

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน ที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง Outcomes of Care for Acute Hemorrhagic Stroke Patients Receiving Care with a Stroke Program at the Stroke Unit in Rayong Hospital

นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, ปร.ด. (จิตวิทยาการปรึกษา) ¹

Nimnual Chuyingsakultip, Ph.D. (Counseling Psychology) ¹

Received: October 18, 2024 Revised: November 12, 2025 Accepted: November 21, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 รวมจำนวน 417 ราย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลระยอง แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .99 และแบบประเมินระดับความพิการ มีค่าความเชื่อมั่น .84 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันมีดังนี้ จำนวนวันนอนเฉลี่ย 9.20 วัน ($SD = 9.20$) โดยมีค่ามัธยฐาน 7 วัน ($IQR = 8$) และจำนวนวันนอนเฉลี่ย 11.80 วัน ($SD = 13.60$) โดยมีค่ามัธยฐาน 7 วัน ($IQR = 12$) ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 55,676.50 บาทต่อราย ($SD = 56,574.20$) โดยมีค่ามัธยฐาน 32,550.63 บาทต่อราย

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระยอง

¹ Registered Nurse, Rayong Hospital, E-mail: nimnual.c@gmail.com

(IQR = 52,446.69) และค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 67,715.03 บาทต่อราย ($SD = 74,433.50$) โดยมีค่ามัธยฐาน 39,506 บาทต่อราย (IQR = 56,509.94) ตามลำดับ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 0 ทั้ง 2 ปี อัตราการเกิด aspirated pneumonia ร้อยละ 1.64 และ 0.43 ตามลำดับ อัตราการเกิด urinary tract infection (UTI) ร้อยละ 2.19 และ 1.28 ตามลำดับ อัตราการเกิด pressure sore ร้อยละ 1.64 และ 0 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 25.14 และ 27.78 ตามลำดับ และ 2) ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าในวันแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -7.500, p < .001$ และ $Z = -9.200, p < .001$ ตามลำดับ) และผู้ป่วยมีคะแนนระดับความพิการน้อยกว่าในวันแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.200, p < .001$ และ $Z = -3.300, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกในระยะวิกฤตได้ ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาตามมาตรฐาน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผลลัพธ์การดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This retrospective descriptive research aimed to examine the outcomes of care for acute hemorrhagic stroke patients receiving care with a stroke program. The samples consisted of 417 medical records of acute hemorrhagic stroke patients receiving care with a stroke program at the Stroke Unit in Rayong Hospital in the fiscal years 2021 and 2022. The research instrument included the record form of quality of hemorrhagic stroke service in Rayong Hospital, the Barthel Index of Activities of Daily Living with a reliability of .99, and the Modified Rankin Scale (mRS) with a reliability of .84. Data were collected from April to June 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, interquartile range, and Wilcoxon signed-rank test.

The research results revealed that 1) in the fiscal years 2021 and 2022, the outcomes of care for acute hemorrhagic stroke patients were as follows: The average lengths of stay were 9.20 days ($SD = 9.20$, Med = 7, IQR = 8) and 11.80 days ($SD = 13.60$, Med = 7, IQR = 12), respectively; the average costs were 55,676.50 baht per case ($SD = 56,574.20$, Med = 32,550.63, IQR = 52,446.69) and 67,715.03 baht per case ($SD = 74,433.50$, Med = 39,506, IQR = 56,509.94), respectively; the rate of readmission within 28 days was 0% in both years. For the complication rates, it was showed that aspirated pneumonia occurred

in 1.64% and 0.43%, respectively, while urinary tract infection (UTI) occurred at rates of 2.19% and 1.28%, respectively, the rate of pressure sore were 1.64% and 0%, respectively, as well as the mortality rate were 25.14% and 27.78%, respectively; and 2) in the fiscal years 2021 and 2022, at the discharge day, the patients demonstrated a statistically significantly higher average score from the Barthel Index of Activities of Daily Living than at the first day of admission ($Z = -7.500, p < .001$ and $Z = -9.200, p < .001$, respectively), whereas they showed a statistically significantly lower average score from the Modified Rankin Scale than at the first day of admission ($Z = -4.200, p < .001$ and $Z = -3.300, p < .001$, respectively).

This research suggests that hospital administrators should promote the establishment of stroke units that provide care for ischemic and hemorrhagic stroke patients in critical condition. It will enhance the quality of care in accordance with standards, reduce mortality rates, and decrease disability levels.

Keywords: Outcomes of care, Acute hemorrhagic stroke patients, Stroke unit, Stroke program

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ รายงานจากการสำรวจประชากรขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization [WSO]) ในปี ค.ศ. 2022 พบว่า โลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 101 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 12.20 ล้านคนต่อปี ทั้งนี้ ประชากรมีโอกาสดังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 1 คน ในทุกๆ 3 วินาที และโรคนี้เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการสูงถึงร้อยละ 89 ในปี ค.ศ. 2019 (WSO, 2022) สำหรับประเทศไทยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 จากข้อมูลในมรณบัตรในปี พ.ศ. 2562 และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการเป็นอันดับ 3 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2567) นอกจากนี้ อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน โดยพบอุบัติการณ์ 278.49 ในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นเป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2565

โดยพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 222.19 และโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออก 88.38 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 10.92 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566) สำหรับโรงพยาบาลระยอง พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเข้ามารับการรักษาในช่วงปี พ.ศ. 2563–2565 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 783 ราย 848 ราย และ 885 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลระยอง, 2565) โดยผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตส่วนหนึ่งจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดภาระในทุกด้านกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) โรงพยาบาลระยอง เป็นแบบ acute stroke unit คือ หอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยที่ได้รับการละลายลิ่มเลือดสมอง (thrombolytic therapy) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาทและให้การรักษาทันทีอย่างใกล้ชิด เริ่มเปิดดำเนินการอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553

อาศัยพื้นที่ส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยร่วมสุข 2 มีจำนวน 8 เตียง ได้รับการประเมินผ่านมาตรฐานหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2554 และผ่านการประเมินมาตรฐานระดับ 5 ดาว (Standard Stroke Center Certification [SSCC]) ในปี พ.ศ. 2559 จากนั้นในปี พ.ศ. 2561 ได้ย้ายมาที่อาคารร่วมเกล้า ชั้น 3 มีจำนวน 16 เตียง รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีอาการภายใน 3 วัน เข้ามารักษา ในกรณีที่ไม่เต็มจะรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีอาการภายใน 7 วัน เข้ามารักษา รวมถึงผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ทั้งนี้ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke program) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เน้นมวล ชูยังสกุลทิพย์ (2549) พัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงบริการสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาลที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายจะมีการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านหรือชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความต่อเนื่อง ซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและครอบครัว มีการเตรียมอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการ มีการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากภาวะการเจ็บป่วยและคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติอย่างมีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรและความสามารถของตัวผู้ป่วยเองที่มีอยู่เป็นหลัก และอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลและครอบครัวร่วมด้วย มีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเต็มที่ เพื่อให้เกิดคุณภาพในระบบบริการ

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้โรงพยาบาลจัดหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกพร้อมด้วย โรงพยาบาลระยองจึงได้เริ่มรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเข้ามารักษา

โดยนำร่อง 4 เตียง ในปี พ.ศ. 2563 (จำกัดด้วยอัตราค่าเตียง ทำให้เปิดได้เพียงเท่านั้น) และขยายบริการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็น 8 เตียง ในปี พ.ศ. 2564 และปัจจุบันได้ย้ายกลับมาดำเนินการ ณ หอผู้ป่วยร่วมสุข 2 โดยรับผู้ป่วยทั้งหมด 18 เตียง แบ่งออกเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จำนวน 10 เตียง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 8 เตียง โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน: RYH-CPG-MSO(MED)-012 และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก: RYH-CPG-MSO(SUR)-013 ซึ่งเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการดูแลแบบองค์รวมและเป็นระบบ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้องตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ระยะวิกฤตเฉียบพลัน ระยะฟื้นภาวะวิกฤต ไปจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยกลับชุมชน รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยบุคลากรทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมประสาท แพทย์ประสาทวิทยา แพทย์อายุรกรรม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้านโรคหลอดเลือดสมอง เกษัชร นักกายภาพบำบัด และโภชนาการ ซึ่งมีการประชุมและปรับ CPG ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ใหม่อย่างน้อยทุกปี ทั้งนี้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล ที่จัดโดยสถาบันประสาทวิทยา คือ หลักสูตร Basic Stroke และ Advance Stroke เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่จะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายไปยังหน่วยบริการในชุมชนใกล้บ้าน พร้อมทั้งนัดตรวจติดตามที่คลินิกอายุรกรรมประสาท โดยมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงรับผิดชอบในการจัดระบบการดูแลรักษาให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่เปิดรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในปี พ.ศ. 2564 ยังไม่มีการศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วย
โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง ในเรื่องจำนวน
วันนอน ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน
28 วัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ aspirated
pneumonia, UTI, pressure sore, fall และ stiff joint
อัตราการเสียชีวิต ระดับความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการ ซึ่งข้อมูลที่ได้
จะเป็นประโยชน์สำหรับการบริหารจัดการและการพัฒนา
คุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้
ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ aspirated pneumonia, UTI, pressure sore, fall และ stiff joint และอัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง
2. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการ ระหว่างในวันแรกรับกับในวันจำหน่าย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลง
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ aspirated pneumonia, UTI, pressure sore, fall และ stiff joint ลดลง
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีอัตราการเสียชีวิตต่ำ
4. ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าในวันแรกรับ
5. ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีคะแนนระดับความพิการน้อยกว่าในวันแรกรับ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) ของ Chick and Meleis (1986 อ้างถึงในพิชญา หุยากรณ์, 2562) ซึ่งเป็นทฤษฎี

ที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบและพัฒนาการของครอบครัว โดยการเปลี่ยนผ่าน (transition) เป็นการตอบสนองของบุคคลในช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health-illness transition) โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้องตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ระยะวิกฤตเฉียบพลัน ไปจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยกลับชุมชน รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผลลัพธ์การดูแลมีทั้งผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลใน

การดูแล ได้แก่ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ aspirated pneumonia, UTI, pressure sore, fall และ stiff joint และอัตราการเสียชีวิต และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพึงการ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยอง ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 รวมจำนวน 1,213 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับ

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน รหัส ICD 10: I60-I62 ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และ 2) เป็นเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์ ได้เวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 183 ราย และ 234 ราย ตามลำดับ รวมจำนวน 417 ราย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลคุณภาพการให้

บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลระยอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS) ในวันแรกเริ่ม และส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์การดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ aspired pneumonia, UTI, pressure sore, fall และ stiff joint และการเสียชีวิต รวมจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยปรับจาก the Barthel Index of Activities of Daily Living ของสถาบันประสาทวิทยา ปี พ.ศ. 2550 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0, 5 และ 10 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความสามารถในการดำเนินชีวิตน้อย (0-20 คะแนน) ในระดับน้อย (25-45 คะแนน) ในระดับปานกลาง (50-70 คะแนน) ในระดับมาก (75-95 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (ปกติ) (100 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความพิการ ผู้วิจัยใช้ the Modified Rankin Scale (mRS) ที่พัฒนาโดย Broderick, Adeoye, and Elm (2017) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดระดับความพิการทางร่างกาย ใช้ในการประเมินระดับความพิการหรือความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติ ระดับ 1 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติทุกอย่าง ระดับ 2 หมายถึง มีความผิดปกติเล็กน้อย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง ระดับ 3 หมายถึง มีความผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย

ระดับ 4 หมายถึง มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้ แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองโดยไม่มีคนช่วยได้ และระดับ 5 หมายถึง มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ปัสสาวะราด ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินระดับความพิการ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ป่วยเจ้าของเวชระเบียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .99 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. RYH 010/2566 วันที่ 14 มีนาคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 จากนั้นเลือกเวชระเบียนตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม Software Solutions Bangkok (SSB) ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับบริหารจัดการฐานข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาล (hospital information system [HIS]) ที่เชื่อมโยงการทำงานในส่วนงานต่างๆ

ของโรงพยาบาลเข้าด้วยกัน และบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในแบบรวบรวมข้อมูลคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลระยอง ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลผลลัพธ์การดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ข้อมูลระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และข้อมูลระดับความพิการ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการ ระหว่างในวันแรกรับกับในวันจำหน่าย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 ($n = 183$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.03 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 25-93 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 57.60 ปี ($SD = 13.04$) และมีระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในวันแรกรับต่ำสุด-สูงสุด คือ 3-15 คะแนน โดยมีระดับความรู้สึกตัวเฉลี่ย 10.60 คะแนน ($SD =$

4.70) ส่วนในปีงบประมาณ 2565 ($n = 234$) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.39 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 27-90 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 57.30 ปี ($SD = 14.30$) และมีระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในวันแรกรับต่ำสุด-สูงสุด คือ 3-15 คะแนน โดยมีระดับความรู้สึกตัวเฉลี่ย 10 คะแนน ($SD = 4.40$)

2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 ($n = 183$) และในปีงบประมาณ 2565 ($n = 234$) มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 9.20 วัน ($SD = 9.20$) โดยมีค่ามัธยฐาน 7 วัน ($IQR = 8$) และมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 11.80 วัน ($SD = 13.60$) โดยมีค่ามัธยฐาน 7 วัน ($IQR = 12$) ตามลำดับ มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 55,676.50 บาทต่อราย ($SD = 56,574.20$) โดยมีค่ามัธยฐาน 32,550.63 บาทต่อราย ($IQR = 52,446.69$) และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 67,715.03 บาทต่อราย ($SD = 74,433.50$) โดยมีค่ามัธยฐาน 39,506 บาทต่อราย ($IQR = 56,509.94$) ตามลำดับ มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 0 ทั้ง 2 ปี มีอัตราการเกิด aspirated pneumonia ร้อยละ 1.64 และ 0.43 ตามลำดับ มีอัตราการเกิด UTI ร้อยละ 2.19 และ 1.28 ตามลำดับ มีอัตราการเกิด pressure sore ร้อยละ 1.64 และ 0 ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 25.14 และ 27.78 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน ในเรื่องจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษากายใน 28 วัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต

ผลลัพธ์การดูแล	ปีงบประมาณ 2564 (n = 183)				ปีงบประมาณ 2565 (n = 234)			
	จำนวน/ ร้อยละ	M	SD	Med/ IQR	จำนวน/ ร้อยละ	M	SD	Med/ IQR
จำนวนวันนอน	-	9.20	9.20	7/8	-	11.80	13.60	7/12
ค่าใช้จ่าย	-	55,676.50	56,574.20	32,550.63/ 52,446.69	-	67,715.03	74,433.50	39,506.00/ 56,509.94
อัตราการกลับมา รักษากายใน 28 วัน	0/0	-	-	-	0/0	-	-	-
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน								
aspirated pneumonia	3/1.64	-	-	-	1/0.43	-	-	-
UTI	4/2.19	-	-	-	3/1.28	-	-	-
pressure sore	3/1.64	-	-	-	0/0	-	-	-
fall	0/0	-	-	-	0/0	-	-	-
stiff joint	0/0	-	-	-	0/0	-	-	-
อัตราการเสียชีวิต	46/ 25.14	-	-	-	65/ 27.78	-	-	-

3. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 (n = 183) ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันแรกรับต่ำสุด-สูงสุด คือ 0-85 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความสามารถเฉลี่ย 20.60 คะแนน ($SD = 26.90$) และมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายต่ำสุด-สูงสุด คือ 0-100 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความสามารถเฉลี่ย 36.60 คะแนน ($SD = 36.90$) ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความพิการในวันแรกรับต่ำสุด-สูงสุด คือ 2-5 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความพิการเฉลี่ย 4.80 คะแนน ($SD = .50$) และมีคะแนนระดับความพิการในวันจำหน่ายต่ำสุด-สูงสุด คือ 0-6 คะแนน โดยมี

คะแนนระดับความพิการเฉลี่ย 4.40 คะแนน ($SD = 1.40$) ส่วนในปีงบประมาณ 2565 (n = 234) พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันแรกรับต่ำสุด-สูงสุด คือ 0-90 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความสามารถเฉลี่ย 14.70 คะแนน ($SD = 24.20$) และมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายต่ำสุด-สูงสุด คือ 0-100 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความสามารถเฉลี่ย 29.04 คะแนน ($SD = 34.40$) ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความพิการในวันแรกรับต่ำสุด-สูงสุด คือ 4-5 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความพิการเฉลี่ย 4.95 คะแนน ($SD = .20$) และมีคะแนนระดับความพิการในวันจำหน่ายต่ำสุด-สูงสุด คือ 0-6 คะแนน โดยมีคะแนนระดับความพิการเฉลี่ย 4.70 คะแนน ($SD = 1.20$)

4. การเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความพิการ ระหว่างในวันแรกกับในวันจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน พบว่า ทั้งในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยฯ มีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าในวันแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -7.500$, $p < .001$ และ $Z = -9.200$, $p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่า ทั้งในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยฯ มีคะแนนระดับความพิการน้อยกว่าในวันแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.200$,

$p < .001$ และ $Z = -3.300$, $p < .001$ ตามลำดับ) ทั้งนี้พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความพิการดีขึ้นเมื่อจำหน่าย โดยมีขนาดผลกระทบ (effect size [ES]) ในระดับสูง ($r = .55$) และในระดับปานกลาง ($r = .31$) ตามลำดับ ส่วนในปีงบประมาณ 2565 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับความพิการดีขึ้นเมื่อจำหน่าย โดยมีขนาดผลกระทบในระดับสูง ($r = .60$) และในระดับต่ำ ($r = .22$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนระดับความพิการ ระหว่างในวันแรกกับในวันจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน

ผลลัพธ์การดูแล	ในวันแรก		ในวันจำหน่าย		Wilcoxon signed-rank test		
	Med	IQR	Med	IQR	Z	p	ES (r)
ปีงบประมาณ 2564 (n = 183)							
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0	40.00	35.00	70.00	-7.500	< .001	.55
ระดับความพิการ	5.00	0	5.00	2.00	-4.200	< .001	.31
ปีงบประมาณ 2565 (n = 234)							
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0	30.00	5.00	50.00	-9.200	< .001	.60
ระดับความพิการ	5.00	0	5.00	2.00	-3.300	< .001	.22

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 0 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และโภชนาการ ซึ่งผู้วิจัยและทีมสุขภาพได้ประชุมร่วมกันและปรับโปรแกรมการดูแลให้เหมาะสมตามสถานการณ์ใหม่อย่างน้อยทุกปี อีกทั้งพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตร Basic Stroke และ Advance Stroke ที่จัดโดยสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งมี

ส่วนช่วยส่งเสริมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันมีความถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐาน ประกอบกับผู้ดูแลและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องภายหลังได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของชัยพิมล เกณสาสุข, เตือนใจ สีนอ้าไพสิทธิ์, และวีรยุทธ ศรีทุมสุข (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายไม่มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน

ผลการวิจัยพบว่า ในปีงบประมาณ 2565 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ aspirated pneumonia, UTI และ pressure sore ลดลง เมื่อเทียบกับในปีงบประมาณ 2564 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายการที่ยังคงมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ว่า แม้จะมีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ภาวะแทรกซ้อนข้างต้นถือเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน โดยเฉพาะในผู้ที่มีความรุนแรงของโรคมามากหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ซึ่งภาวะปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มาก โดยสาเหตุหลักเกิดจากภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) นำไปสู่การสำลัก ทำให้เกิดปอดอักเสบติดเชื้อได้ (วัชรภรณ์ ไพโรจน์, รัญญลักษณ์ หวังเจริญเวช, มารศรี มีรูป, จิระเดช ขนนิล, และวรภรณ์ พรหมมา, 2567) นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักได้รับการสายสวนปัสสาวะ เนื่องจากมีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีภูมิคุ้มกันลดลงและการใช้สายสวนปัสสาวะอาจเพิ่มความรุนแรงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ นำไปสู่ภาวะต่อมลูกหมากอักเสบ กรวยไตอักเสบ และเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (Kumar et al., 2025) และจากการศึกษาพบว่า การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นปัจจัยทำนายหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (Pinzon & Wijaya, 2020) สำหรับผลกดทับนั้น ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยเสมอในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (วุฒิชัย สมกิจ และคณะ, 2567) การเกิดผลกดทับจึงพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยมักมีภาวะอ่อนแรงและต้องนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานาน แม้จะมีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามโปรแกรมแล้วก็ตาม แต่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ต้องอาศัยการเฝ้าระวังอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องในทุกขั้นตอนของการดูแล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิชัย สมกิจ และพิชชาอร นามเพ็ง (2568) ที่พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรืออยู่ในภาวะติดเตียง ได้แก่ ปอดอักเสบ ร้อยละ 44.30 ผลกดทับ ร้อยละ 32.91 และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 13.92

ผลการวิจัยพบว่า ในปีงบประมาณ 2565 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับในปีงบประมาณ 2564 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีระดับความรุนแรงของโรคมามาก เลือดที่ออกมีปริมาณมากและอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญ ทำให้เกิดการเสียชีวิตที่สูง นอกจากนี้ ในช่วงระยะเวลาข้างต้นมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

เนื่องจากการได้รับยากระดับความดันโลหิตที่ต่ำ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิชัย มัดจุปะ, ลิสา กองเงิน, และสายหยุด นพตลุง (2562) ที่พบว่า ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก ร่วมกันในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกลดลง จากร้อยละ 18.20 ในช่วงก่อนพัฒนาหอผู้ป่วย เป็น ร้อยละ 14.20 ในช่วงหลังพัฒนาหอผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง มีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มากกว่าในวันแรกรับ และมีคะแนนระดับความพิการ น้อยกว่าในวันแรกรับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ขออธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและครอบครัว โดยมีการเตรียมอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการ มีการทำงาน ร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย พ้นหายจากภาวะการเจ็บป่วยและคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติ มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรและความสามารถ ของตัวผู้ป่วย และอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลและ ครอบครัว มีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน อย่างเต็มที่ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เฉียบพลันที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองมีระดับความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นและมีระดับความพิการลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Langhorne (2021) และ การศึกษาของ Langhorne and Ramachandra (2020) ที่ทำการทบทวนและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับการจัดตั้ง stroke unit และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ป่วยจะ ได้รับการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพ มีการดูแลตามที่ กำหนดตามโปรแกรมโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบถ้วน รวมถึงมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้สามารถ เพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดอัตราการเกิดความพิการของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้ง หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล และเพิ่ม จำนวนเตียงให้เหมาะสมกับการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตกไว้รักษา โดยเฉพาะให้ได้รับการดูแลรักษา ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ของการเกิดอาการ ซึ่งถือว่าอยู่ในระยะวิกฤตที่ผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในสถานที่ที่เหมาะสม และควรพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือด สมอง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของ ผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการลดภาระการดูแลของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลอื่น ๆ ระหว่างในวันแรกรับกับในวันจำหน่าย ของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันที่ได้รับการดูแล ด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ระดับความรุนแรงของโรค รวมถึงศึกษาผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน ในสถานบริการระดับอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลระยอง ที่ สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย และ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ บุคลากรที่มีสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

- รัชฎาพิมล เกณสาธุ, เตือนใจ สีนอำไพสิทธิ์, และวีรยุทธ ศรีทุมสุข. (2563). ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ การพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับ เข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(3), 215–224.
- นันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2549). ผลของแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาล ระยะของ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิชญา หุยากรณ์. (2562). การเปลี่ยนผ่านบทบาท และการเรียนรู้ตลอดชีวิตหลังเกษียณอายุของ อาจารย์มหาวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหา บัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วัชรภรณ์ ไพโรจน์, ธัญญลักษณ์ หวังเจริญเวทย์, มารศรี มีรูป, จิระเดช กชนิล, และวราภรณ์ พรหมมา. (2567). ผลของการใช้โปรแกรม ป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง. *พุทธชินราชเวชสาร*, 41(3), 284–293.
- วุฒิชัย มัดจุปะ, ลิสา กองเงิน, และสายหยุด นพดล. (2562). การพัฒนาและประสิทธิผลของการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก ร่วมกันในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารประสาทวิทยาศาสตร์*, 10(2), 28–38.

- วุฒิชัย สมกิจ, และพิชชาอร นามเพ็ง. (2568). อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ แทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัด ร้อยเอ็ด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 17(1), 70–90.
- วุฒิชัย สมกิจ, วไลพร ปักกระกา, นิสากร วิบูลชัย, ธนิตรา นามบุญเรือง, รุ่งภา ธนชาญ, สุชัยบุญญา เดชศิริ, ... จีรพร อินนอก. (2567). บทบาท ของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 21(1), 12–27.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลระยอง. (2565). สถิติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง. ระยอง: ผู้แต่ง.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2567). รายงาน ประจำปีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: ปณณมิตร การพิมพ์. สืบค้นจาก https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2024/EBook/419848_20240527153048.pdf
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือด สมองประเทศไทย. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 39(2), 39–46.
- Broderick, J. P., Adeoye, O., & Elm, J. (2017). Evolution of the Modified Rankin Scale and its use in future stroke trials. *Stroke*, 48(7), 2007–2012. doi:10.1161/STROKEAHA.117.017866

- Kumar, S., Chou, S. H. Y., Smith, C. J., Nallaparaju, A., Laurido-Soto, O. J., Leonard, A. D., ... Stein, D. J. (2025). Addressing systemic complications of acute stroke: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 56, e15–e29. doi:10.1161/STR.0000000000000477
- Langhorne, P. (2021). The stroke unit story: Where have we been and where are we going? *Cerebrovascular Disease*, 50(6), 636–643. doi:10.1159/000518934
- Langhorne, P., & Ramachandra, S. (2020). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: Network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD000197. doi:10.1002/14651858.CD000197
- Pinzon, R. T., & Wijaya, V. O. (2020). Complications as poor prognostic factors in patients with hemorrhagic stroke: A hospital-based stroke registry. *Romanian Journal of Neurology*, 19(1), 12–20. doi:10.37897/RJN.2020.1.2
- World Stroke Organization. (2022). *Global stroke fact sheet 2022*. Retrieved from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
-