



Journal of **Thai Stroke Society**

วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย

Volume 25 Number 2 May - August, 2026

Highlights

- 5 Outcomes of Adherence to Clinical Practice Guidelines for Dysphagia Rehabilitation Among Stroke Patients: A Retrospective Analysis
- 18 Experiences, Needs, and Barriers in Stroke Recovery among Working-Age Patients and Their Caregivers: A Transition from Hospital to Home
- 32 The Study of the Coordination Time for Stroke Patients Referred to Ramathibodi Hospital

PLETAAL[®] SRcap.¹

(cilostazol 100mg)

Strengthening Stroke Strategy



2024 Thai Stroke Guidelines²

Recommendations for secondary stroke prevention

❶ The addition of cilostazol 200 mg/day to aspirin or clopidogrel might be considered to reduce recurrent stroke risk in patients with moderate-to-severe TIA or ischemic stroke.

❶ Cilostazol 200 mg/day as an antiplatelet monotherapy.

COR LOE

II B

II B

Recommendations for acute ischemic stroke treatment

❶ Cilostazol 200 mg/day as an antiplatelet monotherapy in aspirin-allergic patients or aspirin-resistant patients with brain infarction.

COR LOE

II B

2021 AHA/ASA Guidelines³

Recommendations for secondary stroke prevention

❶ The addition of cilostazol 200 mg/day to aspirin or clopidogrel might be considered to reduce recurrent stroke risk in patients with stroke or TIA attributable to 50–99% stenosis of a major intracranial artery.

COR LOE

2b C-LD

Adding cilostazol to long-term DAPT with either aspirin or clopidogrel in high-risk patients significantly reduces recurrent ischemic stroke compared to antiplatelet monotherapy⁴⁻⁶



Including patients with stroke and ICAS⁵, as well as those with Lacunar Stroke⁶



No evidence of a higher risk of severe or life-threatening bleeding with DAPT than with monotherapy⁴⁻⁶

2024 Thai Stroke Guidelines
Class of Recommendation
II: conditional recommend

Level of Evidence
B: moderate quality

Abbreviations

AHA/ASA, American Heart Association/American Stroke Association; COR, class of recommendation; DAPT, dual antiplatelet therapy; ICAS, intracranial arterial stenosis; LOE, level of evidence; TIA, transient ischemic attack; SR, sustained release.

References

1. Prescribing information of PLETAAL[®] SR capsule 100 mg (Revision Date: August 2023). 2. Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke 2024, 1st ed. Bangkok, TH: Neurological Institute of Thailand; 2025. 3. Kleindorfer DO, et al. Stroke. 2021;52(7):e364–e467. 4. Toyoda K, et al. Lancet Neurol. 2019;18(6):539–548. 5. Uchiyama S, et al. J Am Heart Assoc. 2021;10(20):e022575. 6. Nishiyama Y, et al. Stroke. 2023;54(3):897–705.

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ๒๕-174/2569

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา PLETAAL[®] SR CAPSULE (CILOSTAZOL) 100 mg ระบุบนยาเลขที่ 1C 137/58(N)

ความถูกต้องของโฆษณาเป็นความรับผิดชอบของผู้โฆษณา มิได้ดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

PLETAAL[®] SR Capsule 1 capsule contains 100 mg of cilostazol. **Indications:** PLETAAL[®] SR Capsule is indicated in adult for the treatment of ischemic symptoms, including ulceration, pain, and coldness of the extremities, in chronic arterial occlusion, for the prevention of recurrence of cerebral infarction (excluding cardiogenic cerebral embolism). **Dose administration:** The usual adult dose of PLETAAL is 200 mg of cilostazol, once daily, by the oral route. This drug is taken on an empty stomach without food. **Contraindications:** 1. Patients with hemorrhage (e.g., hemophilia, increased capillary fragility, intracranial hemorrhage, hemorrhage in the digestive tract, hemorrhage in the urinary tract, hemoptysis, and hemorrhage in the vitreous body) (Bleeding tendency may be increased). 2. Patients with congestive heart failure (Condition may be worsened). 3. Patients with a history of hypersensitivity to any ingredient of the drug. 4. Women who are pregnant or may possibly become pregnant. **Warning:** Patients should be closely monitored for any anginal symptoms (e.g., chest pain), since treatment with cilostazol may increase pulse rate, which could induce angina pectoris. **Precautions:** Careful Administration in the following patients. 1. Patients on anticoagulants (e.g., warfarin), antiplatelet drugs (e.g., aspirin, ticlopidine hydrochloride, and clopidogrel sulfate), thrombolytic drugs (e.g., urokinase and alteplase), or prostaglandin E₂ or its derivatives (e.g., alprostadil, and ilmaprost alfadex). 2. Patients during menstruation. 3. Patients with bleeding tendency or predisposition to bleeding. 4. Patients with coronary artery stenosis. 5. Patients with diabetes mellitus or abnormal glucose tolerance. 6. Patients with severe hepatic impairment. 7. Patients with renal impairment. 8. Patients with hypertension with consistently high blood pressure. 9. Patients with ventricular transposition, atrial transposition, atrial fibrillation, ventricular tachycardia, ventricular fibrillation, multifocal ventricular ectopics and prolongation of the QTc interval. **Drug interactions:** Cilostazol is extensively metabolized by hepatic cytochrome P450 (CYP) enzymes, mainly CYP3A4 and, to a lesser extent, CYP2D6 and CYP2C19. **Adverse reactions:** Headache/dull headache, rash, eruption, pruritus, urticaria, photosensitivity, erythema, palpitation, tachycardia, hot flushes, blood pressure increased, blood pressure decreased, arrhythmias, dizziness, insomnia, numbness, sleepiness, tremor, shoulder muscle stiffness, syncope, abdominal pain, nausea, vomiting, anorexia, diarrhea, heartburn, bloating, dysgeusia, thirst, anaemia, leukopenia, increased eosinophils, subcutaneous haemorrhage, haematuria, increased liver enzymes, increased blood urea nitrogen, creatinine, uric acid, polyuria, and urination impaired. **Storage conditions:** Store below 30°C. For more information, please see full prescribing information.

วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย

Journal of Thai Stroke Society

ISSN 2697-4266 (print)

ISSN 2673-0227 (online)

วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยเป็นวารสารตีพิมพ์เผยแพร่ของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย
ผ่านการรับรองคุณภาพของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) ได้รับคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูลของ TCI
และได้ถูกจัดคุณภาพให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 2

วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างสมาชิก เผยแพร่ข่าวสารกิจกรรมของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย และเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการแก่สมาชิก และแพทย์พยาบาลทั่วไป
ที่อยู่	สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรี แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง จังหวัดกรุงเทพมหานคร Email: thaistroke@gmail.com
บรรณาธิการ	นพ.วรุฒม์ สุทธิคณิง โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์
กองบรรณาธิการ	นพ.พงศ์ภัทร วรสายัณห์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กำหนดออก	ปีละ 3 ฉบับ มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม
พิมพ์ที่	บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด 219 แขวงบางแคเหนือ เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160 โทร. 0-2809-2281-3 แฟกซ์. 0-2809-2284 E-mail: info@fast-books.com www.fast-books.com

สารจากนายกสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย

สวัสดีครับผู้อ่านวารสารของสมาคมทุกท่าน สมาคมขอแสดงความยินดีแก่แพทย์ประจำบ้านต่อยอดประสาทวิทยา อนุสาขาโรคหลอดเลือดสมองและการตรวจหลอดเลือดสมองด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ที่สอบผ่านประกาศนียบัตรจาก ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พญ.ธัญวรัตน์ กองสวัสดิ์ และ นพ.ชนวิวัฒน์ จิธรนาวิวัฒน์

สมาคมฯ ยังคงนโยบายสนับสนุนวารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยอย่างต่อเนื่อง จึงขอเรียนเชิญ ส่งบทความ และเชิญท่านที่ได้รับเชิญให้บทความบทความจากคณะบรรณาธิการด้วย เพื่อยังประโยชน์ต่อสมาชิก สมาคมฯ และผู้อ่านทุกท่าน และการเผยแพร่วารสารตรงตามกำหนดเวลาเพื่อคงระดับมาตรฐานของระบบการสืบค้น ฐานข้อมูลศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย

สมาคมขอแจ้งกำหนดการกิจกรรมของสมาคมในเบื้องต้นดังนี้

1. งานอบรมโรคหลอดเลือดสมองแก่แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดรุ่นใหม่ ในวันศุกร์ที่ 4 กันยายน 2569 เวลา 08.00–17.00 น. ณ อาคารพัชรกิติยาภา ชั้น 10 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. สมาคมฯ จะจัดงานวันโรคหลอดเลือดสมองโลกที่เซ็นทรัลเวิลด์ ชั้น 3 ในวันพฤหัสบดีที่ 8 ตุลาคม พ.ศ.2569 เวลา 13.00–16.00 น. จึงขอเชิญชวนผู้สนใจเข้าร่วมงาน
3. สมาคมฯ ร่วมกับชมรมพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองไทยจัดประชุมอบรม “หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับก้าวหน้า Advanced Stroke Nursing Course” ในวันที่ 30 พฤศจิกายน ถึง 4 ธันวาคม พ.ศ.2569 รวม 5 วันเต็ม
4. งานประชุมวิชาการประจำปีสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ในวันพุธถึงศุกร์ 20–22 มกราคม พ.ศ.2570 และ สมาคมฯ ร่วมกับมูลนิธิศาสตราจารย์ประสพ รัตนารัตน์จัดงาน Neurosonology Work Shop ในวันอังคารที่ 19 มกราคม พ.ศ.2570 ในช่วงเช้าและงานประชุมวิชาการประจำปีชมรมพยาบาลสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ในช่วงบ่าย ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. สมาคมฯ ร่วมเป็นเจ้าภาพจัดงาน Asia Pacific Stroke Conference 2027 ระหว่างวันที่ 24–26 November 2027 ขอเรียนเชิญสมาชิกสมาคมฯ และผู้สนใจเข้าร่วมประชุมหรือส่งบทความร่วมงานประชุมระดับนานาชาติ ในครั้งนี้ด้วยครับ

อนึ่งระหว่างนี้สมาคมกำลังเร่งจัดทำ 1) แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันด้วย ยา Tenecteplase ทางหลอดเลือดดำ ให้แล้วเสร็จก่อนงานสัมมนาอบรมแพทย์ประจำบ้านใหม่ภายในเดือนกันยายน ปีนี้ และสมาคมกำลังจะดำเนินการจัดทำ 2) แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รับภูมิคุ้มกันบำบัด ยาต้านอามัยลอยด์ anti-amyloid immunotherapy 3) พัฒนาและปรับปรุงครั้งที่ 2 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันด้วยการรักษาผ่านสายสวน ซึ่งคาดว่าจะแล้วเสร็จทั้งหมดภายในสิ้นปี พ.ศ.2569 นี้



พล.ต. นพ.เจษฎา อุดมมงคล
นายกสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย

บทบรรณาธิการ

ช่วงนี้ยังคงเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของคณะกรรมการบริหารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองชุดที่กำลังจะหมดวาระลง และชุดใหม่ที่รอคำสั่งแต่งตั้งจากทางราชการอย่างเป็นทางการ ผมกับ นพ.พงศ์ภัทร์ วรสาย์ณห์ จึงขอทำหน้าที่เป็นกองบรรณาธิการชั่วคราว เพื่อทำคลอดวารสารฉบับนี้ก่อนที่จะส่งไม้ต่อให้กองบรรณาธิการชุดใหม่ครับ

ในส่วนบทความ Stroke News ฉบับนี้ ผมถือโอกาสหยิบงานวิจัยที่เพิ่งลงตีพิมพ์ใน New England Journal of Medicine ในช่วงต้นไตรมาสที่ 2 มาบอกเล่าแก่ผู้อ่าน ต้องยอมรับว่าผลการศึกษายาวนานวิจัยนั้นค่อนข้างเหนือความคาดหมายของผมมากพอสมควร ถึงแม้ว่านี่จะยังไม่ถูกจำหน่ายในท้องตลาด และคงใช้เวลาอีกนานพอสมควรกว่าจะมีการนำยาเข้าประเทศไทย แต่คาดว่าผลจากงานวิจัยนี้จะได้อีกหนึ่งจุดเปลี่ยนของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน และมีความเป็นไปได้สูงที่จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในเวชปฏิบัติในอนาคตอันใกล้

สุดท้ายนี้ อยากกราบเรียนฝากสมาชิกและเพื่อนร่วมวิชาชีพทุกท่าน ช่วยกันประชาสัมพันธ์ ทางวารสารเปิดกว้างในการรับบทความ งานวิจัย หรือรายงานผู้ป่วยกรณีศึกษาที่น่าสนใจ ไม่เพียงแต่เฉพาะแพทย์เท่านั้น ทางเรามีความยินดีอย่างยิ่งที่จะรับพิจารณาบทความจากสหสาขาวิชาชีพอื่นเช่นกัน ดังเช่นงานวิจัยที่มีความน่าสนใจและได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ครับ

นพ.วรุตม์ สุทธิคุณ

รักษาการบรรณาธิการวารสารโรคหลอดเลือดสมองไทย

สารบัญ

	หน้า
สารจากนายกสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย	2
บทบรรณาธิการ	3
นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)	
Outcomes of Adherence to Clinical Practice Guidelines for Dysphagia Rehabilitation Among Stroke Patients: A Retrospective Analysis	5
พรทิพย์พา ธิมายอม, สมจิตร ทิพย์อาจ, พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง	
Experiences, Needs, and Barriers in Stroke Recovery among Working-Age Patients and Their Caregivers: A Transition from Hospital to Home	18
นางสาวนันทกาญจน์ ปักษ์, นางสาวอติตติญา เชื้ออ่ำ	
The Study of the Coordination Time for Stroke Patients Referred to Ramathibodi Hospital	32
นลินลนา จริยเดช, วารุณี ช่างเหล็ก, สุดารัตน์ ควระเดชะคุปต์	
เล่าเรื่อง Stroke News	43
ข่าวประชาสัมพันธ์สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย	49
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	50

Outcomes of Adherence to Clinical Practice Guidelines for Dysphagia Rehabilitation Among Stroke Patients: A Retrospective Analysis

Porntippa Thimayom, M.Sc, Somjit Thipart, B.Sc*, Pornsawan Posawang, Ph.D.***

**Occupational Therapy Department, Neurological Institute of Thailand, Bangkok 10400 Thailand*

***Occupational Therapy Department, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute, Nonthaburi 11000 Thailand*

Abstract

Objectives: To analyze and synthesize swallowing rehabilitation guidelines for patients with dysphagia following stroke, and to evaluate the outcomes of swallowing rehabilitation based on these guidelines.

Methods: This study employed both qualitative and quantitative approaches and was conducted in two phases according to the study objectives. Phase 1 involved a documentary research design, analyzing stroke rehabilitation guidelines developed by the Neurological Institute from 2002 to 2016. Phase 2 was a retrospective descriptive study of 200 stroke patients with dysphagia who received occupational therapy services at the Neurological Institute between October 2017 and September 2022.

Results: The findings indicated that the swallowing rehabilitation guidelines for stroke patients with dysphagia could be effectively implemented in clinical practice by a multidisciplinary team. Outcomes showed that 71% of patients demonstrated at least a one-level improvement in swallowing ability as measured by the Functional Oral Intake Scale (FOIS). Additionally, patients who received 6–10 sessions of swallowing rehabilitation were able to have their feeding tubes removed, depending on the severity of their condition.

Conclusion: The implementation of clinical practice guidelines for dysphagia rehabilitation in stroke patients, through systematic screening alongside a multidisciplinary team, can significantly enhance patients' swallowing capabilities, substantially reduce the incidence of aspiration pneumonia, promote safe oral intake, and effectively lower readmission rates.

Keywords: Swallowing rehabilitation, Dysphagia, Stroke, Guidelines (J Thai Stroke Soc. 2026;25(2): 5–17)

Corresponding author: **Porntippa Thimayom** (Email: pthimayom@yahoo.com)

Received 24 October 2025 Revised 31 July 2026 Accepted 3 August 2026

ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ย้อนหลัง

พรทิพย์พา ธิมายอม*, สมจิตร ทิพย์อาจ*, พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง**

*งานกิจกรรมบำบัด สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร 10400 ประเทศไทย

**งานกิจกรรมบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ นนทบุรี 11000 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูการกลืน

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นวิจัยเอกสารวิเคราะห์แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันประสาทวิทยาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2545-2559 ระยะที่ 2 เป็นวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 200 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2565

ผลการศึกษา: พบว่าบุคลากรสหวิชาชีพมีความเข้าใจของเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ และผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแนวทางพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 71.5 มีความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับจากการประเมิน FOIS จำนวนครั้งของการฟื้นฟูการกลืน 6-10 ครั้ง สามารถถอดสายให้อาหารทางสายยางได้ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค

บทสรุป: การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูภาวะการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านการคัดกรองอย่างเป็นระบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพสามารถเพิ่มความสามารถการกลืนให้ผู้ป่วยมากขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักได้อย่างมีนัยสำคัญ และส่งเสริมความปลอดภัยในการรับประทานอาหารทางปาก

คำสำคัญ: การฟื้นฟูการกลืน, ภาวะการกลืนลำบาก, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, แนวทางปฏิบัติ (J Thai Stroke Soc. 2026;25(2): 5-17)

บทนำ

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญ (disability adjusted life year) เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ถ้าป่วยด้วยโรคนี้แล้ว ได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ภายใต้ระบบการบริการตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างเหมาะสม ครอบคลุมและทั่วถึงทุกแห่ง จะมีส่วนช่วยลดอัตราการตายและความพิการได้ และจาก service excellence แผนงานการพัฒนาระบบบริการ (service plan) ตัวชี้วัดร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง¹

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เน้นเรื่องการรักษาในระยะเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุกรายถือเป็นภาวะฉุกเฉิน ต้องจัดให้มีระบบบริการที่รวดเร็ว (stroke fast track) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการ ตรวจวินิจฉัยและการรักษาได้เร็วที่สุด และทันเวลา เช่น การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ การใส่สายสวนเพื่อลากเอาลิ่มเลือดที่อุดตันออกภายใน 6-12 ชั่วโมง ดังนั้นจึงผู้ป่วยได้รับการรักษาช้า เซลล์สมองจะเสียหายมาก ทำให้ผลการรักษาไม่ดี เสี่ยงต่อความพิการและอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลจะต้องมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีหลังมาถึงโรงพยาบาล (door to needle time) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 การดูแลรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ หรือได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแผนการรักษาที่ชัดเจน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ ลดจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่าย โดยมาตรฐานของศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ควรมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40 ภายในหลังจากที่

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ หรือมีภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด เพื่อลดความพิการ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ควรให้การดูแลต่อเนื่องโดย เฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการหายใจ การกลืน และการขับถ่าย รวมทั้งการดูแลเรื่องสภาพจิตใจและพุทธิปัญญาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง²

ภาวะการกลืนลำบากเป็นภาวะที่พบบ่อยกับผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทร้อยละ 37-78³ และพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันร้อยละ 50 และจะมีการฟื้นตัวภายใน 2-4 สัปดาห์หลังจากเจ็บป่วยร้อยละ 15^{4, 5} เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ การใส่สายให้อาหารทางจมูก (Nasogastric tube;NGT) หรือ ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous endoscopic gastrostomy;PEG) จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ และถ้าจำเป็นต้องใส่สายอาหารเป็นเวลานานการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องจะปลอดภัยมากกว่าการใส่สายให้อาหารทางจมูก⁴

แนวทางการฟื้นฟูผู้ที่มีภาวะการกลืนลำบากขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ซึ่งการประเมินจะใช้วิธีการประเมินทางคลินิกโดยผู้ประเมินต้องมีความเชี่ยวชาญ และทักษะที่ค่อนข้างสูง ได้มีการศึกษาพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินภาวะกลืนลำบากทุกรายสามารถลดโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ได้ 3 เท่า^{6, 7} จากแนวทางปฏิบัติของ European Stroke Organization และ European Society for Swallowing Disorders ในปี 2021 และ Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke ในปี 2026 ของ AHA/ASA แนะนำอย่างยิ่งให้คัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทุกราย โดยแนะนำให้ทดสอบกลืนน้ำ (water swallow test) หรือทดสอบด้วยอาหารที่มีความหนืดหลากหลายรูปแบบ หากผู้ป่วยไม่ผ่านการคัดกรองแนะนำให้ตรวจประเมินด้วยเครื่องมือพิเศษ เช่น FEES หรือ VFSS^{8, 9} ต่อมาในปี 2026 แนวปฏิบัติเน้นการจัดการเรื่องภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะสำลักเจ็บ

(silent aspiration) แนะนำไม่ให้ใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อการป้องกัน แต่ให้รีบเริ่มให้ยาต้านการอักเสบเมื่อถูกวินิจฉัยแล้ว และเน้นมาตรการป้องกันที่ไม่ใช่ยา เช่น การจัดทำและลูกจากเตียงโดยเร็ว¹⁰

การฟื้นฟูภาวะการกลืนลำบากในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งการฟื้นฟูมีอยู่หลายวิธี เช่น การฝึกกลืนด้วยเทคนิคชดเชย (compensatory swallowing technique) กระตุ้นด้วยการสัมผัสหรือการใช้อุณหภูมิ การปรับรูปแบบหรือความเหนียวข้นของอาหาร หรือปรับท่าทางขณะกลืนอาหาร⁶ นอกจากนั้นยังมีการรักษาอื่นๆ เช่น การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน (oral exercise) หรือด้วยเทคนิควิธีการเฉพาะ หรือการฝึกกลืนด้วยเครื่องมือ Neuromuscular Electrical Stimulation (NMES) เป็นวิธีการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนให้เกิดการหดตัว เป็นต้น^{11, 12} การฟื้นฟูการกลืนลำบากอาจช่วยให้มีการฟื้นตัวจากภาวะการกลืนลำบากเร็วขึ้น ร่วมกับการฟื้นตัวตามธรรมชาติของโรคเองด้วย ซึ่งการได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอจะทำให้ระยะเวลาการฟื้นตัวของโรคเร็วขึ้นด้วย

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญจึงได้วิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการฟื้นฟูผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ที่มีการจัดทบทวนปรับปรุงแนวทางทุก 5 ปี แต่ยังไม่พบข้อมูลเชิงประจักษ์ตามแนวทางดังกล่าว และศึกษาการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการฟื้นฟูผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการผสมผสานระหว่าง การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ระยะที่ 1 เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ เป็นการวิจัยเอกสาร (documentary research) เอกสารที่ใช้ในการค้นคว้า

ได้แก่ แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับที่ 1 ในปี พ.ศ. 2545 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2550 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2554 และฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2559 บันทึกและรายงานการประชุมของคณะกรรมการดำเนินงาน รายงานสถิติข้อมูล รายงานวิจัย บทความและสิ่งตีพิมพ์ที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive analysis) โดยการนำข้อมูลมาจัดเรียงตามลำดับเวลาungศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้ทราบสถานการณ์ที่ผ่านมา มีลักษณะปรากฏการณ์เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด โดยใช้กรอบความคิด PICO¹³

P (Patient): ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะการกลืนลำบาก

I (Intervention): การคัดกรองภาวะการกลืนลำบาก

C (Compatision): การฟื้นฟูการกลืนตามแนวทางการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

O (Outcome): ความสามารถในการกลืน

ส่งแบบประเมินให้แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ และนักจิตวิทยา ที่ทำงานในหน่วยงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู หอผู้ป่วยอายุรกรรม และงานจิตวิทยา จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล/สถาบันเฉพาะทางและโรงพยาบาลเอกชน ต่างๆ ทั่วประเทศ

ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะการกลืนลำบากที่เข้ารับการฟื้นฟูจากงานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2565 จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก เช่น อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูการกลืนตามแบบการประเมินความสามารถการกลืน (Functional Oral Intake Scale; FOIS) สถิติในการวิเคราะห์คือสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยใน (in-patient) สถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2565
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) ทั้งชนิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง (chronic stroke) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำ (recurrent stroke)
3. มีบันทึกว่าพบภาวะการกลืนลำบาก (dysphagia) ซึ่งไม่ผ่านการคัดกรองการกลืนภายใน 24 ชั่วโมง แรกหลังจากเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
4. ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการกลืนในหน่วยงานกิจกรรมบำบัด สถาบันประสาทวิทยา อย่างน้อย 3 ครั้ง
5. มีบันทึกในเวชระเบียน (medical records) ครบถ้วนเกี่ยวกับบันทึกการคัดกรองการกลืน แรก รับรายละเอียดการฝึกกลืน (โปรแกรมและจำนวนครั้ง) ชนิดของอาหารที่ได้รับ และผลลัพธ์เมื่อจำหน่าย

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากจากสาเหตุทางกายวิภาคหรือโรคระบบประสาทอื่นๆ อยู่เดิมก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ (head and neck cancer) โรคพาร์กินสัน (parkinson's disease) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (myasthenia Gravis) หรือผู้ที่มีประวัติผ่าตัดบริเวณทางเดินอาหารส่วนบน/หลอดลม
2. ผู้ป่วยที่ย้ายโรงพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาและขอกลับบ้านภายใน 48 ชั่วโมงแรก ทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างครบถ้วน

นิยามปฏิบัติการ

ผู้ป่วยที่มีภาวะการกลืนลำบาก (dysphagia) หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติในกระบวนการกลืนอาหารหรือน้ำ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้จากโรคหลอดเลือดสมอง อาจจะต้องรับประทานอาหาร

ทาง NG Tube หรือ PEG

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (acute stroke) หมายถึง ผู้ที่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อันเนื่องมาจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปยังสมอง เช่น การอุดตัน (ischemic stroke) หรือการแตกของหลอดเลือดสมอง (hemorrhagic stroke) หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยนับจากเริ่มมีอาการไม่เกิน 6 เดือน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง (chronic stroke) หมายถึง ผู้ที่เคยเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วและพ้นระยะเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลัน แล้ว หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 6 เดือน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำ (recurrent stroke) หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และเกิดเหตุการณ์โรคหลอดเลือดสมองครั้งใหม่ขึ้นอีกครั้ง โดยมีพยาธิสภาพใหม่ของสมอง ไม่ว่าจะเป็นชนิดเดิมหรือชนิดที่แตกต่างจากครั้งก่อน เช่น จากการอุดตัน (ischemic) หรือการแตกของหลอดเลือด (hemorrhagic)

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้องและแนวทางการฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ.2545 - 2559¹⁴⁻¹⁷

วิธีดำเนินการ	ผลลัพธ์
1.ทบทวนวรรณกรรม / งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	- ข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง - ข้อมูลจากแนวทางการฟื้นฟู ปี พ.ศ.2545 – 2559 จำนวน 4 เล่ม
2.การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล	- ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล - การเปลี่ยนแปลงของข้อมูลในแต่ละช่วงเวลา
3.การแต่งตั้งคณะทำงานสหวิชาชีพ	ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักกายอุปกรณ์ นักจิตวิทยาคลินิก
4.ประชุมผู้เชี่ยวชาญ (3 ครั้ง)	- ทบทวนหลักฐาน /ระดมความคิดเห็น - ปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยสอดคล้องกับบริบทในยุคนปัจจุบัน - ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางฟื้นฟูการกลืน
5.จัดประชุม/สัมมนาระดับประเทศ (2 วัน)	- รับฟังความคิดเห็น และปรับแนวทางให้เหมาะสม
6.จัดทำแนวทางฉบับสมบูรณ์ (Clinical Practice Guideline 2559)	การปรับปรุง/ แนวทางในส่วนของการฟื้นฟูการกลืน - ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ.2545 และฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ปี พ.ศ.2550 คือ มีการแยกตารางการตรวจประเมิน สรุปปัญหา และการรักษาฟื้นฟูภาวะการกลืนลำบาก - ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ปี พ.ศ.2554 ได้เพิ่มน้ำหนักคำแนะนำ และคุณภาพหลักฐาน (Quality of evidence; QE) - ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2559 ได้เพิ่ม Flow chart และคำอธิบาย (ภาคผนวก 1)
7.จัดส่งให้สถานพยาบาลทั่วประเทศใช้งานและประเมิน ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล/สถาบันเฉพาะทางและโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ทั่วประเทศ (ผู้ร่วมประเมินจำนวน 92 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ และนักจิตวิทยา ที่ทำงานในหน่วยงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือผู้ป่วยอายุรกรรม และงานจิตวิทยา	ผลการประเมิน - ความเข้าใจของเนื้อหาอยู่ในระดับเข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ 100% (จากการประเมินนักกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 36.6 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 53.7 และ นักกายภาพบำบัด ร้อยละ 9.8) - ผู้ประเมินมีประสบการณ์ในการประเมินการกลืน ร้อยละ 82.9 มีความเข้าใจในเนื้อหาฯ ร้อยละ 100 และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ร้อยละ 95.1
8.เก็บข้อมูลเพื่อศึกษาผลลัพธ์	ตามวัตถุประสงค์ระยะที่ 2

2.ผลลัพธ์การฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาผู้ที่มีภาวะการกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 200 คน อายุเฉลี่ย 59.2 ปี (SD= 16.9 ปี) เพศหญิง 101 คน (ร้อยละ 50.5) การวินิจฉัยโรคเป็น Ischemic stroke 141 คน (ร้อยละ

70.5) แกรับผู้ป่วยมีคะแนน FOIS ระดับ 1 คือ งดการกินอาหารหรือดื่มน้ำทางปาก จำนวน 190 คน (ร้อยละ 95.0) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากจากนักกิจกรรมบำบัด 1-5 ครั้ง จำนวน 96 คน (ร้อยละ 48.0) (ดังตารางที่ 1.)

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมการศึกษา (200 คน)

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย 59.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.9 ปี (อยู่ระหว่าง 18-90 ปี)		
เพศ : ชาย	99	49.5
หญิง	101	50.5
การวินิจฉัยโรค		
Ischemic stroke	141	70.5
Hemorrhagic stroke	29	14.5
Recurrent stroke	24	12.0
Chronic stroke	6	3.0
จำนวนครั้งการฟื้นฟูการกลืน		
1 – 5	96	48.0
6 – 10	56	28.0
> 10	48	24.0
ระดับคะแนน FOIS แกรับ		
ระดับ 1 : งดการกินอาหารหรือดื่มน้ำทางปาก	190	95.0
ระดับ 2 : กินอาหารและของเหลวทางปากได้บ้างเล็กน้อยและยังต้องให้อาหารทางสาย	3	1.5
ระดับ 3 : กินอาหารและของเหลวทางปากได้อย่างสม่ำเสมอแต่ยังต้องให้อาหารทางสาย	2	1.0
ระดับ 4 : กินอาหารและของเหลวที่มีความหนืดชั้นเดียวทางปากได้เพียงพอ	3	1.5
ระดับ 5 : สามารถกินอาหารและของเหลวที่มีความหนืดชั้นหลายชนิดทางปากได้เพียงพอ แต่ยังคงเตรียมอาหารเป็นพิเศษหรือใช้วิธีการลิ้นแบบ Compensation	0	0
ระดับ 6 : กินอาหารและของเหลวที่มีความข้นหลายชนิดทางปากได้เพียงพอโดยไม่ต้องเตรียมอาหารเป็นพิเศษหรือกินทางปากได้แต่หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง	2	1.0
ระดับ 7 : กินอาหารและของเหลวทางปากได้โดยไม่มีข้อจำกัด	0	0

ผลลัพธ์การฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยมีระดับ FOIS เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ จำนวน 143 คน (ร้อยละ 71.5) แรกรับการฟื้นฟู ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการกลืนประเมินด้วย FOIS อยู่ในระดับ 1 หลังได้รับการฟื้นฟูการกลืนพบว่ามีความสามารถของการกลืนเพิ่มขึ้นเป็นระดับ 2 จำนวน 21 คน (ร้อยละ 10.5) ระดับ 3 จำนวน 17 คน (ร้อยละ 8.5) ระดับ 4

จำนวน 49 คน (ร้อยละ 24.5) ระดับ 5 จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.0) ระดับ 6 จำนวน 19 คน (ร้อยละ 9.5) และมีความสามารถในการกลืนอยู่ในระดับ 7 จำนวน 27 คน (ร้อยละ 13.5) สำหรับผู้ป่วยจำนวน 2 คน ที่มีความสามารถในการกลืนประเมินด้วย FOIS แรกรับการบริการอยู่ในระดับ 3 หลังจากได้รับการฟื้นฟูพบความสามารถในการกลืนอยู่ในระดับ 7 คือสามารถกินทางปากได้ตามปกติ (ดังตารางที่ 2.)

ตารางที่ 2. แสดงผลลัพธ์การบำบัดผู้ป่วยตามโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก ประเมินด้วย FOIS จำแนกตามคะแนนก่อนรับบริการ

FOIS ก่อนรับบริการ จำนวน ((คน)(ร้อยละ))	FOIS หลังรับบริการ จำนวน ((คน)(ร้อยละ))						
	1	2	3	4	5	6	7
1, n= 190 (95.0)	55 (27.5)	21 (10.5)	17 (8.5)	49 (24.5)	2 (1.0)	19 (9.5)	27 (13.5)
2, n= 3 (1.5)	-	1(0.5)	-	1(0.5)	-	1(0.5)	-
3, n= 2 (1.0)	-	-	-	-	-	-	2 (1.0)
4, n= 3 (1.5)	-	-	-	-	1(0.5)	2 (1.0)	-
6, n= 2 (1.0)						1(0.5)	1(0.5)

จากจำนวนผู้ป่วย 143 คน ที่มีความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ มีผู้ป่วยจำนวน 102 คน ที่สามารถถอดสายอาหารได้ซึ่งแบ่งตามการวินิจฉัยโรค พบว่าผู้ป่วย Ischemic stroke จำนวนครั้งในการฟื้นฟูเฉลี่ย 6 ครั้ง (ร้อยละ 48.2) ผู้ป่วย Hemorrhagic stroke จำนวนครั้งในการฟื้นฟูเฉลี่ย 10 ครั้ง (ร้อยละ

65.5) ผู้ป่วย Recurrent stroke จำนวนครั้งในการฟื้นฟูเฉลี่ย 8 ครั้ง (ร้อยละ 50.0) และผู้ป่วย Chronic stroke จำนวนครั้งในการฟื้นฟูเฉลี่ย 6 ครั้ง (ร้อยละ 50.0) ผู้ป่วยจำนวน 112 คน (ร้อยละ 56.0) ถูกส่งต่อไปรักษา ยังสถานพยาบาลใกล้บ้าน (ดังตารางที่ 3.)

ตารางที่ 3. แสดงความสามารถในการกลืนที่เพิ่มขึ้นและสามารถถอดสายอาหารได้ตามการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนครั้งเฉลี่ยในการฟื้นฟู
Ischemic stroke	68	48.2	6
Hemorrhagic stroke	19	65.5	10
Recurrent stroke	12	50.0	8
Chronic stroke	3	50.0	6

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูภาวะการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แนวคิดจากการทำแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guideline for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2559 เพื่อศึกษาให้ข้อมูลมีความถูกต้องและทันสมัย

ผลลัพธ์การฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยแรกเริ่มมีปัญหาการกลืนที่ค่อนข้างรุนแรงคืออยู่ในระดับงดการกินอาหารหรือดื่มน้ำทางปาก มีระดับความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 71 จากการศึกษาของ Bakhtiyari JL และคณะ¹¹ ในปี 2015 ได้ศึกษาผลของการฝึกกลืนผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 60 ราย โดยรับการฝึกกลืน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่า ระยะเวลาของการเกิดโรค (onset) มีผลต่อการฟื้นตัวทางด้านการกลืน โดยกลุ่มที่ได้รับการฝึกกลืนในช่วงระยะของการเกิดโรคอยู่ในช่วง 3-14 วัน จะมีการฟื้นตัวดีกว่าและเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะการกลืนลำบากหากได้รับการประเมินและฟื้นฟูได้เร็ว โอกาสการฟื้นตัวจะดีกว่าและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2562 ดวงใจ บุญคง และคณะ¹⁸ ได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล พบว่าหากพยาบาลสามารถประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืนได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบากนำไปสู่การเริ่มกินอาหารอย่างปลอดภัย โดยผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง ในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ ทั้งหมด พยาบาลควรให้การดูแลแบบระบบทดแทน บางส่วน และระบบสนับสนุน ให้ความรู้รวมทั้งเสริมสร้าง กำลังใจให้กับทั้งผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟู สภาพร่างกายและจิตใจ โดยมี เป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาและดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด¹¹ โดย

การศึกษาค้นคว้านี้ ไม่สามารถรวบรวมปัจจัยดังกล่าวตามการศึกษาที่กล่าวอ้างเนื่องจากการศึกษาย้อนหลัง และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ¹⁹ พบว่าการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจนว่าสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการกลืน ลดความเสี่ยงต่อการสำลัก และปรับปรุงภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะการใช้ swallowing exercise และการรักษาแบบผสมผสาน (Multimodal therapy) ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ขณะเดียวกันเทคโนโลยีใหม่ เช่น repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) แสดงศักยภาพในการกระตุ้น Neuroplasticity และเพิ่มการฟื้นตัวของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการกลืน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านอายุ ความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนยังคงมีผลต่อผลลัพธ์ของการฟื้นฟู จึงจำเป็นต้องออกแบบโปรแกรมการรักษาแบบเฉพาะบุคคล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลังครั้งนี้ มุ่งศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ปี 2559 จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 200 ราย พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางในการคัดกรองการกลืนในผู้ป่วยแรกเริ่มอยู่ในเกณฑ์สูงสะท้อนถึงการรับรู้และตื่นตัวของทีมพยาบาลด้านหน้าและผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูตามแนวทางไม่พบรายงานภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ในเวชระเบียนช่วงที่ศึกษา และผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71) มีความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นและสามารถฟื้นฟูการทำงานของกลืนจนสามารถถอดสายให้อาหารทางจมูก (Off NG tube) ได้สำเร็จก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่มีข้อจำกัดที่พบจากเวชระเบียนบางประเด็น เช่น ความต่อเนื่องของการบันทึกโปรแกรมการฝึกกลืน และความล่าช้าในการเข้าถึงการประเมินขั้นสูง (instrumental assessment) ในรายที่มีภาวะกลืนลำบากระดับรุนแรงหรือซับซ้อน เนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนของทีมสหวิชาชีพ

จากผลการวิจัยข้างต้นผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาต่อยอดเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วย

ภาวะกลืนลำบากให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรพิจารณา นำมาตรฐานเนื้อสัมผัสอาหารและของเหลวระดับสากล เช่น IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) มาบูรณาการร่วมกับแนวทางเพื่อให้การระบุความซับซ้อนของอาหารมีความเที่ยงตรง ปลอดภัย และเป็นภาษาสากลเดียวกันระหว่างนักกิจกรรมบำบัด โภชนาการ และพยาบาล นอกเหนือจากการฝึกกลืนแบบดั้งเดิม (traditional dysphagia therapy) ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เปิดรับนวัตกรรมใหม่ๆ เช่น การกระตุ้นระบบประสาทส่วนปลายด้วยคลื่นแม่เหล็ก (Repetitive Peripheral Magnetic Stimulation: rPMS) หรือการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (electrical stimulation) บริเวณกล้ามเนื้อรอบคอ เพื่อเป็นทางเลือกในการเร่งอัตราการฟื้นฟูในกลุ่มผู้ป่วยที่กลืนลำบากรุนแรง ตลอดจนพัฒนาคู่มือและสื่อการสอนดิจิทัลสำหรับผู้ดูแลเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ที่บ้านหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะปอดอักเสบ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็น single-arm retrospective design study ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถแยกผลของแนวทางออกจากปัจจัยอื่นๆ เช่น การฟื้นตัวตามธรรมชาติของโรค

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาในรูปแบบการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) หรือการวิจัยเชิงวิเคราะห์ไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติเดิม (ปี 2559) กับแนวปฏิบัติใหม่ที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว เพื่อยืนยันหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทของประเทศไทยอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

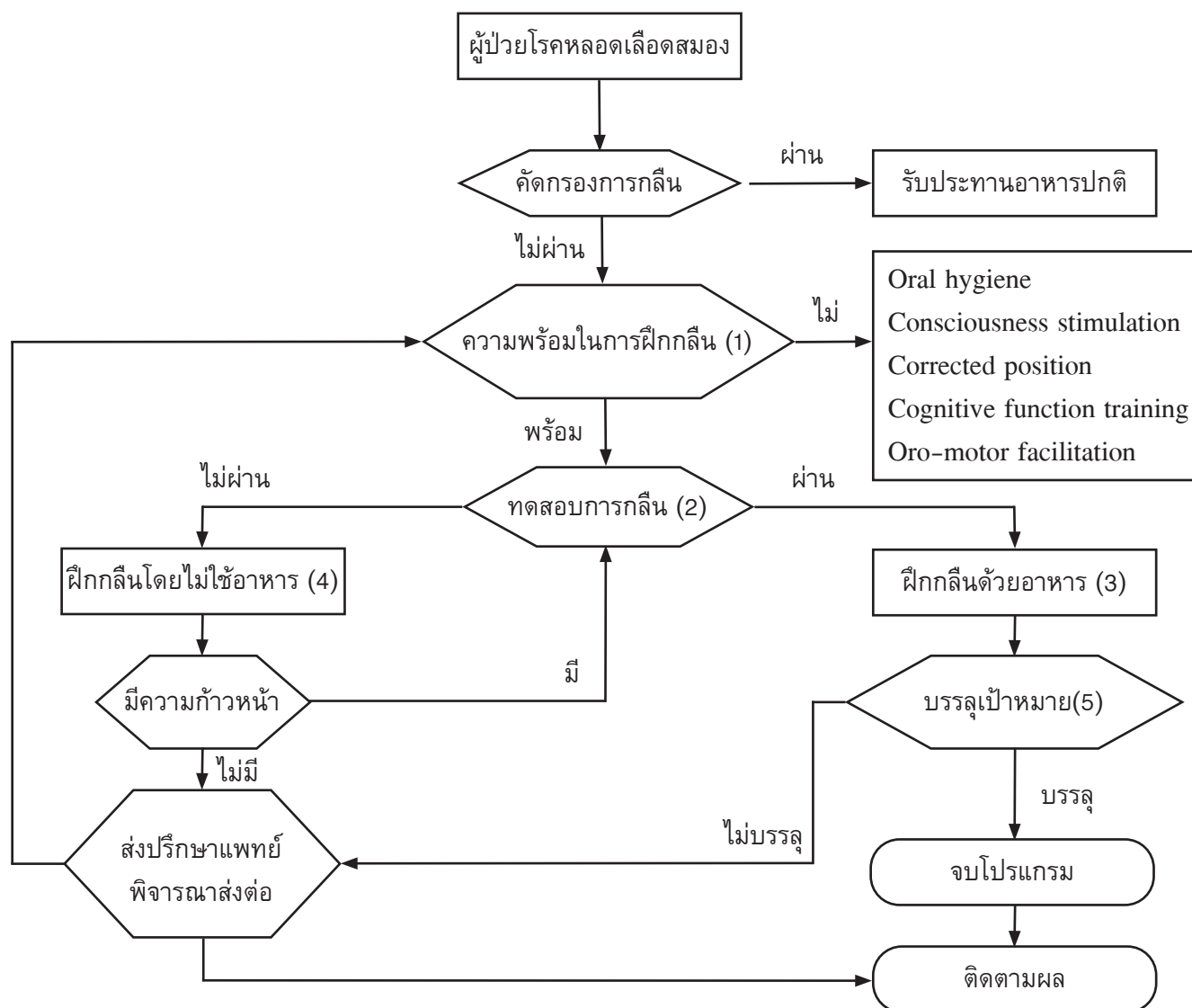
1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.

2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย [แนวทางปฏิบัติ]. ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2562.
3. Enderby P, Pickstone C, John A, Fryer K, Cantrell A, Papaioannou D. Resource manual for commissioning and planning services for SLCN. London: Royal College of Speech and Language Therapists; 2009.
4. Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PM. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Oct 17;10:CD000323. doi: 10.1002/14651858.CD000323.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2018 Oct 30;10:CD000323. doi:10.1002/14651858.CD000323.pub3. PMID: 23076886.
5. Avery-Smith W. Dysphagia. In: Trombly CA, Rodonski MV, editors. Occupational therapy for physical dysfunction. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
6. American Occupational Therapy Association. AOTA specialty certification for occupational therapy. Am J Occup Ther. 2006;59:663-665.
7. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก [แนวทางเวชปฏิบัติ]. นนทบุรี : สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ; 2562.
8. Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Arsava EM, Bath PM, Clavé P, Glahn J, Hamdy S, Pownall S, Schindler A, Walshe M, Wirth R, Wright D, Verin E. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. Eur Stroke J. 2021 Sep;6(3):LXXXIX-CXV. doi: 10.1177/23969873211039721. Epub 2021 Oct 13. PMID: 34746431; PMCID: PMC8564153.
9. Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrisson KS, Adeoye O, Alexandrov AW, Ansari SA, Chapman S, Czap AL, Dumitrascu OM, Ishida K, Jadhav AP, Johnson B, Johnston KC, Khatri P, Kimberly WT, Lee VH, Leslie-Mazwi TM, Mac Grory B, Madsen TE, Menon B, Mistry EA, Park S, Parker S, Pérez de la Ossa N, Reeves M, Saiz T, Scott PA, Schwartzberg D, Sheth SA, Sporns PB, Times S, Tjoumakaris S, Wolfe SQ, Yaghi S; Peer Review Committee. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2026 Jan 26. doi: 10.1161/STR.0000000000000513. Epub ahead of print. PMID: 41582814.

10. Meisel A, Dziedzic T, Dziewas R, Hussain S, Katan M, Kishore AK, Papagiannopoulou G, Podlasek A, Roffe C, Smith CJ, Westendorp W. European stroke organisation guideline on stroke-associated pneumonia. *Eur Stroke J*. 2026 May 6;11(5):aakag044. doi: 10.1093/esj/aakag044. PMID: 42095755; PMCID: PMC13151663.
11. Bakhtiyari J, Sarraf P, Nakhostin-Ansari N, Tafakhori A, Logemann J, Faghihzadeh S, Harirchian MH. Effects of early intervention of swallowing therapy on recovery from dysphagia following stroke. *Iran J Neurol*. 2015 Jul 6;14(3):119-24. PMID: 26622975; PMCID: PMC4662683.
12. Nikhila KG, et al. Functional outcome measurements in acute stroke patients with oropharyngeal dysphagia after swallowing rehabilitation therapy. *EC Neurol*. 2017;8:195-205.
13. Eriksen MB, Frandsen TF. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. *J Med Libr Assoc*. 2018 Oct;106(4):420-431. doi: 10.5195/jmla.2018.345. Epub 2018 Oct 1. PMID: 30271283; PMCID: PMC6148624.
14. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [แนวทางปฏิบัติ] .กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา; 2545.
15. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [แนวทางปฏิบัติ] .ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา; 2550.
16. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [แนวทางปฏิบัติ] .ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา; 2554.
17. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [แนวทางปฏิบัติ] .ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา; 2559.
18. ดวงใจ บุญคง, ณัฏยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, อรุณรัตน์ อุทัยแสง, สมเกียรติ บุญคง. การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก: บทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*. 2562;35(1):13-23.
19. Jin X, Shang S, Tong H, Liu M, Li D, Xiao Y. Predictors of recovery from dysphagia after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Sci*. 2025 Feb 17;12(2):184-191. doi: 10.1016/j.ijnss.2025.02.002. PMID: 40241863; PMCID: PMC11997685.

ภาคผนวก

แนวทางการฟื้นฟูการกลืนสำหรับผู้ที่มีภาวะการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



- 1) ความพร้อมในการฝึกกลืน ประกอบด้วย มีระดับ GCS ≥ 13 หรือ มีระดับการรู้สึกตัวระดับ drowsiness ขึ้นไปจากการประเมินทางคลินิก และสามารถทำตามสั่ง (Follow command) ได้อย่างน้อย 1 ขั้นตอน รวมทั้งมี Attention และ Cooperation
- 2) ทดสอบการกลืน (1) ทดสอบด้วยการกลืนน้ำลาย ในเวลา 30 วินาทีหากได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง ถือว่ามีความเสี่ยง (Suspected) หากทดสอบด้วยการกลืนน้ำลาย ไม่ผ่าน 3 ครั้ง ไม่ทดสอบด้วยน้ำต่อ (2) ทดสอบด้วยการกลืนน้ำ (Water test) โดยให้กลืนน้ำเริ่มจาก 3, 5, 10, 20 ml. และสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น สำลัก ไอ กระแอม เสียงพ่นหรือเสียงเปลี่ยน กลืนช้า และสังเกตภาวะสำลักเงียบ (Silent aspiration) โดยดูว่าอุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงหลังการกลืนหรือไม่
- 3) ฝึกกลืนด้วยอาหารโดยมีลำดับอาหาร ดังนี้
 1. อาหารปั่นข้นเป็นเนื้อเดียวกัน (Thick puree – No liquid)
 2. อาหารปั่นข้นมากและปานกลาง (Thick and thin puree and thick liquid)
 3. อาหารอ่อน มีน้ำขลุกขลิก (Mechanical soft-thick liquid)
 4. อาหารอ่อนปกติ (Mechanical soft diet)
 5. อาหารปกติ (Regular diet)
- 4) ฝึกกลืนโดยไม่ใช้อาหาร
 - Corrected position
 - Cognitive function training
 - Normalized oral reflexes
 - Normalized oral sensation
 - Oro-motor facilitation
 - Oro-motor function training
 - Special swallowing techniques
- 5) การบรรจุเป้าหมาย หมายถึง การ OFF NG Tube หรือผู้ป่วยมีความสามารถด้านการกลืนสูงสุดตามศักยภาพ

หมายเหตุ: ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด (Oxygen Saturation) ไม่ควรต่ำกว่า 2 % จากค่าเดิมของแต่ละบุคคล (โดยทั่วไปค่าเฉลี่ย 95 %)

Experiences, Needs, and Barriers in Stroke Recovery among Working-Age Patients and Their Caregivers: A Transition from Hospital to Home

Nuntakarn Paksee*, Athittiya Chua-um*

**Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Uttaradit 53000 Thailand*

Abstract

This qualitative study aimed to explore the experiences, needs, and barriers in stroke recovery among working-age patients and their caregivers during the transition from hospital to home. Interpretive phenomenology was employed as the methodological framework, guided by the Transitional Care Model. Participants were purposively selected, comprised 13 working-age stroke survivors and 13 primary caregivers. Data were collected through two-phase of in-depth interviews: Before discharge and home visits two to four weeks post-discharge. Data analysis followed Miles, Huberman, and Saldaña's content analysis approach. Three major themes emerged. First, transitional adjustment experiences were characterized by a profound identity crisis linked to occupational role loss and significant emotional burden among unprepared caregivers. Second, participants reported unmet supportive needs, including tailored information and self-management skills, return-to-work support, and accessible psychosocial assistance. Third, barriers to rehabilitation included post-stroke depression, economic and environmental constraints, and critical gaps in information transfer between hospital and community health teams. These findings highlight the urgent need to develop transitional care programs specifically responsive to the unique needs of working-age stroke survivors within the Thai healthcare context.

Keywords: Stroke, Working-age, Transitional Care Model, Caregiver, Rehabilitation experience (J Thai Stroke Soc. 2026;25(2): 18–31)

Corresponding author: **Athittiya Chua-um** (Email: athittiya@unc.ac.th)

Received 18 April 2026 Revised 1 June 2026 Accepted 10 June 2026

ประสบการณ์ ความต้องการ และอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วัยทำงานและญาติผู้ดูแล: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน

นางสาวนันทกาญจน์ ปักษ์*, นางสาวอติติญา เชื้ออำ*

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อุดรดิตถ์ 53000
ประเทศไทย

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ ความต้องการ และอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความและกรอบแนวคิด Transitional Care Model เป็นโครงสร้างในการตีความข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน 13 ราย และญาติผู้ดูแลหลัก 13 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกสองระยะ คือ ก่อนจำหน่าย และการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย 2-4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Miles, Huberman และ Saldana ผลการวิจัยพบประเด็นหลัก 3 ประเด็น ประการแรก ประสบการณ์การปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งโดดเด่นด้วยวิกฤตอัตลักษณ์จากการสูญเสียบทบาทอาชีพและภาระทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่ขาดการเตรียมความพร้อม ประการที่สอง ความต้องการสนับสนุนที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง ทั้งด้านข้อมูลและทักษะการดูแลตนเอง การสนับสนุนการกลับสู่อาชีพ และการสนับสนุนทางจิตใจ ประการที่สาม อุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหลังเจ็บป่วย ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม และช่องว่างในการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับทีมสุขภาพชุมชน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่ตอบโจทย์ความต้องการเฉพาะของวัยทำงานในระบบสุขภาพไทย

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, วัยทำงาน, การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน, ญาติผู้ดูแล, ประสบการณ์การฟื้นฟู (J Thai Stroke Soc. 2026;25(2): 18-31)

บทนำ (Introduction)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญระดับโลก ข้อมูลจากการศึกษา Global Burden of Disease Study 2021 รายงานว่ามีผู้ป่วยทั่วโลกสูงถึง 93.8 ล้านคน และส่งผลกระทบต่อปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากความพิการ (DALYs) สูงถึง 160.5 ล้านปีต่อปี ที่น่ากังวลยิ่งขึ้นคือแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ในกลุ่มประชากรอายุน้อยกว่า 70 ปี โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งสะท้อนว่าโรคหลอดเลือดสมองไม่ใช่โรคของผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียวอีกต่อไป สำหรับบริบทของประเทศไทย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มวัยทำงาน (อายุระหว่าง 18–60 ปี) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มประชากรนี้มีความสำคัญเป็นพิเศษในเชิงเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากเป็นกำลังหลักในการผลิตและการดูแลครอบครัว ความพิการที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อชีวิตหลายมิติ โดยส่งผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้บทบาทหน้าที่ อัตลักษณ์ทางอาชีพ และคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยและครอบครัว^{2,3}

ช่วงเวลาที่สำคัญ และเปราะบางที่สุดในเส้นทางการฟื้นฟูสุขภาพคือ ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Phase) จากโรงพยาบาลสู่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในการจัดการอาการในสภาวะแวดล้อมที่ขาดผู้เชี่ยวชาญ หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่า ความไม่ต่อเนื่องของการวางแผนจำหน่าย และการขาดระบบสนับสนุนภายหลังออกจากโรงพยาบาลเป็นอุปสรรคสำคัญในการปรับตัว⁴ โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่ต้องเผชิญกับ "วิกฤตอัตลักษณ์" (Identity Crisis) จากการสูญเสียบทบาทผู้หาเลี้ยงครอบครัว⁵ ความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแตกต่างจากผู้สูงอายุอย่างสิ้นเชิง โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการกลับเข้าทำงาน ทว่าอัตราการสำเร็จยังคงต่ำเนื่องจากข้อจำกัดด้านกายภาพ ความเหนื่อยล้า และขาดการสนับสนุนที่ตรงจุด^{6,7} ขณะเดียวกัน ญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นแกนหลักในการฟื้นฟูที่บ้าน มักขาดการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอก่อนจำหน่าย ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย^{8,9}

แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional

Care Model: TCM) ของ Naylor ที่เน้นการดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและลดภาระผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้ในบริบทของผู้ป่วยวัยทำงานไทยยังมีข้อจำกัด งานวิจัยส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ และอิงบริบทระบบสุขภาพต่างประเทศ ทำให้ยังมีช่องว่างองค์ความรู้ ที่สำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์ และความต้องการภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย^{4,9} นอกจากนี้ ในขณะที่ระบบสุขภาพมักมองภาพผู้ดูแลว่าเป็นลูกหลานหรือผู้รับจ้างดูแลในบริบทผู้สูงอายุ แต่งานวิจัยยังขาดการสะท้อนภาพที่แท้จริงของคู่สมรสในวัยแรงงาน ที่ต้องแบกรับภาระซ้ำซ้อนทั้งงานประจำ และการดูแลผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ ความต้องการ และอุปสรรคในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้กรอบแนวคิด TCM เป็นโครงสร้างในการตีความข้อมูล ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะ สนับสนุนการกลับสู่บทบาทหน้าที่ทางสังคม และลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระบบสุขภาพไทย

วิธีวิจัย (Methods)

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (Interpretive Phenomenological Research) ซึ่งมีรากฐานทางปรัชญาจากแนวคิดของ Heidegger ที่เน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่มนุษย์มีชีวิตรอยู่ผ่านกระบวนการตีความเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล¹¹ แนวทางนี้เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาประสบการณ์ที่ซับซ้อนและมีความเป็นส่วนตัวสูง เช่น การเผชิญกับโรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงความหมายเชิงลึกที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสร้างขึ้นจากประสบการณ์จริงของตนเองอย่างแท้จริง¹²

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน (อายุ 18–60 ปี) และผู้ดูแลหลัก (Primary Caregivers) ที่เข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับผู้ป่วยจากทั้งจังหวัดอุดรธานี และพื้นที่ใกล้เคียง การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงและสามารถถ่ายทอดข้อมูลที่มีความลึกและครอบคลุมเพียงพอ กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามหลักความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) โดยคาดว่าจะใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละประมาณ 10–15 ราย หรือจนกว่าจะไม่มีประเด็นใหม่ปรากฏขึ้นจากการสัมภาษณ์¹⁴

เกณฑ์การคัดเข้า สำหรับกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ (1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก (2) มีอายุระหว่าง 18–60 ปี (3) มีคะแนนความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) เต็ม 15 คะแนน และไม่มีภาวะบกพร่องด้านการสื่อสาร (Aphasia) ในระดับที่ขัดขวางการสัมภาษณ์ และ (4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอม สำหรับกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ (1) เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้าน (2) มีความสัมพันธ์เป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่ไม่ได้รับคำตอบแทนในเชิงพาณิชย์ และ (3) สามารถสื่อสารและถ่ายทอดประสบการณ์ได้ชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้ที่มีประวัติโรคจิตเวชรุนแรงก่อนการเจ็บป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ย้ายที่ออกไปพื้นที่ห่างไกลจนไม่สามารถติดตามสัมภาษณ์ได้ภายในกรอบเวลาที่กำหนด

เครื่องมือวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งครอบคลุมข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล และ (2) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured In-depth Interview Guide) ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด TCM ทั้ง 8 องค์ประกอบของ Naylor แนวคำถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านในสาขาการพยาบาลระบบประสาท การดูแลต่อเนื่อง และ

วิจัยเชิงคุณภาพ ก่อนนำไปทดลองใช้ (Pilot Interview) กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1–2 ราย เพื่อปรับปรุงภาษาและลำดับคำถามให้เป็นธรรมชาติ

กระบวนการเก็บข้อมูลดำเนินการเป็น 2 ระยะ ระยะแรก คือการสัมภาษณ์ก่อนจำหน่าย (Before discharge Interview) ณ โรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาที โดยเน้นสำรวจความพร้อมและความกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ระยะที่สอง คือการสัมภาษณ์เชิงลึกและการเยี่ยมบ้าน (Home Visit In-depth Interview) หลังจำหน่าย 2–4 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 60–90 นาที โดยบันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกดิจิทัล (หลังได้รับความยินยอม) และดำเนินการถอดคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำภายใน 24–48 ชั่วโมงหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง เพื่อรักษาความสดใหม่ของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยยังบันทึกภาคสนาม (Field Notes) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรม บริบทสิ่งแวดล้อม และสังเกตการณ์เชิงอวัจนภาษาในระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อใช้ประกอบการตีความข้อมูล ขั้นสุดท้ายดำเนินการตรวจสอบข้อมูลกลับ (Member Checking) โดยนำบทสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์คืนสู่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยประยุกต์ใช้แนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Miles, Huberman และ Saldaña¹⁵ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักที่สัมพันธ์กัน ขั้นตอนแรก คือการลดรูปข้อมูล (Data Reduction) ด้วยการอ่านซ้ำหลายรอบ และการให้รหัสข้อมูล (Coding) ทั้งแบบนิรนัย (Deductive Coding) ตามกรอบ TCM 8 องค์ประกอบ และแบบอุปนัย (Inductive Coding) จากประเด็นที่เกิดขึ้นใหม่จากข้อมูลจริง ขั้นตอนที่สอง คือการจัดระเบียบและแสดงข้อมูล (Data Display) ด้วยการจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายคล้ายกันเพื่อสร้างประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes) พร้อมแสดงความสัมพันธ์ด้วยแผนผังและตาราง ขั้นตอนที่สาม คือการสรุปและตรวจสอบข้อสรุป (Conclusion Drawing and Verification) โดยเชื่อมโยงผลการตีความกับบริบทของผู้ป่วยวัยทำงาน

ความน่าเชื่อถือของการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการตามเกณฑ์ความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดของ Lincoln และ Guba¹⁶ ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) โดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ของแหล่งข้อมูลจากผู้ป่วย และผู้ดูแลที่สะท้อนปรากฏการณ์อย่างรอบด้าน และวิธีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมทั้งสังเกตการณ์พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการตรวจสอบข้อมูลกลับ (Member Checking) เพื่อป้องกันความเอนเอียงและตีความคลาดเคลื่อนจากตัวผู้วิจัย ดำเนินการความสามารถถ่ายโอน (Transferability) โดยการบรรยายบริบทอย่างหนาแน่น (Thick Description) ความสอดคล้องของกระบวนการผ่านการบันทึก Audit Trail ตลอดจนกระบวนการวิจัยและความเป็นกลาง (Confirmability) ผ่านการสะท้อนตนเอง (Reflexivity) ของผู้วิจัยในทุกขั้นตอน

การพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี

อุตรดิตถ์ (BCNUT REC No. 002/2569) วันที่รับรอง 20 มกราคม 2569 โดยดำเนินการตามมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ ICH-GCP ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรม 4 ประการ ได้แก่ (1) หลักความเคารพในบุคคล ผ่านกระบวนการขอความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (Informed Consent) พร้อมสิทธิถอนตัวโดยไม่กระทบการรักษา (2) หลักการให้ประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย โดยผู้วิจัยประเมินความพร้อมทางจิตใจและหยุดการสัมภาษณ์หากพบความเสี่ยง (3) การรักษาความลับ ด้วยการเข้ารหัสแทนชื่อจริงและจัดเก็บข้อมูลในระบบที่มีการป้องกัน และ (4) หลักความยุติธรรม ด้วยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์อย่างเคร่งครัดโดยไม่เลือกปฏิบัติ

ผลการวิจัย (Results)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 26 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน 13 ราย และกลุ่มญาติผู้ดูแลหลัก 13 ราย ข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) เกิดขึ้นเมื่อสัมภาษณ์ครบ 12 คู่ และดำเนินการสัมภาษณ์เพิ่มอีก 1 คู่เพื่อยืนยันความอิ่มตัวของข้อมูล

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 13)

ลักษณะ	รายละเอียด
อายุเฉลี่ย (ปี)	48.6 (ช่วง 35–59)
เพศชาย : เพศหญิง	8 : 5
ชนิดโรค: Ischemic stroke	9 ราย (69.2%)
ชนิดโรค: Hemorrhagic stroke	4 ราย (30.8%)
ระยะเวลาเฉลี่ยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (วัน)	14.3 (ช่วง 7–28)
อาชีพก่อนป่วย: รับจ้าง/แรงงาน/เกษตรกร	6 ราย (46.2%)
อาชีพก่อนป่วย: ข้าราชการ/พนักงาน	4 ราย (30.8%)
อาชีพก่อนป่วย: ประกอบธุรกิจส่วนตัว	3 ราย (23.0%)
สิทธิการรักษา: บัตรทอง	8 ราย (61.5%)
สิทธิการรักษา: ประกันสังคม/ข้าราชการ	5 ราย (38.5%)
ระดับความพิการ (mRS 1–2)	7 ราย (53.8%)
ระดับความพิการ (mRS 3–4)	6 ราย (46.2%)

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล (n = 13)

ลักษณะ	รายละเอียด
อายุเฉลี่ย (ปี)	44.2 (ช่วง 28–62)
เพศหญิง : เพศชาย	9 : 4
ความสัมพันธ์: คู่สมรส	7 ราย (53.8%)
ความสัมพันธ์: บุตร	4 ราย (30.8%)
ความสัมพันธ์: พี่น้อง	2 ราย (15.4%)
ระยะเวลาดูแลเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง)	18.4 (ช่วง 16–24)
ระยะเวลาดูแลหลังจำหน่ายเฉลี่ย (สัปดาห์)	6.8 (ช่วง 3–12)
ระดับการศึกษา: ต่ำกว่าปริญญาตรี	8 ราย (61.5%)
ระดับการศึกษา: ปริญญาตรีขึ้นไป	5 ราย (38.5%)

ประเด็นหลักที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล และบันทึกภาคสนาม พบประเด็นหลัก 3 ประเด็น และ การวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นย่อย รวม 9 ประเด็น ดังแสดงในตารางที่ 3.

ตารางที่ 3. ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการวิเคราะห์

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ประสพการณ์การปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่าน	1.1 วิฤตอัตลักษณ์และการสูญเสียบทบาท 1.2 ภาระทางอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล 1.3 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับข้อจำกัดใหม่
2. ความต้องการสนับสนุนในการฟื้นฟูสภาพ	2.1 ความต้องการข้อมูลและทักษะการจัดการตนเอง 2.2 ความต้องการสนับสนุนเพื่อการกลับสู่อาชีพ 2.3 ความต้องการสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ
3. อุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ	3.1 อุปสรรคระดับบุคคลและครอบครัว 3.2 อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ 3.3 ช่องว่างในระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลักที่ 1. ประสพการณ์การปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่าน

ประเด็นย่อย 1.1 วิฤตอัตลักษณ์และการสูญเสียบทบาท

ผู้ป่วยวัยทำงานทุกราย รายงานความรู้สึกสูญเสียอัตลักษณ์อย่างฉับพลันภายหลังการเจ็บป่วย โดยมีนัยสำคัญมากกว่าเพียงการสูญเสียสมรรถภาพ

ทางกาย หากแต่เชื่อมโยงอย่างลึกซึ้งกับการสูญเสียบทบาทที่เคยนิยามคุณค่าของตนเองในฐานะเสาหลักของครอบครัวและผู้ประกอบอาชีพ การสูญเสียบทบาทนี้ปรากฏชัดในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะทางหรือแรงงาน ซึ่งอาชีพเหล่านี้เปรียบเสมือนอัตลักษณ์หลักของบุคคล ดังที่ผู้ให้ข้อมูล P04 สะท้อนว่า "ตัดผมมาตลอดชีวิตเลย... จนร่างกายเราล้มแบบนี้แหละ"

คำว่าตลอดชีวิตแสดงถึงการหลอมรวมอาชีพเข้าเป็นส่วนหนึ่งของตัวตน เมื่อไม่สามารถประกอบอาชีพได้จึงนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองอย่างรุนแรง เช่นเดียวกับกรณีของ P08 ที่ระบุว่า "งานไม่ได้ทำ... ก่อนหน้านั้นทำอะไรทำนา" ซึ่งสะท้อนถึงการต้องละทิ้งวิถีชีวิตเดิมที่เคยเป็นเครื่องยืนยันความสามารถ และการพึ่งพาตนเอง

ความรู้สึกสะท้อนใจที่ต้องกลายเป็นภาระ และไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวได้เหมือนเดิม เปลี่ยนสถานะจากผู้ดูแลเป็นผู้ถูกดูแล P03 บริบทญาติผู้ดูแลเล่าถึงผู้ป่วยว่า "เมื่อก่อนเคยทำกับข้าวให้ลูกให้หลานกิน ตอนนั้นทำไม่ได้แล้ว" การสูญเสียบทบาทแม่และยาย ที่คอยดูแลเรื่องปากท้องของคนในบ้าน นอกจากนี้ งานวิจัยยังพบปรากฏการณ์ "ความตระหนักรู้ในความสูญเสียเชิงประจักษ์" โดยเฉพาะในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกหลังกลับไปพักฟื้นอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตทางจิตใจที่สำคัญที่สุด เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่บ้านแตกต่างจากโรงพยาบาล พื้นที่ที่เคยใช้ชีวิต และทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างอิสระ กลายเป็นเครื่องตอกย้ำถึงข้อจำกัดใหม่ทางกายภาพ ส่งผลให้ระยะห่างระหว่างตัวตนที่เคยเป็นกับตัวตนในปัจจุบันปรากฏชัดเจน และสร้างความสะท้อนใจมากกว่าในช่วงที่อยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์

ประเด็นย่อย 1.2 ภาระทางอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแล (Caregivers) ต้องเผชิญกับภาระทางอารมณ์ที่ซับซ้อน ซึ่งไม่ได้เกิดจากเพียงภาระงานในการดูแลทางกายเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการต้องรองรับอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วย และความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนของอาการ ที่มักใช้ญาติผู้ดูแลเป็นที่รองรับอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยเกิดความหงุดหงิดจากข้อจำกัดของตนเอง ดังที่ผู้ดูแลในราย P07 สะท้อนว่า "เกิดความรำคาญ หงุดหงิดเนอะ บางทีก็ขู่ว่าแต่เราก็เข้าใจแอะเนอะ" ซึ่งแสดงถึงการใช้ความอดทนเพื่อระงับความขัดแย้ง ขณะเดียวกันยังต้องแบกรับ ความวิตกกังวลและความกลัวต่อภาวะวิกฤต ความกลัวว่าอาการจะทรุดลงฉับพลัน เห็นได้ชัดจากกรณี P11 ที่ญาติผู้ดูแลต้องตัดสินใจในภาวะวิกฤตเรื่องการยื้อชีวิต "จะเจาะคอฉันกับบอกไม่เจาะ ถ้าแย่นี่ให้ปั๊ม

ใหม่ฉันบอกไม่ปั๊ม ให้เขาไปสบายไม่ต้องทำอะไร" สะท้อนถึงภาระในการตัดสินใจที่หนักอึ้ง ซึ่งส่งผลต่อภาวะจิตใจของญาติผู้ดูแลอย่างมาก

นอกจากนี้ ภาระการดูแลที่ต่อเนื่องยังนำไปสู่ความเหนื่อยล้าสะสม และการสูญเสียชีวิตส่วนตัว จากที่ต้องปรับวงจรชีวิตตามผู้ป่วยจนเกิดภาวะเหนื่อยล้าเรื้อรัง เห็นได้ชัดจากผู้ดูแลราย P03 ที่บรรยายถึงวงจรการดูแลที่ไม่มีวันหยุดพักกว่า "5 ทุ่มตื่นปั๊บ แล้วเค้าก็ยามาจน 11 โมงเช้า... บ่าย 3 เค้าก็จะตื่นละ... ทุ่มสองทุ่มเค้าก็เข้าห้องนอน" ภาวะเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลในระยะยาว

ประเด็นย่อย 1.3 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับข้อจำกัดใหม่

นอกเหนือจากการสูญเสียบทบาท ผลการศึกษา ยังเผยให้เห็นถึงกระบวนการทางจิตวิทยาในการยอมรับและปรับเปลี่ยน เพื่อให้อยู่รอดได้ในสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเริ่มจากการปรับลดความคาดหวัง และการยอมรับสภาพจริง เพื่อก้าวข้ามความขัดแย้งในใจไปสู่การรับรู้ข้อจำกัดใหม่ ดังที่ P07 กล่าวว่า "คนเคยทำเนาะเนอะ มันอึดอัด... มันหงุดหงิดตัวเอง ทำอะไรก็ไม่ได้ตั้งใจ" ควบคู่ไปกับการสร้างความหมายใหม่และการดูแลตนเองเชิงรุก โดยเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาสในการทบทวนพฤติกรรมสุขภาพ มองความเจ็บป่วยเป็นบทเรียนมากกว่าบทลงโทษ เช่นที่ P04 สะท้อนว่า "บางทีก็ขอบคุณมันนะ มันทำให้เราหันกลับมาดูแลตัวเองมากขึ้น... รู้จักกินรู้จักอะไรมากขึ้น" ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าใหม่ในการมีชีวิตอยู่ นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยโครงสร้างทางสังคมช่วยเหลือหนุนเสริม โดยเฉพาะกำลังใจจากคนใกล้ชิดที่ช่วยประคับประคองอัตลักษณ์ที่เปราะบาง เช่นกรณี P01 ที่ญาติเล่าถึงพัฒนาการว่า "เดินได้นี้ก็ดีเลย... ลูกชายเขาเดินขึ้นบันได 3 ชั้น 4 ชั้น" การรับรู้ถึงความสำเร็จเล็กน้อยผ่านการสนับสนุนของครอบครัว จึงเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับข้อจำกัดและมีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพตนเองต่อไป

ประเด็นหลักที่ 2. ความต้องการสนับสนุนในการฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นย่อย 2.1 ความต้องการข้อมูลและ

ทักษะการจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักที่บ้าน ความต้องการข้อมูลจะเน้นหนักไปที่ทักษะการใช้ชีวิตและการป้องกันความเสี่ยง โดยเฉพาะความต้องการข้อมูลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยต้องการความชัดเจนเรื่องพฤติกรรมบริโภคและการสังเกตอาการผิดปกติ ดังที่ P04 สะท้อนบทเรียนจากการ "กินตามใจตัวเอง... กินของทอด ของมัน ของดอง น้ำหวาน" จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่า "มันทำให้เราหันกลับมาดูแลตัวเองมากขึ้น... รู้จักกินรู้จักอะไรมากขึ้น" ขณะเดียวกันยังมีความต้องการทักษะการจัดการด้านยาและผลข้างเคียง เพื่อคลายความกังวลเรื่องผลกระทบระยะยาวต่อร่างกาย เช่นในราย P05 ที่กังวลว่า "กินมากก็ไม่ดีนะยาพวกนี้... ความดันมาๆ ก็ลงไตเนาะ" ข้อมูลที่ถูกต้องจึงสำคัญต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยา นอกจากนี้ยังพบช่องว่างสำคัญในด้านการเข้าถึงข้อมูลสนับสนุนและการติดตามผล เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตามอาการหลังจำหน่าย ดังที่ P10 ระบุว่า "ไม่มี (คนมาเยี่ยม) ไม่มีโทรมาอะไรอย่างงี้ ไม่มี" และราย P01 ที่เสริมว่า "ไม่ได้มีใครมาเลยหรือมีมาแค่ครั้งเดียว" สิ่งนี้สะท้อนถึงความต้องการระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้าน สายด่วน หรือช่องทางการสื่อสารทางไกล เพื่อยืนยันความถูกต้องในการดูแลตนเองและสร้างความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

ประเด็นย่อย 2.2 ความต้องการสนับสนุนเพื่อการฟื้นฟูบทบาททางอาชีพ

สำหรับผู้ป่วยวัยทำงาน การกลับเข้าสู่โลกการทำงานไม่ได้เป็นเพียงการกู้คืนรายได้เพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ แต่คือการกู้คืนอัตลักษณ์และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทว่าเส้นทางนี้เต็มไปด้วยอุปสรรคซับซ้อนที่ต้องการระบบสนับสนุนอย่างเป็นระบบใน 4 มิติหลัก ดังนี้

1) การพัฒนาสมรรถภาพทางกายเพื่อทักษะเฉพาะอาชีพ: ความต้องการก้าวข้ามการทำกายภาพบำบัดขั้นพื้นฐาน ไปสู่การฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กและทักษะเฉพาะ (Fine Motor Skills) เพื่อให้สามารถกลับไปใช้เครื่องมือทำงานได้อีกครั้ง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีทักษะฝีมือเฉพาะทางซึ่งมักเกิดความสะเทือนใจเมื่อ

ร่างกายไม่เอื้ออำนวย ดังเช่น P04 สะท้อนว่า "ตัดผมมาตลอดชีวิตเลย... จนร่างกายเราล้มแบบนี้แหละ"

2) การประเมินความพร้อมและขีดจำกัดในการทำงาน: ผู้ป่วยต้องเผชิญสภาวะบีบคั้นและแรงดันระหว่างจิตใจที่มุ่งมั่นกับร่างกายที่มีข้อจำกัด ดังที่ P02 ระบุว่า "ห่วงทำงานเนาะ...มันจำเป็นต้องทำ" ภาระความรับผิดชอบนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการการชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาจุดสมดุลระหว่างการทำงานและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะการปรับรูปแบบงานให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายปัจจุบัน

3) การจัดการความอ่อนล้า และภาวะแทรกซ้อนที่ซ่อนเร้น: แม้ลักษณะภายนอกจะดูแข็งแรงดี แต่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะล้าเรื้อรังที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการทำงาน ดังที่ P10 สะท้อนว่า "ทำอะไรแล้วมันเหนื่อยง่าย เผลียง่าย... เดินไกลๆ ก็ได้ แต่ถ้านานๆ มันก็จะเหนื่อยง่าย" การสนับสนุนด้านทักษะการจัดสรรพลังงานและการจัดการเวลาที่ยืดหยุ่นจึงเป็นปัจจัยกำหนดความสำเร็จในระยะยาว

4) การสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง: การหยุดชะงักของอาชีพส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในจิตใจอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักพยายามยึดโยงกับบทบาทเดิม เช่น P09 วิตกกังวลว่า "ช่วงนี้มะปรังกำลังเก็บมะปรังไปขาย" หรือในรายที่สูญเสียงานเดิมจนนำไปสู่ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ดังเช่น P10 ที่ระบุว่า "ช่วงที่ป่วยแรกๆ ก็เครียดจนเป็นโรคซึมเศร้าต้องกินยา ไม่ได้ไปทำงานเหมือนเดิมแล้ว แฟนทำคนเดียว ตอนนี้เราก็รู้สึกตก กระทบบ้างขายแทน" ดังนั้น การที่ทีมสุขภาพช่วยแนะแนวอาชีพทางเลือกและส่งเสริมศักยภาพใหม่ จึงไม่ได้เป็นเพียงการลดภาวะซึมเศร้าจากการว่างงาน แต่เป็นการสร้างความหวังให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าของตนเองว่ายังสามารถขับเคลื่อนครอบครัวและสังคมได้แม้สภาพร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไป

ประเด็นย่อย 2.3 ความต้องการสนับสนุนทางสังคม และจิตใจ

ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่สะท้อนความต้องการสนับสนุนทางจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นจากความต้องการ ความเข้าใจ และความอดทน จากคนใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเผชิญกับ

ภาวะอารมณ์แปรปรวนจากพยาธิสภาพของโรคและความอึดอัดที่ทำอะไรไม่ได้ตั้งใจ เช่น ญาติผู้ดูแลรายงานว่าผู้ป่วยมีอาการ "รำคาญ หงุดหงิด ขู่ง้าง" (P07) ผู้ป่วยต้องการคำมั่นใจว่าตนเองยังมีความสามารถ และไม่ได้ออกห่างจากโรงพยาบาล โดยระบุว่า "ไม่มีใครโทรมาหาเลย" (P01, P10) แสดงถึงความต้องการที่พึงพิงทางใจจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้รู้สึกอุ่นใจในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ความต้องการสนับสนุนทางจิตใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่ใช่แค่การปลอบใจ แต่คือความต้องการระบบสนับสนุนที่ช่วยให้เขารู้สึกว่ายังมีตัวตน มีความหวัง และมีคนเคียงข้าง ในวันที่ร่างกายไม่เหมือนเดิม การสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว และทีมสุขภาพตั้งแต่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญว่าผู้ป่วยจะกลับมาคุณภาพชีวิตที่ดี

ประเด็นหลักที่ 3: อุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นย่อย 3.1 อุปสรรคระดับบุคคลและครอบครัว

อุปสรรคภายในที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการขาดแรงจูงใจในการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน ภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่ยังยึดติดกับตัวตนเดิม และไม่สามารถปรับตัวเข้ากับข้อจำกัดใหม่ได้ ร่วมกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่ขาดระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง ทำให้การฟื้นฟูสภาพที่บ้านเป็นไปอย่างล่าช้าหรือหยุดชะงักลงในช่วง 1-2 เดือนแรกหลังออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่า ผู้ป่วยบางรายสามารถทำได้แต่ไม่ทำ (P03) ซึ่งอาจเกิดจากความรู้สึกเหนื่อยหน่าย หรือการสูญเสียแรงจูงใจในการฝึกฝนร่างกายอย่างต่อเนื่อง

ในระดับครอบครัว อุปสรรคสำคัญคือการปรับเปลี่ยนบทบาทภายในครอบครัว (Family Role Adjustment) โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยเคยเป็นผู้นำครอบครัว การสลับบทบาทกลายเป็นแหล่งความขัดแย้งและความตึงเครียดในความสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจทางอ้อมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยพบความล้าของญาติผู้ดูแล (Caregiver Burnout) เมื่อต้องทำงานหาเลี้ยงชีพควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย (P08) หรือต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมงจนไม่ได้พักผ่อน (P03) ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นฟูสภาพ

ผู้ป่วยลดลง รวมถึงการขาดความรู้ในการทำกายภาพที่ถูกวิธี ทำให้ไม่กล้าให้ผู้ป่วยขยับตัวเพราะกลัวล้ม

ประเด็นย่อย 3.2 อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ

เมื่อพิจารณาในมิติของสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ พบว่าฐานะทางการเงินของครอบครัวเป็นปัจจัยชี้ขาดความเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยหลายรายต้องเผชิญกับภาระหนี้สินจากค่าส่วนต่างจากการรักษา และการสูญเสียรายได้หลักจากการขาดงานทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่นกรณี P03 ที่ "ต้องจ่ายส่วนต่างเองถึง 40,000 บาท จากยอดรวมเกือบ 3 แสนบาท" ซึ่งเป็นภาระหนักสำหรับครอบครัว ภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้ครอบครัวต้องเลือกให้ความสำคัญกับการทำมาหากินมากกว่าการฟื้นฟูสภาพอย่างเต็มที่ ขณะเดียวกันสภาพแวดล้อมทางกายภาพของที่อยู่อาศัยที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น พื้นที่ต่างระดับหรือการขาดสิ่งอำนวยความสะดวกที่ปลอดภัย ผนวกกับช่องว่างของระบบสาธารณสุขในชุมชนที่ขาดการติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ยิ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกโดดเดี่ยวและขาดความมั่นใจในการจัดการตนเอง

ประเด็นย่อย 3.3 ช่องว่างในระบบบริการสุขภาพ

อุปสรรคในระดับระบบที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลรายงานอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องของการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและทีมสุขภาพชุมชน โดยผู้ป่วยเกือบทั้งหมดรายงานว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดการติดตามผลเชิงรุกหรือไม่มี การแจ้งข้อมูลแผนการรักษาไปยังพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งพิงทางใจในช่วงวิกฤตที่บ้าน ผู้ป่วย P01 และ P10 สะท้อนถึงประสบการณ์ในทิศทางเดียวกันว่า "ไม่มี (คนมาเยี่ยม) ไม่มีใครมาอะไรอย่างงี้ไม่มี" (P10) และ "ไม่ได้มีใครมาเลย หรือมีมาแค่ครั้งเดียว... อยากให้มาเพื่อช่วยเหลือ" (P01)

ขณะที่ผู้ป่วย P09 อธิบายว่าการขาดความต่อเนื่องนี้ทำให้ต้องพึ่งพาตนเองตามยถากรรม โดยระบุว่า "ไม่มีใครมาเลย... เราก็ดูแลกันไปตามอาการ" ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความต้องการการได้รับคำแนะนำที่จำเพาะเจาะจงกับสภาพแวดล้อมจริงในบ้าน มากกว่าเพียงแค่การนัดตรวจตามรอบที่โรงพยาบาล นอกจาก

นี้ยังพบปัญหาการรอคอยนัดพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น นักกายภาพบำบัดและนักอาชีวบำบัด ซึ่งมีจำนวนจำกัดในพื้นที่ ทำให้ระยะเวลารอนานเกิน 4–6 สัปดาห์ ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาสำคัญ (Golden Period) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองและร่างกาย

ผลการตรวจสอบข้อมูลกลับ (Member Checking) ยืนยันว่าประเด็นทั้ง 9 ประเด็นสะท้อนประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน โดยเฉพาะในมิติของความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการฟื้นฟูสภาพที่มีมาตรฐานเดียวกันระหว่างในเมืองและชุมชนห่างไกล

อภิปรายผล (Discussion)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เจาะลึกประสบการณ์ ความต้องการ และอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงานและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านภายใต้บริบทระบบสุขภาพไทย ผลการศึกษาได้ขยายความเข้าใจเชิงลึกใน 3 มิติหลักที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Transitional Care Model (TCM) ของ Naylor อย่างมีนัยสำคัญ และมีจุดบรรจบกับงานวิจัยระดับนานาชาติพร้อมกับชี้ให้เห็นลักษณะเฉพาะของบริบทไทยที่แตกต่างออกไป

วิกฤตอัตลักษณ์และการสูญเสียบทบาทในกลุ่มวัยทำงาน

ประเด็นที่โดดเด่นที่สุดในการศึกษานี้คือความรุนแรงของวิกฤตอัตลักษณ์ (Identity Crisis) จากการสูญเสียบทบาทอาชีพและสถานะผู้หาเลี้ยงครอบครัวอย่างฉับพลัน ซึ่งส่งผลกระทบสะท้อนใจรุนแรงยิ่งกว่าความบกพร่องทางกาย สอดคล้องกับแนวคิด Liminality ของ Hall และคณะ¹⁷ ที่อธิบายว่าผู้ป่วยมักตกอยู่ในสภาวะ "ระหว่างสอง" (Betwixt and Between) คือสูญเสียตัวตนในอดีตแต่ยังไม่สามารถก้าวไปสู่อนาคตได้ ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ลึกซึ้งผ่านปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger เกี่ยวกับการพังทลายของโลกและการดำรงอยู่ โดยปกติวัยทำงานจะใช้ร่างกายเป็นเครื่องมือที่พร้อมใช้งานโดยอัตโนมัติ ทว่าเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิกฤตนี้จึงกลายเป็นวิกฤตเชิงภาววิทยา (Ontological Crisis) ที่โลกใบเดิมซึ่งผูกติดกับอัตลักษณ์การเป็นเสาหลักครอบครัว

พังทลายลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญสภาวะแปลกแยกและรู้สึกไม่ปลอดภัยในร่างกายตนเอง

วิกฤตนี้เด่นชัดในกลุ่มวัยทำงานมากกว่าผู้สูงอายุ เนื่องจากอาชีพเป็นแกนกลางของอัตลักษณ์บุคคล สอดคล้องกับ Šaňáková และคณะ³ ที่พบว่า แม้ความบกพร่องทางประสาทจะรุนแรงน้อย แต่การเจ็บป่วยยังคงลดทอนคุณภาพชีวิตและบทบาททางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ยิ่งไปกว่านั้น มิติวัฒนธรรมไทยในความเป็น "เสาหลักครอบครัว" ที่ผูกติดกับค่านิยมความกตัญญูและการเป็นที่พึ่งพา ยิ่งทวีความรุนแรงของความรู้สึกสูญเสียมากกว่าบริบทตะวันตก สะท้อนจากสถิติของ Ibrahim และคณะ² ที่ยืนยันว่าผู้ป่วยวัยทำงานถึงร้อยละ 58.7 ไม่สามารถกลับเข้าทำงานได้หลังเจ็บป่วย

อย่างไรก็ดี การพบกระบวนการปรับตัวเชิงบวกตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 สะท้อนถึงความพยายามตีความความหมายของตนเองใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ของกรอบแนวคิด TCM ที่เน้นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพ ทว่าในบริบทไทย กระบวนการนี้ยังเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติโดยขาดระบบสนับสนุน จึงเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาบทบาทพยาบาลประสานงานการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยขยายคุณค่าทางทฤษฎีของกรอบแนวคิด TCM (Naylor) ซึ่งเดิมมุ่งเน้นผลลัพธ์เชิงคลินิกและการจัดการอาการทางกายในผู้สูงอายุ แต่เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มวัยทำงาน องค์กรประกอบการดูแลจำเป็นต้องขยายขอบเขตจากความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADLs) ไปสู่การฟื้นฟูอัตลักษณ์เพื่อการกลับเข้าสู่อาชีพ ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดที่แตกต่างจากผู้สูงอายุ บริบทนี้ขับเคลื่อนให้การพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านต้องก้าวข้ามการดูแลเชิงคลินิกทั่วไป ไปสู่การร่วมมือกับนักกิจกรรมบำบัดเพื่อประเมินศักยภาพ ออกแบบโปรแกรมฝึกทักษะเฉพาะ และปรับเปลี่ยนงานให้สอดคล้องกับวิถีอาชีพจริง

ภาระทางอารมณ์ของผู้ดูแลและความพร้อมที่ขาดหายไป

ผลการศึกษาด้านภาระทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในวรรณกรรมนานาชาติ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Tsakitzidis และ

คณะ¹⁸ ระบุว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเผชิญปัญหาสุขภาพพร้อมกันทั้ง 4 มิติ คือ อารมณ์ ร่างกาย สังคม และการเงิน โดยเฉพาะความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการดูแล สอดคล้องกับ Lin และคณะ⁹ ที่พบว่าช่วง 2 เดือนแรกหลังจำหน่ายเป็นช่วงวิกฤตสองทาง ที่ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเผชิญความยากลำบากพร้อมกัน ทว่าสิ่งที่พบในบริบทไทยและต่างจากประเทศพัฒนาแล้ว คือ ระดับความไม่พร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากยังขาดโปรแกรมการสอนที่เป็นระบบและช่องทางการสื่อสารหลังจำหน่ายที่เข้าถึงง่าย ซึ่งการศึกษา meta-analysis ของ Li และคณะ¹⁹ ยืนยันว่า ปัจจัยทางจิตวิทยาและลักษณะทางคลินิกของโรคสัมพันธ์กับระดับความพร้อมของผู้ดูแล จึงสนับสนุนความจำเป็นในการประเมินและเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนจำหน่ายตามหลักการของกรอบแนวคิด TCM ข้อค้นพบเชิงลึกของงานวิจัยนี้ยังสะท้อนว่า ลักษณะอาชีพเดิม และระดับความพิการ (Modified Rankin Scale: mRS) ของผู้ป่วยวัยทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่จำแนกความรุนแรงของวิกฤตทางจิตใจและรูปแบบภาระของผู้ดูแล โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ทักษะเฉพาะทางหรือแรงงานรับจ้าง จะเผชิญวิกฤตอัตลักษณ์ และการสูญเสียคุณค่าในตนเองอย่างรุนแรงฉับพลัน เนื่องจากตัวตนและรายได้ผูกติดกับการควบคุมร่างกายโดยตรง ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องแบกรับทั้งภาระทางอารมณ์จากภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและความกดดันทางเศรษฐกิจในการหารายได้ จุนเจือครอบครัว ต่างจากกลุ่มข้าราชการหรือพนักงานประจำที่มีสวัสดิการรองรับช่วงลาป่วย ซึ่งความเครียดจะไปตกอยู่ที่การเตรียมความพร้อมในความสามารถด้านการคิดและสติปัญญา และการจัดการความอ่อนล้าเพื่อกลับไปปฏิบัติงานบริหาร ยิ่งไปกว่านั้น ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรง (mRS 3–4) เพิ่มภาระทางกายและอารมณ์แก่ผู้ดูแลจากการฟุ้งฟิงสูง แต่กลุ่มที่มีความพิการน้อย (mRS 1–2) กลับเผชิญวิกฤตความคาดหวัง จากความบีบคั้นที่ต้องรีบกลับไปทำงาน ทั้งที่ร่างกายยังไม่สมบูรณ์ร้อยเปอร์เซ็นต์ ซึ่งสร้างความเครียดสะสมให้แก่ระบบครอบครัวไม่แพ้กัน

ปรากฏการณ์ความซับซ้อนจำเพาะในกลุ่มวัยทำงานนี้ จึงช่วยขยายขอบเขตทางทฤษฎีของกรอบแนวคิด TCM ในองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

และผู้ดูแล ว่าไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการฝึกทักษะการดูแลทางกายภาพทั่วไปเหมือนในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่พยาบาลประสานงานจำเป็นต้องยกระดับการมีส่วนร่วมไปสู่การประเมินวิกฤตทางจิตใจควบคู่กับบริบททางอาชีพ เพื่อออกแบบโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและการฟื้นฟูอัตลักษณ์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและลักษณะงานจริงของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างแท้จริง

ความต้องการข้อมูลและการส่งเสริมการกลับสู่อาชีพ

ผลการศึกษานี้เผยให้เห็นช่องว่างที่ชัดเจนระหว่างข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับ กับข้อมูลที่พวกเขาต้องการเพื่อรับมือกับชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Callaghan และคณะ ซึ่งวิเคราะห์ประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พบว่าปัญหาหลักคือการขาดการแบ่งปันข้อมูลที่ปรับตามบุคคล ช่องว่างการสื่อสาร และการดูแลที่กระจัดกระจาย รวมทั้งการรู้สึกถูกทอดทิ้งในสภาวะรอหลังจำหน่าย⁷ ลักษณะดังกล่าวตรงกับการที่ญาติผู้ดูแลในการศึกษาปัจจุบันระบุว่าไม่รู้ว่าจะโทรหาใครเมื่อเกิดปัญหา ซึ่งสะท้อนความล้มเหลวในองค์ประกอบ Maintaining Continuity ของ TCM ความต้องการสนับสนุนการกลับสู่อาชีพที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองเป็นประเด็นที่โดดเด่นเฉพาะกลุ่มวัยทำงานในการศึกษานี้ งานวิจัยของ Martin และคณะในนิวซีแลนด์พบว่า ผู้ป่วยทุกรายโดยไม่คำนึงถึงระดับความบกพร่อง ล้วนต้องการโอกาสในการสำรวจการเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ทางอาชีพตั้งแต่ระยะต้น แต่การสนับสนุนเชิงรุกด้านนี้ยังขาดหายไปจากระบบ⁵ การทบทวนวรรณกรรมของ Nuccio และคณะซึ่งรวม 38 งานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต่างประสบปัญหาในกระบวนการกลับสู่ตลาดแรงงาน โดยต้องการการสนับสนุนเชิงจิตสังคมและการเชื่อมโยงบริการสาธารณสุข การจ้างงาน และสวัสดิการสังคมเข้าด้วยกัน ในระบบสุขภาพไทยที่ยังไม่มีบริการ Vocational Rehabilitation อย่างเป็นทางการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน ช่องว่างนี้จึงยิ่งทวีความสำคัญ

อุปสรรคในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบ

ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post-stroke Depression: PSD) ซึ่งปรากฏในรูปของการขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพ เป็นหนึ่งในอุปสรรคสำคัญที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับหลักฐานที่กว้างขวางว่า PSD พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผลโดยตรงต่อแรงจูงใจในการทำกายภาพบำบัดประสิทธิภาพของการฟื้นฟู และคุณภาพชีวิต และยังเพิ่มภาระให้กับผู้ดูแลอีกด้วย²⁰ การค้นพบว่าผู้ป่วยที่มีความพิการระดับปานกลาง (mRS 3–4) มีแนวโน้มรายงานภาวะนี้มากกว่า สะท้อนความจำเป็นของการคัดกรองและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้เร็วขึ้นในกระบวนการ TCM องค์ประกอบ Symptom Management อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจที่พบในการศึกษานี้ โดยเฉพาะปัญหาระยะทางไกล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดในชุมชน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Kayola และคณะซึ่งระบุว่าในประเทศกำลังพัฒนา อุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นฟูหลังโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ข้อจำกัดทางการเงิน ปัญหาด้านการขนส่ง และการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง²¹ การทบทวนวรรณกรรมในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยเฉพาะยังแสดงให้เห็นว่าอุปสรรคร่วมของภูมิภาค ได้แก่ ความขาดแคลนบุคลากร ระยะทางไกล ค่ารักษาพยาบาลสูง และช่องว่างในความต่อเนื่องของการดูแล²² ซึ่งล้วนปรากฏอยู่ในบริบทอุตรดิตถ์ที่เป็นจังหวัดรองที่มีทรัพยากรบุคลากรด้านกายภาพบำบัดและอาชีวบำบัดจำกัด ช่องว่างที่สำคัญที่สุดที่ค้นพบในการศึกษานี้ คือการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนผู้รับผิดชอบการเยี่ยมบ้านไม่ได้รับแผนการดูแลที่สอดคล้องกับโปรแกรมการฟื้นฟูของโรงพยาบาล ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ Temehy และคณะที่สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงชาติพันธุ์วรรณนา²⁷ เรื่องว่าความต้องการที่รายงานบ่อยที่สุดของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายคือความต่อเนื่องของการดูแล และระยะเวลารอนานก่อนที่การฟื้นฟูจะเริ่มต้นอย่างเป็นรูปธรรมเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุด²³ ปัญหานี้ชี้ให้เห็นว่าองค์ประกอบ Collaborative Care และ Maintaining Continuity

ของ TCM ยังไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างเต็มที่ในบริบทสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่ห่างไกลจากชุมชนของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติและนโยบาย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (TCM) ที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มวัยทำงานและสอดคล้องกับวิถีชีวิตยุคดิจิทัล โดยมีข้อเสนอแนะ 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับปฏิบัติการและนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Solutions) ระบบพยาบาลทางไกลเชิงรุก (Tele-nursing) สู่การพัฒนาแอปพลิเคชัน และการติดตามทางไกลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วง 14 วันแรกหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตที่ผู้ป่วยรับรู้ความสูญเสียสูงสุด เพื่อประเมินสภาวะอารมณ์ คัดกรองภาวะซึมเศร้าฉับพลัน และจัดช่องทางด่วน (Fast track) ส่งต่อสู่จิตแพทย์ทันทีหากมีความเสี่ยง จัดโปรแกรมฟื้นฟูเฉพาะบุคคลและอาชีพ คัดกรองความต้องการและพัฒนาแผนกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัดที่จำเพาะกับลักษณะงาน ระดับความพิการ และบริบทจริงของครอบครัว เพื่อเพิ่มสมานฉันท์และคืนอำนาจการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย

2. ระดับนโยบายและการบูรณาการข้ามกระทรวง (Inter-Ministerial Integration) การขับเคลื่อนระบบ ฟื้นฟูสภาพที่เน้นการคืนสู่อาชีพ ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์จากการฟื้นฟูเพื่อกิจวัตรประจำวัน (ADLs) ไปสู่ความร่วมมือแบบไร้รอยต่อระหว่าง 3 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข (ประเมินเชิงคลินิกและส่งต่อข้อมูล), กระทรวงแรงงาน (ประเมินสมรรถนะ แนะนำอาชีพใหม่ และผลักดันนโยบายสถานประกอบการที่ยืดหยุ่นสำหรับคู่สมรสที่ทำงานประจำ) และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) (สนับสนุนทุนและอุปกรณ์คุ้มครองทางสังคม) เพื่อรองรับภาวะภาระซ้ำซ้อน (Double Burden) ของครอบครัว

3. ระดับระบบบริการสุขภาพชุมชน (Community-Based Care) นโยบายกระจายนักวิชาชีพเฉพาะทางสู่ระบบปฐมภูมิ เร่งจัดสรรนักกายภาพบำบัด และนักอาชีวบำบัดลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อจัดบริการฟื้นฟูถึงบ้านที่มีความถี่สูง มุ่งปิดช่องว่างระบบในช่วง 4–6

สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นระยะที่ผู้สมรสที่ทำงานประจำขาดแคลนเวลาและทักษะในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล มาตรการนี้จะช่วยเร่งอัตราการกลับเข้าทำงาน (Return-to-work) และลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประการแรก เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาจึงไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังบริบทอื่นได้โดยตรง แม้ว่าการบรรยายบริบทอย่างหนาแน่น (Thick Description) จะช่วยสนับสนุนความสามารถถ่ายโอน (Transferability) ในระดับหนึ่ง ประการที่สอง การสัมภาษณ์ที่กระทำในช่วง 2-4 สัปดาห์หลังจำหน่ายอาจไม่ครอบคลุมประสบการณ์ระยะยาวที่อาจเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเวลาผ่านไป ประการที่สาม ผู้ป่วยที่มีภาวะ Aphasia ถูกคัดออกตามเกณฑ์ความสามารถในการสื่อสาร จึงอาจเกิดอคติในการคัดเลือก (Selection Bias) ที่ทำให้ไม่ได้ยินเสียงของผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรงกว่า ซึ่งอาจมีประสบการณ์และความต้องการที่แตกต่างออกไป

บทสรุป (Conclusion)

การศึกษานี้เผยให้เห็นว่าระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงวิกฤตที่ซับซ้อนและเปราะบางอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงานและญาติผู้ดูแล ประสบการณ์ที่โดดเด่นที่สุดคือวิกฤตอัตถิภาวนิยมที่เชื่อมโยงกับการสูญเสียบทบาทอาชีพและบทบาทเสาหลักของครอบครัว ซึ่งทวีความรุนแรงโดยภาระทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่ขาดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ความต้องการที่เร่งด่วนที่สุดของกลุ่มนี้คือการมีช่องทางการสื่อสารต่อเนื่องกับทีมสุขภาพ การสนับสนุนการกลับสู่อาชีพอย่างเป็นรูปธรรม และการสนับสนุนทางจิตใจที่เข้าถึงได้ในชุมชน อุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหลังเจ็บป่วย ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม และช่องว่างในการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ผลการศึกษานี้สนับสนุนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาโปรแกรมการดูแล

ระยะเปลี่ยนผ่านที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของวัยทำงานในบริบทระบบสุขภาพไทย

องค์ความรู้ใหม่

การศึกษานี้สร้างองค์ความรู้ใหม่สำคัญ 4 ประการ ประการแรก ได้ระบุ "วิกฤตอัตถิภาวนิยมคู่ขนาน" (Parallel Identity Crisis) ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกันทั้งในผู้ป่วยที่สูญเสียอัตถิภาวนิยมทางอาชีพและในผู้ดูแลที่ต้องละทิ้งอัตถิภาวนิยมส่วนตัวของตนเพื่อรับบทบาทผู้ดูแลเต็มเวลา ซึ่งยังไม่เคยถูกบรรยายในบริบทในประเทศไทยมาก่อน ประการที่สอง การศึกษานี้ค้นพบว่าสัปดาห์ที่ 1-2 หลังจำหน่ายเป็น "หน้าต่างวิกฤต" (Critical Window) ที่ประสบการณ์เชิงลบและความรู้สึกโดดเดี่ยวมีความสำคัญอย่างมาก ซึ่งชี้เป้าหมายเชิงปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุมตามแนวคิด TCM ประการที่สาม การศึกษานี้เป็นครั้งแรกในบริบทไทยที่แสดงให้เห็นว่าช่องว่างระหว่าง "แผนการจำหน่าย" กับ "แผนการดูแลชุมชน" ที่เจ้าหน้าที่/บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลอย่างต่อเนื่องเป็นอุปสรรคหลักที่ขัดขวางการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่าปัจจัยด้านการเงินหรือสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ประการที่ 4 ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยวัยทำงานมักเป็นผู้สมรสที่ต้องทำงานนอกบ้าน ต่างจากบริบทผู้สูงอายุที่มีระบบช่วยเหลือ ความสัมพันธ์นี้ก่อให้เกิดภาวะซ้ำซ้อน ทั้งการดูแลผู้ป่วย และการรักษาเสถียรภาพทางการเงิน นำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Caregiver Burnout) ตามแนวคิดของ Tsakitzidis และคณะ (2024) ข้อจำกัดด้านเวลาของคนทำงานประจำนี้ส่งผลกระทบเป็นโดมิโนทำให้ขาดโอกาสพัฒนาทักษะการฟื้นฟู และกลายเป็นช่องว่างสำคัญในระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่ยังขาดกลไกสนับสนุนเชิงรุกจากสถานประกอบการและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024;23(10):973–1003. doi: 10.1016/S1474-4422(24)00369-7

2. Ibrahim S, Francis T, Sheehan KA, Kokorelias K, Stanimirovic A, Hashmi S, et al. Exploring unmet needs and preferences of young adult stroke patients for post-stroke care through PROMs and gender differences. *Front Stroke*. 2024;3:1386300. doi: 10.3389/fstro.2024.1386300
3. Šaňáková Š, Gurková E, Štureková L, Bartoničková D, Macháľková L, Mazalová L. How to return? experiences of patients in working age after first ischaemic stroke: an interpretative phenomenological analysis of patient's perspective at 12–24 months post-stroke. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2024;19(1):2398249. doi: 10.1080/17482631.2024.2398249
4. Chen L, Xiao LD, Chamberlain D, Newman P. Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2021;30(19–20):2786–2807. doi: 10.1111/jocn.15807
5. Martin RA, Johns JK, Hackney JJ, Bourke JA, Young TJ, Nunnerley JL, et al. Early opportunities to explore occupational identity change: qualitative study of return-to-work experiences after stroke. *J Rehabil Med*. 2023;55:jrm00363. doi: 10.2340/jrm.v55.4825
6. Nuccio E, Petrosino F, Simeone S, Alvaro R, Vellone E, Pucciarelli G. The needs and difficulties during the return to work after a stroke: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Disabil Rehabil*. 2024;46(21):4901–4914. doi: 10.1080/09638288.2023.2287016
7. O'Callaghan G, Fahy M, O'Meara S, Lindblom S, von Koch L, Langhorne P, et al. Experiences and preferences of people with stroke and caregivers, around supports provided at the transition from hospital to home: a qualitative descriptive study. *BMC Neurol*. 2024;24(1):251. doi: 10.1186/s12883-024-03767-0
8. Lin S, Wang C, Wang Q, Xie S, Tu Q, Zhang H, et al. The experience of stroke survivors and caregivers during hospital-to-home transitional care: a qualitative longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. 2022;130:104213. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104213
9. Bartoli D, Lombardi E, Trotta F, Macripo S, Pucciarelli G, Francesco P. Training and support needs in transitional care from hospital to home of the health care professional-caregiver-stroke survivor triad: a meta-synthesis study. *J Clin Nurs*. 2025;34(2):625–661. doi: 10.1111/jocn.17591
10. Saragih ID, Everard G, Saragih IS, Lee BO. The beneficial effects of transitional care for patients with stroke: a meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2024;80(2):789–806. doi: 10.1111/jan.15850
11. Tuohy D, Cooney A, Dowling M, Murphy K, Sixsmith J. An overview of interpretive phenomenology as a research methodology. *Nurse Res*. 2013;20(6):17–20. doi: 10.7748/nr2013.07.20.6.17.e315
12. Matua GA, Van Der Wal DM. Differentiating between descriptive and interpretive phenomenological research approaches. *Nurse Res*. 2015;22(6):22–7. doi: 10.7748/nr.22.6.22.e1344
13. Rahimi S, Khatooni M. Saturation in qualitative research: an evolutionary concept analysis. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024;6:100174. doi: 10.1016/j.ijnsa.2024.100174
14. Squire CM, Giombi KC, Rupert DJ, Amoozegar J, Williams P. Determining an appropriate sample size for qualitative interviews to achieve true and near code saturation: secondary analysis of data. *J Med Internet Res*. 2024;26:e52998. doi: 10.2196/52998
15. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2014.
16. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1985.
17. Hall J, van Wijck F, Kroll T, Bassil-Morozow H. Stroke and liminality: narratives of reconfiguring identity after stroke and their implications for person-centred stroke care. *Front Rehabil Sci*. 2024;5:1477414. doi: 10.3389/fresc.2024.1477414
18. Tsakitzidis G, Timmermans O, Callewaert N, Verhoeven V, Lopez-Hartmann M, Truijzen S, et al. A holistic approach to expressing the burden of caregivers for stroke survivors: a systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(5):565. doi: 10.3390/healthcare12050565
19. Li X, Fang H, Wang Y, Lin Y, Xie L, He H, et al. Correlates of preparedness for caregiving of poststroke patients: a meta-analysis. *Front Neurol*. 2025;16:1591234. doi: 10.3389/fneur.2025.1591234
20. Xu J, Zhang H, Wu J. Diagnosis and etiology of poststroke depression: a review. *Front Psychiatry*. 2025;16:1556060. doi: 10.3389/fpsy.2025.1556060
21. Kayola G, Mataa MM, Asukile M, Chishimba L, Chomba M, Mortel D, et al. Stroke rehabilitation in low- and middle-income countries: challenges and opportunities. *Am J Phys Med Rehabil*. 2023;102(2S Suppl 1):S24–S32. doi: 10.1097/PHM.0000000000002128
22. Mohd Ludin ML, Low JH, Tan TS, Wee NY, McLean D, Quek KF. Barriers to accessing stroke rehabilitation and initiatives to enhance access to stroke rehabilitation in Southeast Asia: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2025. doi: 10.1080/09638288.2025.2593202
23. Temehy B, Rosewilliam S, Alvey G. Exploring stroke patients' needs after discharge from rehabilitation centres: meta-ethnography. *Behav Sci (Basel)*. 2022;12(10):404. doi: 10.3390/bs12100404
24. Ingram L, Pitt R, Shrubsole K. Health professionals' practices and perspectives of post-stroke coordinated discharge planning: a national survey. *Brain Impairment*. 2024;25:IB23092. doi: 10.1071/IB23092

The Study of the Coordination Time for Stroke Patients Referred to Ramathibodi Hospital

Nalinlana Chariyadech*, Warunee Changlek*, Sudarat Koundechakupt*

**Patient referral coordination unit, Medical care management, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University Bangkok 10400 Thailand*

Abstract

This study aimed to examine the coordination time for stroke patients referred to Ramathibodi Hospital. Started when the other hospitals contacted the referral unit until the patient was admitted to Ramathibodi Acute Stroke Unit. The data collected from January 2020 to December 2024, totaling 55 cases divided into 7 points of time: 1) started coordinating, 2) received the data, 3) notified the doctor, 4) the doctor accepted the referral, 5) replied back, 6) transferred, 7) referred to Ramathibodi Hospital. Using a data recording form as a research tool, consisting of 4 sections: general information, past and present illness information, time spent on each process, and the number of times in all processes, used to evaluate the achievement of the referral and any delays process. Data analyses used frequency, percentage, maximum, minimum, mean, standard deviation and P-value.

The results found that 6 periods of referral processes, ranked from the most to least delayed: replied back until transferred, notified the doctor until accepted the referral, transferred by ambulance until referred to Ramathibodi Hospital, started coordinating and received the needed data, the doctor accepted the referral until replied to their hospitals, and received the needed data until notified the doctor.

This study aimed to reduce the time and shorten the steps of processes. Not only increased the overall nursing competency but also developed the referral system. That will benefit for the patients to be cured more quickly, reduce disability and death ratio. Lead to a favorable outcome.

Keywords: Acute ischemic stroke, Referral time, Stroke fast track, Referral system (J Thai Stroke Soc. 2026;25(2): 32–42)

Corresponding author: **Nalinlana Chariyadech** (Email: nalinlanatiipz@gmail.com)

Received 26 April 2026 Revised 1 June 2026 Accepted 10 June 2026

การศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมายังโรงพยาบาลรามาริบดี

นลินลนา จริยเดช*, วารุณี ช่างเหล็ก*, สุदारัตน์ ควระเดชะคุปต์*

*หน่วยประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย งานบริหารการรักษายาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10400 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่เริ่มประสานงานจนถึงผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบดี รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ มกราคม พ.ศ.2563 - ธันวาคม พ.ศ.2567 จำนวน 55 ราย มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ติดต่อประสานส่งต่อ 2) ได้รับข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน 3) เริ่มรายงานแพทย์ 4) แพทย์ตอบรับการส่งต่อ 5) ตอบกลับโรงพยาบาลต้นทาง 6) รถพยาบาลออกเดินทาง 7) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบดี ใช้แบบบันทึกข้อมูลเป็นเครื่องมือวิจัยมี 4 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย เวลาที่ใช้ในกระบวนการและจำนวนเวลาที่รับส่งต่อ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความน่าจะเป็น

ช่วงเวลาที่ใช้ในกระบวนการ Refer in จากล่าช้ามากไปน้อย ได้แก่ กระบวนการตอบกลับโรงพยาบาลต้นทางจนถึงรถพยาบาลออกเดินทาง, เริ่มรายงานแพทย์จนถึงแพทย์ตอบรับการส่งต่อ, รถพยาบาลออกเดินทางจนถึงเข้ารับการรักษาในรามาริบดี, ติดต่อประสานส่งต่อจนถึงได้รับข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน, แพทย์ตอบรับการส่งต่อจนถึงตอบกลับโรงพยาบาลต้นทาง และได้รับข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วนจนถึงเริ่มรายงานแพทย์

การศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลเพื่อปรับลดเวลา กระชับขั้นตอน Refer in เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาล พัฒนาระบบส่งต่อ เอื้อประโยชน์ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ลดอัตราเสียชีวิตและทุพพลภาพ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ระยะเวลาการส่งต่อ, ระบบช่องทางด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การส่งต่อผู้ป่วย (J Thai Stroke Soc. 2026;25(2): 32-42)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease: Stroke) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกอันดับ 2 รองจากมะเร็ง จากสำรวจขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบว่าปี 2563 มีผู้ป่วยโรคนี้กว่า 80 ล้านคน เสียชีวิตมากถึง 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 14.5 ล้านคนต่อปี ประเทศไทยปี 2566 มีจำนวน 349,126 คน เสียชีวิต 36,214 คน กรมควบคุมโรคประมาณความเสี่ยงว่าในทุก 4 คนจะพบผู้ป่วย 1 คน¹ ผู้ป่วยประเภท non-fast track จำแนกเป็นภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) ภาวะหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ประมาณร้อยละ 85 และ 15 ตามลำดับ โดยทั่วไปรักษาโดยใช้ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) และยาละลายลิ่มเลือด (anticoagulant) เป็นต้น² สำหรับ stroke fast track มีการพัฒนาเป็นช่องทางเร่งด่วนพิเศษ รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue - Plasminogen Activator: rt-PA) ซึ่งต้องทำภายใน 4.5 ชั่วโมง³ และรักษาด้วยวิธีสอดสายสวนผ่านทางหลอดเลือดแดงเพื่อผ่าตัดเอาลิ่มเลือดที่อุดตันภายในสมองออก (mechanical thrombectomy) จะพิจารณาจากตำแหน่งและขนาดของเลือดที่อุดตัน⁴ ทำภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาที่เริ่มมีอาการ (onset) หรือเวลาที่พบว่ามีอาการปกติล่าสุด (last seen normal) การรักษาที่รวดเร็วมีโอกาสฟื้นตัวได้ดี ลดอัตราเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนและความพิการ⁵ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักสูญเสียสุขภาพ อาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ ตัวแปรสำคัญคือเวลาและศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์^{1,6} จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก

โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (supra tertiary care) บทบาทสำคัญคือรักษาโรคซับซ้อน มีศักยภาพทางการแพทย์สูง มีความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือที่จำเป็น โดยหน่วยประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยทำหน้าที่ประสานงานระหว่างโรงพยาบาล มุ่งเน้นการบริหารจัดการที่ดี ลดขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติงาน⁷ อย่างไรก็ตาม แม้จะเน้นย้ำทีมที่มาส่งผู้ป่วยให้พร้อมออกเดินทางเร็วที่สุดหลังแจ้งรับ ให้ออกภายใน 10 นาที⁸ ในกรณี fast track จากการทบทวนบันทึกสถิติข้อมูลพบอุปสรรค

ปัญหาที่ทำให้ล่าช้า อาจเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ใช้ตรวจวินิจฉัย (CT scan หรือ MRI) ข้อยกเว้นในการส่งข้อมูลรูปแบบไฟล์ DICOM: The Digital Imaging and Communications in Medicine คือแบบมาตรฐานการสื่อสารและจัดเก็บภาพทางการแพทย์และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ที่สร้างขึ้นเพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถแลกเปลี่ยน จัดเก็บ ดูภาพและข้อมูลทางการแพทย์ง่ายขึ้น เช่น ภาพเอกซเรย์ MRI และ CT scan⁹ ความรู้ประสบการณ์ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนระบบส่งต่อ หรือข้อจำกัดอื่น ตลอดจนระยะเวลาเดินทาง เช่น จากโรงพยาบาลที่ไกล การจราจรติดขัดเนื่องจากความสำเร็จในการรักษามี time window ในการทำ mechanical thrombectomy ให้เร็วที่สุดหรือไม่เกิน 6 ชั่วโมงจะได้ผลที่ดี และหากเกิน 24 ชั่วโมงอาจพิจารณาไม่ทำหัตถการนี้ ทำให้สูญเสียโอกาสรอดชีวิตและลดภาวะทุพพลภาพได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกระบวนการ Refer in โดยสร้างแบบบันทึกข้อมูลที่วิเคราะห์ระยะเวลานั้นๆ ให้ทราบค่าเวลาโดยเฉลี่ย ภาพรวมของระยะเวลาที่ใช้ เพื่อนำมาวางแผนจัดการเวลาและลดขั้นตอนการประสานงาน นำไปสู่การพัฒนา ปรับปรุงระบบส่งต่อให้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งยังเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการใช้เวลาในกระบวนการประสานส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่พบ และข้อเสนอแนะไว้ในงานวิจัยนี้ด้วย เพื่อประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์

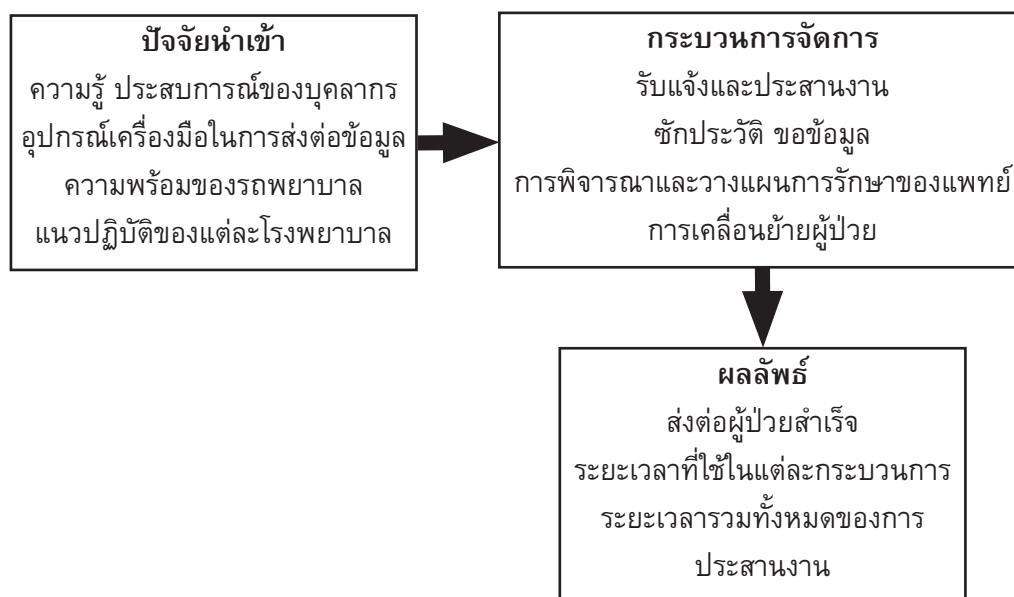
1. เพื่อศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ขั้นตอนที่โรงพยาบาลต้นทางติดต่อประสานงาน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่รับส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาและวิธีการรักษาในการส่งต่อผู้ป่วยกับเกณฑ์มาตรฐานเวลา (อ้างอิงจากสมาคมโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองของสหรัฐอเมริกา)¹⁰

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) เพื่อพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ประกอบด้วยส่วนที่สัมพันธ์กันคือปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการจัดการ (process) และผลลัพธ์ (output)¹¹

เป็นหนึ่งในการบริหารระบบโรงพยาบาลให้มีมาตรฐาน หมายถึง กระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก มีผลสำเร็จคือ

ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study)

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับส่งต่อผ่านหน่วยประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย และเข้ารักษาในโรงพยาบาลรามารัตน์ ตั้งแต่มกราคม พ.ศ.2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ.2567 จำนวน 55 ราย

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิด
3. ระยะเวลาการเกิดโรคภายใน 24 ชั่วโมง
4. มีอาการทางระบบประสาทที่วัดได้โดยการประเมิน NIHSS ณ เวลาที่รับการรักษาทุกรายที่ถูกวินิจฉัยเป็น acute stroke
5. ผู้ป่วยที่เข้ารักษาช่วง 1 มกราคม พ.ศ.2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2567

เกณฑ์คัดออก

1. อาการแสดงของโรคปัจจุบันเป็นโรคอื่น แต่มีโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคประจำตัวเดิม

2. มีเลือดออกในสมองจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีประวัติอุบัติเหตุหรือประวัติไม่ชัดเจน
3. ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนการส่งต่อ หรือ ขณะนำส่ง
4. ผู้ป่วยที่ได้รับส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น
5. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารามารัตน์เอง (walk-in ER)

เครื่องมือการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูล 1 ฉบับ ประกอบด้วย 4 ตอน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ประเภทโรงพยาบาลที่ติดต่อ สิทธิการรักษา เพศ อายุ
2. ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัวเดิม, ความรุนแรงของโรค (The National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS), ประเภท stroke fast track (มีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง) หรือ non fast track (มีอาการนานกว่า 4.5 ชั่วโมง) เหตุผลส่งต่อเพื่อให้ rt-PA, mechanical thrombectomy, best medical treatment without reperfusion therapy หรือตามสิทธิการรักษา

3. เวลาที่ใช้ในกระบวนการส่งต่อแบ่งเป็น 7 ระยะ ได้แก่
 - 1) เวลาที่ติดต่อประสานส่งต่อ 2) ได้รับข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน (ซักประวัติ, อาการล่าสุด, การรักษาที่ได้รับ, ใบสรุปอาการ, ผลตรวจเลือด, EKG, CXR, VDO CT scan, VDO CTA หรือ MRI 3) เริ่มรายงานแพทย์ 4) แพทย์ตอบรับการส่งต่อ 5) ตอบกลับโรงพยาบาลต้นทาง 6) รถพยาบาลออกเดินทาง และ 7) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี
4. จำนวนเวลาที่รับส่งต่อผู้ป่วยมารักษาต่อที่โรงพยาบาลรามาธิบดีแบ่งตามวิธีการรักษา ได้แก่ ให้ rt-PA, mechanical thrombectomy และ best medical treatment without reperfusion therapy

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568 COA.No. MURA2025/163 และผ่านการขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลจากหัวหน้าหน่วยประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมทั้งมีกระบวนการรักษาความลับและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Study ID แทน เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บในที่ปลอดภัยและทำลายหลังวิจัยสิ้นสุด 2 ปีนับตั้งแต่ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่ระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ทบทวนและบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกที่สร้างขึ้น โดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ มกราคม พ.ศ.2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ.2567 จำนวน 55 ราย จากฐานข้อมูลสถิติในระบบบันทึกอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย และจากระบบ EMR ของโรงพยาบาลรามาธิบดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติบรรยายวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูล

การเจ็บป่วย เวลาที่ใช้ระหว่างกระบวนการ refer in และจำนวนเวลาดังแต่เริ่มประสานส่งต่อจนได้รับยารักษาต่อที่รามาธิบดี แบ่งตามวิธีการรักษาโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละหัตถการ ได้แก่ rt-PA ภายใน 4.5 ชั่วโมง, mechanical thrombectomy ภายใน 24 ชั่วโมงและ best medical treatment without reperfusion therapy ภายใน 24 ชั่วโมง นำเสนอเป็นการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัยระหว่างควอไทล์ และค่าความน่าจะเป็น

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ส่งต่อมารามาธิบดี ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ.2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ.2567 จำนวน 55 ราย พบว่าติดต่อกับโรงพยาบาล 31 แห่ง (56.4%) เอกชน 24 แห่ง (43.6%) สิทธิการรักษาส่งต่อได้ 54 ราย (98.18%) และไม่ได้ 1 ราย (1.82%) พบเพศหญิง 30 ราย (54.5%) ชาย 25 ราย (45.5%) พบมากในอายุ 71 - 80 ปี (30.9%) อายุน้อยสุด 31 - 40 ปี (1.8%) อายุเฉลี่ย 69.69 (S.D. 14.23) และไม่พบในอายุต่ำกว่า 31 ปี มีโรคประจำตัวเดิม 39 ราย (70.9%) และไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่ทราบ 16 ราย (29.1%) คะแนน NIHSS ต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 37 คะแนน เฉลี่ย 11.33 (S.D. 8.32) ระดับความรุนแรง mild 9.1%, moderate 30.9%, moderate to severe 38.2% และ severe 21.8% ผู้ป่วยประเภท stroke fast track 44 ราย (80%) และ non fast track 11 ราย (20%) ส่งต่อเพื่อให้ rt-PA 18 ราย (32.73%), mechanical thrombectomy 15 ราย (27.27%), best medical treatment without reperfusion therapy 26 ราย (47.27%) และตามสิทธิการรักษา 19 ราย (34.55%) (ตารางที่ 1.)

วิเคราะห์เวลาที่ใช้ในกระบวนการ refer in จัดเป็น 6 ช่วงเวลา (คิดหน่วยของเวลาเป็นนาที) ผลดังนี้ 1) ติดต่อประสานส่งต่อจนถึงได้รับข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน ใช้เวลาเฉลี่ย 42 นาที (S.D.61.06) 2) ได้รับข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วนจนถึงเริ่มรายงานแพทย์เฉลี่ย 2.16 นาที (S.D.12.80) 3) เริ่มรายงานแพทย์จนถึงแพทย์ตอบรับการส่งต่อเฉลี่ย 67.57 นาที (S.D.71.83) 4) แพทย์ตอบรับการส่งต่อจนถึงตอบกลับไปโรงพยาบาลต้นทางเฉลี่ย

6.28 นาที (S.D.16.67) 5) ตอบกลับโรงพยาบาลต้นทาง จนถึงรถพยาบาลออกเดินทาง โดยใช้รถพยาบาลต้นทาง มาส่งเฉลี่ย 104.54 นาที (S.D. 89.64) รถพยาบาล รามาธิบดีออกมารับเฉลี่ย 76.33 นาที (S.D. 16.29) 6) รถพยาบาลออกเดินทางจนถึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดีเฉลี่ย 64 นาที (S.D.48.15) แบ่งตามจุดรับผู้ป่วย คือหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 61.67 นาที (S.D.48.94), ห้อง x-ray intervention เฉลี่ย 69.67 นาที (S.D.30.67), ศูนย์รังสีวินิจฉัย ก้าวหน้า (AIMC) เฉลี่ย 77.20 นาที (S.D.52.95), ห้องฉุกเฉิน (ER) เฉลี่ย 44.67 นาที (S.D.44.07) รวมระยะเวลาที่ใช้ทุกกระบวนการต่อรายน้อยสุด 47 นาที มากสุด 745 นาที เฉลี่ย 280 นาที (S.D.152.19) (ตารางที่ 2.) พิจารณาตามความจำเป็นของวิธีการพบว่าบางราย แพทย์พิจารณาให้การรักษามากกว่า 1 วิธี ในผู้ป่วยที่ต้องได้ rt-PA ได้รับส่งต่อภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมง 55.56% เวลาที่ใช้รวมทุกกระบวนการเฉลี่ย 295.67 นาที (S.D.195.66), mechanical thrombectomy รับส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมงทั้งหมด 100% เวลาเฉลี่ย 247.08 นาที (S.D.93.14) และ best medical treatment without reperfusion therapy รับส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมง 100% เวลาเฉลี่ย 293.38 นาที (S.D.133.85) เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาแบ่งตามวิธีการรักษาทั้ง rt-PA, mechanical thrombectomy, best medical treatment without reperfusion therapy พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกหัตถการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3.)

โดยสรุปคือระยะเวลาตั้งแต่เริ่มประสานส่งต่อ จนรับย้ายมารักษาต่อที่โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกวิธีการรักษา พบว่ามีความสำเร็จผ่านเกณฑ์เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทสรุป

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ขั้นตอนที่โรงพยาบาลต้นทางติดต่อประสานงาน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี และเปรียบเทียบระยะเวลาที่รับส่งต่อตามวิธีการรักษา กับเกณฑ์มาตรฐานเวลา (อ้างอิงจากสมาคมโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองของสหรัฐอเมริกา) ใช้เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบบันทึก

ข้อมูล 1 ฉบับ มี 4 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย เวลาที่ใช้ในกระบวนการซึ่งมี 7 ระยะ และจำนวนเวลาที่รับส่งต่อแบ่งตามวิธีการรักษา ได้แก่ ให้ rt-PA, mechanical thrombectomy และ best medical treatment without reperfusion therapy รวบรวมข้อมูลตั้งแต่มกราคม พ.ศ.2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ.2567 จำนวน 55 ราย จากฐานข้อมูลในระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และ EMR ของโรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเพศชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับรักษาระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ.2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2567 ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมี onset หรือ last seen normal ภายใน 24 ชั่วโมง สามารถประเมิน NIHSS ได้ ผลการวิจัยพบว่าเกิดความล่าช้าจากมากไปน้อยคือ ขั้นตอนตอบกลับโรงพยาบาลต้นทางจนถึงรถพยาบาลออกเดินทาง, ติดต่อประสานส่งต่อจนถึงได้รับข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน, เริ่มรายงานแพทย์จนถึงแพทย์ตอบรับการส่งต่อ, รถพยาบาลออกเดินทางจนถึงเข้ารับการรักษาในรามาธิบดี และได้รับข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วนจนถึงเริ่มรายงานแพทย์เท่ากับกับแพทย์ตอบรับการส่งต่อจนถึงตอบกลับโรงพยาบาลต้นทาง เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาตั้งแต่ประสานส่งต่อจนถึงเข้ารับรักษาในรามาธิบดี แบ่งตามวิธีการรักษาทั้ง rt-PA, mechanical thrombectomy, best medical treatment without reperfusion therapy พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกหัตถการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปราย

จากวิเคราะห์สถานการณ์เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลเรื่องระยะเวลาเป็นหลักวินาทีและปัดตัวเลขลงเป็นนาที พบว่าเวลาในบางกระบวนการเป็น 0 ซึ่งหมายถึงมี 2 กระบวนการเกิดขึ้นพร้อมกัน ดังนี้ ระหว่างแจ้งอาการผู้ป่วยมีการส่งข้อมูลทาง line อย่างครบถ้วนด้วยจึงสามารถรายงานแพทย์ได้ทันที ขณะเดียวกันเมื่อรายงานแพทย์และแพทย์ตอบรับการส่งต่อได้อย่างรวดเร็วด้วยเหตุผลการส่งต่อตามสิทธิการรักษาและมีเตียงว่าง ณ ขณะนั้นพอดี หลังจากแพทย์ตอบรับการส่งต่อ โดยทั่วไปจะแจ้งกลับทันทีเพื่อให้เตรียมพร้อมส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็วที่สุด จึงพบว่ามีเวลาเท่ากับ 0 นาทีหลายครั้ง แต่อาจไม่สามารถระบุสาเหตุของความล่าช้าในแต่ละขั้น

ตอนได้อย่างชัดเจน เนื่องจากไม่ได้เก็บข้อมูลถึงสาเหตุของภาวะดังกล่าว บอกได้เพียงว่าส่วนมากล่าช้าจากขั้นตอนใด จากการคาดการณ์ถึงปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุนั้น อาจมาจากบุคลากรขาดความรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง¹² ไม่มีแผนพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ไม่มีแนวทางปฏิบัติระบบส่งต่อที่ชัดเจน ไม่ได้เตรียมข้อมูลล่วงหน้า มีข้อจำกัดการส่งข้อมูลทาง Line รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน ทำให้การตรวจวินิจฉัยและส่งต่อล่าช้า ช่วงเวลาที่เริ่มรายงานแพทย์แล้ว แต่แพทย์ตอบรับการส่งต่อช้า อาจเกิดขึ้นเมื่อขอข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติม และรอคอยข้อมูลจากต้นทางนาน บางครั้งต้องใช้เวลาในการบริหารเตียงในโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถรับผู้ป่วยรายใหม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นกรณีผู้ป่วยได้รับการรักษาจนพ้นวิกฤตแล้ว เช่น ได้ rt-PA แล้ว แต่ยังต้องรับตามสิทธิการรักษา จึงพบเปอร์เซ็นต์การผ่านเกณฑ์ของเหตุการณ์นี้น้อยกว่าที่ควรจะเป็นหากใช้เกณฑ์รับผู้ป่วยให้ได้ภายในเวลาที่ควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังจากที่ผู้ป่วยมาถึง เมื่อหาเตียงรับผู้ป่วยได้ช้า จะส่งผลต่อเวลาที่ตอบกลับโรงพยาบาลต้นทางล่าช้าตามไปด้วย ระยะเวลาหลังตอบกลับโรงพยาบาลต้นทางจนถึงรถพยาบาลออกเดินทางล่าช้า อาจเนื่องจากทีมนำส่งไม่พร้อม ขาดแคลนบุคลากร จำนวนรถพยาบาลไม่เพียงพอหรือไม่พร้อมใช้^{13, 14} ไม่ได้เตรียมเอกสารที่ต้องนำมาพร้อมผู้ป่วยไว้ตั้งแต่แรก นอกจากนี้หากออกรถพยาบาลรามาธิบดีออกมารับ เช่น กรณีสิทธิประกันสังคม รามาธิบดี บุคลากรและญาติสายตรงเหมือนกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น จะเสียเวลาเพิ่มในการเดินทางไปและกลับมายังรามาธิบดี

การเปรียบเทียบระยะเวลาการรับส่งต่อเพื่อรับการรักษาทั้งให้ rt-PA, mechanical thrombectomy และ best medical treatment without reperfusion therapy จะผ่านเกณฑ์มาตรฐานหากมีความพร้อมในทุกกระบวนการ เริ่มตั้งแต่ติดต่อประสานส่งต่อจนถึงเข้ารักษาในรามาธิบดี ปัจจัยสำคัญคือมีบุคลากรที่ชำนาญและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน จะช่วยลดขั้นตอนและระยะเวลาในการส่งต่อได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาโดยเก็บข้อมูลจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้น เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนเวลา และ

2. ควรมีการพิจารณาและปรับเปลี่ยนการใช้เกณฑ์ในการเปรียบเทียบระยะเวลารับ-ส่งต่อแบบอื่นเพิ่มเติม เพื่อให้เฉพาะเจาะจงกับการศึกษาเพิ่มมากขึ้น
3. ควรมีการบันทึกข้อมูลที่จะบรูายละเอียดในแต่ละกระบวนการ จัดบันทึกปัญหาที่ทำให้ล่าช้าและแนวทางแก้ไข เพื่อถ่ายทอดการวิเคราะห์ ทราบปัจจัยแห่งความล่าช้าในแต่ละกระบวนการ และข้อมูลในมิติอื่นๆ
4. พัฒนาระบบควบคุมกับการวางแผนการรับส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอยู่เสมอ เพื่อป้องกันปัญหาความล่าช้าในครั้งต่อไป
5. เพิ่มความตระหนักรู้และอบรมเรื่องการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่บุคลากรให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลรามาธิบดีที่อนุญาตให้ทำการศึกษา ขอขอบคุณดร.ทิพย์ทัศน์ ชินดาปัญญากุล ที่ให้คำปรึกษาตลอดการวิจัย คุณพัชรภรณ์ สิริรัตนนนท์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้น่าเชื่อถือมากขึ้น คุณสุภารัตน์ คอระตะคุปต์ หัวหน้าหน่วยงานงานการส่งต่อผู้ป่วยที่เปิดโอกาสและแนะนำในการทำวิจัย และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Araya Pitukrojanont. Factors influencing early hospital arrival among acute ischemic stroke patients in Chombueng Crown Prince Hospital Ratchaburi Province. AJMP. 2024; 8(16):185–197.
2. Ratanaporn Yontrakul, Nisakorn Vibulchai, Wiriporn Pinnadilay, Julintorn Sriponatun, Benjaphon Aengwanich. Development of fast track service system for patients with ischemic stroke in the context of a tertiary care hospital and service network. Nursing Journal of The ministry of Public Health [Internet]. 2017[cited 2024 October 2];27(2):80–95. available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/97710>
3. William J Powers, Alejandro A Rabinstein, Teri Ackerson, Opeolu M Adeoye, Nicholas C Bambakidis, Kyra Becker, et al. Guidelines for the early management of

- patients with acute ischemic stroke:2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. *AHA/ASA journal*. 2019;50(12):e344–e418.
4. Wandee Kawheang, Pissamai Jainongbua, Kanokwan Chaidet. Stroke fast track running bag. *JHSR*. 2019;28(Special Issue):170–5.
 5. Nils Wahlgren, Tiago Moreira, Patrik Michel, Thorsten Steiner, Olav Jansen, Christophe Cognard, et al. Mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke:Consensus statement by ESO–Karolinska stroke update2014/2015. *Int J Stroke*. 2016;11(1):134–147.
 6. Heesoo Joo, Guijing Wang, Mary G George. A literature review of cost–effectiveness of intravenous recombinant tissue plasminogen activator for treating acute ischemic stroke. *Stroke Vasc Neurol*. 2017;2(2):73–83.
 7. Pranom Sahunphun. The process of referral system between hospitals. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*. 2019;4(1):e0051.
 8. Kwanchai Ngamdokmai, Thitiporn Kang Wansura, Supassara Sapso. The study on problems and solutions of importing outside medical imaging into PACS. *Journal of Siriraj Radiology*. 2024;11(1):1–66.
 9. Deok Un Gok, So Yeon Kim, Young Chul Na, Jin Mo Cho. Extended time window (>6 hour) mechanical thrombectomy;Good clinical outcome in the younger age population in thrombectomy cases: Relationship between age and prognosis. *J Pers Med*. 2023;4(1): 1–7.
 10. Shyam Prabhakaran, Nestor R. Gonzalez, Kori S. Zachrisson. 2026 Guideline for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *AHA/ASA Journals*. 2026;57:e00–e00.
 11. K. Sysomphanh, B. Promphakping. Application of systems theory to explore knowledge gaps of standardization: A case of the standard organization of LAO PDR. *Kasetsart journal of social sciences* 43. 2022;1095–1104.
 12. Puangchan K, Jinawin S. Effects of using a nursing practice guideline for the care of acute thrombotic or ischemic stroke patients, Phrae hospital. *Journal of the Phrae hospital*. 2024;4(2):71–86.
 13. Surasit Udomdechawate. Development of emergency patient referral system at Tha Uthen hospital Nakhon Phanom province. *Journal of environmental education medical and health*. 2024;9(4):258–66.
 14. Suwanna Natee. The Study effectiveness of Clinical Nursing Practice Guideline for Life Threatening Condition in Traumatic Patients for Inter hospital Transfer in Ambulance Udonthani Hospital Network. *Udonthani hospital medical journal*. 2017;25(1):50–9.

ตารางที่ 1. แจกแจงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (N=55)

หัวข้อ	Frequency	Percent
ประเภทโรงพยาบาล		
รัฐบาล	31	56.4
เอกชน	24	43.6
สิทธิการรักษา		
ต้นสังกัด (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	17	30.9
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ในเขต)	19	34.5
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นอกเขต)	10	18.2
ประกันสังคม (ในเขต)	8	14.5
ประกันสังคม (นอกเขต)	0	0
ใช้สิทธิไม่ได้	1	1.8
เพศ (คน)		
หญิง	30	54.5
ชาย	25	45.5
อายุ (ปี)		
18 – 20	0	0
21 – 30	0	0
31 – 40	1	1.8
41 – 50	6	10.9
51 – 60	8	14.5
61 – 70	11	20
71 – 80	17	30.9
81 – 90	8	14.5
91 ขึ้นไป	4	7.3
Min 40 Max 100 $\bar{X}$ 69.69 S.D.14.23		
โรคประจำตัวเดิม		
ไม่มี / ไม่ทราบ	16	29.1
มี	39	70.9
DM	5	9.1
HT	28	50.91

หัวข้อ	Frequency	Percent
DLP	14	25.45
AF	7	12.73
Heart disease	3	5.45
SLE	2	3.64
Anemia	2	3.64
old CVA	6	10.91
Alzheimer	2	3.64
Thyroid	1	1.82
CA	3	5.45
Gout	1	1.82
Obesity	1	1.82
NIHSS (คะแนน)		
mild (≤ 4)	5	9.1
moderate (5 – 14)	17	30.9
moderate to severe (15 – 24)	21	38.2
severe (≥ 25)	12	21.8
Min 2 Max 37 $\bar{X}$ 11.33 S.D. 8.32		
ประเภท stroke		
fast track	44	80
non fast track	11	20
เหตุผลการส่งต่อ (บางรายมีมากกว่า 1 เหตุผล)		
rt-PA	18	32.73
mechanical Thrombectomy	15	27.27
best medical treatment without reperfusion therapy	26	47.27
ตามสิทธิการรักษา	19	34.55

ตารางที่ 2. เวลาที่ใช้ระหว่างกระบวนการ refer in แสดงค่าต่ำสุด (Minimum, Min) ค่าสูงสุด (Maximum, Max) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Std.Deviation, S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) (N=55)

หัวข้อ	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	median	IQR
ติดต่อประสานส่งต่อจนถึงได้รับข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน (นาที)	0	341	42	61.06	24.5	66
ได้รับข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วนจนถึงเริ่มรายงานแพทย์ (นาที)	0	95	2.16	12.80	0	0
เริ่มรายงานแพทย์จนถึงแพทย์ตอบรับการส่งต่อ (นาที)	0	330	67.57	71.83	47.5	76.5
แพทย์ตอบรับการส่งต่อจนถึงตอบกลับโรงพยาบาลต้นทาง (นาที)	0	95	6.28	16.67	0	5
ตอบกลับโรงพยาบาลต้นทางจนถึงรถพยาบาลออกเดินทาง (นาที)	2	360	106.87	88.37	77.5	77.5
รถพยาบาลออกจากรามาธิบดีไปรับ	65	95	76.33	16.29	69	15
รถพยาบาลจากต้นทางมาส่ง	2	360	104.54	89.64	77.5	80
รถพยาบาลออกเดินทางจนถึงเข้ารับการรักษาในรามาธิบดี (นาที)	10	219	64	48.15	40.5	55
หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	10	219	61.67	48.94	41	66
ห้อง x-ray intervention	45	104	69.67	30.67	60	29.5
ศูนย์รังสีวินิจฉัยก้าวหน้า (AIMC)	22	170	77.20	52.95	66	73
ห้องฉุกเฉิน (ER)	13	95	44.67	44.07	26	58
รวมทุกกระบวนการ	47	745	280	152.19	252	196

ตารางที่ 3. ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาตั้งแต่เริ่มประสานส่งต่อจนได้รับย้ายมาับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลรามาธิบดี แบ่งตามวิธีการรักษากับเกณฑ์มาตรฐานเวลาอ้างอิงจาก The American Stroke Association

หัตถการ	เกณฑ์ (นาที)	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	Median	p-value	แปลผล
rt-PA	270	78	745	295.67	195.66	240	.000*	ผ่าน
Mechanical Thrombectomy	1,440	124	498	247.08	93.14	195	.000*	ผ่าน
best medical treatment without reperfusion therapy	1,440	47	596	293.38	133.85	286.50	.000*	ผ่าน

หมายเหตุ : ผู้ป่วยบางรายแพทย์พิจารณาให้ได้รับการรักษามากกว่า 1 วิธี

เล่าเรื่อง Stroke News

นพ. วรุตม์ สุทธิคณิง*

*โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีความพยายามในการพัฒนาการรักษาภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ไม่ว่าจะเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับชนิดและสูตรการให้ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet therapy), การให้ระยะเวลาการยา anticoagulant ที่เหมาะสมหลังการเกิดโรค, ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (intravenous thrombolysis, IVT) หรือการทำหัตถการลากลิ่มเลือดผ่านสายสวนหลอดเลือด (endovascular thrombectomy, EVT) ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ในส่วนของการให้ยาต้านเกล็ดเลือด ข้อมูลงานวิจัยในช่วงหลังมักมุ่งเน้นไปที่การใช้ยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด (dual antiplatelet therapy, DAPT) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีความรุนแรงน้อย (minor stroke, National Institutes of Health Stroke Scale หรือ NIHSS ไม่เกิน 3-5 คะแนน) หรือกลุ่ม high-risk transient ischemic attack (TIA) ไม่ว่าจะเป็นงานวิจัย CHANCE¹, CHANCE-2², INSPIRES³, POINT⁴, THALES⁵ ซึ่งข้อมูลจากงานวิจัย INSPIRES หรือ MATCH⁶ พบว่าการให้ยาต้านเกล็ดเลือด DAPT ในระยะยาวกลับเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกรุนแรง ถึงอย่างไรก็ดี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบยังคงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปีแรก^{7, 8} ในช่วงหลังจึงมีแนวคิดของการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดที่ coagulation cascade ร่วมกับยาต้านเกล็ดเลือด (dual pathway inhibition) เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคซ้ำ บนพื้นฐานที่ต้องไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก เป็นที่มาของการพัฒนายากลุ่ม anti-factor XI/XIa inhibitor ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ที่ intrinsic pathway ของ coagulation cascade⁹ ในบทความนี้ผู้เขียนจะยังไม่เขียนรายละเอียดถึงทฤษฎีและกลไกของยากลุ่มนี้ หากมีโอกาสผู้เขียนมีความตั้งใจจะเขียนบทความอย่างละเอียดแยกจากบทความนี้ในโอกาสถัดไป

กลับมาที่งานวิจัย OCEANIC-STROKE¹⁰

เป็นงานวิจัย randomized controlled trial ที่รวบรวมคนไข้กว่า 702 โรงพยาบาล จาก 37 ประเทศทั่วโลก โดยจะต้องเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุไม่น้อยกว่า 18 ปี ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น acute non-cardioembolic ischemic stroke ที่มี NIHSS ไม่เกิน 15 คะแนน หรือ high-risk TIA ที่มี ABCD2 score 6 หรือ 7 คะแนน ผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการแสดงภายใน 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถทำการรักษาตามมาตรฐานได้ ไม่ว่าจะเป็นการให้ IVT และ/หรือ EVT หรือการให้ยาต้านเกล็ดเลือด ไม่ว่าจะเป็น 1 หรือ 2 ชนิดตามข้อบ่งชี้ (single antiplatelet therapy, SAPT หรือ DAPT ตามลำดับ) ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่งในสามข้อนี้ คือ (1) acute non-lacunar infarct, (2) มีประวัติหลักฐานของ atherosclerosis เช่น coronary artery disease (CAD), peripheral arterial disease (PAD), carotid stenosis มากกว่าหรือเท่ากับ 50%, หรือ (3) มีหลักฐานภาพทางรังสีวิทยาที่บ่งบอกถึง atherosclerosis ไม่ว่าจะเป็น extracranial vessels, intracranial vessels หรือ aortic arch และรอยโรคดังกล่าวไม่ได้จำเป็นต้องเป็นเหตุของภาวะโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยจะถูกแบ่งเป็นสองกลุ่ม ในกลุ่มแรก จะได้ยา asundexian ขนาด 50 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ในขณะที่กลุ่มเทียบจะได้ยาหลอก ส่วน exclusion criteria คือผู้ป่วยที่มีประวัติ atrial fibrillation, มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยา anticoagulant, มีภาวะ active bleeding ซึ่งรวมถึง parenchymal hemorrhage หรือภาวะโรคหลอดเลือดสมองนี้เกิดจากเหตุปัจจัยจำเพาะบางชนิด เช่นภาวะลิ่มหัวใจติดเชื้ออักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย หากผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัยแล้ว ในภายหลังมีเหตุต้องใช้ยาต้านเกล็ดเลือด จะถูกทำการรักษาแบบเปิด และหยุดยา asundexian หรือยาหลอก

Primary efficacy outcome ของงานวิจัยนี้คือการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ (first occurrence of ischemic stroke) และ primary safety outcome คือการเกิด major bleeding ตามนิยามของ International

Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH) ส่วน secondary safety outcomes ได้แก่ major bleeding or clinically relevant non-major bleeding, clinically relevant non-major bleeding (CRNM bleeding), symptomatic intracranial hemorrhage, hemorrhagic stroke, fatal bleeding และ minor bleeding ทั้งนี้ secondary efficacy outcomes สามารถดูได้ตาม **Table 1**.

งานวิจัยได้เก็บรวบรวมคนไข้เข้ามาแบ่งกลุ่มได้ทั้งสิ้น 12,327 คน ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 ซึ่งตรงตามเกณฑ์สถิติวิจัยที่คำนวณไว้ก่อนหน้านี้ที่ 12,300 คน โดยคาดการณ์ว่าจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบราว 6.3% ต่อปี หรือราว 830 ราย, two-sided type I error 5% และ 90% power for hazard ratio 0.8 งานวิจัยมีค่ามัธยฐานของการติดตามการรักษา 1.5 ปี (IQR 1, 2 ปี) จากตารางข้อมูลพื้นฐานพบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 68 ปี ราวหนึ่งในสี่มีอายุเกิน 75 ปี เป็นผู้หญิงประมาณหนึ่งในสาม สองในสามของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยเป็นคนผิวขาว และมีผู้ป่วยเชื้อชาติเอเชียถึงประมาณ 28% ส่วนน้อยเป็นคนผิวดำ (6.6%) ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (94.7%) ถูกวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ส่วนน้อยเป็นกลุ่ม TIA ผู้ป่วย 27.4% ได้รับ IVT และหรือ EVT และเข้าร่วมงานวิจัย หากแบ่งสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตาม TOAST Classification จะพบว่า 42.8% เป็น large vessel atherosclerosis, 22.6% ถูกวินิจฉัยเป็นกลุ่ม small vessel disease และราว 30% เป็นกลุ่ม undetermined cause ผู้ป่วยส่วนมาก (62.5%) ได้รับการรักษาเป็น DAPT regimen ในส่วนของ stroke severity ประเมินโดย NIHSS พบว่าค่ามัธยฐานอยู่ที่เพียง 2 คะแนน มีคนไข้เพียงราว 6-8% ที่มี NIHSS อยู่ในช่วง 8-15 คะแนน และไม่มีกลุ่มผู้ป่วยที่มี stroke severity ที่รุนแรง (NIHSS >15) เลยตามข้อกำหนดงานวิจัยข้างต้น

ผลงานวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา asundexian มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ 6.2% ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกที่ 8.4% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (cause-specific hazard ratio 0.74, 95% confidence interval 0.65-0.84); $p<0.001$) number needed to treat (NNT) เท่ากับ 53 นอกจากนี้ยัง

มี secondary efficacy outcomes ที่มีความแตกต่างจากยาหลอกคือ any stroke; death from cardiovascular causes, myocardial infarction (MI) or stroke; death from any cause, MI or stroke ตามรายละเอียดใน **Table 1**. และ **Figure 1**. เป็นที่น่าสังเกตว่ายา asundexian ไม่ได้ลดความเสี่ยง ischemic stroke ในช่วง 90 วันแรกเทียบกับยาหลอก (3% เทียบ 3.5% ตามลำดับ cause-specific HR 0.84 (0.69-1.02); $p=0.08$) ดังแสดงใน **Figure 1**.

ในส่วนของ secondary outcomes พบว่าการให้ยา asundexian ร่วมกับการรักษามาตรฐานด้วยยาต้านเกล็ดเลือด ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ทั้งในแง่ของ major bleeding ที่เป็น primary safety outcome (1.9% ในกลุ่ม asundexian เทียบ 1.7% กลุ่มยาหลอก cause-specific HR 1.1 (0.85-1.44); $p=0.46$) หรือ secondary safety outcomes ทั้งหมด ภาพรวมสอดคล้องกับงานวิจัย phase 2 study ของยา asundexian ทั้ง PACIFIC-Stroke และ PACIFIC-AF ที่พบว่ายา asundexian มีความปลอดภัย ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก (major or CRNM bleeding)

Table 1. ผลการวิจัยเบื้องต้น primary outcomes

Outcome	Asundexian (6162) No. of Patients (%)	Placebo (6165) No. of Patients (%)	Cause-Specific Hazard Ratio (95% CI)	P Value
Primary efficacy outcome				
Ischemic stroke	384 (6.2)	518 (8.4)	0.74 (0.65–0.84)	<0.001
Secondary efficacy outcomes				
Any stroke	404 (6.6)	545 (8.8)	0.74 (0.65–0.84)	<0.001
Death from cardiovascular causes, myocardial infarction, or stroke	568 (9.2)	685 (11.1)	0.83 (0.74–0.92)	<0.001
Death from any cause, myocardial infarction, or stroke	649 (10.5)	757 (12.3)	0.85 (0.77–0.95)	0.003
Ischemic stroke in the first 90 days	183 (3.0)	218 (3.5)	0.84 (0.69–1.02)	0.08
Disabling or fatal stroke	128 (2.1)	185 (3.0)	0.69 (0.55–0.87)	–
Death from any cause	248 (4.0)	253 (4.1)	0.98 (0.83–1.17)	–
Transient ischemic attack	124 (2.0)	145 (2.4)	0.86 (0.67–1.09)	–
Exploratory efficacy outcome				
Death from cardiovascular causes	148 (2.4)	163 (2.6)	0.91 (0.73–1.14)	–

Figure 1. ภาพแสดง primary efficacy outcome of first occurrence recurrent ischemic stroke และ secondary efficacy outcome ในแง่ของการเกิด recurrent ischemic stroke ในช่วง 90 วันแรก (ดัดแปลงจากภาพงานวิจัยต้นฉบับ¹⁰)

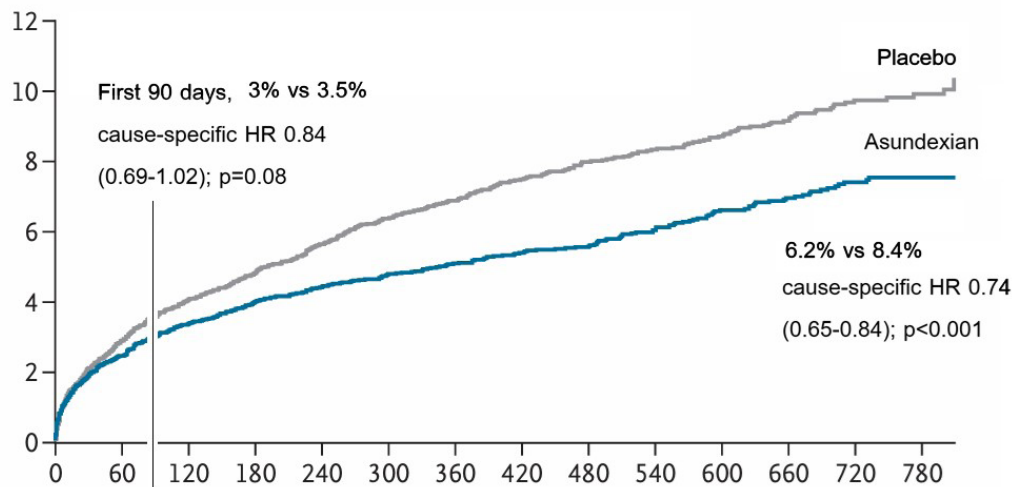


Table 2. Subgroup analysis of the primary efficacy outcome (ดัดแปลงจากงานวิจัยต้นฉบับ¹⁰)

Subgroup	Asundexian no. of events/total no. of patients (%)	Placebo no. of events/total no. of patients (%)	Cause-Specific Hazard Ratio (95% CI)
Overall	384/6162 (6.2)	518/6165 (8.4)	0.74 (0.65–0.84)
Age			
<65 yr	128/2313 (5.5)	176/2308 (7.6)	0.73 (0.58–0.92)
65–75 yr	152/2318 (6.6)	197/2318 (8.5)	0.76 (0.61–0.94)
>75 yr	104/1531 (6.8)	145/1539 (9.4)	0.72 (0.56–0.92)
Sex			
Female	114/2063 (5.5)	159/2047 (7.8)	0.70 (0.55–0.89)
Male	270/4099 (6.6)	359/4118 (8.7)	0.75 (0.64–0.88)
Race			
White	235/4105 (5.7)	314/4078 (7.7)	0.74 (0.63–0.88)
Black	8/143 (5.6)	25/139 (18.0)	0.28 (0.13–0.62)
Asian	123/1721 (7.1)	156/1742 (9.0)	0.79 (0.63–1.01)
Other	18/193 (9.3)	23/206 (11.2)	0.86 (0.47–1.60)
Acute nonlacunar infarct on imaging of head			
No	193/3173 (6.1)	266/3158 (8.4)	0.72 (0.60–0.86)
Yes	191/2989 (6.4)	252/3007 (8.4)	0.76 (0.63–0.92)
Type of index event			
Ischemic stroke	358/5839 (6.1)	485/5838 (8.3)	0.73 (0.64–0.84)
TIA	26/323 (8.0)	33/325 (10.2)	0.83 (0.49–1.38)
Stroke subtype			
Large-artery atherosclerosis	203/2512 (8.1)	247/2484 (9.9)	0.82 (0.68–0.98)
Small-vessel occlusion	59/1290 (4.6)	90/1349 (6.7)	0.68 (0.49–0.94)
Stroke of other determined cause	9/161 (5.6)	13/188 (6.9)	0.84 (0.36–1.96)
Stroke of undetermined cause	83/1786 (4.6)	127/1710 (7.4)	0.61 (0.46–0.81)
Cardioembolism	4/89 (4.5)	8/107 (7.5)	0.58 (0.17–1.95)
Intravenous thrombolysis or endovascular therapy for index stroke			
Intravenous thrombolysis only	54/1146 (4.7)	99/1168 (8.5)	0.54 (0.39–0.75)
Endovascular therapy only	11/202 (5.4)	13/169 (7.7)	0.71 (0.32–1.57)
Intravenous thrombolysis and endovascular therapy	9/260 (3.5)	18/256 (7.0)	0.50 (0.22–1.11)
Neither intravenous thrombolysis nor endovascular therapy	284/4231 (6.7)	355/4245 (8.4)	0.80 (0.69–0.94)
NIHSS score for index stroke at randomization			
≤3	240/4087 (5.9)	321/4079 (7.9)	0.74 (0.63–0.87)
4–7	95/1385 (6.9)	130/1375 (9.5)	0.73 (0.56–0.95)
≥8	23/365 (6.3)	33/382 (8.6)	0.71 (0.41–1.20)
Planned dual antiplatelet therapy with aspirin and a P2Y12 inhibitor			
No	119/2303 (5.2)	174/2312 (7.5)	0.68 (0.54–0.86)
Yes	265/3859 (6.9)	344/3853 (8.9)	0.77 (0.65–0.90)

0.20 1.00 2.00
Asundexian Better Placebo Better

Subgroup analysis แสดงผลตามตาราง **Table 2**. โดยภาพรวม กลุ่มที่ได้ยา asundexian มี primary efficacy outcome ที่ดีกว่ายาหลอก เช่น กลุ่มย่อยจำแนกตามเพศ, ช่วงอายุ, การได้ยา SAPT หรือ DAPT, ผลตรวจทางรังสีที่ไม่ว่าจะมีลักษณะรอยโรค non-lacunar infarct หรือไม่ก็ตาม, กลุ่ม stroke subtype ที่เป็น large vessel atherosclerosis หรือ small vessel disease หรือ stroke of undetermined cause

นอกเหนือจากนี้ ผล subgroup analysis ในผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเข้าเกณฑ์ embolic stroke of undetermined source (ESUS) ที่งานประชุม International Stroke Conference (ISC) 2026 ซึ่งมีผู้ป่วยอยู่ราว 920 คนต่อกลุ่ม นำมาประเมิน พบว่ากลุ่มผู้ป่วย ESUS ที่ได้รับยา asundexian เทียบยาหลอก มีแนวโน้มการเกิด ischemic stroke event น้อยกว่า HR 0.53 (0.37–0.78) และไม่เพิ่มความเสี่ยงการเกิด major bleeding, HR 1.11 (0.54–2.27) จากข้อมูลดังกล่าว อาจเป็นโอกาสในการพัฒนางานวิจัยต่อยอดในอนาคตในกลุ่มผู้ป่วย ESUS ซึ่งเคยมีความพยายามนำผู้ป่วยกลุ่มนี้มาให้ยากลุ่ม Direct oral anticoagulant (DOACs) เช่น rivaroxaban (NAVIGATE ESUS¹³), dabigatran (RE-SPECT ESUS¹⁴), apixaban (ATTICUS¹⁵) โดยทั้งหมดไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพที่เหนือกว่าการให้ยาต้านเกล็ดเลือดตามมาตรฐานในการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

อาจมีข้อสังเกตจากผู้เขียนเพิ่มเติม เช่น subgroup ของเชื้อชาติ เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่เป็นคนผิวขาว ในกลุ่มคนผิวดำมีสัดส่วนในงานวิจัยเพียง 2% รวมไปถึงกลุ่มคนเชื้อชาติเอเชียที่อาจมี stroke etiology ในสัดส่วนที่อาจแตกต่างจากชนชาติอื่น ใน subgroup analysis พบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยยะเทียบกับกลุ่มยาหลอก หรือในกรณี subgroup analysis จำแนกตามความรุนแรงของอาการโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) จะพบว่าในกลุ่มที่มี NIHSS ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป มีสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยเพียง 6% และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ในงานวิจัยนี้ยังไม่มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับขนาดของสมองที่ขาดเลือดจากการตรวจทางรังสีวิทยา ซึ่งการใช้

ยา asundexian อาจมีผลต่อความเสี่ยงการเกิดเลือดออกในสมองโดยเฉพาะส่วนที่ได้รับความเสียหาย รวมไปถึงอัตราการถอนตัวจากงานวิจัยที่ค่อนข้างสูงถึง 26% เหล่านี้ (ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้ยาหลอก) นอกเหนือไปจากข้อสังเกตข้างต้น เนื่องจากยาในกลุ่ม factor XI หรือ factor XIa inhibitor เป็นยาที่ค่อนข้างใหม่ ยังไม่มีข้อมูลหรือการศึกษาในเรื่องของสารต้านฤทธิ์ยา กลุ่มนี้ จึงอาจมีประเด็นความปลอดภัยเช่นในกรณีที่มีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้เลือดออกรุนแรง หรือมีการผ่าตัดความเสียหายสูงแบบเร่งด่วนเฉียบพลัน

กล่าวโดยสรุปงานวิจัย OCEANIC-STROKE นี้แสดงถึงประสิทธิภาพของยา asundexian ซึ่งสามารถให้ร่วมกับการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ไม่ได้เกิดจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันจากหัวใจ ในการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ และมีความปลอดภัยสูง ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก และยังสามารถให้ร่วมกับยาด้านเกล็ดเลือดในระยะยาวได้อย่างปลอดภัย ในปัจจุบันยังไม่ได้มีคำแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติเกี่ยวกับยาดังกล่าว และยังไม่ได้มีการนำมาใช้ในทางเวชปฏิบัติ แต่จากข้อมูลงานวิจัย ผู้เขียนมีความเชื่อมั่นว่ามีโอกาสจะได้ใช้ยาในกลุ่มนี้ในอนาคตอันใกล้

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยยา milvexian ซึ่งเป็นยาในกลุ่มเดียวกับ asundexian ทั้ง LIBREXIA-AF¹⁶ และ LIBREXIA-STROKE¹⁷ โดยงานวิจัยแรกเป็นการเทียบประสิทธิภาพการใช้ยา milvexian กับยาในกลุ่ม DOACs ในการป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือด ซึ่งคล้ายกับงานวิจัย OCEANIC-AF ที่ตีพิมพ์ไปก่อนหน้านี้ ในขณะที่งานวิจัยหลังมีลักษณะการวิจัยคล้ายกับ OCEANIC-STROKE เช่นกัน ทั้งสองคาดว่าจะแล้วเสร็จและตีพิมพ์ในช่วงปลายปีนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wang Y, Wang Y, Zhao X, et al. Clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med*. 2013;369(1):11–19.
2. Xie X, Jing J, Meng X, et al. Dual Antiplatelet Therapies and Causes in Minor Stroke or Transient Ischemic Attack: A Prespecified Analysis in the CHANCE-2 Trial. *Stroke*. 2023;54(9):2241–2250.

3. Gao Y, Pan Y, Han S, et al. Rationale and design of a randomised double-blind 2×2 factorial trial comparing the effect of a 3-month intensive statin and antiplatelet therapy for patients with acute mild ischaemic stroke or high-risk TIA with intracranial or extracranial atherosclerosis (INSPIRES). *Stroke Vasc Neurol*. 2023;8(3):249–258.
4. Johnston SC, Easton JD, Farrant M, et al. Clopidogrel and Aspirin in Acute Ischemic Stroke and High-Risk TIA. *N Engl J Med*. 2018;379(3):215–225.
5. Johnston SC, Amarenco P, Denison H, et al. Ticagrelor and Aspirin or Aspirin Alone in Acute Ischemic Stroke or TIA. *N Engl J Med*. 2020;383(3):207–217.
6. Diener HC, Bogousslavsky J, Brass LM, et al. Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high-risk patients (MATCH): randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2004;364(9431):331–337.
7. Writing Committee for the PERSIST Collaborators, Khan F, Yogendrakumar V, et al. Long-Term Risk of Stroke After Transient Ischemic Attack or Minor Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2025;333(17):1508–1519.
8. Mohan KM, Wolfe CD, Rudd AG, Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Grieve AP. Risk and cumulative risk of stroke recurrence: a systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2011;42(5):1489–1494.
9. Hsu C, Hutt E, Bloomfield DM, Gailani D, Weitz JI. Factor XI Inhibition to Uncouple Thrombosis From Hemostasis: JACC Review Topic of the Week. *J Am Coll Cardiol*. 2021;78(6):625–631.
10. Sharma M, Dong Q, Hirano T, et al. Asundexian for Secondary Stroke Prevention. *N Engl J Med*. 2026;394(15):1467–1479.
11. Shoamanesh A, Mundl H, Smith EE, et al. Factor XIa inhibition with asundexian after acute non-cardioembolic ischaemic stroke (PACIFIC-Stroke): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2b trial. *Lancet*. 2022;400(10357):997–1007.
12. Piccini JP, Caso V, Connolly SJ, et al. Safety of the oral factor XIa inhibitor asundexian compared with apixaban in patients with atrial fibrillation (PACIFIC-AF): a multicentre, randomised, double-blind, double-dummy, dose-finding phase 2 study. *Lancet*. 2022;399(10333):1383–1390.
13. Hart RG, Sharma M, Mundl H, et al. Rivaroxaban for Stroke Prevention after Embolic Stroke of Undetermined Source. *N Engl J Med*. 2018;378(23):2191–2201.
14. Diener HC, Sacco RL, Easton JD, et al. Dabigatran for Prevention of Stroke after Embolic Stroke of Undetermined Source. *N Engl J Med*. 2019;380(20):1906–1917.
15. Geisler T, Keller T, Martus P, et al. Apixaban versus Aspirin for Embolic Stroke of Undetermined Source. *NEJM Evid*. 2024;3(1):EVIDoa2300235.
16. Jain SS, Mahaffey KW, Pieper KS, et al. Milvexian vs apixaban for stroke prevention in atrial fibrillation: The LIBREXIA atrial fibrillation trial rationale and design. *Am Heart J*. 2024;277:145–158.
17. Weitz JI, Harrington RA; LIBREXIA Program Executive Council. Rationale for the milvexian dosing in the phase 3 LIBREXIA program. *J Thromb Haemost*. 2026;24(6):2158–2169.

ข่าวประชาสัมพันธ์สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย

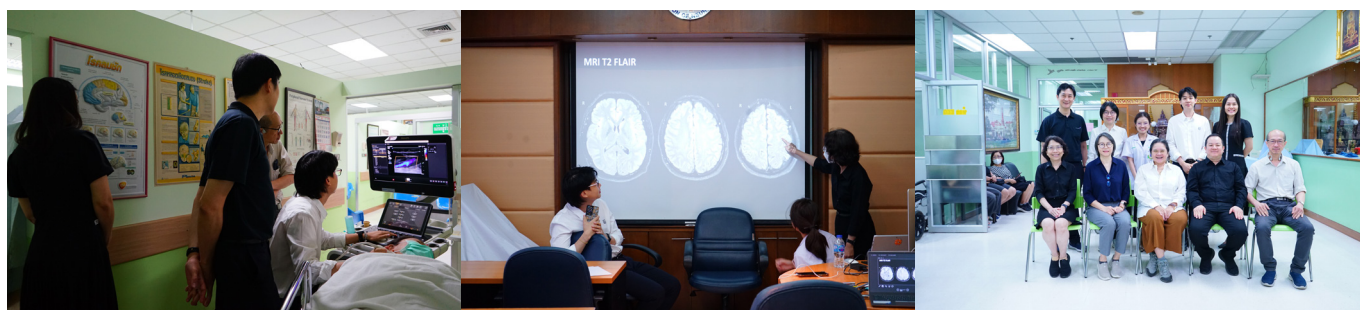
พญ.นภาศรี ชัยสินอนันต์กุล*

*รพ. พญาไท

สวัสดีอาจารย์ สมาชิกสมาคมโรคหลอดเลือดสมองและท่านผู้อ่านทุกท่านคะ ในฉบับนี้ขอประชาสัมพันธ์ 3 เรื่องด้วยกันคะ

เรื่องแรก ขอแสดงความยินดีกับผู้ผ่านการสอบเพื่อประกาศนียบัตรอนุสาขาสาสาทวิทยาโรคหลอดเลือดสมองและการตรวจหลอดเลือดสมองด้วยคลื่นความถี่สูง ในวันที่ 19 มิถุนายน 2569 ที่ผ่านมามีผู้ผ่านการสอบทั้งหมด 2 ท่าน ได้แก่

- นายแพทย์ ธนวัฒน์ จีงชนาวิวัฒน์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- แพทย์หญิง ธัญวรัตน์ กองสวัสดิ์ โรงพยาบาลรามารักษ์



ภาพที่ 1. บรรยากาศการสอบเพื่อประกาศนียบัตรอนุสาขาสาสาทวิทยาโรคหลอดเลือดสมองและการตรวจหลอดเลือดสมองด้วยคลื่นความถี่สูง ในวันที่ 19 มิถุนายน 2569

เรื่องที่สอง งานประชุมสำหรับแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 5th Tutorial Course for Neurology Residents and Fellows 2026 ในวันศุกร์ที่ 4 กันยายน พ.ศ.2569 ที่ชั้น 10 อาคารพัชรกิติยาภา ห้องประชุมกองกุมาร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เวลา 08.20 น. ถึง 16.30 น.

เรื่องที่สาม ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ บุคลากรด้านสาธารณสุข สมัครเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับก้าวหน้า (Advanced Stroke Nursing Course 2026) รุ่นที่ 1” ซึ่งเป็นแบบ Hybrid ทั้ง on Site และ On line ค่าลงทะเบียน 3,500 บาท และ 2,500 บาท ตามลำดับ ในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2569 สถานที่ ห้องประชุมใหญ่ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 10 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

สำหรับฉบับนี้ขอฝากไว้ 3 เรื่องนะคะ ถ้ามีเรื่องน่าสนใจ ขอประชาสัมพันธ์ในฉบับหน้านะคะ ขอขอบคุณทุกท่านคะ สวัสดีค่ะ

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยเป็นวารสารวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ ตีพิมพ์ เผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานทางวิชาการทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมวิทยาศาสตร์พื้นฐาน ระบาดวิทยา การป้องกัน การรักษา จากสาขาวิชาต่าง ๆ อาทิเช่น ประสาทวิทยา ประสาทศัลยศาสตร์ รังสีวินิจฉัยระบบประสาท รังสีร่วมรักษาระบบประสาท เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นต้น ทั้งนี้ผลงานที่ได้รับการเผยแพร่ต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ Article Processing Charges (APC)

วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยไม่มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ Article Processing Charges (APC)

ประเภทบทความ

1. **บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (original article)*** เป็นบทความรายงานข้อมูลจากการศึกษา หรือวิจัยประเภทต่าง ๆ อาทิเช่น randomized trials, intervention studies, cohort studies, case-control studies, observational studies, diagnostic/prognostic studies เป็นต้น
2. **บทความปริทัศน์ (review article)*** เป็นบทความซึ่งถูกคัดเลือกกว่าเป็นหัวข้อที่มีความสำคัญหรือน่าสนใจ นำมาถูกทบทวนและเรียบเรียงจากหนังสือ การศึกษา งานวิจัย ตลอดจนผลงานตีพิมพ์ประเภทต่างๆ
3. **รายงานผู้ป่วย (case report)*** เป็นบทความเสนอรายงานตัวอย่างผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีโรคที่พบได้น้อยหรือเกิดขึ้นใหม่ซึ่งมีความน่าสนใจ
4. **บทความรับเชิญ (invited commentary)** เป็นบทความโดยผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ด้านโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้ถูกเชิญโดยกองบรรณาธิการเพื่ออภิปราย แสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการ
5. **แนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline)** เป็นแนวทางในการวินิจฉัย การดูแลรักษาโรค ซึ่งจัดทำโดยองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหรือกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรคนั้น เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่มีมาตรฐาน ทั้งนี้อาจมีการปรับปรุงจากแนวทางเวชปฏิบัติเดิมเป็นระยะเพื่อให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของประเทศ
6. **แถลงการณ์ (scientific statement)** เป็นถ้อยแถลงเชิงวิชาการจากนักวิชาการหรือสมาคมวิชาชีพ
7. **บทความอื่น ๆ** เช่น ประกาศัมพันธ์, ข่าวสารด้านโรคหลอดเลือดสมอง, กิจกรรมของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยหรือสมาชิก, ตารางการประชุมวิชาการ เป็นต้น

*บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทความปริทัศน์ (review article) และรายงานผู้ป่วย (case report) ต้องผ่านการประเมินโดยวิธีการ double-blinded จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ (peer review)

คณะกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับตีพิมพ์บทความในวารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ในกรณีได้รับการตอบรับตีพิมพ์ ผู้พิมพ์หลักจะได้รับวารสารจำนวน 3 ฉบับ โดยจะจัดส่งให้ผู้พิมพ์หลักตามที่อยู่ที่ระบุไว้ นอกจากนี้บทความทั้งหมดจะได้รับการเผยแพร่ทางเว็บไซต์ของสมาคม

โรคหลอดเลือดสมองไทย (<https://thaistrokesociety.org>) และเว็บไซต์ของ ThaiJO (<https://tci-thaijo.org/> หรือ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jtss/index>)

ข้อพิจารณาด้านลิขสิทธิ์ (copyright notice)

ข้อความภายในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ตลอดจนความรับผิดชอบด้านเนื้อหาและการตรวจร่างบทความของผู้พิมพ์ ไม่เกี่ยวข้องกับกองบรรณาธิการแต่อย่างใด การนำเนื้อหาข้อความหรือข้อคิดเห็นของบทความไปเผยแพร่ ต้องได้รับอนุญาตจากกองบรรณาธิการอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารเล่มนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารการเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมบทความใช้โปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษร Browallia New ขนาด 16 พอยต์ และมีความยาวไม่เกิน 4,500 คำ โดย 4,500 คำ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง, บทคัดย่อ, คำสำคัญ, เนื้อหา , กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี), ผู้สนับสนุนเงินทุน (ถ้ามี), แหล่งที่มาของข้อมูล, เอกสารอ้างอิง, คำอธิบายภาพ, ตารางและภาคผนวก (ถ้ามี เช่น ผู้ทำงานร่วมกันที่ไม่ใช่ผู้เขียน) จำนวนหน้าสูงสุดไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ (กระดาษ A4) โดยสามารถส่งได้ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ผู้พิมพ์ต้องจัดเตรียมบทความต้นฉบับ (manuscript) ตามข้อกำหนดของบทความแต่ละประเภท ดังรายละเอียดข้างล่างนี้

ประเภทบทความ	ข้อกำหนด	รายละเอียด
บทความวิจัย (<i>original article</i>)	จดหมายปะหน้า (cover letter)	ประกอบด้วย ประเภทบทความ ชื่อและสังกัด ที่ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ และ Email address ของผู้พิมพ์หลัก (corresponding author) ระบุว่าผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของหน่วยงานและผลงานที่ต้องการเผยแพร่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน
	หน้าแรก (title page) ภาษาอังกฤษและภาษาไทย	ประกอบด้วย ชื่อบทความ ชื่อและสังกัดผู้พิมพ์ทุกคน ระบุนิพนธ์หลัก พร้อมทั้งติดต่อ เบอร์โทรศัพท์และ Email address
	บทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	เป็นข้อความสรุปเนื้อหาบทความวิจัย จำนวนไม่เกิน 250 คำ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย (objective) วิธีวิจัย ผลการวิจัยและบทสรุป
	คำสำคัญ (keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	จำนวน 3-5 คำ
	บทนำ (introduction) วิธีวิจัย (methods) ผลการวิจัย (results) อภิปราย (discussion) บทสรุป (conclusion)	
	องค์ความรู้ใหม่	เป็นบทสรุปของบทความที่แสดงถึงองค์ความรู้ใหม่จากบทความ
	เอกสารอ้างอิง (references)	รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โปรดดูคำอธิบาย “เอกสารอ้างอิง” ด้านล่าง
	ตาราง แผนภูมิหรือภาพประกอบ	แยกออกจากเนื้อหาบทความ โปรดดูคำอธิบาย “ตารางแผนภูมิหรือภาพประกอบ” ด้านล่าง

ผู้พิมพ์สามารถส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (online submission) ในวารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทยผ่านทาง website ThaiJO (<https://www.tci-thaijo.org/index.php/jtss/index>) หรือหากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อบรรณาธิการวารสารได้ที่ Email: thaistroke@gmail.com

เอกสารอ้างอิง:

เขียนเอกสารอ้างอิงใน รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) อาทิเช่น

- การอ้างอิงบทความจากวารสาร

รูปแบบ: ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง :

Dharmasaroja PA, Muengtawepong S, Kommarkg U. Implementation of Telemedicine and Stroke Network in thrombolytic administration: comparison between walk-in and referred patients. Neurocritical care. 2010;13(1):62-6.

- การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

รูปแบบ: ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง :

Dharmasaroja PA. Telemedicine and stroke network. In: Dharmasaroja PA, editor. Ischemic Stroke. Bangkok: Jarunsanitwongkanpim; 2012. p. 259-278.

- บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

รูปแบบ: ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/ cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่: [หน้า/ about screen]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง :

Dharmasaroja PA, Ratanakorn D, Nidhinandana S, Charernboon T. Comparison of Computerized and Standard Cognitive Test in Thai Memory Clinic. Journal of neurosciences in rural practice [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 12];9(1):140-2.

Available from: <http://europepmc.org/articles/PMC5812140?sessionid=A32C7A09DC3E91E92474AE8>

*กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,) และตามด้วย et al.

**ท่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากได้ที่

- https://guides.lib.monash.edu/ld.php?content_id=14570618
- <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/administration-and-support-services/library/public/vancouver.pdf>
- <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

ตาราง แผนภูมิและภาพประกอบ:

แยกออกจากเนื้อหาบทความ ควรมีขนาด เนื้อหาเหมาะสม มีความสมบูรณ์ในตัวเอง เข้าใจง่ายและไม่ซับซ้อน

