



ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลบ้านแหลม: การวิจัยผสมผสานวิธี
Factors Influencing Early Hospital Arrival within 3 Hours among
Acute stroke Patients in Banlaem Hospital: A Mixed Methods Research

ชาติชาย หล้าแหล่ง¹

Chatchay Lalang

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์^{2*}

Churairat Duangchan

Corresponding author E-mail: julyratana@gmail.com

(Received: April 12, 2024; Revised: November 10, 2024; Accepted: December 28, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานวิธีแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านแหลม ระหว่างปี 2562-2566 จำนวน 157 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ญาติ ผู้นำชุมชน และบุคลากรสุขภาพ จำนวน 28 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่มีคะแนนประเมินระบบประสาทระดับปานกลาง-มาก อาการปากเบี้ยว และแขนขาอ่อนแรง มีโอกาสมารับการรักษาทันเวลา 20.51, 2.63 และ 2.62 เท่า ตามลำดับ และสามารถร่วมทำนายการมารับการรักษาทันเวลา ร้อยละ 24.10 ($R^2 = .241, p < .05$)

2. ปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมารับการรักษาทันเวลา ภายใน 3 ชั่วโมง ได้แก่ 1) การรู้จักอาการเตือน ความรุนแรง และผลกระทบของการรักษาไม่ทันเวลา 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง และ 3) ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากคนในครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข

หน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความตระหนักรู้ความรุนแรง และสัญญาณเตือนของโรค สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน เพื่อลดผลกระทบ และการเสียชีวิต

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน การรักษาทันเวลา ตระหนักรู้สัญญาณเตือน

¹ นักวิชาการสาธารณสุข (ชำนาญการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

Public Health Technical Officer (Professional Level), Phetchaburi Provincial Public Health Office

^{2*} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Phachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Abstract

This research is a sequential explanatory mixed-methods design that aims to investigate factors influencing timely treatment for acute ischemic stroke patients. Data from the medical records of 157 individuals treated at the Emergency Department of Ban Laem Hospital between fiscal years 2019-2023. Data was collected through focus groups of 28 acute stroke patients, their relatives, community leaders, and healthcare professionals. Data were analyzed by using logistic regression, and qualitative data were analyzed by using content analysis. The findings as follows:

1. Patients with acute stroke with moderate- severe neurological assessment scores, facial droop, and limb weakness had a chance of receiving treatment in time at 20.51, 2.63, and 2.62 timely respectively, and combined predictive timely treatment at 24.10% ($R^2 = .241, p < .05$).

2. Factors that encourage patients with acute stroke to seek treatment in time within 3 hours include: 1) knowing the warning symptoms, severity, and impact of untimely treatment, 2) changing health behaviors of risk groups, and 3) receiving social support from family members, communities, and public health personnel.

Primary health care units can use this as a guideline for designing activities to promote health behavior change and raise awareness of disease severity and warning signs for high-risk patients, with family and community participation to reduce impact and mortality.

Keyword: Acute ischemic stroke, Early hospital arrival, Warning signs awareness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขระดับโลก เป็นสาเหตุของการตาย ความพิการ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียความสามารถทางกาย มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวัน พร่องความสามารถในการรู้คิด มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และมีภาวะซึมเศร้า (Lo et al., 2022; Ytterberg et al., 2022) การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง พ.ศ.2552-2564 ของประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้น ระหว่าง 72.33–328.00 ต่อประชากรแสนคน และประเภทที่มีการตีบของหลอดเลือดสมอง ระหว่าง 90.37–222.73 ต่อประชากรแสนคน (Tiamkao et al., 2022)

การตีบของหลอดเลือดสมอง มีการรักษาหลักคือ การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (recombinant tissue plasminogen activator: rtPA) ปัจจุบันได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้มีการเข้าถึงและขยายขอบเขตการใช้ยาครอบคลุมจนถึงโรงพยาบาลระดับจังหวัด ส่งผลให้ในช่วง 13 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา rtPA และมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น (Tiamkao et al., 2022) ร่วมกับการมีระบบช่องทางด่วน (stroke fast tract) เพื่อให้การรักษาที่สะดวกและครอบคลุม ซึ่งรวมถึงการสร้างหน่วยรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) การบริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และศูนย์รับส่งต่อ (stroke center) ในระดับภูมิภาค จึงสามารถประเมินและวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่จะได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดลดลง (Phongphuttha & Tiamkao, 2021) การมารักษาทันเวลาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จากการวิจัยพบว่า การมารักษาหลังจากเกิด



โรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 4.5 ชั่วโมง ทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง (Fladt et al., 2019) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการ จนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (onset-to-needle time) สำหรับประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งที่มารับการรักษาไม่ทันตามเวลา (Rakchue & Poonphol, 2019)

การมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้สัญญาณเตือนของโรคตามหลัก “BE FAST” (B = balance การทรงตัวไม่ได้ เดินเซ E = eye การมองเห็นผิดปกติ ตามัว F = face กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง A = arm แขน ขาอ่อนแรง S = speak การพูดลำบาก และ T = time การรู้เวลาที่เกิดอาการ) (Aroor et al., 2017) การรับรู้อาการ และความรุนแรงของโรค (Charmanpoh et al., 2020; Pinta, 2021) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น อายุ สถานภาพสมรส (Sonti et al., 2022) และการมีโรคประจำตัว ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความดันโลหิตสูงที่คุมไม่ได้ (Temprom et al., 2021) รวมทั้ง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสะดวกและการเข้าถึงบริการ เช่น พาหนะในการเดินทาง (Rakchue & Poonphol, 2019; Soto-Cámara et al., 2019) และระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 10 กิโลเมตร (Hassan & Yucel, 2022) ปัจจัยเหล่านี้มีความแตกต่างกันไปตามลักษณะประชากร สภาพภูมิศาสตร์ บริบท และสภาพแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ (Pinta, 2021) โรงพยาบาลบ้านแหลม เป็นโรงพยาบาลชุมชน (F2) มีขีดจำกัดในการให้ยา rtPA จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีศักยภาพสูงกว่า คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (patient care team: PCT) จึงได้กำหนดเกณฑ์ระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาล ภายใน 3 ชั่วโมง และต้องมีจำนวนผู้ป่วยมาทันเวลามากกว่าร้อยละ 80 แต่จากข้อมูลย้อนหลัง ปี 2563 - 2566 พบเพียงร้อยละ 35, 25, 40, และ 46 แม้ว่าตัวเลขจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง คัดเลือกตัวแปรตามแนวคิด PRECEDE Model เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (multiple factors) ทั้งปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) (Green & Kreuter, 2005 as cited in Ua-Kit & Pensri, 2019) ผลการวิจัยที่ได้คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผน และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วภายใน 3 ชั่วโมง เพื่อลดผลกระทบและการเสียชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลบ้านแหลม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลบ้านแหลม
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านแหลม ทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง และอาการ/อาการแสดงของโรค คือ แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดลำบาก/ไม่ชัด อาการสับสน ความดันโลหิต และคะแนนประเมินระบบประสาท (GCS) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลบ้านแหลม

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง และสิทธิการรักษา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลบ้านแหลม

3. ปัจจัยนำ ได้แก่ บุคคลที่อยู่ด้วยเมื่อเกิดอาการ ระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลบ้านแหลม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล และปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมารับการรักษาทันเวลา เป็นไปตามแนวคิด PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005 as cited in Ua-Kit & Pensri, 2019) เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (multiple factors) จำแนกเป็น 1) ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง และอาการ/อาการแสดงของโรค คือ แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดลำบาก/ไม่ชัด อาการสับสน ความดันโลหิต และคะแนนประเมินระบบประสาท (Glasgow Coma Score: GCS) 2) ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการ ได้แก่ พาหนะในการเดินทาง และสิทธิการรักษา และ 3) ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยภายนอกจากบุคคลที่มีอิทธิพลในการมารับการรักษา ได้แก่ บุคคลที่อยู่ด้วยเมื่อเกิดอาการ และระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และกำหนดระยะเวลาการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยนับระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการ จนได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ไม่เกิน 3 ชั่วโมง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยผานวิธีแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (mixed methods research: explanation sequential design) ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจศึกษาย้อนหลังแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (retrospective case-control study) รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านแหลม ระหว่างปี 2562-2566 จำนวน 270 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านแหลม ระหว่างปีงบประมาณ 2562-2566 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับ logistic regression เป็นการทดสอบสองทาง กำหนดค่า Odd ratio เท่ากับ 22.87 (Sonti et al., 2022) กำลังการทดสอบ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น เท่ากับ 0.50 กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแบบ unmatched case-control เท่ากับ 1:2 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น case เท่ากับ 52 คน และ control เท่ากับ 104 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป และ 2) มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วน และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะนำส่งตัว จัดทำรายการเวชระเบียนจำแนกเป็นกลุ่ม case และ control เรียงลำดับตามช่วงเวลาที่ได้รับ การรักษา และทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก



ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาทันเวลา ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 5 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านแหลม 2) จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 6 เดือน 3) มีคะแนนดัชนีบาร์เธล (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) 12 คะแนนขึ้นไป และ 4) ยินดีให้ข้อมูล และมีเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ย้ายที่อยู่ เสียชีวิต มีการป่วยซ้ำหรือมีภาวะแทรกซ้อนจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ตัวแทนญาติผู้ป่วย จำนวน 5 คน เป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยขณะมีอาการ หรือนำส่งโรงพยาบาล หรือให้การดูแลหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนและบุคลากรสุขภาพ จำนวน 9 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่จากกองสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน อาสาสมัครกู้ชีพจากมูลนิธิ 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน และพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบ้านแหลม 2 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการให้การดูแล/รณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 2) ยินดีให้ข้อมูล และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ติดภารกิจจะทันหัน จนไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ตามวันเวลาที่กำหนดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เป็นแบบตรวจรายการ ระบุใช่และไม่ใช่ และเติมตัวเลข ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง อาการ/อาการแสดงของโรค ความดันโลหิต คะแนนประเมินระบบประสาท พาหนะในการเดินทาง สิทธิการรักษา ที่อยู่หรือสถานที่ที่พบผู้ป่วย (คำนวณระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล) และระยะเวลาที่ระบุอาการสำคัญ (สำหรับระบุระยะเวลาการรักษาทันเวลา)

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพเป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมารับการรักษาทันเวลา ตามแนวคิด PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005 as cited in Ua-Kit & Pensri, 2019) โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) ท่านรู้จักโรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณเตือน และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ท่านคิดว่าหากมาโรงพยาบาลได้ทันเวลา มีความสำคัญ และความจำเป็นอย่างไร 3) ท่านสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมารับการรักษาทันได้อย่างไร และทำอย่างไร จึงทำให้ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้ทันเวลา และ 4) ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้าง ที่ช่วยส่งเสริม/สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาได้ทันเวลา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลและแนวคำถามในการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และด้านการวิจัย มีคะแนนความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการและวัตถุประสงค์การวิจัย (index of item objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.66-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแหลม ในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลและเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล

2. ติดต่อประสานงานนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับการสนทนากลุ่ม และการขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียง และภาพขณะดำเนินการสนทนากลุ่ม
3. ดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group) ที่ห้องประชุมของโรงพยาบาล แยกเป็น 2 กลุ่ม
 - 1) ผู้ป่วยและญาติ
 - 2) ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยนัดหมายวัน เวลาต่างกัน ใช้เวลาสนทนากลุ่มจนข้อมูลอิ่มตัว
4. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการมารับการรักษาทันเวลา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแต่ละปัจจัยกับการมารับการรักษาทันเวลา เป็นการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) ใช้ค่าสถิติ Crude Odds Ratio (OR_{crud}) และค่าความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval (CI) แล้วนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์มาวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) แบบ Binary logistic regression
3. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการจัดระเบียบข้อมูล การแสดงข้อมูล และการหาข้อสรุป ตามแนวทางของ Miles & Huberman (1994) และทำการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) โดยการสะท้อนคิดร่วมกับทีมผู้ร่วมทำวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PBEC No. 47/2566 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2566 การวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อย ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักความเคารพในบุคคล กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมให้ข้อมูลโดยสมัครใจและสามารถถอนตัวโดยไม่ส่งผลใดๆ ต่อการมารับบริการ ข้อมูลวิจัยถือเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลบ้านแหลม ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ คะแนนในการประเมินระบบประสาท (GCS) รุนแรงปานกลาง-มาก ความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 110 mmHg อาการปากเปี้ยว อาการแขนขาอ่อนแรง อาการพูดลำบาก/ไม่ชัด ($OR_{crude} = 9.37, 2.39, 2.37, 2.02$ และ 2.01 ตามลำดับ) ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลา ภายใน 3 ชั่วโมง รายละเอียด ดังตาราง 1



ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านแหลม ($n = 157$)

ตัวแปร	ภายใน 3 ชม. ($n = 52$)		มากกว่า 3 ชม. ($n = 104$)		OR_{Crude}	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ปัจจัยนำ							
เพศ							
ชาย	29	32.20	61	67.80	1.12	.57-2.20	.731
หญิง	23	34.80	43	65.20			
อายุ							
น้อยกว่า 60 ปี	36	35.30	66	64.70	.77	.37-1.57	.476
มากกว่า 60 ปี	16	29.60	38	70.40			
สถานภาพสมรส							
มีคู่สมรส	14	37.80	23	62.20	.77	.35-1.66	.506
ไม่มีคู่สมรส	38	31.90	81	38.10			
โรคประจำตัว							
มี	18	31.60	39	68.40	1.13	.56-2.27	.724
ไม่มี	34	34.30	65	65.70			
ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง							
มี	4	26.70	11	73.30	.71	.21-2.33	.566
ไม่มี	48	34.00	93	66.00			
อาการแขนขาอ่อนแรง							
มี	32	25.60	46	74.40	2.02*	1.02-3.98	.043
ไม่มี	20	41.00	58	59.00			
อาการปากเบี้ยว							
มี	23	46.90	26	53.10	2.37*	1.17-4.81	.016
ไม่มี	29	27.10	78	72.90			
อาการพูดลำบาก/ ไม่ชัด							
มี	30	41.70	42	58.30	2.01*	1.02-3.95	.042
ไม่มี	22	26.20	62	73.80			
อาการสับสน							
มี	20	39.20	31	60.80	1.47	.73-2.96	.279
ไม่มี	32	30.50	73	69.50			
ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)							
มากกว่า 180	17	37.00	29	63.00	1.25	.61-2.58	.535
ต่ำกว่า 180	35	31.80	75	68.20			

ตัวแปร	ภายใน 3 ชม.		มากกว่า 3 ชม.		OR _{Crude}	95%CI	p-value
	(n = 52)		(n = 104)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)							
มากกว่า 110	14	50.00	14	50.00	2.39*	1.03-5.44	.041
ต่ำกว่า 110	38	29.70	90	70.30			
คะแนนประเมินระบบประสาท (GCS)							
รุนแรงปานกลาง-มาก	8	80.00	2	20.00	9.27**	1.89-45.43	.006
รุนแรงน้อย	44	30.10	102	69.90			
ปัจจัยเอื้อ							
พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง							
บริการ 1669	11	35.50	20	64.50	1.12	.49-2.57	.777
พาหนะส่วนตัว/รับจ้าง	41	32.80	84	67.20			
สิทธิการรักษา							
ประกันสุขภาพ	39	33.05	79	66.95	1.05	.48-2.28	.895
ประกันสังคม/ข้าราชการ	13	34.21	25	65.79			
ปัจจัยเสริม							
บุคคลที่อยู่ด้วยเมื่อเกิดอาการ							
คนในครอบครัว	47	34.30	90	65.70	1.46	.49-4.30	.491
บุคคลอื่น	5	26.30	14	73.70			
ระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาล							
น้อยกว่า 10 กิโลเมตร	24	46.15	28	53.85	1.48	.75-2.92	.248
มากกว่า 10 กิโลเมตร	34	34.00	66	66.00			

คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ทั้ง 5 ตัวแปร เพื่อการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบ Enter พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายแตกต่างจากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 29.73$, $p < .001$) เมื่อพิจารณาค่า OR_{adjust} พบว่า ผู้คะแนนประเมินระบบประสาท (GCS) ระดับปานกลาง-มาก มีโอกาสมารับการรักษาทันเวลามากกว่าในระดับรุนแรงน้อย 20.51 เท่า ($OR_{adj} = 20.51$, $CI = 3.58-117.44$) การมาโรงพยาบาลด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง มีโอกาสมารับการรักษาทันเวลามากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ 2.62 เท่า ($OR_{adj} = 2.62$, $CI = 1.20-5.70$) และอาการปากเบี้ยว มีโอกาสมารับการรักษาทันเวลามากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ 2.63 เท่า ($OR_{adj} = 2.63$, $CI = 1.19-5.78$) ทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลบ้านแหลม ได้ร้อยละ 24.10 ($R^2 = .241$) และทำนายได้ถูกต้อง 73.70% รายละเอียด ดังตาราง 2



ตาราง 2 สัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติก การมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านแหลม ($n = 157$)

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	p-value	OR _{adj}	95% CI
คะแนนประเมินระบบประสาท (GCS) ระดับปานกลาง-มาก	3.02	.89	11.51	.001	20.51**	3.58-117.44
ความดันโลหิตตัวล่าง มากกว่า 110 mmHg	.45	.48	.86	.353	1.57	.60-4.06
อาการแขนขาอ่อนแรง	.96	.39	5.93	.015	2.62*	1.20-5.70
อาการปากเบี้ยว	.96	.40	5.80	.016	2.63*	1.19-5.78
อาการพูดลำบาก/ ไม่ชัด	.73	.39	3.38	.066	2.08	.95-4.55
Constant	-2.21	.42	27.72	.000		

Chi-square (χ^2) 29.73, $p < .001$, Nagelkerke $R^2 = .241$, Percentage correct = 73.70

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

2. ปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านแหลมทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง มีผลการวิจัย ดังนี้

2.1 รู้จักอาการเตือนที่เป็นสัญญาณของโรคที่ต้องมาโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว และรับรู้ความรุนแรง/ผลกระทบของการรักษาไม่ทันเวลา ดังข้อมูลต่อไปนี้

“รู้มาว่าถ้าคนในบ้านโทรไปหา แล้วพูดไม่รู้เรื่อง เอ้อ ๆ อ่า ๆ ให้คิดนิดนึงว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือเปล่า พอลูกสะใภ้โทรบอกว่าลูกชายพูดไม่ชัด เลยรีบพามาโรงพยาบาล” (ญาติ)

“ยืนอยู่ดี ๆ ก็ล้มลงไปเองครับ พอลูกนั่งปั๊มน้ำ ปากก็เริ่มเบี้ยว แขนเริ่มไม่มีแรง เหวี่ยงออกเห็นท่าไม่ดี ผมก็บอกแฟนเลยว่ามาโรงพยาบาลเถอะ มาให้เร็ว” (ผู้ป่วย)

“เรียนรู้ในตำราว่ามีปากเบี้ยวแขนขาอ่อนแรง แต่พอเจอกับคนใกล้ตัว พ่อสามีอยู่ๆ ไม่พูดอย่างเดียว เอาแต่สะบัดหน้าหนี เราก็กังเลว่าจะนอนลูกหรือเปล่า แต่ก็ตัดสินใจไปโรงพยาบาลก่อน” (เจ้าหน้าที่)

“เราเห็นสภาพเขาแล้ว จากใช้ชีวิตประจำวันดี ๆ แล้วต้องมานอน กินข้าวกินน้ำ ก็ต้องรอคนอื่นมาป้อน” (ญาติ)

“มันเป็นภัยเงียบครับ พอเป็นแล้ว ถึงจะรู้ว่ามันหนักหนาสาหัสขนาดไหน ต้องนอนติดเตียงอยู่เป็นเดือน มันเป็นเรื่องของคนอื่น เราก็ต้องฟื้นฟูร่างกายให้กลับมา แต่ยังไงก็ไม่เท่าเดิม” (ผู้ป่วย)

2.2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันต้องมีความสามารถในการจัดตนเองที่ดี เพื่อปรับเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งการรักษาต่อเนื่อง การรับประทานอาหารและยา การพักผ่อน และการออกกำลังกายควบคุมน้ำหนัก ดังข้อมูลต่อไปนี้

“คนไข้ที่เป็นความดันโลหิตสูง อย่าคิดว่าอายุไม่เยอะ คงไม่เป็นอะไร ต้องไม่ประมาท และรักษาต่อเนื่อง” (อสม.)

“ผมเป็นความดันครับ แรกๆ ก็ตั้ง 170- 180 กินยาแล้ว วัดแล้วก็ลง 120 กว่าบ้าง 130-140 บ้าง ก็คิดว่าหายแล้ว อะไรอย่างนี้ ตอนนี้รู้แล้วว่า เป็นแล้วต้องกินยาตลอดชีวิต” (ผู้ป่วย)

“การออกกำลังกายสำคัญมากอันนี้ ต้องพยายามคุมน้ำหนัก ไขมัน ให้เวลาดูแลตัวเอง” (ผู้ป่วย)

“เดิมทีลูกสาวเขาเป็นคนกินเก่งนะครับ ผมก็จะมีของมาฝากเขา ข้าวมันไก่ ขาหมูร้านนี้ก็อร่อย แต่พอมาเขาเป็นโรคนี้แล้ว ตัวผมเองไปงานเลี้ยงงานแต่งงานอะไร เจอพวกนี้ จะผลักออกไปหมด กินผักอย่างเดียว ไปเลี้ยงรุ่นผมก็ดื่มน้ำเปล่า” (ญาติ)

“อย่าละเลยการกินยา การหาหมอ อย่าคิดว่าไม่เป็นอะไร แค่เครียด อดนอน ปวดหัวธรรมดา ไม่ต้องกินยาก็ได้ เดียวนอนพักก็หาย ควรจะตรวจสุขภาพประจำปี โดยเฉพาะใครที่เป็นความดัน เบาหวาน อันตรายนะโรค” (ผู้ป่วย)

2.3 การสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทั้งในด้านข้อมูลความรู้ ช่องทางการสื่อสารเกี่ยวกับโรค เครือข่ายความร่วมมือ และการเข้าถึงการบริการ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ต้องสื่อสารกันในครอบครัว ตั้งเบอร์ฉุกเฉินไว้ ถ้าโทรไปแล้วพูดไม่รู้เรื่อง ให้นึกไว้ก่อน” (ญาติ)

“คนที่เขามีสติจะบอกเรา คนใกล้ตัวนี้แหละ ต้องรู้ และพามาโรงพยาบาลให้ไว” (ญาติ)

“ปัจจัยที่ทำให้คนไข้โรคเรื้อรังไม่ค่อยมาคือ การรอนาน ก็ไปคลินิกมันไว แต่ไปนานๆ เข้าเริ่มไม่ไหวกับค่ายา ตอนนี้มีหมอมาให้เจอทุกเดือน มีนักกายภาพ มี อสม. คอยวัดความดันที่บ้านให้ ก็เริ่มกลับมารักษาต่อเนื่อง” (พยาบาล รพ.สต.)

“ทาง อบต. ก็สนับสนุนด้านงบประมาณ และให้ อสม.ลงพื้นที่รณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง” (สมาชิก อบต.)

“เราต้องพัฒนาในเรื่องของเพิ่มแกนนำสุขภาพในชุมชน เพื่อจะได้ลงไปดูแลคนในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น” (จนท.กองทุนสุขภาพ)

“เราเป็นหน่วยสนับสนุนช่องทางสื่อสารให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้านเรื่อยๆ ครับในพื้นที่ก็ทำงานร่วมกันได้ค่อนข้างดี และ อสม.มีส่วนสำคัญมากในยุคนี” (ผู้ใหญ่บ้าน)

“หากไม่รู้จะมายังไง ให้เรียก 1669 ทางโรงพยาบาลเรารับเสมอ หรือถ้าพามาเองได้ให้มาโดยเร็วที่สุด” (พยาบาล)

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลบ้านแหลม พบว่า คะแนนประเมินระบบประสาท (GCS) ระดับรุนแรงปานกลาง-มาก มีโอกาสมารับการรักษาทันเวลามากกว่าในระดับรุนแรงน้อย 20.51 เท่า อาการแขนขาอ่อนแรง มีโอกาสมารับการรักษาทันเวลามากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ 2.62 เท่า และอาการปากเบี้ยวมีโอกาสมารับการรักษาทันเวลามากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ 2.63 เท่า ทั้ง 3 ตัวแปรเป็นด้านปัจจัยนำตามแนวคิด PRECEDE Model (Ua-Kit & Pensri, 2019) ซึ่งอาการแขนขาอ่อนแรง และปากเบี้ยวเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาณเตือนของโรคตามหลัก “BE FAST” เป็นอาการที่ทำให้ญาติตัดสินใจพามาโรงพยาบาลและเป็นอาการแรกเริ่มที่พบมากที่สุด ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน” (Aroor et al., 2017; Noommeechai et al., 2017) การรับรู้อาการเตือนเป็นไปตามแนวทางแห่งการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke chain of survival and recovery) ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ รับรู้อาการและอาการแสดงของโรค (detection) และประเมินได้ว่าน่าสงสัยจะเป็นโรคนีจึงนำส่งโรงพยาบาลได้ทันเวลา



(Charmnanpoh et al., 2020) และตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) เชื่อว่าเมื่อมีอาการผิดปกติบุคคลหรือผู้ช่วยเหลือ จะรับรู้และพิจารณาความรุนแรง ผลกระทบ ภาวะคุกคามต่อชีวิต แล้วค้นหาการจัดการที่ดีเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ปกติ อย่างไรก็ตาม พบว่า ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลล่าช้าด้วยเหตุของการรุดูอาการ และไม่ทราบสัญญาณเตือนของโรค (Potisopha et al., 2015)

คะแนนประเมินระบบประสาท (GCS) ในระดับรุนแรงปานกลางถึงมาก (คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน) สามารถทำนายได้สูงสุดถึง 20 เท่า ซึ่งประเมินจากการลืมตา การพูดสื่อสาร และการเคลื่อนไหวที่แผนกฉุกเฉิน (in-hospital) ที่ถือเป็นตัวบ่งชี้การบาดเจ็บของสมองและมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Temprom et al., 2021) และสามารถทำนายการมารับการรักษาทันเวลา (Pinta, 2021) ค่าความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่า 110 mmHg เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลา แต่ไม่สามารถร่วมทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวมาก่อน จึงมีการติดตามค่าความดันโลหิตด้วยเองที่บ้าน (Sumthong et al., 2019)

2. ปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมารับการรักษาทันเวลา ภายใน 3 ชั่วโมงจากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยและญาติ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และบุคลากรสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า

การรู้จักอาการเตือน/ อาการที่ควรมาโรงพยาบาลทันที สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่าอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตาม “FAST” หรือ “BE FAST” สามารถทำนายการมารับการรักษาทันเวลา เป็นตัวแปรในด้านปัจจัยนำ ตามแนวคิด PRECEDE Model ซึ่งช่วยชักนำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ทันเวลา (Charmnanpoh et al., 2020) เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรง/ ผลกระทบที่เกิดขึ้นสามารถกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการจัดการนำส่งผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker et al., 1977) ด้านของการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูงจะมีโอกาสมารับการรักษาทันเวลาถึง 65 เท่า (Sonti et al., 2022) และจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันซ้ำ (Temprom et al., 2021) นอกจากนี้ พบว่า การสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการเสริมพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนสามารถป้องกันโรคได้ (Hirunchunha et al., 2021) โดยการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ ช่องทางการสื่อสารเกี่ยวกับโรค และเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน สอดคล้องกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (social support theory) ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ และการใช้บริการด้านสุขภาพ (Becker et al., 1977) และส่งผลดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ และช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและการกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่คุมไม่ได้ (Ambarika & Anggraini, 2022; Wongchana et al., 2022)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จัดช่องทางบริการให้ข้อมูลข่าวสารทั้งในสถานบริการ และในชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้สัญญาณเตือนและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การตระหนักรู้ในความรุนแรง และสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างยั่งยืนและการวัดผลลัพธ์ต่อเนื่องในระยะยาว

References

- Ambarika, R., & Anggraini, N. A. (2022). Family support for prevention of recurrent stroke events for stroke patients. *Journal of Global Research in Public Health*, 7(1), 8-16.
- Aroor, S., Singh, R., & Goldstein, L. B. (2017). BE-FAST (balance, eyes, face, arm, speech, time) reducing the proportion of strokes missed using the FAST mnemonic. *Stroke*, 48(2), 479-481.
- Becker, M. H., Haefner, D. P., Kasl, S. V., Kirscht, J. P., Maiman, L. A., & Rosenstock, I. M. (1977). Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical Care*, 15(5), 27-46.
- Charmnanpoh, R., Sangchan, H., & Chinnawong, T. (2020). Relationship between symptom experiences, symptom management, and stroke severity of patients with acute ischemic stroke. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(1), 140-153. (in Thai)
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Fladt, J., Meier, N., Thilemann, S., Polymeris, A., Traenka, C., Seiffge, D. J., ..., & De Marchis, G. M. (2019). Reasons for prehospital delay in acute ischemic stroke. *Journal of the American Heart Association*, 8(20), 013101.
- Hassan, M. S., & Yucel, Y. (2022). Factors influencing early hospital arrival of patients with acute ischemic stroke, cross-sectional study at teaching hospital in Mogadishu Somalia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 2891-2899.
- Hirunchunha, S., Tubtheing, W., Thongtumlueng, M., Sureluangkajorn, O., & Balthip, K. (2021). The empowerment of family and community participation model for health behavioral modification to prevent cerebrovascular disease among at risk group: A case study at Ban Phrao Sub-district, Pa Phayom District, Phatthalung Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(1), 115-127. (in Thai)
- Lo, J. W., Crawford, J. D., Desmond, D. W., Bae, H. J., Lim, J. S., Godefroy, O., ... & STROKOG Collaboration. (2022). Long-term cognitive decline after stroke: an individual participant data meta-analysis. *Stroke*, 53(4), 1318-1327.
- Noommeechai, N., Samartkit, N., & Masingboon, K. (2017). Factors related to response to stroke symptoms in family members of patients with acute ischemic stroke. *Journal of Nursing and Education*, 10(3), 23-38. (in Thai)
- Phongphuttha, W., & Tiamkao, S. (2021). Outcome of stroke fast-track patients' arrival by emergency medical services. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 104(1), 88-93.



- Pinta, P. (2021). Predictive factors of stroke patients who arrival to hospital in golden periods. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 4(3), 46-58. (in Thai)
- Potisopha, W., Utriyaprasit, K., & Sindhu, S. (2015). Relationships among response to symptoms and hospital arrival time of acute stroke patients. *Journal of Nursing Science & Health*, 38(1), 9-20. (in Thai)
- Rakchue, P., & Poonphol, S. (2019). Factor influencing pre-hospital delay among acute ischemic stroke patients in Rajavithi Hospital. *Journal of Thai Stroke Society*, 18(1), 5-13.
- Sonti, S., Noppakhun, T., & Duangchan, C. (2022). Factors influencing early hospital arrival among acute ischemic stroke patients in Hua Hin Hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 5(3), 24-38. (in Thai)
- Soto-Cámara, R., González-Santos, J., González-Bernal, J., Martín-Santidrian, A., Cubo, E., & Trejo-Gabriel-Galán, J. M. (2019). Factors associated with shortening of prehospital delay among patients with acute ischemic stroke. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1712. <https://doi.org/10.3390/jcm8101712>
- Sumthong, P., Suthiphongkiart, B., Kleebpratoom, P., & Oadpakdee, W. (2019). The Effect of home blood pressure monitoring program applying transtheoretical model and social support power in hypertensive patients, Angthong Hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 2(1), 1-14. (in Thai)
- Temprom, P., Phonphet, C., Suwanno, J., Chaimay, B., & Woradet, S. (2021). Prevalence of high risk of recurrent stroke and factors associated with high risk of recurrent stroke among acute ischemic stroke patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(2), 59-72. (in Thai)
- Tiamkao, S., Ienghong, K., Cheung, L., Çelebi, İ. S. M. E. T., Suzuki, T., & Apiratwarakul, K. (2022). Stroke incidence, rate of thrombolytic therapy, mortality in Thailand from 2009 to 2021. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10, 110-115. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8051>
- Ua-Kit, N., & Pensri, L. (2019). Utilization of the PRECEDE model in health promotion. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(1), 28-48. (in Thai)
- Wongchana, T., Pattanathaburt, P., & Noosorn, N. (2022). Factors affecting stroke prevention behavior among uncontrolled-hypertensive patients in Muang district, Phitsanulok province. *Disease Control Journal*, 48(2), 293-306. (in Thai)
- Ytterberg, C., Cegrell, L., von Koch, L., & Wiklander, M. (2022). Depression symptoms 6 years after stroke are associated with higher perceived impact of stroke, limitations in ADL and restricted participation. *Scientific Reports*, 12(1), 7816. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11097-9>.