



ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

SYMPTOM EXPERIENCES, MANAGEMENT STRATEGIES AND STROKE SEVERITY
OF PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE

รพีภัทร ชำนาญเพาะ¹ หทัยรัตน์ แสงจันทร์² และ ทิพมาส ชิมวงศ์³

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา. at_opal@outlook.co.th

²อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา. hathairat.s@psu.ac.th

³อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา, tippamas.c@psu.ac.th

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาทันที การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน วิธีการจัดการ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาแบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.3 มีอาการแขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรงทันทีทันใด โดยร้อยละ 50.0 ประเมินว่าอาการมีความรุนแรงมาก และร้อยละ 53.3 ประเมินว่าอาการมีผลกระทบต่อสุขภาพและทำให้กังวลใจ

2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.3 ระบุว่า เป็นอาการที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองและหาวิธีไปโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 100.0 ได้รับการนำส่งโรงพยาบาลที่มีระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองภายใน 4.5 ชั่วโมง ส่งผลให้ร้อยละ 100.0 ได้รับการจัดการอาการตามรูปแบบห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต

3. การประเมินแรกพบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.0 มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อย ร้อยละ 60.0 ระดับปานกลาง และร้อยละ 10.0 ระดับสูง และภายหลัง 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.0 มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อย และร้อยละ 30.0 ระดับปานกลาง

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน, ประสบการณ์การมีอาการ, วิธีการจัดการอาการ, ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ABSTRACT

Acute ischemic stroke is the emergency illness required immediately management. This research study aimed to examine acute ischemic stroke symptom experiences, symptom management strategies, and stroke severity among 30 patients with acute ischemic stroke, who received stroke fast tract management. The data were collected by the questionnaires, and analyzed using descriptive statistics. The result found:



1. The 93.3% of the subjects had sudden hemiparaplegia. The 50.0% of the subjects perceived severity of symptom at high level, and 53.3% perceived its impact on physical and psychological.

2. The 63.3% of subjects perceived suspected symptom of acute ischemic stroke, and seeking for treatment. However 100.0% of the subjects were delivered to the hospital, where having the stroke fast tract management within 4.5 hours. Then 100.0% of the subjects received management following stroke chain of survival.

3. The initial assessment, the NIHSS score of the 30.0% of the subjects was at a mild level, 60.0% was at a moderate level, and 10.0% was at a high level. At 24 hours after management, the NIHSS score of the 70.0% of the subjects was at a mild level, 30.0% was at a moderate level.

Keywords: Acute ischemic stroke, Symptom experience, Management strategy, Stroke severity

1. บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดและอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง (Sacco et al., 2013) จากความคิดปกติของระบบไหลเวียนเลือดและการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอของสมองบางส่วนทำให้เกิดความบกพร่องทางระบบประสาทเฉพาะที่อย่างเฉียบพลัน (สายพร รัตนเรือง วัฒนา, จริยา วิฑะศุกร, ไสว นรสาร, และชันทิ คงศักดิ์ตระกูล, 2556) ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับส่วนของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ จึงเป็นสาเหตุของการเกิดความพิการถึงร้อยละ 75.0 (กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์, 2558) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถิติในประเทศไทยจากรายงานประจำปี 2559 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 ถึง 2558 เท่ากับ 354.5, 366.8, 352.3 และ 425.2 ตามลำดับ และพบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 ถึง 2558 เท่ากับ 36.1, 38.7 และ 42.6 ตามลำดับ สำหรับในพื้นที่เขตบริการสุขภาพ 12 มีโรงพยาบาลเครือข่ายหน่วยบริการโรคหลอดเลือดสมองที่มีระบบช่องทางด่วนและหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่จากข้อมูลอัตราการเสียชีวิตยังคงสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยร้อยละ 7.22 (แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, 2561) โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากการตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือดอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของระบบประสาท เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทขึ้นอย่างทันทีทันใด ดังต่อไปนี้ (1) แขนขา ซา หรืออ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง (2) พูดไม่ชัด พูดสับสน พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใด (3) ปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว มุมปากตกไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด (4) ตามัวมองเห็นภาพซ้อน มองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด (5) เวียนศีรษะ เดินเซทันทีทันใด (6) ซึม หมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัวทันทีทันใด และ (7) อาการกลืนลำบากทันทีทันใด (สถาบันประสาทวิทยา, 2559; National Institute of Neurological Disorder and Stroke [NINDS], 2014; National Stroke Foundation [NSE], 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมักจะเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาททันทีทันใดนอกโรงพยาบาล เช่น ที่บ้าน ที่ทำงาน เป็นต้น (นิศาชล นุ่มมิชัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และเขมมาดิ มาสิงบุญ, 2560) และจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย (นันทวรรณ ทิพเนตร, และวชิร ชนะบุตร, 2559) และวิธีการจัดการอาการหรือการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมา



โรงพยาบาล (จินัฐตา คำสารักษ์, และชนกพร จิตปัญญา, 2558; วิภาวดี โปธิโสภา, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, และศิริอร สินธุ, 2558) สมาคมแพทย์โรคหัวใจและหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาแนวทางจัดการดูแลและเครื่องมือในการประเมินอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการรักษาอย่างทันที่ทั้งภายในระยะที่เร็วที่สุดและมีประสิทธิภาพ คือ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (stroke chain of survival and recovery) แบ่งการดูแลเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน (Powers et al., 2018) คือ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre hospital phase) 3 ขั้นตอน และระยะในโรงพยาบาล (in hospital phase) 5 ขั้นตอน ทั้งนี้มีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้มีการรับรู้อาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยเร็ว ลดระยะเวลาการนำส่ง เข้าถึงระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในระยะเวลาที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรงของโรค อุบัติการณ์ความพิการ และอัตราการเสียชีวิต ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง นำไปสู่ความพิการ และการเสียชีวิต ได้แก่ การรับรู้อาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่อยู่ในระดับต่ำ (มณฑิรา ชนะกาญจน์, และนิชาภัทร พุฒิกามิ, 2559; ประไพ กิตติบุญดลย์, ศิริธร ยิ่งแรงเรือง, และศุภลักษณ์ ศรีชัยญา, 2557) และวิธีจัดการอาการที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (นิภาพร ภิญ โญศรี, 2551; นิสาชล นุ่มมิชัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และเขมารดี มาสิงบุญ, 2560) โดยการรับรู้อาการและการตอบสนองต่ออาการมีความสัมพันธ์กับวิธีจัดการอาการ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management) ของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่อธิบายไว้ว่าประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) ส่งผลให้บุคคลแสวงหาวิธีการจัดการอาการ (symptom management) นำไปสู่ผลลัพธ์ (outcomes) การวิจัยครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดการจัดการกับอาการมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาประสบการณ์การมีอาการโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน วิธีการจัดการอาการ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อจะได้ข้อมูลสถานการณ์ทั้งด้านการรับรู้ของผู้ป่วย การจัดการอาการในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล การจัดการอาการระยะในโรงพยาบาล และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ทำให้เกิดความเข้าใจบริบทและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้เข้าถึงระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast tract) อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นประโยชน์ต่อการลดอุบัติการณ์ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ลดอัตราความพิการและอัตราการเสียชีวิต

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันตามการรับรู้ของผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันระยะในโรงพยาบาล
4. เพื่อศึกษาความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อแรกเริ่มและภายหลังการรักษา 24 ชั่วโมง



3. การดำเนินการวิจัย

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วย 3 มิติ ดังนี้

1. ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experiences) ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งในภาวะที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพออย่างเฉียบพลัน อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางระบบประสาททันทีทันใด ดังนี้ (1) แขนขา ชา หรืออ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง (2) พูดไม่ชัด พูดสับสน พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใด (3) ปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว มุมปากตกไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด (4) ตามัว มองเห็นภาพซ้อน มองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด (5) เวียนศีรษะ เดินเซทันทีทันใด (6) ซึม หมอคนสติ เรียกไม่รู้สีกตัวทันทีทันใด และ (7) อาการกลืนลำบากทันทีทันใด (สถาบันประสาทวิทยา, 2559; NINDS, 2014; NSE, 2017) โดยศึกษาประสบการณ์การมีอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ

2. วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) โดยศึกษาวิธีการจัดการที่กระทำโดยผู้ป่วย ญาติ ผู้พบเห็นเหตุการณ์ และบุคลากรทีมสุขภาพตามกระบวนการแห่งการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke chain of survival and recovery) แบ่งเป็นการจัดการในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre hospital phase) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ รับรู้อาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง (Detection) (2) การเรียกขอบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับคำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการปฐมพยาบาล (Dispatch) (3) การนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ (Delivery) และการจัดการระยะในโรงพยาบาล (in hospital phase) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การประเมินผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน และคัดกรองไปในบริเวณสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (Door) (2) การรวบรวมข้อมูลจากการตรวจที่เกี่ยวข้อง การแจ้งทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Data) (3) การวินิจฉัย หาแนวทางการรักษาที่เหมาะสม รวมถึงการให้ข้อมูลและตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและญาติ (Decision) (4) การให้ยา หรือการทำหัตถการ (Drug) และ (5) การจำหน่ายผู้ป่วยไปยังหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต หรือการส่งต่อผู้ป่วย (Disposition)

3. ผลลัพธ์ (outcome) โดยการศึกษาผลลัพธ์ด้านสภาวะของอาการ คือ การประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อแรกเริ่ม และภายหลังการรักษา 24 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่สงสัยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองภายใน 4.5 ชั่วโมงและได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพ 12 ที่มีระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast tract) และมีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 30 ราย ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ (1) อายุมากกว่า 18 ปี (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันชนิดตีบตันหรืออุดตัน (3) สามารถสื่อสารได้โดยมีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ในข้อ 1a (ระดับความรู้สึกตัว) และข้อ 1b (การรับรู้เดือนและอายุ) เท่ากับ 0 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีคะแนนดังกล่าวมากกว่า 0 คะแนน ญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลแทนกลุ่มตัวอย่าง



จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่ PSU IRB 2018 – NSI 003 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับขั้นตอนที่กำหนดไว้ คือ ขออนุญาตและชี้แจงการดำเนินการวิจัยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องทราบ และขอให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยต่อผู้ป่วยและญาติก่อน หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายสิทธิของผู้ป่วยในการตอบรับเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจจึงจะขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเจ็บป่วยในครอบครัว บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง สถานที่ขณะเกิดอาการ โรคหลอดเลือดสมอง บุคคลที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น การเรียกกรรรถระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการรับรู้เกี่ยวกับระบบช่องทางทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด 7 ข้อ และแต่ละข้อคำถามจะถามทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) รับรู้ว่ามีอาการนั้นหรือไม่ (2) ประเมินว่าเป็นอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด และ (3) อาการนั้นมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจเพียงใด หาค่าความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) คำนวณค่าความสอดคล้องของการตอบซ้ำ (percent of agreement) ได้เท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามและแบบบันทึกวิธีการจัดการอาการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามขั้นตอนของกระบวนการห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke chain of survival and recovery) (Powers et al., 2018) แบ่งวิธีการจัดการเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม ได้แก่ (1) ผู้ป่วยหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ รับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมอง (2) การเรียกขอบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (3) การนำส่งโรงพยาบาลที่ศึกษาให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ (4) การจัดการอาการ โดยวิธีการอื่น ๆ และระยะโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการจัดการโดยบุคลากรทางการแพทย์แผนกฉุกเฉินและหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน 2 ข้อ การรวบรวมข้อมูล การประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การตามทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาท การส่งตรวจวินิจฉัย และการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง 6 ข้อ การประเมินหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสม การให้ข้อมูล และการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและญาติ 6 ข้อ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด 4 ข้อ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น 0 เท่ากับ ไม่ได้ใช้วิธีนั้น และ 1 เท่ากับ ใช้วิธีการจัดการนั้น คะแนนรวม เท่ากับ 0 – 23 หาค่าความเที่ยงโดยคำนวณค่า KR-20 ได้เท่ากับ .72

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสถาบันประสาทวิทยา ได้แปลเป็นภาษาไทย โดยใช้ชื่อ National Institutes of Health Stroke Scale, Thai version (NIHSS-T) ประกอบด้วยการประเมิน 11 ด้าน ได้แก่ (1) การประเมินระดับความรู้สึกตัว 3 ข้อ คือ 1a ระดับความรู้สึกตัว 1b ถามเดือนและอายุ 1c การ



หลับตาและกำมือแบมือ (2) การเคลื่อนไหวของลูกตา 1 ข้อ (3) การมองเห็น 1 ข้อ (4) การควบคุมการเคลื่อนไหว
ใบหน้า 1 ข้อ (5) การเคลื่อนไหวของแขน 1 ข้อ (6) การเคลื่อนไหวของขา 1 ข้อ (7) การประสานงานของกล้ามเนื้อ
ส่วนปลาย 1 ข้อ (8) การรับรู้ความรู้สึก 1 ข้อ (9) ความผิดปกติของการสื่อสาร 1 ข้อ (10) ความบกพร่องของการพูด 1
ข้อ และ (11) การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น 1 ข้อ

คะแนนรวมเท่ากับ 0 – 42 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเป็น 4 ระดับได้แก่
คะแนน 0 – 4 หมายถึงความรุนแรงระดับน้อย คะแนน 5 – 14 หมายถึงความรุนแรงระดับปานกลาง คะแนน 15 – 24
หมายถึงความรุนแรงระดับมาก และคะแนน 25 – 42 หมายถึงความรุนแรงระดับมากที่สุด ตรวจสอบความเที่ยงโดย
การหาความตรงกันของการประเมิน (interrater reliability) ของผู้วิจัยกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ใช้แบบ
ประเมิน วิเคราะห์ค่าความสอดคล้องตรงกันได้เท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

4. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 46 - 86 ปี อายุเฉลี่ย 65.1 ปี (SD = 12.60) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.0) และเพศชาย
(ร้อยละ 50.0) ในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 83.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อย
ละ 50.0 มีประวัติโรคประจำตัว โดยในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวจำนวน 19 ราย ร้อยละ 63.3 มีความดันโลหิตสูง
ร้อยละ 53.3 มีไขมันในเลือดสูง และร้อยละ 36.7 มีเบาหวาน ร้อยละ 43.3 มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 33.3 มีประวัติดื่ม
สุรา

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.7 เกิดอาการขณะที่อยู่บ้าน โดยร้อยละ 80.0 มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยขณะมีอาการ ร้อยละ
96.7 เริ่มจัดการด้วยการปรึกษาผู้อื่น เช่น คู่สมรส บุตร เพื่อนร่วมงาน กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 53.3 ทราบหมายเลข
โทรศัพท์ 1669 ที่ใช้เรียกรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 56.7 ไม่ทราบเกี่ยวกับระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษา
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 56.7 มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยการนำส่งของระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์การมีอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
เฉียบพลัน (N = 30)

อาการ โรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดเฉียบพลัน	ประสบการณ์การมีอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (N = 30)						
	การรับรู้ อาการ	การรับรู้ความรุนแรงของอาการ			การรับรู้ผลกระทบของอาการ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. แขนขา หรือ อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง	28 (93.3)	15 (50.0)	12 (40)	1 (3.3)	16 (53.3)	11 (36.7)	1 (3.3)
2. พูดไม่ชัด พูดสับสน พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่อง	23 (76.7)	15 (50.0)	7 (23.3)	1 (3.3)	16 (53.3)	6 (20)	1 (3.3)
3. เวียนศีรษะ เดินเซ	16 (53.3)	9 (30.0)	7 (23.3)	-	10 (33.3)	6 (20)	-



อาการ โรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดเฉียบพลัน	ประสบการณ์การมีอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (N = 30)						
	การรับรู้	การรับรู้ความรุนแรงของอาการ			การรับรู้ผลกระทบของอาการ		
	อาการ	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
4. ปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว มุมปากตก	15 (50.0)	9 (30.0)	5 (16.7)	1 (3.3)	10 (33.3)	4 (13.3)	1 (3.3)
5. ตามัว มองเห็นภาพซ้อน มองไม่เห็นข้างใดข้าง หนึ่ง	7 (23.3)	4 (13.3)	3 (10)	-	5 (16.7)	2 (6.7)	-
6. กลืนลำบาก	2 (6.7)	-	2 (6.7)	-	-	2 (6.7)	-
7. ซึม หมดสติ ไม่รู้สึกตัว	2 (6.7)	2 (6.7)	-	-	2 (6.7)	-	-

ตารางที่ 1 แสดงประสบการณ์การมีอาการ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นทันทีทันใดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.3 มีอาการอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง รองลงมาร้อยละ 76.7 มีอาการพูดไม่ชัด พูดสับสน พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่อง ร้อยละ 53.3 มีอาการเวียนศีรษะ เดินเซ และร้อยละ 50.0 มีอาการปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว มุมปากตก ส่วนอาการอื่น ๆ พบได้น้อย อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมาก ได้แก่ อาการอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) อาการพูดไม่ชัด พูดสับสน พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่อง (ร้อยละ 50.0) ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.3 รับรู้ว่ามีผลต่อร่างกายและทำให้กังวลใจมาก

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (N = 30)

วิธีการจัดการอาการในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
1. ประเมินว่าเป็นอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองและหาวิธีการนำส่ง โรงพยาบาล	19	63.3
2. เรียกรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทันที	15	50
3. นำส่งโรงพยาบาลที่มีระบบช่องทางด่วน โรคหลอดเลือดสมองภายใน 4.5 ชั่วโมง	30	100

จากตารางที่ 2 วิธีการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.3 ประเมินได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันและหาวิธีการนำส่งโรงพยาบาล แต่มีเพียงร้อยละ 50.0 ที่เรียกรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทันที อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการนำส่งโรงพยาบาลที่มีระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

ส่วนวิธีการจัดการอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันระยะในโรงพยาบาลโดยบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการจัดการอาการตามรูปแบบห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตในเกือบทุกขั้นตอน



ขกเว้นบางขั้นตอนยังได้รับการจัดการไม่ครบถ้วน ได้แก่ ระยะเวลาถึงโรงพยาบาลจนพบแพทย์ไม่เกิน 10 นาที การตรวจวินิจฉัยทางภาพถ่ายรังสีสมองภายใน 25 นาที การแปลผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองไม่เกิน 45 นาที การมอนิเตอร์ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การอธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการให้ยาละลายลิ่มเลือด การลงนามยินยอมทำการรักษา และการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะเวลาในโรงพยาบาล ($N = 30$)

วิธีการจัดการอาการระยะในโรงพยาบาล	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
1. ประเมินภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	30	100
2. ซักประวัติอาการที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ Act FAST	30	100
3. พบแพทย์ไม่เกิน 10 นาที	28	93.3
4. พบทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 15 นาที	30	100
5. วินิจฉัยทางภาพถ่ายรังสีสมองภายใน 25 นาที	24	80
6. แปลผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองไม่เกิน 45 นาที	22	73.3
7. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	30	100
8. ตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	30	100
9. ประเมินระดับความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	30	100
10. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	30	100
11. ถ่ายภาพเอ็กซเรย์ปอด	30	100
12. เปิดหลอดเลือดดำ	30	100
13. ได้รับการดูแลรักษาภาวะไอ้อย่างเหมาะสม	3	100
14. การมอนิเตอร์ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	19	63.3
15. การชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วย	30	100
16. อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับข้อดี-ข้อเสียของการให้ยาละลายลิ่มเลือด	19	63.3
17. ลงนามยินยอมทำการรักษา	19	63.3
18. ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 60 นาที	14	46.7
19. นำส่งผู้ป่วยไปยังหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใน 3 ชั่วโมง	30	100
20. ได้รับการรักษาต่อเนื่องในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	30	100

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อแรกรับ พบว่า มีคะแนนความรุนแรงระหว่าง 0 - 17 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.96 คะแนน (SD = 4.73) โดยร้อยละ 60.0 มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 มีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย และร้อยละ 10.0 มีความรุนแรงอยู่ในระดับมาก และเมื่อติดตามประเมินคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการรักษา 24 ชั่วโมง พบว่า มีคะแนนความ



รุนแรงระหว่าง 0 - 13 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 คะแนน (SD = 3.31) โดยร้อยละ 70.0 มีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย และร้อยละ 30.0 มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง ($N = 30$)

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
แรกเริ่ม		
ระดับน้อย (0 - 4)	9	30
ระดับปานกลาง (5 - 14)	18	60
ระดับมาก (15 - 24)	3	10
ระดับมากที่สุด (25 - 42)	0	0
ภายหลัง 24 ชั่วโมง		
ระดับน้อย (0 - 4)	21	70
ระดับปานกลาง (5 - 14)	9	30
ระดับมาก (15 - 24)	0	0
ระดับมากที่สุด (25 - 42)	0	0

5. การอภิปรายผล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่า เป็นวัยผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี สอดคล้องกับอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งพบในวัยผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง (สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) และพบว่าเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา (จิราพร บุญโท, 2558; ประไพ กิตติบุญกุลย์, ศิริธร ยิ่งแรงเรือง, และศุภลักษณ์ ศรีชัยญา, 2557; อุไร คำมาก, ศิริอร สินธุ, 2558)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดอาการขณะที่อยู่บ้านหรือที่ทำงาน จึงมีบุคคลที่ใกล้ชิดอยู่ด้วยขณะมีอาการ ทำให้มีผู้ช่วยเหลือในการประเมินอาการและนำส่งโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม พบว่ามีเพียงร้อยละ 53.3 ทราบหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ที่ใช้เรียกรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีเพียงร้อยละ 56.7 มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 56.7 ไม่ทราบเกี่ยวกับระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของน้อมจิต นवलเนตร์, ศศิวิมล วรรณพงษ์, และชากิยะ คามา (2558) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 12.3 เคยได้ยินคำว่าทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าร้อยละ 10 รับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองที่บ่งบอกว่าควรเข้าสู่ระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่าการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเกี่ยวกับการให้บริการระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า อาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดคือ อาการแขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรงทันทีทันใด สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, อรสา พันธุ์



ภักดี, พิศสมัย อรทัย, และดิษยา รัตนกร (2556) ที่พบว่าอาการแขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรงทันทีทันใดเป็นอาการที่พบมากที่สุด เกิดจากการอุดตันหรือการขาดเลือดของหลอดเลือดแดงส่วนกลางของสมอง (middle cerebral artery) ซึ่งมีผลให้ประสาทการสั่งงานของแขนขาด้านตรงข้ามอ่อนแรง (สายพร รัตนเรืองวัฒนา, จริยา วิฑะศุกร, ไสว นรสาร, และ ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, 2556; Squazzo et al., 2018) รองลงมาเป็นอาการพูดไม่ชัด พูดสับสน พูดไม่ได้ พูดไม่รู้เรื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการทั้งสองอาการนี้มีความรุนแรงระดับมาก มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและทำให้กังวลใจ ทั้งนี้เนื่องจากอาการอ่อนแรงของแขนขาและอาการพูดไม่ชัดส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมและการช่วยเหลือตนเอง ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นทันทีทันใด และบุคคลทั่วไปรับรู้ว่าเป็นอาการบกร่องทางระบบประสาทที่อาจทำให้อัมพาตหรือพิการได้ (จิณัฐตา คำสารักษ์, และชนกพร จิตปัญญา, 2558) อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่น้อยที่รับรู้ว่าการเหล่านี้มีความรุนแรงระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.0) และระดับน้อย (ร้อยละ 3.3) และส่งผลกระทบต่อระดับปานกลาง (ร้อยละ 36.7) และระดับน้อย (ร้อยละ 3.3) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างในจำนวนนี้อาจได้รับการรักษาล่าช้าหรือไม่ได้รับการรักษา เป็นข้อมูลสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการวางแผนส่งเสริมให้ประชาชนเข้าใจและตระหนักถึงการรับรู้อาการที่ถูกต้อง

ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีอาการแขนขาอ่อนแรงถึงร้อยละ 93.3 แต่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 63.3 ที่ประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันและหาวิธีการนำส่งโรงพยาบาลและมีเพียงร้อยละ 50.0 ที่เรียกรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทันที ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ควรนำไปปรับปรุงแนวทางการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดของประชาชน อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการนำส่งโรงพยาบาลที่มีระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ แสดงให้เห็นว่า ญาติ ผู้ใกล้ชิด เพื่อนร่วมงาน ผู้ประสบเหตุการณ์ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าถึงระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast tract) โดยเฉพาะเมื่อบุคคลที่เกิดอาการเป็นผู้สูงอายุที่อาจไม่สามารถเข้าถึงการดูแลรักษาได้ด้วยตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลที่มีระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ได้รับการจัดการอาการตามขั้นตอนของกระบวนการห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke chain of survival and recovery) อย่างไรก็ตาม ยังมีการจัดการบางขั้นตอนไม่เป็นไปตามเกณฑ์กำหนด ซึ่งควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ไปให้บุคลากรทีมสุขภาพได้สะท้อนปัญหาอุปสรรคและหาแนวทางปรับปรุงและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการรักษา 24 ชั่วโมง มีระดับความรุนแรงลดลงจากคะแนนเฉลี่ย 7.96 เป็น 3.33 คะแนน ซึ่งเป็นข้อมูลหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าการดูแลตามกระบวนการห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre hospital phase) และระยะในโรงพยาบาล (in hospital phase) โดยมีระบบการส่งต่อกันเป็นขั้นตอนตามเกณฑ์ระยะเวลาที่กำหนด เป็นวิธีการจัดการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง ได้มีโอกาสเข้าถึงการบริการระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอย่างทั่วถึงและครอบคลุมทุกพื้นที่



สำหรับแนวคิดการจัดการอาการของคอคอดและคณะ (Dodd et al., 2001) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายปรากฏการณ์ทั้งด้านการรับรู้ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยที่นำไปสู่การตัดสินใจแสวงหาการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม วิธีการจัดการที่ต้องการความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลและระยะในโรงพยาบาล และการใช้แบบประเมินโรคหลอดเลือดสมองทั้งแรกเริ่มและติดตามผลลัพธ์การดูแลรักษา ผลการศึกษาที่ได้จึงเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการบริการทั้งด้านการส่งเสริมการรับรู้ของประชาชนและเข้ารับการรักษาได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และด้านการให้บริการของสถานบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในการสรุปสถานการณ์และการนำไปใช้ประโยชน์เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก นอกจากนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังมาอาการ จึงยังไม่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาหลังจากมีอาการนานกว่า 4.5 ชั่วโมง

6. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การส่งเสริมการรับรู้ของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ ให้มีความเข้าใจอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันและวิธีการจัดการอาการในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจภายใน 4.5 ชั่วโมง

2. การร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพในการปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการระบบช่องทางด่วนการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดให้มีประสิทธิภาพ และการติดตามประเมินผลลัพธ์

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่ได้เข้ารับการรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังมาอาการ และกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาหลังจากมีอาการนานกว่า 4.5 ชั่วโมง ศึกษาวิธีการจัดการอาการที่อาจมีแตกต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์การมีอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน วิธีการจัดการ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

2. การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลและระยะในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนการวิจัย และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์. (2558). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร (Stroke Network) โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 14(1), 23-34.

การพัฒนาแบบบริการสุขภาพ. (2561). *แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. สืบค้น <http://203.157.229.18/inspec/2561/inspec1/doc22dec.pdf>.



- จิณัฐตา คำสารักษ์, และชนกพร จิตปัญญา. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(2), 107-118.
- จิราพร บุญโท. (2558). ผลการรักษาภาวะสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันโดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 297-307.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, อรสา พันธุ์กักดี, พิศสมัย อรทัย, และศิษยา รัตนากร. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(1), 15-29.
- นันทวรรณ ทิพนเนตร, และวชิร ชนะบุตร. (2559). ความรู้เรื่องความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา โรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม. สาขาเวชกิจฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- น้อมจิต นवलเนตร์, ศศิวิมล วรรณพงษ์, และชากีเย่ คามา. (2558). การรับรู้เกี่ยวกับทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(1), 57-63.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2558). โรคหลอดเลือดสมอง. ใน *ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ตำราอายุรศาสตร์ เล่ม 1* (หน้า 190-205). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภาพร ภิญโญศรี. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิสาชล นุ่มมีชัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และเขมรดี มาสิงบุญ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(3), 23-38.
- ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศิริธร ชิ่งเรงเริง, และศุภลักษณ์ ศรีชัยญา. (2557). การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 132-141.
- มณฑิรา ชนะกาญจน์, และณิชกัทร พุฒิกามิน. (2559). การรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษา และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 39(1), 70-77.
- วิภาวดี โพธิโสภา, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, และศิริอร ลินฐุ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการตอบสนองต่ออาการและระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(1), 9-20.
- สายพร รัตนเรืองวัฒนา, จริยา วิทยะศุกร, ไสว นรสาร, และชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล. (2556). ใน สูจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ชาญจิรา, อรุณศรี เตชสังข์, และสุภามาศ ผาดิประจักษ์ (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2* (หน้า 387-416). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2559). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (ฉบับสมบูรณ์ 2558)*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.



- อุไร คำมาก, ศิริอร สีนฐ. (2558). ระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดต่อการฟื้นตัวด้านระบบประสาทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(2), 106-113.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). *Stroke facts*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/stroke/facts.htm>.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Froelicher, E. S., Hummphreys, J., & Lee, K. (2001). Nursing theory and concept development or analysis advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- National Institute of Neurological Disorder and Stroke. (2014). *Preventing Stroke*. Retrieved from <https://catalog.ninds.nih.gov/pubstatic//15-3440B/15-3440B.pdf>.
- National Stroke Foundation. (2017). *Stroke symptoms*. Retrieved from <https://strokefoundation.org.au/Adout-Stroke-symptoms>.
- Nilanont, Y., Phattharayuttawat, S., Chiewit, P., Chotikanuchit, S., Limsriwilai, J., Chalernpong, L. & Pongvarin, N. (2010). Establishment of the Thai version of National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) and a validation study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93, 1-8.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K.,...Tirschwell, D. L.(2018). 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke*, 49, e46–e99. DOI: 10.1161/STR.000000000000158.
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culbras, A...Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century. *Stroke*, 44, 2064-2089. doi: 10.1161/STR.0b013e318296aeca.
- Squazzo, K., Kogut, H., Tscheschlog, B., Gray, L., Bellus, M., Mallon, T.,...Schlesinger, K. (2018). *Critical Care Nursing A Holistic Approach* (11th ed., pp. 690-700). China, Wolters Kluwer.