจถึงเหตุผล ที่ทำให้ญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและเสียชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัย ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมา โรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรง ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการจัดการอาการ โรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนี้

#### **ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด**

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หมายถึง ความคิด การรับรู้เรื่องราว จากการศึกษาหรือประสบการณ์ ที่ผ่านการเปลี่ยนแปลงและเก็บบันทึกเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหา ซึ่ง อูมาพร แซ่กอ (2552) ให้ความหมายว่า หมายถึง ข้อเท็จจริง ด้านปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้นจากศึกษาของ สาวิตรี สิงหา (2554) ให้ความหมายไว้ว่า สิ่งที่ระลึกได้ จำได้ ซึ่งเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ข้อมูล ซึ่งได้มาจาก ประสบการณ์ การเรียนรู้ ความสามารถและทักษะทางสติปัญญา และกระบวนการภายในสมองของ มนุษย์แต่ละบุคคล จนสามารถนำไปปฏิบัติ สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินผลการปฏิบัติ ได้จริง รวมทั้งการศึกษาของ จิรภา เล่าทรัพย์ (2556) ให้ความหมายไว้ว่า เรื่องราวหรือข้อเท็จจริง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโรค โดยสรุปแล้วความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หมายถึง ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่ได้มาจากประสบการณ์ การเรียนรู้ของญาติผู้ป่วย ในด้าน ปัจจัยเสี่ยง อาการ และการรักษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ร้อยละ 42 ของกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (น้อมจิตต์ นวลเนตร และเดือนเพ็ญ ศรีชา, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ Saengsuwan et al. (2017) ที่พบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยทั้งหมด ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และอีกร้อยละ 13.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด ไม่สามารถบอกอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้ และจากการศึกษาของ วริษา กันบัวลา, นิภาวรรณ สามารถกิจ และภavana กิรติยวงศ์ (2558) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา ( $r = -.26, p < .05$ ) แสดงว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากระยะเวลาการมาโรงพยาบาลจะน้อยลง แตกต่างกับผลการศึกษาของ นิภาพร ภิญญศรี (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ไชโย (2557) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เช่นเดียวกัน

จะเห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ในเรื่องปัจจัยเสี่ยง อาการ และการรักษา เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความเกี่ยวข้องในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เร็ว ไม่เกิดความล่าช้า ซึ่งความรู้ที่มีจากประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารและการเรียนรู้จะทำให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นในการหาวิธีจัดการกับผู้ป่วย ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

#### **ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน**

ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หมายถึง ความเชื่อ การรับรู้ของญาติผู้ป่วยถึงความสำคัญของอาการเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้น (อุมาพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา, 2557) และจากการศึกษาของ Wongwiangjunt, Komoltri, Pongvarin, and Nilanont (2015) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความสามารถในการจดจำอาการได้จากความรู้ที่ผ่านมา โดยสรุปแล้ว ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ป่วยถึงความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยพิจารณาจากอาการที่เกิดขึ้น และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลก (WSO) ได้ให้

ความสำคัญในเรื่องความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก เพื่อให้ประชาชนได้เกิดความตระหนักเมื่อเกิดอาการหรือพบเห็นคนที่มีอาการ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ทันเวลา (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ถ้าหากญาติผู้ป่วยมีความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เมื่อพบเห็นผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ป่วยจะรีบนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทันที แต่ถ้าญาติผู้ป่วยไม่มีความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จะทำให้ระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลนานขึ้นเกิดความล่าช้าในการมารักษา จะเห็นว่าความตระหนักถึงความสำคัญของอาการเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการมารักษาโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ( $r = -.495, p < .01$ ) (วิภาวดี โปธิโสภา และคณะ, 2558) และการรับรู้ความสำคัญของอาการของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ( $r = -.339, p < .01$ ) (ฉันทรัฐ คำสารีรักษ์ และชนกพร จิตปัญญา, 2558) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2011) และ Jiang et al. (2016) พบว่า การขาดความตระหนักถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดของญาติทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า แสดงให้เห็นว่า ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความสำคัญกับระยะเวลา และความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่าถ้าญาติผู้ป่วยมีความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ รวมถึงภาวะเครียดและขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น และอาการเตือนของโรค ได้แก่ อาการแขน/ขา อ่อนแรง ชา ตามัว หรือมองไม่เห็นทันที ทันใด พุดไม่ชัด ปากเบี้ยว กลืนลำบาก เวียนศีรษะ และเดินเซ จะทำให้ญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เร็วไม่ล่าช้า ซึ่งถือว่ามีจัดการอาการที่ดีและจะได้รับการรักษาที่เหมาะสม ลดความพิการและลดอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

#### **การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน**

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ หรือความรู้สึกว่าอาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อร่างกายอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต (นิพาพร ภิญญาศรี, 2551) และจากการศึกษา ของวารุณี อึ้งฮก (2554) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับอันตรายของโรคต่อผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ช่วยเหลือ โดยสรุปแล้ว การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การที่ญาติ



ผู้ป่วยแปลความ หรือตีความหมายจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากน้อย ก่อให้เกิดอันตราย เกิดความพิการและการเสียชีวิต

ซึ่งความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องของระบบประสาท สามารถประเมินได้โดยอาศัยเครื่องมือที่ใช้วัดคือ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ในการแบ่งกลุ่ม ระดับความรุนแรงสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ A, B, C ซึ่งระดับ A หมายถึง ไม่มีความบกพร่องของระบบประสาท ระดับ B หมายถึง มีความบกพร่องของระบบประสาทเล็กน้อย/ ปานกลาง และระดับ C หมายถึง มีความบกพร่องของระบบประสาทมาก ในการแบ่งกลุ่มความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และความบกพร่องของร่างกายในผู้ป่วยได้ (Goldberg et al., 1998 อ้างถึงใน นิภาพร ภิญ โญศรี, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ( $r = -.339, p < .01$ ) จะเห็นว่า ถ้าญาติผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาก ญาติจะตัดสินใจรีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทำให้ระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น แต่ถ้ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดน้อยมาก ญาติจะรอดูอาการของผู้ป่วยก่อน ไม่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลจึงมากขึ้นเกิดความล่าช้า (วิภาวดี โพธิโสภาก และคณะ, 2558) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพร ภิญ โญศรี (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ไชโย (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ไม่สามารถทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นว่าการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลาเฉียบพลัน ยังมีความไม่สอดคล้องกันกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

#### การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หมายถึง วิธีการต่าง ๆ ที่ญาติปฏิบัติ เมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงการรับรู้และการประเมินอาการซึ่งมีผลทำให้บุคคลตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นในการแสวงหาการรักษา ทั้งทางตรงและทางอ้อม (ชูศรี

คูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ และสลักจิต ศรีมงคล, 2548) และจากการศึกษาของ อาริสา ชินประพัทธ์ (2553) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยใช้วิธีต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการ โดยสรุปแล้วการจัดการอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หมายถึง การตอบสนองของญาติผู้ป่วยที่แสดงออกเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน เป็นการตอบสนองทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อที่จะทำให้อาการที่เกิดขึ้นบรรเทาลง หรือหายไปได้ รวมทั้งการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการ จากการศึกษาของ สาวิตรี สิงหา (2554) พบว่า ผู้ป่วยที่มีรักษาล่าช้าไม่ได้มาโรงพยาบาลทันทีเมื่อเริ่มมีอาการ เพราะคิดว่าสามารถจัดการอาการได้โดยมีวิธีการแสวงหาการรักษาแบบอื่น ๆ เช่น ซึ่ยอมารับประทานเอง การไปนวดเพื่ออาการจะดีขึ้น การอ้อนวอน อธิษฐานให้อาการที่เป็นอยู่หายไปหรือสิ้นสุดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวดี โพธิโสภา และคณะ (2558) พบว่า การตอบสนองทางพฤติกรรมด้านความสามารถในการคุมอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ( $r = .558, p < .01$ ) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ วิยะดา คงแก้ว, นันทิยา วัฒยา, ดวงใจ รัตนัญญา และสุพินดา เรื่องจิริชัย (2559) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า การตอบสนองด้านพฤติกรรมโดยพยายามผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับบริการที่โรงพยาบาล แสดงว่าบุคคลจะหาวิธีต่าง ๆ ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งถ้ามีการจัดการที่เหมาะสมกับอาการนั้นผู้ป่วยจะไม่เกิดความล่าช้าในการมาโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าการจัดการอาการมีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

#### **แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี**

แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี, 2560) มีระบบ Stroke fast track เป็นการจักระบบบริการช่องทางด่วน เพื่อการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว โดยกำหนดระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล ณ จุดคัดกรอง ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Prehospital time) เพื่อรับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายใน 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) ณ จุดคัดกรอง พยาบาลจะคัดกรองผู้ป่วย ชักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล และเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ รวมทั้งประเมินสัญญาณชีพ ในกรณีที่ชักประวัติแล้วพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจนมาถึงโรงพยาบาล ณ จุดคัดกรอง อยู่ภายใน 210 นาที

(3.5 ชั่วโมง) ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระบบ Stroke fast track โดยต้องรู้เวลาในการเกิดอาการอย่างชัดเจน (On set time) แต่ถ้าในกรณีที่ยังไม่ชัดเจนแล้วมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดให้ถือว่าไม่ทราบเวลาที่ชัดเจนในการเกิดอาการ จากนั้นแพทย์จะทำการประเมินอาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological signs) ได้แก่ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาดรูม่านตา ปฏิกริยาต่อแสง และกำลังแขน/ขา ประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (National Institutes of Health Stroke Scale [NIHSS]) ผู้ป่วยจะได้รับการให้น้ำเกลือ เจาะเลือดตรวจ และรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ ภายในระยะเวลา 25 นาที ระหว่างนั้นจะมีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมมาดูแลผู้ป่วย พร้อมส่งตรวจ CT scan และเห็นภาพภายใน 10 นาที ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยควรได้รับยา ไม่มีข้อห้ามในการได้รับยา และมีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจนถึงโรงพยาบาล ณ จุดคัดกรองภายใน 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ซึ่งระยะเวลาในการขนส่งยา rt-PA ไปยังหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ภายใน 5 นาที หลังได้รับแจ้ง และจะได้รับยา rt-PA ภายใน 20 นาที หลังได้รับยาจากเภสัชกร และที่สำคัญต้องคุยกับญาติ เพื่อเซ็นใบยินยอมในการให้ยา rt-PA ก่อนการให้ยาทุกครั้ง

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มที่มาโรงพยาบาลทันเวลาและที่มาล่าช้าปนกัน จึงขาดข้อมูลที่มีความเฉพาะในปัจจุบันที่มีผลให้เกิดความล่าช้า และในทางปฏิบัติจริง ส่วนใหญ่จะเป็นญาติที่นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล ดังนั้น การศึกษาในญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล น่าจะมีความชัดเจน และตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) กล่าวว่าญาติมีส่วนสำคัญในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก ได้มองเห็นความสำคัญ และเน้นในการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนเช่นกัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้มองเห็นถึงปัญหาความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จำนวนมากขึ้น แต่จำนวนผู้ป่วยที่มาปรึกษาทันระยะเวลาในการให้ยา rt-PA มีจำนวนลดลง เกิดความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลมากขึ้น ทั้งที่มีการรณรงค์ จัดนิทรรศการ ออกสื่อโฆษณาทั้งทางวิทยุ โทรทัศน์ และให้ความรู้แก่ประชาชนมากมาย การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมและจากปัญหาที่พบในการทำงานดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งหวังว่าผลจากการวิจัยจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจ ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และนำไปใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในระดับปฐมภูมิ สร้างทีมพยาบาล และแนวปฏิบัติ การพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการตัดสินใจของญาติในการนำส่งผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับรักษาได้ในระยะเวลาที่เร็ว ได้รับการรักษาที่มีเหมาะสม มีประสิทธิภาพจะทำให้ช่วยลดอัตราความพิการและอัตรารายของผู้ป่วยได้อย่างมาก

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบกรณีศึกษา เพื่อศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

#### สถานที่ศึกษา

โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดแบบช่องทางด่วน ประกอบด้วย แพทย์ด้านอายุรกรรม พยาบาลที่ผ่านการอบรมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย รังสีวินิจฉัย เกสซกร กายภาพบำบัด โภชนาการ และทีมเยี่ยมบ้าน ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด รวมทั้งมีหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมที่สามารถรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดแบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ณ จุดคัดกรอง จะได้รับการซักประวัติเกี่ยวกับอาการที่นำมาโรงพยาบาลร่วมกับระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมารักษาที่โรงพยาบาลถึง ณ จุดคัดกรอง ภายในเวลา 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเข้าสู่ระบบช่องทางด่วน โดยมีตัวชี้วัด คือ ได้รับการตรวจรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ทันที พร้อมกับการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การเจาะเลือดส่งตรวจและทราบผลเลือด ภายใน 25 นาที และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองอย่างรวดเร็ว ภายใน 10 นาที ถ้าหากแพทย์เฉพาะทางวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จะรับเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เพื่อพิจารณาการรักษาโดยให้ยา t-PA ภายใน 60 นาที (นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล) เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ จะย้ายไปพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ในกรณีผู้ป่วยที่มี

อาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาโรงพยาบาลถึง ณ จุดคัดกรองล่าช้าเกินระยะเวลา 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) นับตั้งแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับการดูแลรักษาตามอาการ และแพทย์จะพิจารณารับเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ซ้ำกว่า 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559-เดือนกันยายน พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลล่าช้า เฉลี่ยเดือนละประมาณ 31 ราย (หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี, 2560) ซึ่งช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มาโรงพยาบาลล่าช้า ประมาณ 93 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ซ้ำกว่า 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) โดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้ามศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ คู่สมรส ผู้ร่วมสายโลหิตกันทางบิดาหรือมารดา และ/ หรือเครือญาติ ผู้ดูแลที่ไม่ใช่สายเลือดเดียวกันรวมถึงเพื่อน และเป็นผู้ตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาเมื่อเห็นหรือทราบอาการของผู้ป่วยหลังจากเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
3. มีระดับความรู้สีกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยการสอบถามวัน เวลา และสถานที่

4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = ขนาดของประชากร

$e$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดได้ร้อยละ 5

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{93}{1 + 93 (0.05)^2}$$

$$= 75$$

และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 85 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กรอบเวลา (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2550) เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ามาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแต่ละวันไม่สามารถกำหนดได้ว่าผู้ป่วยจะมารับการรักษาวันใด โดยกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ซึ่งนำญาติผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงเวลาที่ทำการศึกษามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นทำการคัดเลือกญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลจากญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 85 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ ภาวะเครียด ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

1.2 แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยและระยะเวลาต่าง ๆ ในการมารักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยชนิดของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ระยะเวลาเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จนถึงเวลาที่มาโรงพยาบาล อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นก่อนนำมารักษาที่โรงพยาบาล อาการแรกที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คະแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) และคะแนนกลาสโกว์โคมาสกออร์ (GCS)

ซึ่งข้อคำถามทั้งสองส่วน มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความในช่องว่าง ข้อมูลในส่วนนี้ได้จากเวชระเบียนและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นแบบแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ยานพาหนะที่ใช้เดินทางมาโรงพยาบาล การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และบุคคลในครอบครัวที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง โดยญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

3. แบบสอบถามการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นแบบสอบถามญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เกี่ยวกับการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เกิดขึ้น ณ ขณะผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง (The Response to Stroke Symptoms Questionnaire [RSSQ]) ที่พัฒนาขึ้นโดย Barr, McKinley, O'Brien, and Herkes (2006) และวิภาวดี โปธิโสภา และคณะ (2558) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย การตอบสนองต่ออาการ 5 ด้าน คือ การตอบสนองทางการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางพฤติกรรม การตอบสนองของบุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานการณ์ขณะเกิดอาการ ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดซ้ำ (Test-retest method) หลังจากนั้น นิสาชล นุ่มมีชัย (2560) ได้นำแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำนวน 10 ราย และทำการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้กับผู้ป่วยของ วิภาวดี โปธิโสภา และคณะ (2558) โดยใช้เฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับการตอบสนอง



ทางพฤติกรรม เปลี่ยนจากสอบถามผู้ป่วยมาเป็นสอบถามญาติผู้ป่วย เพื่อประเมินญาติผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันว่ามีวิธีการจัดการอย่างไรในครั้งแรก เมื่อพบผู้ป่วย มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 1 คำถาม มีคำตอบให้เลือกตอบ 10 ข้อ โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว มีการให้คะแนน และความหมายของคะแนน ดังนี้

เลือกข้อ 1 หมายถึง การปฏิเสธอาการที่เกิดขึ้น คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

เลือกข้อ 2 หมายถึง พยายามผ่อนคลายหรือนอนพัก 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

การคิดคะแนนการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยการ นำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดซึ่งอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน มาหาค่าเฉลี่ย ซึ่งการแปลคะแนน อ้างอิงจากค่าเฉลี่ย โดยค่าเฉลี่ยคะแนนที่ต่ำ หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีการจัดการอาการที่ไม่ดี เมื่อพบ เห็นอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูง หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีการจัดการที่ดีเมื่อพบเห็นอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะ เฉียบพลัน

4. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินการรับรู้ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เกี่ยวกับ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อพบผู้ป่วย มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบ ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ นิพาพร ภิญโญศรี (2551) ได้นำแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะ เฉียบพลันของ Shephard (2004) มาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบประเมิน โดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scale) 1 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งแบบประเมินนี้มีค่าความตรง ตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .80 หลังจากนั้นนำแบบประเมินชุดนี้ไปหา ความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิร พยาบาล ด้วยการคำนวณโดยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดระยะเฉียบพลันของ นิพาพร ภิญโญศรี (2551) โดยมีได้ดัดแปลง สอบถามเกี่ยวกับ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 และมีค่ากำกับไว้ว่า ไม่รุนแรง และปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 และมีค่ากำกับไว้ว่า รุนแรงมากที่สุด

การคิดคะแนนของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนน 0-50 แสดงว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อยู่ในระดับต่ำ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนน 51-100 แสดงว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อยู่ในระดับสูง

5. แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อประเมินความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เกี่ยวกับอาการในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ขณะผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำแบบสอบถามที่สร้างมาหาค่าความตรงของเนื้อหาที่ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .83 และนำแบบสอบถามไปใช้ในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 20 ราย วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .63

ลักษณะแบบสอบถาม มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ โดย ข้อ 1-8 สอบถามญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เกี่ยวกับอาการในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ส่วนข้อ 9 สอบถามญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในภาพรวมเกี่ยวกับความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันประกอบด้วย

ไม่มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการตามข้อความในข้อนี้

มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการตามข้อความในข้อนี้ และท่านเห็นด้วย ไม่แน่ใจ หรือไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วย ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบทุกประการ

ไม่แน่ใจ ให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับ  
ความรู้สึกรหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับ  
ความรู้สึกรหรือความคิดเห็นของผู้ตอบ

การคิดคะแนนและการแปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด  
ในข้อ 9 ซึ่งคะแนนอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน มาหาค่าเฉลี่ย การแปลคะแนนอ้างอิงจากค่าเฉลี่ย  
ค่าเฉลี่ยคะแนนที่ต่ำ หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด  
ระยะเฉียบพลันน้อย ค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูง หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความตระหนักในการเกิดโรค  
หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันสูง

6. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นแบบสอบถาม  
เพื่อประเมินความรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง  
อาการ และการรักษาของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดของผู้ป่วย ณ ขณะผู้ป่วยเกิดอาการของ  
โรคหลอดเลือดสมอง ก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม  
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ อุมพร แซ่กอ (2552) พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม  
ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ คะแนนเต็ม 13 คะแนน มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถาม  
ปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index:  
CVI) เท่ากับ .92 ที่ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ  
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย นำข้อมูลมาหาความเที่ยงโดยสูตร  
สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 จากนั้น  
ได้นำแบบสอบถามไปใช้จริงในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในเขตกรุงเทพมหานคร  
จำนวน 384 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ อุมพร  
แซ่กอ (2552) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมในเรื่องความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการ  
เตือนและการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และมีค่าความเที่ยงค่อนข้างสูง ซึ่งแบบสอบถามความรู้  
เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะข้อคำถาม  
เป็นคำถามปลายปิด 3 ตัวเลือก ซึ่งปรับจากใช่ และไม่ใช่ เป็นถูก ไม่แน่ใจ และผิด โดยมีเกณฑ์  
การให้คะแนน ดังนี้

ตอบคำถามถูก ได้คะแนน 2 คะแนน

ตอบไม่แน่ใจ ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบคำถามผิด ได้คะแนน 0 คะแนน

การคิดคะแนนและการแปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนผลรวมซึ่งอยู่ในช่วง 0-26 คะแนน มาหาค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ค่าเฉลี่ยที่ต่ำ หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ค่าเฉลี่ยที่สูง หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความรู้มากเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

### การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา โดยผู้วิจัยเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อให้พิจารณาความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในคำถามกับคำนิยามศัพท์เฉพาะ และทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา พร้อมทั้งพิจารณาความชัดเจน ความเหมาะสมของข้อความคำถาม และความเหมาะสมของการจัดลำดับข้อความคำถามก่อนนำไปทดลองใช้ จากนั้นได้รวบรวมแบบสอบถามที่รับกลับคืนจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแจกแจงระดับความคิดเห็น และรวบรวมคำถามข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยใช้สูตรค่า CVI เท่ากับ จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 หารด้วยจำนวนคำถามทั้งหมด ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .83

สำหรับแบบสอบถามการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดนี้มาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงจึงไม่ได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

### การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้วิจัย ดังนี้ แบบสอบถามการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน คำนวณ โดยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และ .95 ตามลำดับ แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .63 และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ใช้การวิเคราะห์ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรม รหัส 05-07-2561 ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเพื่อขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี
3. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งข้อมูลในการวิจัยทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัสข้อมูล และนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และทำลายทิ้งหลังจากสิ้นสุดการวิจัยแล้ว 1 ปี หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยก็จะสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. นำเอกสารที่ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ยื่นเสนอต่อผู้อำนวยการและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัด

## ชลบุรี

2. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย อายุรกรรมชายและหญิง หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย พร้อมกับขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง และหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม เพื่อตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่รับการรักษาในแต่ละวัน และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาพยาบาลจนกระทั่งมีอาการคงที่หรือปลอดภัยจากภาวะวิกฤตแล้ว จากนั้นทำการขออนุญาต ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย รวมถึงเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ในการเข้าถึงเวชระเบียน และประวัติของผู้ป่วย

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากผู้ป่วยได้รับเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมเรียบร้อยแล้ว จากนั้นจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการ พิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการ ลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. เชิญกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ห้องประชุมประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อความเป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวน โดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลอย่างเป็นอิสระ และหากมีข้อสงสัย สามารถซักถามได้ตลอดเวลา

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบ ความครบถ้วนของแบบสอบถาม จากนั้นกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ และนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ข้อมูล การเจ็บป่วย และระยะเวลาต่าง ๆ ในการมารักษา ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ความตระหนักในการ เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การจัดการอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การจัดการอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบกรณีศึกษา (Case study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 85 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ผลการศึกษานำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้



1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ภาวะเครียดก่อนมีอาการ ประวัติคนในครอบครัว และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย นำเสนอด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 85)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	67.1
หญิง	28	32.9
อายุ (ปี)		
20-40 ปี	10	11.8
41-60 ปี	54	63.5
61 ปีขึ้นไป	21	24.7
(M = 53.5, SD = 11.7, Min = 24, Max = 83)		
สถานภาพสมรส		
โสด	7	8.2
คู่	71	83.6
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	7	8.2
โรคประจำตัว		
ไม่มี	34	40
มี (เลือกตอบมากกว่า 1 ข้อ)	51	60
ความดันโลหิตสูง	40	47
เบาหวาน	14	16.5
ไขมันในเลือดสูง	2	2.4
โรคหัวใจ	2	2.4
ไมเกรน	2	2.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่		
ไม่เคยดื่ม	43	50.6
ดื่ม	26	30.6
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	16	18.8
ผู้ป่วยสูบบุหรี่หรือไม่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	41	48.2
สูบบุหรี่	30	35.3
เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว	14	16.5
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีภาวะเครียดก่อนมีอาการหรือไม่ เช่น นอนไม่ค่อยหลับหรือหลับมากเกินไป ไม่ค่อยมีสมาธิ รู้สึกเบื่อ หงุดหงิดง่าย หรือไม่อยากออกไปข้างนอกพบปะผู้คน		
ไม่มี	56	65.9
มี	29	34.1
ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด		
ไม่มี	79	92.9
มี	6	7.1
สามี	0	0
ภรรยา	1	1.2
ญาติพี่น้อง	3	3.5
อื่น ๆ	2	2.4
สิทธิการรักษาของผู้ป่วย		
ชำระเงินสด	0	0
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	26	30.6
ประกันสังคม	54	63.5
สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	5	5.9

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.1 อายุเฉลี่ย 53.5 ปี (SD = 11.7) ซึ่งมีอายุต่ำสุดที่ 24 ปี และมีอายุสูงสุดที่ 83 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 83.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60 โดยพบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.5 ส่วนโรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และโรคไมเกรน พบร้อยละ 2.4 เท่ากัน ในผู้ป่วยที่ไม่ดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบร้อยละ 50.6 แต่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อีกร้อยละ 49.4 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 48.2 ยังคงสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 35.3 และเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว ร้อยละ 16.5 จากการ ศึกษายังพบผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดก่อนมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ร้อยละ 34.1 และมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เพียงร้อยละ 7.1 ส่วนเรื่องสิทธิการรักษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 63.5

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยชนิดของโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือด อาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นก่อนนำมารักษาที่โรงพยาบาล อาการแรกรับ ที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ที่หน่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และคะแนนกลาสโกว์โคมาสกอร์ (GCS) เมื่อแรกรับที่หน่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน นำเสนอข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอ ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 85)

ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยชนิดของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด		
ชนิดขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack)	4	4.7
ชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke)	81	95.3
คะแนนกลาสโกว์โคมาสกอร์ (GCS)		
เมื่อแรกรับที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน		
9-12	3	3.5
13-15	82	96.5
(M = 14.8, SD = .8, Min = 11, Max = 15)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (NIHSS)		
ที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน		
0-5	81	95.3
6-10	4	4.7
11-15	0	0
ตั้งแต่ 16 ขึ้นไป	0	0
(M = 3.4, SD = 1.3, Min = 1, Max = 7)		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ชนิดขาดเลือดถาวร (Ischemic stroke) ร้อยละ 95.3 ประเมินค่าคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ที่ 0-5 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 96.5 ส่วนค่าคะแนนกลาสโกว์โคมาสกออร์ (GCS) เมื่อแรกรับที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีค่าคะแนนที่ 13-15 คะแนน หมายถึง มีการบาดเจ็บทางสมองเล็กน้อย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 96.6

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นก่อนนำมารักษาที่โรงพยาบาล และอาการแรกรับที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 85)

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน	อาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นก่อนนำมารักษาที่โรงพยาบาล		อาการแรกรับที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(อาการมากกว่า 1 อาการ)				
แขน/ ขาอ่อนแรงครึ่งซีก	56	65.9	67	78.8
แขน/ ขาชาครึ่งซีกกล้ามเนื้อ	39	45.9	45	52.9
ใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก	23	27.1	41	48.2

ตารางที่ 3 (ต่อ)

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน	อาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นก่อน นำมารักษาที่โรงพยาบาล		อาการแรกรับที่หน่วย อุบัติเหตุฉุกเฉิน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(อาการมากกว่า 1 อาการ)				
พูดไม่ชัด	23	27.1	40	47.1
วิงเวียนศีรษะ	18	21.2	15	17.6
ปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันที โดยไม่ทราบสาเหตุ	16	18.8	15	17.6
เดินเซ	15	17.6	25	29.4
ลิ้นแข็ง	8	9.4	18	21.2
หน้าชาครึ่งซีก	7	8.2	9	10.6
วูบ หมคสติ	4	4.7	2	2.4
ตามัว	3	3.5	5	5.9
มองเห็นภาพซ้อน	2	2.4	2	2.4
พูดไม่ได้	2	2.4	3	3.5
พูดสับสน	0	0	3	3.5
ไม่เข้าใจคำพูด	0	0	0	0
มองไม่เห็น	0	0	0	0
ชักเกร็ง	0	0	0	0

จากตารางที่ 3 พบว่า อาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นก่อนนำมาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะมีอาการแขน/ขาอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมาจะมีอาการแขน/ขาชาครึ่งซีก ร้อยละ 45.9 นอกจากนี้ยังพบอาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีกและอาการพูดไม่ชัด ร้อยละ 27.1 เท่ากัน จากอาการที่เกิดขึ้นก่อนนำมาโรงพยาบาล เมื่อญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลแล้ว อาการแรกรับของผู้ป่วยที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มีอาการแย่ง ซึ่งพบอาการแขน/ขาอ่อนแรงครึ่งซีก มากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 78.8 อาการแขน/ขาชาครึ่งซีก ร้อยละ 52.9 อาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก ร้อยละ 48.2 และอาการพูดไม่ชัด ร้อยละ 47.1

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เฉลี่ยของครอบครัว สิทธิการรักษา การนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา การรับทราบข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจากช่องทางใดบ้าง และนอกจาก ผู้ป่วยมีบุคคลอื่นในครอบครัวของท่านที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือไม่ นำเสนอด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน (n = 85)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
สามี	16	18.8
ภรรยา	37	43.5
บุตร	16	18.8
เพื่อนร่วมงาน	6	7.1
อื่น ๆ (หลาน, น้องสาว, พี่สาว และน้ำ)	10	11.8
เพศ		
ชาย	25	29.4
หญิง	60	70.6
อายุ (ปี)		
20-40 ปี	26	30.6
41-60 ปี	50	58.8
61 ปีขึ้นไป	9	10.6
(M = 46.51, SD = 11.7, Min = 23, Max = 65 )		
สถานภาพสมรส		
โสด	14	16.5
คู่	66	77.6

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	5	5.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	2.4
ประถมศึกษา	38	44.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	18.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	14	16.5
อนุปริญญา/ ปวส.	5	5.9
สูงกว่าปริญญาตรี	3	3.5
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	21	24.7
เกษตรกร	1	1.2
รับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน	44	51.8
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	14	16.5
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	5	5.9
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	8	9.4
5,001-10,000 บาท	8	9.4
10,001-15,000 บาท	19	22.4
15,001-20,000 บาท	17	20
20,001-25,000 บาท	5	5.9
25,001-30,000 บาท	8	9.4
มากกว่า 30,001 ขึ้นไป	20	23.5
ทำนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาโดย		
รถส่วนตัว	61	71.8
รถเช่า/ รถโดยสาร	7	8.2
รถมูลนิธิ	6	7.1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รถบริการฉุกเฉินของโรงพยาบาล	6	7.1
อื่น ๆ	5	5.9
ท่านรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง		
ขาดเลือดระยะเฉียบพลันจากช่องทางใดบ้าง		
ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้จากช่องทางใดเลย	48	56.5
ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์/วิทยุ	12	14.1
ได้รับข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง หรืออื่น ๆ	11	12.9
เคยมีประสบการณ์หรือมีบุคคลใกล้ชิดเคยเจ็บป่วยด้วยโรคนี้	10	11.8
ได้รับข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ประเภทต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์/ แผ่นพับ/วารสาร	9	10.6
ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต	9	10.6
ได้รับข้อมูลจากเพื่อน	4	4.7
นอกจากผู้ป่วย มีบุคคลอื่นในครอบครัวของท่านที่เป็น		
โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือไม่		
ไม่มี	70	82.4
มี	15	17.6
สามี	1	1.2
ภรรยา	0	0
ญาติพี่น้อง	8	9.4
อื่น ๆ	6	7.1

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นภรรยาของผู้ป่วย ร้อยละ 43.5 รองลงมา เป็นสามี และบุตร คิดเป็นร้อยละ 18.8 เท่ากัน ซึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.6 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 58.8 (SD = 11.17) และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.6 นอกจากผู้ป่วยแล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ร้อยละ 82.4 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างจบประถมศึกษา ร้อยละ 44.7 รองลงมา จบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่



ประกอบอาชีพรับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน คิดเป็นร้อยละ 51.8 ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 30,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 23.5 และมีรายอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 22.4 ตามลำดับ ส่วนวิธีการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว ร้อยละ 71.8 นอกจากนี้ยังพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจากช่องทางใดเลย คิดเป็นร้อยละ 56.5

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรค

#### หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ข้อมูลความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะนำเสนอด้วย ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (n = 85)

ข้อมูลความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ระยะเวลา/ นาที)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึง โรงพยาบาล		
210-270 นาที (3.5-4.5 ชั่วโมง)	5	5.9
271-360 นาที (มากกว่า 4.5-6 ชั่วโมง)	2	2.3
361-1,440 นาที (มากกว่า 6-24 ชั่วโมง)	48	56.5
มากกว่า 1,441 นาที (มากกว่า 24 ชั่วโมง)	30	35.3
(M = 1767.8 (29.5 ชั่วโมง), SD = 2413.9, Min = 232, Max =14,453 (240.9 ชั่วโมง))		

จากตารางที่ 5 พบว่า ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า ส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในช่วงมากกว่า 361-1,440 นาที (มากกว่า 6-24 ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ 56.5 (M = 1767.8) รองลงมา มากกว่า 1,441 นาที (มากกว่า 24 ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ 35.3 จากค่าเฉลี่ย พบว่า ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ใช้เวลาเฉลี่ย มากกว่า 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ ระยะเวลาที่ใช้มากที่สุด มากถึง ประมาณ 10 วัน ซึ่งมีระยะเวลา เท่ากับ 14,453 นาที (240.9 ชั่วโมง)

เป็นเวลานานมากกว่าญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจะนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าล่าช้ามาก

**ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด**

1. ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด วิเคราะห์ข้อมูลได้ดังตารางที่ 6-9

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วย (n = 85)

การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ท่านคิดว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายไปเอง	41	48.3
2. ท่านพยายามให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย	28	32.9
3. ท่านบอกคนอื่น	5	5.9
4. ท่านพยายามให้ผู้ป่วยรับประทาน (ตัวอย่าง เช่น แอสไพริน, พาราเซตามอล)	8	9.4
5. ท่านโทรหาแพทย์ที่เคยรักษาผู้ป่วย	0	0
6. ท่านพยายามใช้การช่วยเหลือผู้ป่วย (เปลี่ยนท่า สมนุนไพร เป็นต้น)	0	0
7. ท่านบอกใครบางคนที่อยู่ใกล้ (คนในครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน คนแปลกหน้า เป็นต้น)	3	3.5
8. ท่านโทรหมายเลขฉุกเฉิน 1669	0	0

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
9. ท่านพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเองหรือให้ใครบางคนนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล	0	0
10. ท่านขับรถพาผู้ป่วยไปหาหมอที่คลินิก (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)	0	0

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อันดับแรก คือ ญาติคิดว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายไปเองจึงไม่พาไปโรงพยาบาล ร้อยละ 48.3 (41 ราย) พยายามให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการนอนพัก ร้อยละ 32.9 (28 ราย) และพยายามให้ผู้ป่วยรับประทาน (ตัวอย่าง เช่น แอสไพริน, พาราเซตามอล) ร้อยละ 9.4 (8 ราย) นอกเหนือจากนี้ยังพบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่จะโทรหาแพทย์ที่เคयरรักษาผู้ป่วยหรือโทรหมายเลขฉุกเฉิน 1669 หรือพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล หรือคลินิกเลย

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (n = 85)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับต่ำ (0-50 คะแนน)	74	87.1
การรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง (51-100 คะแนน)	11	12.9

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อยู่ในระดับต่ำ (0-50 คะแนน) จำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.1 และมีเพียง ร้อยละ 12.9 ที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ ของญาติผู้ป่วยที่รับรู้การเกิดอาการและตระหนักว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (n = 85)

ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วย	การเกิดอาการ		ความตระหนัก		
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่มีอาการ	มีอาการ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. อาการสูญเสียความสามารถในการทรงตัว ทันทีทันใด เช่น เดินเซ หรือเดินลำบาก อย่างทันทีทันใด	14 (16.5)	71 (83.5)	0 (0)	53 (74.6)	18 (25.4)
2. อาการมองเห็นผิดปกติ ทันทีทันใด ใดๆ อย่างหนึ่ง เช่น ตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที หรือตามัว มองไม่ชัด หรือ มองเห็นภาพซ้อน	72 (84.7)	13 (15.3)	0 (0)	8 (61.5)	5 (38.5)
3. อาการชา หรืออ่อนแรง บริเวณใบหน้าข้างใด ข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว กลืนลำบาก หรือน้ำไหลออกจากมุมปาก ข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด	39 (45.9)	46 (54.1)	0 (0)	36 (78.3)	10 (21.7)
4. อาการชา หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขนหรือขา หรือทั้งแขนและขา ข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด	5 (5.9)	80 (94.1)	0 (0)	58 (72.5)	22 (27.5)

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ความตระหนักในการเกิด โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	การเกิดอาการ		ความตระหนัก		
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่มีอาการ	มีอาการ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
ระยะเฉียบพลัน ของญาติผู้ป่วย					
5. อาการปวดผิดปกติ ทันที ทันใด เช่น อาการปวดไม่ชัด ปวดจาตัมสัน ลึนแข็ง ปวดตะกุกตะกัก นึกคำพูด ไม่ออก หรือพูดไม่ได้ อย่างทันที	40 (47.1)	45 (52.9)	0 (0)	38 (84.4)	7 (15.6)
6. อาการปวดศีรษะ อย่างรุนแรงทันทีโดยไม่ทราบ สาเหตุ	60 (70.6)	25 (29.4)	0 (0)	16 (64)	9 (36)
7. อาการเวียนศีรษะ	57 (67.1)	28 (32.9)	0 (0)	15 (53.6)	13 (46.4)
8. อาการวูบ หรือหมดสติทันที	75 (88.2)	10 (11.8)	0 (0)	6 (60)	4 (40)
9. จากอาการที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย ท่านคิดว่าเป็นอาการ ของโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน	-	85 (100)	0 (0)	58 (68.2)	27 (31.8)

จากตารางที่ 8 พบว่า อาการเริ่มแรกของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ อาการชา หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขนหรือขา หรือทั้งแขนและขา ข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด พบมากถึงร้อยละ 94.1 (80 ราย) อาการที่พบบรองลงมา คือ อาการสูญเสียความสามารถในการทรงตัว ทันทีทันใด เช่น เดินเซ หรือเดินลำบาก อย่างทันทีทันใด พบร้อยละ 83.5 (71 ราย) อาการชา หรืออ่อนแรงบริเวณใบหน้าข้างใด ข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว กลืนลำบาก หรือน้ำไหลออก จากมุมปาก ข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด พบร้อยละ 54.1 (46 ราย) และอาการปวดผิดปกติทันทีทันใด เช่น อาการปวดไม่ชัด พวดจาตัมสัน ลึนแข็ง พวดตะกุกตะกัก นึกคำพูดไม่ออก หรือพูดไม่ได้ อย่างทันที พบร้อยละ 52.9 (45 ราย)

นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.2 (58 ราย) ไม่แน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และร้อยละ 31.8 (27 ราย) ไม่เห็นด้วยหรือไม่ตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่เห็นด้วยว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเลย

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละ ของญาติผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด  
(n = 85)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	จำนวน (ร้อยละ)		
	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
1. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นโรคที่เกิดบริเวณหลอดเลือดสมองไม่ใช่ที่เนื้อสมอง	25 (29.4)	2 (2.4)	58 (68.2)
2. โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด หรือมีเลือดออกในสมองก็ได้	21 (24.7)	9 (10.6)	55 (64.7)
3. ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย	32 (37.6)	5 (6.0)	48 (56.4)
4. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือ โรคหัวใจ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	44 (51.8)	1 (1.2)	40 (47.0)
5. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่	33 (33.8)	6 (7.0)	46 (54.2)
6. ความเครียดส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	35 (41.2)	2 (2.4)	48 (56.4)
7. อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มักเกิดขึ้นทันที ทันใด	28 (32.9)	3 (3.5)	54 (63.5)
8. การเปลี่ยนแปลงของอาการ เช่น การพูดตะกุกตะกัก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	28 (32.9)	2 (2.4)	55 (64.7)

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	จำนวน (ร้อยละ)		
	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
9. อาการอ่อนแรงของแขนและขาครึ่งซีก เป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	29 (34.1)	1 (1.2)	55 (64.7)
10. เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ควรรีบไปพบแพทย์ เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด	63 (74.1)	0 (0)	22 (25.9)
11. เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเกิดขึ้น ควรโทรไปที่หมายเลข 1669	40 (47.0)	5 (6.0)	40 (47.0)
12. การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้ผลดี ต้องเริ่มภายใน 210 นาที หรือ 3.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ	9 (10.6)	10 (11.8)	66 (77.6)
13. หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอาจเสียชีวิตได้	49 (57.6)	5 (6.0)	31 (36.4)

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ถูกต้อง ในข้อที่ถามเกี่ยวกับ เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด ร้อยละ 74.1 (63 ราย) ในส่วนของข้อคำถามอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้น ถูกหรือผิด เช่น ในข้อที่ถามเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างตอบไม่แน่ใจมากกว่า ร้อยละ 50 และในข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้ผลดี ต้องเริ่มภายใน 210 นาที หรือ 3.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ ตอบไม่แน่ใจ มากถึงร้อยละ 77.6

2. ข้อมูล สรุปลักษณะ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ระยะเวลา) การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 สรุปคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูล ความล่าช้าในการนำผู้ป่วย มาโรงพยาบาล (ระยะเวลา) การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะ เฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ปัจจัย	พิสัยคะแนน ของแบบวัด ต่ำสุด-สูงสุด	ค่าคะแนน ที่ได้ ต่ำสุด-สูงสุด	คะแนนเฉลี่ย ที่ได้ (Mean)	SD
1. ความล่าช้าในการนำผู้ป่วย มาโรงพยาบาล (ระยะเวลา/ นาที)	210-14453	232-14453	1767.8/นาที (29.5 ชั่วโมง)	2413.9
2. การจัดการอาการโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน	1-5	1-4	1.80	0.96
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน	0-100	0-90	29.29	24.69
4. ความตระหนักในการเกิดโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน	1-3	1-2	1.68	0.47
5. ความรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือด	0-26	11-25	17.5	3.20

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลสูงมาก ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของแต่ละปัจจัยทุกตัวค่อนข้างต่ำ ประกอบด้วย การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วยมีการจัดการอาการที่ไม่ค่อยดี ( $M = 1.80$ ,  $SD = 0.96$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 29.29$ ,  $SD = 24.69$ ) และความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ( $M = 1.68$ ,  $SD = 0.47$ ) ส่วนปัจจัยด้านความรู้ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้มีคะแนนค่อนข้างมาก ( $M = 17.5$ ,  $SD = 3.20$ ) แต่ส่วนใหญ่ญาติผู้ป่วย



ตอบไม่แน่ใจ

กล่าวโดยสรุปผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ไม่ค่อยดี มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่อยู่ในระดับต่ำ มีความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ค่อนข้างน้อย และมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดค่อนข้างน้อย

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบกรณีศึกษา (Case study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กรอบเวลา (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2550) จำนวน 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 4) แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .83 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .63 5) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 และ 6) แบบสอบถามการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ซึ่งสรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลได้ดังนี้

## สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

#### 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.1 อายุเฉลี่ย 53.5 ปี ซึ่งมีอายุดำสุดที่ 24 ปี และมีอายุสูงสุดที่ 83 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.5 และมีคู่สมรส ร้อยละ 83.6 แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจะพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่อายุน้อย นอกจากนั้นยังพบปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอันดับแรกพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.5 ส่วนโรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคไมเกรนและภูมิแพ้ พบร้อยละ 2.4 เท่ากัน อีกทั้งพบว่า มีผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 49.4 และมีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 51.8

จากการศึกษายังพบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดก่อนมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ร้อยละ 34.1 และส่วนใหญ่มิมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ร้อยละ 92.9 ส่วนเรื่องสิทธิการรักษาของผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 63.5

#### 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

จากการศึกษาพบผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) ร้อยละ 95.3 เมื่อประเมินค่าคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีคะแนนอยู่ที่ 0-5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 95.3 และค่าคะแนนกลาสโกว์โคมาสกออร์ (GCS) เมื่อแรกรับที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีค่าคะแนนที่ 13-15 คะแนน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 96.6 โดยอาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นก่อนนำมาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะมีอาการแขน/ขาอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมา จะมีอาการแขน/ขาครึ่งซีก ร้อยละ 45.9 นอกจากนั้นยังพบอาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีกและอาการพูดไม่ชัด ร้อยละ 27.1 เท่ากัน เมื่อมาถึงโรงพยาบาล อาการแรกรับของผู้ป่วยที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ จุดคัดกรอง พบอาการแขน/ขาอ่อนแรงครึ่งซีก คิดเป็นร้อยละ 78.8 อาการแขน/ขาครึ่งซีก ร้อยละ 52.9 อาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก ร้อยละ 48.2 และอาการพูดไม่ชัด ร้อยละ 47.1

## 2. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่า อันดับแรกเป็นภรรยาของผู้ป่วย ร้อยละ 43.5

รองลงมาเป็นสามีและบุตร คิดเป็นร้อยละ 18.8 เท่ากัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.6 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.6 นอกจากผู้ป่วยแล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 82.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.7 รองลงมา จบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน คิดเป็นร้อยละ 51.8 ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 30,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 23.5 และมีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 22.4 ตามลำดับ ส่วนวิธีการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา กลุ่มตัวอย่างนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัวเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 71.8 นอกจากนั้นช่องทางในการรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้จากช่องทางใดเลย คิดเป็นร้อยละ 56.5

## 3. ข้อมูลเกี่ยวกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า ญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลใช้ระยะเวลาเฉลี่ย เท่ากับ 1,767.8 นาที (ประมาณ 29.5 ชั่วโมง) ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาอยู่ในช่วง มากกว่า 361-1,440 นาที (มากกว่า 6-24 ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ 56.5 รองลงมา ใช้ระยะเวลา มากกว่า 1,440 นาที (มากกว่า 24 ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ 35.3

## 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

4.1 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

4.1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นถูกต้องหรือไม่ โดยเฉพาะในข้อคำถามเรื่องการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้ผลดี ต้องเริ่มภายใน 210 นาที หรือ 3.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ ตอบไม่แน่ใจ มากถึง ร้อยละ 77.6 (66 ราย) ตอบผิด ร้อยละ 11.8 (10 ราย) และตอบถูกเพียง ร้อยละ 10.6 (9 ราย) ในส่วนของข้อคำถามอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นถูกหรือผิด เช่น ในข้อที่ถามเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างตอบไม่แน่ใจมากกว่า ร้อยละ 50

4.1.2 ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 68.2 (58 ราย) ไม่แน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และร้อยละ 31.8 (27 ราย) ไม่เห็นด้วยหรือไม่ตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่เห็นด้วยว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเลย ซึ่งอาการส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการเริ่มแรกของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคืออาการชา หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขนหรือขา หรือทั้งแขนและขา ข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด พบมากถึง ร้อยละ 94.1 (80 ราย) อาการที่พบบรองลงมาคือ อาการสูญเสียความสามารถในการทรงตัว ทันที ทันใด เช่น เดินเซ หรือเดินลำบาก อย่างทันทีทันใด พบร้อยละ 83.5 (71 ราย)

4.1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับต่ำ (0-50 คะแนน) จำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 29.29 (SD = 24.69) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งมีเพียง ร้อยละ 12.9 ที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อยู่ในระดับสูง

4.1.4 การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่จะโทรหาแพทย์ที่เคयरก้าผู้ป่วย หรือ โทรหมายเลขฉุกเฉิน 1669 หรือ พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือคลินิกเลย ซึ่งการจัดการอาการอย่างแรกที่กลุ่มตัวอย่างทำเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด คือ ญาติคิดว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายไปเองจึงไม่พาไปโรงพยาบาล ร้อยละ 48.3 (41 ราย) พยายามให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการนอนพัก ร้อยละ 32.9 (28 ราย) และพยายามให้ผู้ป่วยรับประทาน (ตัวอย่าง เช่น แอสไพรีน, พาราเซตามอล) ร้อยละ 9.4 (8 ราย)

4.2 ข้อมูล สรุปคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ระยะเวลา) การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ยของความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลสูงมาก ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของแต่ละปัจจัยทุกตัวค่อนข้างต่ำ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านความรู้ ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้มีคะแนนค่อนข้างมาก (M = 17.5, SD = 3.20) แต่ส่วนใหญ่ญาติผู้ป่วยตอบไม่แน่ใจ สามารถบอกได้ว่าญาติอาจจะมีรู้ค่อนข้างน้อย และไม่มี ความชัดเจนหรือมีความรู้ที่ถูกต้อง ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วยค่อนข้าง

น้อย ( $M = 1.68$ ,  $SD = 0.47$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำ ( $M = 29.29$ ,  $SD = 24.69$ ) และการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วยมีการจัดการอาการที่ไม่ค่อยดี ( $M = 1.80$ ,  $SD = 0.96$ )

กล่าวโดยสรุปผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ไม่ค่อยดี มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่อยู่ในระดับต่ำ มีความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ค่อนข้างน้อย และญาติผู้ป่วยยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ไม่มีความชัดเจนหรือมีความรู้ที่ถูกต้อง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

## การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาดมวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล แห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จนถึงระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ณ จุดคัดกรองที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,768 นาที (ประมาณ 29.5 ชั่วโมง) เป็นระยะเวลาที่ล่าช้ามากที่ญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยระยะเวลาที่ญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง มากกว่า 361-1,440 นาที (มากกว่า 6-24 ชั่วโมง) ร้อยละ 56.5 รองลงมา ใช้ระยะเวลา มากกว่า 1,440 นาที (มากกว่า 24 ชั่วโมง) ร้อยละ 35.3 และใช้ระยะเวลาอยู่ในช่วง 210-270 นาที (3.5-4.5 ชั่วโมง) ร้อยละ 5.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2011) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีความล่าช้า เท่ากับ 360 นาที (6 ชั่วโมง) และการศึกษาของ จินัฐตา คำสารีรักษ์ และชนกพร จิตปัญญา (2558) พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีความล่าช้าเช่นกัน เท่ากับ 301 นาที (5.02 ชั่วโมง) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ พันธุ์ญา ชันติจิตร และคณะ (2558) ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีความล่าช้า มากถึง 1,117.7 นาที (18.6 ชั่วโมง) ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้มาก จะเห็นว่า ความล่าช้าที่เกิดขึ้นในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมีระยะเวลาที่มากขึ้นเรื่อย ๆ

ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อาจเนื่องจาก โดยอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรู้สึกตัว ยังพอพูดหรือขยับตัวได้ แต่จะมีอาการที่เฉพาะเจาะจงได้แก่ อาการแขน/ขาอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมามีอาการแขน/ขาชาครึ่งซีก ร้อยละ 45.9 ซึ่งทำให้ญาติคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรง รอดูอาการได้ พักผ่อนคงดีขึ้น (สาวิตรีสิงหาค, 2554) นอกจากนี้พบว่า ญาติผู้ป่วย ร้อยละ 44.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา ร้อยละ 18.8 จบมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ญาติตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย จะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิตรี สิงหาค (2554) ที่พบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษามากจะมีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงและการรักษาของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย ทำให้ญาติผู้ป่วยมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันน้อย ญาติผู้ป่วยจึงนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.8 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงานหาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว และ ร้อยละ 51.8 ประกอบอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน จากความแตกต่างของการศึกษา อาชีพ และสิ่งแวดล้อม อาจทำให้ญาติผู้ป่วยมีความสนใจในการหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคน้อย โดยผลจากการศึกษารั้งนี้พบว่า ญาติผู้ป่วยไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางใดเลยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มากถึงร้อยละ 56.5 จะเห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ ด้านบุคคลน่าจะมีผลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเช่นกัน เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

จากผลการศึกษสามารถวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ตามทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และจากการทบทวนวรรณกรรมได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ก่อนข้างน้อย มีคะแนนเฉลี่ย 17.5 คะแนน (SD = 3.20) จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 67.3 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.6 ไม่แน่ใจ

เกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้ผลดี ต้องเริ่มภายใน 210 นาที หรือ 3.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ และมากกว่าร้อยละ 50 ไม่แน่ใจเกี่ยวกับอาการแสดงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งความไม่แน่ใจของญาติผู้ป่วยแสดงถึงว่า ญาติน่าจะเกี่ยวข้องกับการมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะระยะเวลามารับการรักษาซึ่งสำคัญมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวลักษณ์ ไชโย (2557) ที่พบว่า บุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับน้อย จะมีโอกาสเข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในระยะเวลาเกินกว่า 180 นาที (3 ชั่วโมง) จากความรู้ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล จะเห็นว่าเมื่อญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความรู้ที่น้อย หรือมีความรู้แบบไม่ชัดเจน จะมีผลต่อประสิทธิภาพการมีอาการเกี่ยวกับความตระหนักและการรับรู้ความรุนแรงของโรค รวมถึงวิธีการจัดการอาการ ที่จะตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (Dodd et al., 2001)

ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นส่วนหนึ่งของประสิทธิภาพการมีอาการ จากการศึกษาพบว่า เมื่อญาติผู้ป่วยพบเห็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นผู้ป่วย และตระหนักถึงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในภาพรวม เท่ากับ 1.68 คะแนน (SD = 0.47) จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2011) และ Jiang et al. (2016) พบว่า เมื่อญาติหรือบุคคลขาดความตระหนักเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจะทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า และเมื่อพิจารณารายชื่อจะพบว่า อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ที่ญาติผู้ป่วยพบเห็นครั้งแรก ส่วนใหญ่ญาติผู้ป่วยจะไม่แน่ใจว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยอาการที่พบ ได้แก่ อาการชา หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขนหรือขา หรือทั้งแขนและขา ข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด ไม่แน่ใจ ร้อยละ 72.5 อาการสูญเสียความสามารถในการทรงตัว ทันทีทันใด เช่น เดินเซ หรือเดินลำบาก อย่างทันทีทันใด ไม่แน่ใจร้อยละ 74.6 อาการชา หรืออ่อนแรงบริเวณใบหน้าข้างใด ข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว กลืนลำบาก หรือน้ำไหลออก จากมุมปาก ข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด ไม่แน่ใจร้อยละ 78.3 อาการพูดผิดปกติ ทันทีทันใด เช่น อาการพูดไม่ชัด พูดจาสับสน ลิ้นแข็ง พูดตะกุกตะกัก นึกคำพูดไม่ออก หรือพูดไม่ได้อย่างทันที ไม่แน่ใจร้อยละ 84.4 และอาการมองเห็นผิดปกติทันทีทันใด อย่างไม่เห็น เช่น ตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที หรือตามัว มองไม่ชัด หรือ มองเห็นภาพซ้อน ไม่แน่ใจ ร้อยละ 61.5 และที่สำคัญญาติผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีรายใดที่เห็นด้วยว่าอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเลย



ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จากผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วย ร้อยละ 87.1 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 29.29 คะแนน (SD = 24.69) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการต่าง ๆ แต่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว สื่อสารได้ ไม่มีอาการที่ญาติผู้ป่วยรู้สึกว่ารุนแรงถึงชีวิต เช่น อาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่ออก สับสนวุ่นวาย หรือหมดสติ รวมถึง จากที่ญาติผู้ป่วยไม่เคยรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจากช่องทางใดเลย จึงไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ไม่คิดว่าจะทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ จึงรอดูอาการ คิดว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายไปเอง ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เกินระยะเวลา 210 นาที (> 3.5 ชั่วโมง) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินฉู่ตา คำสารีรักษ์ (2556); วิภาวดี โพธิโสภา และคณะ (2558) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ด้านลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เมื่อรับรู้ความรุนแรงของอาการมาก ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันใช้นเวลาน้อย แต่ถ้ารับรู้ความรุนแรงของอาการน้อย ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันใช้เวลามาก ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้

การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยมีการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.80 คะแนน (SD = 0.96) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 36 เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการจัดการอันดับแรกคือ คิดว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายไปเอง ถึงร้อยละ 48.3 รองลงมาคือพยายามให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการนอนพัก ร้อยละ 32.9 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่จะโทรหาแพทย์ที่เคยรักษาผู้ป่วย หรือโทรหมายเลขฉุกเฉิน 1669 หรือพาผู้ป่วยไปคลินิก หรือโรงพยาบาลเลย ซึ่งอาจเป็นการจัดการอาการที่ถูกต้องที่สุดของญาติผู้ป่วยในช่วงเวลานั้น จึงใช้ระยะเวลานานในการรอให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล อาจเนื่องจากญาติผู้ป่วยขาดความรู้ หรือมีความรู้ที่น้อยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ญาติขาดประสบการณ์การจัดการอาการ และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันน้อย จึงขาดความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของผู้ป่วย ทำให้มีวิธีการจัดการอาการที่ไม่ดีเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภาวดี โพธิโสภา และคณะ (2558) ที่พบว่า

บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัว หากมีวิธีการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยด้วยการโทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉิน เพื่อขอความช่วยเหลือ หรือนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันทีจะทำให้ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้เร็ว

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดน้อยและไม่ถูกต้อง ทำให้มีความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีค่อนข้างน้อย ซึ่งไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดที่ตอบเห็นด้วยว่าอาการที่เกิดขึ้นขณะนั้นเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนะบุตร (2559) พบว่า ความรู้มีผลต่อการเพิ่มความตระหนักในการเข้าถึงระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเกิดอาการของโรคได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่ำทำให้ขาดความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ทำให้ไม่สามารถประเมินอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันได้ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ ทำให้มีการตอบสนองและจัดการอาการด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่เฝ้ารอคอยอาการไม่นำส่งโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลามากในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ที่ว่าการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ มีผลต่อการเลือกวิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกัน (Dodd et al., 2001)

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า เมื่อญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดน้อย หรือขาดความรู้ จะขาดความตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และหาวิธีจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีคะแนนเฉลี่ยที่ค่อนข้างน้อยในทุกปัจจัย ซึ่งน่าจะมีความเกี่ยวข้องทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

#### 1. บุคลากรทางการพยาบาลควรเน้นการเข้าถึงข้อมูลทางวิชาการ เกี่ยวกับ โรค

หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยดำเนินการอย่างเร่งด่วนในการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน โดยเฉพาะอาการชาหรืออ่อนแรงที่พบบ่อย ความตระหนักในการเกิดโรค รวมถึงความรุนแรงของโรค และวิธีการจัดการอาการที่ถูกต้อง ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมารักษาได้ทันเวลาหรือรักษาล่าช้า โดยเฉพาะประชาชนที่ไม่ได้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เนื่องจากพื้นที่ที่ทำการศึกษาคือเป็นแหล่งอุตสาหกรรมจึงมีกลุ่มประชากรที่รับจ้างและใช้แรงงานค่อนข้างมาก ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการหาความรู้หรือรับฟังข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2. ทีมแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ จัดทำโครงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในญาติที่พาผู้ป่วยมาใช้บริการที่โรงพยาบาล และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ

### ด้านการบริหารการพยาบาล

#### 1. ผู้บริหารควรส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการเข้าอบรมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับ โรค

หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เพื่อให้ทันสมัยและครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย

#### 2. ผู้บริหารควรกำหนดเป็นนโยบาย ในการจัดโครงการให้ความรู้ หรือการรณรงค์

ปีละ 2 ครั้งหรือมากกว่านั้น เพื่อประเมินผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เกี่ยวกับความรู้ ความตระหนักในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

### ด้านการศึกษาพยาบาล

มีการจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง ส่งเสริมความรู้แก่พยาบาลและทีมพยาบาล เกี่ยวกับเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เพื่อให้พยาบาลและทีมสามารถนำไปใช้ในการประเมิน และให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม

### ด้านการวิจัย

นำผลการศึกษาที่ได้เป็นพื้นฐานในการทำวิจัย ขยายผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลทันเวลาในการรักษา และมาล่าช้า ในเขตหรือสถานที่อื่น ๆ โดยเน้นลักษณะ

ทั่วไปที่ครอบคลุมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และพัฒนาแนวทาง  
หรือโปรแกรมในการดูแลและป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์. (2555). โรคสมองขาดเลือด. ใน เกียรติศักดิ์ ลิ้มพิสดาน (บรรณาธิการ), *โรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2), (หน้า 33-73). เชียงใหม่: ตรีโอ แอควอร์ไทซิ่ง แอนด์ มีเดีย.
- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 59-73). กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *ประเด็นสารบรรณรังค์ วันอัมพาตโลก ปี 2559*. เข้าถึงได้จาก [www.thaincd.com/document/file/info/non.../](http://www.thaincd.com/document/file/info/non.../) ประเด็นสาร วันอัมพาต2559.docx
- กานต์ธิดา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และวินัส ลิพหกุล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(2), 41-56.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม. (2552). *ตำราพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตัน*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จตุพงษ์ พันธุ์วิไล, ภูพิงค์ เอกะวิภาต และสายสมร บริสุทธิ์. (2555). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นในระยะฉุกเฉินสำหรับพยาบาล. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 27(1), 53-64.
- จันฐตา คำสารีรักษ์ และชนกพร จิตปัญญา. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาล ตำรวจ*, 7(2), 106-119.
- จิราพร รมไพรี. (2558). กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 12(2), 9-16.
- จีรพล เหล็กเพชร, ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ และประเสริฐ วสินานุกร. (2552). ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดใช้ในการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(3), 203-212.

- จิรภา เล่าทรัพย์. (2556). *ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริบาลเภสัชกรรม, คณะเภสัชศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จอม สุวรรณ โณ, จุก สุวรรณ โณ, กรรณิการ์ อังกูร และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (2561). Cardiovascular Risk Factors in Young Adult Patients with Acute Ischemic Stroke. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 17(2), 5-16.
- ชูศรี คูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ และสลักจิต ศรีมงคล. (2548). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 20(3), 190-196.
- ดวงพร คงเปี่ยม. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 12(2), 49-58.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2555). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2557). *การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล*. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 275-282.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, อรสา พันธุ์ภักดี, พิศมัย อรทัย และศิษยา รัตนากร. (2556). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน*. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(1), 15-29.
- นภเกตน์ พรธิไพหว, อุไรพร พงศ์พัฒนานวดี, กรรณิการ์ กาศสมบุรณ์, รัฐธีกาล อินใจ และณัฐกานต์ หล้าคำมี (2556). *อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันรายใหม่ในโรงพยาบาลแพร่*. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 21(1), 7-18.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร และเดือนเพ็ญ ศรีษา. (2555). *ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยมอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 24(3), 318-326.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร, ศศิวิมล วรณพงษ์ และซาทิยะ คามา. (2558). *การรับรู้เกี่ยวกับทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชน*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(1), 57-63.

- นันทกาญจน์ ปักยี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียดการปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. *รามาศิริพยาบาลสาร*, 22(1), 65-80.
- นันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนะบุตร. (2559). *ความรู้เรื่องความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาโรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม*. โครงการวิจัยของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, สาขาเวชกิจฉุกเฉิน, คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นันทยา แสงทรงฤทธิ์. (2555). การดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกในสมองภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (t-PA) ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 5(1), 9-18.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2550). *การจัดระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและต่อเนื่องในสถานพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภาพร ภิญโญศรี. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตาชล นุ่มมิชัย. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปราณี คลังมั่น. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์. (2554). *โรคหลอดเลือดสมอง*. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*, (หน้า 91-108). กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

พนัชญา ชันติจิตร, ภัทระ แสนไชยสุริยา และพิมพ์ เทพวัลย์ (2558). *การศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด ในจังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

พรภัทร ธรรมสโรช. (2554). โรคหลอดเลือดสมอง. ใน ญัญฉิณี จรัสเจริญวิทยา, ปิยนุช คงทิม, พิมพ์ใจ อันทานนท์, ศานิต วิชานศวกุล, อติศวี ทศณรงค์ และพีระพงศ์ กิติภาวงศ์ (บรรณาธิการ), *ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์* (หน้า 31-56). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.

พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน*. กรุงเทพฯ: จรัสสนิทวงศ์การพิมพ์.

ภัทรสินี ภัทรโกศล. (2550). *สถิติเพื่อการวิจัยทางวิทยาศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มณฑิรา ชนะกาญจน์ และณิชาภัทร พุฒิกามิน. (2558). การรับรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษา และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(3), 70-77.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามารชิตีพยาบาลสาร*, 2(1), 84-94.

วิริษา กันบัวลา, นิภาวรรณ สามารถกิจ และภาวนา กิรติยุดวงศ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(2), 21-36.

วรุณศิริ โกมาสถิตย์, วนิตา เคนทองดี และปทุมวรรณ กรมทอง. (2558). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเครือข่ายจังหวัดเลย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 16(2), 106-113.

วารุณี สิงสก. (2554). *ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิภาวดี โพธิ์โสภา, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ และศิริอร สิ้นธุ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการตอบสนองต่ออาการและระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(1), 9-20.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส ลิมิเต็ด พาสเนอรัลชีฟ.



- วิยะดา คงแก้ว, นันทิยา วัฒมา, ดวงใจ รัตนัญญา และสุพินดา เรื่องจิรัชญ์เยียร. (2559). ปัจจัยทำนายความล่าช้าในการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(1), 54-66.
- ศิระษา แซ่เนี่ยว. (2557). อัมพฤกษ์-อัมพาต HUA HIN Stroke fast track. *จุลสารวิชาการโรงพยาบาลหัวหิน*, 3, 1-11.
- ศุจิพิชชา จันทระประภาพกุล, แสงเดือน มโยทาร์, ศุภชาติ ชมพูนุช และสัญญาณี พงษ์ภักดี. (2561). อัตราความชุกและสาเหตุของการเกิดโรคสมองขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 17(3), 5-14.
- สมปอง เจริญวัฒน์. (2557). ผลการรักษาผู้ป่วยเส้นเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันในโรงพยาบาลชัยภูมิโดยใช้ระบบทางด่วนพิเศษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(4), 687-694.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2556). การพัฒนาเครือข่าย Stroke Fast Track. *วารสารศรีนครินทร์*, 28(1), 315-319.
- สมสุข ภาณุรัตน์. (2554). ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารพยาบาลกรมตำรวจ*, 3(2), 112-123.
- สมาคมหลอดเลือดสมองไทย. (2559). โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต). เข้าถึงได้จาก <https://thaistrokesociety.org/>
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. เข้าถึงได้จาก <http://pni.go.th/pnigoth/wpcontent/uploads//2009/03/พยาบาลโรคหลอดเลือด.pdf>
- สถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สรุปรายงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ปี 2561*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/publish/publish28062019110607.pdf>
- เสาวลักษณ์ ไชโย. (2557). *ปัจจัยที่ทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สาวตรี สิงหาด. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง และการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สายฝน เต็บสูงเนิน และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2560). ระดับการรับรู้อาการเตือนของโรค  
 หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
 บ่อทอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(5), 482-490.
- สุทศสา ทิจะยัง. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง  
 โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์,  
 สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศุภร วงศ์วัณญู. (2559). บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย  
 ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. *วารสาร  
 สภากาชาดพยาบาล*, 31(4), 104-121.
- เสกสรรค์ จวงจันทร์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง  
 ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ.บึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการแพทย์  
 เขต 11*, 29(2), 233-239.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2556). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของ  
 ประชากรไทย*. เข้าถึงจาก [http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/  
 report\\_BOD\\_2556.pdf](http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/report_BOD_2556.pdf)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*.  
 กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2559). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2559*. เข้าถึงได้  
 จาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/For%20Website\\_Statistical%20  
 Thailand%202016.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/For%20Website_Statistical%20Thailand%202016.pdf)
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อและการ  
 บาดเจ็บประจำปีปฏิทิน พ.ศ. 2558*. เข้าถึงได้จาก [http://thaincd.com/information-  
 statistic/non-communicable-disease-data.php](http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php)
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ*. เข้าถึงได้จาก [http://www.  
 thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13486&tid=32&gid=1-020](http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13486&tid=32&gid=1-020)
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2560*.  
 เข้าถึงได้จาก [http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-  
 disease/%E0%\\_2561\\_.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/%E0%_2561_.pdf)

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561). *ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2561*. เข้าถึงได้จาก [http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/%E0%\\_61\\_.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/%E0%_61_.pdf)
- หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี. (2560). *สถิติผู้ป่วยประจำปี 2561*. ชลบุรี: โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี.
- หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี (2560). *แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี*: โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี.
- อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์. (2559). พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชน กลุ่มเสี่ยงในชุมชน. *วารสารกองการพยาบาล*, 43(3), 149-168.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2550). *ชุดความรู้สถิติ*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อิสริย์ วีระเสถียร. (2555). *คุณลักษณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันตามแบบจำลองการเสริมแรง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อาริสา ชินประพัทธ์. (2553). *อาการและการจัดการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุมาพร แซ่ก้อ. (2552). *การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร แซ่ก้อ และชนกพร จิตปัญญา. (2557). *การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร*. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2), 13-23.
- อุไร คำมาก และศิริอร สิ้นธุ. (2558). *ระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดต่อการฟื้นตัวด้านระบบประสาทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(2), 106-113.

- เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย, วนิดา ประคองจักรภาพ, ดวงใจ ลาพร และนันท์ชนพร วรธรรมาทิพย์. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(1), 12-22.
- American Heart Association/ American Stroke Association [AHA/ ASA]. (2015). *The Warning Signs*. Retrieved from [http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/WarningSigns/Stroke-Warning-Signs-and-Symptoms\\_UCM\\_308528\\_SubHomePage.jsp](http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/WarningSigns/Stroke-Warning-Signs-and-Symptoms_UCM_308528_SubHomePage.jsp)
- American Heart Association/ American Stroke Association [AHA/ ASA]. (2018). *AHA/ ASA guideline*. Retrieved from [http://www.lpnh.go.th/newlp/wp-content/uploads/2013/10/Ischemic-Stroke-AHA\\_ASA2018.pdf](http://www.lpnh.go.th/newlp/wp-content/uploads/2013/10/Ischemic-Stroke-AHA_ASA2018.pdf)
- American Heart Association. (2019). *About stroke*. Retrieved from <https://www.stroke.org/en/about-stroke>
- Ashraf, V. V., Maneesh, M., Praveenkumar, R., Saifudheen, K., & Girija, A. S. (2015). Factors delaying hospital arrival of patients with acute stroke. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18(2), 162-166.
- Audebert, H. J., Saver, J. L., Starkman, S., Lees, K. R., & Endres, M. (2013). Prehospital stroke care. *American Academy of Neurology*, 81(5), 501-508.
- Australia's National Stroke Foundation. (2009). *National stroke foundation 2009 annual review*. Retrieved from file:///C:/Users/Acer/Downloads/NSF-Annual-Report-2009.pdf
- Barr, J., McKinley, S., O'Brien, E., & Herkes, G. (2006). Patient recognition of and response to symptoms of TIA or Stroke. *Neuroepidemiology*, 26, 168-175.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Hacke, W., Kaste, M., Bluhmki, E., Brozman, M., Dávalos, A., & Guidetti, D., Larrue, V., Lees, K. R., Medeghri, Z., Machnig, T., Schneider, D., Kummer, R., Wahlgren, N., & Toni, D. (2008). Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke. *The New England Journal of Medicine*, 359(13), 1317-1329.

- Jiang, B., Ru, X., Sun, H., Liu, H., Sun, D., Liu, Y., Huang, J., He, L., & Wang, W. (2016). Pre-hospital delay and its associated factors in first-ever stroke registered in communities from three cities in China. *Scientific Reports*, *6*(29795), 1-10.
- Jin, H., Zhu, S., Wei, W. J., Wang, J., Liu, M., Wu, Y., Wong, L. K. S., Cheng, Y., Xu, E., Yang, Q., Anderson, C. S., & Huang, Y. (2012). Factor associated with prehospital delays in the presentation of acute stroke in Urban China. *Stroke American Heart Association*, *43*(2), 362-370.
- Kim, Y. S., Park, S., Bae, H., Cho, Y., Han, M., & Hoe, J. H., Kang, K., Kim, H. Y., Kim, G., Kwon, S. U., Kwon, H., Lee, B., Lee, K. B., Lee, S., Lee, Y., Nam, H. S., Oh, M., Park, J., RHA, J., YU, K., & Yoon, B. (2011). Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in Korea. *BioMed Central Neurology*, *11*(2), 1-8.
- Livesay, S. L., & Hickey, J. A. (2014). Craniocerebral injuries. In J. A. Hickey (Ed.), *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (7<sup>th</sup> ed.) (pp. 511-539). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Marchese, G., Prochazka, B., & Widimsky, P. (2016). The importance of time: Time delays in acute Stroke. *Cor et Vasa*, *58*(2), 225-232.
- Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boykoet, V., & Tanneal, 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.
- 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. (2015). Decision and delays within stroke patient' route to the hospital: A qualitative study. *Annals of Emergency Medicine*, *65*(3), 279-287.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS]. (2009). *What you need to know about stroke. Stroke symptoms*. Retrieved from <http://strok.nih.gov>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS]. (2017a). *Questions and answers about stroke. Stroke symptoms*. Retrieved from <http://strok.nih.gov>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS]. (2017b). *Stroke: Hope through research*. Retrieved from <http://strok.nih.gov>

- National Stroke Foundation. (2009). *Signs of stroke* [Electronic version]. *Stroke symptoms*, 1, 137-147. Retrieved from <http://www.strokefoundation.com.au/Sign-of-stroke>
- Nishijima, H., Kon, T., Ueno, T., Haga, R., Yamazaki, K., & Yagihashi, K., Funamizu, Y., Arai, A., Suzuki, C., Nuomura, J., Baba, M., & Tomiyama, M. (2016). Effect of educational television commercial on pre-hospital delay in patients with ischemic stroke. *Neurological Sciences*, 37(1), 105-109.
- Potisopha, W. (2014). *Relationships among response to symptoms mode of transportation and hospital arrival time of acute stroke patients*. Master's thesis, Adult Nursing, Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Saengsuwan, J., Suangpho, P., & Tiamkao, S. (2017). Knowledge of stroke risk factors and warning signs in patients with recurrent stroke or recurrent transient ischemic attack in Thailand. *Neurology Research International*, 2017(2017), 1-7.
- Seremwe, F., Kaseke, F., Chikwanha, T. M., & Chikwasha, V. (2017). Factors associated with hospital arrival time after the onset of stroke symptoms: A cross-sectional study at two teaching hospitals in Harare, Zimbabwe. *Malawi Medical Journal*, 29(2), 171-176.
- Shephard, T. J. (2004). *Exploratory investigation of a model of patient delay in seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke*. Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University School of Nursing.
- Song, D., Tanaka, E., Lee, K., Sato, S., Koga, M., & Kim, Y. D., Nagatsuka, K., Toyoda, K., & Heo, J. H. (2015). Factors associated with early hospital arrival in patients with acute ischemic stroke. *Journal of Stroke*, 17(2), 159-167.
- Stroke Foundation. (2017). *DRAFT Clinical guidelines for stroke management 2017*. Retrieved from <https://strokefoundation.org.au/News/2016/10/31/Draft%20Clinical%20Guidelines%20for%20stroke%20Management%202017>
- Sulena, S., Kumawat, B. L., & Sharma, A. K. (2016). Awareness of stroke among stroke patients in a tertiary-care level hospital in northwest India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 5(1), 1-5.
- Wongwiangjunt, S., Komoltri, C., Pongvarin, N., & Nilanont, Y. (2015). Stroke awareness and factors influencing hospital arrival time: A Prospective Observational Study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 98(3), 260-264.

World Health Organization. (2006). The WHO STEPwise approach to stroke surveillance

Retrieved from <http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Manual.pdf>

Zeng, Y., He, G. P., Yi, G. H., Huang, Y. J., Zhang, Q. H., & He, L. L. (2012). Knowledge of stroke warning signs and risk factors among patients with previous stroke or TIA in China. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19-20), 2886-2859.

ภาคผนวก



**ภาคผนวก ก**

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และ ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย**



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

**การวิจัยเรื่อง** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

### รหัสจริยธรรมการวิจัย

**ชื่อผู้วิจัย** นางวิไลภรณ์ สว่างมงคล

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัย ไปพัฒนาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาที่ทันเวลา ไม่เสียโอกาสในการได้รับยาลดลิ่มเลือด ลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิต

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นญาติผู้ป่วยที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และมีคุณสมบัติสอดคล้องกับการศึกษา เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง หรือกรณีที่ท่านอ่านไม่ได้ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ท่านฟังแล้วให้ท่านเลือกตอบแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามมี 6 ชุด แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย แบบสอบถามการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นการสอบถามข้อมูลขณะผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30-40 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งสามารถนำผลวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในระดับปฐมภูมิ สร้างทีมพยาบาล และแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการตัดสินใจในการนำส่งผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางวิไลภรณ์ สว่างมงคล หมายเลขโทรศัพท์ 086-3783781 หรือที่ ผศ.ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102835

นางวิไลภรณ์ สว่างมงคล

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล  
ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ  
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก  
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ  
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อน  
เร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยใน  
ภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน  
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางวิไลภรณ์ สว่างมงคล)

ภาคผนวก ข  
แบบรายงานจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด  
ระยะเฉียบพลัน

Factors Influencing Prehospital Delay in Family Members of Patients with Acute Ischemic Stroke

ชื่อนิสิต นางวิไลภรณ์ สว่างมงคล

รหัสประจำตัวนิสิต 59910180 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 05 - 07 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 85 ราย  
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรม-  
ราชเทวี ณ ศรีราชา

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ  
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน  
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ฉบับที่ 028/2561

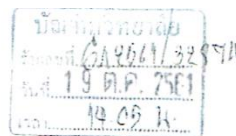


หนังสือรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

1. ชื่อโครงการวิจัย: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
2. ผู้วิจัยหลัก: นางวิไลภรณ์ สว่างมงคล  
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้
  - (  ) อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
  - (  ) อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข
  - (  ) รอกการพิจารณาหรือยังไม่พิจารณา
  - (  ) ไม่อนุมัติ
4. วันที่ให้การรับรอง : 18 ก.ย. 2561

ลงนาม.....  
(นายแพทย์ธเนศ จิตวัฒน์กุล)  
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....  
(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)  
ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
 หลักสูตรบัณฑิตศึกษา  
 ๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย  
 กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐  
 โทร ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒ - ๓  
 โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๔๗

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๓๗๕พ  
 วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๑  
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ตามหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๐๗๓๒๖ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ตามรายละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น คณะฯ ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นางวิไลภรณ์ สว่างมงคล ใช้เครื่องมือวิจัย ของ นางสาววิภาวดี โพธิโสภาก ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัย หรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม.๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระ ค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๒๐๐.๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๔๔๕๒๘-๕ ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.edu เอกสารฉบับจริงส่งมายัง

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
 ๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย  
 กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

๕๖ ๕๓๕๖  
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิริธิมงคล)  
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษา ศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐-๑๔.๓๐



ที่ ศธ 0512.11/1344

คณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ 02026 วันที่ - 1 ต.ค. 2561 เวลา 14:59 น.	รองคณบดีฝ่ายบริหาร ศาสตราจารย์ ดร. ชัยวัฒน์ (คณบดี อ.ศ. จุฬาลงกรณ์ฯ) - อ.ศ. ชัยวัฒน์ (คณบดี อ.ศ. จุฬาลงกรณ์ฯ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 -งานบริหาร
--	--

๑๐ กรกฎาคม 2561

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือคณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศธ 6206 /1449  
ลงวันที่ 10 กรกฎาคม 2561 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นางวิไลภรณ์ สว่างมงคล ใช้เครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของ นางสาวอุมาพร แซ่กอ และ “แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของ นางสาวนิพาพร ภิญญาศรี โดยขอให้ผู้ใช้แจ้งผลการวิจัยหรือหากประสงค์จะปรับปรุงเครื่องมือขอให้แจ้งคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณา และขอให้ระบุในผลงานวิทยานิพนธ์ด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบ แบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ มาเพื่อให้ผู้ใช้เครื่องมือดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าวและโปรดกรุณาส่งคืนไปยัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 ภายใน 30 วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราราม ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130

- สำเนา -

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๖๔๕

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
 ๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
 อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย  
 เรียน หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)	จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบสอบถาม	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัยฯ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางวิไลภรณ์ สว่างมงคล รหัสประจำตัว ๕๕๙๑๐๑๘๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา-  
 บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงการ  
 วิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรค  
 หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิไลภา คุณทรงเกียรติ เป็น  
 ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล  
 เนื่องจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญลักษณ์ บรรลือชิตกุล บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ  
 เกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวอย่างยิ่ง คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ  
 เครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต ในการนี้นิสิตได้ประสานงานพร้อมทั้งส่งเอกสารให้กับผู้ตรวจสอบความตรงฯ  
 เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
 ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๖๔

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

สำเนาเรียน

-หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร แห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
 สภากาชาดไทย

-ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญลักษณ์ บรรลือชิตกุล

ร่าง.....  
 พิมพ์.....  
 ทาน.....

- สำเนา -

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๖๒๐

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)	จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบสอบถาม	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัยฯ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางวิไลภรณ์ สว่างมงคล รหัสประจำตัว ๕๙๙๑๐๑๘๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา-  
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครง  
วิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิไลภา คุณทรงเกียรติ เป็น  
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล  
เนื่องจาก อาจารย์สุภาพ เหมือนชู บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวิจัย  
ดังกล่าวอย่างดียิ่ง คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการ  
วิจัยของนิสิต ในการนี้ นิสิตได้ประสานงานพร้อมทั้งส่งเอกสารให้กับผู้ตรวจสอบความตรงฯ เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๖๔

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

สำเนาเรียน -อาจารย์สุภาพ เหมือนชู

ร่าง.....  
พิมพ์.....  
ทาน.....





- สำเนา -

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๖๑๙

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)	จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบสอบถาม	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัยฯ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางวิไลภรณ์ สว่างมงคล รหัสประจำตัว ๕๕๙๑๐๑๘๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา-  
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงการ  
วิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ เป็น  
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล  
เนื่องจาก นางเพ็ญทิพย์ รัตนยุวกร และนางสาวจุฬารัตน์ คำพานุต์ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มี  
ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวอย่างดียิ่ง คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตาม  
เนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต ในการนี้นิสิตได้ประสานงานพร้อมทั้งส่งเอกสารให้กับผู้ตรวจ  
สอบความตรงฯ เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๖๔

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

สำเนาเรียน -นางเพ็ญทิพย์ รัตนยุวกร

-นางสาวจุฬารัตน์ คำพานุต์

ร่าง.....  
พิมพ์.....  
ทาน.....

ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

คำชี้แจง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับและทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามทุกฉบับ ตามความเป็นจริงที่ตรงกับตัวท่าน เพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลไปพัฒนาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมาโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาที่ทันเวลา ไม่เสียโอกาสในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิต โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะ

เฉียบพลัน

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะ

เฉียบพลัน

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางวิไลภรณ์ สว่างมงคล

นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความ  
และเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส  1. โสด  2. คู่  3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. โรคประจำตัว  1. ไม่มี  
 2. ความดันโลหิตสูง  3. เบาหวาน  
 4. ไขมันในเลือดสูง  5. โรคหัวใจ ระบุ.....  
 6. อื่น ๆ ระบุ.....
5. ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่  1. ไม่เคยดื่ม  
 2. ดื่ม.....ครั้งต่อสัปดาห์  
 3. เคยดื่ม เลิก.....ปี
6. ผู้ป่วยสูบบุหรี่หรือไม่  1. ไม่เคยสูบบุหรี่  
 2. สูบบุหรี่.....มวน/วัน  
 3. เคยสูบบุหรี่.....ปี เลิก.....ปี
7. ผู้ป่วยมีภาวะเครียดก่อนมีอาการหรือไม่  1. ไม่มี  2. มี
8. ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด  1. ไม่มี  
 2. มี ระบุ... 1. สามี  
 2. ภรรยา  
 3. ลูกพี่พี่น้อง  
 4. อื่นๆ.....
9. สิทธิการรักษาของผู้ป่วย  1. ชำระเงิน  2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)  
 3. ประกันสังคม  4. สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  
 5. อื่น ๆ.....



ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก  
เวชระเบียนของผู้ป่วย)

1. การวินิจฉัยชนิดของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

1. ชนิดขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack)  2. ชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke)

2. ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล

1. เริ่มเกิดอาการ (Onset of symptoms) วันที่.....เวลา.....น.

2. มาถึงโรงพยาบาล วันที่.....เวลา.....น.

3. รวมระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ.....นาที

3. อาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นก่อนนำมารักษาที่โรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1)  1. แขน/ ขาชาครึ่งซีก

2. แขน/ ขาอ่อนแรงครึ่งซีก

3. เดินเซ

4. กล้ามเนื้อใบหน้าชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก

2)  1. ตามัว

2.....

3)  1. ....

2.....

3.....

4.....

5.....

4)  .....

5)  .....

6)  .....

4. อาการแรกที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1)  1. แขน/ ขาชาครึ่งซีก

2)  .....

3)  .....

5. คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)

1. ....

2. ....

6. คะแนนกลาสโกว์โคมาสกออร์ (GCS)

1. ....

2. ....

## ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย

### คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยทำเครื่องหมาย ✓  ในหน้าข้อความ และเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ความสัมพันธ์ในครอบครัว  1. สามี  2. ภรรยา  3. บุตร  
 4. เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน  5. อื่น ๆ ระบุ .....
2. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
3. อายุ.....ปี
4. สถานภาพสมรส  1. โสด  2. คู่  3. หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา  1. ไม่ได้เรียน  2. ประถมศึกษา  
 3. ....  4. ....  
 5. ....  6. ....  
 7. ....
6. อาชีพ  1. ไม่ได้ทำงาน  2. ....  
 3. ....  4. ....  
 5. ....  6. ....
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/ เดือน
8. สิทธิการรักษาของท่าน.....
9. ....
10. ....
11. นอกจากผู้ป่วย มีบุคคลอื่นในครอบครัวของท่านที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือไม่  
 1. ไม่มี  
 2. มี .....

### ชุดที่ 3 แบบสอบถามการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

#### คำชี้แจง

ข้อคำถามต่อไปนี้ สอบถามเกี่ยวกับการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ขอให้ท่าน นึกย้อนเหตุการณ์ครั้งแรกที่ท่านพบญาติของท่าน (ผู้ป่วย) ก่อนที่ท่านจะนำญาติของท่านมาโรงพยาบาล ท่านจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับญาติของท่านขณะนั้นอย่างไร

ข้อใดต่อไปนี้ เป็นสิ่งที่ท่านทำ เมื่อท่านสังเกตพบว่ญาติของท่านมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงในช่อง  ที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

#### กรุณาเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

- 1. ท่านคิดว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายไปเอง
- 2. ท่านพยายามให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย
- 3. ท่านบอกคนอื่น
- 4. ....
- 5. ....
- 6. ....
- 7. ....
- 8. ....
- 9. ....
- 10. ....

**ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน**  
**คำชี้แจง**

ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันตามการรับรู้ของท่าน

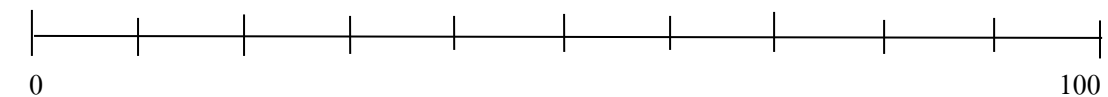
ขอให้ท่านนึกย้อนเหตุการณ์ครั้งแรกว่าท่านพบญาติของท่านมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ก่อนที่ท่านจะนำญาติของท่านมาโรงพยาบาล ท่านคิดว่าญาติของท่านมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมากน้อยเพียงใด

กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงที่กำหนดให้ ตามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น (ไม่ว่าท่านจะทำเครื่องหมายลงบนตำแหน่งใด จะไม่มีตำแหน่งที่ถูกหรือผิด เพราะเป็นการรับรู้ของท่านเอง)

โดย 0 หมายถึง ไม่รุนแรง และ 100 หมายถึง รุนแรงมากที่สุด

ท่านคิดว่าญาติของท่านมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมากน้อย

เพียงใด



ไม่รุนแรง

รุนแรงมากที่สุด

**ชุดที่ 5 แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน**  
**คำชี้แจง**

ข้อคำถามต่อไปนี้ สอบถามถึงการรับรู้ของท่านเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เกิดกับญาติของท่าน (ผู้ป่วย) โดยพิจารณาจากอาการและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ขอให้ท่านนึกย้อนถึงเหตุการณ์ครั้งแรกที่เกิดกับญาติของท่าน ก่อนที่ท่านจะนำญาติของท่านมาโรงพยาบาล ญาติของท่านมีอาการในแต่ละข้อหรือไม่ และท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

กรุณาตอบข้อคำถามต่อไปนี้ทุกข้อ โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นและการรับรู้ของท่านมากที่สุด โดยมีคำตอบให้เลือก ดังนี้ มีอาการและท่านคิดว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ญาติของท่านมีอาการตามข้อความในแต่ละข้อ

**เห็นด้วย** หมายถึง ญาติของท่านมีอาการนั้น และท่านรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

**ไม่เห็นด้วย** หมายถึง ญาติของท่านมีอาการนั้น แต่ท่านรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

**ไม่แน่ใจ** หมายถึง ญาติของท่านมีอาการนั้น แต่ท่านไม่แน่ใจว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันหรือไม่

**ไม่มีอาการ** หมายถึง ญาติของท่านไม่มีอาการตามข้อความในข้อนี้

**ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม**

กรณีญาติของท่านไม่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาล เช่น

ข้อความ	ไม่มีอาการ	มีอาการและท่านคิดว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
.....	✓			

กรณีญาติของท่านมีอาการก่อนมาโรงพยาบาล กรุณาเลือกตอบว่า เห็นด้วย ไม่แน่ใจ หรือไม่เห็นด้วย เช่น

ข้อความ	ไม่มีอาการ	มีอาการและท่านคิดว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
.....			✓	

จากข้อความข้างล่าง ญาติของท่านมีอาการในแต่ละข้อหรือไม่ ถ้ามีอาการท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ข้อความ	ไม่มีอาการ	มีอาการและท่านคิดว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. อาการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใด เช่น เดินเซ หรือเดินลำบากอย่างทันทีทันใด				
2. ....				
3. ....				
4. ....				
5.....				
6. ....				
7. ....				
8. ....				

จากข้อความข้างล่าง ท่านเห็นด้วย หรือไม่แน่ใจ หรือไม่เห็นด้วย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
9. จากอาการที่เกิด..... .....			

**ชุดที่ 6 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด**

**คำชี้แจง**

ข้อคำถามต่อไปนี้ สอบถามความรู้ ความเข้าใจของท่าน เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ขอให้ท่านนึกย้อนเหตุการณ์ครั้งแรก ที่ท่านพบญาติของท่านมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ท่านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยง อาการและการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือไม่

กรุณาตอบข้อคำถามต่อไปนี้ทุกข้อ โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับ ความเข้าใจของท่าน โดยมีคำตอบให้เลือก ดังนี้

**ถูก** หมายถึง ท่านทราบเกี่ยวกับข้อความในข้อนั้นๆ ว่าถูกต้อง

**ผิด** หมายถึง ท่านทราบเกี่ยวกับข้อความในข้อนั้นๆ ว่าไม่ถูกต้อง

**ไม่แน่ใจ** หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความในข้อนั้นๆ ถูกต้องหรือไม่

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
1. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นโรคที่เกิดบริเวณหลอดเลือดสมองไม่ใช่ที่เนื้อสมอง			
2. โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมองก็ได้			
3. ....			
4. ....			
5. ....			
6. ....			
7. ....			
8. ....			
9. ....			
10. ....			
11. ....			
12. ....			
13. ....			

ภาคผนวก ง  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญลักษณ์ บรรณลิขิตกุล คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพ ที่ 13 สังกัดศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร แห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. ดร.สุจรรยา โลหาชีวะ อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
3. อาจารย์สุภาพ เหมือนชู หัวหน้างานบริหารความเสี่ยง อาจารย์ประจำสาขาภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ปรีชญาทิพย์พยาบาลศาสตรบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. นางเพ็ญทิพย์ รัตนยุวกร หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
5. นางสาวจุฬารัตน์ คำพานุฑย์ พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ผู้ชำนาญการพิเศษ สาขาผู้สูงอายุ ด้านโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา