

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
ระยะเฉียบพลัน



นางสาวจิณัฐตา คำสารีรักษ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATED TO PREHOSPITAL TIME IN PATIENTS WITH ACUTE
ISCHEMIC STROKE

Miss Jinatta Kamsareeruk



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

โดย

นางสาวจิณัฐตา คำสารีรักษ์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลิจิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัญฐตา คำสารีรักษ์ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. (SELECTED FACTORS RELATED TO PREHOSPITAL TIME IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 110 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาและความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะอาการ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เพศ อายุ ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ บุคคลที่เกี่ยวข้อง การตอบสนองต่ออาการ ด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม รพช.สิรินธร โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการของ Dracup and Moser(1997) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยวัชร พิมพภัทติ (2551) โดยมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบพอยไบซีเรียล ANOVA และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีค่าเฉลี่ย 5.05 ชั่วโมง ค่ามัธยฐาน 3.3 ชั่วโมง และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.87 ชั่วโมง
2. บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะผู้ป่วยเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=2.476$)
3. การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ความสำคัญของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.248$, $-.339$ ตามลำดับ)
4. การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการและความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ($r = -.239$ และ $-.217$ ตามลำดับ)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5477157436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PREHOSPITAL TIME / RESPONSE TO SYMPTOM / ISCHEMIC STROKE

JINATTA KAMSAREERUK: SELECTED FACTORS RELATED TO PREHOSPITAL TIME IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE. ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPUNYA, Ph.D., 110 pp.

This research was a descriptive research. The research purposes were to investigate the prehospital time and relationships among selected factors including characteristics of symptoms, severity of symptoms, gender, age, point of time that symptoms occurred, places, people involvement during symptoms occurred, cognitive response and emotional response and prehospital time. The samples were 120 ischemic stroke patients aged 18 years and over, admitted in medical wards at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Buriram Hospital, Chaiyaphum Hospital and Khon Kaen Hospital. The instruments used for data collection were the demographic data form, illness history questionnaire, and response to symptoms questionnaire that applied from the original version of Dracup and Moser (1997) which was translated into Thai version by Watcharee Pimpakdee (2008). This instrument was tested for content validity by a panel of experts. Internal consistency reliability tested by Cronbach's alpha was 0.70. Data were analyzed by using mean, standard deviation, Point Biserial correlation, ANOVA and Pearson's production-moment correlation. The results were as follows:

1. Mean of prehospital time in patients with acute ischemic stroke was 5.05 hours, median was 3.3 hours and standard deviation was 4.87 hours.

2. People who participated during symptoms occurred was statistically significant correlated to prehospital time of patients with acute ischemic stroke at .05 ($F = 2.476$).

3. The cognitive representation including perceived of severity and importance of symptoms were negatively significant correlated to prehospital time of patients with acute ischemic stroke at .01 ($r = -.248, -.339$, respectively).

4. The emotional representation including anxious when symptoms occurred and fear on effects of symptom were negatively significant correlated to pre-hospital time of patients with acute ischemic stroke at .01 and .05 ($r = -.239$ and $-.217$, respectively).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่นอกเหนือจากคำแนะนำและช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่มทำวิทยานิพนธ์ ยังเป็นผู้ที่คอยผลักดันให้ผู้วิจัยได้ทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้เสร็จลุล่วงได้

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม เจ้าหน้าที่ทุกๆท่าน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาราชครราชสีมา โรงพยาบาลชัยภูมิ โรงพยาบาลบุรีรัมย์และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านทั้งเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมเรียน เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

และขอขอบคุณครอบครัว คนพิเศษ ที่คอยช่วยเหลือในทุกๆเรื่อง ให้กำลังใจ คอยเป็นแรงผลักดัน ให้มีความพยายามและมุ่งมั่นในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสิ้นสมบูรณ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ตัวแปรที่ศึกษา.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	12
2. แนวคิดเกี่ยวกับระยะเวลาการมารับการรักษา.....	23
3. แนวคิดภาพสะท้อนความคิดต่อความเจ็บป่วย (The Common-Sense Model of Illness Representation).....	25
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน.....	28
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	65
สรุปผลการวิจัย	67
อภิปรายผลการวิจัย	68
ข้อเสนอแนะ	70
รายการอ้างอิง	72
ภาคผนวก.....	81
ภาคผนวก ก เอกสารการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์	82
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	84
ภาคผนวก ค หนังสือขอพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย	90
ภาคผนวก ง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	95
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	103
ภาคผนวก ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	108
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	110

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงเกณฑ์การให้คะแนนของการประเมินระดับความรู้สติ (GCS).....	31
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือดทั้งปีของแต่ละโรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล	45
ตารางที่ 3	แสดงข้อมูลคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง แสดงเป็นจำนวนและร้อยละ (n= 120).....	46
ตารางที่ 4	แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และบุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ (n = 120).....	55
ตารางที่ 5	แสดงจำนวน ร้อยละ ของลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและ ระยะเวลาการมารับการรักษา (n = 120).....	56
ตารางที่ 6	แสดงจำนวนค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ และระดับความรุนแรงของอาการ (n = 120).....	57
ตารางที่ 7	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และการ ตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน (n=120)	58
ตารางที่ 8	แสดงค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระยะเวลาในการมา รับการรักษา (n= 120)	59
ตารางที่ 9	แสดงค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ของเพศ และสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ กับ ระยะเวลาการมารับการรักษา(n= 120).....	61
ตารางที่ 10	แสดงความแปรปรวนของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก และลักษณะ อาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดกับระยะเวลาการมารับการรักษา (n=120) ..	62
ตารางที่ 11	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับความรุนแรงของอาการ การตอบสนอง ต่ออาการด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ กับระยะเวลาการมารับ การรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน(n = 120)	63

สารบัญญภาพ

ภาพที่ 1	แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด.....	17
ภาพที่ 2	แสดงถึงแนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย(The Common Sense Model of Illness Behavior) ของ Leventhal & Cameron (1987).....	26
ภาพที่ 3	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	43
ภาพที่ 4	แสดงการแจกแจงข้อมูลระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในรูปของ Histogram	60



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง นับว่าเป็นกลุ่มโรคที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต โดยมีรายงานอุบัติการณ์การเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก 5.7 ล้านคนต่อปี (World Stroke Organization, 2013) ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของสาเหตุการตาย รองจากโรคมะเร็งทุกชนิด อุบัติเหตุและการเป็นพิษ และโรคหัวใจ แต่มีการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยเป็นอันดับที่ 3 ในเพศชายและอันดับที่ 2 ในเพศหญิง (สำนักนโยบายและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2552) ในปี พ.ศ. 2556 พบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรวม 436.13 ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน และมีอัตราตายถึง 80.69 ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามพยาธิสรีระภาพได้ 2 ชนิดคือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากมีเลือดออก (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) ซึ่งเมื่อเกิดพยาธิสภาพขึ้นที่สมองจะเกิดการทำลายเนื้อสมองซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของส่วนต่างๆในร่างกายบกพร่อง ได้แก่ ระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติด้านอารมณ์ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ เช่น การเดิน การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ทั้งหมดนี้ทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว และประเทศในการดูแลรักษาพยาบาล (ธิดารัตน์ อภิญา และนิตยา พันธุ์เวทย์, 2554)

ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง จะมุ่งเน้นเพื่อลดอัตราการตายและการเกิดภาวะแทรกซ้อน สำหรับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีแนวทางปฏิบัติทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับการรักษา (สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550; ดิชยา รัตนากร และคณะ, 2554) ซึ่งการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุด คือ การรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด (recombinant tissue-plasminogen activator : rt-PA) เพื่อไปละลายลิ่มเลือดที่อุดตันภายในเส้นเลือด และทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด และควรให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ เนื่องจากจะช่วยลดระยะเวลาในการเกิดการทำลายของเนื้อสมองได้ดีที่สุด (อารมณ เจษฎาญาณเมธา, 2550; The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA stroke study Group, 1995; Jauch et al., 2010)

เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ของการรักษาที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษานั้นจึงเห็นได้ว่า หากผู้ป่วยหากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการจะทำให้มีการทำลายของเนื้อสมองลดลงและมีโอกาสที่สภาพร่างกายจะสามารถกลับเข้าสู่ปกติ หรือลดความพิการได้มากขึ้น แต่หากมีระยะเวลาการมารับการรักษามากกว่า 3 ชั่วโมงก็จะส่งผลให้เกิดการเสียประโยชน์ในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทาง

หลอดเลือดดำตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาส่งผลให้เกิดการเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต มีการสูญเสียการแสดงบทบาทในชีวิตเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงไม่ตี ดังนั้นระยะเวลาการมารับการรักษาจึงมีความสำคัญกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเนื่องจากสามารถบอกระยะการดำเนินโรคเพื่อให้การรักษาตามแนวทางเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดี (The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA stroke study Group, 1995) โดยเฉพาะระยะเวลาการมารับการรักษา(Prehospital time) หรือ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล

ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาจนถึงโรงพยาบาล เท่ากับ 68.50 นาที (นิภาพร ภิญญุศรี, 2551) ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการจนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 8.1 ชั่วโมง (จีระพล เหล็กเพชร, ประสทธิ วุฒิสุทธิเมธาวิ และประเสริฐ วศินานุกร (2552) และระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล เฉลี่ย 95.29 นาที (ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยพบความแตกต่างของระยะเวลาในการมารับการรักษาระหว่างเพศ ซึ่งเพศหญิงจะมารับรักษาช้ากว่าเพศชาย (Smith, 2010) ส่วนปัจจัยด้านอายุเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการตัดสินใจที่ช้าและต้องการการพึ่งพาผู้อื่นจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมากมารับการรักษาช้ากว่าคนอายุน้อย (Keskin et al., 2004) นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีลักษณะอาการที่เฉพาะเจาะจง เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวก็จะมารับการรักษาเร็ว (Mandelzweig et al., 2006 ; Zerwic et al., 2007) ระดับความรุนแรงของอาการก็สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาโดยหากมีระดับความรุนแรงของอาการสูงจะมารับการรักษาเร็ว (Smith et al., 1998 ; Goldstein et al., 2001 ; Chang et al., 2003 ; Keskin et al., 2005) และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นในตอนกลางคืนมักจะรับรู้ถึงอาการผิดปกติในตอนเช้า ทำให้ไม่สามารถไปรับการรักษาได้ทันท่วงที นอกจากนี้แล้วสิ่งที่เป็ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการตัดสินใจรับการรักษา ได้แก่ สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการหากเกิดขณะอยู่นอกบ้านจะมารับการรักษาเร็วโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยที่อยู่กับบุคคลอื่นขณะเกิดอาการ เช่น คู่สมรส บุตร จะมารับการรักษาเร็วขึ้น (Mandelzweig et al., 2006) และในกระบวนการคิด ตัดสินใจ เมื่อมีปัจจัยมากระตุ้นส่งผลให้มีการตอบสนองต่ออาการ ได้แก่ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด โดยหากรับรู้ความรุนแรงของโรคว่ารุนแรงมาก ควรไปรับรักษาจะมารับการรักษาเร็ว และหากมีการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์เกิดกลัวถึงสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาและกังวลเมื่อเกิดอาการจะมารับการรักษาเร็ว (Chang et al., 2003 ; Geffner et al., 2012)

ในประเทศไทยพบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ นิภาพร ภิญญุศรี (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวิชิระพยาบาล จำนวน 120 คน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงจะทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาลดลง นอกจากนี้บุคคลที่เกี่ยวข้องและสถานที่เกิดอาการยังความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา ($P < .05$) และการศึกษาของจีระพล เหล็กเพชรและคณะ (2552) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มารับการรักษาที่

ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวแรกรับสูง หมายถึงอาการที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว และไม่ได้นำส่งด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะมีระยะเวลาการมารับการรักษามากขึ้น และการศึกษาของดวงทิพย์ บินไทยสงค์ (2556) ที่ศึกษาในผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่งสูงจะมีระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลลดลง ($P < .05$, $P < .01$ ตามลำดับ)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในประเทศไทยมีประเด็นในการหาความสัมพันธ์ของระยะเวลาการมารับการรักษา ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง บุคคลที่เกี่ยวข้อง สถานที่เกิดอาการ เวลาที่เกิดอาการ ระดับความรู้สึกตัว และระบบการนำส่ง สำหรับประเด็นการหาความสัมพันธ์ของการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์และลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าระยะเวลาการมารับการรักษามีความสำคัญต่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน บทบาทของพยาบาลที่มีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพจึงมีความสำคัญในการช่วยลดระยะเวลาการมารับการรักษา ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจกับการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ทั้งด้านการรู้คิดและด้านอารมณ์

งานวิจัยนี้จึงศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สอดคล้องตามบริบทนั้นๆ และนำมาพัฒนาแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อกระตุ้นความตระหนักในอาการเตือนและรับการรักษาที่ถูกต้อง และมีการปรับเปลี่ยนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคนให้สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริง และลดปัญหาการมารับการรักษาช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระดับความรุนแรงของอาการ ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิดและการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีระยะเวลาการมารับการรักษาเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านเพศ อายุ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระดับความรุนแรงของอาการ ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิดและการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิด The Common-Sense Model of Illness Representation ของ Leventhal และคณะ (1970) โดยแนวคิดนี้ได้กล่าวถึง มโนภาพการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคลแบบ Commonsense คือ เชื่อว่าบุคคลจะมีการแก้ไขปัญหาเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อสุขภาพ สามารถนำมาอธิบายเป็นกระบวนการเกิดการแก้ไขปัญหาเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อสุขภาพได้เป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นรับรู้ปัญหา

เป็นระยะเริ่มต้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้น (stimuli) เป็นปัจจัยหรือชักนำเหตุการณ์ไปสู่กระบวนการแก้ปัญหาโดยปัจจัยที่มีอิทธิพลผลต่อการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพมี 2 อย่างได้แก่ปัจจัยภายใน ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ และประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมาและปัจจัยภายนอก ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆเกี่ยวกับโรคบุคคลที่เกี่ยวข้อง และส่งผลให้บุคคลเกิดการตอบสนองต่อภาวะคุกคามสุขภาพ จากนั้นจะเกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้า 2 แบบคือ

1.1 การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด (Cognitive Representations) ซึ่งประกอบไปด้วยการให้ความหมายของการเจ็บป่วย (Identify of the threat) การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับขอบเขตของเวลาจุดของเวลาที่ใช้ในการรักษา, เวลาที่ต้องการการรักษา (Timeline) สาเหตุของความเจ็บป่วย (Cause) การรับรู้ของบุคคลว่าการเจ็บป่วยนั้น จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ (Consequences) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วย หรือโรคที่เกิดขึ้น (Controllability)

1.2 การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ (Emotional Representations) เป็นผลที่เกิดจากการตอบสนองต่อภาวะคุกคามสุขภาพ ได้แก่ ความกลัวความวิตกกังวล และการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. ขั้นจัดการปัญหาสุขภาพ (Coping strategies)

เป็นระยะหลังจากที่บุคคลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพและเกิดการตอบสนองต่ออาการแล้ว ก็จะวางแผนเพื่อจัดการกับภาวะคุกคามสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ และตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่าง

หนึ่ง โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการจัดการกับอาการ โดยในระยะนี้จะมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล

3. ขั้นตอนผลลัพธ์การจัดการปัญหาทางสุขภาพหรือประเมินผล (Appraisal Process)

เป็นระยะที่นำผลลัพธ์ที่ได้จากการแก้ไขปัญหาประเมินว่าประสบความสำเร็จสำเร็จหรือล้มเหลวหากไม่ประสบความสำเร็จก็จะกลับไปเริ่มขั้นรับรู้ปัญหาคือขั้นรับรู้ปัญหาใหม่เพื่อค้นหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีอื่นต่อไป

จากแนวคิดนี้อธิบายได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเป็นสิ่งร้ายที่เข้ามาคุกคามต่อภาวะสุขภาพ เมื่อมีลักษณะอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็จะประเมินอาการของตนเองเกิดเป็นภาพสะท้อนความเจ็บป่วย เกิดกระบวนการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด และด้านอารมณ์ และเกิดกระบวนการวางแผนเพื่อจัดการกับลักษณะอาการของโรคที่เกิดขึ้น โดยในกระบวนการตอบสนองต่ออาการจะเป็นผลจากปัจจัยภายใน คือ อายุ เพศ เชื้อชาติ ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สังคม วัฒนธรรม บุคคลที่เกี่ยวข้อง สิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำให้เกิดการวางแผนเพื่อจัดการกับลักษณะอาการที่เกิดขึ้น และมีผลลัพธ์ของการจัดการปัญหา คือ ระยะเวลาการมารับการรักษา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันร่วมกับแนวคิด The Common-Sense Model of Illness Representation นั้นพบตัวแปรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยคัดสรรมาใช้ศึกษาในงานวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้น ได้แก่ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ และปัจจัยด้านการตอบสนองต่ออาการ ได้แก่ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ ซึ่งจะแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง (Dracup et al., 1995) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เป็นเพศหญิงจะมารับการรักษาช้ากว่าเพศชาย (Smith, 2010) เนื่องจากเพศหญิงจะไม่ตระหนักในความรุนแรงและอันตรายที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมสถานการณ์เพื่อแก้ปัญหา เช่น รักษาเอง นอนพัก จึงทำให้มารับการรักษาช้า (Ottesen et al., 2003) แต่ในประเทศไทยพบว่าปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อระยะเวลาในการมารับการรักษาล่าช้า (นิภาพร ภิญญาศรี, 2551)

อายุ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีความเสี่ยงการเกิดโรคสูง (นิจศรี ชาญณรงค์, 2543) ซึ่งอายุมากขึ้นจะส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกาย มีการเสื่อมถอยในเกือบทุกระบบของร่างกาย (ทองใหญ่ วัฒนศาสตร์, 2553) และจะต้องพึ่งพาผู้อื่นในการมารับการรักษาหรือมาโรงพยาบาล (Dracup et al., 1997) โดยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าคนอายุมากจะมารับการรักษาช้ากว่าคนอายุน้อย เนื่องจากคนอายุมากจะมีภาวะสมองเสื่อมและมีปัญหาทางระบบประสาท จึงตัดสินใจช้าและแยก

ไม่ได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นคือโรคหลอดเลือดสมอง (Keskin et al., 2005) ในประเทศไทยจากการศึกษาของนิภาพร ภิญโญศรี (2551) พบว่าปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา

ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบว่าโรคหลอดเลือดสมองจะมีลักษณะอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งและระยะเวลาการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดลักษณะอาการ 2 แบบ คือ 1. ลักษณะอาการเฉพาะ ประกอบด้วย อาการอ่อนแรงหรือชาของใบหน้าหรือแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย, มีความบกพร่องในด้านการพูดหรือการสื่อสาร, มีปัญหาด้านการมองเห็น เช่น ตามัวหรือมองไม่เห็นชั่วขณะข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง และมีปัญหาด้านการเดินหรือสูญเสียการทรงตัวหรือวิงเวียนศีรษะ และ 2. ลักษณะอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง คือ ลักษณะอาการอ่อนแรง (fatigue) วิงเวียนหน้า (dizziness) หรือ ปวดศีรษะ (headache) จากการศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดกับระยะเวลาพบว่าบุคคลที่มีอาการแสดงเฉพาะจะมารับการรักษาเร็วกว่า (Mandelzweig et al., 2006) และการศึกษาของ Zerwic et al. (2007) ที่พบว่าบุคคลที่ลักษณะอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงจะมารับการรักษาช้าที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ เนื่องจากไม่ทราบว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระดับความรุนแรงของอาการนั้นเป็นสิ่งที่แสดงถึงระยะของการดำเนินโรค สามารถแบ่ง เป็น 2 แบบ คือ (กฤษณพันธ์ บุญยรัตเวช, 2554) 1. Minor stroke ได้แก่ Transient ischemic attack (TIA) และ Reversible ischemic neurological deficit (RIND) ทำให้เกิดอาการขึ้นชั่วคราวและอาการหายไปเอง 2. Major stroke ได้แก่ progressive stroke และ cerebral infarction หรือ stroke ทำให้จะเกิดการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูงจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย (Smith et al., 1998 ; Goldstein et al, 2001 ; Chang et al., 2003 ; Keskin et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าระดับความรุนแรงน้อยจะมารับการรักษาช้า ($P < .05$) (จิรพล เหล็กเพชร และคณะ, 2552)

ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก ในการดำเนินโรคหลอดเลือดสมองนั้น ดิษยา รัตนากร (2543) ได้กล่าวไว้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดช่วงเช้าหลังตื่นนอน เนื่องจากหากเกิดช่วงกลางคืนขณะที่ผู้ป่วยหลับจะไม่ทราบว่ามีความผิดปกติหรือมีลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น ซึ่งความสัมพันธ์ของเวลาที่เกิดอาการครั้งแรกกับระยะเวลาการมารับการรักษานั้นพบว่า หากเกิดอาการช่วงกลางคืนจะมารับการรักษาช้ากว่าช่วงกลางวันเนื่องจากไม่ทราบว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจะมารับการรักษาช้า (Smith et al., 1998)

สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ พบว่าหากผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเกิดขึ้นขณะที่อยู่นอกบ้าน เช่น ที่ทำงาน หรือสาธารณะจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน (Zerwic et al., 2007) นอกจากนี้หากสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการมีระยะทางห่างไกลจากสถานพยาบาลก็จะทำให้มารับการรักษาช้าด้วยที่ระดับนัยสำคัญ $P < .001$ (Mazighia, Derex and Pierre, 2010) ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าหากเกิดอาการขณะอยู่นอกบ้านจะมารับการรักษาเร็วที่ระดับนัยสำคัญ $P < .05$ (นิภาพร ภิญโญศรี, 2551)

บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ พบว่าหากเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น จะมีการตัดสินใจไปรับการรักษาเร็วกว่าอยู่คนเดียว (Mandelzweig et al., 2006; Zerwic et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าหากผู้ป่วยเกิดอาการขึ้นขณะที่อยู่ร่วมกับผู้อื่นจะทำให้มารับการรักษาเร็วที่ระดับนัยสำคัญที่ $P < .05$ (นิภาพร ภิญโญศรี, 2551)

การตอบสนองต่ออาการด้านารรู้คิด พบว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นจะเกิดกระบวนการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ซึ่งมีอิทธิพลมาจากความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และความเชื่อของแต่ละบุคคล (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2549) โดยในด้านของการรู้คิด บุคคลจะมีการรับรู้และแปลผลประกอบด้วยการรับรู้สาเหตุของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความสำคัญของอาการ ซึ่งพบว่าหากผู้ป่วยทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากหลอดเลือดสมองจะมารับการรักษาเร็ว ซึ่งเป็นโรคที่เสียชีวิตและพิการได้ ร่วมกับการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นรุนแรงมากและอยู่ในช่วงวิกฤตต้องรีบมารับการรักษาจะทำให้การตัดสินใจมารับการรักษาเร็วขึ้น (Chang et al., 2003 ; นิภาพร ภิญโญศรี, 2551 ; จีรพล เหล็กเพชร และคณะ 2552 ; Mazighia et al., 2010; Geffner et al., 2012 ; ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2556) และนอกจากนี้ยังมีการรับรู้การความสามารถในการควบคุมอาการและการรับรู้จุดของเวลาที่ต้องไปรับการรักษา โดยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น หากบุคคลรับรู้โรคหรือการเจ็บป่วยนั้นๆสามารถควบคุมได้โดยวิธีการใดวิธีการหนึ่งเพื่อไม่ให้อาการของโรครุนแรง และสามารถรอดอาการก่อนได้ จะมารับการรักษาช้ากว่าบุคคลที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่สามารถควบคุมได้ (Mazighia et. al., 2010)

การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ เป็นกระบวนการตอบสนองต่ออาการที่มีอิทธิพลมาจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นจริง (perceived control) และระดับความวิตกกังวลในอดีต (level of anxiety experienced) โดยแสดงออกในรูปแบบของความกลัวและความวิตกกังวล (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2549) จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบความสัมพันธ์ของระยะเวลาการมารับการรักษาที่ตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ คือ หากผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่ต้องการรบกวนผู้อื่นร่วมกับมีความรู้สึกกลัวผลของการมารับการรักษา จะมารับการรักษาช้าเนื่องจากล่าช้าหรือเกรงใจในการขอความช่วยเหลือ (วัชรวิทย์ พิมพภัททิ, 2551; ศิริภรณ์ สว่างพงษ์, 2553) แต่หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงเนื่องจากรับรู้ว่ามีระดับความรุนแรงของโรคสูงร่วมกับไม่สามารถควบคุมอาการได้ (วัชรวิทย์ พิมพภัททิ, 2551) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดพบว่าลักษณะอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการหน้าเบี้ยว มุมปากตกจะส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยทำให้เกิดอาการอายที่จะขอความช่วยเหลือ (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2549) แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์กับระยะเวลาการมารับรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้น ได้แก่ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

1.2 ระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2. ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 เพศมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2.2 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

3. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

3.2 สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

3.3 บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

4. ปัจจัยด้านการตอบสนองต่ออาการ ได้แก่ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

4.2 การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยตัดสรรกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ตัวแปรที่ศึกษา

1. **ตัวแปรต้น** คือ ปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้น ได้แก่ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ

ปัจจัยด้านการตอบสนองต่ออาการ ได้แก่ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์

2. **ตัวแปรตาม** คือ ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ระยะเวลาการมารับการรักษา (Prehospital time) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เริ่มเกิดอาการจนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีหน่วยนับเป็นชั่วโมง

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย โดยเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันแบ่งออกเป็นเพศชายและเพศหญิง

อายุ หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม โดยจำนวนอายุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน คิดเป็นจำนวนปีเต็มในวันตอบแบบสอบถาม(เศษอายุที่มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หมายถึง ลักษณะอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นลักษณะอาการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยใช้แนวทางของสถาบันประสาทวิทยา (2550) ซึ่งประกอบด้วย 1. ลักษณะอาการที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ อาการอ่อนแรงหรือชาของใบหน้าหรือแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย มีความบกพร่องในด้านการพูดหรือการสื่อสารมีปัญหาด้านการมองเห็น เช่น ตามัว

หรือมองไม่เห็นช่วงขณะข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง มีปัญหาด้านการเดินหรือสูญเสียการทรงตัว และ 2. ลักษณะอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ อ่อนแรง วิงเวียนศีรษะและปวดศีรษะ

ระดับความรุนแรงของอาการ หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดของผู้ป่วยเมื่อมาถึงห้องฉุกเฉินที่วัดด้วยเครื่องมือ Glasgow Coma Score (GCS) โดยให้คะแนนตามระดับของการตอบสนองต่อสิ่งเร้า จากคะแนนรวม 15 คะแนน ถ้ามีคะแนนมากหมายถึงความรุนแรงน้อย ถ้ามีคะแนนน้อยหมายถึงความรุนแรงมาก โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วย

ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเกิดอาการครั้งแรก หรือรับรู้ว่ามีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเกิดขึ้น แบ่งเป็น ตอนเช้า (06.01-12.00น.) ตอนบ่าย (12.01-18.00น.) ตอนเย็น (18.01-24.00น.) และตอนกลางคืน (24.00-06.00น.)

สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ หมายถึง สถานที่ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเริ่มมีอาการและอาการแสดงครั้งแรกก่อนการมารับการรักษาแบ่งเป็น บ้าน ที่ทำงาน โรงเรียน/สวน และสถานที่อื่นๆ

บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ หมายถึง บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยในขณะที่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และมีส่วนในการพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแบ่งเป็น สามี/ภรรยา หรือ คู่ครอง, บุตร, สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว, เพื่อนร่วมงาน

การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันต่ออาการที่เกิดขึ้น ประกอบไปด้วย การรับรู้สาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ความสำคัญเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้หรือไม่และการรับรู้ที่สามารถรอดอาการได้

การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นหลังมีลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเกิดขึ้น ประกอบด้วยความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการ ความรู้สึกภายในขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ ความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการและความรู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีองค์ความรู้ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันนำไปสร้างโปรแกรมบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในระดับปฐมภูมิ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจากระดับปฐมภูมิไปยังระดับทุติยภูมิ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาการมารับการรักษาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เพศ อายุ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เวลาที่เกิดอาการ ครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ ลักษณะการเดินทางมารับการรักษา การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3.1 แบ่งตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยา
 - 1.3.2 แบ่งตามระยะเวลาการดำเนินโรค
 - 1.4 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด
 - 1.4.2 โรคหลอดเลือดสมองจากการเลือดออกในสมอง
 - 1.5 การจำแนกกว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดหรือภาวะมีเลือดออกในสมอง
 - 1.6 ลักษณะอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
 - 1.7 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
 - 1.7.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้
 - 1.7.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้
 - 1.8 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
 - การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน
 - การรักษาในระยะยาว
 - ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
 - การดูแลผู้ป่วยขณะให้ยาลดลิ่มเลือด
 - ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
2. แนวคิดเกี่ยวกับระยะเวลาการมารับการรักษา
3. แนวคิดภาพสะท้อนความคิดต่อความเจ็บป่วย (The Common Sense Model of Illness Representation)
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาตทางการแพทย์เดิมเรียกโรคนี้ว่า Cerebrovascular accident หรือ CVA แต่ปัจจุบันเรียกชื่อใหม่ว่า Cerebrovascular disease หรือ CVD (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2548)

1.1 สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2005 พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งจากทั่วโลกพบประมาณ 17.5 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 30 จากการเสียชีวิตทั้งหมด และในปี ค.ศ. 2015 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละปี 5.7 ล้านคนและคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2016 จะมีคนทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 6.7 ล้านคน (World Stroke Organization, 2013)

ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยเป็นอันดับที่ 3 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิง (สำนักงานพัฒนานโยบายและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2552) และนอกจากนี้ยังเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของสาเหตุการตาย รองจากโรคมะเร็งทุกชนิด อุบัติเหตุและการเป็นพิษ และโรคหัวใจ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก ปี พ.ศ. 2553-2555 มีอัตรา 27.53, 30.04 และ 31.69 ต่อจำนวนประชากร 100,000 คนตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 36.13 ต่อจำนวนประชากร 100,000 คนและมีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรวม 436.13 ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

1.2 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (2003) ได้ให้คำนิยามดังนี้ “Rapidly developed clinical signs of focal (global) disturbance of cerebral function lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin” หมายถึงกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดเป็นจุดที่ก่อให้เกิดสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง หรือหลอดเลือดในสมองแตก ในความหมายนี้จึงรวมสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตกที่เกิดจากภาวะต่างๆ เช่น การบาดเจ็บตีตรา หรือ ก้อนเนื้องอก เป็นต้น

National Stroke Association (2009) โรคหลอดเลือดสมองหมายถึงภาวะที่สมองหยุดทำงานเฉียบพลันเนื่องจากการอุดตันของลิ้มเลือดหรือหลอดเลือดแตกส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองตรงตำแหน่งที่มีการเกิดพยาธิสภาพเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์เริ่มตาย ทำให้สูญเสียหน้าที่ในการสั่งการของสมองส่วนนั้น เช่น ในเรื่องการพูด ความสามารถในการเคลื่อนไหว และความจำ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการพึ่งพา ขึ้นกับการดูแลรักษาของเนื้อสมองส่วนนั้นๆ

นิพนธ์ พวงวารินทร์ (2544) โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคของหลอดเลือดในสมองที่เกิดขึ้นเอง อาจเป็นการอุดตัน ตีบ หรือแตก

กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข (2550) โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง อาการของแขนขาหรือหน้าซีกใดซีกหนึ่ง ชา อ่อนแรง หรือเคลื่อนไหวลำบาก หรือเคลื่อนไหวไม่ได้อย่างทันทีทันใด

เกิดขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงที่สมองตีบ ตันหรือแตก ทำให้เนื้อสมองขาดกลูโคสและออกซิเจน เนื้อสมองเสียหายและการทำงานของสมองหยุดชะงัก ถ้าไม่รีบรักษามองจะตายและเกิดความเสียหายถาวรในที่สุด

กิตติพันธ์ ฤกษ์เกษม (2552) โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่สมองมีการสูญเสียหน้าที่ไปนานกว่า 24 ชั่วโมงและเมื่อได้รับการตรวจพิเศษแล้วพบว่าสาเหตุเกิดจากหลอดเลือดเลี้ยงสมอง

จากคำจำกัดความดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่สมองหยุดทำงานเฉียบพลันเนื่องจากการอุดตันของลิ้มเลือด หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อสมองเสียหายจากการขาดอาหารและออกซิเจนมาเลี้ยง ซึ่งทำให้สมองส่วนที่เกิดพยาธิสภาพนั้นแสดงอาการของแขน ขา หรือหน้าซีกใดซีกหนึ่งขา อ่อนแรงหรือ เคลื่อนไหวลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ อย่างทันทีทันใด ถ้าไม่รีบรักษาเนื้อสมองจะตายและเกิดความเสียหายถาวร ทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้

1.3 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้ตามพยาธิสรีรวิทยาจากสาเหตุของการเกิดโรคและตามระยะเวลาการดำเนินโรค ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2548)

1.3.1 แบ่งตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยา

1.3.1.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากสาเหตุดังนี้

1) ลิ้มเลือดอุดตันผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral thrombosis) ซึ่งเกิดได้ทั้งหลอดเลือดแดงและดำใหญ่แม้กระทั่งในหลอดเลือดฝอย และมักจะเกิดตรงบริเวณที่หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) อยู่แล้วประมาณ 2 ใน 3 ของหลอดเลือดอุดตันเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เพราะทั้งสองโรคนี้นำให้เกิดหลอดเลือดแข็ง

2) ลิ้มเลือดลอยมาอุดตันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral embolism) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการและผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ Atrial fibrillation ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ เกิดเนื้อสมองตาย

1.3.1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุแบ่งออกเป็น

1) เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) จากความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ หลอดเลือดแดงแข็งแล้วแตกหรือฉีกขาดเกิดขึ้นทันทีทันใดและทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาทเซลล์สมองถูกทำลายบริเวณที่เลือดออกและทำให้เนื้อสมองตาย

2) เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นอแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการแตกของหลอดเลือดสมองผิดปกติ เช่น หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Ruptured aneurysm) หลอดเลือดพิการแต่กำเนิด (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547)

1.3.2 แบ่งตามระยะเวลาการดำเนินโรค

1.3.2.1 Ischemic stroke สามารถแบ่งภาวะการขาดเลือดของสมองเป็น 2 แบบตามระยะเวลา และความรุนแรงของอาการ (กฤษณพันธ์ บุษยะรัตเวช, 2554) ได้แก่ **Minor stroke** มีอาการแสดง 2 แบบ คือ

1) **Transient ischemic attack (TIA)** เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทเฉพาะที่ มีอาการเริ่มต้นมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วฉับพลัน ส่วนมากประมาณ 2-5 นาทีโดยอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ รู้สึกบวมหรือชาที่แขน มือ หน้า หรือลิ้นซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย หรือรู้สึกอ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนไหวแขน มือ หรือขาได้ มีความยากลำบากในการพูดหรืออ่าน ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นชั่วคราวเพราะยังไม่เกิดการตายของเนื้อสมองอย่างถาวร

2) **Reversible ischemic neurological deficit (RIND)** มีอาการเหมือน Transient ischemic attack แต่ยาวนานกว่า อยู่ในช่วง 24-72 ชั่วโมงและกลับคืนสู่ปกติภายใน 1 สัปดาห์

Major stroke มีอาการแสดงได้ 2 แบบคือ **Stroke in evolution (progressive stroke)** เป็นภาวะที่สมองเสียหายที่เพิ่มขึ้นทีละน้อย จนเสียหายที่โดยสิ้นเชิง ภายในเวลา 24-48 ชั่วโมง และ **Cerebral infarction หรือ stroke** เกิดความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทอย่างถาวร ซึ่งอาการนี้อาจคงที่ไม่ดีขึ้นหรือเลวลง (stable), อาการดีขึ้นแต่ใช้เวลานานหลายวัน (improving) หรืออาการแย่ลงไปเรื่อย (progressing) ในบางครั้งอาจมีภาวะเลือดออกตามมาหลังจากเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงที่เรียกว่า hemorrhagic transformation

1.3.2.2 Hemorrhagic stroke ในกลุ่มนี้จะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (focal neurological deficit) น้อยกว่า Ischemic stroke ในกลุ่ม intracerebral hemorrhage จะพบอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึม แต่บางครั้งมีเลือดออกน้อยทำให้อาการรุนแรงน้อยอาจจะแยกออกจาก ischemic stroke ยาก และในกลุ่ม subarachnoid hemorrhage จะพบอาการปวดศีรษะรุนแรง ฉับพลัน อาจมีคอแข็งร่วมด้วย ดังนั้นในการวินิจฉัยแยกโรคจึงต้องอาศัย computer tomography (CT) หรือ magnetic resonance imaging (MRI)

1.4 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง

โดยทั่วไปร่างกายมนุษย์ มีสมองที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานต่างๆของร่างกาย สมองประกอบด้วยเซลล์สมองจำนวนมากประกอบด้วยสมองส่วนใหญ่ที่สุดเรียกว่า ซีรีบรัม (Cerebrum) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนคือส่วนของสมองใหญ่ซีกขวา (Right hemisphere) และส่วนของสมองใหญ่ซีกซ้าย (Left hemisphere) โดยที่สมองซีกขวาทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและรับรู้ความรู้สึกของร่างกายซีกซ้าย ส่วนสมองซีกซ้ายทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและรับรู้ความรู้สึกของร่างกายซีกขวา ในผู้ที่ถนัดมือขวาทั้งหมดและผู้ถนัดมือซ้าย ส่วนมากสมองซีกซ้ายทำหน้าที่ควบคุมความเข้าใจและการพูด ส่วนสมองซีกขวาทำหน้าที่ควบคุม ความรู้สึกความจำ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สมองส่วนเล็กที่อยู่ใต้ซีรีบรัม (Cerebellum) ทำหน้าที่ควบคุมความสมดุลและการทำงานประสานกันของร่างกายสมองส่วนที่อยู่ลึกที่สุด ก้านสมอง (Brainstem) ทำหน้าที่ควบคุมการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ (Nolte, 1999)

1.4.1 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke) (กฤษณพันธ์ บุณยะรัตเวช, 2554)

เมื่อมีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงเนื่องจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือด ก็จะทำให้เกิดเป็นพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด โดยในระยะแรกร่างกายจะมีการปรับตัวโดยการเบี่ยงเบนทิศทางการไหลเวียนของเลือดบริเวณที่อุดตัน (Collateral circulation) ไปยังหลอดเลือดที่มีการทำงานประสานกัน (Collateral arteries) เพื่อให้มีการไหลเวียนเลือดต่อไปได้ ซึ่งอาจจะทำให้ไม่เกิดอาการแสดงทางคลินิก แต่ถ้าหากยังไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะส่งผลให้เซลล์สมองได้รับออกซิเจนและกลูโคสไม่เพียงพอ เนื่องจากการเบี่ยงเบนทิศทางการไหลเวียนไม่สามารถนำเลือดไปเลี้ยงได้ก็จะเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (Focal neurological deficit) อาการที่พบขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือด เมื่อเกิดการตีบแคบของหลอดเลือดจะทำให้เลือดหยุดการไหล เวียนและเกิดการไหลวนกลับของกระแสเลือด (Turbulent flow) ซึ่งจะกระตุ้นทำให้เกิดลิ่มเลือดมากขึ้น และนอกจากนี้ยังส่งผลให้บริเวณถัดจากการเกิดการตีบหรืออุดตันเกิดภาวะเป็นกรด (Acidosis) มีการเกาะกลุ่มกันและติดแน่นของเกล็ดเลือดทำให้บริเวณนั้นขาดออกซิเจนมากขึ้น เยื่อภายในเซลล์จะเสียหายที่จนเกิดเลือดออกรอบๆ หลอดเลือดและมีสมองบวม ซึ่งเนื้อสมองบวมจะกดทับหลอดเลือดฝอยทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เมื่อสมองส่วนใดส่วนหนึ่งขาดเลือดไปเลี้ยงเกิน 2-8 นาที จนเกิดการบวมของเซลล์เป็นเวลานานจนเกิด cell death ซึ่งเป็นส่วนที่เรียกว่า core คือไม่สามารถกลับมาทำหน้าที่ได้อีก แต่เซลล์ที่ขาดเลือดมาเลี้ยงเพียงเล็กน้อยสามารถทำงานได้เป็นบางส่วนที่อยู่รอบๆ core จะเรียก penumbra ซึ่งจะสามารถกลับคืนมาได้ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

1.4.2 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองจากมีเลือดออกในสมอง

เมื่อมีการแตกของหลอดเลือดสมอง เลือดจะไหลเข้าไปในเนื้อสมองก่อน โดยยังไม่เข้าไปในช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ (Subarachnoid space) แต่เมื่อก่อนเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้นจากการที่มีเลือดออกเพิ่มขึ้น เลือดจะซึมเข้าโพรงสมอง ventricular system ก้อนเลือดในสมองจะเบียดและกดเนื้อสมองที่อยู่ใกล้เคียงทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงจนสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หากไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดภาวะสมองเคลื่อนที่ (Herniation) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (กฤษณพันธ์ บุณยะรัตเวช, 2554)

1.5 การจำแนกว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดหรือภาวะมีเลือดออกในสมอง

การวินิจฉัยแยกโรกระหว่างภาวะสมองขาดเลือดและภาวะมีเลือดออกในสมองนั้น สามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยขณะแรกรับแต่สามารถเชื่อถือได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น และควรได้รับการตรวจพิเศษอื่น ๆ เช่น ทำ CT Scan หรือการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทุกรายเพราะจะช่วยในการวินิจฉัยได้แม่นยำมากขึ้นและทำได้อย่างรวดเร็วการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจะตรวจได้อย่างแม่นยำมากกว่าการทำ CT Scan แต่ใช้เวลานานกว่าและค่าใช้จ่ายสูงกว่ามาก จึงใช้ในรายที่จำเป็นการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ใช้ตรวจหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดใหญ่บริเวณคอได้เป็นอย่างดี จึงนิยมใช้ในการตรวจหาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันบริเวณนี้ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550; สถาบันประสาท, 2550).

1.6 ลักษณะอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ลักษณะอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดนั้น จะมีลักษณะอาการทางคลินิกที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อส่วนที่มีพยาธิสภาพ (อาทิตย์และคณะ, 2543; ชาญพงศ์ ตังคณะกุล และอัญฤทธิ์ แสงจรัส, 2554 ; สว่าง, บุญส่ง) ซึ่งลักษณะของอาการที่เกิดขึ้นสามารถบอกถึงตำแหน่งของพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคได้ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) และจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า ลักษณะอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสามารถจำแนกได้เป็น (สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550)

1.6.1 ลักษณะอาการที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ อาการอ่อนแรงตามใบหน้า/แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างฉับพลัน (sudden face/limb weakness)อาการชาตามใบหน้า/ แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างฉับพลัน (sudden face/limb numbness) อาการสับสนหรือมีปัญหาในการพูดหรือเข้าใจภาษาอย่างฉับพลัน (sudden speech disturbance) สายตามีปัญหาอย่างฉับพลัน (sudden loss of seeing) การทรงตัว/การเดินมีปัญหาหรือรู้สึกมีนงงอย่างฉับพลัน (sudden loss of balance)ปวดศีรษะอย่างรุนแรงและฉับพลัน (sudden severe headache)ซึ่งอาจมีเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือเกิดร่วมกันได้ (ชาญพงศ์ ตังคณะกุล และอัญฤทธิ์ แสงจรัส, 2554 ; สว่าง และคณะ, 2543; อิศรีย วีระเสถียร, 2555; American National Institute of Nuerological Disorder and Stroke , 2005)

1.6.2 ลักษณะอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง จะมีลักษณะอาการที่คล้ายกับโรคอื่นทำให้เกิดการวินิจฉัยโรคได้ล่าช้า ได้แก่ อาการอ่อนแรง (fatigue) อาการวิงเวียนหน้า (dizziness) การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (mental status change) (Mandelzweig et al., 2006) ซึ่งลักษณะอาการที่เกิดขึ้นนี้อาจจะเกิดร่วมกันหรือเกิดอาการเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง

1.7 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค มีดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; American National Institute of Nuerological Disorder and Stroke, 2005)

1.7.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้

หมายถึง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากมีการป้องกันโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2543)ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจโรคไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ (Ennen & Zerwic, 2010)

1.7.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่ติดตัวมา ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

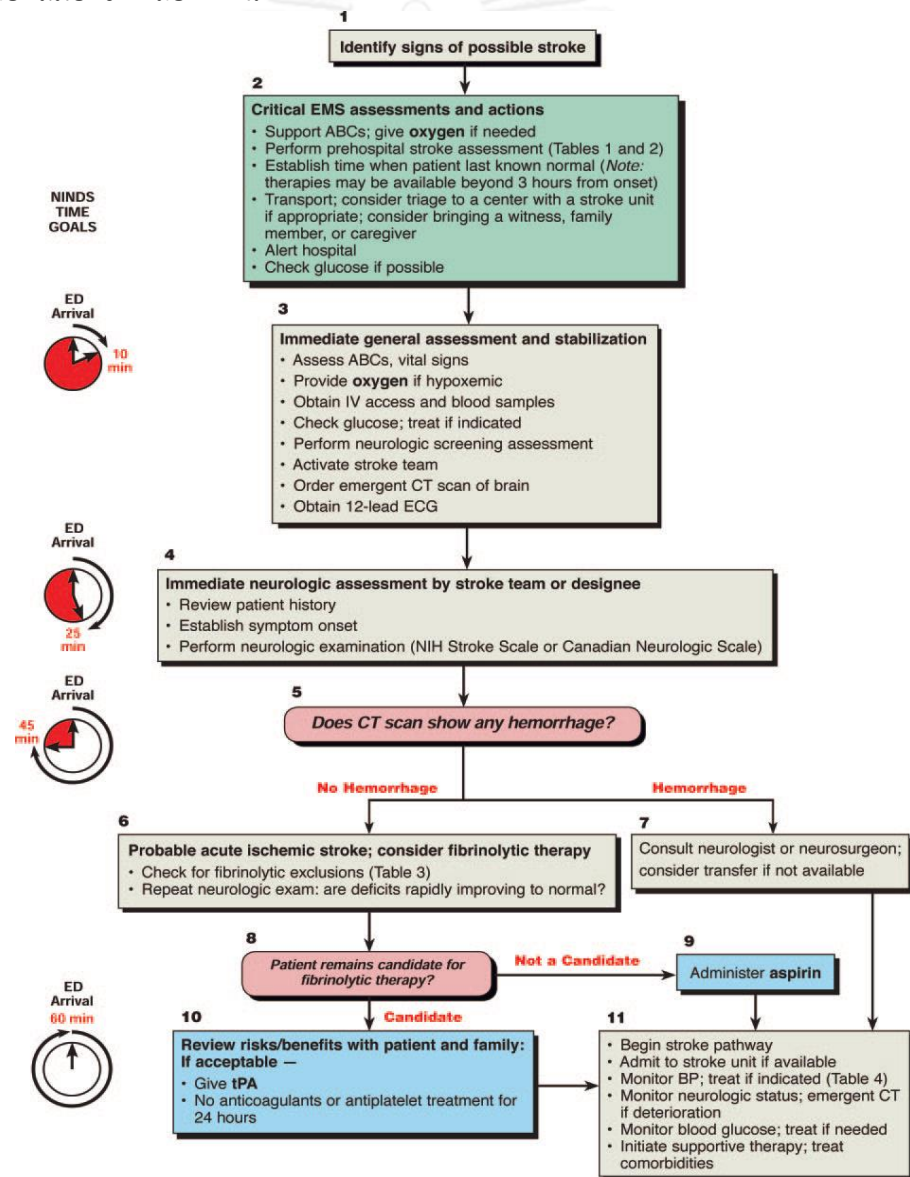
อายุ พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2014)นอกจากนี้การศึกษาในชาวเอเชียในไต้หวัน พบว่าอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจากจำนวน 100 คน ในประชากรแสนคนที่อายุ 38 ปี เป็นจำนวน 1,000 คนในประชากร 100,000 คนเมื่ออายุ 63 ปี(Piravej & Wiwatkul, 2003)

เพศ โรคหลอดเลือดสมองพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งมีการศึกษาในประเทศอื่นๆ เช่น สวีเดน อิตาลี และได้พบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์สูงกว่าเพศหญิงถึงร้อยละ 70 (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2014)

เชื้อชาติและกรรมพันธุ์ พบว่าในประเทศตะวันตกคนผิวขาวมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าคนผิวดำ และคนผิวดำมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว และผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมากกว่าคนทั่วไป (นิจศรี ชาญณรงค์, 2543; ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2014)

1.8 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ในปี คศ. 2005 American Heart Association ได้จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ดังนี้



ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (American Heart Association, 2005)

ในประเทศไทยมีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จาก (ร่าง) ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อในประเทศไทย (Seamless Stroke Care in Thailand) ปี 2553 ดังนี้

1.8.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (Acute stroke management) สามารถแบ่งระยะเฉียบพลันและการรักษาในระยะยาว

การประเมินอาการในระยะเฉียบพลัน

1. ชักประวัติ เกี่ยวกับอาการที่เกิด อาการร่วม เวลาที่เกิดอาการ เป็นมากขึ้นหรือน้อยลง ประวัติอดีต โรคประจำตัวการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ประวัติครอบครัว ประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

2. การตรวจร่างกาย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจร่างกายทางระบบประสาท

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน เช่น CBC, PTT, Electrolyte, Blood sugar, renal function, lipid profile, EKG , CT brain, CXR

4. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น ควรพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและ resuscitate ทันที

การดูแลรักษาเฉพาะเจาะจง (Specific treatment) ได้แก่

1. การให้ยาต้านเกล็ดเลือดแอสไพรินใน 48 ชั่วโมงแรก

2. การดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ (stroke unit)

3. การให้ยาละลายลิ่มเลือดใน 3-4.5 ชั่วโมงแรก (Thrombolytic treatment)

4. การผ่าตัดเพื่อลดการกดทับสมองจากสมองบวม (Hemicraniectomy)

การดูแลรักษาแบบทั่วไป (General management)

1. การควบคุมความดันโลหิตสูง ในช่วงแรกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักมีความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้ามีความดันโลหิตสูงมาก (SBP> 220 mmHg , DBP > 120 mmHg) หรือมีภาวะไตวาย เฉียบพลัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหลอดเลือดแดงเออติค แตกเซาะ (Aortic dissection) หรือมีภาวะ Malignant hypertension ให้การรักษาโดยให้ยาลด ความดันโลหิต Nitroprusside หรือ nitroglycerine ทางหลอดเลือดดำปรับให้อยู่ในระดับไม่เกิน 220/120 mmHg หรือให้ยา captopril ทางปาก หลีกเลี่ยงการให้ยา nifedipine อนุมัติสั้น เพราะเสี่ยงต่อความดันโลหิตตกมากเกินไปได้ การลดความดันโลหิต ช่วงแรก อาจทำให้อาการเลวลงจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงทำให้ขนาดของสมองขาด เลือดมากขึ้นได้ การรักษาโดยให้สารน้ำให้เพียงพอและหยุดยาลดความดันโลหิตจะช่วยแก้ ปัญหานี้ได้

2. การดูแลระบบการหายใจและป้องกันการสำลัก มีการติดตามสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และอุณหภูมิอย่างน้อย 72 ชั่วโมงและให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีระดับออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 95% ในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง การใส่ท่อช่วยหายใจจะช่วยป้องกัน การสำลักและการหายใจล้มเหลวได้

3. การดูแลระบบไหลเวียนโลหิตและการเต้นของหัวใจ ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุกราย วัดความดันโลหิตเป็นระยะเพราะในช่วงแรกของการอาจจะมีการเต้นของหัวใจผิดปกติ ไม่สม่ำเสมอ หรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมด้วย

4. การให้สารน้ำ ควรให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มีความเข้มข้นพอๆกับเลือดและไม่มีน้ำตาล เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกลดลง

5. การดูแลระดับน้ำตาลในเลือด ควรลดภาวะน้ำตาลในเลือดหากสูงเกิน 180 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร และหากมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ควรแก้ไข เพราะอาจจะมีอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมองได้

6. การรักษาอุณหภูมิ ภาวะไข้ (อุณหภูมิ >37.5 องศาเซลเซียส) อาจเกิดอาการทางสมองหรือมีการติดเชื้อได้นำไปสู่ผลลัพธ์ที่เลวลง หากมีไข้ควรหาสาเหตุและรักษาโดยการให้ยาลดไข้และลดอุณหภูมิของร่างกาย

1.8.2 การรักษาในระยะยาว

มีหลัก 2 ประการ คือการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยการทากายภาพบำบัดและการป้องกันให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ได้แก่ การควบคุมและรักษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การรักษาโดยการให้ยา และการผ่าตัดบางราย

1.8.3 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางของ National Institute of Neurological Disorder and Stroke (NINDS)แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1) Antithrombotics ซึ่งยาในกลุ่มนี้ใช้ในการป้องกันการเกิดโรคประกอบไปด้วย

1.1) **Antiplatelet agent** เป็นกลุ่มยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดใช้ในการป้องกันการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ Aspirin ,Clopidogrel , ticlopidine , dipyridamole

1.2) **Anticoagulants** เป็นยากลุ่มที่สลายการแข็งตัวของลิ่มเลือด ได้แก่ warfarin ,heparin , enoxaparin

2) **Thrombolytics** ซึ่งยาในกลุ่มนี้ในระยะวิกฤตเพื่อใช้ในการสลายลิ่มเลือดที่อุดตันในเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและลดการตายของเนื้อสมอง ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้และมีการทดสอบประสิทธิภาพในการรักษา ได้แก่ Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ซึ่งจะออกฤทธิ์จำเพาะในการสลายไฟบรินที่ตำแหน่งของลิ่มเลือดที่อุดตันเท่านั้น และเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยต้องได้รับยากลุ่มนี้เข้าหลอดเลือดดำภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการและเมื่อประเมินผลที่ 90 วันจะพบการทำงานที่ดีของระบบประสาท (Selvaratnam et al., 2009) และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การให้ยากลุ่มนี้หลัง 3 ชั่วโมงจะไม่เกิดประโยชน์ในการสลายลิ่มเลือดที่อุดตัน (The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA stroke study Group., 1995) โดยขนาดยา คือ 0.9 mg/kg (ขนาดสูงสุด คือ 90mg) โดยฉีดเข้าเส้นเลือดใช้เวลา 1 นาที ยาส่วนที่เหลือให้ฉีดเข้าสู่หลอดเลือดซ้ำๆ โดยใช้เวลา 60 นาที และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังให้ยา คือ ภาวะเลือดออกภายในสมอง (intracranial hemorrhage)จะพบภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยา ซึ่งในการให้ยาจะต้องเลือกผู้ป่วยให้เข้าตามเกณฑ์ของ สถาบันด้านโรคทางประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (The National Institutes of Neurological Disorder and Stroke,NINDS) อย่างเคร่งครัด ซึ่งมีดังนี้

- 2.1) อายุอยู่ในช่วง 18-80 ปี
- 2.2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic stroke ที่ก่อให้เกิด neurologic deficit อย่างชัดเจน
- 2.3) เริ่มมีอาการน้อยกว่า 3 ชั่วโมงก่อนเริ่มรับยา
- 2.4) ไม่ได้มีอาการทางระบบประสาทอย่างรวดเร็ว หรือมีอาการเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย
- 2.5) ผล CT-scan ไม่มี multilobar infarction (hypodensity > 1/3 cerebral hemisphere)
- 2.6) Systolic bloodpressure < 185 mmHg, Diastolic bloodpressure < 110 mmHg
- 2.7) ไม่พบภาวะเลือดออก อาการบอบช้ำรุนแรง หรือ กระตุกแตกหักขณะตรวจร่างกาย
- 2.8) ไม่ได้ใช้ยาทางหลอดเลือดดำเพื่อลดความดันเลือดให้อยู่ในช่วง < 185/110 mmHg
- 2.9) ไม่มีประวัติได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างแรง (head trauma) หรือเป็น stroke ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
- 2.10) ไม่มีประวัติผ่าตัดใหญ่ (major surgery) ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 2.11) ไม่มีประวัติเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ (intracranial hemorrhage)
- 2.12) ไม่มีอาการใดที่ชี้ให้เห็นว่ามีภาวะ subarachnoid hemorrhage
- 2.13) ไม่มีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะในช่วง 21 วันที่ผ่านมา
- 2.14) ไม่มีประวัติได้รับการเจาะหลอดเลือดแดง ณ ตำแหน่งที่ไม่สามารถกดยุติเลือดได้ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา
- 2.15) ค่า PT < 15 วินาที หรือ INR < 1.5 ถ้าได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่แล้ว
- 2.16) ค่า PTT ต้องอยู่ในช่วงปกติ ถ้าผู้ป่วยได้รับยา unfractionated heparin ก่อนหน้านี้
- 2.17) ค่า platelet count > 100,00 /ml , ค่า blood sugar > 50 mg/dL
- 2.18) ไม่มีอาการชักขณะเริ่มมีอาการของ stroke

1.8.4 การดูแลผู้ป่วยขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

- 1) พิจารณาคุณลักษณะของผู้ป่วยที่สามารถให้ยาได้และควรให้ยาขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 2) ประเมินอาการทางระบบประสาททุกๆ 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง จากนั้นทุกๆ 30 นาทีเป็นเวลา 6 ชั่วโมง ต่อจากนั้นทุกๆ 60 นาที เป็นเวลา 16 ชั่วโมง

3) วัดความดันเลือดทุกๆ 15 นาทีเป็นเวลา 2 ชั่วโมงจากนั้นทุกๆ 30 นาทีเป็นเวลา 6 ชั่วโมง ต่อจากนั้นทุกๆ 60 นาที เป็นเวลา 16 ชั่วโมงวัดความดันเลือดให้บ่อยขึ้นถ้าความดันสูงกว่า 180/105 mmHg และให้ยาลดความดันเลือดเพื่อรักษาให้ระดับความดันให้ต่ำกว่า 180/105 mmHg

4) ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรง หรือคลื่นไส้ อาเจียน หรือ ความดันเลือดพุ่งขึ้นอย่างรวดเร็ว ให้หยุดให้ยาทันที และทำ CT-scan อย่างเร่งด่วน

1.9 ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

จากพยาธิสภาพและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ

1.9.1 ด้านร่างกาย ความรุนแรงของปัญหาขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองและขนาดของสมองที่เกิดการขาดเลือด ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ที่พบบ่อยได้แก่

1) **ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ** ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขา ใบหน้า ช่องปาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกาย ผู้ป่วยที่อ่อนแรงครึ่งซีกขวาจะเริ่มต้นด้วยอาการเคลื่อนไหวลำบาก ใช้เวลาเรียนรู้กิจกรรมการเคลื่อนไหว นาน การเคลื่อนไหวช้าลง หรืออาจเคลื่อนไหวผิดพลาดมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่อ่อนแรงครึ่งซีกซ้ายจะมีปัญหาด้านการทรงตัว หรือการเคลื่อนไหว อาการรุนแรงที่พบบ่อย คือ ขาหุบ แขนพับงอเข้าหาตัว นิ้วมือกำและงอเข้า ขาเหยียดตรง ศีรษะจะเอียงไปด้านที่อ่อนแรง ส่วนหน้าจะหันไปตามปกติ นอกจากนี้อาจพบอาการพูดลำบาก การกลืนลำบาก เกิดจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนอ่อนแรงทำงานไม่ประสานกัน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและปากลดลง อาจเกิดปัญหาการสำลักได้ (อิสริย์ วีระเสถียร , 2555)

2) **ความบกพร่องด้านสติปัญญาการรับรู้ ความจำ** ความผิดปกติของการรับรู้จะมีผลต่อการฝึกกิจวัตรประจำวันความบกพร่องทางสติปัญญา และการด้อยสมรรถภาพในหลายๆส่วนของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ โดยหากเกิดอัมพาตส่วนซีกซ้ายจะมีผลต่อการรับรู้มากกว่าอัมพาตส่วนซีกขวา ความบกพร่องของการสื่อสาร สมองส่วนควบคุมภาษาอยู่ในซีกที่เด่น คือซีกซ้าย (Left Dominant Hemisphere) ซึ่งควบคุมการทำงานของอวัยวะซีกขวา จึงพบได้เสมอว่า อะเฟเซีย (Aphasia) มักเกิดร่วมกับภาวะอ่อนแรงหรืออัมพาตของอวัยวะซีกขวา เมื่อมีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย มักพบความผิดปกติของการสื่อสาร 2 แบบ คือ Broca's aphasia โดยมีความบกพร่องด้านการพูดและการเขียน ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด แต่ไม่สามารถพูดทวนคำ หรือเรียบเรียงประโยคได้ ส่วน Wernicke's aphasia จะมีความบกพร่องด้านการฟังคำพูดและการอ่าน ผู้ป่วยจะพูดเป็นประโยคได้ แต่ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด และไม่สามารถอ่านออกเสียง ใช้คำและไวยากรณ์ที่ถูกต้องได้ (เบญจมาศ พระธานี, 2535)

3) **ความบกพร่องของการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส** ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อต่อหลายข้อพร้อมกันและต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อกรดยืนและการเดิน มีความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวดและอุณหภูมิ ทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้ ผู้ป่วยอาจสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกหลายชนิดรวมกัน เช่น ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างจุดสองจุด ไม่สามารถบอกสิ่งของที่สัมผัสได้ การสูญเสียลานสายตา ผู้ป่วยจะไม่สามารถกะระยะทาง ขนาด

ตำแหน่ง ความเร็วในการเคลื่อนไหว ความบกพร่องของประสาทรับรู้ความรู้สึกและการบอดครั้งหนึ่งของแนวสายตาทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจร่างกายซีกที่เป็นอัมพาตได้ (กิงแก้ว ปาจารย์, 2547)

4) **ความบกพร่องของการควบคุมการขยับถ่าย** ทำให้ไม่สามารถกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระ หรือไม่สามารถขยับถ่ายได้ตามปกติ (สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, 2544) ซึ่งการกลืนปัสสาวะไม่ได้มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ปัญหาการขยับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาท้องผูกเนื่องจากในระยะ 2-3 วันแรกมักไม่ได้รับสารอาหารและน้ำทางปากจากนั้นจึงเริ่มให้อาหารทางสายยางซึ่งมีปริมาณไม่มากอาหารมีกายน้อย

5) **ความบกพร่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์** เพศชายมักมีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัวที่อาจเป็นผลจากยาลดความดันโลหิตสูง ส่วนเพศหญิงมีปัญหาการไม่ถึงจุดสุดยอด ทำให้ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง

1.9.2 **ด้านจิตใจ** การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับภาวะไม่พึงพาและความผาสุกของบุคคล ผู้ป่วยที่ปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบต่อด้านจิตใจร่วมด้วย เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกาย ความกลัวจะส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์และการแสดงบทบาทในชีวิตการแสดงผลพฤติกรรมทางจิตส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี (อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2552) อาการแสดงด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า(เจียมจิต โสภณสุขสถิต, 2544) เป็นต้น

1) **การสูญเสีย (Loss)** มี 2 ลักษณะ คือ การสูญเสียที่เห็นได้ชัดจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น การเสียหายที่ของอวัยวะของร่างกายที่เป็นผลจากโรค และการสูญเสียที่เห็นได้ไม่ชัดเจน ได้แก่ การเสียความภาคภูมิใจในตนเอง เสียความรู้สึกมั่นคงไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางร่างกายและจิตใจ สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่หวังไว้ อารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียคือ ความเสียใจ ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะแสดงความเศร้าออกมา (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2549)

2) **ความเครียด (Stress)** เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวก่อนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันที จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด (กวิรินทร์นาฏ บุญชู, 2554)

3) **ความวิตกกังวล (Anxiety)** เป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนาน กระทบออกมาเพื่อต่อสู้สิ่งที่คุกคามอาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากประสบการณ์การรับรู้แขนขาอ่อนแรงมากขึ้นและความรู้สึกไม่แน่นอน การคาดคะเนความทุกข์ทรมานจากโรค ปัญหาเศรษฐกิจปัญหาครอบครัว กังวลที่ไม่สามารถคาดการณ์ในอนาคตได้ และกลัวการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (กวิรินทร์นาฏ บุญชู, 2554)

4) **ภาวะซึมเศร้า (Depression)** พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองซีกซ้ายมากกว่าซีกขวา จากการศึกษาของ Robisom (1992) ได้ทบทวนงานวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะหลังการฟื้นฟูสภาพ พบว่า ผู้ป่วยมี

ภาวะซีมเศร่าเล็กน้อยและปานกลางเฉลี่ยร้อยละ 34 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการซีมเศร่า คือ การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีกิจกรรมทางเพศที่ลดลง

1.9.3 ด้านสังคม ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีความพิการให้เห็นชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย เกิดความสูญเสียอัตมโนทัศน์ส่วนตัว การปรับเปลี่ยนบทบาทเดิมไปสู่บทบาทใหม่ในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและขัดแย้งในตนเอง จะรู้สึกว่าคุณค่าไม่ได้อยากร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมเปลี่ยนแปลงไป จากการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (กวิรินทร์นาฏ บุญชู, 2554)

2. แนวคิดเกี่ยวกับระยะเวลาการมารับการรักษา

2.1 ความหมายของระยะเวลาในการมารับการรักษา

Dracup และคณะ (1997) ระยะเวลาในการมารับการรักษา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติจนได้รับการรักษา

Smith และคณะ (1998) ระยะเวลาในการมารับการรักษา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการทางระบบประสาทครั้งแรกจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล

Maestroni และคณะ (2008) ระยะเวลาในการมารับการรักษา หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการเตือน จนกระทั่งมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

นิภาพร ภิญโญศรี (2551) ระยะเวลาในการมารับการรักษา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของโรคจนถึงจุดคัดกรองที่แผนกฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ การมารับการรักษาเร็ว และการมารับการรักษาช้า

วัชรวิทย์ พิมพ์ภักดี (2551) ระยะเวลาในการมารับการรักษา หมายถึง ระยะเวลาก่อนการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งนับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล

ดังนั้นจากความหมายข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ระยะเวลาการมารับการรักษา (Prehospital time) หมายถึง ระยะเวลาก่อนการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งนับระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล (Smith, 1998; Moser et al., 2006) โดยสามารถแบ่งออกเป็นช่วง (Phase of delay) ได้ดังนี้ (Finn, Bett, Shilton, Cunningham, & Thompson, 2007)

2.1.1 Prehospital time หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ที่เกิดอาการตัดสินใจมารับการรักษา จนมาถึงโรงพยาบาล (total time) (Maureen, 1998 ; Chang et al., 2003 ; Keskin et al., 2005 ; Maestroni et al., 2008 ; นิภาพร ภิญโญศรี, 2551; Geffner et al., 2012) ซึ่งประกอบไปด้วย

2.1.1.1 Decision time หมายถึง ระยะเวลาที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจนกระทั่งตัดสินใจเข้ารับการรักษาหรือตัดสินใจไปโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าเป็นระยะที่ส่งผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษามากที่สุด (Mandelzweig et al., 2006) จากการศึกษาของ Chang, Tseng and Tan (2003) ได้ใช้เกณฑ์ระยะเวลาที่ใช้การตัดสินใจอยู่ในช่วง 1 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการพบว่ามี ระยะเวลาการตัดสินใจมากกว่า 1 ชั่วโมงถึงร้อยละ 53.57 (105 คนจาก 196 คน) และยังพบว่าการตอบสนองต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลมีผลต่อกระบวนการตัดสินใจในการมารับการรักษา

2.1.1.2 Transport time หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันใช้ในการเดินทางไปรับการรักษาหรือไปโรงพยาบาล ซึ่งอาจแตกต่างกันตามปัจจัยทางกายภาพของแต่ละสถานที่ ซึ่ง AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency cardiovascular care(2005) ได้กำหนดให้การเดินทางมารับการรักษาด้วยระบบรถฉุกเฉิน(EMS) เป็นส่วนหนึ่งของ The chain of survival in acute brain attack โดยจะช่วยลดระยะเวลาในการเดินทางได้ (Adam et al, 2007; Reckless et al, 2008 ; Mazighia et al, 2010 ; Nandakumar et al., 2011)

2.1.2 Hospital time หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาล จนได้รับการรักษาที่เฉพาะ (Door to needle)ซึ่ง AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency cardiovascular care (2005) ได้กำหนดระยะเวลาในการดูแลหลังจากผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน คือ 45 นาที (จีรพล เหล็กเพชร, 2552 ; Morris et al, 2000) ดังนี้

2.1.2.1 ควรได้รับการประเมินและดูแลเบื้องต้น ภายใน 10 นาที

2.1.2.2 ควรได้รับการประเมินทางระบบประสาทและทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองภายใน 25 นาที (The National Institute of Neurological Disorder ,1990)

2.1.2.3 ควรแปลผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองภายใน 45 นาทีหลังผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉิน

2.1.2.4 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ จะให้ประสิทธิผลของยาที่ดีที่สุดภายใน 3-4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ประสิทธิภาพของยาจะอยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้นระยะเวลาการมารับการรักษาในงานวิจัยนี้ หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ว่ามีอาการและมาถึงโรงพยาบาล โดยกำหนดระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ว่ามีอาการและมาถึงโรงพยาบาล คือ 3 ชั่วโมงว่าเป็นเวลาที่เหมาะสมตามแนวทางของ American Heart Association (2005)

2.2 ระยะเวลาการมารับการรักษากับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

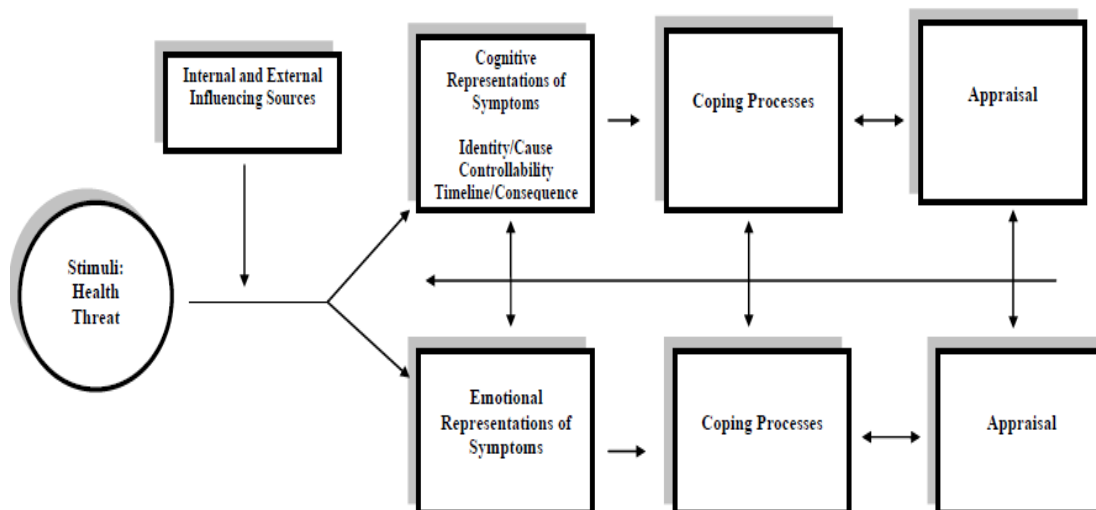
ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันนั้น ในต่างประเทศมีการศึกษาของ The National Institute of Neurological Disorders and Stroke tissue Plasminogen Activator (t-PA) Stroke Study Group (1995) เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งได้พบว่า การได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในระยะเวลา 3 ชม. ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการมีประโยชน์ในการช่วยลดความพิการและช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นที่ระยะเวลา 3 เดือนต่อมาในปี ค.ศ. 2005 American Heart Association ได้จัดทำแนวทางการดูแลรักษา (guidelines) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและได้แนะนำการให้ยาละลายลิ่มเลือด (recombinant tissue plasminogen activator,rt-PA) ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรักษาและสามารถให้การรักษาได้ภายใน 3 ชั่วโมงนับจากเกิดอาการ ซึ่งในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 3 ชั่วโมง ทำให้ระดับความรุนแรงของโรคลดลง

มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งที่ 3 เดือน และ 6 เดือน แต่ไม่มีความแตกต่างกันของค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฐกรรต์ ชัยสาม, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยนั้นพบว่า มีระยะเวลาการมารับการรักษา มากกว่าเวลามาตรฐาน 3 ชั่วโมง หรือ 180 นาที จำนวน 2 งาน คือ นิภาพร ภิญโญศรี (2551) พบค่ามัธยฐานตั้งแต่ตัดสินใจมารับการรักษาจนถึงโรงพยาบาล เท่ากับ 7 ชั่วโมง 8 นาที , จีระพล เหล็กเพชรและคณะ (2551) พบว่าระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการจนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 8.1 ชั่วโมง แต่ยังมีงานวิจัยที่พบว่า มีระยะเวลาการมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมงหรือ 180 นาที คือ ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ (2556) พบว่างานที่พบว่าค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการมารับการรักษา คือ 95.29 นาที ซึ่งเมื่อมีระยะเวลาการมารับการรักษายาวนาน หมายถึง มารับการรักษาช้า ทำให้เกิดการล่าช้าในกระบวนการตรวจและวินิจฉัยส่งผลให้ผู้ป่วยพลาดการรักษาที่เฉพาะเจาะจง (จีระพล เหล็กเพชร และคณะ, 2551)

3. แนวคิดภาพสะท้อนความคิดต่อความเจ็บป่วย (The Common-Sense Model of Illness Representation)

แนวคิด The Common-Sense Model of Illness Representation นี้มีพื้นฐานมาจากภาพสะท้อนทางความคิดต่อความเจ็บป่วย (Illness representation) ของ Leventhal และคณะ ในปี ค.ศ. 1970 และต่อมาในปี ค.ศ. 1980 ได้พัฒนาจนมาเป็นทฤษฎี The Common-Sense Model of Illness Representation โดยแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงมโนภาพการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคลแบบ Common sense คือ เชื่อว่าบุคคลจะมีการแก้ไขปัญหาเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อสุขภาพ บุคคลจะรวบรวม วิเคราะห์ แปลผลข้อมูลที่ได้จากการรับรู้ต่างๆ และให้ความหมายต่อภาวะคุกคาม หรือการเจ็บป่วยนั้นออกมาเป็นภาพทางความคิดต่อการเจ็บป่วยที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการเผชิญปัญหา ทั้งนี้กระบวนการแก้ไขปัญหา หรือเผชิญปัญหาจะอ้างอิงกับการเรียนรู้ ความรู้ ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลที่จะมีภาพทางความคิดต่อการเจ็บป่วยที่เข้ามาคุกคาม ซึ่งภาพทางความคิดต่อการเจ็บป่วยนี้อาจจะไม่ตรงกับมุมมองทางการแพทย์ก็ได้ ต่อมาในปี ค.ศ. 1992 Leventhal และ Difefenbach ยังพบว่าอิทธิพลทางด้านสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลจะมีผลกระทบต่อประสบการณ์ด้านจิตสังคมและร่างกายของบุคคลนั้นด้วย ดังนั้นนอกจากบุคคลากรทางการแพทย์แล้ว สังคม วัฒนธรรม ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน สื่อต่างๆ ยังมีผลต่อการสร้างภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลอีกด้วย (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2549)



ภาพที่ 2 แสดงถึงแนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย(The Common Sense Model of Illness Behavior) ของ Leventhal & Cameron (1987).

จากภาพแสดงแนวคิด The Commonsense Illness Representation สามารถนำมาอธิบายกระบวนการเกิดการแก้ไขปัญหาเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อสุขภาพซึ่งมีองค์ประกอบของแนวคิด สามารถแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นรับรู้ปัญหา

เป็นระยะที่บุคคลได้รับปัจจัยชักนำเหตุการณ์ไปสู่กระบวนการแก้ปัญหา ประกอบไปด้วย

สิ่งกระตุ้น (Stimuli) หมายถึง ปัจจัยที่มากระตุ้นหรือชักนำเหตุการณ์ไปสู่กระบวนการแก้ปัญหา หรือเรียกว่า ภาวะคุกคามสุขภาพ ซึ่งเมื่อเกิดภาวะคุกคามต่อสุขภาพบุคคลก็จะมีจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเอง โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพมี 2 อย่าง คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ และประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมาและปัจจัยภายนอก ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆเกี่ยวกับโรคบุคคลที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นจะส่งผลให้บุคคลเกิดการตอบสนองต่อภาวะคุกคามสุขภาพ 2 แบบ คือ

1.1 การตอบสนองต่ออาการด้านารรู้คิด (Cognitive Representations) เป็นผลจากการตอบสนองต่อภาวะคุกคาม ซึ่งมีปัจจัยที่จำให้มีการตอบสนองต่ออาการแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ประกอบไปด้วย

1.1.1 คุณสมบัติของภาวะคุกคาม (Identify of the threat) หมายถึง การให้ความหมายหรือตีความการเจ็บป่วยตามความเข้าใจของแต่ละบุคคลว่าโรค มีลักษณะเฉพาะอย่างไรหรือมีอาการอะไร ซึ่งอาจจะไม่ได้มีความหมายหรือตีความเหมือนกันกับทางการแพทย์ เช่น โรคเอดส์ บุคคลทั่วไปก็อาจจะให้ความหมายว่าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสำส่อนทางเพศ

ไม่มีทางรักษา และเสียชีวิตในเวลารวดเร็ว โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคของเวรกรรมมีการสูญเสียการรับรู้สติของร่างกายและต้องการผู้ดูแล (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2549) แต่การรับรู้ด้านลักษณะเฉพาะต่อโรคจะเปลี่ยนแปลงได้หากได้รับประสบการณ์แลกเปลี่ยนข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์

1.1.2 เส้นเวลาหรือช่วงเวลา (Timeline) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับขอบเขตของเวลาที่บุคคลจะเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง, จุดของเวลาที่ใช้ในการรักษา, เวลาที่ต้องการการรักษา ซึ่งทำให้การที่บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยจะคงอยู่ในช่วงสั้นๆ (acute timeline) และบุคคลที่รับรู้ว่าจะต้องมีชีวิตอยู่กับการเจ็บปวดเป็นระยะเวลานานจะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อโรคและการรักษาที่แตกต่างกัน

1.1.3 สาเหตุของภาวะคุกคาม (Cause) หมายถึง สิ่งที่บุคคลคิดว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยได้แก่ ปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายในของบุคคลซึ่งจะแตกต่างกันส่งผลให้บุคคลมีวิธีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

1.1.4 ผลกระทบ (Consequences) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าการเจ็บป่วยนั้นจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและชีวิตอย่างไร ซึ่งจะแตกต่างกันตามโรคนั้นๆ

1.1.5 ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Controllability) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าโรคหรือการเจ็บป่วยนั้นๆสามารถควบคุมได้โดยวิธีการใดวิธีการหนึ่งเพื่อไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้นซึ่ง Leventhal และคณะได้สรุปแหล่งของความสามารถที่จะควบคุมโรคแบ่งได้ 2 ส่วน คือ

1) **ความสามารถควบคุมโรคโดยการรักษา (treatment control)** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าโรคนั้นๆ สามารถควบคุมได้ด้วยวิธีการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งเพื่อไม่ให้อาการรุนแรงหรือชะลอการดำเนินของโรคให้ช้าลงได้

2) **ความสามารถควบคุมโรคโดยบุคคล (personal control)** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าตนเองสามารถมีบทบาทในการควบคุมโรคได้ถึงแม้ว่าโรคนั้นๆ จะมีวิธีการรักษาทางการแพทย์หรือไม่ก็ตาม

1.2 การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ (Emotional Representations) เป็นผลที่เกิดจากการตอบสนองต่อภาวะคุกคามสุขภาพ ได้แก่ ความกลัวความวิตกกังวล และการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งจะมีผลต่อการจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตที่เกิดขึ้นในระยะต่อไป โดยจะเป็นอิทธิพลจากการรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นจริง (perceived control) และระดับความวิตกกังวลในอดีต (level of anxiety experienced)

2. ชั้นการวางแผนการจัดการปัญหาสุขภาพ (Coping strategies)

เป็นระยะหลังจากที่บุคคลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพและเกิดการตอบสนองต่ออาการแล้ว ก็จะวางแผนเพื่อจัดการกับภาวะคุกคามสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ และตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยในระยะนี้จะมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล เช่น การกินยาแก้ปวดการกินยาลดไข้เมื่อมีไข้ และ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหากรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรค และรับรู้ว่าเป็นอาการเร่งด่วนก็จะตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที

3. ขั้นตอนผลลัพธ์การจัดการปัญหาทางสุขภาพหรือประเมินผล (Appraisal Process)

เป็นระยะที่นำผลลัพธ์ที่ได้จากการแก้ไขปัญหาประเมินว่าประสบความสำเร็จสำเร็จหรือล้มเหลว หากไม่ประสบความสำเร็จก็จะกลับไปเริ่มระยะที่ 1 คือขั้นรับรู้ปัญหาใหม่ เพื่อค้นหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีอื่นต่อ

จากแนวคิดนี้ในกระบวนการของการรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representations) และการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (emotional representations) จะเกิดขึ้นคู่ขนานกันไป (parallel pathway) และเป็นอิสระต่อกัน โดยกระบวนการรับรู้ความเจ็บป่วย จะมีอิทธิพลมาจากการจำความหมาย (semantic memories) ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ส่วนการตอบสนองทางด้านอารมณ์นั้น จะเป็นผลจากการจดจำเหตุการณ์ (episodic memories) ได้แก่ ความจำเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผ่านมา ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรม การตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละคน (Dracup et al., 2006)

ในการศึกษาครั้งนี้ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคามต่อภาวะสุขภาพ เมื่อเกิดอาการแสดงขึ้น ผู้ป่วยก็จะประเมินอาการของตนเอง เกิดการกระบวนกรตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเกิดการตอบสนองต่ออาการด้านความรู้คิด และเกิดการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ โดยในกระบวนการตอบสนองต่ออาการจะเป็นผลจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ซึ่งจะทำให้เกิดการวางแผนเพื่อจัดการกับลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น และมีผลลัพธ์ของการจัดการปัญหาคือ ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

จากแนวคิด The Commonsense Illness Representation ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันนั้น พบตัวแปรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยปัจจัยผู้วิจัยคัดสรรมาใช้ศึกษาในงานวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

4.1 ปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้น ได้แก่

4.1.1 ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หมายถึง สิ่ง que แสดงถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซึ่งจะมีลักษณะที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อส่วนที่มีพยาธิสภาพ (ดิษยา รัตนากร, 2543 ; นิจศรี ชาญณรงค์, 2552) และอาการมักเกิดขึ้นกะทันหัน มักเกิดขณะหลับหรือพัก อาการจะค่อยเป็นค่อยไปและสูงสุดใน 72 ชั่วโมง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้ 2 แบบ คือ

1) ลักษณะอาการที่เฉพาะเจาะจง (typical) (ดิชยา รัตนากร และคณะ, 2554) ได้แก่ การชาและอ่อนแรงตามใบหน้า แขน-ขา อย่างฉับพลันอาการสับสนหรือมีปัญหาในการพูดหรือเข้าใจภาษาอย่างฉับพลันสายตามีปัญหาอย่างฉับพลันการทรงตัว การเดินมีปัญหาหรือรู้สึกมีนงงอย่างฉับพลันปวดหัวอย่างรุนแรงและฉับพลัน

2) ลักษณะอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (atypical) ได้แก่ อาการอ่อนแรง(fatigue) อาการวิงเวียนหน้า (dizziness) หรือปวดศีรษะ (headache) (Mandelzweig et al., 2006 ; Zerwic et al., 2007 ; อภิรดี วัจนชาติ, 2554)

ในประเทศไทยพบว่า ลักษณะอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษามากที่สุด คือ อาการแขนขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใด (ร้อยละ 59.21)และนอกจากนี้ยังเป็นอาการที่ตัดสินใจมารับการรักษาที่สุดอีกด้วย (ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kleindorfer et. al. (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เฉพาะเจาะจงจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการของโรคที่ไม่เฉพาะเจาะจงเนื่องจากเป็นลักษณะอาการเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมองและส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การพูด และยังพบว่าหากมีอาการมากกว่า 2 อย่างขึ้นไปจะมารับการเร็วมากขึ้น (Morris et al, 1999) ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าลักษณะอาการแรกรับที่ไม่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ ไม่ซึม ไม่มีอาการชักจะมารับการรักษาช้า เนื่องจากมีการดำเนินของโรคดำเนินไปอย่างช้าๆ อาการไม่ชัดเจนจะส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาช้า (จิรพล เหล็กเพชร และคณะ, 2552) ดังนั้นลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

4.1.2 ระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หมายถึง สิ่งที่ยกถึงการดำเนินของโรคหรือระยะของโรค ซึ่งในโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดนั้นสามารถแบ่งตามระยะเวลาการดำเนินของโรค คือ

1) **Transient ischemic attack (TIA)** อาการเริ่มต้นมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและฉับพลันโดยผู้ป่วยมีอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทเฉพาะที่ (focal neurological deficit) เกิดขึ้นอย่างสั้นๆโดยส่วนมากประมาณ 2-15 นาทีอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นเช่นรู้สึกชาหรือขาของมือแขนหน้าหรือลิ้นซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายผู้ป่วยอาจรู้สึกอ่อนแรงหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนมือหรือขาได้อาจมีความยากลำบากในการพูดหรืออ่านอาจมีความผิดปกติในการมองเห็นของสายตาเพียงด้านเดียวไปชั่วขณะที่เรียกว่า transient monocular blindness

2) **Reversible ischemic neurological deficit (RIND)** อาการเหมือน TIA แต่ยาวนานกว่าคือยาวนานกว่า 24 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง

3) **Cerebral infarction หรือ stroke** เกิดความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทอย่างถาวร (permanent neurological deficit)

จากการศึกษาของจีระพล เหล็กเพชร และคณะ (2552) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการน้อยจะมารับการรักษาช้า ($P < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hong, et. al. (2011) เนื่องจากหากผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงน้อย หมายถึง มีระยะเวลาการดำเนินของโรคยังไม่ยาวนานเกิดความผิดปกติของระบบประสาทในร่างกายเพียงระยะเวลาสั้นๆแล้วหายไปเอง (กฤษณพันธ์ บุณยะรัตเวช, 2554) ผู้ป่วยจึงไม่ทราบว่านี่คืออาการของโรคหลอดเลือดสมองจึงยังไม่ไปรับการรักษา ดังนั้นระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน นั่นคือ ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีค่าระดับความรุนแรงของโรคที่น้อย หมายถึง มีระดับความรุนแรงมากจะมารับการรักษาเร็ว

ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยพบว่ามีแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

เป็นแบบประเมินวัดความบกพร่องของระบบประสาท ที่ได้รับการยอมรับในด้านความน่าเชื่อถือในการพยากรณ์ผลระยะยาวโดยพบว่าระดับความบกพร่องที่วัดด้วย NIHSS ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สามารถบอกได้คร่าวๆ ถึงสถานที่รักษาตัวหลังระยะเฉียบพลัน นอกจากนี้แบบประเมิน NIHSS มีประโยชน์มากในการประเมินความรุนแรงของอาการช่วยในการติดตามการรักษาและยังสามารถบอกพยากรณ์โรคได้ โดย NIHSS มีการประเมินในหัวข้อต่าง ๆ รวม 11 หัวข้อ ประกอบด้วย การประเมินความรู้สึกตัว การกลอกตา การมองเห็น การอ่อนแรงของใบหน้าและแขนขา การใช้ภาษาและการพูด การรับรู้ความรู้สึก การเซและการไม่สนใจร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง เป็นต้น มีคะแนนรวม 42 คะแนน โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงกว่าแปลผลว่ามีความรุนแรงของอาการมากกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำกว่า (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) ในประเทศไทยได้มีการศึกษาความเที่ยงตรงของแบบวัดความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทย (National Institute of Health Stroke Scale ; NIHSS-T) ของยงชัย นิละนนท์ และคณะ (2010) พบว่า มีความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.99 และมีความเที่ยงตรงของแบบวัด คำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficients) ระหว่างคะแนน NIHSS-T กับปริมาณเนื้อสมองที่ขาดเลือดและระดับความพิการที่ 3 เดือนเท่ากับ 0.53 ($P = 0.002$) และ 0.69 ($P < 0.001$) ตามลำดับ ในประเทศไทยใช้ NIHSS ที่ประยุกต์ปรับปรุงโดยสถาบันประสาทวิทยา ไทกรมการแพทย์ 11 (คะแนน 0-34) คะแนนยิ่งมากแสดงถึงความรุนแรงมากหลังจากนั้นประเมินเฉพาะด้านที่มีปัญหาเป็นระยะๆแล้วแต่การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (นิจศรี ชาญณรงค์, 2551) ความรุนแรงของโรคแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ความรุนแรงโรคน้อย	≤ 4	คะแนน
ความรุนแรงโรคปานกลาง	4 - 22	คะแนน
ความรุนแรงโรคมก	≥ 22	คะแนน

Glasgow Coma Scale (GCS)

เป็นการประเมินระดับความรู้สึกของสถาบันประสาทวิทยา โดยประเมินปฏิกิริยาตอบสนองที่ดีที่สุดต่อสิ่งเร้า 3 รูปแบบ ได้แก่ การลืมตา การพูดที่ดีที่สุดและการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด โดยให้คะแนนตามระดับของการตอบสนองต่อสิ่งเร้า จากคะแนนรวม 15 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

ความรุนแรงน้อย	13-15	คะแนน
ความรุนแรงปานกลาง	9-13	คะแนน
ความรุนแรงมาก	3- 9	คะแนน

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนของการประเมินระดับความรู้สึก (GCS)

หัวข้อ	ระดับการตอบสนองต่อสิ่งเร้า	คะแนน
การลืมตา(Eye opening, E)	ลืมตาได้เอง	4
	ลืมตาเมื่อเรียก	3
	ลืมตาเมื่อเจ็บ	2
	ไม่ลืมตาเลย	1
	การพูดที่ดีที่สุด (Best verbal response, V)	พูดได้ไม่สับสน
	พูดได้แต่สับสน	4
	พูดเป็นคำ ๆ	3
	ส่งเสียงไม่เป็นคำ	2
	ไม่ออกเสียงเลย	1
	การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best motor response, M)	ทำตามคำสั่งได้
ทรานตำแหน่งเจ็บ		5
ชักแขนขาหนี		4
แขนมี ab. Flex		3
แขนมี ab. Ext		2
	ไม่เคลื่อนไหว	1

ในงานวิจัยนี้เลือกใช้แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวที่วัดด้วย Glasgow Coma Scale (GCS) เนื่องจากโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลนั้นใช้แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวในการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

4.2 ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย

4.2.1 เพศ

เพศ หมายถึง สิ่งที่ใช้ระบุลักษณะความเป็นชายและหญิง ในโรคหลอดเลือดสมอง นั้นมีรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 พบว่าเพศชายจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมากกว่าเพศหญิง แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เป็นเพศหญิงจะมารับการรักษาช้ากว่าเพศชายชาย (Kanauft et al., 2010; Smith et al., 2010) ซึ่งสาเหตุที่เพศหญิงมารับการรักษาช้า นั้น เนื่องจากเพศหญิงจะมีกลไกการดูแลรักษาตัวเองพยายามค้นหาการรักษาด้วยตนเองก่อน (Ottesen et al, 2003) แต่ยังคงพบว่ามีผลขัดแย้งที่ว่าปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อระยะเวลาในการมารับการรักษา (Morris et al., 1999 ; Mandelzweig et al., 2006) และในประเทศไทย ปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (นิภาพร ภิญโญศรี, 2551 ; ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2556)

ดังนั้นเพศจึงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

4.2.2 อายุ

อายุ หมายถึง เวลาที่ดำรงชีวิตอยู่ นับตั้งแต่เกิดมาจนถึงเวลาปัจจุบัน ซึ่งอัตราการมีชีวิตของประชากรในประเทศไทย มีแนวโน้มของประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้น ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพในร่างกาย โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือดเกิดความเสื่อมสภาพ ส่งผลให้ระบบต่างๆในร่างกายมีการทำงานที่ช้าลงประสิทธิภาพในการส่งสารของสัญญาณประสาทในสมองลดลง ทำให้มีการตัดสินใจช้าลง (สุรพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และรุ่งระวี นาวิเจริญ, 2552) นอกจากนี้แล้วคนที่อายุต่างกันก็จะมีพฤติกรรมที่ต่างกันด้วย (อรมณี ช่างชายวงศ์, 2545)

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นคนอายุมากจะมารับการรักษาช้ากว่าคนอายุน้อยเนื่องจากการตัดสินใจมารับการรักษาช้าและต้องพึ่งพาคนอื่นในการมารับการรักษา (Chang et al., 2004 ; Keskin et al., 2005) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Goldstein et al. (2001) และ Shafae, Ganguly ,and Asmi, (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมารับการรักษาช้ากว่าคนอายุมากเนื่องจากคนอายุน้อยมักเป็นวัยทำงานมีงานที่ต้องรับผิดชอบจึงเลือกงานมากกว่าสุขภาพตนเอง และในประเทศไทยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา (นิภาพร ภิญโญศรี, 2551 ; ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2556) ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

4.3. ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย

4.3.1 ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก

หมายถึง ช่วงระยะเวลาความยาวนานที่มีอยู่หรือเป็นอยู่ ซึ่งช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรกในงานวิจัยนี้ หมายถึง เวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด แบ่งเป็นช่วงเวลา เช้า บ่าย หรือกลางคืน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมักเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหลังตื่นนอนตอนเช้า (ดิษยา รัตนากร, 2543 ; Keskin et al., 2005 ; Zerwic et al., 2007) เนื่องจากหากเกิดช่วงกลางคืนขณะที่ผู้ป่วยหลับผู้ป่วย

จะไม่สามารถบอกได้ว่าเกิดอาการขึ้นช่วงใด และอาการมักเกิดขึ้นกะทันหัน มักเกิดขณะหลับหรือพัก อาการจะค่อยเป็นค่อยไปและสูงสุดใน 72 ชั่วโมง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถระบุเวลาที่เกิดอาการได้มักจะมารับการรักษาช้า (Smith, 1998 ; Saver et al., 2010) เนื่องจากไม่ทราบว่าเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น และยังพบว่า หากเกิดอาการในช่วงกลางคืนจะมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมงเพียงแค่อ้อยู่ละ 26.5 เนื่องจากผู้ป่วยมักตัดสินใจรีบไปพบแพทย์ตอนเช้า (Keskin et al., 2005) และไม่สะดวกในการเดินทางกลางคืน (Zerwic et al., 2007) แต่ยังมีการศึกษาขัดแย้งว่า ช่วงเวลาการเกิดอาการไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา (Chang et al., 2004; Hong et al., 2011 ; Mazighia et al., 2010) ในประเทศไทยพบว่ามีความแตกต่างกันของเวลามารับการรักษาเนื่องจากมีความแตกต่างกันพื้นที่ที่อยู่อาศัย โดยจิปะพล เหล็กเพชรและคณะ (2552) ที่ศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมารับการรักษาในช่วงกลางวันมากกว่ากลางคืน แต่การศึกษาของดวงทิพย์ บินไทยสงค์ (2556) ในผู้นำส่งผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมารับการรักษาในช่วงกลางคืนมากกว่ากลางวัน แต่ยังไม่พบการหาความสัมพันธ์ระหว่างเวลาที่เกิดอาการขึ้นครั้งแรกกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ดังนั้นเวลาที่เกิดอาการขึ้นครั้งแรกจึงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

4.3.2 สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ

หมายถึง สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการขึ้นครั้งแรก เช่น บ้าน ที่ทำงาน ที่สาธารณะ เป็นต้น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการขณะอยู่บ้านมักจะตัดสินใจมารับการรักษาช้า (Salisbury et al., 1998 ; Smith et al., 1998 ; Mandelzweig et al., 2006 ; Kleindorfer et al., 2010 ; Hong et al., 2011) และหากสถานที่ที่เกิดอาการอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลก็จะทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ แต่หากเกิดขณะอยู่นอกบ้าน เช่น ที่ทำงาน หรือที่สาธารณะจะมารับการรักษาเร็วขึ้น (Zerwic et al., 2007 ; Mazighia et al., 2010) ในประเทศไทยจากการศึกษาของนิภาพร ภิญญาศรี (2551) พบว่าหากผู้ป่วยเกิดอาการขณะอยู่บ้านที่จะมารับการรักษาช้า ร้อยละ 73.33 เนื่องจากหากอยู่ที่บ้านจะมีครอบครัวที่มีส่วนในการตัดสินใจในการรักษาและจะมารับการรักษาเร็วหากเกิดอาการขณะอยู่นอกบ้านยกเว้นที่ทำงาน เนื่องจากไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ ดังนั้นสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการจึงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

4.3.3 บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ

หมายถึง บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด อาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ก็ได้ ในกระบวนการตัดสินใจมารับการรักษา (decision making process) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันนั้นพบว่าขึ้นอยู่กับความรู้สึคนึกคิดของผู้ป่วยเองทั้งหมดแต่หากผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวครอบครัวจะมีบทบาทในการช่วยคิดและตัดสินใจ (นิภาพร ภิญญาศรี, 2551) ซึ่ง

อิทธิพลของบุคคลสามารถทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาได้ถึง 65% (Geffine et al., 2012) ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า หากผู้ป่วยเกิดอาการขึ้นขณะอยู่ร่วมกับครอบครัว จะมีการตัดสินใจไปรับการรักษาเร็วกว่าอยู่กับการอยู่คนเดียว เนื่องจากบุคคลอื่นมีประสบการณ์การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสามารถให้คำแนะนำและตัดสินใจไปรับการรักษาได้เร็ว (นิภาพร ภิญญาศรี, 2551 ; Mandelzweig et al., 2006) และจากการศึกษาของดวงทิพย์ บินไทยสงค์ (2556) พบว่าบุคคลที่นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษา นั่นคือหากผู้นำส่งมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการและรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงจะทำให้ผู้นำผู้ป่วยมารับการรักษาได้เร็ว

ดังนั้นบุคคลที่เกี่ยวข้องของขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจึงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

4..4 ปัจจัยด้านการตอบสนองต่ออาการ

การตอบสนองต่ออาการ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดปัญหาสุขภาพขึ้น โดยจะเกิดการตอบสนองต่ออาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม (Dodd et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดของ Leventhal ประกอบด้วย

4.4.1. การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด (Cognitive representations)

หมายถึง การรับรู้กระบวนการแล้วแปลความหมายของสิ่งหนึ่งสิ่งใดจากการสัมผัสโดยใช้ความรู้และประสบการณ์เดิม (อุมาพร แซ่กอ, 2551) ซึ่งจะเกิดภายหลังการเกิดอาการประกอบด้วย

การรับรู้สาเหตุของอาการ หมายถึง การให้ความหมายของอาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีการรับรู้สาเหตุของอาการ ซึ่งจากการศึกษาของดวงทิพย์ บินไทยสงค์ (2556) พบว่าหากผู้นำส่งรับรู้ว่าเป็นอาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองจะรีบนำส่งผู้ป่วยมารับการรักษาทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที่ ดังนั้นการรับรู้สาเหตุของอาการจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษา

การรับรู้ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมาก ไม่สามารถรักษาด้วยตนเองได้จะมารับการรักษาเร็ว (Chang et al., 2004 ; นิภาพร ภิญญาศรี, 2551 ; จีระพล เหล็กเพชร และคณะ, 2552 ; Geffner et al., 2012 ; ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2556) ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของอาการจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษา

การรับรู้ความสำคัญของอาการ หมายถึง การรับรู้ว่าจะเกิดผลอะไรตามมาภายหลังจากเกิดอาการของโรค ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบว่า หากผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนหลังจากเกิดอาการนั้น สำคัญและอันตรายถึงชีวิตจะรีบมารับการรักษาทันที (วัชรวิมลภักดี, 2551; พิมพา เทพวัลย์, 2553) เนื่องจากกลัวผลกระทบที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิต ดังนั้นการรับรู้ความสำคัญของอาการจึงมีความสัมพันธ์ทางลบจึงทำให้มีระยะเวลาการมารับการรักษา

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ หมายถึง การรับรู้ขีดจำกัดของตนเองว่าจะสามารถทำให้อาการที่เกิดขึ้นนั้นบรรเทา หรือลดลง หรือหายไปหรือไม่ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่คิดว่าสามารถควบคุมอาการตนเองได้ เช่น เมื่อมีอาการเวียน

หน้าก็จะพยายามนอนพักหรือรอดูอาการก่อน และการพยายามรักษาตัวเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mandelzweig et al., 2006; นิภาพร ภิญโญศรี , 2551 ; อภิรดี วังคะฮาด, 2554) ดังนั้นการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษา

การรับรู้ว่าสามารถรอดูอาการได้ หมายถึง การรับรู้ขอบเขตของเวลาการดำเนินของโรคว่าเมื่อใดควรไปทำการรักษา จากการศึกษาของศิริพร สว่างพงค์ (2553) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันพบว่า เมื่อผู้ป่วยปวดขาจะหาวิธีจัดการกับอาการปวด อาการก็จะทุเลาแต่ไม่หาย เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการรับรู้ว่าสามารถรอดูอาการได้จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษา

4.4.2. การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ (Emotional representations)

เป็นการตอบสนองต่ออาการที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกระบวนการคิดหรือทัศนคติเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล โดยเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่เข้ามากระตุ้นหรือที่เข้ามาคุกคาม ประกอบด้วย

ความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการ หมายถึง ความรู้สึกที่ทำให้บุคคลเกิดความไม่สบายใจ เกิดความหวาดหวั่นและความรู้สึกไม่ปลอดภัยตั้งนั้น จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบว่าความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการจะส่งผลทางลบกับระยะเวลาการมารับการมารักษา คือ หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการสูงจะมารับการรักษาเร็ว (วัชรี พิมพ์ภักดี, 2551)

ความรู้สึกอภัยในการขอความช่วยเหลือ หมายถึง ความรู้สึกที่ทำให้บุคคลเกิดความขาดความมั่นใจจากการสูญเสียภาพลักษณ์หลังเกิดอาการ จากการศึกษาของวัชรี พิมพ์ภักดี (2551) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าความรู้สึกอภัยในการขอความช่วยเหลือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษา นั่นคือจะทำให้มารับการรักษาช้าสัมพันธ์กับในผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความรู้สึกอภัยจากการสูญเสียภาพลักษณ์ (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2549)

ความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการ หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการคาดว่าจะเป็นผลอะไรตามมาหลังจากเกิดอาการ ซึ่งเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นจะมีความรู้สึกตกใจ เสียใจ ความกลัว และความรู้สึกอยากตาย (กวินทร์นาฏ บุญชู, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความวิตกกังวลและความกลัวจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษา คือ หากมีระดับความวิตกกังวลสูงจะมารับการรักษาเร็ว (Mandelzweig et al., 2006)

ความรู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้กับผู้อื่น หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเกิดความรู้สึกอภัยจากการสูญเสียภาพลักษณ์ (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, 2549) หรือเกรงใจในการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่ต้องการรบกวนบุคคลอื่นเกิดขึ้นจะส่งผลทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษา คือเมื่อผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะให้บุคคลอื่นมีความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรืออาการของตนเอง ทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาช้า (Zerwic et al., 2007)

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ามีแบบประเมินการตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิดและด้านอารมณ์ดังนี้

Stroke Recognition Questionnaire (SRQ) (Ennen and Zerwic , 2010):

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ในด้านปัจจัยเสี่ยง 20 ข้อและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง 20 ข้อโดยข้อคำถามอ้างอิงมาจากปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของ American Heart Association (AHA,2001) มีค่าความตรงของเครื่องมือ .95 และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ alpha's conbach ในส่วนปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนเท่ากับ .70 และ .81ตามลำดับ เครื่องมือนี้ให้เลือกตอบใช่และไม่ใช่ และคิดคะแนนจากจำนวนข้อของปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน

แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนามาจาก The Common-Sense Model of Illness (Zerwic et al., 2007)

ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่ออาการด้านการรับรู้และด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบไปด้วยข้อคำถาม คือคุณเชื่อว่าอะไรเป็นสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง,คุณเชื่อว่าตนเองมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่และจากประสบการณ์ที่ผ่านมาคุณคิดว่าอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองมีอะไรบ้าง

แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ (Response to Stroke Symptoms Questionnaire ; RSSQ)

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจาก The Common Sense Model of Illness ที่สร้างโดย Dracup and Moser (1997) โดยมีทั้งหมด 12 ข้อคำถาม แบ่งเป็นแบบเลือกตอบ 6 ข้อ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและระยะเวลาการมารับการรักษา แบบ Rating Scale 5 ระดับเป็นแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการด้านพฤติกรรม 3 ข้อ ด้านอารมณ์ 1 ข้อ และใช้ scale 0 – 10 เพื่อวัดความเจ็บปวด ต่อมา Barr และคณะ (2006) ได้พัฒนา RSSQ ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วยบริบทขณะเกิดอาการ (สถานที่, อยู่คนเดียวหรือกับผู้อื่น), ลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น, ปฏิกริยาตอบสนองเมื่อเกิดอาการ (บอกผู้อื่น, ไม่บอกใคร), การตอบสนองต่ออาการด้านพฤติกรรม (call 000, call doctor, ไปโรงพยาบาลเองไม่บอกใคร, สามารถจัดการอาการได้เอง เช่น ซื้อยากินเอง), การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ (เจ็บปวดหรือไม่,วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหรือไม่) และในประเทศไทย ได้มีการแปลเป็นภาษาไทย โดยวัชรวิทย์ พิมภักดิ์ (2551) โดยศึกษาถึงการรับรู้ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ alpha's conbach เท่ากับ .82

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการของ Dracup and Moser (1997) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดยวัชรวิทย์ พิมภักดิ์ (2551) โดยปรับบริบทใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด ในการหาความสัมพันธ์ของการตอบสนองต่ออาการด้านการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

นิภาพร ภิญโญศรี (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20 -59 ปี จำนวน 120 คน พบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 ที่มารับการรักษา คือมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วย คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสถานที่เกิดอาการ ที่ระดับนัยสำคัญ $P < 0.05$ เพราะจะส่งผลให้เกิดกระบวนการตัดสินใจในการมารับการรักษาอย่างทันท่วงทีภายในเวลา 3 ชั่วโมงแต่ปัจจัยด้าน อายุ เพศ และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา ($P > 0.05$)

จิระพล เหล็กเพชร และคณะ (2552) ศึกษาระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดใช้ในการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2549 ได้ผู้ป่วยจำนวน 228 ราย จากการศึกษพบว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีค่า 8.1 ชั่วโมง (ค่าปกติคือ 2.6-6 ชั่วโมง) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ตั้งแต่มาถึงห้องฉุกเฉินจนกลับมาจากทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีค่า 1.9 ชั่วโมง และมีปัจจัยที่สัมพันธ์ในระยษนี้คือความดันเลือด diastolic ต่ำ และระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการจนถึงกลับมาจากทำการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีค่า 11.2 ชั่วโมง และปัจจัยที่มีผลทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเร็ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ได้แก่ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) แกรับสูง และอาการชัก เนื่องจากเป็นลักษณะอาการที่ฉุกเฉิน ซึ่งหากมีการดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้าๆ ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวขณะเกิดอาการ และการขาดความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาการมารับการรักษาให้มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมักจะมารับบริการในช่วงกลางวันมากกว่ากลางคืนทั้งนี้ในบริบทของท้องถิ่นทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการมารับการรักษาในช่วงเวลากลางคืน

ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 76 ราย ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (model of symptom management) ของดอดด์และคณะ (2001) มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ ใช้เวลาเฉลี่ย 95.20 นาที ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมักจะมารับการรักษา คือช่วงกลางคืน ร้อยละ 77.63 เนื่องจากในเขตกรุงเทพมหานคร จะมีการคมนาคมที่สะดวกไม่ติดขัด และพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ นั่นคือ หากผู้นำส่งมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูงจะทำให้ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะจัดการค้นหาการรักษาคือการนำส่งโรงพยาบาลทันที แต่ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำส่งและระบบนำส่งไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการ เนื่องจากไม่มีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษาสามารถเข้ารับการรักษาได้ง่ายขึ้น และระบบนำส่งด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เพียงพอและทั่วถึง ถึงแม้ว่าในขณะที่การจราจรติดขัดการบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะมีความสะดวกและรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าก็ตาม

Billier และคณะ (1993) ได้ศึกษาความตระหนักรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงและลักษณะของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดกับระยะเวลาล่าช้าในการมารับการรักษาพบว่าในแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการแสดง ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการและมาได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินจนถึงได้รับการรักษาเฉพาะโรค ใช้เวลาเฉลี่ย 8.6 ชั่วโมง และกลุ่มที่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการอาการจนมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินภายใน 3 ชั่วโมงกลับไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางของโรคหลอดเลือดสมอง (ได้ยาละลายลิ่มเลือด) แต่เมื่อระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมารับการรักษาล่าช้าหรือยาวนานเพิ่มขึ้นผู้ป่วยจะมีอัตราการได้รับการรักษาตามแนวทางเพิ่มขึ้น เกิดจากการขาดความตระหนักรู้เรื่องโรค และสัญญาณเตือนโดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, การสูบบุหรี่ ซึ่งยังสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การมาพบแพทย์ตามนัด และลักษณะของการเกิดโรค คือ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อย การขาดการพบแพทย์ตามนัด จะทำให้ขาดการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค ส่วนลักษณะของการเกิดโรคตามตำแหน่งต่างๆจะทำให้มีลักษณะทางคลินิกของโรคแตกต่างกัน หากมีลักษณะทางคลินิก เช่น แขนขาอ่อนแรง, การพูดบกพร่อง/พูดไม่ชัด, การมองเห็นผิดปกติ, การทรงตัวไม่ดี/ไม่ได้ชัดเจนจะมารับการรักษาภายในเวลาและได้รับการรักษาตามแนวทาง ดังนั้นจึงควรมีระบบ FAST TRACT ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

Smith และคณะ (1998) จากงานวิจัยนี้พบว่าคุณลักษณะเฉพาะบุคคลจะสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคเพราะจะส่งผลต่อการตัดสินใจรับการรักษาหลังจากเกิดอาการ ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิง เชื้อชาติเอเชีย/แปซิฟิก, การรับรู้อาการและอาการแสดง และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถระบุเวลาที่เกิดอาการได้มักจะมารับการรักษาล่าช้า เนื่องจากไม่ทราบว่าอาการของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น, สถานที่เกิดอาการ, การอยู่คนเดียวขณะเกิดอาการ, ระดับความรุนแรงที่ประเมินจากความจำเป็นในการพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันสูงก่อนเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง, ลักษณะอาการ การมองเห็นผิดปกติ, ปวดศีรษะ, อาการไม่คงที่เพราะผู้ป่วยจะรับรู้ว่าเป็นอาการไม่เฉพาะเจาะจงและไม่ใช่อาการที่ต้องรับรักษาปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาจากงานวิจัยนี้ ได้แก่ ช่วงเวลาที่เกิดอาการ ชนิดของโรค

Salisbury และคณะ (1998) งานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับระยะเวลาที่ล่าช้าในการมารับการรักษาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการ ซึ่งงานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยมักจะเกิดอาการขณะอยู่ที่บ้าน และอยู่คนเดียว มีการตอบสนองต่ออาการด้านพฤติกรรม คือ ปรีกษาแพทย์ประจำบ้านและดูอาการ ซึ่งจะมารับการ

รักษาที่โรงพยาบาลเมื่อแพทย์ส่งหรือเมื่ออาการทุเลามากกว่าการเรียกใช้รถฉุกเฉินเพื่อมารับบริการทันที ซึ่งการเรียกใช้รถฉุกเฉินจะสามารถลดระยะเวลาในการมารับบริการได้ ดังนั้นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลามารับการรักษาล่าช้า คือ การตอบสนองต่ออาการด้านพฤติกรรมโดยการเลือกปรึกษาแพทย์ประจำบ้านมากกว่าเลือกใช้รถฉุกเฉิน เพราะไม่ทราบว่า เป็นอาการเร่งด่วน และเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง, บริบทสถานที่เกิดอาการที่บ้านและอยู่คนเดียว, ลักษณะทางคลินิกที่คงที่ค่อยๆเกิดอาการ, ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวคงที่, ชนิดของโรค คือ Lacunar stroke เนื่องจากจะมีลักษณะทางคลินิกที่เกิดขึ้นภายในชั่วโมงและอาการจะทุเลาหรือหายไปเองได้ ดังนั้นหากแพทย์ประจำบ้านได้รับข้อมูลและมีความรวดเร็วในการคัดกรองและคัดแยกอาการ จะสามารถให้คำแนะนำ นำมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ทันที ซึ่งจะใช้เวลาการมารับการรักษาเร็วกว่า ($P < 0.0001$)

Morris และคณะ (1999) ได้ศึกษาหาปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันตั้งแต่เกิดอาการจนมารับการรักษาฉุกเฉินโรงพยาบาลล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินของมหาวิทยาลัยนอร์ทแคโรไลนา แซเปิลฮิลล์จำนวน 170 คน พบว่าการใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมารับการรักษาและพบแพทย์ 0.42 ชั่วโมง, ตั้งแต่พบแพทย์จนได้รับ CT-brain 1.88 ชั่วโมง, ตั้งแต่ CT-brain จนพบแพทย์ระบบประสาท/วินิจฉัย 2.42 ชั่วโมง, ปัจจัยด้านเพศ อายุ เชื้อชาติไม่มีผลต่อระยะเวลาการรักษาล่าช้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จะใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมารับการรักษาน้อยกว่าที่ตนเองตั้งนั้นระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ช่วยลดระยะเวลาที่ล่าช้าได้ และเมื่อมีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นจะยังไม่ตัดสินใจมารับการรักษาจนกว่าจะมีอาการด้านระบบการหายใจและระบบหัวใจร่วมด้วย

Goldstein และคณะ (2001) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาการรับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดต่างๆที่มารับการรักษาภายในเวลา 3 ชั่วโมงและได้รับยา rt-PA พบว่าระดับความรุนแรงของอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้าที่ $P = 0.0296$ โดยถ้ามีระดับความรุนแรงมากจะมารับการรักษาเร็วกว่า ดังนั้นจึงควรเพิ่มความตระหนักในอาการแสดงของโรค

Chang และคณะ (2003) งานวิจัยนี้พบว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งตัดสินใจค้นหาการรักษาใช้เวลาเฉลี่ย 90 นาที และระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินใช้เวลาเฉลี่ย 335 นาที (5.35 ชั่วโมง) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งค้นหาการรักษา ล่าช้า (decision delay) ได้แก่ อายุ : อายุมากขึ้นจะมีการตัดสินใจค้นหาการรักษาช้า, การใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะช่วยลดระยะเวลา, การระบุนำถึงโรงพยาบาล: จะมีการค้นหาการรักษาเร็ว, ระดับความรุนแรงของโรค มีระดับ NIHSS >15 จะมีการตัดสินใจค้นหาการรักษาล่าช้า, ลักษณะของอาการเตือนที่ผู้ป่วยสังเกตได้เอง ได้แก่อาการแขนขาอ่อนแรง, การพูดบกพร่อง, อาการวิงเวียน, ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง, ลักษณะอาการพบโดยผู้อื่น ได้แก่ การตัดสินใจเปลี่ยนแปลง, แขนขาอ่อนแรง, การพูดผิดปกติ, ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการตัดสินใจค้นหาการรักษา คือ เพศ, ระดับการศึกษา, ลักษณะที่อยู่อาศัย, การรับรู้อาการ, ประวัติการเจ็บป่วยด้วย stroke, มีปัจจัยเสี่ยง (เบาหวาน, ความดันสูง), การอยู่คนเดียว, ช่วงเวลาเกิดอาการกลางคืน

Keskin และคณะ (2004) ได้ให้ความหมายของ Prehospital delay หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มแสดงอาการจนกระทั่งมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งพบว่าล่าช้ากว่าเวลาปกติ 92.66 นาที (1 ชั่วโมง 54 นาที) และสาเหตุที่ล่าช้า คือ ล่าช้าจากการตัดสินใจมารับการรักษา ซึ่งเวลาถึง 68.21 นาที ($P < 0.001$) Emergency delay หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการตรวจที่ห้องฉุกเฉินจนเข้ารับการรักษาที่แผนก neuro พบว่าใช้เวลาถึง 53 นาที ซึ่งพบว่าเกิดจากความล่าช้าในการรอรับการตรวจด้วยแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท ซึ่งใช้เวลาถึง 21.28 นาที ($P < 0.001$) และพบว่าปัจจัยที่ทำให้มารับการรักษาช้า คือ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มระดับความรู้สึกตัวปกติ มีลักษณะอาการที่มารับการรักษาครั้งแรก คือ 1) Limb weakness 2) Speech disturbance 3) Vertigo/dizziness 4) Sense defect/parathesia 5) Facial paralysis 6) Diplopia/loss of seeing และกลุ่มที่ไม่รู้สึกตัว 1) Loss of consciousness 2) mental status change 3) Convulsion delirium

Mandelzweig และคณะ (2006) งานวิจัยนี้พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจค้นหาการรักษาเฉลี่ย 2 ชั่วโมง และระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 4.2 ชั่วโมง ปัจจัยด้านเพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, สภาพที่อยู่อาศัย ใช้เวลาไม่แตกต่างกันในการมารับการรักษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา ได้แก่ ลักษณะอาการแสดง โดยลักษณะอาการที่ทำให้มารักษาล่าช้า ได้แก่ มีอาการวิงเวียนหรือปวดศีรษะ (dizziness/headache) , คิดว่าสามารถควบคุมอาการตนเองได้, มีอาการเหนื่อยล้า (fatigue), มีอาการแสดงเพียง 1 อย่าง ไม่มีอาการร่วม, มีปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายอย่าง, ผู้หญิงที่อยู่คนเดียวและลักษณะอาการที่ทำให้มารับการรักษาเร็ว ได้แก่มีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใด, มีอาการอ่อนแรง, มีความบกพร่องในด้านการพูด/การสื่อสาร, มีความวิตกกังวลสูงกระบวนการตัดสินใจ (decision making process) ซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้อาการ, สภาพสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลทำให้เกิดการตระหนักในอาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคจะเกิดการค้นหาการรักษา ทั้งการบรรเทาอาการด้วยตนเอง การรอดูอาการ และการไปรับการรักษา แต่หากรับรู้ว่าเป็นอาการเร่งด่วนฉุกเฉินก็จะไปรับการรักษาทันที และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทั้งด้านบุคคล โดยพบว่าหากมีอาการเกิดขึ้นขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น จะมีการตัดสินใจไปรับการรักษาเร็วกว่าเกิดอาการขณะอยู่คนเดียว และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นเมื่อเกิดอาการหากมีความวิตกกังวลสูงก็จะไปรักษาเร็ว หากรับรู้ว่าการสามารถควบคุมได้ก็จะไปรักษาช้า

Zerwic และคณะ (2007) ได้ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้มีผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้า คือ ลักษณะอาการที่ไม่มีอาการเริ่มต้นด้วยเรื่องการเคลื่อนไหว เช่น แขนขาอ่อนแรง, การตัดสินใจเดินทางมารับการรักษาเองโดยไม่ผ่าน 911, เชื้อชาติแอฟริกัน, ชาติความตระหนักในอาการแสดง และสถานพยาบาลอยู่ในเขตชนบทหรือปริมณฑล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$, พบว่าผู้ดูแลหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์มีส่วนในการตัดสินใจในการมารับการรักษา โดยผู้ป่วย 37 คน มีผู้ดูแลหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ที่มีความตระหนักและมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรค และสามารถตัดสินใจในการมารับการรักษาแทนผู้ป่วยได้หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการตัดสินใจ , ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่อาการของโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการแสดง

ของการเคลื่อนไหวร่างกาย เท่านั้น และจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและไม่อยากเป็นภาระแก่บุคคลในครอบครัว

Maestroni และคณะ (2008) งานวิจัยนี้พบว่า ระยะเวลาที่มารับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเตือนจนถึงเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 5.4 ชั่วโมง ปัจจัยที่ทำให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาเร็วคือการเดินทางมารับการรักษาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินและมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงร่วมกับระดับความรุนแรงของโรค แต่ปัจจัยด้านเพศ, ประวัติโรค HT/DM/AF เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนและช่วงเวลาที่เกิดอาการไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้า ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ อายุมาก, ระดับความรุนแรงของโรคสูงและระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

Mazighia และคณะ (2010) ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้ล่าช้า ได้แก่ การขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้อาการและอาการแสดง และกระบวนการตัดสินใจรักษาซึ่งการได้รับความรู้เรื่อง อาการและอาการแสดง การรักษา จะช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ การรับรู้ และลดระยะเวลาในกระบวนการตัดสินใจรับการรักษาได้ โดยในแคนาดาใช้เวลาเฉลี่ยในการมารับการรักษา 1.7 ชั่วโมง(จาก 49 นาที ถึง 8.1 ชั่วโมง), การแสวงหาการรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติด้านการพูด, ไม่มีได้อยู่คนเดียวขณะเกิดอาการและมีประวัติคนในครอบครัวเคยเป็นมาก่อนและตัดสินใจมารับการรักษาเร็วขึ้นเมื่อมีอาการแสดงมากกว่า 2 อย่างขึ้นไป และการใช้ระบบรถฉุกเฉินและระบบ telemedicine จะช่วยลดระยะเวลาในการมารับการรักษาล่าช้าได้

Ennen และZerwic (2010) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่อความตระหนักรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่อาศัยในเมืองและในชนบทในรัฐอิลลินอยด์จำนวน 566 คน พบว่าในเพศหญิงมีความตระหนักถึงอาการเตือนและอาการแสดง ได้แก่ การรับรู้สับสน (recognize confusion) การมองเห็นผิดปกติ (double vision) ผู้ป่วยที่มีอายุช่วง 20-64 ปี มักตระหนักเมื่อเกิดอาการเดินผิดปกติ, สับสน, การทรงตัวผิดปกติ, การมองเห็นผิดปกติ และอาการเตือนที่ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการหายใจลำบาก, อาการปวดที่แขนข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด, เหนื่อยง่ายกว่าปกติขณะออกกำลังกาย, อาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงในทุกเพศทุกวัยจะช่วยเพิ่มความตระหนักให้แก่ผู้ป่วยได้

Knauff และคณะ (2010) ได้ศึกษาระยะเวลาที่มารับการรักษา การได้รับการรักษาและการฟื้นคืนสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เพศหญิง พบว่า เพศหญิงใช้เวลาการมารับการรักษาเฉลี่ย 265+283 นาที ในขณะที่เพศชายใช้เวลา 245+300 นาที, และเพศหญิงจะมีการสูญเสียความสามารถทางกายภาพมากกว่าเพศชาย แต่การได้รับยา rt-PA ไม่แตกต่างกัน

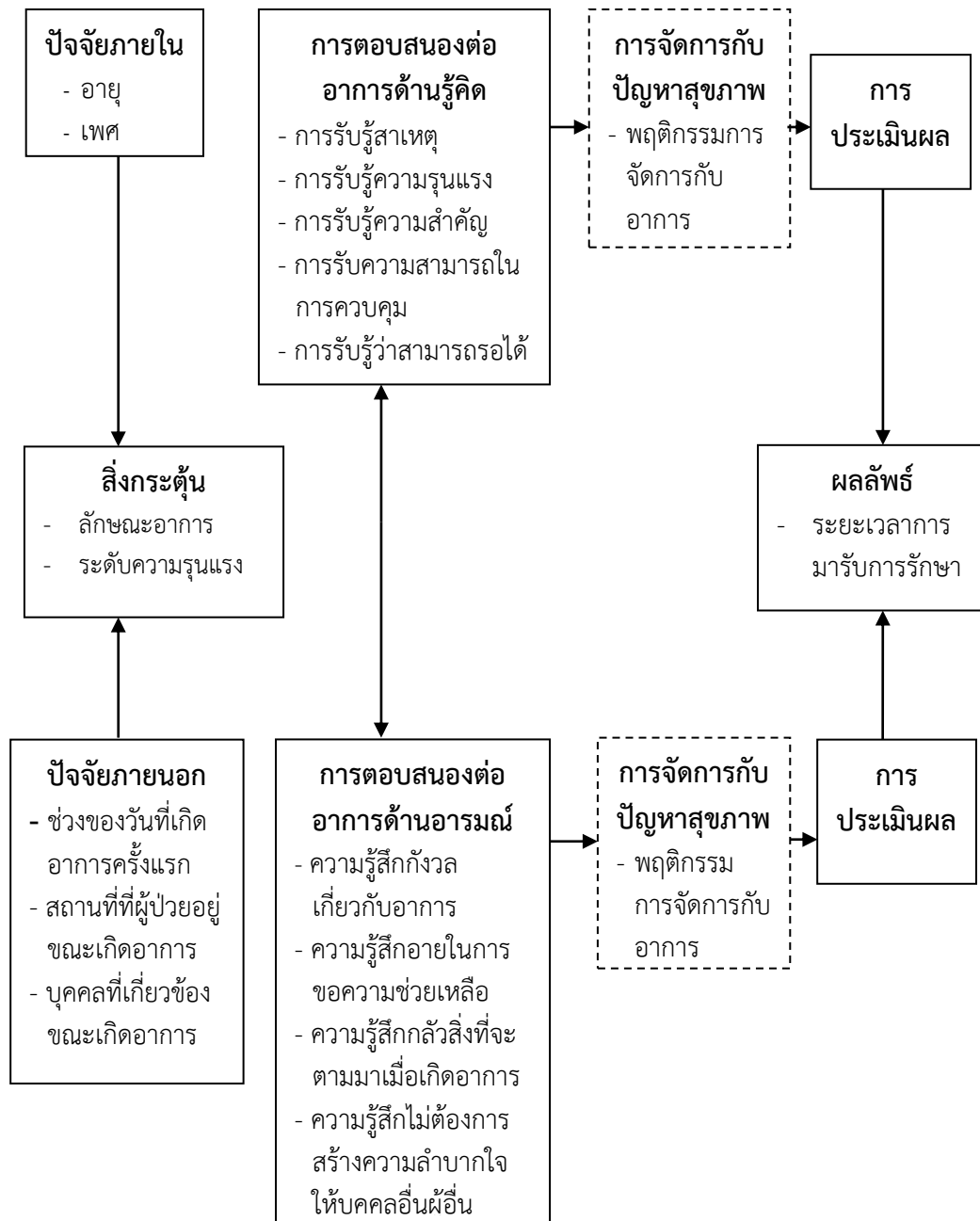
Geffner และคณะ (2011) งานวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้กระบวนการตัดสินใจมารับบริการการรักษา และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการการรักษา ระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 5.44 ชั่วโมง พบว่าชนิดของโรคมีระยะเวลาการมารับการรักษาไม่แตกต่างกันในแต่ภาวะสมองขาดเลือดจะมาช้ากว่า และระดับความรุนแรง ที่มี NIHSS score > 8 จะมารับการรักษาช้า, ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค พบว่าหากตระหนักกว่าเป็นอาการเร่งด่วนจะมารับการรักษาเร็วแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีประสบการณ์การของโรคหลอดเลือดสมองแต่ความรู้เรื่องระบบฉุกเฉิน 112 จะ

ช่วยให้ระยะเวลาการตัดสินใจมารักษาและการรับการรักษาลดลง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค, พฤติกรรมในการใช้กระบวนการตัดสินใจมารับบริการการรักษา พบว่าเกิดจากกระบวนการคิดและตัดสินใจของผู้ป่วย (decision time) ขึ้นอยู่กับบุคคลที่เห็นเหตุการณ์มากกว่าตัวผู้ป่วยเอง ถึง 68.3% และเมื่อเกิดอาการขึ้นผู้ป่วยมักจะไปปรึกษากับแพทย์ประจำบ้านก่อน และกระบวนการคิดและตัดสินใจของผู้ป่วย (decision time) ที่น้อยกว่า 60 นาทีสามารถใช้เวลาทำการมารับการรักษาถึงร้อยละ 68.7 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับกระบวนการคิด ได้แก่ ความตระหนักรู้เรื่องโรค, ความรุนแรงของโรค, กำลังเป็น TIA, เกิดอาการขณะอยู่นอกบ้าน และไม่เคยได้รับคำแนะนำจากสถานบริการปฐมภูมิมาก่อน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมงด้วย

Hong และคณะ (2011) จากงานวิจัยนี้ศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้า ได้แก่ การมีสัญญาณเตือนของอาการ, การเกิดอาการขณะอยู่บ้าน และการมารับการรักษาด้วยตัวเอง แต่มีความเสี่ยงของ atrial fibrillation จะมารับการรักษาเร็วขึ้น, การมารับบริการด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ก็จะช่วยลดความล่าช้าในการรับการรักษาได้แต่พบว่า ระยะเวลาที่ใช้มารับการรักษาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จะขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายภาพของพื้นที่และระยะทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาลหากมีลักษณะของภูเขา อยู่บนเกาะ มีระยะทางห่างไกลก็จะทำให้ใช้ระยะเวลาในการเดินทางล่าช้าได้ เพราะบางพื้นที่ไม่มีเฮลิคอปเตอร์ หรือเรือ, ผู้ป่วยกลุ่มที่มารับการรักษาช้ามักจะมีอาการเตือนมาก่อนแต่ไม่ทราบว่าเป็นอาการของโรคจึงรอดูอาการก่อน ดังนั้นควรมีการเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและอาการเตือนแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง

ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ ลักษณะอาการของโรค หลอดเลือดสมองขาดเลือด ระดับความรุนแรงของอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เวลาที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ ลักษณะการเดินทางมารับการรักษา การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และ การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และเมื่อใช้แนวคิดภาพสะท้อนความคิดต่อความเจ็บป่วยสามารถอธิบายเป็นกรอบแนวคิด ดังแผนภาพต่อไปนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



หมายเหตุ : ตัวแปรที่อยู่ในเส้นประ คือ ตัวแปรที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้

ภาพที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเพศ อายุ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระดับความรุนแรงของอาการ ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์กับระยะเวลาการมารับการรับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลมหาสารคาม นครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ช่วงระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีวิธีการดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม Power Analysis Size for sample Size เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจทดสอบที่ร้อยละ 80 โดยใช้ค่า r จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยของ Zerwic , Hwang and Tucco (2007) พบว่ามีค่า $r = 0.410$ มาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังนี้

- 2.1 สํารวจโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีทั้งหมด 6 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม นครราชสีมา โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลนครสุนทร ใช้วิธีการสุ่มด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม นครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

- 2.2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทั้งปีของแต่ละโรงพยาบาล (ปีงบประมาณ 2554)

พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเข้ามารับการรักษาทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 2236 คน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 1331 คน โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 1371 คนและโรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน คน 954 รวมทั้งหมด 5892 คน จากนั้นคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สูตรคำนวณ proportion to size (รุจิเรศ ธนุรักษ์และคณะ, 2543) ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่มที่ต้องการ} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทั้งปีของแต่ละโรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล

โรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ทั้งปี (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	2236	40
โรงพยาบาลบุรีรัมย์	1331	30
โรงพยาบาลชัยภูมิ	954	20
โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	1371	30
รวม		120

3. เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันร่วมกับมีผลการตรวจ CT scan ที่ระบุว่ามีการขาดเลือด

3.2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3.3 ในขณะที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ผู้ป่วยสามารถสามารถตอบคำถามได้ มีระดับความรู้สึกรู้ตัว (Glasgow coma score) มากกว่า 10 คะแนน

3.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. เลือกกลุ่มตัวอย่างจากคุณสมบัติในข้อ 3 และทำเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคมถึงเดือน พฤศจิกายนพ.ศ.2556 จนครบจำนวนที่ต้องการคือ 120 คน ผลการคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง แสดงเป็นจำนวนและร้อยละ (n= 120)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	83	69.2
หญิง	37	30.8
สถานภาพสมรส		
สมรส	102	85.0
โสด	11	9.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	43	35.8
มัธยมศึกษา	41	34.2
ไม่ได้เรียนหนังสือ	28	23.3
อนุปริญญา	8	6.7
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	40	33.3
รับจ้างทั่วไป	36	30.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23	19.2
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	13	10.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	6.7
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน		
น้อยกว่า 5000 บาท	83	69.2
5000 – 10,000 บาท	37	30.8
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	75	62.5
มีโรคประจำตัว	45	37.5
โรคความดันโลหิตสูง	16	13.3
โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง	15	12.5
โรคเบาหวาน	5	3.3
โรคหัวใจ	4	3.3
โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง		
และโรคไขมันในเลือดสูง	3	2.5
โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ	2	1.7

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำ ทั้งหมด 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการมีอาการของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต รวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมจำนวน ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อความเจ็บป่วย จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ เวลาที่เกิดอาการ รวบรวมข้อมูลโดยสอบถามจากผู้ป่วย และระดับความรุนแรงของอาการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms Questionnaire ; RSQ) ของ Dracup and Moser (1997) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยวัชรวิทย์ พิมพ์ภักดี(2551) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำไปทดสอบกับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ alpha's conbach เท่ากับ .82 ผู้วิจัยได้ปรับคำบางคำและข้อคำถามในแบบสอบถามให้สอดคล้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ โดยแบบสอบถามมีลักษณะคำตอบ 2 ลักษณะ คือ แบบเลือกตอบ 1 ข้อและลักษณะข้อคำถามที่มีคำตอบให้เลือกตอบแบบ Rating Scale 8 ข้อ โดยแบ่งระดับคำตอบเป็น 5 ระดับ มีการคิดคะแนนของเครื่องมือเป็นรายข้อแต่ละข้อคำถาม แล้วนำผลคะแนนมารวมกัน เช่น

ท่านคิดว่าสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้เพียงใดแบบสอบถามนี้ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

คือ () 1. ควบคุมไม่ได้เลย
() 2. ควบคุมได้เล็กน้อย
(.) 3. ควบคุมได้ปานกลาง
() 4. ควบคุมได้มาก
() 5. ควบคุมได้มากที่สุด

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 3.1 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อและมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นรายข้อ ได้แก่

- 1) การรับรู้สาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งมีคำตอบให้ผู้ป่วยเลือกได้เพียง 1 ข้อ

สาเหตุของอาการเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่สมอง	คิดเป็น 0	คะแนน
สาเหตุของอาการที่เกิดจากหลอดเลือดในสมอง	คิดเป็น 1	คะแนน
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น

ตัวเลือก	ความหมาย	คะแนน
รุนแรงมากที่สุด	รับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมากที่สุด	5
มาก	รับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมาก	4
ปานกลาง	รับรู้ว่ามีอาการรุนแรงปานกลาง	3
เล็กน้อย	รับรู้ว่ามีอาการรุนแรงน้อย	3
ไม่รุนแรงเลย	ไม่เคยรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงเลย	1

- 3) การรับรู้ความสำคัญเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

ตัวเลือก	ความหมาย	คะแนน
สำคัญมากที่สุด	รับรู้ว่ามีความสำคัญมากที่สุด	5
มาก	รับรู้ว่ามีความสำคัญมาก	4
ปานกลาง	รับรู้ว่ามีความสำคัญปานกลาง	3
เล็กน้อย	รับรู้ว่ามีความสำคัญน้อย	2
ไม่สำคัญเลย	ไม่เคยรับรู้ว่ามีความสำคัญเลย	1

- 4) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้หรือไม่

ตัวเลือก	ความหมาย	คะแนน
ควบคุมมากที่สุด	รับรู้ที่สามารถควบคุมอาการได้มากที่สุด	5
มาก	รับรู้ที่สามารถควบคุมอาการได้มาก	4
ปานกลาง	รับรู้ที่สามารถควบคุมอาการได้ปานกลาง	3
เล็กน้อย	รับรู้ที่สามารถควบคุมอาการได้น้อย	2
ควบคุมไม่ได้เลย	ไม่เคยรับรู้ที่สามารถควบคุมอาการได้เลย	1

- 5) การรับรู้ว่าสามารถรอดอาการได้

ตัวเลือก	ความหมาย	คะแนน
มากที่สุด	รับรู้ที่สามารถรอดอาการได้มากที่สุด	5
มาก	รับรู้ที่สามารถรอดอาการได้มาก	4
ปานกลาง	รับรู้ที่สามารถรอดอาการได้ปานกลาง	3
เล็กน้อย	รับรู้ที่สามารถรอดอาการได้น้อย	2
ไม่ได้เลย	รับรู้ว่าจะไม่สามารถรอดอาการได้เลย	1

ส่วนที่ 3.2 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ ประกอบด้วยข้อ
คำถามทั้งหมด 4 ข้อและมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นรายข้อ ได้แก่

1) ความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการ

ตัวเลือก	ความหมาย	คะแนน
กังวลมากที่สุด	รู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด	5
มาก	รู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นมาก	4
ปานกลาง	รู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นปานกลาง	3
เล็กน้อย	รู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นน้อย	2
ไม่มีเลย	ไม่เคยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นเลย	1

2) ความรู้สึกอวยในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ

ตัวเลือก	ความหมาย	คะแนน
อวยมากที่สุด	รู้สึกอวยในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการมากที่สุด	5
อวยมาก	รู้สึกอวยในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการมาก	4
อวยปานกลาง	รู้สึกอวยในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการปานกลาง	3
อวยเล็กน้อย	รู้สึกอวยในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการน้อย	2
ไม่เลย	ไม่เคยรู้สึกอวยในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการเลย	1

3) ความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการ

ตัวเลือก	ความหมาย	คะแนน
กลัวมากที่สุด	รู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการมากที่สุด	5
กลัวมาก	รู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการมาก	4
กลัวปานกลาง	รู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการปานกลาง	3
กลัวเล็กน้อย	รู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการน้อย	2
ไม่เลย	ไม่เคยรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการขึ้นเลย	1

4) ความรู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่น

ตัวเลือก	ความหมาย	คะแนน
มากที่สุด	รู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่นมากที่สุด	5
มาก	รู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่นมาก	4
ปานกลาง	รู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่นปานกลาง	3
เล็กน้อย	รู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่นน้อย	2
ไม่เลย	ไม่เคยรู้สึกสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่นขึ้นเลย	1

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ดังนี้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

โดยนำแบบสอบถามทั้งสามส่วนไปตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบประสาท 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบประสาท 2 คนและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน และนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยทำการปรับการใช้ภาษาของข้อความให้ชัดเจน และให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครบถ้วน นำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI 0.80 (Polit and Hungler, 1999 อ้างใน วชิรี พิมพ์ภักดี, 2552) จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ข้อความไม่สอดคล้องกับนิยามเลย |
| 2 | หมายถึง | ข้อความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึง จะมีความสอดคล้อง |
| 3 | หมายถึง | ข้อความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้อง |
| 4 | หมายถึง | ข้อความนี้มีความสอดคล้องกันกับคำนิยาม |

โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อความทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่า CVI เท่ากับ 0.97

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ภายหลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ไปทดสอบหาความเที่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .80 ได้ค่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84 และเมื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนที่มีในหอผู้ป่วยนั้นๆ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

3.2 เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2556 – กันยายน พ.ศ. 2556 โดยในวันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3.3 หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมินพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบประเมินได้ด้วยตนเอง ได้แก่ ผู้ป่วยอายุมากและไม่มีญาติอยู่ด้วยขณะเก็บข้อมูล และผู้ป่วยที่จำเวลาได้ไม่ชัดเจน จะเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

3.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อความ ผู้วิจัยดำเนินการดังเช่นข้อ 3.1 ถึงข้อ 3.4 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งหมด 120 คน

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทำแบบประเมินมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายลักษณะระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมวิจัย เมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้ เมื่อรู้สึกไม่สะดวกใจหรือจะขอยุติการให้ความร่วมมือในงานวิจัยในขั้นตอนใดๆ ก็ได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ทั้งนี้การบอกยกเลิกเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการนำเสนอการวิจัยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยจะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างแต่จะนำเสนอในเชิงวิชาการภาพรวม ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเกี่ยวกับ เพศ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และบุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และใช้สถิติร้อยละ

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเกี่ยวกับ อายุ ระดับความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์และระยะเวลาการมารับการรักษา วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

2.3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการกับระยะเวลาการมารับการรักษา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation Coefficient : rpb)

2.4 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ และลักษณะการเดินทางมา รับการรักษา กับระยะเวลาการรับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยใช้สถิติ ANOVA

2.5 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิดและการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ กับระยะเวลาการรับ การรับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระดับความรุนแรงของอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ การตอบสนองต่ออาการ ด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 120 คน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และบุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4-5

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการด้าน การรู้คิด การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์และระยะเวลาการมารับการรักษา แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6-8

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องเกิดอาการ และลักษณะการเดินทางมารับการรักษา กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9-10

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการด้าน การรู้คิดและการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 11

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และบุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และใช้สถิติร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตาราง 4 – 5

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และบุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ (n = 120)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	83	69.2
หญิง	37	30.8
ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก		
เช้า (6.01-12.00)	33	27.5
บ่าย (12.01-18.00)	37	30.8
เย็น (18.01-24.00)	17	14.2
กลางคืน (24.01-06.00)	33	27.5
สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ		
ที่บ้าน	105	87.5
ที่ทำงาน	15	12.5
บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ		
สามี/ภรรยา	45	37.5
บุตร	39	32.5
สมาชิกคนอื่นๆในบ้าน	18	15.0
เพื่อนร่วมงาน	14	11.7
อยู่คนเดียว	4	3.3

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120คนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69.2 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 30.8 ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรกพบมากในช่วงบ่าย (12.01-18.00น.) ร้อยละ 30.8 สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ คือ ที่บ้านร้อยละ 87.5ที่ทำงาน ร้อยละ 12.5 บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ คือ สามี/ภรรยา ร้อยละ รองลงมา คือ 37.5 บุตรคิดเป็นร้อยละ 32.5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ของลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและระยะเวลาการมารับการรักษา (n = 120)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ระยะเวลาการมารับ การรักษา	
			\bar{X}	SD
ลักษณะอาการที่เฉพาะเจาะจง				
1. อาการอ่อนแรงของใบหน้า/แขน/ขา ข้างใดข้าง หนึ่งของร่างกาย				
- ไม่มี	25	20.8	5.41	5.2
- มี	95	79.2	4.45	4.79
2. มีความบกพร่องในด้านการพูด				
- ไม่มี	86	71.7	5.09	5
- มี	34	28.3	4.45	4.85
3. อาการชาครึ่งซีกของใบหน้า/แขน/ขา ข้างใดข้าง หนึ่งของร่างกาย				
- ไม่มี	106	88.3	4.45	4.85
- มี	14	11.7	6.16	4.98
ลักษณะอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง				
4. ปวดศีรษะ				
- ไม่มี	111	92.5	4.45	4.9
- มี	9	7.5	7.18	3.99
5. วิงเวียนศีรษะ				
- ไม่มี	114	95	4.84	4.94
- มี	6	5	1.15	0.76

จากตารางที่ 5 พบว่า ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันส่วนใหญ่ คือ อาการอ่อนแรงของใบหน้า/แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 79.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาคือ อาการพูดไม่ชัดร้อยละ 28.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด อาการชาครึ่งซีกของใบหน้า/แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งของร่างกายร้อยละ 11.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด อาการปวดศีรษะร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด และพบน้อยที่สุด คือ อาการวิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยที่มีและไม่มีอาการในกลุ่มที่มีลักษณะอาการที่เฉพาะเจาะจงพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของใบหน้า/แขน/ขา ข้างใดข้างหนึ่งของร่างกายจะมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมารับการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ และในกลุ่มที่มีลักษณะอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการวิงเวียนศีรษะจะมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมารับการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์และระยะเวลาการมารับการรักษา โดยการใช้ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6-8

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ และระดับความรุนแรงของอาการ (n = 120)

ข้อมูล	จำนวน	\bar{x}	Median	Min	Max	SD
อายุ (ปี)	120	61.3	62	23	97	13.39
ระดับความรุนแรง (คะแนน)	120	14.28	15	11	15	1.223

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.3 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.38) มีระดับความรุนแรงของอาการเฉลี่ย เท่ากับ 13.94 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.39) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ของระดับความรู้สึที่ดี

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (n=120)

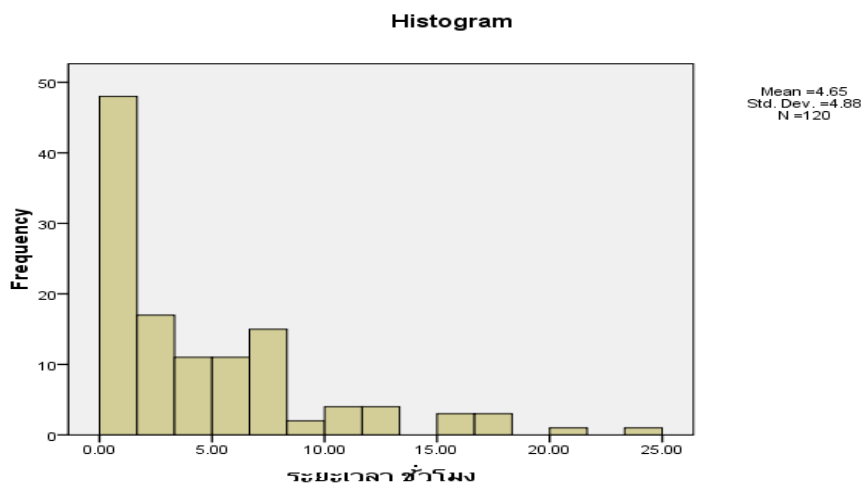
ข้อมูล	\bar{x}	SD
การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด		
- การรับรู้สาเหตุของอาการ	0.26	0.44
- การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	2.91	0.95
- การรับรู้ความสำคัญของอาการ	3.08	1.01
- การรับรู้ความสามารถในการควบคุม	1.90	0.30
- การรับรู้ว่าสามารถรอดอาการได้	2.76	1.08
การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์		
- ความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการ	2.71	0.86
- ความรู้สึกอภัยในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ	1.08	0.26
- ความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการ	2.88	0.97
- ความรู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่น	1.61	0.93

จากตารางที่ 7 พบว่า การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การรับรู้สาเหตุของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความสำคัญของอาการ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ และการรับรู้ว่าสามารถรอดอาการได้ มีค่าเฉลี่ย 0.26 , 2.91, 3.08, 1.90 และ 2.76 ตามลำดับ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44, 0.95, 1.01, 0.30 และ 1.08) การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการ ความรู้สึกอภัยในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ ความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการ ความรู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่น และ ระดับความเจ็บปวดหรือไม่สบายเมื่อเกิดอาการขึ้นครั้งแรก มีค่าเฉลี่ย 2.71, 1.08, 2.88 และ 1.61 ตามลำดับ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86, 0.26, 0.97 และ 0.939 ตามลำดับ)

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระยะเวลาในการมารับการรักษา (n= 120)

ข้อมูล	\bar{X}	Median	Min	Max	SD
ระยะเวลาการมารับการรักษา (ชั่วโมง)	5.05	3.30	0.19	24.00	4.87
ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจมารับการรักษา (ชั่วโมง)	4.10	2.05	0.00	24.00	4.84
ระยะเวลาตั้งแต่ตัดสินใจมารับการรักษาจนถึงโรงพยาบาล (ชั่วโมง)	1.20	0.40	0.10	4.50	0.90

จากตารางที่ 8 พบว่าระยะเวลาการมารับการรักษาเฉลี่ย 5.05 ชั่วโมง มีค่ามัธยฐาน 3.3 ชั่วโมง ระยะเวลาที่น้อยที่สุดคือ 0.19 ชั่วโมง และระยะเวลาที่มากที่สุด คือ 24 ชั่วโมง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.87 โดยพบว่า มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ย 4.10 ชั่วโมง มีค่ามัธยฐาน 2.05 ชั่วโมง ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย 4.84 และระยะเวลาตั้งแต่ตัดสินใจมารับการรักษาจนถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.20 ชั่วโมง ค่ามัธยฐาน .40 ชั่วโมง สามารถแสดงการแจกแจงข้อมูลได้ดังนี้



ภาพที่ 4 แสดงการแจกแจงข้อมูลระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตมอง
ขาดเลือดระยะเฉียบพลันในรูปของ Histogram

จากภาพพบว่าการแจกแจงเป็นแบบเบ้ขวา คือ ระยะเวลาการมารับการรักษาส่วนใหญ่มี
ระยเวลาน้อยกว่าค่าเฉลี่ย และเมื่อนำมาแสดง Stem and Leaf (ภาคผนวก) ระยะเวลาการรับ
การรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตมอง
ขาดเลือดระยะเฉียบพลันส่วนใหญ่มีระยะเวลามารับการรักษา คือ 1 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลา
การมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการมารับการ
รักษามากกว่า 3 ชั่วโมง 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 45

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ และบุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9-10

ตารางที่ 9 แสดงค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ของเพศ และสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการกับระยะเวลาการมารับการรักษา(n= 120)

ข้อมูล	ระยะเวลาการมารับการรักษา	
	rpb	P- value
เพศ	.10	.277
สถานที่ที่อยู่ขณะเกิดอาการ	-.001	.990

จากตารางที่ 9 พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r_{pb} = .10$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา

สถานที่ที่อยู่ขณะเกิดอาการพบว่ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_{pb} = -.001$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่าสถานที่ที่เกิดอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา

ตารางที่ 10 แสดงความแปรปรวนของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก และ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดกับระยะเวลาการมารับการรักษา (n=120)

ข้อมูล	ระยะเวลาการมารับการรักษา	
	F-test	P- value
บุคคลที่เกี่ยวข้อง	2.476	.048
ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก	1.4290	.238
ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	1.008	.407

จากตารางที่ 10 พบว่า บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการมีระยะเวลาการมารับการรักษาแตกต่างกันที่ความแปรปรวนเท่ากับ 2.476 ($P < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มของสามี/ภรรยา กับบุตร และกลุ่มของสามี/ภรรยา กับเพื่อนร่วมงาน มีระยะเวลาการมารับการรักษาที่แตกต่างกัน และเมื่อนำไปวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลพบว่า บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการมีส่วนทำให้เกิดความแปรปรวนของระยะเวลาการมารับการรักษาถึงร้อยละ 16.7 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา

ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรกมีระยะเวลาการมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน ที่ความแปรปรวนเท่ากับ 1.429 ($P > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่าช่วงของวันที่เกิดอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา

ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีระยะเวลาการมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน ความแปรปรวน เท่ากับ 1.008 ($P > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่าลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา

ตอนที่ 4 การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แสดงผลในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (n = 120)

ข้อมูล	ระยะเวลาการมารับการรักษา	
	r	sig
อายุ	-.036	.697
ระดับความรุนแรงของอาการ	.158	.085
การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด		
- การรับรู้สาเหตุของอาการ	-.029	.757
- การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	-.248	.006
- การรับรู้ความสำคัญของอาการ	-.339	.000
- การรับรู้ความสามารถในการควบคุม	-.076	.410
- การรับรู้ว่าสามารถรอดอาการได้	.106	.249
การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์		
- ความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการ	-.239	.009
- ความรู้สึกอายนในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ	-.077	.406
- ความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการ	-.217	.017
- ความรู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่น	.089	.336

จากตารางที่ 11 พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษา

ระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่าระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ความสำคัญของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา ส่วนการรับรู้สาเหตุของอาการ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และการรับรู้ที่สามารถรอดอาการได้มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา

การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการ และความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ส่วนความรู้สึกลอยในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ และความรู้สึที่ไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่นมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เป็นศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระดับความรุนแรงของอาการ ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ กับระยะเวลาการมารับการรับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันโดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระยะเวลารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระดับความรุนแรงของอาการ ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิดและการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์กับระยะเวลาการมารับการรับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ช่วงระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม Power Analysis Size for sample Size มาคำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดเกณฑ์การคัด เลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันร่วมกับมีผลการตรวจ CT scan ที่ระบุว่ามีความผิดปกติ

2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ มีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) มากกว่า 10 คะแนน

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการมีอาการของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ และระดับความรุนแรงของอาการ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms Questionnaire ; RSQ) ของ Dracup and Moser(1997) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยวัชร พิมพ์ภักดี(2551) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำไปทดสอบกับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ alpha's conbach เท่ากับ .82 ผู้วิจัยได้ปรับค่าบางค่าและข้อความในแบบสอบถามให้สอดคล้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และหาความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาร์ค เท่ากับ .70 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 3.1 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ การรับรู้สาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ความสำคัญเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ การรับรู้ว่าสามารถรออาการได้

ส่วนที่ 3.2 แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ ความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการ ความรู้สึกภายในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ ความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการ และ ความรู้สึกไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้บุคคลอื่น

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและหาความสัมพันธ์โดยใช้ สถิติ สถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล สถิติ ANOVA และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเฉลี่ย 5.05 ชั่วโมง มีค่ามัธยฐาน 3.3 ชั่วโมง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.87 โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการมารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการมารับการรักษามากกว่า 3 ชั่วโมง 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 45

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2.1 ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2.2 ระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2.3 เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2.4 อายุไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2.5 ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2.6 สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2.7 บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2.8 การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ และการรับรู้ความสำคัญของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2.9 การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการและความรู้สึกกลัวสิ่งที่ตามมาเมื่อเกิดอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระดับความรุนแรงของอาการ ช่วงของวันที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และ การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ กับระยะเวลาการมารับการรับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันครั้งนี้ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย และนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันพบว่า

จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 5 ชั่วโมง 5 นาที มีค่ามัธยฐาน 3 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.87 โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลามารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 และผู้ป่วยที่มีระยะเวลามารับการรักษามากกว่า 3 ชั่วโมง 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang et al. (2003) Maestroni et al. (2008) และนิภาพร ภิญโญศรี (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการมากกว่า 3 ชั่วโมง ดังนั้นจึงควรมีการค้นหาสาเหตุของการมารับการรักษาช้า โดยศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาเนื่องจากการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มเกิดอาการ เนื่องจากประโยชน์ในการช่วยลดความพิการ และช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นที่ระยะเวลา 3 เดือน (Hsu et al., 2009 ; อิศริย์ วีระเสถียร, 2555)

ระยะเวลาการมารับการรักษานั้นเป็นระยะเวลาที่มีความสำคัญที่สุด(Mandelzweig et al.,2006) โดยงานวิจัยนี้พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการจนตัดสินใจมารับการรักษาเฉลี่ย 4 ชั่วโมง 10 นาที และ ระยะเวลาตั้งแต่ตัดสินใจมารับการรักษาจนถึงโรงพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 20 นาที เนื่องจากเป็นระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งตัดสินใจไปรับการรักษา ซึ่งในกระบวนการตัดสินใจนั้นขึ้นอยู่กับ การตอบสนองต่ออาการรับรู้ความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลอีกด้วย (Chang et al., 2003)

ดังนั้นระยะเวลาที่ล่าช้าในการศึกษานี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลทั้งปัจจัยภายในที่พบว่าหากผู้ป่วยมีลักษณะอาการที่เฉพาเจาะจง ได้แก่ อาการอ่อนแรงของใบหน้า/แขน/ขา ข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย จะมารับการรักษาเร็วกว่าลักษณะอาการที่ไม่เฉพาเจาะจง คือ อาการ ปวดศีรษะ และกลุ่มตัวอย่างนี้ยังมีระดับความรุนแรงเท่ากับ 14 คะแนน หมายถึงมีความผิดปกติของระบบประสาทน้อยหรือหายไปเอง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านปัจจัยภายนอก สังคมวัฒนธรรม เกิดการแสวงหาคำแนะนำและการรักษาโดยระยะนี้พบว่าบุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยตัดสินใจ นอกจากนี้ปัจจัยทางกายภาพของสถานที่ที่เกิดอาการเป็นชนบท ระยะทางจากสถานที่เกิดอาการห่างไกลจากโรงพยาบาล ความสะดวกในการเดินทาง ทำให้เดินทางลำบากซึ่งในต่างประเทศจะมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ช่วยอำนวยความสะดวกเพื่อช่วยลดระยะเวลาในการเดินทางได้

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษา ได้แก่

1. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะผู้ป่วยเกิดอาการพบว่ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=2.476$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Geffine et al.(2012) และนิภาพร ภิญโญศรี (2551) ที่พบว่าอิทธิพลของบุคคลสามารถทำนายระยะเวลาในกระบวนการตัดสินใจมารับการรักษา (decision making process) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันได้ถึงร้อยละ 65 หากเกิดอาการขึ้นขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น จะมีการตัดสินใจไปรับการรักษาเร็วกว่าอยู่กับการอยู่คนเดียว (Mandelzweig et al., 2006 ; นิภาพร ภิญโญศรี, 2551) นอกจากนี้ผู้ดูแลหรือผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ที่มีความตระหนักและมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้มีการ ไปรับการรักษาเร็วด้วยการใช้บริการรถฉุกเฉินอีกด้วย (Zerwic et al., 2007)

งานวิจัยนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่อยู่กับสามีหรือภรรยา จะมีระยะเวลาการมารับการรักษาช้ากว่าอยู่กับบุคคลอื่นขณะเกิดอาการ โดยช้ากว่าอยู่กับบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006$) และช้ากว่าอยู่กับสมาชิกคนอื่นในบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .046$) เนื่องจากอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 61.3 ปี ร้อยละ 85 สถานภาพสมรสแนวโน้มของคู่สมรสจึงมีอายุมาก เมื่ออายุมากขึ้น ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระภาพเกิดความเสื่อมสภาพระบบต่างๆในร่างกาย มีการทำงานที่ช้าลง ประสิทธิภาพในการสั่งการของสัญญาณประสาทในสมองลดลง ทำให้มีการตัดสินใจช้าลง (สุริพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และรุ่งระวี นาวิเจริญ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เมื่อมีอาการเกิดขึ้นคนอายุมากจะมารับการรักษาช้ากว่าคนอายุน้อย (Chang et al., 2004 ; Keskin et al., 2005) ซึ่งการมีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส เช่น บุตร หรือสมาชิกคนอื่นในบ้านอยู่ด้วยขณะเกิดอาการ จะทำให้มีระยะเวลาการมารับการรักษาเร็วเนื่องจากตัดสินใจเร็วกว่าและศักยภาพในการช่วยค้นหาการรักษา เช่น โทรศัพท์แจ้ง 1669 (ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน) ตามรถรับจ้าง หรือขับรถนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ดังนั้นหากมีการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับโรค การประเมินอาการ แก่ครอบครัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยงมากขึ้นจะช่วยลดระยะเวลาการมารับการรักษาได้

2. การตอบสนองต่ออาการด้านความรู้สึก

ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองต่ออาการด้านรู้สึกมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการและการรับรู้ความสำคัญของอาการ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ($r = -.248$, -0.339 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า การตอบสนองต่ออาการด้านความรู้สึกมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับรักษา โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ด้านลบกับระยะเวลาการมารับรักษา ซึ่งจากแนวคิดภาพสะท้อนความคิดต่อการเจ็บป่วย ของ Leventhal และ Difefenbach (1992) (อ้างใน นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2549) ที่กล่าวว่า เมื่อเกิดสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตจะเกิดกระบวนการแก้ไขปัญหา เกิดการให้ความหมายของสิ่งที่มาคุกคาม รับรู้สาเหตุ รับรู้

ผลกระทบจากสิ่งคุกคาม รับรู้ถึงจุดของเวลาที่ใช้ในการรักษา รับรู้ความสามารถของตนในการควบคุม และผลที่จะเกิดหลังจากเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการตอบสนองต่ออาการแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ หากผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณลักษณะอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมาก เป็นอันตรายแก่ชีวิตจะทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาทันที (นิพาพร ภิญโญศรี , 2551 ; จีรพล เหล็กเพชร และคณะ, 2552 ; Geffner et al., 2012, ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2556) และพบว่าหากผู้ป่วยรับรู้ความสำคัญของอาการว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความสำคัญมากส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตสูง ก็ จะตัดสินใจมารับการรักษาเร็ว ทำให้มีระยะเวลาการมารับการรักษาน้อยและได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่

3. การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์

ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา ได้แก่ ความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการและความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.239$ และ $-.217$ ตามลำดับ) ซึ่งการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์ (Emotional Representation) เป็นอิทธิพลจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นจริง (perceived control) และระดับความวิตกกังวลในอดีต ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความอาย และความรู้สึกไม่ต้องการรบกวนผู้อื่น (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2549) โดยการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและความกลัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษา คือ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้และรู้ว่าผลที่จะเกิดหลังจากเกิดอาการรุนแรงมากจะทำให้มีความวิตกกังวลและความกลัวในระดับสูงทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mandelzweig et al. (2006) และ Geffner et al. (2011) ที่พบว่าหากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคสูงจะไปรับการรักษาเร็ว ทำให้ได้รับการรักษาตามแนวทางที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยมุ่งเน้นความรู้เกี่ยวกับอาการอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยการใช้สื่อต่างๆที่เข้าถึงประชาชนได้สะดวกและรวดเร็ว เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักถึงอันตราย และความเสี่ยงในการเกิดโรค เพื่อให้สามารถช่วยเหลือและนำส่งผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

2. รมรณรงค์ให้ความรู้แก่ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจมารับการรักษาเพื่อสามารถประเมินอาการที่ผิดปกติและสามารถนำส่งผู้ป่วยได้ทันเวลา

3. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้รับการรักษาเฉพาะภายในเวลา โดยการจัดระบบเครือข่ายการส่งต่อ และใช้เทคโนโลยีใหม่เข้ามาช่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากในบริบทที่แตกต่างกัน ยังมีอีกหลายปัจจัยที่อาจมีผลกระทบต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยด้าน การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อนำไปพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์

ข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

มีผู้ป่วย 5 ราย เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้เนื่อง มีอายุมาก จำเวลาที่เกิดอาการไม่ได้ และไม่มีญาติที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ อยู่กับผู้ป่วยในวันที่เก็บข้อมูล ใช้การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายการอ้างอิง

- กฤษณพันธ์ บุณยะรัตเวช. 2554. Cerebrovascular disease of the brain ใน สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, *ตำราศัลยศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 12 ,กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.1013-1028.
- กวินทร์นาฏ บุญชู. (2554). *ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ระยะเฉียบพลัน*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอล.ที.เพรส จำกัดกิตติ ลีมอภิชิต. (2534). *ประสาทวิทยาขั้นพื้นฐาน*. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม. 2552. *ตำราพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดแดงคาโรตีตีบตัน (Pathophysiology and Management in Carotid Artery Stenosis)*, เชียงใหม่ : บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ขวัญฟ้า หาอินคำ. (2554). *การรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลข่วงมั่ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. (สาขารณสุขศาสตรบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จีระพล เหล็กเพชร, ประสทธิ วุฒิสุทธิเมธาวี, & ประเสริฐ วศินานุกร. (2552). ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดใช้ในการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(3), 203-212.
- ชาญพงศ์ ตังคณะกุล, & อัญฤทธิ์ แสงจรัส. (2554). Prehospital Management and Telestroke. In ดิษยา รัตนากร, ชาญพงศ์ ตังคณะกุล, สามารณ นิธินันท์, นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล & ยงชัย นิละนนท์ (Eds.), *Current Practical Guide to Stroke Management* (Vol. 2, pp. 169-191). กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- ฐกรรต์ ชัยสาม. (2553). *ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน*. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารกึ่งการุณย์* 20(1(มกราคม-มิถุนายน)), 15-29.
- ทองใหญ่ วัฒนศาสตร์. (2553). การส่งเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี* 21(2), 68-75.
- ธิดารัตน์ อภิญญา, & นิตยา พันธเวทย์. (2554). *ประเด็นสารบรรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2554 (ปีงบประมาณ 2555)*.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2549). แนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย : กรณีศึกษาและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 29(1), 37-45.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2550). *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นิภาพร ภิญโญศรี. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- นุชรี อาบสุวรรณ, นิตยา พันธเวทย์, & เมตตา คำพิบูลย์. (2553). *ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลก ปี 2553 (ปีงบประมาณ 2554)*.
- เบญจมาศ พระธานี. (2535). *อะเฟเซีย คืออะไร*. *ขอนแก่นวารสาร*, 16 (1 ม.ค. – เม.ย. 2535).
- ฤชกรณ์ เตมทอง. (2554). *ผลของโรคเบาหวานในภิกษุโรคหลอดเลือดสมอง*. *พุทธชินราชเวชสาร*, 28(3), 248-257.
- ยงชัย นิละนนท์, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, พิพัฒน์ เขียววิทย์, สงคราม โชติกอนุชิต, จุลจักร ลิ่มศรีวิไล, ลลลธริตา เจริญพงษ์, . . . นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2010). *การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบวัดความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง National Institute of Health*
- วาราลักษณ์ ทองใบปราสาท. (2549). *ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน), มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วัชรวิทย์ พิมพ์ภักดี. (2551). *ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีรศักดิ์ เกียรติผดุงกุล, & สุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2552). *ประสบการณ์การรักษา Acute Stroke ด้วย rt-PA ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา* 33(1), 13-18.
- ศิริภรณ์ สว่างพงษ์. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2014). *รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง ปี 2014. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค*, 20.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553). *สถิติสาธารณสุข 2553*. Retrieved 7 มกราคม 2555 <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/>
- สุภโชค เวชภัณฑ์เกษ. (2554). *ประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยการสร้างระบบเครือข่ายและแนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ*. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 26(3), 353-366.
- สุริพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, & รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2552). *การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หัสยาพร มะโน. (2552). *การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. *โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่*. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อภิรดี วัจนชาติ. (2554). *ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการรับรู้ตัวตนของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง*. (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์สุขภาพ)), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อ้อมใจ แก้วประหลาด. (2552). *การศึกษาการดูแลต่อเนืองที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน), มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อิสริย์ วีระเสถียร. (2555). *คุณลักษณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ตามแบบจำลองการเสริมแรง*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง), มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อุมาพร แซ่กอ. (2552). *การศึกษาความตระหนัก รู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- Agyeman, O., Nedeltchev, K., Arnold, M., Fischer, U., Remonda, L., Isenegger, J., . . . Mattle, H. P. (2006). Time to Admission in Acute Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack. *Journal of the American Heart Association*, 37(April), 963-966.
- Association, A. H. (2005). Part 9: Adult stroke. *Circulation*, 112, IV111-IV120.
- Barr, J., McKinley, S., O'Brien, E., & Herkes, G. (2006). Patient Recognition of and Response to Symptoms of TIA or Stroke. *Neuroepidemiology*(26), 168-175.
- Biller, J., Patrick, J. T., Shepard, A., & Jr., H. P. A. (1993). Delaytime between onset of ischemic stroke and hospital arrival. *Journal of Stroke and Cerebrovascular diseases*, 3(4), 228-230.
- Camerlingo, M., Cesana, B. M., Tudose, V., Simoncini, G., Valoti, O., Pozzi, E., . . . Ferrarese, C. (2012). Stroke-Unit and emergency medical service: a 48-month experience in northern Italy. *NEUROLOGICAL SCIENCES*, 1(April), 1-4.
- Castillo, J., Leira, R., García, M. M., Serena, J., Blanco, M., & Davalos, A. (2004). Blood Pressure Decrease During the Acute Phase of Ischemic Stroke Is Associated With Brain Injury and Poor Stroke Outcome. *Stroke and Neurodegenerative Disorders*, 35, 520-526.
- Chang, K. C., Tseng, M. C., & Tan, T. Y. (2004). Prehospital Delay After Acute Stroke in Kaohsiung, Taiwan. *Journal of the American Heart Association*, 35(March), 700-704.
- Chuncharunee, A., Piyawinijwong, S., & Sangvichien, S. (2002). *The Atlas of Brain and Spinal Cord*. Bangkok: mahidol university.
- Churilov, L., Fridriksdottir, A., Keshtkaran, M., Mosley, I., Flitman, A., & M.Dewey, H. (2012). Decision support in pre-hospital stroke care operations: A case of using simulation to improve eligibility of acute stroke patients for thrombolysis treatment. *Computers & Operations Research*, 1-11.
- Dracup, K & Moser, D. K. (1997). Beyond Sociodemographics : factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart and Lung*, 26, 253-262.

- Dracup, K., McKinley, S., Riegel, B., Mieschke, H., Doering, L. V. & Moser, D. K. (2006). A Nursing Intervention to reduce Prehospital Delay in Acute Coronary Syndrome A Randomized Clinical Trial *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21 (3),186-193.
- Derex, L., Adeleine, P., Nighoghossian, N., Honnorat, J., & Trouillas, P. (2002). Factors Influencing Early Admission in a French Stroke Unit. *Journal of the American Heart Association*(January), 153-159.
- Ennen, K. A., & R. Beamon, E. (2012). Women and Stroke Knowledge: Influence of Age, Race, Residence Location, and Marital Status. *Health Care for Women International*, 33, 992-942.
- Ennen, K. A., & Zerwic, J. J. (2010). Stroke Knowledge How is it Impacted by rural location, age and gender?. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(1), 9-21.
- Evenson, K. R., Foraker, R. E., Morris, D. L., & Rosamond, W. D. (2009). A comprehensive review of prehospital and in-hospital delay times in acute stroke care. *World Stroke Organization International Journal of Stroke*, 4(June), 187-199.
- Evenson, K. R., Rosamonda, W. D., & Morris, D. L. (2001). Prehospital and In-Hospital Delays in Acute Stroke Care. *Neuroepidemiology*, 20, 65-76.
- Feldmann, E., Gordon, N., Brooks, J., Brass, L., Fayad, P., Sawaya, K., . . . Levine, S. (1993). Factors associated with early presentation of acute stroke. *Journal of the American Heart Association*, 24(December), 1805-1810.
- Finn, J. C., Bett, J. N., Shilton, T. R., Cunningham, C., & Thompson, P. L. (2007). Patient delay in responding to symptoms of possible heart attack: can we reduce time to care? *MJA*, 18(5), 293-298.
- Fowler, C., & Baas, L. S. (2006). Illness Representations in Patients with Chronic Kidney Disease on Maintenance Hemodialysis. *NEPHROLOGY NURSING JOURNAL* 33(2), 173-187.
- Fussman, C., Rafferty, A. P., Lyon-Callo, S., Morgenstern, L. B., & J. Reeves, M. (2010). Lack of Association Between Stroke Symptom Knowledge and Intent to Call 911 : A Population-Based Survey. *Journal of the American Heart Association*, 41, 1501-1507.
- Geffner, D., Soriano, C., Perez, T., Vilar, C., & Rodriguez, D. (2012). Delay in seeking treatment by patients with stroke: Who decides, where they go, and how long it takes. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 114(1), 21-25.
- Goldstein, L. B., Edwards, M. G., & Wooda, D. P. (2001). Delay between Stroke Onset and Emergency Department Evaluation. *Neuroepidemiology*, 20, 196-200.

- Greenlund, K. J., Neff, L. J., Zheng, Z.-J., Keenan, N. L., Giles, W. H., Ayala, C. A., . . . Mensah, G. A. (2003). Low Public Recognition of Major Stroke Symptoms. *American Journal of Preventive Medicine*, *25*(4), 315-319.
- Hong, E. S., Kim, S. H., Kim, W. Y., Ahn, R., & Hong, J. S. (2011). Factors associated with prehospital delay in acute stroke. *Emergency Medicine Journal*, *28*(June), 790-793.
- Howard, V. J., Lackland, D. T., Lichtman, J. H., McClure, L. A., Howard, G., Wagner, L., . . . Gomez, a. C. R. (2008). Care Seeking after Stroke Symptoms. *Annal of Neurology*, *63*(466-472).
- Hsu, Y.-C., Sung, S.-F., Ong, C.-T., Wu, C.-S., & Su, Y.-H. (2009). Intravenous Thrombolytic Therapy for Acute Ischemic Stroke: The Experience of Community Hospital. *Acta Neurol Taiwan*, *18*, 14-20.
- Jones, C. (1979). Glasgow Coma Scale. *American Journal of Nursing*, *september*, 1551-1553.
- Jones, S. P., Jenkinson, A. J., J.Leathley, M., & L.Watkins, C. (2010). Stroke knowledge and awareness : an integrative review of the evidence. *Age and Ageing*(39), 11-22.
- Keskin, O., Kalemoglu, M., & Ulusoy, R. E. (2005). A Clinic Investigation into Prehospital and Emergency Department Delays in Acute Stroke Care. *Medical Principles and Practice*, *14*, 408-412.
- Kim, S. K., Lee, S. Y., Bae, H. J., Lee, Y. S., Kim, S. Y., Kang, M. J., & Cha, J. K. (2009). Pre-hospital notification reduced the door-to-needle time for iv t-PA in acute ischaemic stroke. *European Journal of Neurology*, *16*, 1331-1335.
- Kleindorfer, D., Lindsell, C. J., Moomaw, C. J., Alwell, K., Woo, D., Flaherty, M. L., . . . Kissela, B. M. (2010). Which stroke symptoms prompt a 911 call? A population-based study. *American Journal of Emergency Medicine*, *28*, 607-612.
- Knauft, W., Chhabra, J., & McCullough, L. D. (2010). Emergency Department Arrival Times, Treatment, and Functional Recovery in Women with Acute Ischemic Stroke. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*, *19*(4), 681-688.
- Kwan, J., Hand, P., & Sandercock, P. (2004). A systematic review of barriers to delivery of thrombolysis for acute stroke. *Age and Ageing*, *33*, 116-121.
- Lacy, C. R., Suh, D.-C., Bueno, M., & Kostis, J. B. (2001). Delay in Presentation and Evaluation for Acute Stroke : Stroke Time Registry for Outcomes Knowledge and Epidemiology (S.T.R.O.K.E.). *Journal of the American Heart Association*, *32*(January), 63-69.
- Leventhal, H., & Diefenbach, M. (1992). Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cognitive Therapy and Research*, *16*(2), 143-163.

- Lin, R. O. C. C.-S., Tsai, J., Woo, P., & Chang, H. (1999). PREHOSPITAL DELAY AND EMERGENCY DEPARTMENT MANAGEMENT OF ISCHEMIC STROKE PATIENTS IN TAIWAN. *Prehospital Emergency Care*, 3, 194-200.
- Lutfiyya, M. N., Bardales, R., Bales, R., Agüero, C., Brady, S., Tobar, A., . . . Lipsky, M. S. (2010). Awareness of Heart Attack and Stroke Symptoms Among Hispanic Male Adults Living in the United States. *J Immigrant Minority Health* 12, 761-768.
- Maestroni, A., Mandelli, C., Manganaro, D., Zecca, B., Rossi, P., Monzani, V., & Torgano, G. (2008). Factors influencing delay in presentation for acute stroke in an emergency department in Milan, Italy. *Emergency Medicine Journal*, 25, 340-345.
- Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V., & Tanne, D. (2006). Perceptual, Social, and Behavioral Factors Associated With Delays in Seeking Medical Care in Patients With Symptoms of Acute Stroke. *Journal of the American Heart Association*, 37(May), 1248-1253.
- Mazighia, M., Derexc, L., & Amarenco, P. (2010). Prehospital stroke care: potential, pitfalls, and future. *NEUROLOGY*, 23(1), 31-35.
- Mazighia, M., Derexc, L., & Amarenco, P. (2010). Prehospital stroke care: potential, pitfalls, and future. *Neurology*, 23(1), 31-35.
- Morris, D. L., Rosamond, W., Madden, K., Schultz, C., & Hamilton, S. (2000). Prehospital and Emergency Department Delays After Acute Stroke The Genentech Stroke Presentation Survey. *Journal of the American Heart Association*, 31(November), 2585-2590.
- Morris, D. L., Rosamond, W. D., Hinn, A. R., & Gorton, R. A. (1999). Time Delays in Accessing Stroke Care in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 6(March), 218-223.
- Moser, D. K., Kimble, L. P., Alberts, M. J., Alonzo, A., Croft, J. B., Dracup, K., . . . Zerwic, J. J. (2006). Reducing Delay in Seeking Treatment by Patients With Acute Coronary Syndrome and Stroke : A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council. *Journal of the American Heart Association*, 114(June), 168-182.
- Nagaraja, N., Bhattacharya, P., Norris, G., Coplin, W., Narayanan, S., Xavier, A., . . . Chaturvedi, S. (2012). Arrival by ambulance is associated with acute stroke intervention in young adults. *Journal of the Neurological Sciences*, 316, 168-169.
- Neau, J.-P., Ingrand, P., & Godeneche, G. (2009). Awareness within the French population concerning stroke signs, symptoms, and risk factors. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 111, 659-664.
- Nolte, J. (1999). *The human brain*. Missouri: Mosby-Year Book, Inc.

- O.Wiebers, D., Feigin, V. L., & D.Brown, R. (1997). *Handbook of Stroke*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- O'Neill, B. J., Geis, C. C., Bogey, R. A., Moroz, A., & Bryant, P. R. (2004). Stroke and Neurodegenerative Disorders.1.Acute Stroke Evaluation,Management,Risks,Prevention,and Pronosis. *Stroke and Neurodegenerative Disorders*, 85, S3-S10.
- Piravej, K., & Wiwatkul, W. (2003). Risk factors for stroke in Thai patient. *J Med Assoc Thai*, 86(2), 291-298.
- Popovich, J. M., Patricia G. Fox, & Bandagi, R. (2007). Coping with Stroke: Psychological and Social Dimensions in U.S.Patients. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 12(3), 1474-1487.
- Reckless, I. P., & Buchan, A. M. (2008). Stroke : management and prevention. *Stroke*, 36(11), 592-600.
- Reeves, M. J. (2012). Reducing the Delay Between Stroke Onset and Hospital Arrival:Is it an Achievable Goal? *Journal of the American Heart Association*, 1, 1-2.
- Roger, V. r. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., . . . Turner, M. B. (2012). Heart Disease and Stroke Statistics—2012 Update: Summary *Circulation*, 125(3), e12-e230.
- Rosamond, W. D., Reeves, M. J., Johnson, A., & Evenson, K. R. (2006). Documentation of Stroke Onset Time Challenges and Recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, S230-S234.
- Salisbury, H. R., Banks, B. J., Footitt, D. R., Winner, S. J., & Reynolds, D. J. M. (1998). Delay in presentation og patients with acute stroke to hospital in Oxford. *QJM : International Journal of Medicine*, 91(9), 635-640.
- Saver, J. L., Smith, E. E., Fonarow, G. C., Reeves, M. J., Zhao, X., Olson, D. M., & Schwamm, L. H. (2010). The “Golden Hour” and Acute Brain Ischemia Presenting Features and Lytic Therapy in >30 000 Patients Arriving Within 60 Minutes of Stroke onset. *Stroke*, 41, 1431-1439.
- Schroeder, E. B., Rosamond, W. D., Morris, D. L., Evenson, K. R., & R.Hinn, A. (2001). Determinants of Use of Emergency Medical Services in a Population With Stroke Symptoms : The Second Delay in Accessing Stroke Healthcare (DASH II) Study. *Journal of the American Heart Association*, 31(November), 2591-2596.
- Selvaratnam, R., Srirangalingam, U., Ahmad, S., & Goulden, P. (2009). Thrombolysis beyond 3 hours for acute ischaemic stroke. *Emerg Med J October 26*(10), 756-757.
- Shafae, M. A. A., Ganguly, S. S., & Asmi, A. R. A. (2006). Perception of stroke and knowledge of potential risk factors among Omani patients at increased risk for stroke. *BMC Neurology*, 6(38), 1-6.

- Smith, M. A., Doliszny, K. M., Shahar, E., McGovern, P. G., Arnett, D. K., & Luepker, R. V. (1998). Delayed Hospital Arrival for Acute Stroke: The Minnesota Stroke Survey. *Annals of Internal Medicine*, 129, 190-196.
- Smith, M. A., Lisabeth, L. D., Bonikowski, F., & Morgenstern, L. B. (2010). The Role of Ethnicity, Sex, and Language on Delay to Hospital Arrival for Acute Ischemic Stroke. *Journal of the American Heart Association*, 41, 905-909.
- Stansbury, J. P., Jia, H., Williams, L. S., Vogel, W. B., & Duncan, P. W. (2005). Ethnic Disparities in Stroke : Epidemiology, Acute Care, and Postacute Outcomes. *Journal of the American Heart Association*, 36, 374-386.
- Stead, L. G., Vaidyanathan, L., bellolio, M. F., Kashyap, R., Bhagra, A., ash, R. M., . . . Brown, R. D. (2008). Knowledge of signs ,treatment and need for urgent management in patients presenting with an acute ischaemic stroke or transient ischaemic attack: a prospective study. *Emerg Med J*, 25, 735-739.
- Stenstrom, U., Nilsson, A.-K., Stridh, C., Nijm, H., Nyrinder, I., Jonsson, A., . . . Jonasson, L. (2005). Denial in patients with a first-time myocardial infarction: relations to pre-hospital delay and attendance to a cardiac rehabilitation programme. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 12, 568-571.
- Stroke Scale ภาคภาษาไทย (NIHSS-T). *Journal Medical Association Thai*, 93, S171-178.
- The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA stroke study Group. (1995). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *The New England Journal of Medicine*, 333(24), 1581-1587.
- Turan, T. N., Hertzberg, V., Weiss, P., McClellan, W., Presley, R., Krompf, K., . . . Frankel, M. R. (2005). Clinical Characteristics of Patients With Early Hospital Arrival After Stroke Symptom Onset. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 14(6), 272-277.
- Twiddy, M., House, A., & Jones, F. (2011). The assoiation between discrepancy in illness representation on distress in stroke patient and carers. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 220-225.
- Vidale, S., Bonanomi, A., Guidotti, M., Arnaboldi, M., & Sterzi, R. (2010). Air pollution positively correlates with daily stroke admission and in hospital mortality: a study in the urban area of Como, Italy. *NEUROLOGICAL SCIENCES*, 31, 179-182.
- Wester, P., Radberg, J., Lundgren, B., & Peltonen, M. (1999). Factors Associated With Delayed Admission to Hospital and In-Hospital Delays> in Acute Stroke and TIA : A Prospective, Multicenter Study. *Journal of the American Heart Association*, 30(January), 40-48.

Zerwic, J., Hwang, S. Y., & Tucco, L. (2007). Interpretation of symptoms and delay in seeking treatment by patients who have had a stroke: Exploratory study. *Heart & Lung : The Journal of Acute and Critical Care*, 36(1), 25-34.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
เอกสารการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ ครั้งที่ 15/2555 ประจำปีการศึกษา 2555

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5477157436
 ชื่อ-นามสกุล นางสาวจันทิมา คำสาริรักษ์
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 ประธานกรรมการสอบ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
 SELECTED FACTORS RELATED TO PREHOSPITAL TIME IN PATIENT WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE
 ครั้งที่อนุมัติ 15/2555
 ระดับ ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5477203636
 ชื่อ-นามสกุล นางสาวอรกมล เพ็งกุล
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 ประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
 อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
 THE EFFECT OF PERCEIVED BENEFITS OF ANTICOAGULANT MEDICATION PROGRAM ON MEDICATION ADHERENCE IN VALVULAR REPLACEMENT PATIENTS
 ครั้งที่อนุมัติ 15/2555
 ระดับ ปริญญาโท

จากมติคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 4/2556 วันที่ 12 มีนาคม 2556

ประกาศ ณ วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2556

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



ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--|--|
| 1. นายแพทย์ชัยวิวัฒน์ ตุงคะเสรีรักษ์ | นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท
โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง | อาจารย์พยาบาล
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ |
| 3. นางสาวเจตนา วงษาสูง | อาจารย์พยาบาล
ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก |
| 4. นางสาวสุภาพันธ์รัตน์ คำหอม | หัวหน้างานหอผู้ป่วยใน
หน่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 5. นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล | ผู้อำนวยการพิเศษการพยาบาล
สาขาศัลยกรรมประสาท
ประจำหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาท
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |

ที่ ศธ 0512.11/๐429



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจินัฐตา คำสารีรักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ชัยวิวัฒน์ ตุงคะเสรีรักษ์ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวิวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นายแพทย์ ชัยวิวัฒน์ ตุงคะเสรีรักษ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางสาวจินัฐตา คำสารีรักษ์ โทร. 083-450-1220

ที่ ศธ 0512.11/ 0424



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทิมา คำสารีรักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการรับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตยสารสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวจันทิมา คำสารีรักษ์ โทร. 083-450-1220

ที่ ศร 0512.11/0249



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย - แปซิฟิก

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทิตา คำสารีรักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นางสาวเจตนา วงษาสูง อาจารย์พยาบาลประจำ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางสาวเจตนา วงษาสูง
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวจันทิตา คำสารีรักษ์ โทร. 083-450-1220



ที่ ศธ 0512.11/๐๒๔๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทิมา คำสารีรักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. นางสาวสุภาพันธ์ คำหอม | หัวหน้างานหอผู้ป่วยใน หน่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง |
| 2. นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล | ผู้อำนวยการพิเศษการพยาบาล สาขาคลังกรรมประสาท ประจำหอผู้ป่วยไอซียูคลังกรรมประสาท |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
นิสิต

นางสาวสุภาพันธ์ คำหอม และนางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวจันทิมา คำสารีรักษ์ โทร. 083-450-1220

ภาคผนวก ค
หนังสือขอพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 0468



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 เมษายน 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ 5 ชุด
 2. แบบฟอร์มคำขอรับรองจริยธรรม 1 ชุด
 3. เครื่องมือวิจัย 5 ชุด
 4. เอกสารคำชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษา 5 ชุด
 5. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมการศึกษา 5 ชุด
 6. เอกสารแสดงรายละเอียดค่าใช้จ่าย และแหล่งทุนสนับสนุน 5 ชุด
 7. ประวัตินักวิจัยอย่างย่อ 5 ชุด
 8. เอกสารรับรองการสอบผ่านโครงร่างวิทยานิพนธ์

เนื่องด้วย นางสาวจิณัฐตา คำสารีรักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่านและใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำนวน 110 คน โดยใช้แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมเครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจินัฐตา คำสารีรักษ์ เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและ ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และหัวหน้าพยาบาล
<u>ฝ่ายวิชาการ</u>	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
<u>ข้อนี้ติดต่อ</u>	นางสาวจินัฐตา คำสารีรักษ์ โทร. 083-450-1220

ที่ ศธ 0512.11/04๖๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 เมษายน 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการ
เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ 5 ชุด
 2. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 5 ชุด
 3. เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 5 ชุด
 4. แบบฟอร์มใบยินยอม 5 ชุด
 5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยหรือแบบสอบถามการวิจัย 5 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิณัฐตา คำสารีรักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลา
การมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.
ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไก
ที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงาน
ของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาด
เลือดระยะเฉียบพลัน จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลา
การมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และ
เวลาในการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมเครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิณัฐตา คำสารีรักษ์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับ
การพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวจิณัฐตา คำสารีรักษ์ โทร. 083-450-1220



ที่ ศธ 0512.11/04๕๘

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 เมษายน 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิติดำเนินการ
เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ 5 ชุด
 2. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 5 ชุด
 3. เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 5 ชุด
 4. แบบฟอร์มใบยินยอม 5 ชุด
 5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยหรือแบบสอบถามการวิจัย 5 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทิฐตา คำสารีรักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลา
การมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.
ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไก
ที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงาน
ของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาด
เลือดระยะเฉียบพลัน จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลา
การมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ทั้งนี้นิติจะประสานงานเรื่อง วัน และ
เวลาในการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมเครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจันทิฐตา คำสารีรักษ์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับ
การพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวจันทิฐตา คำสารีรักษ์ โทร. 083-450-1220



ภาคผนวก ง
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สำนักงานสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางคลินิก: ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 49 ถ.ช่างเคื่อง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB)

Clinical Research Support Office: Medical Education Center, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital 49 Chang Phueak Rd.,

Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000, THAILAND Tel & Fax +66 44 295614-5 E-mail irb@mnrh.in.th

เลขที่ใบรับรอง 033/2013

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

- โครงการวิจัยเรื่อง : ปังจี้ยัคคีตสรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
- ผู้วิจัย : นางสาวจันทิมา คำสารีรักษ์
- หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ผ่านการรับรองในแง่จริยธรรม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และหลักเกณฑ์การปฏิบัติกรวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP) โดยให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลง โครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือที่ไม่คาดคิด
4. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
5. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
6. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

ประชุมเมื่อวันที่ : 23 พฤษภาคม 2556

ให้มีผลรับรองเมื่อวันที่ : 15 พฤษภาคม 2556

หมดอายุวันที่ : 14 พฤษภาคม 2557

(Signature)

(นายนิพัทธ์ สีมาชจร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

(Signature)

(นายณรงค์ อภิกุลวณิช)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

แบบ จ.10



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

“SELECTED FACTORS RELATED TO PREHOSPITAL TIME IN PATIENTS WITH ACUTE
ISCHEMIC STROKE”

ผู้วิจัย คือ นางสาวจิรณัฐตา คำสารีรักษ์

สถาบัน/หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลขอนแก่น โดยอ้าง
ปฏิญญาเฮลซิงกิแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ หากจะมีการ
ปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลขอนแก่น
ก่อน

ออกให้ ณ วันที่ 6 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556

(นายธนชัย พนาพุดมิ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานกรรมการวิจัย โรงพยาบาลขอนแก่น

(นายวิระพันธ์ สุพรรณไชยมาคัย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ลำดับที่ 32/02/2556 หมดอายุ 6/08/2557 (กำหนดระยะเวลา 1 ปี)

คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลขอนแก่น www.meckhongkaen.org/ethics/ หรือ www.kkh.go.th

สำนักงาน: งานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

ถนนศรีจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 ; e-mail : kkhethics@gmail.com

โทร. (043) 336789 ต่อ 1605



บันทึกข้อความ

ที่ ขย 0032.102/41

วันที่ 5 มิถุนายน 2556

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัยในมนุษย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ

ตามที่ นางสาวจันทิตา คำสารีรักษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอ โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับ
การรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Selected Factors Related to
Prehospital time in Patient with Acute Ischemic Stroke) เพื่อให้คณะกรรมการดำเนินงานในด้าน
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พิจารณาจริยธรรมในการวิจัย นั้น ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรให้ดำเนินการได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา อนุมัติ

ลงชื่อ

(นายชัยสิทธิ์ มีทวานนท์)

ประธานคณะกรรมการดำเนินงาน
ในด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(นายสมปอง เจริญวัฒน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โทร. ๒๐๗๘

ที่ นร. ๐๐๓๒.๑๐๒.๓ / ๒๒๘๘ วันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๖

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์

เรียน หัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวจิณัฐตา คำสารักษ์

ตามบันทึกข้อความการขออนุญาตทำการวิจัยในมนุษย์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน” คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้ประชุมเพื่อพิจารณาแล้วนั้น

ในฐานะตัวแทนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ขอแสดงความชื่นชมต่อท่านในการพยายามสร้างงานวิจัยที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทางการแพทย์ในประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง คณะกรรมการมีความเห็นต่องานวิจัยของท่านดังนี้

- ๑. เห็นสมควรให้ทำงานวิจัยดังกล่าวในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้
- ๒. ไม่สมควรให้ทำงานวิจัยดังกล่าวในโรงพยาบาลบุรีรัมย์
เนื่องจาก.....
- ๓. ขอให้ปรับปรุง / แก้ไข / ชี้แจง ในเรื่องต่อไปนี้ เพื่อให้งานวิจัยของท่านมี
อันตรายต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

นางสาวพัชรี ยัมรัตน์บวร

(นางสาวพัชรี ยัมรัตน์บวร)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวจิณัฐตา คำสารีรักษ์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลห้วยแถลง เลขที่ 422 หมู่ 1 ถ. ประชาชื่น ต. ห้วยแถลง อ. ห้วยแถลง จ. นครราชสีมา 30240
โทรศัพท์ที่ทำงาน	044 - 391511
โทรศัพท์เคลื่อนที่	083 - 4501220
E-mail :	sareeruk.tik@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายเกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระดับความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เพศ อายุ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เวลาที่เกิดอาการครั้งแรก สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ ลักษณะการเดินทางมารับการรักษา การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

3. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 120 คน โดยผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพิทักษ์สิทธิไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยและแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการ

5. ขั้นตอนการวิจัยและดำเนินการเก็บข้อมูล ประกอบไปด้วย

- การทำหนังสือเพื่อความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อข้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย

- ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อข้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย กำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- วันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

- ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมินพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องความครบถ้วนของข้อคำถาม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งหมด 120 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

6. ผู้กำกับดูแลการวิจัยผู้ตรวจสอบคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและคณะกรรมการ ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เพื่อเป็นการยืนยันการวิจัยทางคลินิกและข้อมูลอื่นๆโดยไม่ล่วงละเมิดสิทธิในการปิดบังข้อมูลของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ตามกรอบที่กฎหมายและกฎ ระเบียบ ได้อนุญาตไว้ นอกจากนี้ในการเซ็นให้ความยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หรือผู้แทนตามกฎหมายจะมีสิทธิในการตรวจสอบและมีสิทธิได้รับข้อมูลเช่นกัน

7. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือนางสาวจิณัฐตา คำสารีรักษ์ ได้ตลอดเวลา

8. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

9. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

11. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ(หัวหน้าผู้วิจัย) นางสาวจิณัฐตา คำสารีรักษ์ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับขู่เข็ญหลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆในระหว่างการวิจัย หรือภายหลังการวิจัย อันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆได้ว่าเกิดจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัย/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6 ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้ค่าชดเชยและค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7 หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยงและอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าทราบและตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้วิจัย
(.....) (.....)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)

หมายเหตุ 1)กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย **2)**ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์จะต้องมีผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย



ภาคผนวก จ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย
เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษา
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

คำชี้แจง: กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ
 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. คู่
 3. หม้าย 4. หย่า
 5. แยกกันอยู่
4. ศาสนา
 1. พุทธ 2. คริสต์
 3. อิสลาม 4. อื่นๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
 1. นักเรียน/นักศึกษา 2. รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ
 3. ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว 4. รับจ้างทั่วไป
 5. เกษตรกรรม 6. พ่อบ้าน/แม่บ้าน
 7. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
 1. น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน 2. 5,000 – 10,000 บาท/เดือน
 3. 10,001 – 20,000 บาท/เดือน 4. 20,001 – 50,000 บาท/เดือน
 5. มากกว่า 50,000 บาท/เดือน
7. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษา 4. อนุปริญญา
 5. ปริญญาตรี/เทียบเท่าปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี
 7. อื่นๆ ระบุ.....
8. สิทธิการรักษา
 1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2. บัตรประกันสังคม
 3. เงินซื้อ 4. เงินสด
 5. อื่นๆ ระบุ.....
9. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
 1. ไม่สูบ 2. สูบ โปรดระบุ.....ปี

10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- () 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุ
- () 1. โรคความดันโลหิตสูงปี
- () 2. โรคเบาหวานปี
- () 3. โรคไขมันในเลือดสูงปี
- () 4. โรคหัวใจปี
- () 5. โรคอื่นๆ ระบุ.....

11. ท่านเคยมีอาการของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตมาก่อนหรือไม่

- () 1. เคย () 2. ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

1. อาการของท่านที่เกิดขึ้นในครั้งนี้มีลักษณะอย่างไร

- () 1. อาการอ่อนแรงของใบหน้า/แขน/ขา ข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย
- () 2. อาการชาครึ่งซีกของใบหน้า/แขน/ขา ข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย
- () 3. มีความบกพร่องในด้านการพูด เช่น พูดไม่ชัด (ไม่เคยเป็นมาก่อน)
- () 4. มีความบกพร่องในด้านการสื่อสาร เช่น พูดทวนคำไม่ได้ การใช้ภาษาผิดไปจากปกติ ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด (ไม่เคยเป็นมาก่อน)
- () 5. มีปัญหาด้านการมองเห็น เช่น ตามัว หรือมองไม่เห็นชั่วขณะข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง
- () 6. มีปัญหาด้านการเดิน / สูญเสียการทรงตัว เช่น เดินเซ เดินไม่ตรงทาง เดินชนกับสิ่งของข้างตัวบ่อยๆ
- () 7. วิงเวียนศีรษะ
- () 8. ปวดศีรษะ
- () 9. กลืนลำบาก / สำลักบ่อย
- () 10. อื่นๆ (ระบุ).....

2. เวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการครั้งแรกในการรักษาครั้งนี้

วันที่.....เวลา.....น.

- () 1. ตอนเช้า(6.01-12.00น.)
- () 2. ตอนบ่าย (12.01-18.00น.)
- () 3. ตอนเย็น(18.01-24.00น.)
- () 4. ตอนกลางคืน(24.00-06.00น.)

3. เวลาที่ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาล

วันที่.....เวลา.....น.

4. เวลาที่ผู้ป่วยเดินทางถึงโรงพยาบาล

วันที่.....เวลา.....น.

5. ขณะที่มีอาการครั้งแรกท่านอยู่ที่ไหน
- () 1. ที่บ้าน
- () 2. ที่ทำงาน
- () 3. อื่นๆ ระบุ.....
6. ขณะเริ่มมีอาการท่านอยู่กับใคร
- () 1. คนเดียว
- () 2. สามี/ภรรยา หรือ คู่ครอง
- () 3. บุตร
- () 4. สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว
- () 5. เพื่อนร่วมงาน
- () 6. อื่นๆ ระบุ.....
7. ท่านมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยพาหนะอะไร
- () 1. รถส่วนตัว
- () 2. รถรับจ้าง
- () 3. โรงพยาบาลของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
8. ระดับความรุนแรงของอาการในครั้งแรกเมื่อมาถึงโรงพยาบาล
GCS..... คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบสอบถามการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ตอนที่ 3.1 การตอบสนองต่ออาการด้านการรู้คิด

1. ก่อนที่เมื่อคุณสังเกตเห็นอาการแรกเริ่มที่เกิดขึ้นกับคุณ คุณคิดว่าปัญหานี้น่าจะมี สาเหตุ เกิดจากอะไรมากที่สุด? (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)
- () 1. สมอง (เส้นเลือดในสมอง)
- () 2. ความเหนื่อยล้า
- () 3. หัวัด หรืออาการคล้ายโรคไข้หวัด
- () 4. ไมเกรน
- () 5. ความเครียด
- () 6. อื่น ๆ
2. เมื่อคุณสังเกตเห็น อาการแรกเริ่ม ที่เกิดขึ้น คุณคิดว่า อาการนั้น รุนแรง เพียงใด (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)
- | | | | | |
|--------------|----------|---------|-----|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ไม่รุนแรงเลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | รุนแรงมากที่สุด |

3. คุณคิดว่าการรีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น มีความสำคัญเพียงใด (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

1	2	3	4	5
ไม่สำคัญเลย	สำคัญเล็กน้อย	สำคัญปานกลาง	สำคัญมาก	สำคัญมากที่สุด

4. คุณคิดว่า คุณสามารถที่จะควบคุมอาการที่เกิดขึ้นกับคุณ ณ เวลานั้น มีเพียงใด (เลือกตอบ 1 ข้อ)

1	2	3	4	5
ควบคุมไม่ได้เลย	ได้เล็กน้อย	ปานกลาง	ควบคุมได้มาก	ควบคุมได้มากที่สุด

5. เมื่อเกิดอาการขึ้นคุณ รอ เพื่อว่าอาการอาจจะหายไป

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

ตอนที่ 3.2 การตอบสนองต่ออาการด้านอารมณ์

1. เมื่อ/ขณะที่ เกิดอาการแรกเริ่ม คุณรู้สึกเป็นกังวล (ทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ) เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ในระดับใด (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

1	2	3	4	5
ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	กังวลมากที่สุด

2. เมื่อ/ขณะที่ เกิดอาการแรกเริ่ม คุณรู้สึก อาย ที่จะไปขอความช่วยเหลือ

1	2	3	4	5
ไม่เลย	อายเล็กน้อย	อายปานกลาง	อายมาก	อายมากที่สุด

3. เมื่อ/ขณะที่ เกิดอาการแรกเริ่ม คุณ กลัว ต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมา

1	2	3	4	5
ไม่เลย	กลัวเล็กน้อย	กลัวปานกลาง	กลัวมาก	กลัวมากที่สุด

4. เมื่อ/ขณะที่ เกิดอาการแรกเริ่ม คุณไม่ต้องการสร้างความลำบากใจให้กับคนรอบข้างอื่น ๆ ของคุณ

1	2	3	4	5
ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด



ภาคผนวก ฉ
ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางแสดง Stem and Leaf ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

Frequency	Stem &	Leaf
20.00	0.	12222333333444444444
28.00	1.	0000000011111111111223334444
9.00	2.	000000003
9.00	3.	113333334
10.00	4.	0001133555
3.00	5.	111
8.00	6.	00000222
12.00	7.	000033333344
3.00	8.	000
2.00	9.	44
4.00	10.	1333
.00	11.	
4.00	12.	0004
8.00	Extreames	(>=16.3)

Stem width

1.00

Each Leaf

1 case (s)

จากตารางพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันส่วนใหญ่มีระยะเวลาการมารับการรักษา คือ 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยที่มารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง 66 ราย เท่ากับร้อยละ 55 และร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการมารับการรักษามากกว่า 3 ชั่วโมง 54 ราย เท่ากับร้อยละ 45

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิณัฐตา คำสารีรักษ์ เกิดเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2521 มีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เมื่อปีการศึกษา 2543 และเข้ารับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนถึงปัจจุบัน และกำลังศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2554



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY