

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ดวงทิพย์ บินไทยสงค์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

.....
ธาวทิพย์ บินไทยสงค์

นางสาวธาวทิพย์ บินไทยสงค์
ผู้วิจัย ,

.....
ดร. พยงค์

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี,
พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
[Signature]

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิศสมัย อรทัย,
ค.ค. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ดร. รณกร

ศาสตราจารย์ ดิษยา รัตนกร,

พ.บ., ว.ว. ประสาทวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
[Signature]

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ดร. พยงค์

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2555

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิศสมัย อรทัย,
ค.ด. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ ดิษยา รัตนากร,
พ.บ., ว.ว. ประสาทวิทยา
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชนกพร จิตปัญญา,
Ph.D. (Nursing Science)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

นางสาวดวงทิพย์ บินไทยสงค์
ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรณู พุกบุญมี,
พย.ด.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธรัক্তি,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ วินิต พัวประดิษฐ์,
พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี ด้วยความเมตตากรุณา ความเอื้ออาทรและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธักดิ์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย อรทัย และศาสตราจารย์ พ.ญ.ศิษยา รัตนกร อาจารย์ที่ปรึกษาควบคุมวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ รวมทั้งฝึกฝนทักษะต่างๆ แก่ผู้วิจัย และกราบขอบพระคุณ นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา, รองศาสตราจารย์ไสว นรสาร และคุณวรรัตน์ เจริญรุ่งเรือง ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลรามาริบัติทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณญาติและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่เข้าร่วมวิจัย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้วิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ ขอขอบคุณพี่ๆ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กันและกันเสมอมา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ที่คอยให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ที่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนทุนทรัพย์ในการเรียนครั้งนี้ ขอขอบคุณพี่สาว น้องสาว และคุณณัฐริ์ ที่คอยห่วงใย ให้กำลังใจเมื่อยามท้อแท้ และกระตุ้นให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วง คุณความดีและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และทุกๆ ท่าน

ดวงทิพย์ บินไทยสงค์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
FACTORS RELATED TO ONSET ARRIVAL TIME IN PATIENTS WITH ACUTE STROKE

ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ 5036186 RAAN/M

พช.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรสา พันธุ์กักดี, พช.ค., พิศสมัย อรทัย, ค.ค. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา),
ศิษยา รัตนกร, พ.บ. ว.ว.ประสาทวิทยา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองและคณะเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 76 ราย ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามาธิบดี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยฐานนิยม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเฉลี่ย 95.29 นาที กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ใช้รถส่วนตัวในการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง และรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง และระบบการนำส่งผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า ควรให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการกับอาการแก่บุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง/ การรับรู้/ ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล

FACTORS RELATED TO ONSET ARRIVAL TIME IN PATIENTS WITH ACUTE STROKE

TUANGTHIP BINTHAISONG 5036186 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ORASA PANPAKDEE, DNS., PISAMAI ORATHAI, Ph.D.
(EDUCATIONAL RESEARCH METHODOLOGY), DISYA RATANAKORN, M.D.

ABSTRACT

The study aims to explore onset arrival time and factors related to onset arrival time in patients with acute stroke. Dodd's symptom management model was used as the research framework. Purposive sampling was used to select 76 transporters of patients with acute stroke who were admitted to the acute stroke unit, Ramathibodi hospital. The following instruments were used to collect data: the demographic data assessment form, the hospital visit records, the perception of stroke questionnaire and the perception of stroke severity questionnaire. Data were analyzed in terms of frequency, percentage, mean, mode, standard deviation, chi-square and pearson's product moment correlation coefficient.

The findings of this study showed that onset arrival time mean was 95.29 minutes. Most of the participants were women. They were either spouses or children of the patients. The most common symptom that persuaded participants to bring stroke patients to hospital was sudden weakness of the arm or leg especially on one side of the body, and they were transported by private car. Participants had a correct perception of stroke and a moderate score of perception of stroke severity. In addition, the perception of stroke and perception of stroke severity were negatively related to onset arrival time at .05 and .01 level of statistical significance respectively. Age, education level, income of the subject and patient transfer system were not related to onset arrival time. It could be explained that transporters who had a correct perception of stroke and high perception of stroke severity would have a reduced onset arrival time to the hospital.

The findings of this study suggest that health care providers should provide information to increase perception of a stroke, and management for family members of persons who are at risk of stroke.

KEY WORDS: STROKE/ PERCEPTION/ ONSET ARRIVAL TIME

97 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	9
สมมุติฐานการวิจัย	9
ประโยชน์ที่ได้รับ	10
นิยามศัพท์	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	12
ความหมาย พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง	12
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	15
การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน	18
ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
ระยะเฉียบพลัน	20
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วย	
โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	27
การกำหนดขนาดตัวอย่าง	27
สถานที่ศึกษา	28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	29
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	31
การเก็บรวบรวมข้อมูล	33
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย	34
การวิเคราะห์ข้อมูล	34
บทที่ 4 ผลการวิจัย	36
บทที่ 5 อภิปรายผล	45
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	55
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	60
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	71
รายการอ้างอิง	82
ภาคผนวก	90
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	91
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมในคน	92
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	94
ประวัติผู้วิจัย	97

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	37
4.2 ร้อยละของข้อมูลการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	38
4.3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	40
4.4 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง	41
4.5 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง แยกเนื้อหาตามรายด้าน	42
4.6 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	42
4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง และระบบการนำส่งผู้ป่วย กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	43
4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	44
1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	65
2 Coefficient of correlation between age, perception of stroke, perception of stroke severity of transporters, and onset arrival time in patients with acute stroke	76

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1.1 รูปแบบจำลองแนวคิดการจัดการกับอาการ	7
1.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	9

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke หรือ cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด ในจำนวนผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่รับไว้ในโรงพยาบาล เป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง และผลจากโรคทำให้เกิดความพิการ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความพิการ (Moser, et al., 2006) โดยประชากรประมาณ 4.8 ล้านคน ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Ivonne-Marie, et al., 2007) และอีกประมาณ 185,000 คน ต้องประสบกับการกลับเป็นซ้ำของโรคภายใน 1 ปี (Roger, et al., 2011) จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มว่าจะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ อันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและเนื้องอก อุบัติเหตุ ตามลำดับ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15,648 คน คิดเป็นร้อยละ 24.66 ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552) ร้อยละ 70 ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะมีความพิการ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในเรื่องกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาด้านการพูดและการสื่อสารกับผู้อื่น (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

โรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและความพิการ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าใช้จ่ายที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดอื่น (วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, 2542) ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยพบว่า เสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 65.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (Rosamond, et al., 2008) และในประเทศไทยพบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตกรุงเทพมหานครเฉลี่ยเท่ากับ 7,8924.84 บาทต่อรายต่อปี (อาทร รวีไพบูลย์, กันยารัตน์ ปนสูงเนิน และวัชรารวีไพบูลย์, 2550) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังส่งผลต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจระดับประเทศเป็นอย่างมาก ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมี

ประสิทธิภาพ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยทำให้ลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการเกิดความพิการ ลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคเรื้อรังต่อไป

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิก (clinical syndrome) ประกอบด้วยลักษณะอาการทางระบบประสาทบกพร่อง (neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง (World Health Organization, 2006) อาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากการแตก ตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง พบว่า ร้อยละ 88 เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemic stroke) ร้อยละ 9 เกิดจากหลอดเลือดในสมองแตก (intracerebral hemorrhage) และร้อยละ 3 เกิดจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) (Barker, 2008) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับขนาดหรือบริเวณที่สมองขาดเลือดมาเลี้ยง หรือบริเวณที่มีเลือดออก โดยภายใน 1 นาทีที่สมองขาดเลือดจะทำให้เซลล์ประสาทตายอย่างน้อย 2 ล้านเซลล์ และปมประสาท 14 ล้านปมถูกทำลาย (American Stroke Association, 2012) สมองจะเสียการทำงานอย่างถาวรเมื่อขาดเลือดมาเลี้ยงหรือถูกกดจากก้อนเลือดนานกว่า 3-6 ชั่วโมง ซึ่งการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีเป้าหมายคือ ต้องได้รับการรักษารวดเร็วที่สุด (ศิษยา รัตนกร และเจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2550) และช่วยให้เลือดกลับไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้มากที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดเนื้อสมองตายหรือทำให้เกิดน้อยที่สุด (Hinkle & Guanci, 2007) ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่ระยะแรก จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น ลดความพิการ หรือลดอัตราการตายลงได้ (Shephard, 2004)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีการพัฒนาไปเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาอันรวดเร็วภายหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) ได้แก่การฉีด recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ขนาด 0.9 มก./กก. เข้าทางหลอดเลือดดำ ให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีการตีบและอุดตันของหลอดเลือดสมอง ภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง และได้รับยา rt-PA จะกลับมามีอาการเป็นปกติ (กิตติศักดิ์ เก่งสกุล, 2550) นอกจากนี้ ยา rt-PA สามารถช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง (Zerwic, Hwang, & Tucco, 2007) สามารถช่วยลดการเกิดความพิการภายใน 3 เดือนหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และประสิทธิภาพของยา rt-PA มีประโยชน์ในการป้องกันกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ภายใน 1 ปี (Lopez, et al., 2001) และยังพบว่า

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยในผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA เท่ากับ 7.5 วัน ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา rt-PA ที่จะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 10-14 วัน (Lopez, et al., 2001) ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตก การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอย่างรวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก หรือได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก ลดความพิการ หรือลดอัตราการตายลงได้ (Shephard, 2004; Hickey, 2003)

แม้ว่าทางการแพทย์จะมีความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แต่กลับพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่ได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางการแพทย์เท่าที่ควร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน สูญเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ หรือถึงแม้ได้รับการรักษาก็อาจจะไม่ได้ผลดี เนื่องจากรับการรักษาช้าเกินกว่าที่จะได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองสาเหตุส่วนหนึ่ง มาจากผู้ป่วยหรือบุคคลใกล้ชิด ไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งได้แก่ อาการแขนขาอ่อนแรง ชา ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด พูดไม่ชัด เวียนศีรษะ เดินเซ (American Stroke Association, 2011) นั้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเข้ารับการรักษานานเกินกว่า 3 ชั่วโมง และสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มารับการรักษาในโรงพยาบาล คือการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเอง หรือจากญาติบุคคลใกล้ชิด และผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการพูดไม่ชัด พูดสับสน แขนขาอ่อนแรง ปวดศีรษะรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ เดินเซ หรือปากเบี้ยว (American Stroke Association, 2011) จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษา มีความสำคัญและมีความหมายกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เป็นเพราะว่าการมารับการรักษาที่รวดเร็วภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษา ด้วยการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เฉพาะในรายที่ไม่มีการแตกของหลอดเลือดสมอง ซึ่งการศึกษาเรื่องระยะเวลาดังแต่เกิดอาการจนกระทั่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ระยะเวลาดังแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนถึงเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 3-6 ชั่วโมง (Zerwic et al., 2007; Gargano, Wehner & Reeves, 2011; Maze & Bakas, 2004) สำหรับในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบดี ในปี 2005 ใช้เวลาดังแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนถึงเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมี

ระยะเวลาตั้งแต่ 10 นาทีจนถึง 7 วัน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 25 ชั่วโมง (Ratanakorn, Keandoungchun, Sittichanbuncha, Laothamatas & Tegeler, 2012) และจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในประเทศไทย ได้รับการรักษาได้ทันเวลา ภายใน 3 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 1.96 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553)

การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในประเทศญี่ปุ่น พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันคือ อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการหรือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล การใช้บริการระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service : EMS) และโรงพยาบาลที่มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย (guidelines) โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะ จะทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น (Yuichiro, Toshiro, Yochiro, Teruyuki & Makoto, 2007) และจากการศึกษาของแซพฮาร์ด (Shephard, 2004) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของทานากะและคณะ (Tanaka, Nakajima, Hirano & Uchino, 2009) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่า อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ระยะทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเองหรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการมารับการรักษานในโรงพยาบาล

จากการที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของญาติ ผู้นำส่ง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่จะนำผู้ป่วยมารับการรักษานโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยที่คาดว่าจะสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่จะศึกษากครั้งนี้ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง และระบบการนำส่งผู้ป่วย ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ช่วยลดระยะเวลาระหว่างเริ่มเกิดอาการจนถึงการได้รับการรักษา ก่อให้เกิดการรักษานที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อัตราตายและอัตราการเกิดภาวะพิการลดลง

นอกจากนี้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาในอนาคตต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการ (model of symptom management) ของ คอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) แบบจำลองการจัดการกับอาการได้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของลาร์สัน และคณะ (Larson, Carrieri-Kohlman, Dodd, Douglas, Faucett & Froelicher, 1994) ซึ่งกล่าวถึง 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์อาการ (symptom experience) วิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลของการจัดการกับอาการ (symptom outcome) นอกจากนั้นคอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) ได้กล่าวถึงมโนทัศน์ทางการพยาบาลที่มีอิทธิพลต่อ 3 มโนทัศน์หลักดังกล่าว ได้แก่ องค์ประกอบด้านบุคคล มีผลต่อการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกัน องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย อีกทั้งมีผลต่อการเลือกหรือตัดสินใจในการดูแลรักษา และสุดท้ายองค์ประกอบทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

แบบจำลองการจัดการกับอาการ ได้เน้นการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้การดูแลตนเองซึ่งเน้นทักษะ ความรู้ และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการกับอาการของตน ซึ่ง คอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) ได้กล่าวว่า อาการที่เกิดขึ้นที่มีเพียงเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงขึ้น เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์หรือนุคลากรในทีมสุขภาพ โดยอาการดังกล่าวไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่ยังรบกวนในการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการจัดการกับอาการนั้นเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยเอง และสมาชิกในครอบครัว

คอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) ได้อธิบายว่า แนวความคิดพื้นฐานตามแบบจำลองการจัดการกับอาการ เชื่อในประสบการณ์และศักยภาพของคน และเชื่อว่าคนมีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ การพยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอีกครั้งหนึ่ง

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการ โดยทั้ง 3 มโนทัศน์หลัก มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

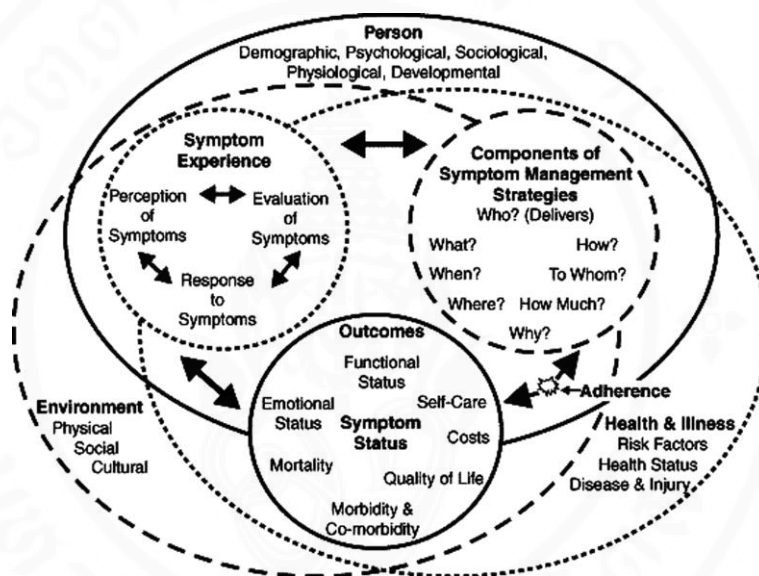
1. ประสบการณ์อาการ (symptom experience) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการ การตอบสนองต่ออาการ และการรับรู้ต่ออาการนั้นจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างไปจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินอาการและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ การคุกคาม และผลของอาการนั้นๆ ต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการจะประกอบไปด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งความเข้าใจในองค์ประกอบของประสบการณ์อาการมีความสำคัญเพื่อนำไปสู่การจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ภายในมโนทัศน์ของประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย มโนทัศน์ย่อยอีก 3 มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้อาการ (perception of symptoms) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms)

เมื่อบุคคลรู้สึกว่าร่างกาย หรือพฤติกรรมมีความเปลี่ยนแปลง และมีความผิดปกติไปจากเดิม ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่ออาการ ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล เมื่อมีการรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นแล้ว จะมีการประเมินอาการในเรื่องความรุนแรง และการประเมินภาวะคุกคามของอาการ โดยการประเมินอาการนั้น จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และเมื่อเกิดการประเมินอาการแล้วก็จะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลรับรู้ถึงอาการ และทำการประเมินอาการแล้วผลของอาการที่เกิดขึ้น จะส่งผลคุกคามต่อตนเอง บุคคลก็จะแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อนำมาจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2. วิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) มีเป้าหมายคือเพื่อขจัดปัญหา หรือชะลอผลของการเกิดอาการที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองหรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งองค์ประกอบในการจัดการกับอาการจะประกอบไปด้วย ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (who) วิธีการจัดการอาการที่ใช้คืออะไร (what) จัดการเมื่อไหร่ (when) ที่ไหน (where) ทำไม (why) อย่างไร (how) เพื่อใคร (to whom) และค่าใช้จ่ายเท่าไร (how much)

3. ผลของการจัดการกับอาการ (symptom outcome) เป็นผลมาจากประสบการณ์อาการ (symptom experience) และวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) ซึ่งผลของการจัดการกับอาการจะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับอาการ โดยมี 8 ตัวชี้วัดคือ สภาพอาการ (symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) สภาพอารมณ์ (emotional status) ค่าใช้จ่าย (costs) การเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน (morbidity and co-morbidity) อัตราตาย (mortality) คุณภาพชีวิต (quality of life) และการดูแลตนเอง (self-care)

แนวคิดการจัดการกับอาการสามารถสรุปได้ว่า บุคคลแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากองค์ประกอบเหล่านี้จะมีผลต่อประสบการณ์อาการ การรับรู้ และการประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการ วิธีจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการ โดยจะส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การเลือกจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคล (แผนภูมิที่ 1.1)



แผนภูมิที่ 1.1 รูปแบบจำลองแนวคิดการจัดการกับอาการ (Dodd, et al., 2001)

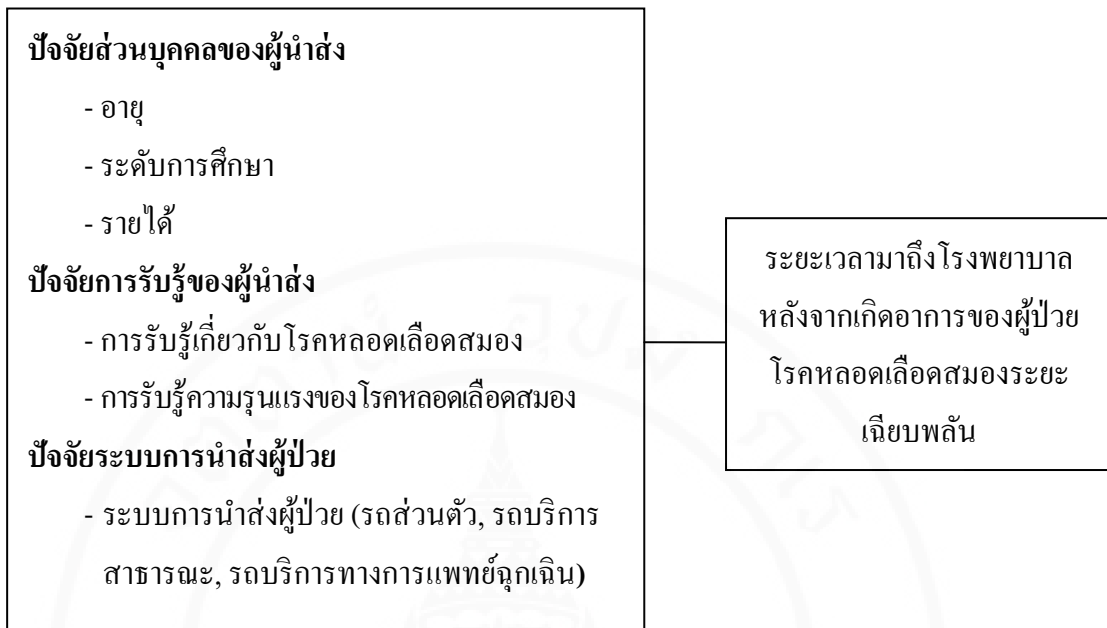
จากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ นำมาอธิบายปรากฏการณ์ของประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการ ผลของการจัดการกับอาการ ของผู้ป่วยและผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในการศึกษาครั้งนี้ จะประกอบไปด้วย

ประสบการณ์อาการ (symptom experience) ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการรับรู้ของผู้นำส่ง ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ อาการแขนขาอ่อนแรง ชา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ปวดศีรษะหรือหมดสติ จากอาการดังกล่าวหากผู้นำส่ง สามารถประเมินได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงเป็นสิ่งที่คุกคามและมีอันตรายต่อชีวิต จึงทำให้เกิดการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

วิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) คือกระบวนการที่ผู้นำส่ง นำมาจัดการกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น เริ่มจากที่ผู้นำส่ง รับรู้และประเมินอาการที่เกิดขึ้นแล้วนั้น เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ต้องมีวิธีการจัดการกับอาการ โดยกระบวนการจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการนั้นจะต้องเกิดผลที่ดีกับตัวผู้ป่วย โดยวิธีการจัดการกับอาการจะต้องมีความสัมพันธ์กับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คือ ระบบการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล โดยระบบการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลนั้น อาจจะมีการใช้รถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน รถบริการสาธารณะหรือรถส่วนตัว หากระบบการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมีความสะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดผลการจัดการกับอาการที่ดีเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ผลของการจัดการกับอาการ (symptom outcomes) จะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของวิธีการจัดการกับอาการ ผลของการจัดการกับอาการจะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับอาการที่ผู้นำส่งเลือกใช้ โดยในการศึกษาครั้งนี้ผลของการจัดการกับอาการ ผู้วิจัยได้ใช้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ มาเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการจัดการกับอาการ

จากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ ที่นำมาอธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยผลของการจัดการกับอาการได้แก่ ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการคือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง และระบบการนำส่งผู้ป่วย จากทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้นำเสนอมาสามารถแสดงกรอบแนวคิดของวิจัย ได้ดังนี้ (แผนภูมิที่ 1.2)



แผนภูมิที่ 1.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

สมมุติฐานการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับทางลบกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
2. อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้นำส่ง และระบบการนำส่งผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ประโยชน์ที่ได้รับ

พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่เป็นผลจากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนปรับปรุง/พัฒนา วิธีการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังสามารถนำข้อมูลที่เป็นผลจากการศึกษาไปใช้รณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยหรือประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้มาได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดอาการ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดความพิการ

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน หมายถึง บุคคลที่มีอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยความพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขน ขาอ่อนแรง ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด เดินเซ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาในแผนกฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ

ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยคิดเวลาเป็นนาที รวบรวมข้อมูลจากการสอบถามผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 2 ระดับคือ การมารับการรักษาเร็ว หมายถึง ใช้ระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 120 นาที การมารับการรักษาช้า หมายถึง ใช้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการมากกว่า 120 นาที (Zerwic et al., 2007; Kim, Ahn, Kim & Hong, 2011; Gargano, et al., 2011)

ผู้นำส่ง หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติครั้งสุดท้าย และมีส่วนช่วยเหลือนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะเป็นผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นที่พบเห็นอาการของผู้ป่วย

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การรับรู้ที่เกิดจากกระบวนการทางความคิด ที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องอาการ อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการกับอาการของผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จากการได้รับการศึกษาในสถานศึกษา หรือประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยประเมินจาก แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัย

สร้างขึ้น การแปลคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติ หรือความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง โดยประเมินจากแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของแซพฮาร์ด (Shephard, 2004) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย การแปลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก

ระบบการนำส่งผู้ป่วย หมายถึง วิธีการที่ผู้นำส่งนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจากสถานที่ที่เกิดอาการไปยังแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้รถส่วนตัว รถบริการสาธารณะ หรือรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้รวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความหมาย พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
3. การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน
4. ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ความหมาย พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำนิยามของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิก ที่ประกอบด้วยลักษณะของอาการทางระบบประสาทบกพร่อง เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการ หรืออาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง พบว่า ร้อยละ 88 เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemic stroke) ร้อยละ 9 เกิดจากหลอดเลือดในสมองแตก (intracerebral hemorrhage) และร้อยละ 3 เกิดจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) (Barker, 2008)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ เกิดการตีบตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็กในสมอง และเกิดจากการอุดตันของลิ่มเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือด (Hickey, 2003)

1.1 การตีบตันของหลอดเลือดในสมองส่วนใหญ่ มักจะมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) และความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นเวลานาน (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) โดยภาวะหลอดเลือดแข็งตัวจะทำให้รูของหลอดเลือดแดงในสมองมีขนาดเล็กลง จนเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ การตีบตันหลอดเลือดสามารถเกิดขึ้นได้ทุกแห่งของหลอดเลือดสมอง โดยจะพบมากที่บริเวณหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (middle cerebral arteries) (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

1.2 การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลิ่มเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือด ต้นกำเนิดของลิ่มเลือดดังกล่าวมักเกิดจากหัวใจ ภาวะหรือโรคหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดในกระแสเลือด ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) โรคลิ้นหัวใจ (valvular heart disease) หรือจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม และภายหลังการผ่าตัดหัวใจ การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสิ่งอุดกั้นอื่นๆ ที่ลอยในกระแสเลือด เช่น ฟองอากาศ ชิ้นส่วนของไขมันที่เกิดภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บ หรือกระดูกหัก เป็นต้น (Barker, 2008)

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออก (hemorrhagic stroke) สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังของหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอ่อนแอ ทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย เมื่อเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดสมอง เลือดที่ออกมาจากการแตกของหลอดเลือดจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด (hematoma) เข้าไปเบียดแทนที่เนื้อสมองบริเวณที่มีการแตกของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นถูกกด เกิดการอักเสบ หากถูกกดและอักเสบเป็นระยะเวลา 3-6 ชั่วโมง ทำให้เกิดภาวะเซลล์สมองขาดเลือด และเกิดเนื้อสมองตาย และปัญหาสำคัญคือ ก้อนเลือดที่มีขนาดใหญ่ ที่กดเบียดเนื้อสมองทำให้มีภาวะสมองบวม (brain edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้าอาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองยื่น (brain herniation) ได้ (Hickey, 2003) ถ้าการแตกของหลอดเลือดสมองไม่มากนัก ก้อนเลือดที่กดเนื้อสมองจะค่อยๆ ซึมเข้าสู่หลอดเลือดสมองจนหมดภายในระยะเวลา 2-6 เดือน (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) ตำแหน่งของสมองที่เกิดภาวะเลือดออกได้บ่อย ได้แก่ basal ganglia, thalamus, cerebellum และ pons

3. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดที่โป่งพองบริเวณชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง สาเหตุการแตกของหลอดเลือดมักเกิดจากการได้รับบาดเจ็บ กระแทก อุบัติเหตุ ความดันโลหิตสูง หรือมีความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง (Hickey, 2003; Herrmann & Zabramski, 2007)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง อาจมีเพียงเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดรอยโรค ระยะเวลาที่สมองขาดเลือด หรือถูกกด อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใดโดยเฉพาะที่มีอาการเพียงข้างเดียว พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดขึ้นมาทันทีทันใด ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดที่ไม่เคยเป็นมาก่อน และเวียนศีรษะบ้านหมุน (American Stroke Association, 2011)

นอกจากนี้อาการของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดสมองที่เกิดความผิดปกติ ซึ่งมีรายละเอียดของอาการดังนี้

กลุ่มอาการ anterior cerebral artery (ACA) การอุดตันของหลอดเลือดสมองบริเวณนี้ จะทำให้ร่างกายด้านตรงข้ามกับรอยโรคอ่อนแรง และมักจะพบว่าขาอ่อนแรงมากกว่าแขน เท้าและปลายขาอ่อนแรงมากกว่าต้นขา มีอาการอ่อนแรงบริเวณหัวไหล่มากกว่าที่ปลายแขนและมือ และพบว่าจะมีอาการชาในบริเวณดังกล่าวร่วมด้วย โดยในผู้ป่วยบางรายขยับแขนขาไม่ได้เมื่อผู้อื่นบอกให้ทำ แต่สามารถขยับได้เองตามสัญชาตญาณหรือความเคยชิน (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; Kirshner, 2009; Ignatavicius & Hausman, 2011)

กลุ่มอาการ middle cerebral artery (MCA) การอุดตันของหลอดเลือด middle cerebral artery บริเวณส่วนต้น มักเกิดจากลิ่มเลือดที่ลอยอยู่ในกระแสเลือด (emboli) (Ignatavicius & Hausman, 2011) พบว่าผู้ป่วยจะมีความผิดปกติ ได้แก่ กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก อาจมีอาการชาครึ่งซีกร่วมด้วย ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของการมองเห็นแบบ homonymous hemianopia ทั้งนี้อาการชา อาการอ่อนแรง และความผิดปกติของการมองเห็น จะเกิดด้านตรงข้ามกับด้านที่มีพยาธิสภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยมักจะมีอาการกลืนลำบาก และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ร่วมด้วย (Barker, 2008)

กลุ่มอาการ vertebrobasilar artery การเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองบริเวณนี้ แม้เป็นข้างใดข้างหนึ่งของสมอง มักจะทำให้มีอาการและอาการแสดงปรากฏที่ร่างกายทั้งสองซีก อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ความบกพร่องในการรับรู้ความเจ็บปวด และอุณหภูมิ

หนังตาตก สูญเสียการหลั่งเหงื่อบริเวณใบหน้า กลืนลำบาก พูดไม่ชัด (dysarthria) เสียงเปลี่ยน (dysphonia) ตาคำกระตุก (nystagmus) เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน (Barker, 2008; Kirshner, 2009; Ignatavicius & Hausman, 2011)

กลุ่มอาการ posterior cerebral artery การอุดตันของหลอดเลือดสมองบริเวณนี้ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึกครึ่งซีก สูญเสียความสามารถในการมองเห็น หรือความสามารถในการแยกสี (dyschromatopsia) สูญเสียความสามารถในการอ่านโดยที่ยังเขียนได้ และสูญเสียความทรงจำ (Hickey, 2003; Kirshner, 2009)

ส่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการมีเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) อาการจะขึ้นอยู่กับขนาดและบริเวณที่ก้อนเลือด (hematoma) กดเบียดเซลล์สมอง เช่น ถ้ามีเลือดออกที่บริเวณก้านสมอง (brainstem) จะมีอาการหมดสติ และเป็นอัมพาตของแขนขาทั้งหมด (quadriplegia) ในขณะที่เลือดที่ออกมีขนาดเท่ากันแต่เกิดที่ basal ganglia จะทำให้มีอาการอ่อนแรง (hemiparesis) โดยไม่มีอาการหมดสติ (Hickey, 2003) โดยพบว่าขนาดของก้อนเลือดที่เกิดขึ้นมีขนาดใหญ่อาการจะยิ่งรุนแรง อาการพว่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการมีเลือดออกจะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองมักจะมีอาการหมดสติ อาเจียน ปวดศีรษะรุนแรง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ และประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (American Stroke Association, 2011) ซึ่งรายละเอียดมีดังต่อไปนี้

อายุ จากสถิติสาธารณสุขปี 2549 พบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองของประชากรในช่วงอายุ 45-49 ปี เท่ากับ 1,083 ราย และประชากรในช่วงอายุ 70-74 ปี เท่ากับ 1,598 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2549) จากสถิติของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว อัตราเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วย โดยพบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่อมีอายุมากกว่า 55 ปี (American Stroke Association, 2011; Cubrilo-Turek,

2004) และอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือด และชนิดหลอดเลือดสมองแตก (Barker, 2008; Cubrilo-Turek, 2004)

เพศ ในเกือบทุกช่วงอายุ เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง (Gargano, Wehner & Reeves, 2009; Cubrilo-Turek, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเกือบทุกช่วงอายุ (American Stroke Association, 2011)

เชื้อชาติ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราการรับผู้ป่วยคนผิวดำที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีมากกว่าคนผิวขาว ทั้งเพศชายและหญิง และคนผิวดำ คนพื้นเมือง คนเอเชียจะมีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนผิวขาว (Sacco, Hauser & Mohr, 1991 cited in กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; Cubrilo-Turek, 2004) แต่ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถบอกได้ว่าความเสี่ยงและอัตราการเสียชีวิตที่แตกต่างกันนั้นเกิดจากปัจจัยด้านกายภาพ ความแตกต่างด้านเศรษฐกิจ หรือโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

ความดันโลหิตสูง ภาวะนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (Cubrilo-Turek, 2004) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยแต่ละราย โดยพบว่าความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) ที่เพิ่มขึ้น ในผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Kirshner, 2009)

ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตันของลิ่มเลือด (emboli) โดยพบว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จะมีภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว และภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 5 เท่า หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (anticoagulant) (Cubrilo-Turek, 2004)

เบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่เพิ่มเติมจากภาวะความดันโลหิตสูง ความอ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูง โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2-4 เท่าในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 20 ของผู้ป่วย

เบาหวานจะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรคเบาหวานสามารถทำให้เกิดภาวะ หลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ได้ทั่วร่างกาย โดยเฉพาะหลอดเลือดขนาดเล็กในสมอง (Kurth, et al., 2006; Cubrilo-Turek, 2004)

ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคของหลอดเลือด โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษา พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับโคเรสเตอรอล (cholesterol) ในกระแสเลือดที่เพิ่มขึ้น ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งในเพศชายและเพศหญิง จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 13,000 ราย ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี (Cubrilo-Turek, 2004; Ignatavicius & Hausman, 2011)

ความอ้วน ทำให้ความเสี่ยงในการโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดสมองแตก (Cubrilo-Turek, 2004) จากการศึกษาข้อมูลเรื่องความอ้วนพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและเบาหวานอย่างชัดเจน ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้เห็นว่าความอ้วนน่าจะมีผลต่อปัจจัยส่งเสริมในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Kurth, et al., 2006)

การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสูบบุหรี่ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (Cubrilo-Turek, 2004) สาเหตุที่บุหรี่ทำให้ผู้สูบเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายมีหดตัว (vasoconstriction) โดยเฉพาะหลอดเลือดขนาดเล็กในสมอง และการสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะ hypercoagulability ของเกร็ดเลือด จากการกระตุ้นการทำงานของไฟบริโนเจน (fibrinogen) ทำให้เลือดในร่างกายมีความหนืดขึ้น และอาจเกิดการรวมตัวกันเป็นลิ่มเลือดลอยอยู่ในกระแสเลือด (Kirshner, 2009) นอกจากนั้นปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) ที่เพิ่มขึ้นในผู้สูบบุหรี่ ยังมีผลต่อการทำลาย endothelial cell ที่บริเวณผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบง่ายขึ้น ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จึงแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่อบอวลด้วยควันบุหรี่ (Kurth, et al., 2006; Ignatavicius & Hausman, 2011)

การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้ว/วัน เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าความเสี่ยงยิ่งสูงขึ้นเมื่อมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก

ขึ้นทั้งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายและเพศหญิง (Patra, et al., 2010; Kirshner, 2009; Cubrilo-Turek, 2004)

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้ผลดีนั้น ต้องเข้าใจกลไกการเกิดของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย โดยการรักษาแบ่งได้เป็นการรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และการทำกายภาพบำบัด (ดิษยา รัตนกรและเจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2550) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง จึงจัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่จะต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วนและถูกต้องภายใน 0-3 ชั่วโมง เพื่อป้องกันไม่ให้สมองได้รับอันตรายเพิ่มขึ้น

การรักษาจำเพาะในโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

1. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) โดยพิจารณาให้ยาเพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตัน ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในปัจจุบันได้แก่ ยากระตุ้นทิกซุพลาสมีโนเจน (recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) ขนาดที่ให้คือ 0.9 มก./กก. ขนาดสูงสุด 90 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (ดิษยา รัตนกรและเจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2550) แต่ไม่ควรเกิน 4.5 ชั่วโมง (Mikulik, et.al., 2012) โดยไม่ควรให้ยานี้แก่ผู้ป่วยหากประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีอาการนานกว่า 3 ชั่วโมง หรือไม่ทราบเวลาของการเกิดอาการอย่างแน่นอน และในรายที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเพียงเล็กน้อย เช่น แขนขาอ่อนแรงเล็กน้อย มีแต่อาการชา พูดไม่ชัดหรือเดินเซเพียงอย่างเดียว (นารามพร ประยูรวิวัฒน์, 2543) อย่างไรก็ตามการให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ทำให้มีเลือดออกในสมองรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Warlow, 2003) หรือเลือดออกในอวัยวะอื่นๆ จากการศึกษาของนิจรี สุวรรณเวลาและคณะ การให้ยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำจะมีประโยชน์เฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการมาไม่เกิน 3 ชั่วโมง และต้องมีโอกาสได้รับการรักษาในสถาบันที่มีความพร้อมทางด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือด้านบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และมีความสามารถที่จะแก้ปัญหาในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง การเกิดเลือดออกในสมองหรือเลือดออกในส่วนอื่นของร่างกาย (Suwanwela, et al., 2006)

2. การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ยาในกลุ่มนี้จะมีฤทธิ์ในการป้องกันไม่ให้เกิดการรวมตัวของลิ่มเลือด หรือในผู้ป่วยที่มีปัญหาเส้นเลือดอุดตันจากลิ่มเลือดที่หลุดออกมาจากหัวใจ (cardiac embolism) โดยให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดนานประมาณ 2 สัปดาห์ เนื่องจากอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงมากใน 2-3 สัปดาห์แรก ยาที่มักใช้ได้แก่ unfractionated heparin และ low molecular weight heparin (คิยา รัตนกรและเจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2550)

3. การให้ยาต้านการจับตัวของเกร็ดเลือด (antiplatelet aggregation) ในปัจจุบันนิยมใช้ยาแอสไพริน โดยที่ยาแอสไพรินจะออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ไซโคลออกซีจีเนส (cyclooxygenase) ในการสร้างทромโบเซน เอทู (thromboxane A₂) ซึ่งเป็นสารที่จะไปทำให้มีการจับกลุ่มของเกร็ดเลือด (platelet aggregation) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันระยะเฉียบพลัน ควรได้รับยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และยาแอสไพรินสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป (คิยา รัตนกรและเจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2550; นารพร ประยูรวิวัฒน์, 2543; Jauch, 2005)

การรักษาจำเพาะในโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออก

การรักษาจำเพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเลือดออกในสมองคือการผ่าตัด เพื่อเอาก้อนเลือดที่กดเบียดเนื้อสมองออก จะทำในกรณีที่ก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ซึ่งอาจทำให้เกิดความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นอย่างรุนแรง ในรายที่มีภาวะ cerebellar hemorrhage มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเกิน 3 เซนติเมตร และมีอาการทางระบบประสาทเลเวลลง หรือผู้ป่วยที่มีก้อนสมองถูกกดหรือมีน้ำคั่งในโพรงสมอง (hydrocephalus) ที่เกิดจากโพรงน้ำสมองถูกอุดกั้น และถ้าประเมินอาการของผู้ป่วยแล้วคิดว่ายังมีโอกาสจะดีขึ้นหลังได้รับการผ่าตัด การผ่าตัดมาตรฐานได้แก่การทำ craniotomy แต่ในรายที่มีก้อนเลือดขนาดเล็ก คือปริมาณเลือดน้อยกว่า 10 มิลลิลิตร หรือมีอาการทางระบบประสาทเพียงเล็กน้อย หรือในรายที่มีอาการหนักมาก glasgow coma score เท่ากับหรือต่ำกว่า 4 ควรได้รับการขยี้กการผ่าตัด (กิงแก้ว ปาจริย, 2550)

การรักษาจำเพาะในโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะหลอดเลือดออกใต้ชั้น arachnoid

การรักษาเพื่อป้องกันการแตกของหลอดเลือดซ้ำ โดยให้ผู้ป่วยนอนพักและให้ยาลดอาการปวดศีรษะที่มีฤทธิ์แรง ชนิดที่ไม่กดภาวะรู้สติ เช่น tramadol หรือ paracetamol ผสม codeine ควรจะรักษาระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) ให้ต่ำกว่า 120 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยที่มีความดันปกติ และในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) ให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งหลีกเลี่ยงการเพิ่ม

ความดันใน หลอดเลือดสมอง เช่นการแบ่ง ไอ จาม และควรส่งตรวจ cerebral angiography เพื่อหาตำแหน่งของหลอดเลือดที่ผิดปกติที่หลงเหลืออยู่โดยเร็วและให้การรักษาย่างรีบด่วนก่อนที่มีการแตกซ้ำ (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือ ระยะเวลาดังแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันถึงโรงพยาบาล สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเวลาในการตัดสินใจ โดยเริ่มตั้งแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (onset) จนถึงการหาวิธีนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะเวลาในการเดินทาง โดยเริ่มตั้งแต่ การนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลด้วยวิธีการต่างๆ จนถึงแผนกฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล และระยะที่ 3 ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเริ่มจากแผนกฉุกเฉิน จนถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้รับการรักษา (Shephard, 2004)

การศึกษาระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีความแตกต่างกัน โดยการศึกษาของแมซและบาคัส (Maze & Bakas, 2004) พบว่าระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 330.4 นาที (5.5 ชั่วโมง) (S.D.= 329.6) การศึกษาของเซอร์วิกและคณะ (Zerwic et al., 2007) พบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเท่ากับ 16 ชั่วโมง การศึกษาของฟางและคณะ (Fang, Yan, Jiang, Li & Cheng, 2011) พบว่า ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 6 ชั่วโมง สำหรับในประเทศไทย การศึกษาของดิษยา รัตนกรและคณะ (Ratanakorn, 2012) ที่ศึกษาระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของโรงพยาบาลรามาริปีในปี 2005 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันใช้เวลา 10 นาทีถึง 7 วัน และในอีกหลายการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีระยะเวลาเฉลี่ยมากกว่า 3 ชั่วโมง (Chang et al., 2004; Derex, Adeleine, Nighoghossian, Homnorat & Trouillas, 2002; Feldmann, et al., 1993)

ผู้ป่วยที่มาถึงแผนกฉุกเฉิน และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) นั้น ระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke onset) จนมาถึงโรงพยาบาล ได้รับการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกฉุกเฉิน ตรวจร่างกาย รอผลตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการและได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) ทุกขั้นตอนจะต้องแล้วเสร็จภายใน 3-4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) เพราะว่า เมื่อมาถึงโรงพยาบาลและดำเนินการตรวจผู้ป่วยทุกขั้นตอนเสร็จสิ้นแล้ว ใช้เวลาเกินกว่า 3 ชั่วโมง หากให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วย อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้โดยเฉพาะ อาการเลือดออกในสมอง หรือภาวะเลือดออกในอวัยวะอื่นๆ (Yu, San Jose, Manzanilla, Oris & Gan, 2002; Ignatavicius & Hausman, 2011) โดยในหลายการศึกษาจึงจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาช้าทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA และมารับการรักษาเร็วโดยใช้ระยะเวลามาโรงพยาบาลไม่เกิน 2 ชั่วโมง (120 นาที) (Zerwic, et al., 2007; Kim, et al., 2011; Gargano, et al., 2011) และอีก 1 ชั่วโมง (60 นาที) ให้เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล จนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (American Stroke Association, 2012) เนื่องจากการรับได้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาภายใน 3 ชั่วโมง (180 นาที) หลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มาจากทางด้านผู้ป่วย ญาติ สมาชิกในครอบครัว และผู้นำส่ง โดยสามารถแบ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วิถีชีวิตหรือการความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1991 อ้างถึงใน ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539) เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น บุคคลจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยไตร่ตรอง และการตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหามากยิ่งขึ้น บุคคลที่มีอายุต่างกันก็จะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน (Pender, 1996) จากการศึกษาของ ฟิลด์แมนน์และคณะ (Feldmann, et al., 1993) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ

เฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 คน พบว่า การมารับการรักษาที่รวดเร็วมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เลซี่และคณะ (Lacy, et al., 2001) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีอายุมากจะมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง แต่มีการศึกษาที่ขัดแย้งกันในด้านปัจจัยอายุ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยจะมารับการรักษาเร็ว (Turan, et al., 2005; Goldstein, et al., 2001) และบางการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Morris, et al., 2000)

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ทำให้สามารถเข้าใจภาวะสุขภาพและการรักษาที่ดีซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Orem, 1985 อ้างถึงใน อินทราพร พรหมปการ, 2541) จากการศึกษาของกมลพรรณ หอมนาน (2539) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในพฤติกรรมการดูแลตนเอง จะรวมถึงพฤติกรรมความเจ็บป่วย ที่หมายถึงกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถใช้ทักษะในอดีตมาแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ผู้มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการรับรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และมีความเข้าใจในระบบการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Galloway, 1984 อ้างถึงใน สุณีย์ เอี่ยมศิรินุกูล, 2540) การศึกษาของสุณีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาเร็ว เป็นผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาช้า ในการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโมเซอร์และคณะ (Moser, et al., 2006) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาโรงพยาบาลล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เซอวิกและคณะ (Zerwic, et al., 2007) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาโรงพยาบาล แต่จะพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีระดับการศึกษามากกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จะมารับการรักษาในเวลา น้อยกว่า 2 ชั่วโมงในจำนวนที่มากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย จากการศึกษาของ ยูและคณะ (Yu, et al., 2002) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการทบทวนรายงานวิจัยดังกล่าว ระดับการศึกษาน่าจะเป็นปัจจัยที่มีผลทำให้การตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล และรายได้เป็นสิ่งเสริมให้บุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Pender, 1996) ในการศึกษาของ โมเซอร์และคณะ (Moser, et al., 2006) พบว่ารายได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และการมีประกันสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งจากระดับรายได้ หรือการมีประกันสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของรัฐบาลหรือ การเข้าเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งจะมีความแตกต่างในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในบุคคลที่มีรายได้สูง สามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลได้ในหลายๆ แห่ง เนื่องจากมีกำลังทรัพย์เพียงพอที่จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางความคิดที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส (King, 1981) ซึ่งภาวะสุขภาพของคนนั้นประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องกันไป แต่การรับรู้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติเพียงเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ในขณะที่บางคนมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคล จึงต้องมีการแสวงหาการบรรเทาความเจ็บป่วยนั้นเพื่อให้บุคคลกลับไปอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพดี (อินทราพร พรหมปรการ, 2541)

จากการศึกษาของ โมเซอร์และคณะ (Moser, et al., 2006) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานพยาบาลอย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แชพฮาร์ด (Shephard, 2004) ที่ใช้แบบสอบถาม ประเมินการรับรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองจะใช้เวลาในการมารับการรักษานในโรงพยาบาลน้อยกว่า จากการศึกษานของคามาลเลช และคณะ (Kamalesh, et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารับการรักษานช้า โดยใช้เวลามากกว่า 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ เนื่องจากไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตัวเองนั้น เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และจากการศึกษาของเฮมเมน (Hemmen, 2008) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่สามารถแยกได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองจะเรียกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อมารับการรักษานได้อย่าง

รวดเร็ว จากผลการวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีความรู้ ความเข้าใจ และรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความคิดพิจารณาตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คือ กระบวนการทางความคิดที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องอาการของโรคหลอดเลือดสมองว่าจะมีผลกระทบอย่างไร ซึ่งความรุนแรงของโรค คือ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความบกพร่องของระบบประสาท โดยอาศัยเครื่องมือที่ใช้วัดคือ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ที่เป็นแบบประเมินวัดระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการประเมินในเรื่องระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของลูกตา การมองเห็น การควบคุมการเคลื่อนไหวใบหน้า การเคลื่อนไหวของแขน การเคลื่อนไหวของขา การประสานงานของกล้ามเนื้อส่วนปลาย การรับรู้ความรู้สึก ความผิดปกติของการสื่อสาร ความบกพร่องของการพูด และการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น มีคะแนนตั้งแต่ 0-42 คะแนน โดยการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ คะแนน NIHSS 0-7 มีความรุนแรงของโรกระดับน้อย คะแนน NIHSS 8-15 มีระดับความรุนแรงของโรกระดับปานกลาง และคะแนน NIHSS มากกว่า 15 คะแนนขึ้นไป มีระดับความรุนแรงของโรกระดับสูง (Kasner, 2006)

จากการศึกษาของ แชพฮาร์ด (Shephard, 2004) พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจะมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ โดยผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงมาก (NIHSS มากกว่า 15 คะแนน) จะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จอร์เจนเซนและคณะ (Jorgensen, et al., 1996) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ทำการประเมินด้วย Scandinavian Stroke Scale (SSS) ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นของการมารักษาช้า จะเห็นได้ว่าความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญ การได้รับการรักษาที่รวดเร็วเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ดังนั้นความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

จากการประเมินอาการ และการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยหรือบุคคลใกล้ชิด ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด พบว่าหากผู้ป่วยประเมินได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยมาได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการมีความรุนแรงสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากไม่รีบมารักษา (Burnett, et al., 1995 อ้างถึงใน นิพาพร ภิญโญศรี, 2551) แต่มีการศึกษาที่ขัดแย้งกันคือ การศึกษาของเชนและคณะ (Chen, et al., 2007) พบว่าระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถทำนายการมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินได้

ปัจจัยทางด้านผู้นำส่ง

สภาพแวดล้อมขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันกำลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ไม่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจะเกิดอาการขณะอยู่ที่บ้าน ที่ทำงาน หรือในชุมชน กลุ่มสมรส ครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงานจะมีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาได้รับการรักษาได้เร็วเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (Everson, Rosamond & Morris, 2001; Derex, et al., 2002; Madelzweig, Goldbourt, Boyko, & Tanne, 2006)

จากการศึกษาของแพนเดียนและคณะ (Pandian, et al., 2005) ที่ศึกษาในกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน หรือผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่าการที่บุคคลเหล่านั้นรับรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้บุคคลเหล่านั้นสามารถนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลได้เร็ว และยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับรายได้และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากนี้การศึกษาของชไนเดอร์และคณะ (Schneider, et al., 2003) พบว่าผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือผู้นำส่งสามารถรับรู้อาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง หรือทราบอาการของโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง

จากการศึกษาของมาซและบาคัส (Maze & Bakas, 2004) ที่ศึกษาในผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่า ระดับรายได้ที่เพียงพอ และระบบการนำส่งผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

หรือลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ระบบการนำส่งผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการที่จะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไปยังโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษา การที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพนั้น ระบบการนำส่งผู้ป่วยจะมีส่วนสำคัญเสมอ มอร์ริสและคณะ (Morris, et al., 2000) ได้มีการศึกษาระยะเวลาหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service : EMS) จนถึงแผนกฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่เดินทางด้วยรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จนถึงพบแพทย์ใช้เวลา 0.33 ชั่วโมง แต่ถ้ามายังวิธีอื่นจนถึงพบแพทย์ใช้เวลา 0.50 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มาด้วยรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ถึงได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใช้เวลา 0.54 ชั่วโมง ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่มาด้วยวิธีการอื่นๆ เนื่องจากการเดินทางด้วยรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสามารถเดินทางมาแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เพราะสามารถใช้ไฟฉุกเฉินขณะเดินทางได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คร็อกโค (Crocco, 2007) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการนำส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็วโดยการบริการจากรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service: EMS) ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในการรักษา จากการศึกษาของ เซอร์วิกและคณะ (Zerwic, et al., 2007) พบว่าการมารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเกิดจากการไม่ได้ใช้บริการของระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จากการทบทวนรายงานวิจัยต่างๆ สรุปได้ว่าระบบนำส่งผู้ป่วยด้วยระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้นนั้น เป็นแนวทางที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในเรื่องของระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง และระบบการนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไปยังสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาล จะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามารัตนบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (sampling criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้นำส่งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากแพทย์ ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก คือกลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยความพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด
2. เป็นบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยหรืออยู่ในเหตุการณ์ขณะที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
3. สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ และสามารถตอบแบบสอบถามได้
4. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษานี้

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจ (power analysis) ค่าขนาดอิทธิพลที่นำมาใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่างได้มาจากการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของนิภาพร ภิญโญศรี (2551) ที่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย โดยปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 21.74

และปัจจัยด้านสถานที่ซึ่งเกิดอาการมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 31.27 ค่าไคสแควร์ของทุกปัจจัยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยประมาณค่าขนาดอิทธิพลในรูปของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากค่าไคสแควร์ โดยใช้สูตรคำนวณ

$$r = \frac{\chi^2}{\chi^2 + n}$$

r คือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

n คือขนาดตัวอย่าง

χ^2 คือค่าไคสแควร์

(นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยที่คำนวณได้มีค่าเท่ากับ .28 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (Cohen, 1988) ผู้วิจัยนำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยที่คำนวณได้ไปกำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางขนาดตัวอย่างที่ประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง อำนาจการทดสอบ 80% ทดสอบสมมติฐานแบบมีทิศทาง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 68 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% เพื่อเพื่อชดเชยกรณีการตอบกลับของแบบสอบถามไม่ครบ รวมจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 76 คน

สถานที่ศึกษา

หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA หรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะไม่คงที่ (progressive stroke) และเมื่ออาการดีขึ้นจะย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยมีอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมองและแพทย์ประจำบ้านเป็นผู้รับผิดชอบในการรักษา มีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ พร้อมด้วยอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยในการเฝ้าระวังและรักษาผู้ป่วย โดยสามารถรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ จำนวน 6 เตียง และมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยนี้เฉลี่ยประมาณ 40 คนต่อเดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล ประกอบด้วย

ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ หมายถึง เวลาที่ถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามารับดี ลบกับเวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการปกติครั้งสุดท้าย โดยคิดเวลาเป็นนาที่ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง

นอกจากนี้ในแบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล จะประกอบด้วย เวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการปกติครั้งสุดท้าย, เวลาถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามารับดี, ระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล, ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล

อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้, อาการที่ทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล, กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาล โดยคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบที่สามารถตอบอาการที่ตัดสินใจมาโรงพยาบาลได้มากกว่า 1 คำตอบ

บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง, วิธีการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล, ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินจากคะแนน NIHSS (National institutes of health stroke scale) ที่บันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีค่าตั้งแต่ 0-42 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (Kasner, 2006)

ระดับความรุนแรง	คะแนน NIHSS
รุนแรงน้อย	0-7 คะแนน
รุนแรงปานกลาง	8-15 คะแนน
รุนแรงมาก	16 คะแนนขึ้นไป

ตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คือ แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากข้อคำถามของ American Heart Association/American Stroke Association (American Stroke Association, 2010) และร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 29 ข้อ เป็นแบบให้เลือกว่า ข้อความนั้นตรงกับ

ความคิดเห็นของผู้ตอบอย่างไร โดยตอบ ใช่หรือไม่ใช่ แต่ละข้อมีคะแนน 1 คะแนน ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง และสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ คือข้อที่ 1-6, 29 โดยทุกข้อเป็นข้อความเชิงบวก

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ข้อ คือข้อที่ 7-20 โดยเป็นข้อความเชิงบวก ข้อที่ 11, 18 เป็นข้อความเชิงลบ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ข้อ คือข้อ 21-22 โดยทุกข้อเป็นข้อความเชิงบวก

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ คือข้อ 23-28 โดยข้อที่ 24-27 เป็นข้อความเชิงบวก ข้อที่ 23, 28 เป็นข้อความเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ใช่	1 คะแนน	0 คะแนน
ไม่ใช่	0 คะแนน	1 คะแนน

แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าตั้งแต่ 0-29 คะแนน โดยที่ผู้ที่ได้คะแนนมาก แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง

ตอนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คือ แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันของเชพฮาร์ด (Shephard, 2004) โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบประเมินการเปรียบเทียบด้วยสายตา (visual analog scale) ที่ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อที่ถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 และมีคำกำกับไว้ว่า ไม่รุนแรง และปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 และมีคำกำกับไว้ว่า รุนแรงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ค่าคะแนนได้มาจากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งมีคะแนนเท่ากับ 0 จนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมาย X ตัดลงบนเส้นตรง วัดความยาวจากจุดตั้งต้นถึงจุดที่กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายไว้เป็นคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองออกมาเป็นมิลลิเมตร

โดยใช้ไม้บรรทัดสำหรับการวัด และใช้ไม้บรรทัดอันเดียวกันตลอดงานวิจัย หน่วยการวัดที่ใช้เป็นมิลลิเมตร ค่าคะแนนที่ได้คือค่าความยาวเป็นมิลลิเมตรที่ได้จากการวัด

คะแนนของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนมาก แสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นเองในตอนต้นที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล และตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในตอนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง ใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของเชพฮาร์ด (Shepherd, 2004) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ตอนที่ 1 และตอนที่ 2 ทำการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน

ตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทำการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญชุดเดียวกัน และทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามตัวแปรและเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามตัวแปร หรือเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเลย
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้อง
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้อง
- 4 หมายถึง ข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับคำนิยามตัวแปร หรือเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โดยใช้สูตรคำนวณ

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

โดย 5 ข้อ ให้ความคิดเห็นระดับ 3

24 ข้อ ให้ความคิดเห็นระดับ 4

$$CVI = \frac{5+24}{29}$$

$$CVI = 1.00$$

ค่า CVI ที่ยอมรับได้ ควรมีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004) จึงสรุปได้ว่าแบบสอบถามมีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ โดยมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขคำบางคำให้สั้นและกระชับได้ใจความในข้อคำถามของแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ข้อ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปทดสอบหาความเที่ยง (reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ใช้การคำนวณจากสูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20: KR-20) เป็นการหาความสอดคล้องภายใน

โดยใช้คำนวณจากสูตร

$$r_u = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right)$$

r_u คือค่าความสอดคล้องภายใน

n คือจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

p คืออัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น

q คืออัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น

S^2 คือความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

(บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550)

จากสูตรดังกล่าวได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .67 และเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 76 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยเริ่มพัฒนาขึ้น ควรมีค่าความเที่ยงที่ .70 ขึ้นไป (Burn & Grove, 1997)

ตอนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ทำการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญชุดเดียวกัน ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านเห็นด้วยกับข้อคำถาม และนำหาค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของ

โรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการคำนวณโดยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest method) แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึง หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วงเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ.2553 แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 2 ของการเข้าพักรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) เพื่อให้ญาติหรือผู้นำส่งมีความพร้อมในการให้ข้อมูล ทั้งนี้เนื่องจากวันแรกของการเข้ารับการรักษาศูนย์หรือผู้นำส่งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และต้องประสานงานเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล อาจทำให้ไม่มีความพร้อมในการตอบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form)

4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ต่อไปนี้

- 4.1 ผู้วิจัยศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทุกราย เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ เวลาที่ถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาธิบดี และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาลลงในส่วนที่ผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้บันทึก

4.2 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในส่วนของ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

4.3 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง มีอิสระในการตอบแบบสอบถามโดยไม่จำกัดเวลา สำหรับคำถามในแบบสอบถามข้อใดที่ไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะทำการอธิบายจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและสามารถตอบได้ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45-60 นาที ต่อราย เมื่อจบการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอเอกสารรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (เอกสารรับรองเลขที่ 2553/324) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ตามระเบียบปฏิบัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่าด้วยการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. 2544 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form) และอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยว่า การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการร่วมวิจัย และหากเข้าร่วมวิจัยแล้วมีข้อสงสัยหรือรู้สึกลำบากใจ สามารถออกจากการวิจัยในครั้งนี้ได้ และผลจากการคำตอบของ ผู้ร่วมวิจัยถือเป็นความลับและนำมารายงานผลในภาพรวมเฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากแบบประเมินที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องอีกครั้ง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปทำการประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการมาโรงพยาบาล ด้วยสถิติบรรยาย โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยฐานนิยมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (pearson product moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ ของผู้นำส่ง และระบบการนำส่งผู้ป่วยกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 76 ราย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และระบบการนำส่งผู้ป่วย กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.71) มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 50) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.38 ปี (S.D. = 10.72) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีการศึกษา

ในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 52.61) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าเดือนละ 10,000 บาท (ร้อยละ 71.05) ผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็น คู่สมรสหรือบุตร (ร้อยละ 85.53) และสิทธิการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือ เบิกจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน (ร้อยละ 63.15) ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=76)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	53	69.71
ชาย	23	30.29
อายุ (ปี)		
20-40	33	43.41
41-60	38	50.00
มากกว่า 60	5	6.59
Mean = 43.38, Mode = 34, S.D.=10.72, min-max = 24-73 ปี		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	36	47.39
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	40	52.61
รายได้ (บาท)		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	22	28.95
มากกว่า 10,000 บาท	54	71.05
สิทธิการรักษาของผู้ป่วย		
เสียค่ารักษาเอง	4	5.26
เบิกจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	48	63.15
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	21	27.63
สังคมสงเคราะห์	1	1.33
ประกันสังคม	2	2.63

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=76)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ของผู้นำส่งกับผู้ป่วย		
คู่สมรสหรือบุตร	65	85.53
ญาติ/พี่น้อง	7	9.21
เพื่อน/ผู้ร่วมงาน	1	1.32
อื่นๆ (เช่น หลาน, มารดา, ตัวผู้ป่วย)	3	3.94

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ส่วนใหญ่คือ อาการแขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใด (ร้อยละ 59.21) อาการที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลคือ อาการแขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใดเช่นกัน (ร้อยละ 59.21) โดยอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและอาการที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ในผู้ป่วยบางรายมีมากกว่า 1 อาการ กิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้นำส่งส่วนใหญ่ทำคือเรียกรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน/รถรับจ้าง/รถส่วนตัว (ร้อยละ 61.84) ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ร้อยละของข้อมูลการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (N=76)

ข้อมูลการมารับการรักษาในโรงพยาบาล	ร้อยละ
อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้*	
1. แขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใด	59.21
2. พูดไม่ชัด/พูดสับสน/พูดไม่ได้ทันทีทันใด	34.21
3. ปากเบี้ยว/หน้าเบี้ยว/มุมปากตก ไปข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด	23.68
4. เวียนศีรษะรุนแรง/เดินเซทันทีทันใด	23.68
5. ซึม/หมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัวทันทีทันใด	13.18
6. อื่นๆ (เช่น ชา)	13.18
7. ตามัว/มองเห็นภาพซ้อน/มองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด	10.52
8. ปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันทีทันใด	9.21

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) ร้อยละของข้อมูลการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (N=76)

ข้อมูลการมารับการรักษาในโรงพยาบาล	ร้อยละ
อาการที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล*	
1. แขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใด	59.21
2. พูดไม่ชัด/พูดสับสน/พูดไม่ได้ทันทีทันใด	34.21
3. เวียนศีรษะรุนแรง/เดินเซทันทีทันใด	21.05
4. อื่นๆ (เช่น ชา)	15.79
5. ซึม/หมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัวทันทีทันใด	18.84
6. ปากเบี้ยว/หน้าเบี้ยว/มุมปากตก ไปข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด	10.52
7. ปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันทีทันใด	9.21
8. ตามัว/มองเห็นภาพซ้อน/มองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด	7.89
กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาล*	
1. เรียกรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน/รถบริการสาธารณะ/รถส่วนตัว	61.84
2. ปรึกษาสถานพยาบาลใกล้บ้าน	47.37
3. นอนพักดูอาการ/พยายามรับประทาน	45.05
4. ปรึกษานุคคลใกล้ชิด	38.16
5. รักษาด้วยวิธีอื่นๆ	32.89

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยจะอยู่กับคู่สมรสหรือบุตร (ร้อยละ 56.58) หรือนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยการใช้รถส่วนตัว (ร้อยละ 52.63) และชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (ischemic stroke) (ร้อยละ 81.58) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดกับผู้ป่วยประเมินด้วย NIHSS พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีระดับความรุนแรงน้อย (ร้อยละ 84.21) ระยะทางจากสถานที่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาล มีระยะทางเฉลี่ยเท่ากับ 29.70 กิโลเมตร (S.D.= 53.87) และมีฐานนิยมเท่ากับ 12 กิโลเมตร และช่วงเวลาในการมาโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาโรงพยาบาลในช่วงเวลากลางวัน (ร้อยละ 77.63) ดังแสดงในตารางที่ 4. 3

ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละของข้อมูลการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (N=76)

ข้อมูลการมารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการ		
อยู่คนเดียว	19	25.00
คู่สมรสหรือบุตร	43	56.58
ญาติ/พี่น้อง	7	9.21
เพื่อน/ผู้ร่วมงาน	5	6.58
ผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ	2	2.63
วิธีการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล		
รถส่วนตัว	40	52.63
รถบริการสาธารณะ (taxi)	32	42.11
รถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	4	5.26
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง		
ischemic stroke	62	81.58
hemorrhagic stroke	14	18.42
ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่ประเมินด้วย NIHSS		
ความรุนแรงน้อย (0-7 คะแนน)	64	84.21
ความรุนแรงปานกลาง (8-15 คะแนน)	9	11.84
ความรุนแรงมาก (16 คะแนนขึ้นไป)	3	3.95
ระยะทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล		
0.5-10 กิโลเมตร	25	32.90
11-20 กิโลเมตร	29	38.20
21-30 กิโลเมตร	10	13.20
30 กิโลเมตรขึ้นไป	12	15.80
Mean = 29.70, Mode = 12, S.D. = 53.86, min-max = 2-400 กิโลเมตร		
ช่วงเวลาในการมาโรงพยาบาล		
กลางวัน (06.00 – 18.00 น.)	17	22.37
กลางคืน (18.01 – 05.59 น.)	59	77.63

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง และระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.87 คะแนน (S.D. = 2.99) และผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 62.86 คะแนน (S.D. = 23.19) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (N=76)

การรับรู้ของผู้นำส่ง	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ค่าเฉลี่ย	S.D.
การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0-29	15 - 29	21.87	2.99
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0-100	5 - 100	62.86	23.19

ผลการศึกษาคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง แยกเนื้อหาตามรายด้านพบว่า ด้านที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองและสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.35 (S.D. =1.33) ด้านที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ข้อ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.01 (S.D.=1.98) ด้านที่ 3 การรับรู้ถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ข้อ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.13 (S.D.=0.61) ด้านที่ 4 การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.37 (S.D.=0.97) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง แยกเนื้อหาตามรายด้าน (N=76)

เนื้อหา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
- ด้านความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดง				
สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง	0-7	2-7	5.35	1.33
- ด้านปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	0-14	5-14	10.01	1.98
- ด้านการรับรู้ถึงอันตรายของ				
โรคหลอดเลือดสมอง	0-2	0-2	1.13	0.61
- ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อเกิด				
โรคหลอดเลือดสมอง	0-6	1-6	5.36	0.97

ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเฉลี่ยเท่ากับ 95.20 นาที (S.D. = 31.75) ระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากสถานที่ที่เกิดอาการจนถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามธิบดีเฉลี่ยเท่ากับ 51.51 นาที (S.D. = 36.73) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (N=76)

ระยะเวลา (นาที)	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	S.D.
ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ	50-295	95.29	31.75
ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง	10-270	51.51	36.73

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง และระบบการนำส่งผู้ป่วย กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

การใช้สถิติในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปรที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ของผู้นำส่ง และระบบการนำส่งผู้ป่วย เป็นตัวแปรที่อยู่ในระดับนามมาตรา

(nominal scale) จึงใช้สถิติไคสแควร์ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ตัวแปรอายุ และระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ เป็นตัวแปรที่อยู่ในระดับอัตราส่วนมาตรา (ratio scale) ส่วนตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่งเป็นตัวแปรอยู่ในระดับช่วงมาตรา (interval scale) จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และเมื่อนำตัวแปรมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ตัวแปรอายุ ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีการแจกแจงแบบปกติ (normality) และเมื่อทำ scatter plot แล้วพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปร ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ของการใช้สถิติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของผู้นำส่ง และระบบการนำส่งผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง และระบบการนำส่งผู้ป่วย กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (N=76)

ตัวแปร	ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล				χ^2	p
	ระยะเวลาน้อย		ระยะเวลามาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	31	40.79	5	6.58	.002	1.000
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	35	46.05	5	6.58		
รายได้						
น้อยกว่า 10,000 บาท	19	25.00	3	3.95	-	1.000
มากกว่า 10,000 บาท	47	61.84	7	9.21		(Fisher)
ระบบการนำส่งผู้ป่วย						
รถส่วนตัว	36	47.37	4	5.26	-	.530
รถบริการสาธารณะ/รถบริการ	30	39.48	6	7.89		
ทางการแพทย์ฉุกเฉิน						(Fisher)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า ผู้นำส่งมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก มีแนวโน้มที่จะทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง

นอกจากนี้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ผู้นำส่งที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า ผู้นำส่งมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง มีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมากเช่นกัน ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (N=76)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. อายุ	1.00			
2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	-.001	1.00		
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	-.243*	.423**	1.00	
4. ระยะเวลามาโรงพยาบาล	-.071	-.234*	-.300**	1.00

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

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาระยะเวลา
มาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และศึกษา
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาส่งโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะเฉียบพลัน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารับ
การรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามารักษ์ ตั้งแต่
เดือนสิงหาคม 2553 ถึงเดือนตุลาคม 2553 จำนวน 76 ราย และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด อภิปรายผล
การศึกษาวิจัยดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศหญิง การที่พบว่าผู้นำส่งผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นเพศหญิงเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะเฉียบพลันในการศึกษานี้เป็นเพศชาย และผู้นำส่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นภรรยา
และบุตรสาว ซึ่งโดยทั่วไปในระบบสังคมและวัฒนธรรมกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว และ
เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแล จึงพบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคล
ใกล้ชิดได้ดีกว่าเพศชายโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย (อินทราพร พรหมปราการ, 2541) จากผลการศึกษา
ดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่าผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นบุคคลที่อยู่ใน
ครอบครัวเดียวกัน มีหน้าดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด อีกทั้งยังเป็นผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์เมื่อ
เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการกับอาการของโรค
และคณะ (Dodd, et al., 2001) ที่ว่าการจัดการกับอาการตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงที่ทำให้
ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพนั้นเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง
ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร ภิญโญศรี (2551) ที่
ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะ
เฉียบพลัน ที่พบว่าบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยขณะเกิดอาการมากที่สุดคือครอบครัว คิดเป็นร้อยละ

60 และจากการศึกษาของมาซและบาคัส (Maze & Bakas, 2004) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าบุคคลที่เป็นผู้ตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ร้อยละ 42 เป็นสามี ภรรยาและบุตรของผู้ป่วย

ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือเวลาตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนถึงแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลรามาธิบดี จากแนวทางการจัดการกับอาการของคอคัสและคณะ (Dodd, et al., 2001) ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ คือ ผลของการจัดการกับอาการ (symptom outcomes) ซึ่งระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของวิธีการจัดการกับอาการเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาดังกล่าว จะเป็นสิ่งที่ใช้ในการวัดคุณภาพของการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ในการศึกษารั้งนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันใช้เวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการเฉลี่ย 95.29 นาที (1 ชั่วโมง 58 นาที) จากระยะเวลาดังกล่าวยังอยู่ในช่วงเวลาที่สำคัญที่จะสามารถช่วยเหลือ และรักษาผู้ป่วยด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) โดยการมาโรงพยาบาลในครั้งนี้ ผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันใช้เวลาในการตัดสินใจ คือเวลาตั้งแต่พบผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ใช้เวลาเฉลี่ย 45.14 นาที จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยใช้เวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการยังอยู่ในช่วงเวลาทอง (golden period) สามารถได้รับการรักษาที่มีผลดีต่ออาการของผู้ป่วย หากผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันใช้เวลาในการตัดสินใจที่น้อยกว่านี้ อาจจะทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง และผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน ได้แก่ อาการแขน ขา อ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ทำให้ผู้นำส่งรับรู้ว่าอาการดังกล่าว เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีส่วนช่วยในการตัดสินใจที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาลเร็วขึ้น

การใช้เวลาเดินทางจากจากสถานที่เกิดอาการมายังโรงพยาบาลในการศึกษารั้งนี้ ใช้เวลาเฉลี่ย 51.51 นาที โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยอยู่ใกล้โรงพยาบาลรามาธิบดี มีค่าฐานนิยมเท่ากับ 12 กิโลเมตร จึงทำให้การใช้เวลาในการเดินทางไม่มาก และพบว่า

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลา กลางคืน ซึ่งสภาพการจราจรในช่วงกลางคืนไม่หนาแน่น จึงทำให้ผู้นำส่งนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลันมาโรงพยาบาลได้เร็ว ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของดิษยา รัตนกรและคณะที่ศึกษา ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันใน แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่พบว่าผู้ป่วยใช้เวลาตั้งแต่ 10 นาทีถึง 7 วัน โดยมีระยะเวลา เฉลี่ย 25 ชั่วโมง (Ratanakorn, et al., 2012) จากความแตกต่างของระยะเวลาดังกล่าวทั้งที่ ศึกษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) ทุกราย ซึ่ง เป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในเกณฑ์ที่จะ ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (stroke fast track guidelines) จึงทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าการศึกษาของดิษยา รัตนกรและคณะ และอาจเนื่องมาจากช่วงเวลาของการศึกษา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในปี พ.ศ. 2553 หรือปี ค.ศ.2010 และการศึกษาของดิษยา รัตนกร และคณะทำการศึกษาในปี ค.ศ.2005 ซึ่งมีความห่างของช่วงเวลาจึงทำให้มีการพัฒนาในด้านการให้ ความรู้แก่ประชาชนและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในเรื่องอาการ อาการ แสดงของโรคหลอดเลือดสมอง และมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลัน (stroke fast track guidelines) จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาถึง โรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองเร็วขึ้นในการศึกษาครั้งนี้

จากการศึกษาของนิพาพร ญิณญศรี (2551) ที่พบว่าระยะเวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน คือตั้งแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จนถึงผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาค่ามัธยฐานเท่ากับ 360 นาที และตั้งแต่ตัดสินใจมารับการรักษา จนถึงโรงพยาบาล ค่ามัธยฐานเท่ากับ 68.50 นาที และจากการศึกษาของนิจศรี สุวรรณเวลาและคณะ (Suwanwela, Phanthumchinda & Likitjaroen, 2006) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ เวลาตั้งแต่เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองจนถึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เฉลี่ย 150 นาที จากระยะเวลาดังกล่าวที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา อาจเนื่องมาจากระยะทางจากสถานที่ เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาล สภาพการจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร และอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากผลการศึกษาสันนิษฐานสมมุติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายดังต่อไปนี้

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คือ การรับรู้ที่เกิดจากกระบวนการทางความคิดของผู้นำส่ง ที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านเข้ามา จากการได้รับการศึกษาในสถานศึกษา หรือจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการกับอาการของผู้นำส่งเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้นำส่งมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการกับอาการเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง มีความสัมพันธ์ทางลบ กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐาน และจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี จึงทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง

จากการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ อาการแขน ขาอ่อนแรง ชา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ปวดศีรษะหรือหมดสติ นั้นเป็นการรับรู้ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (perception of symptoms) ที่อยู่ในมโนทัศน์ประสบการณ์อาการ (symptom experience) ของแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) ซึ่งจากอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันหรือผู้นำส่ง สามารถประเมินได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่งที่ถูกต้องมีแนวโน้มจะทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดีเร็กซ์และคณะ (Derex, et al., 2002) ที่พบว่า ผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทราบถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองและ

สามารถรับรู้ได้ว่าอาการนั้นคุกคามทำให้ถึงแก่ชีวิต จะทำให้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันรวดเร็วขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางลบ กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนกับสมมุติฐาน และจากแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คือการประเมินอาการ (evaluation of symptoms) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่อยู่ในมโนทัศน์ประสบการณ์อาการ (symptom experience)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรู้สึกของผู้นำส่งที่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเป็นอันตราย คุกคามกับชีวิตและอาจส่งผลให้เกิดความพิการ โดยการศึกษาครั้งนี้ อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่วนใหญ่ คือ อาการแขน ขา อ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอย่างทันทีทันใด จากอาการดังกล่าวทำให้ผู้นำส่งนั้นรับรู้ ว่า อาการที่เกิดขึ้นนั้นจะทำให้เกิดความพิการ และอาจส่งผลให้เป็นภาระที่จะต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในระยะยาวต่อไป ด้วยความรักความผูกพันระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันกับผู้นำส่ง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นคู่สมรสหรือบุตรมากที่สุด ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว และทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความห่วงใยและเกรงว่าบุคคลอื่นเป็นที่รักหรือหัวหน้าครอบครัวจะเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือเกิดความพิการ จึงทำให้อธิบายได้ว่าเมื่อผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก จะทำให้การจัดการกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นนั้น ได้เป็นอย่างดี ซึ่งการจัดการกับอาการในการศึกษาครั้งนี้ คือการนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล ดังนั้นระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจึงเป็นการวัดคุณภาพของการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้นำส่ง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้นำส่งมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก มีแนวโน้มที่จะทำห้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเซฟฮาร์ด (Shephard, 2004) ที่พบว่าผู้ป่วยหรือผู้นำส่งรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง จะมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง ซึ่งเร็วกว่าผู้ที่มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ในระดับต่ำ และในการศึกษาของจอร์เจนเซนและคณะ (Jorgensen, et al., 1996) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ และรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการมารักษาซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ แต่มีการศึกษาที่ขัดแย้งกันคือ การศึกษาของเชนและคณะ (Chen, et al., 2007) พบว่าระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำนายการมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉินได้ ซึ่งความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแต่ละรายจะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากตำแหน่งและลักษณะพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดสมองของแต่ละบุคคล โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่ชัดเจน เช่น อาการชาหรืออ่อนแรงเพียงเล็กน้อย มักจะไม่รับมาโรงพยาบาลเนื่องจากจะรอดูอาการ และคิดว่าอาการดังกล่าวจะสามารถหายได้เอง (นิพาพร ภิญโญศรี, 2551)

นอกจากนี้ยังพบว่า ในแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์กันเอง ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ว่า หากมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองก็จะมากตามไปด้วยเช่นกัน โดยที่ผู้นำส่งมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากการได้รับข้อมูล ความรู้ของอาการ อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จากการณรงค์ประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หรือจากกระทรวงสาธารณสุข ที่ณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป การสังเกตอาการและการจัดการกับอาการเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นกับผู้ป่วย นอกจากการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่างๆ แล้ว ผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อาจรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากการทราบข่าวของคนรู้จักหรือบุคคลที่มีชื่อเสียงที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (นิพาพร ภิญโญศรี, 2551) และเกิดความพิการภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ผู้นำส่งมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมากตามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษานี้ยังพบว่า อายุของผู้นำส่งมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้นำส่งที่มีอายุน้อย มีแนวโน้มที่จะรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก โดยจากผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 43.38 ปีโดยจะอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนกลางและ

เป็นวัยทำงาน และในช่วงวัยนี้เป็นวัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ หรือสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพได้ง่าย สามารถเข้าใจและรับรู้ถึงอาการ อาการแสดง สาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และจัดการกับอาการเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้ดี และนอกจากนี้ ผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นคู่สมรสหรือบุตร และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันนั้นเป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งจะทำให้ผู้นำส่งนั้นอาจเกิดความเกรงกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำส่งที่มีผลต่อการนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะส่งผลทำให้การประเมินอาการและการตอบสนองของอาการ และการจัดการกับอาการของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน จึงนำมาตั้งสมมติฐานและศึกษาหาความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน นำมาอภิปรายผล ดังนี้

อายุ จากการศึกษาครั้งนี้ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 43.38 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (middle adulthood) เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ ประสบการณ์ และความสามารถในการรับรู้เรื่องราวต่างๆ มีการวินิจฉัยได้ตรงตรง สามารถตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี (Pender, 1996) แต่เมื่อนำอายุของผู้นำส่ง มาศึกษาหาความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันกลับพบว่า อายุของผู้นำส่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อาจเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อม หรือปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ เช่น ระดับการศึกษา หรือประสบการณ์ที่เคยรับรู้มาก่อนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละช่วงอายุไม่มีความแตกต่างกัน และทำให้ผลของการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุของผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

จากการศึกษาในด้านปัจจัยอายุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักจะพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุมาก จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว (Lacy, et al., 2001; Chang, et al., 2003) และบางการศึกษาพบว่า

อายุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Morris, et al., 2000; Moser, et al., 2006; Jorgensen, et al., 1996) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แต่จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จึงทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าระดับปริญญาตรีร้อยละ 52.6 จากระดับการศึกษาของผู้นำส่งในการศึกษานี้ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องในการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโมเซอร์และคณะ (Moser, et al., 2006) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาโรงพยาบาลล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของเซอร์วิกและคณะ (Zerwic, et al., 2007) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาโรงพยาบาล และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีระดับการศึกษามากกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้เวลาน้อยกว่า 2 ชั่วโมงในจำนวนที่มากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาดำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

รายได้ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาโรงพยาบาล เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างสามในสี่มีรายได้ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับรายได้ประจำต่อคนต่อเดือนเฉลี่ยของคนไทยที่ 7,226 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) โดยในกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยมากกว่าเดือนละ 10,000 บาท (ร้อยละ 71.05) และส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในการศึกษานี้ ใช้สิทธิเบิกจากราชการ รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 63.15) หรือใช้สิทธิประกันสังคม เบิกตรงกับโรงพยาบาลรามธิบดี ทำให้ไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความเชื่อถือในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้นำส่งสามารถตัดสินใจมาโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น จึงทำให้ผลการศึกษาของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโมเซอร์และคณะ (Moser, et al., 2006) พบว่า รายได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการมีประกันสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระบบการนำส่งผู้ป่วย

จากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) นอกจากประสบการณ์อาการ (symptom experience) ที่จะมีผลต่อการจัดการกับอาการแล้ว วิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) ก็มีผลต่อการจัดการกับอาการเช่นกัน ในการศึกษาครั้งนี้ วิธีการจัดการกับอาการ คือกระบวนการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้นำส่ง นำมาจัดการกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับตัวเองหรือกับบุคคลใกล้ชิด ซึ่งวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้ คือระบบการนำส่งผู้ป่วย จึงนำมาตั้งสมมติฐานและมานำมาหาความสัมพันธ์กับระยะเวลาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อภิปรายผล ดังนี้

ระบบการนำส่งผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาโรงพยาบาลโดยผู้นำส่ง ใช้รถส่วนตัวเป็นยานพาหนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาลมากที่สุด มีเพียงร้อยละ 5.30 ที่ใช้บริการรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) และร้อยละ 42.07 ใช้บริการรถสาธารณะ (taxi) จึงทำให้ในการศึกษานี้ พบว่าระบบการนำส่งผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service: EMS) ของประชาชนทั่วไปยังไม่เป็นที่นิยม และไม่ทราบช่องทางในการเรียกใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชางและคณะ (Chang, et al., 2004) ที่พบว่าระบบนำส่งผู้ป่วยโดยใช้บริการระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ไม่มีผลต่อระยะเวลามาโรงพยาบาล ถึงแม้ผู้นำส่งนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัวมากที่สุด แต่ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางเฉลี่ย 51.51 นาที และระยะทางจากสถานที่เกิดอาการจนถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามารับดี มีค่าฐานนิยมเท่ากับ 12 กิโลเมตร จากปัญหาการจราจรที่ติดขัด จึงทำให้ระยะเวลาในการเดินทางล่าช้า ถ้าหากผู้นำส่งเรียกใช้บริการระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ที่สามารถช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเดินทาง จะช่วยลดระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องในการศึกษาดีเร็กซ์และคณะ (Derex, et al., 2002) พบว่า การนำส่งผู้ป่วยด้วยระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นปัจจัยที่มีผลทำให้การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวดเร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว (Agyemen, et al., 2006)

การใช้รถส่วนตัวหรือรถบริการสาธารณะ พบว่าไม่เกิดความแตกต่างกันของระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ปัจจุบันการใช้บริการรถบริการสาธารณะในประเทศไทยมีความสะดวก มีการให้บริการอย่างเพียงพอและทั่วถึง

สามารถเรียกใช้ได้ง่ายเพียงแค่โทรศัพท์ ก็จะมีรถมารับถึงบ้าน เป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการและมีความรวดเร็ว จึงทำให้ระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของการใช้รถบริการสาธารณะ ไม่แตกต่างกับการใช้รถส่วนตัว ซึ่งการใช้รถบริการสาธารณะจะทำให้มาโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วเฉพาะในกรณีที่สถานที่เกิดอาการตั้งอยู่ใกล้โรงพยาบาล และสภาพการจราจรไม่ติดขัด แต่สิ่งที่จะช่วยให้ระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง คือการใช้บริการของระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ที่สามารถนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วถึงแม้ว่าการจราจรจะติดขัด โดยที่มีหลายการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ (Agyemen, et al., 2006; Morris, et al., 2000; Shephard, 2004; Moser, et al., 2006; Kim, et al., 2011)

จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการสนับสนุนแนวคิดการจัดการกับอาการของคอคัคและคณะ (Dodd, et al., 2001) ที่เน้นการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและการดูแลตนเองที่เน้นความรู้ ประสบการณ์และศักยภาพของคน ในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลในครอบครัว และสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย ที่ว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก จะทำให้ระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารับดี ระหว่างเดือนกันยายน 2553 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2553 จำนวน 76 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้แก่ เป็นผู้นำส่งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก คือกลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยความพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยหรืออยู่ในเหตุการณ์ขณะที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ สามารถตอบแบบสอบถามได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาของผู้ป่วยและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล ประกอบไปด้วย เวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติครั้งสุดท้าย เวลาถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามารับดี ระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ อาการที่ทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาล วิธีการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่ประเมินด้วยคะแนน NIHSS ของแผนกฉุกเฉิน

ตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง**ตอนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง**

แบบสอบถามในตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากข้อคำถามของ American Heart Association/American Stroke Association ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้นำส่งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำไปตรวจสอบหาความเที่ยงโดยใช้การคำนวณจากสูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder - Richardson 20: KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 และแบบสอบถามในตอนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันของแซพฮาร์ด (Shephard, 2004) โดยหาค่าความเที่ยงจากการคำนวณโดยวิธี test-retest แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .84

เมื่อแบบสอบถามทั้งหมดผ่านขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรองเลขที่ 2553/324) และได้นำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาเยี่ยมผู้ป่วย ระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องจากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 76 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 69.71) มีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 50.0) มีอายุเฉลี่ย 43.38 ปี (S.D.= 10.72) มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 52.61) มีรายได้เฉลี่ย มากกว่าเดือนละ 10,000 บาท (ร้อยละ 71.05) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 85.53)

2. อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเจ็บป่วยครั้งนี้คือ อาการแขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใด (ร้อยละ 59.21) อาการที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลคืออาการแขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใดเช่นกัน (ร้อยละ 59.21) โดยอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและอาการที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ในผู้ป่วยบางรายมีมากกว่า 1 อาการ และบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการคือ คู่สมรสหรือบุตร (ร้อยละ 56.58) โดยกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ คือเรียกรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน/รถบริการสาธารณะ/รถส่วนตัว (ร้อยละ 61.84) ระบบการนำส่งผู้ป่วย ผู้นำส่งใช้ยานพาหนะที่เป็นรถส่วนตัว (ร้อยละ 52.63) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (ischemic stroke) (ร้อยละ 81.58) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองประเมินด้วย NIHSS พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความรุนแรงน้อย (ร้อยละ 84.21) ระยะทางจากสถานที่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาล มีระยะทางเฉลี่ยเท่ากับ 29.70 กิโลเมตร (S.D. = 53.87) มีฐานนิยมเท่ากับ 12 กิโลเมตร และช่วงเวลาในการมาโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาโรงพยาบาลในช่วงเวลากลางคืน (ร้อยละ 77.63)

3. ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลรามาริบัติ ใช้เวลาเฉลี่ย 95.29 นาที (S.D.= 31.75) ใช้เวลาในการตัดสินใจมาโรงพยาบาล คือระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนถึงเวลาที่นำส่งโรงพยาบาล ใช้เวลาเฉลี่ย 45.14 นาที ใช้เวลาเดินทางจากสถานที่เกิดอาการถึงแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลรามาริบัติ ใช้เวลาเฉลี่ย 51.51 นาที

4. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่ำสุด 15 คะแนน สูงสุด 29 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.87 คะแนน (S.D. = 21.87) แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง และมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองต่ำสุด 5 คะแนน สูงสุด 100 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 62.86 คะแนน (S.D.= 23.195) แสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง

5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้นำส่ง และระบบการนำส่งผู้ป่วยกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดย

พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่งผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. ปัจจัยที่สัมพันธ์กันนอกเหนือจากสมมุติฐาน ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้ป่วย ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และที่สำคัญที่สุดคือการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยลดระยะเวลาตัดสินใจ ลดระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ โดยการให้ความรู้ด้วยการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ หรือการให้ความรู้ในคลินิก โรคที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ก่อให้เกิดความพิการหรือทำให้เสียชีวิต และประโยชน์ของการมารับการรักษาอย่างรวดเร็ว เมื่อเกิดอาการ เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. แนะนำประโยชน์ของการใช้บริการระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service: EMS) แก่ผู้ป่วย ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคต่างๆ เมื่อเกิดกรณีที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอย่างฉุกเฉินเร่งด่วน เนื่องจากระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษได้อย่างรวดเร็วกว่าวิธีอื่นๆ และการใช้ระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ในระหว่างการเดินทาง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. การให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับการจัดการขณะที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้คำแนะนำที่ถูกต้อง และเพื่อให้การตัดสินใจมารับการรักษาอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในจังหวัดหรือภูมิภาคอื่นๆ เพื่อสามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงได้ว่าเนื่องจากกระบวนการคมนาคม สภาพการจราจร หรือระบบบริการสุขภาพในระดับจังหวัด และภูมิภาค ทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกัน

2. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาดังแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อหาปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล เช่น ระบบบริการในโรงพยาบาล ขั้นตอนการรักษา หรือทำการศึกษากับเจ้าหน้าที่การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เพื่อนำความรู้ไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) อาจทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันน้อยกว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (stroke fast track) ทำให้เกิดอคติในการเลือกตัวอย่าง (selection bias)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะเฉียบพลัน

FACTORS RELATED TO ONSET ARRIVAL TIME IN PATIENTS WITH ACUTE STROKE

ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ 5036186 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรสา พันธุ์ภักดี, พย.ด., พิศสมัย อรทัย, ค.ด. (วิธีวิทยาการวิจัย
การศึกษา), ศิษยา รัตนกร, พ.บ.ว.ว. ประสาทวิทยา

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke หรือ cerebrovascular disease) เป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง และผลจากโรคทำให้เกิดความพิการ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความพิการ (Moser, et al., 2006) สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15,648 คน คิดเป็นร้อยละ 24.66 ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552)

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิก ประกอบด้วยลักษณะอาการทางระบบประสาทบกพร่อง ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง (World Health Organization, 2006) อาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุเกิดจากการแตก ตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง (Barker, 2008) การรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีเป้าหมายคือ ต้องได้รับการรักษาเร็วที่สุด (ศิษยา รัตนกรและเจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2550) การรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่ระยะแรก จะช่วยลดความพิการและอัตราการตายลงได้ (Shephard, 2004) ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีความก้าวหน้าอย่างมาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ได้รับการฉีด recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ขนาด 0.9 มก./กก. เข้าหลอดเลือดดำ ภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ประมาณร้อยละ 30-50

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เกิดจากตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง จะกลับมาเป็นปกติ (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

แม้ว่าทางการแพทย์จะมีความก้าวหน้าในการรักษา แต่กลับพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ สูญเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ หรือถึงแม้ได้รับการรักษาก็อาจจะไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร เนื่องจากรับการรักษาช้า เกินกว่าที่จะได้รับยาละลายลิ่มเลือดเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

จากการที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน การวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของญาติ หรือผู้นำส่ง ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ก่อให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อัตราตายและอัตราการเกิดภาวะพิการลดลง นอกจากนี้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาในอนาคตต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการ (model of symptom management) ของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) นำมาอธิบายปรากฏการณ์ของประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ ผลของการจัดการกับอาการของผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบไปด้วย

ประสบการณ์อาการ (symptom experience) เป็นการรับรู้ของผู้นำส่ง ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หากผู้นำส่งสามารถประเมินได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และมีความรุนแรง เป็นสิ่งที่คุกคามกับชีวิตและมีอันตราย จึงทำให้เกิดการจัดการกับอาการ

วิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) คือกระบวนการที่ผู้นำส่ง นำมาจัดการกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น โดยในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงระบบการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล หากการนำส่งผู้ป่วยมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดผลการจัดการกับอาการที่ดีกับตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ผลของการจัดการกับอาการ (symptom outcomes) เป็นตัววัดคุณภาพของการจัดการกับอาการ ในการศึกษาครั้งนี้ผลของการจัดการกับอาการ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นสิ่งที่นำมาวัดคุณภาพของการจัดการกับอาการของผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

สมมุติฐานการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง มีความสัมพันธ์กับทางลบกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
2. อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้นำส่ง และระบบการนำส่งผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) โรงพยาบาลรามาธิบดี ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยหรืออยู่ในเหตุการณ์ขณะที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถฟัง พูดภาษาไทยได้ สามารถตอบแบบสอบถาม และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 76 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล ประกอบด้วย เวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติครั้งสุดท้าย เวลาที่ถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามธิบดี ระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ อาการที่ทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาล วิธีการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่ประเมินด้วยคะแนน NIHSS

ตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คือแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง โดยเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากข้อคำถามของ American Heart Association/American Stroke Association ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 29 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบว่า ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบอย่างไร โดยตอบ ใช่หรือไม่ใช่ แต่ละข้อมีคะแนน 1 คะแนน แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าตั้งแต่ 0-29 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนมาก แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง

ตอนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คือแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันของ แชพฮาร์ด (Shephard, 2004) โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินการเปรียบเทียบกับสายตา (visual analog scale) ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ค่าคะแนนได้มาจากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงไปถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมาย X ตัดลงบนเส้นตรง คะแนนของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนมาก แสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้นำส่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.71) มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 50) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.38 ปี (S.D. = 10.72) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 52.61) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าเดือนละ 10,000 บาท (ร้อยละ 71.05) ผู้นำส่งส่วนใหญ่เป็น คู่สมรสหรือบุตร (ร้อยละ 85.53) และสิทธิการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือเบิกจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ เอกชน (ร้อยละ 63.15)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ คือ อาการแขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใด (ร้อยละ 59.21) อาการที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล คือ อาการแขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใดเช่นกัน (ร้อยละ 59.21) โดยอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและอาการที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลในผู้ป่วยบางรายมีมากกว่า 1 อาการ บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้ป่วยจะอยู่กับสามี/ภรรยา/บุตร (ร้อยละ 56.58) กิจกรรมที่ผู้นำส่งส่วนใหญ่ทำ คือเรียกรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน/รถบริการสาธารณะ/รถส่วนตัว (ร้อยละ 61.84) และนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยวิธีการใช้รถส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 52.63) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (ischemic stroke) (ร้อยละ 81.58) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่ประเมินด้วย NIHSS พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีระดับความรุนแรงน้อย (ร้อยละ 84.21) และระยะทางจากสถานที่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาล มีระยะทางเฉลี่ยเท่ากับ 29.70 กิโลเมตร (S.D.= 53.87) และมีค่าฐานนิยมเท่ากับ 12 กิโลเมตรและช่วงเวลาในการมาโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมาโรงพยาบาลในช่วงเวลากลางคืน (ร้อยละ 77.63)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเฉลี่ยเท่ากับ 95.20 นาที (S.D. = 31.75) ระยะเวลาที่ใช้

เดินทางจากสถานที่ที่เกิดอาการจนถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามารับดีเฉลี่ยเท่ากับ 51.51 นาที ($S.D. = 36.73$) ผู้นำส่งมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.87 คะแนน ($S.D. = 2.99$) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 62.86 คะแนน ($S.D. = 23.19$)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง และระบบการนำส่งผู้ป่วย กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้นำส่ง และระบบการนำส่งผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่งกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ($N=76$)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. อายุ	1.00			
2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	-.001	1.00		
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	-.243*	.423**	1.00	
4. ระยะเวลามาโรงพยาบาล	-.071	-.234*	-.300**	1.00

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

อภิปรายผล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศหญิง ที่พบเช่นนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และกลุ่มตัวอย่างเป็นภรรยา และบุตร โดยทั่วไปในระบบสังคมและวัฒนธรรมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแล และมีความเอาใจใส่ได้ดีกว่า จึงพบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลใกล้ชิด ได้ดีกว่าเพศชายโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย (อินทราพร พรหมปรการ, 2541) จากผลการศึกษา ดังกล่าวได้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) ที่ว่า การจัดการกับอาการตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจาก แพทย์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพนั้นเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของศึกษาของมาซและบาคัส (Maze & Bakas, 2004) ที่ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าบุคคลที่เป็นผู้ ตัดสินใจมาโรงพยาบาลร้อยละ 42 เป็นคู่สามี ภรรยาและบุตรของผู้ป่วย

ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลัน

ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลัน คือเวลาตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนถึงแผนกฉุกเฉิน ใน การศึกษานี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันใช้เวลาเฉลี่ย 95.29 นาที (1 ชั่วโมง 58 นาที) ผู้นำส่งใช้เวลาในการตัดสินใจ คือตั้งแต่พบผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนตัดสินใจ นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 45.14 นาที หากผู้นำส่งใช้เวลาในการตัดสินใจที่น้อยกว่านี้ อาจจะทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลันลดลง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ นิพาพร ภิญ โญศรี (2551) ที่พบว่าระยะเวลาที่ใช้ใน การตัดสินใจมาโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 360 นาที และตั้งแต่ตัดสินใจมารับการรักษาจนถึง โรงพยาบาล ค่ามัธยฐานเท่ากับ 68.50 นาที จากระยะเวลาดังกล่าวที่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจาก ระยะทางจากสถานที่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาล สภาพการจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง และมีความสัมพันธ์ทางลบ กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่งถูกต้อง มีแนวโน้มทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดีเร็กซ์และคณะ (Derex, et al., 2002) ที่พบว่าผู้นำส่งทราบถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวดเร็วขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่า ผู้นำส่งมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางลบ กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนกับสมมติฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นความรู้สึกที่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตราย คุกคามกับชีวิตและอาจทำให้เกิดความพิการกับผู้ป่วย จะส่งผลให้เป็นภาระที่จะต้องดูแลผู้ป่วยในระยะยาว และด้วยความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยเกรงว่าบุคคลอันเป็นที่รักหรือหัวหน้าครอบครัวจะเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือเกิดความพิการ จึงทำให้อธิบายได้ว่าเมื่อผู้นำส่งมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก จะทำให้เกิดการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแซฟฮาร์ด (Shephard, 2004) พบว่า ผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง จะมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง แต่มีการศึกษาที่ขัดแย้งกันคือการศึกษาของเชน และคณะ (Chen, et al., 2007) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำนายการมารับรักษาที่แผนกฉุกเฉินได้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำส่ง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะส่งผลทำให้การประเมินอาการและการตอบสนองของอาการ และการจัดการกับอาการของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน จึงนำมาตั้งสมมติฐานและศึกษาหาความสัมพันธ์ กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และอภิปรายผล ดังนี้

อายุ จากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 43.38 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (middle adulthood) เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ ประสบการณ์ และความสามารถในการรับรู้เรื่องราวต่างๆ มีการวินิจฉัยได้ตรงตรง สามารถตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี (Pender, 1996) แต่เมื่อนำอายุ มาศึกษาหาความสัมพันธ์ พบว่า อายุของผู้นำส่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ อาจเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อม หรือประสบการณ์ที่เคยรับรู้มาก่อนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละช่วงอายุไม่มีความแตกต่างกัน และทำให้ผลของการจัดกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่มีความแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องในการศึกษาของโมเซอร์และคณะ (Moser, et al., 2006) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาโรงพยาบาลล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

รายได้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง สามในสี่มีรายได้ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับรายได้ประจำต่อคนต่อเดือน เฉลี่ยของคนไทยที่ 7,226 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) และส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้สิทธิเบิกจากราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือใช้สิทธิประกันสังคม ทำให้ไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้นำส่งสามารถตัดสินใจมาโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น จึงทำให้ผลการศึกษาของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโมเซอร์และคณะ (Moser, et al., 2006) พบว่ารายได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการมีประกันสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ระบบการนำส่งผู้ป่วย คือการตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) หากการนำส่งผู้ป่วย มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดผลการจัดการกับอาการที่ดีกับตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในการศึกษาครั้งนี้ การใช้รถส่วนตัวหรือรถบริการสาธารณะ พบว่าไม่เกิดความแตกต่างกันของระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ เนื่องจากปัจจุบันการใช้บริการรถบริการสาธารณะในประเทศไทยมีความสะดวก มีการให้บริการอย่างเพียงพอและ

ทั่วถึง สามารถเรียกใช้ได้ง่าย มีความรวดเร็ว แต่สิ่งที่จะช่วยให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง คือการใช้บริการระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service: EMS) ที่สามารถนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วถึงแม้ว่าการจราจรจะติดขัด โดยที่มีหลายการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ (Agyemen, et al., 2006; Morris, et al., 2000; Shephard, 2004)

จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการสนับสนุนแนวคิดการจัดการกับอาการของคอঁดและคณะ (Dodd, et al., 2001) ที่เน้นการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและการดูแลตนเองที่เน้นความรู้ ประสบการณ์และศักยภาพของคนในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือนบุคคลในครอบครัว และสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย ที่ว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก จะทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดง อันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง และที่สำคัญที่สุดคือการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยลดระยะเวลาตัดสินใจ ลดระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ
2. แนะนำประโยชน์ของการใช้บริการระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service: EMS) แก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยโรคต่างๆ เมื่อเกิดกรณีที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างฉุกเฉินเร่งด่วน เนื่องจากระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วกว่าวิธีอื่นๆ และการใช้ระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ในระหว่างการเดินทาง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. การให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับการจัดการกับอาการ ขณะที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้คำแนะนำที่ถูกต้อง และเพื่อให้การตัดสินใจมารับการรักษาอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในจังหวัดหรือภูมิภาคอื่นๆ เพื่อสามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงได้ว่าเนื่องจากระบบการคมนาคม สภาพการจราจร หรือระบบบริการสุขภาพในระดับจังหวัด และภูมิภาค ทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกัน

2. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาดังแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อหาปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลแล้ว เช่น ระบบบริการในโรงพยาบาล หรือทำการศึกษาปัจจัยทำนายการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำความรู้ไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) อาจทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันน้อยกว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke unit) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (stroke fast track) ทำให้เกิดอคติในการเลือกตัวอย่าง (selection bias)

FACTORS RELATED TO ONSET ARRIVAL TIME IN PATIENTS WITH ACUTE STROKE

TUANGTHIP BINTHAISONG 5036186 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ORASA PANPAKDEE, DNS., PISAMAI
ORATHAI, Ph.D. (EDUCATIONAL RESEARCH METHODOLOGY), DISYA
RATANAKORN, M.D.

EXTENDED SUMMARY**Background and Significance**

Stroke or cerebrovascular disease caused a high rate of mortality and consequent to disability. In USA, stroke was reportedly the third-ranking cause of death and the leading cause of disability (Moser, et al., 2006), in Thailand, stroke was the third-ranking cause of death. According to the statistics of Ministry of public health, there were 15,648 patients died of Stroke, accounting for 24.66% out of 100,000 populations (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, B.E. 2552).

World Health Organization defined stroke as a “neurological deficit of cerebrovascular cause that immediately occurs and persists beyond 24 hours” (World Health Organization, 2006). The disorder could be due to ischemia caused by blockage, or a hemorrhage (Barker, 2008). The treatment aimed to provide the most urgent care (Ratanakorn and Keandoungchun, B.E. 2550). Accurate and immediate treatment at the early stage would help reduce disability and mortality rate (Shephard, 2004). Presently, the treatment for patients with stroke had been very progressive whereby approximately 30-50% of these patients who were intravenously injected with 0.9 mg./kg. of recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) within 3 hours

after the occurrence of symptoms would be restored to normal condition (Prasat Neurological Institute, B.E. 2550).

Although the medical treatment for patients with acute stroke had been progressive, the patients were not benefited from such medical progress. Patients with acute stroke lost the opportunity to receive efficient treatment, or received ineffective treatment since they visited the hospital too late to be prescribed with anticoagulants.

Based on the literature review in Thailand conducted by the researcher, there had not been any studies on the factors related to onset arrival time in patients with acute stroke. The study was to explore information in relation to the decisions of relatives or transporters to take patients to the hospital. The findings of the study were expected to acquire information contributing to the more rapid treatment for patients with acute stroke, the shorter period of time from the occurrence of symptoms until the medical treatment, which led to the efficient treatment and the decreased mortality and disability rate. Besides, the researcher would utilize information to provide most beneficial treatment to these patients in the future.

Conceptual Framework

The researcher conducted the study based on the model of symptom management of Dodd et al. (Dodd et al., 2001) as mentioned above, it could explain the occurrence of symptom experience, symptom management strategies, symptom outcome, of transporters as described below.

Symptom experience in this study involved perception of transporters on stroke symptoms of the patients. If transporters could diagnose that those symptoms belonged to stroke, and the symptoms were severe and harmful to life, the symptom management would be done.

Symptom management strategies were the processes by which transporters managed stroke symptoms. The processes and outcomes of such management had to be beneficial to patients. In this study, it meant the patient transfer

system. If the patients transfer was made rapidly and efficiently, it would satisfactorily provide the positive symptom management to patients with acute stroke.

Symptom outcomes would indicate the quality of symptom management strategies. In this study, the researcher utilized onset arrival time in patients with acute stroke to measure the quality of symptom management strategies.

Objective

1. To explore onset arrival time in patients with acute stroke.
2. To explore the factors related to onset arrival time in patients with acute stroke.

Research Hypotheses

1. Perception of stroke and perception of stroke severity had a negative relationship with onset arrival time in patients with acute stroke.
2. Age, education level and income of transporters and patient transfer system had a relationship with onset arrival time in patients with acute stroke.

Research Methodology

The samples were transporters of patients with acute stroke being admitted to the acute stroke unit, Ramathibodi hospital. They were selected by purposive sampling. The samples were staying with the patients or at the place of incident during the occurrence of stroke, could listen and speak Thai language, could answer the questionnaires, and were willing to participate in this study.

Research instruments

The instruments for the data collection were divided into 4 parts as follows:

Part 1: The demographic data records consisted of gender, age, education level, income, medical privilege of the patients, and relationship with the patients.

Part 2: The hospital visit records consisted of the last seen of patients normal condition, the arrival time to the emergency department of Ramathibodi hospital, the onset arrival time, the duration of transportation from home to the hospital, the current symptoms of patients, the symptoms motivating the decision to visit the hospital, persons staying with the patients during the occurrence of stroke, the activities of patients prior to the hospital visit, the patient transfer approach, type of stroke, and NIHSS score assessed upon the admission to the emergency department.

Part 3: The assessment form on perception of stroke was developed by the researcher from the questions of American Heart Association/American Stroke Association, with a total of 29 items. Respondents were requested to answer how each statement matched with their opinions. The answer could be either 'yes' or 'no'. Each item earned 1 point. The scores of the assessment form on perception of stroke ranged from 0-29 points. High scores indicated a corrected of perception of stroke.

Part 4: The assessment form on perception of stroke severity – The researcher translated the assessment form on perception of acute ischemic stroke severity of Shephard (Shephard, 2004) into Thai language. The assessment form on perception of stroke severity was the visual analog scale. It was the horizontal linear scale with a length of 100 mm. The determination of scoring criteria was as follows: The scores were calculated based on the measurement from the left end side of the scale equivalent to 0 point to the ✕ symbol marked by the samples on the linear. The length from the starting point to the marked point in millimeter would be calculated into the scores of perception of stroke severity. The scores of the assessment form on

perception of stroke severity ranged from 0-100 points. High scores indicated a high level of perception of stroke severity.

Result

Part 1 Results of analysis on demographic data of the samples who were transporters

The samples in this study were mostly female (69.71%) aged from 41-60 years (50%) with an average age of 43.38 years (S.D. = 10.72). Most of them graduated bachelor's degree and upward (52.61%). Their average monthly income was over 10,000 baht/month (71.05%). Transporters were mostly husbands/wives or children (85.53%). Medical privileges of patients with stroke were available from public sector / state enterprise / private sector welfare (63.15%).

Part 2 Results of analysis on the hospital visit of patients with acute stroke

The stroke symptom of most patients in this study was acute limb weakness (59.21%). The symptom provoking decision to take patients to the hospital was acute limb weakness as well (59.21%). Some patients might have more than 1 symptom. Persons who were staying with patients during the occurrence of stroke were their husbands/wives/children (56.58%). Patients were taken to the hospital by private vehicle (52.63%). Type of stroke among these patients was ischemic stroke (81.58%). Stroke severity of patients assessed by NIHSS was at a low level (84.21%). The distance from the place of incident to the hospital was 29.70 km. on average (S.D. = 53.87), and the mode value was 12 km.

Part 3 Results of analysis on onset arrival time in patients with acute stroke, perception of stroke and perception of stroke severity

According to the analysis, onset arrival time to hospital of patients with acute stroke was 95.20 minutes on average (S.D. = 31.75). Transportation time from the place of incident to the emergency department of Ramathibodi hospital was 51.51

minutes on average (S.D. = 36.73), mean scores of perception of stroke among transporters were 21.87 points (S.D. = 2.99). Mean scores of perception of stroke severity among transporters were 62.86 points (S.D. = 23.19).

Part 4 Results of analysis on the relationships between age, education level, income, perception of stroke, perception of stroke severity of transporters, patient transfer system, and onset arrival time in patients with acute stroke

The analysis results revealed that age, education level and income of transporters, as well as patient transfer system had no relationship with onset arrival time in patients with acute stroke.

According to the analysis, perception of stroke of transporters had a negative relationship at a low level with onset arrival time in patients with acute stroke at a .05 level of statistical significance, whereas perception of stroke severity of transporters had a negative relationship at a moderate level with onset arrival time in patients with acute stroke at a .01 level of statistical significance, as shown in Table 2.

Table 2 Coefficient of correlation between age, perception of stroke, perception of stroke severity of transporters, and onset arrival time in patients with acute stroke (N=76)

Variable	1	2	3	4
1. Age	1.00			
2. Perception of Stroke symptoms	-.001	1.00		
3. Perception of Stroke severity	-.243*	.423**	1.00	
4. Presenting time duration to hospital	-.071	-.234*	-.300**	1.00

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

Discussion

Characteristics of the samples

The findings of this study revealed that more than half of the samples were female possibly because most patients with stroke in this study were male and most of the samples were their spouses and children. Basically, the society and culture regarded female as more attentive caregivers, so female could perform self-care

behaviors or take care of their close persons better than male especially during illness (Promprakarn, B.E. 2541). The findings were consistent with the model of symptom management of Dodd et al. (Dodd et al., 2001) which mentioned that the symptom management from a basic symptom to a severe symptom requiring treatment from doctors or health team members was under the direct responsibility of patients and their family members. Accordingly, the study of Maze & Bakas on the factors related to onset arrival time in patients with acute stroke revealed that 42% of persons who made a decision to visit the hospital were husbands, wives, and children of patients (Maze & Bakas, 2004).

Onset arrival time in patients with acute stroke

Onset arrival time in patients with acute stroke started from the occurrence of stroke until the arrival to the emergency department. Based on the model of symptom management, presenting time duration to hospital represented the symptom outcomes. In this study, onset arrival time in patients with acute stroke took averagely 95.29 minutes (1 hour and 58 minutes). Transporters took averagely 45.14 minutes from noticing the occurrence of stroke until deciding to take patients to the hospital. Such onset arrival time was still within the golden period when patients could receive effective treatment. If transporters took shorter time to make a decision, onset arrival time in patients with acute stroke might become shorter. In contrast, the study of Pinyosri, N. (B.E. 2551) revealed that the median value of the decision time to visit the hospital and the duration from the decision until the arrival to the hospital was 360 minutes and 68.50 minutes respectively. Such different duration in each study might be due to the distance from the place of incident to the hospital and traffic conditions in Bangkok.

The factors related to onset arrival time in patients with acute stroke

Perception of stroke, the samples achieved a correct perception of stroke, and it had a negative relationship with onset arrival time in patients with acute stroke at a .05 level of statistical significance. The findings supported the assumption of the model of symptom management in respect of the symptom experience. Correct perception of stroke of transporters could shorten onset arrival time in patients with

acute stroke. Accordingly, the study of Derex et al. revealed that persons related to patients with stroke who were acknowledged of stroke symptoms would accelerate the admission to the hospital of patients with acute stroke (Derex, Adeleine, Nighoghossian, Honnorat, and Trouillas, 2002).

Perception of stroke severity – Based on the study, transporters had a moderate level of perception of stroke severity, and it had a negative relationship with onset arrival time in patients with acute stroke at a .01 level of statistical significance according to the research hypothesis. With regard to the model of symptom management, perception of severity was the evaluation of symptoms occurred in patients with acute stroke. Perception of stroke severity was to perceive that the symptoms were hazardous, life-threatening, and possibly caused patients' disability. Such symptom enabled transporters to perceive that it might cause disability and force them to be burdened with long-term caring for patients with acute stroke. As transporters had attachment and affection with their beloved patients and were scared of the life-threatening symptoms or the disability caused by the symptoms, so a high level of their perception of stroke severity would enhance effective symptom management. Accordingly, the study of Shephard revealed that patients or related persons who had a high level of perception of stroke severity would visit the hospital within 3 hours (Shephard, 2004). However, the study of Chen et al. found that perception of stroke severity could not predict patients' visit to the emergency department (Chen et al., 2007).

In this study, the researcher selected personal factors, namely age, education level, and income. These factors would affect different symptoms & response to symptoms evaluation and symptom management of each individual. Therefore, the assumptions were made and the relationships between these factors and onset arrival time in patients with acute stroke were explored and discussed as follows:

Age – Based on the study, the average age of the samples was 43.38 years in the middle adulthood, which had maturity, experiences, perception ability, contemplation, as well as being able to make decisions in choosing solutions

appropriate with various incidents or situations (Pender, 1996). However, the findings revealed that age of transporters had no relationship with onset arrival time to hospital. This was probably due to the environments or experiences in perception of stroke symptoms. As a result, perception of stroke symptoms in each age group was not different, and the symptom outcome, i.e. onset arrival time in patients with stroke was not different.

Education level – Education level of the samples who were transporters had no relationship with onset arrival time in patients with acute stroke. Accordingly, the study of Moser et al. on patients with acute stroke revealed that education level had no relationship with the delayed visit to the hospital of patients with acute stroke (Moser et al., 2006).

Income – In this study, income had no relationship with onset arrival time to hospital since three-fourth of the samples earned a moderate income, when compared with the average monthly income of Thai people amounting to 7,226 baht per person (National Statistical Office, B.E. 2555). Most patients with acute stroke in this study were eligible for public sector / state enterprise / or social security welfare, so they did not have to worry about medical expenses. Thus, transporters could decide to visit the hospital more easily. As a result, income had no relationship with onset arrival time to hospital based on the findings. Accordingly, the study of Moser et al. revealed that income of patients with acute stroke and health insurance had no relationship with the decision to visit the hospital of patients with acute stroke (Moser et al., 2006).

Patient transfer system – Patient transfer system was the response to symptoms. Fast and efficient patient transfer would result in effective symptom outcome for patients with acute stroke. This study revealed that patient transfer system had no relationship with onset arrival time in patients with acute stroke. Private vehicle or public vehicle did not affect different onset arrival time to hospital since currently public vehicle services in Thailand were convenient and sufficient, just making a phone call and the vehicle would pick up at home to facilitate passengers in

a timely manner. However, a factor which might shorten onset arrival time in patients with acute stroke was the emergency medical service (EMS) that could take patients to the hospital quickly despite the heavy traffic as agreed by several studies (Agyemen et al., 2006; Morris et al., 2000; Shephard, 2004).

This study supported the model of symptom management of Dodd et al (Dodd, et al., 2001) which emphasized the efficient symptom management and utilization of knowledge, experience, and capabilities in managing symptoms of oneself or their family members, as well as supported the research hypothesis which stated that perception of stroke and perception of stroke severity were related to onset arrival time to hospital. Transporters who had a correct of perception of stroke and a high level of perception of stroke severity would result in the shorter onset arrival time in patients with acute stroke.

Recommendations for research utilization

Nursing practices

1. With regard to knowledge to be provided for patients, or persons related to the patients at risk of stroke, it should be focused on symptoms, signs, dangers of stroke and most importantly, stroke management, in order to reduce decision time and onset arrival time to hospital. This contributed to reduction of mortality and disability of patients with acute stroke.

2. Advantages of emergency medical service (EMS) should be recommended to patients or persons related to patients with various diseases in case of an urgent hospital visit since EMS could enable patients to receive treatment faster than other approaches, as well as giving primary care to patients during the transportation in a safer manner.

3. Consultations should be made to patients in the risk group or general public in relation to symptom management strategies during the occurrence of stroke in order to ensure proper advices and urgent decision to visit the hospital upon the occurrence of Stroke.

Recommendations for further research

1. It was advisable to study the factors related to onset arrival time in patients with acute stroke in other provinces or regions in order to enable the research citation and extend knowledge acquired from each province and region with different transportation, traffic condition, or health service systems

2. It was advisable to study the factors related to onset arrival time to hospital from the occurrence of stroke until the hospitalization in order to explore the factors after the patients' arrival to the hospital such as the hospital services system, or alternatively study the predicting factors related to the hospitalization of patients with stroke in order to utilize knowledge for the purpose of nursing care development, and enhance faster onset arrival time in patients with acute stroke.

Limitation of the study

The researcher collected the data in the acute stroke unit, onset arrival time to hospital may be shorter than collected data in another unit. Because patients who were admitted in the acute stroke unit, were treated according to the stroke fast track guideline. In addition, causing a bias in selection.

รายการอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ). (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติศักดิ์ เก่งสกุล. (2550). การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วิชัยยุทธจุลสาร*, 37, 88-91.
- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคแอส แอล อี. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดิษยา รัตนกร, เจษฎา เขียนดวงจันทร์. (2550). โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease). ใน ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ, ศศิโสภิณ เกียรติบูรณกุล และสมนึก สังฆานุภาพ (บรรณาธิการ). *อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน : Emergency in medicine*. กรุงเทพฯ : สร้างสื่อ.
- นิภาพร ภิญโญศรี. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นารายณ์ ประยูรวิวัฒน์. (2543). Brain attack: management of acute ischemic stroke. ใน สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์, สุชัย เจริญรัตนกุล (บรรณาธิการ). *เวชบำบัดวิกฤต 2000: Current concepts in critical care 2000*. กรุงเทพฯ. เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- วิวรรณ มุ่งเขตกลาง. (2542). ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล. (2540). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2553). โรคหลอดเลือดสมองภัยร้ายใกล้ตัว.

Retrieved กรกฎาคม 7, 2553, web site: <http://www.thaihealth.or.th/node/15238>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2554. Retrieved พฤษภาคม 9, 2555, จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ web site: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/Sociosum54.pdf>.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2549). จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2545- 2549. Retrieved พฤศจิกายน 17, 2550, จากศูนย์ข้อมูลข่าวสารคุณภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข web site: <http://203.157.10.15/moph/default.aspx>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.(2549). จำนวนและร้อยละของการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศและอายุ พ.ศ.2545- 2549. Retrieved พฤศจิกายน 17, 2550, จากศูนย์ข้อมูลข่าวสารคุณภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข web site: <http://203.157.10.15/moph/default.aspx>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548- 2552. Retrieved มิถุนายน 28, 2553, จากศูนย์ข้อมูลข่าวสารคุณภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข web site: <http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/2.3.4-52.pdf>.

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อาทร รื้อไพบูลย์, กันยารัตน์ ปนสูงเนินและ วัชรารื้อไพบูลย์. (2550). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการต้นทุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดบุรีรัมย์. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย.

อินทราพร พรหมปรการ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Agyemen, O., Nedeltchev, K., Arnold, M., Fischer, U., Remonda, L., Isenegger, J., et al. (2006). Time to admission in acute ischemic stroke and transient ischemic attack. *Stroke*, 37, 963-966.
- American Stroke Association. (2010). *Stroke warning signs quiz*. Retrieved July 10, 2010, from American Stroke Association web site: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/WarningSigns/StrokeWarningSignsQuiz/Stroke-Warning-Signs-Quiz_UCM_308584_Article.jsp.
- American stroke association. (2011). *Stroke warning signs*. Retrieved April 16, 2012, from American Stroke Association web site: http://www.strokeassociation.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_434181.pdf.
- American stroke association. (2011). *Understanding risk*. Retrieved January 19, 2012, from American Stroke Association web site: http://www.strokeassociation.org/STROKE/AboutStroke/UnderstandingRisk/UnderstandingRisk_UCM_308539_SubHomePage.jsp.
- American stroke association. (2012). *Target: stroke time lost is brain lost*. Retrieved March 3, 2012, from American Stroke Association web site: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/Professionals/Target-Stroke_UCM_314495_SubHomePage.jsp.
- Barker, E. (2008). *Neuroscience nursing: a spectrum of care (3rd)*. Philadelphia. Mosby Elsevier.
- Burns, N., and Grove, S.K. (1997). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Chang, K., Tseng, M.C., & Tan, T.Y. (2004). Prehospital delay after acute stroke in Kaohsiung, Taiwan. *Stroke*, 35, 700-704.
- Chen, C.H., Huang, P., Yang, Y.H., Liu, C.K., Lin, T.J., Lin, R.T. (2007). Pre-hospital and in-hospital delays after onset of acute ischemic stroke a hospital-based study in southern Taiwan. *Kaohsiung Journal Medical Science*, 23, 552-559.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdaler, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Crocco, T.J. (2007). Streamlining stroke care: from symptom onset to emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 33(3), 255-260.

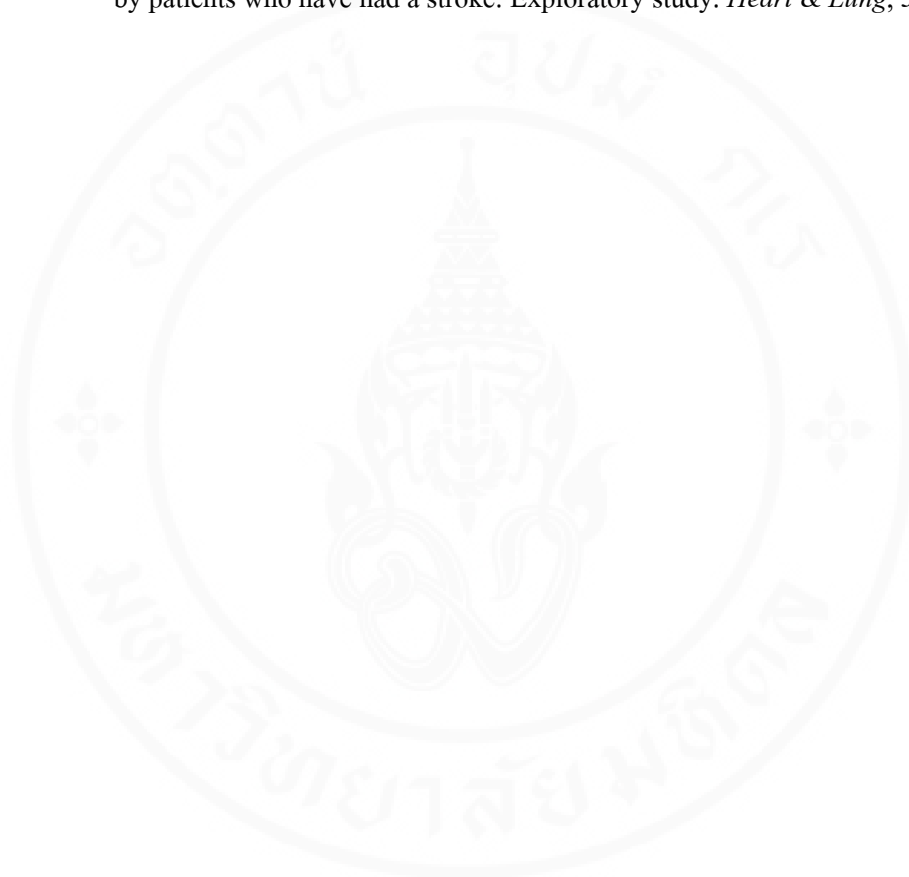
- Cubriilo-Turek, M. (2004). Stroke risk factors: recent evidence and new aspects. *International Congress series*, 1262, 466-469.
- Derex, L., Adeleine, P., Nighoghossian, N., Honnorat, J., & Trouillas, P. (2002). Factors influencing early admission in a French stroke unit. *Stroke*, 33, 153-159.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Froelicher, E.S., Hummphreys, J., Lee, K., et al. (2001). Nursing theory and concept development or analysis advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Evenson, K., Rosamond, W. & Morris, D. (2001). Pre-hospital and in-hospital delays in acute stroke care. *Neuroepideminology*, 20(2), 65-76.
- Fang, J., Yan, W., Jing, G.X., Li, W. & Cheng, Q. (2011). Time interval between stroke onset and hospital arrival in acute ischemic stroke patients in Shanghai, China. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 113, 85-88.
- Feldmann, E., Gordon, N., Brooks, J.M., Brass, L.M., Fayad, P.B., Sawaya, K.L., et al. (1993). Factors associated with early presentation of acute stroke. *Stroke*, 24, 1805-1810.
- Gargano, J.W., Wehner, S. & Reeves, M.J. (2009). Do presenting symptoms explain sex differences in emergency department delays among patients with acute stroke. *Stroke*, 40, 1114-1120.
- Gargano, J.W., Wehner, S. & Reeves, M.J. (2011). Presenting Symptoms and onset-to-arrival times in patients with acute stroke and transient ischemic attack. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 20(6), 494-502.
- Goldstein, L.B., Edwards, M.G., & Wood, D.P. (2001). Delay between stroke onset and emergency department evaluation. *Neuroepideminology*, 20, 196-200.
- Hemmen, T. (2008). Patient delay in acute stroke response. *European Journal of Neurology*, 15, 315-316.
- Herrmann, L.L. & Zabramski, J.M. (2007). Nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage: a review of clinical course and outcome in two hemorrhage patterns. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39(3), 135-142.
- Hickey, J. V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (5th ed.). Philadelphia : Lippincott, Williams & Wilkins.

- Hinkle, J., Guanci, M. (2007). Acute ischemic stroke review. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39(5), 285-293.
- Ignatavicius, D.D., & Hausman, K.A. (2011). Care of critically III patients with neurologic problem. In L. Sharon (Eds.), *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problem*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Ivonne-Marie, B., Kenneth, J.O., Kuo, Y.F., Smith, P.M., Smith, D., Ostir, G.V. (2007). Satisfaction with quality of life post stroke: effect of sex differences in pain response. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(4), 413-417.
- Jauch, E.C. (2005). *Acute stroke management*. Retrieved August 13, 2011, web site: <http://www.Emedicine.com/neurs/tropic9.htm>.
- Jorgensen, H.S., Nakayama, H., Reith, J., Raaschou, H.O., & Olsen, T.S. (1996). Factors delaying hospital admission in acute stroke: The Copenhagen stroke study. *Neurology*, 49, 383-387.
- Kamalesh, D., Gouranga, P.M., Ashok, K.D., Bijoy, M., & Bansi Badan, M. (2007). Awareness of warning symptoms and risk factors of stroke in the general population and in survivors stroke. *Journal of Clinical Neuroscience*, 14, 12-16.
- Kasner, S.E. (2006). Clinical interpretation and use of stroke scales. *Lancet Neurol*, 5, 603-612.
- King, I.M. (1981). *A theory for nursing*. New York: Wiley & Sons.
- Kim, H.J., Ahn, J.H., Kim, S.H., & Hong, E.S. (2011). Factors associated with prehospital delay for acute stroke in Ulsan, Korea. *The Journal of Emergency Medicine*, 41(1), 59-63.
- Kirshner, H.S. (2009). Differentiating ischemic stroke subtypes: Risk factors and secondary prevention. *Journal of the Neurological Sciences*, 279, 1-8.
- Kurth, T., Moore, S.C., Gaziano, J.M., Kase, C.S., Stampfer, M.J. Berger, K., et al. (2006). Healthy lifestyle and the risk of stroke in women. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1403-1409.
- Lacy, C.R., Suh, D., Bueno, M., & Kostis, J.B. (2001). Delay in presentation and evaluation for acute stroke. *Stroke*, 32, 63-69.
- Larson P.J., Carrieri-Kohlman V., Dodd, M.J., Douglas, M., Faucett, J., Froelicher, E., et al. (1994). A model of symptom management. *Image Journal of Nursing Scholarship*. 26(4), 272-276.

- Lopez, Y.A., Bruno, A., Willam, L.S., Yilmaz, E. Zurru, C., Biller, J. (2001). Protocol violations in community-based rt-PA stroke treatment are associated with symptomatic intracerebral hemorrhage. *Stroke*, 32, 12-16.
- Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V., & Tanne, D. (2006). Perceptual, social and behavioral factor associated with delays in seeking medical care in patients with symptoms of acute stroke. *Stroke*, 1248-1253.
- Maze, L.M. & Bakas, T. (2004). Factors associated with hospital arrival time for stroke patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 36(3), 139-144.
- Mikulik, R., Kadlecova, P., Czlonkowska, A., Kobayashi, A., Brozman, M., Svigelj, V., et al. (2012). Factors influencing in-hospital delay in treatment with intravenous thrombolysis. *Stroke*, 43, 1578-1583.
- Morris, D.L., Rosamond, W., Madden, K., Schults, C., & Hamilton, S. (2000). Pre hospital and emergency department delays after acute stroke. *Stroke*, 31, 2585-2590.
- Moser, D.K., Kimble, L. P., Albert, M.J., Alonza, A., Croft, J.B., Dracup, K., et al. (2006). Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. *Circulation*, 114, 168-182.
- Pandian, J.D., Jaison, A., Deepak, S.S., Kalra, G., Shamsher, S., Lincoln, D.J., et al. (2005). Public awareness of warning symptoms, risk factors and treatment of stroke in northwest India. *Stroke*, 36, 644-648.
- Patra, J., Taylor, B., Irving, H., Roerecke, M., Baliunas, D., Mohapatra, S., et al. (2010). Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke type-a systemic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 10, 258.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Stamford, C.T.: Appeton & Lange.
- Polit, D.F., & Beck, C.T., (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. New York: Lippincott.
- Ratanakorn, D., Keandoungchun, J., Sittichanbuncha, Y., Laothamatas, J., & Tegeler, C.H. (2012). Stroke fast track reduces time delay to neuroimaging and increases use of thrombolysis in an academic medical center in Thailand. *Journal Neuroimaging*, 22(1), 53-57.

- Roger, V., Go, A.S., Lloyd-Jone, D.M., Adams, R.J., Bery, J.D., Brown, T.M., et al. (2011). Heart disease and stroke statistics-2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 123, e18-e209.
- Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N., et al. (2008). Heart diseases and stroke statistics 2008 update, A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 117, e25-e146.
- Schneider, A.T., Pancioli, A.M., Khoury, J.C., Rademacher, E., Tuchfarber, A., Miller, R., et al. (2003). Trends in community knowledge of the warning signs and risk factors for stroke. *Journal of the American Medical Association*, 289(3), 343-346.
- Shephard, T. J. (2004). *Exploratory investigation of a model of patient delay in seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke*. Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University School of Nursing.
- Suwanwela, N.C., Phanthumchinda, K., & Likitjaroen, Y. (2006). Thrombolytic therapy in acute ischemic stroke in Asia: The first prospective evaluation. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 108, 549-552.
- Tanaka, Y., Nakajima, M., Hirano, T., & Uchino, M. (2009). Factors influencing pre-hospital delay after ischemic stroke and transient ischemic attack. *Internal Medicine*, 48, 1739-1744.
- Turan, T.N., Hertaberg, V., Weiss, P., McClellan, W., Presley, R. Krompf, K., et al. (2005). Clinical characteristics of patients with early hospital arrival after stroke symptom onset. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 14, 272-277.
- Warlow, C. (2003). Stroke killer clots and killer drugs. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 1, 1422-1428.
- World Health Organization. (2006). *Global burden of disease 2000*. Retrieved July 10, 2009, from World Health Organization web site: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovasculardiseasestroke.pdf.
- Yu, R.F., San Jose, M.C.Z., Manzanilla, B.M., Oris, M.Y., & Gan, R. (2002). Sources and reasons for delays in the care of acute stroke patients. *Journal of the Neurological Sciences*, 199, 49-54.

- Yuichiro, I., Toshiro, Y., Yochiro, H., Teruyuki, H. & Makoto, U. (2007). Pre-hospital delay in the use of intravenous rt-PA for acute ischemic stroke in Japan. *Journal of the Neurological Sciences*, 270, 127-132.
- Zerwic J, Hwang S& Tucco L. (2007). Interpretation of symptom and delay in seeking treatment by patients who have had a stroke: Exploratory study. *Heart & Lung*, 36(1), 25-34.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา อาจารย์แพทย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. รองศาสตราจารย์ไสว นรสาร อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาววรรธน์ เจริญรุ่งเรือง พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke unit)
โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมในคน



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๓/๓๒๔

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๓-๕๓-๓๑ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวดวงทิพย์ บินไทยสงค์
ที่ทำงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เหล่านี้
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง

๒๓ สิงหาคม ๒๕๕๓



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (FACTORS RELATED TO PRESENTING TIME DURATION TO HOSPITAL OF PATIENTS WITH STROKE)

ชื่อผู้วิจัย นางสาวดวงทิพย์ บินไทยสงค์

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

*ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะเฉียบพลัน

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
- :
:
:

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล

1. เวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติครั้งสุดท้าย.....
2. เวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ.....
3. เวลาที่ถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามารับดี.....
4. ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล.....
5. ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง.....
6. ระยะทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาลรามารับดี.....
- :
:
:
:
13. คะแนน NIHSS.....

ตอนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ตามความคิดเห็นของท่าน

1. ท่านคิดว่า หลังตื่นนอนในตอนเช้า ถ้าท่านพบว่าญาติของท่านมีอาการพูดไม่ได้หรือพูดไม่ชัด แขน ขา ไม่มีแรงซีกใดซีกหนึ่ง เป็นอาการของอัมพาตใช่หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2. ท่านคิดว่าคนที่มีอาการตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือมีอาการปากเบี้ยว เป็นอาการของอัมพาตใช่หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอาการเดียวกันกับอัมพาตใช่หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4. ท่านคิดว่าโรคอัมพาตเกิดจากเส้นเลือดในอุกตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลงใช่หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
5. ท่านคิดว่าการมีก้อนเลือด ไปอุดตันเส้นเลือดในสมองทำให้สมองไม่ทำงานและเป็นอัมพาตใช่หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6. ท่านคิดว่าอัมพาต เกิดจากเส้นเลือดในสมองแตก ทำให้สมองไม่ทำงานใช่หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
7. ท่านคิดว่าอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัดแล้วอาการดีขึ้น มีโอกาสจะเป็นอัมพาตใช่หรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

8.

:

:

ตอนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของท่านขอให้ท่านทำเครื่องหมาย **X** ลงบนเส้นตรงที่กำหนดให้ ในตำแหน่งที่ตรงกับการรับรู้ของท่านขณะนั้นจริงๆ ไม่ว่าท่านจะทำเครื่องหมายลงบนตำแหน่งใด จะไม่มีตำแหน่งที่ถูกหรือผิด เพราะเป็นการรับรู้ของท่านเอง โดย 0 หมายถึง ไม่รุนแรง และ 100 หมายถึง รุนแรงมากที่สุด

ท่านคิดว่าอาการก่อนนำส่งโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เป็นญาติของท่าน การตัดสินใจนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลในขณะนั้น ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวดวงทิพย์ บินไทยสงค์
วัน เดือน ปีเกิด	13 พฤษภาคม พ.ศ. 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงราย
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2549 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2555
ที่อยู่ปัจจุบัน	111 หมู่ 3 ต.แม่กรณ์ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย 57000 โทรศัพท์ 053-726655
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย Email: taungthip.b@gmail.com