

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

อุมมา จันทวิเศษ¹
จมากรณ์ วรกุล²
ฉวีวรรณ ยี่สกุล³

Abstract:

Discharge planning for stroke patients in medical ward, Songklanagarind Hospital

Juntawises U, Woragul C, Yeesakul C.

Department of Nursing, Faculty of Medicine,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Songkla Med J 2004;22(1):17-25

A discharge planning project for stroke patients was implemented in the medical ward of Songklanagarind Hospital between April 1st 2001– December 31st 2002. The project aimed at studying the effect of the discharge planning program on the incidence of complications, hospital stay, expense of hospital stay and readmission within 16 weeks after discharge. There were 100 cases of stroke patients admitted between January 1st and December 31st 2000 before the project was started. The patients' mean age was 65.59 years. The incidence of complications rate was 23%. The highest incidence of complication was pneumonia (15%), and the second and third were bed sore (12%) and urinary tract infection (10%) respectively. The mean hospital stay and expense of hospital stay were 10.07 days and 17,075 baht. From the time of initial hospital discharge to 16

¹พ.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) พยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ²พ.บ. (พยาบาล) ผู้ตรวจการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรม

³พ.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

รับต้นฉบับวันที่ 29 เมษายน 2546 รับลงตีพิมพ์วันที่ 26 พฤศจิกายน 2546

weeks after discharge, 8 % of stroke patients were readmitted. During the time of implementing the project, there were 264 cases of stroke patients and the patients' age mean was 65.83 years. The incidence of complications was 17.8 %. The highest incidence of complication was urinary tract infection (9.5%) and the second and the third were pneumonia (6.4%) and bed sore (4.5%) respectively. The mean of hospital stay was 7.95 days. The mean expense of hospital stay was 11,574.03 baht. From the time of initial hospital discharge to 16 weeks after discharge, 6.8% of stroke patients were readmitted. These results showed that the discharge planning project could decrease hospital stay and expense of hospital stay significantly ($p < .05$) but could not decrease incidence of complications and readmission rate.

Key words: discharge planning, stroke patients

บทคัดย่อ:

เป็นการศึกษาผลของการจัดโครงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวในการกำหนดแผนการปฏิบัติหลังจำหน่าย ซึ่งให้เห็นถึงศักยภาพของแหล่งประโยชน์ที่จะส่งผู้ป่วยและครอบครัวไปรับการช่วยเหลือและการกำหนดแผนการสอนการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยจัดที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 และหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2544 ถึง 31 ธันวาคม 2545 ในแง่ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านปอดอักเสบ แผลกดทับ และติดเชื้องูทางเดินปัสสาวะ ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 16 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับก่อนดำเนินโครงการ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2543 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2543 จำนวน 100 ราย โดยผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังเข้าโครงการมีคุณสมบัติส่วนบุคคล อายุเฉลี่ย และคะแนนสัญญาณประสาทไม่แตกต่างกัน กลุ่มก่อนดำเนินโครงการ อายุเฉลี่ย 65.59 ปี เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 23 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ปอดอักเสบ ร้อยละ 15 รองลงมาคือ แผลกดทับ ร้อยละ 12 และติดเชื้องูทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 10 ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 10.07 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 17,075.49 บาท การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 16 สัปดาห์ ร้อยละ 8 ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในโครงการปี 2544 และ 2545 จำนวน 264 ราย อายุเฉลี่ย 65.83 ปี เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงเหลือร้อยละ 17.8 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดมากที่สุด คือ ติดเชื้องูทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 9.5 รองลงมาคือ ปอดอักเสบ ร้อยละ 6.4 แผลกดทับ ร้อยละ 4.5 ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 7.95 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 11,574.03 บาท การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 16 สัปดาห์ ร้อยละ 6.8 ซึ่งระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในโครงการปี 2544-2545 แตกต่างกับปี 2543 ก่อนดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 16 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสรุปได้ว่าการจัดโครงการการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยในโรกระบบประสาท¹ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก²⁻⁴ ในสหรัฐอเมริกาแต่ละปีมีผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองมากกว่า 500,000 ราย ทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 30,000 ล้านดอลลาร์ต่อปี⁴ ในประเทศไทยมีความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง 690 ต่อประชากร 100,000 ราย ซึ่งใกล้เคียงกับสถิติต่างประเทศ² สำหรับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในปี 2543 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 543 ราย

ผู้ป่วยเหล่านี้อยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 10.72 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 25,101 บาท นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ และแผลกดทับ⁵⁻⁹ ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อชีวิต ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลยาวนานออกไป และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักจะมีคุณภาพการเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาญาติในการดูแลกิจวัตรประจำวันและฟื้นฟูสภาพ¹⁰⁻¹¹ ญาติมักเกิดความเครียด¹² วิตกกังวล รู้สึกเป็นภาระ¹³ และต้องการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลนาน ๆ จากสถานการณ์ทางเศรษฐกิจปัจจุบันทำให้ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพสูงขึ้นและจากข้อจำกัดของจำนวนเตียงในโรงพยาบาล ทำให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันทีที่อาการดีขึ้น การเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ ถ้าญาติขาดความพร้อมในการดูแลอาจทำให้ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายเป็นการประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวในการกำหนดแผนการปฏิบัติหลังจำหน่าย ซึ่งให้เห็นถึงศักยภาพของแหล่งประโยชน์ที่จะส่งผู้ป่วยและครอบครัวไปรับการช่วยเหลือและการกำหนดแผนการสอนการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย¹⁴ การวางแผนจำหน่ายควรเริ่มเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ คือ ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล โดยปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนและปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับทีมสุขภาพ นำขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมาใช้ เลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ มีงานวิจัยหลายเรื่องพบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยช่วยลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล¹⁵⁻²⁰ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล^{15, 20, 21} ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล^{15, 22, 23} จากการจัดโครงการนำร่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ขึ้นในปี 2540-2541 พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดีดังกล่าว แต่กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงได้ขยายโครงการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญทั้งหมด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้สูงสุด และญาติมีความพร้อมในการดูแล สามารถจำหน่ายได้อย่างรวดเร็ว และกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของการนำการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมาใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังดำเนินโครงการในต้นต่อไปนี้

1. การเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านปอดอักเสบ แผลกดทับ และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
2. ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
3. การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 16 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ ซึ่งประกอบด้วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 และหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ก่อนดำเนินโครงการปี 2543 และหลังดำเนินโครงการปี 2544 และ 2545 โดยศึกษาภาวะแทรกซ้อนด้านปอดอักเสบ แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 16 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ยกเว้นโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างที่คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม ไม่สมัครใจรักษา และย้ายไปหอผู้ป่วยอื่น กลุ่มเปรียบเทียบเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน

วิธีปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยประกอบด้วย

1. ศึกษาปฏิบัติการการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย 1 และอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนดำเนินโครงการปี 2543 พยาบาลที่ทำหน้าที่วางแผนจำหน่ายค้นหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้ง 3 หอผู้ป่วย และรับไว้ใน การดูแล
2. พยาบาลติดต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลใน 24-48 ชั่วโมง ภายหลังจากเข้ารับการรักษาเพื่อประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและ

ญาติผู้ดูแลภาวะสุขภาพ ความต้องการการดูแลอย่างครอบคลุม ทั้งกาย จิตวิญญาณ สังคม และเศรษฐกิจ

3. วางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่รับไว้ใน การดูแล โดยใช้การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแนวทางโดยปรับให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่อาการยังไม่คงที่หรือญาติมีความกังวลมาก ไม่พร้อมในการฝึกฝนการดูแลตามวันที่กำหนดไว้ ก็จะปรับเปลี่ยนแผนการฝึกฝนการดูแล โดยแก้ไขปัญหาคความวิตกกังวล ความพร้อมทางจิตใจของผู้ป่วยและญาติก่อน

4. ติดตามประสานแผนการดูแลกับพยาบาล และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด โภชนาการ เภสัชกรและงานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย เป็นต้น โดยแพทย์ให้การ รักษาตามแนวทางรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กำหนดไว้ พยาบาลและสมาชิกทีมสอนและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ นักกายภาพบำบัดสอนการทำกายภาพบำบัด โภชนาการสอนวิธีทำอาหารทางสายยาง งานสิทธิประโยชน์ประสานเรื่องสิทธิบัตรต่าง ๆ และช่วยเหลือในรายที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เป็นต้น

5. ติดตามผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทุก 24-48 ชั่วโมง จนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสม ประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การอาบน้ำ เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การเคาะปอด การขับถ่าย เป็นต้น และประเมินผลทุกวัน

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย และญาติทั้งโดยการสอนรายบุคคล รายกลุ่ม ให้อำนาจการดูแล ดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สาธิตให้ผู้ป่วยและญาติฝึกปฏิบัติในเรื่องที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านตาม Discharge planning ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้การสนับสนุนด้านจิตใจ จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ชี้แนะแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะใช้บริการรวมถึงการลดความวิตกกังวลต่าง ๆ และประสานกับหน่วยงานที่จะส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่อง

7. ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล สรุปผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการดูแลของครอบครัว ความพร้อมในการเตรียมอุปกรณ์ บันทึกระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

8. พยาบาลให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ญาติทางโทรศัพท์ ในรายที่โทรศัพท์มาปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแล

9. ติดตามข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากเวชระเบียน

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่หอดผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 และหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ก่อนดำเนินโครงการในปี 2543 มีจำนวน 100 ราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติ ยังไม่ใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจึงไม่มีแนวทางที่ชัดเจน การฝึกฝนทักษะบางอย่างอาจล่าช้า หรือไม่ครบถ้วน เมื่อถึงเวลาจำหน่ายครอบครัวอาจไม่พร้อมในการดูแล การเตรียมผู้ดูแลและการเตรียมอุปกรณ์ต้องยืดเวลาจำหน่ายออกไป ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้จัดการการดูแล โดยใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแนวทาง ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2544 ถึงเดือนธันวาคม 2545 มีจำนวน 264 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาพอ สถานภาพสมรสคู่ อายุเฉลี่ย 65.83 ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด cerebral infarction ร้อยละ 78 ชนิด cerebral hemorrhage ร้อยละ 22 คะแนนสัญญาณประสาทแรกรับวัดโดยใช้ Glasgow coma scale ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลกับกลุ่มผู้ป่วยก่อนเข้าโครงการในปี 2543 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

การเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนดำเนินโครงการปี 2543 จำนวน 100 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 23 โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือ ปอดอักเสบ ร้อยละ 15 รองลงมาคือ แผลกดทับ ร้อยละ 12 และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 10 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในโครงการปี 2544 และ 2545 จำนวน 264 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงเหลือร้อยละ 17.8 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 9.5 รองลงมาคือ ปอดอักเสบ ร้อยละ 6.4 แผลกดทับ ร้อยละ 4.5 เมื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและค่าไคสแควร์ของลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าโครงการ

ข้อมูล	กลุ่มก่อนเข้าโครงการปี 2543		กลุ่มหลังเข้าโครงการปี 2544-2545		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	66	66	150	56.8	.121
หญิง	34	34	114	43.2	
สถานภาพสมรส					
คู่	80	80	201	76.1	.486
หม้าย, หย่า, แยก, โสด	20	20	63	23.9	
ศาสนา					
พุทธ	92	92	243	92	1.00
อิสลาม	8	8	21	8	
ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง					
cerebral infarction	82	82	206	78	.471
cerebral hemorrhage	18	18	58	22	
Old CVA	42	42	122	46.2	.482
New CVA	58	58	142	53.8	
ได้รับการผ่าตัดสมอง	5	5	4	1.5	.056
ใส่เครื่องช่วยหายใจ	4	4	26	9.8	.087
การรับประทานอาหาร					
ให้ทางสายยาง	35	35	95	36	.265
รับประทานอาหารทางปาก	65	65	169	64	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอายุและคะแนนสัญญาณประสาทด้วยสถิติที

ข้อมูล	กลุ่มก่อนเข้าโครงการปี 2543			กลุ่มหลังเข้าโครงการปี 2544-2545			P
	M	SD	Range	M	SD	Range	
อายุเฉลี่ย (ปี)	65.59	14.09	28-96	65.83	12.93	20-98	.118
คะแนนสัญญาณประสาท	12.94	3.18	2-15	12.92	2.71	5-15	.503

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าโครงการ และหลังเข้าโครงการด้วยสถิติไคสแควร์

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มก่อนเข้าโครงการปี 2543		กลุ่มหลังเข้าโครงการปี 2544-2545		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีภาวะแทรกซ้อน	23	23	47	17.8	.448
ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ	10	10	25	9.5	
ปอดอักเสบ	15	15	17	6.4	
แผลกดทับ	12	12	12	4.5	

หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 ราย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 ชนิด

ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโครงการมีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.95 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 11,574.03 บาท ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยก่อนเข้าโครงการซึ่งมีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.07 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 17,075 บาท เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยก่อนและหลังดำเนินโครงการ พบว่าผู้ป่วยหลังดำเนินโครงการปี 2544-2545 มีความแตกต่างกับผู้ป่วยก่อนดำเนินโครงการปี 2543 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

สภาวะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าโครงการก่อนจำหน่าย ส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน และทำกายภาพบำบัด กลุ่มก่อนเข้าโครงการต้องให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 35 (35 ราย) ใส่ท่อหลอดคอ ร้อยละ 5 (5 ราย) ซึ่งต้องดูแลด้านการดูแลเสมหะ การเคาะปอด การดูแลท่อหลอดคอ ดูแลรักษาแผลกดทับ ร้อยละ 12 ส่วนกลุ่มหลังเข้าโครงการต้องให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 36 (95 ราย) ใส่ท่อหลอดคอ ร้อยละ 6 (16 ราย) ดูแลรักษาแผลกดทับ ร้อยละ 4 (12 ราย)

การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มก่อนเข้าโครงการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 16 สัปดาห์หลังจำหน่ายร้อยละ 8 ผู้ป่วยกลุ่มหลังเข้าโครงการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงเหลือร้อยละ 6.8 เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติไคสแควร์พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 5)

สาเหตุของการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ปัญหาที่พบได้บ่อยขณะที่อยู่บ้าน คือ ผู้ป่วยดิ่งสายยางให้อาหารออกเอง ญาติให้อาหารทางปากโดยผู้ป่วยยังกลืนลำบาก ทำให้สำลักง่าย การเคาะปอด ดูดเสมหะไม่เพียงพอ เนื่องจากกลัวผู้ป่วยเจ็บ ไม่มีเวลาทำกายภาพบำบัด หรือผู้ป่วยไม่ยอมให้ทำกายภาพบำบัดเนื่องจากข้อติดแข็งและเจ็บมากขณะบริหารแขนขา เกิดแผลกดทับในบางรายที่ไม่มีผู้ช่วยดูแล ไม่ได้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ดูแลเหนื่อยล้า รวมทั้งแหล่งประโยชน์ใกล้บ้านบางแห่งไม่สามารถช่วยดูแลต่อเนื่องหรือทำหัตถการบางอย่างได้ เช่น การใส่สายยางให้อาหาร ทำให้ญาติต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ลำบากในการเคลื่อนย้ายและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของทั้ง 2 กลุ่มด้วยสถิติที

ข้อมูล	กลุ่มก่อนเข้าโครงการปี 2543			กลุ่มหลังเข้าโครงการปี 2544-2545			P
	M	SD	Range	M	SD	Range	
ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล (วัน)	10.07	11.23	2-81	7.95	5.9	2-42	.000*
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (บาท)	17,075	29,791	1,453-170,611	11,574.03	13,271.03	807-87,954	.000*

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 16 สัปดาห์หลังจำหน่ายของผู้ป่วยกลุ่มก่อนเข้าโครงการและหลังเข้าโครงการด้วยสถิติไคสแควร์

ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล	กลุ่มก่อนเข้าโครงการปี 2543		กลุ่มหลังเข้าโครงการปี 2544-2545		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภายใน 16 สัปดาห์	8	8	18	6.8	.655

วิจารณ์

จากการดำเนินโครงการพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในโครงการปี 2544-2545 มีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงจากกลุ่มก่อนเข้าโครงการปี 2543 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับหลายงานวิจัย¹⁵⁻²² ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการได้รับการประเมินปัญหาความต้องการการดูแลทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านอย่างครอบคลุม โดยแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยและพยาบาลผู้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยคอยติดตามการดูแลให้เป็นไปตามแผนการจำหน่ายที่กำหนดไว้ โดยเน้นการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลและการร่วมมือของบุคลากรหลายศาสตร์สาขา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมมากขึ้น ญาติได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และการฝึกทักษะในการดูแล ได้รับข้อมูลที่ต้องการ^{24, 25} ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล การประสานงานมีความคล่องตัวและเป็นระบบมากขึ้น รายที่มีสิทธิบัตรต่างๆ หรือมีปัญหาค่าใช้จ่าย ได้รับการประสานงานและช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรก การส่งกายภาพบำบัดทำได้รวดเร็วขึ้นตามแผน โภชนากรสามารถสอนและสาธิตการทำอาหารทางสายยางทุกวัน อีกทั้งมีการวางแผนแก้ปัญหาผู้ป่วยร่วมกันในทีมในรายที่มีแนวโน้มว่าจะจำหน่ายยาก การเตรียมหาแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น จึงทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลจึงลดลง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงด้วย สำหรับภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกับกลุ่มก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ลดลงในทุกๆ ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Crawley⁵ พบว่าการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะและการเกิดปอดอักเสบในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายลดลงจากก่อนดำเนินโครงการ และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Odderson²⁰ พบว่าการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองลดลงจากร้อยละ 18 เหลือร้อยละ 6.6 ($p < .05$) ส่วนปอดอักเสบลดลงจากร้อยละ 6.7 เหลือร้อยละ 4.1 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหนึ่งของภาวะแทรกซ้อนที่ลดลงอาจเนื่องมาจากพยาบาลในโครงการคอยดูแลติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล โดยร่วมมือกับพยาบาลในหอผู้ป่วย ทีมสุขภาพ และญาติในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น การป้องกันการสำลัก การสอนญาติให้เคาะปอดเพื่อช่วยระบายเสมหะในรายที่มีเสมหะมาก การจัดหาที่นอนลมให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น แต่ผู้ป่วยหลายรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจหลายวัน มีโอกาสเกิดปอดอักเสบได้ง่ายแม้จะพยายามป้องกัน ผู้ป่วย

หลายรายเป็นเบาหวานร่วมด้วยทำให้ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ง่าย ส่วนในรายที่เกิดแผลกดทับ เป็นรายที่มีปัจจัยภายในหลายอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น อายุ การมีไข้สูง ภาวะโภชนาการ ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมจึงไม่แตกต่างกับก่อนดำเนินโครงการ อย่างไรก็ตาม การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความรุนแรงของโรค การเกิดมากหรือน้อยจึงไม่ได้เกิดจากการวางแผนจำหน่ายโดยตรง ในด้านการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Naylor และคณะ^{15, 22, 23} ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยบางรายเกิดเป็นซ้ำของโรคแม้จะรับประทานยาตามแผนรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ซึ่งการเกิดซ้ำมีโอกาสเกิดขึ้นร้อยละ 8.8 ภายใน 6 เดือน²⁶ ส่วนรายที่มาด้วยภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่เป็นรายที่มีเบาหวานร่วมด้วย มาด้วยระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำกว่าปกติ หรือติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะในรายที่ปัสสาวะลำบาก

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากระบบสุขภาพที่รองรับยังไม่ครอบคลุมแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาการดูแลยังไม่เพียงพอศักยภาพของเจ้าหน้าที่อนามัยในการทำหัตถการพื้นฐานบางอย่างไม่เอื้ออำนวย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัดในหลาย ๆ ราย นอกจากนี้ยังพบปัญหาหลายประการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ด้านญาติผู้ป่วย พบว่าหลายรายมีปัญหาด้านญาติไม่สามารถหาผู้ดูแลได้ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติต่อการฟื้นฟู ด้านอุปกรณ์การดูแลที่บ้าน ซึ่งปัญหาต่างๆ ที่พบได้แก้ไขไปแล้วบางส่วน และนำมาวางแผนเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของความพิการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก ญาติต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อเตรียมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระยะยาว การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นวิธีหนึ่งที่ส่งผลลัพท์ที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการที่ช่วยลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แม้จะไม่สามารถลดภาวะแทรกซ้อน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จำนวนก็ลดลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น ช่วยลด

ความวิตกกังวลของญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน เนื่องจากได้รับการเตรียมตั้งแต่ระยะแรกที่เข้าอยู่โรงพยาบาล มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้เมื่อเกิดปัญหา สามารถใช้สถานบริการสุขภาพใกล้บ้านให้เกิดประโยชน์มากขึ้น นอกจากนี้ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระบบที่ชัดเจนขึ้น มีพยาบาลที่รับผิดชอบกลุ่มผู้ป่วยโดยเฉพาะ มีการพัฒนาแผนการดูแล (Care map) และแผนจำหน่ายร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพ ควรจัดให้มีการวางแผนจำหน่ายที่สมบูรณ์ขึ้นและครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และศึกษามลัทธิระยะยาวต่อระบบสุขภาพในการนำแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมาใช้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์พรชัย สติรปัญญา, คุณราตรี แก้วนพรัตน์, คุณยุพิน วัฒนสิทธิ์ และคุณสิรินทร์ ศาสตราวุธรักษ์ ที่สนับสนุนและให้ข้อชี้แนะการจัดทำโครงการนี้ ขอขอบคุณหน่วยการเงิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ, ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติ ลีมอภิชิต. ประชากรวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์; 2534.
2. นิพนธ์ พวงวรินทร์. Epidemiology of stroke. ใน: นิพนธ์ พวงวรินทร์. บรรณานุกรม. โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2544:11-37.
3. Bergman L, Meulen Jan HP, Limburg M, Habbema JD. Cost of medical care after first event stroke in the Netherlands. Stroke 1995;26:1830-6.
4. Dobkin B. The economic impact of stroke. Neurology 1995;45:S6-9.
5. Crawley WD. Case management: improving outcome of care for ischemic stroke patients. Medsur Nursing 1996; 5:239-44.
6. Dromerick A, Reding M. Medical and neurological complications during inpatient stroke rehabilitation. Stroke 1994;25:358-61.
7. Langhorne P, Stott DJ, Robertson L, Mac Donald J, Jone

- L, McAlpine C, et al. Medical complications after stroke. A multicenter study. Stroke 2000;31:1223-9.
8. Roth EJ, Lovel L, Harvey RL, Heinemann AW, Semik P, Diaz S. Incidence of risk factors for medical complications during stroke rehabilitation. Stroke 2001;32: 523-9.
9. Davenport RJ, Dennis MS, Wellwood I, Warlow CP. Complications after acute stroke. Stroke 1996;27: 415-20.
10. Anderson C, Linto J, Stewart-Wynne EG. A population-based assessment of impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. Stroke 1995;26:843-9.
11. Appelros P, Nydevik I, Viitanen M. Poor outcome after first-event stroke. Predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year. Stroke 2003;34: 122-6.
12. Bugge C, Alexander H, Hagen S. Stroke patients' informal caregivers patient, caregiver, and service factors that affect caregiver stain. Stroke 1999;30:1517-23.
13. Reimer WS, Haan RJ, Rijnders PT, Limburg M, Bos GB. The burden of caregiving in partners in long-term stroke survivors. Stroke 1998;28:1605-11.
14. Lowenstein AJ, Hoff PS. Discharge planning: a study of staff involvement. J Nurs Admin 1994;24:45-50.
15. Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mouray R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. Ann Intern Med 1994;120: 999-1006.
16. Charlesworth GA, McKenzie PA. Unit discharge planning model. Clinical Nurse Specialist 1996;10: 102-6.
17. Patel M, Potter J, Perez I, Palra L. The process of rehabilitation and discharge planning in stroke. a controlled comparison between stroke units. Stroke 1998;29: 2484-7.
18. Haddock KS. Collaborative discharge planning: Nursing and social services. Clin Nurs Spec 1994;8:248-52.
19. Faruggio B. The challenge of discharge planning. J Nurs Adm 1993;23:40.

20. Odderson IbR, McKenna BS. A model for management of patients with stroke during the acute phase. outcome and economic implications. *Stroke* 1993;24:1823-7.
21. อูมา จันทวิเศษ, ฉวีวรรณ ยี่สกุล. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: รายงานการศึกษาเบื้องต้น. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2543;18:155-60.
22. Naylor MD. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly "a pilot study". *Nursing Research* 1990;39:156-61.
23. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. A Randomized clinical trial. *JAMA* 1999;281:613-9.
24. Mc Lean J, Roper-Hall A, Mayer BA, Man PA. Service needs of stroke survivors and their informal carers: a pilot study. *JOAN* 1991;16:559-64.
25. Wiles R, Pain H, Buckland S, Mc Lellan L. Providing appropriate information to patients and patient and carers following a stroke. *JOAN* 1998;28:794-801.
26. Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Forbes S, Burvill PW, Anderson CS, et al. Long-term risk recurrent in the perth community stroke study. *Stroke* 1998;29:2491- 500.