นิพนธ์ต้นฉบับ | Original Article

ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังตามระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
Outcomes of intermediate care in spinal cord injury patients

*มนัสวี ให้ศิริกุล, ป.บัณฑิต (กายภาพบำบัดคลินิก)**
*Manatsavee Haisirikul, Grad. Dip. (clinic physical therapy)**
**กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000*
**Department of Rehabilitation, Buriram Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000*
**Corresponding author.E-mail address: manmanpear@yahoo.com*
Received: 26 Jan 2021. Revised: 11 Feb 2021. Accepted: 26 Mar 2021

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องไปจนครบระยะเวลา 6 เดือนผู้วิจัยมีความสนใจ ศึกษาผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลฟื้นฟูระยะกลาง (IMC) ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังหลังฟื้นฟูตามแนวทางการดูแลฟื้นฟูระยะกลาง

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่พักรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2563 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ.2563 โดยฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย อายุระหว่าง 43-71 ปี ค่ามัธยฐาน 64 ปี พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในวันแรกพบ และเมื่อตามเยี่ยมครบ 6 เดือน ค่ามัธยฐาน 11 คะแนน และ 65 คะแนนตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ระหว่างวันแรกที่พบ และเมื่อตามเยี่ยมบ้านครบ 6 เดือน

สรุป : จากการติดตามฟื้นฟูผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ตามแนวทางการดูแลฟื้นฟูระยะกลางผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดี เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการ และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง ถูกต้องเหมาะสม ลดภาวะพึ่งพิงบุคคลผู้อื่นส่วนคุณภาพชีวิตไม่มีการเปลี่ยนแปลง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง คุณภาพชีวิต ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

ABSTRACT

Background : The ministry of public health has implemented a health service system called intermediate care (IMC), which is aimed at ensuring access of completing six-month continual rehabilitation program. It is required to investigate service outcomes of continual rehabilitation based on IMC in patients with traumatic spinal cord injury.

Objectives : To investigate service outcomes of continual rehabilitation based on IMC in patients with traumatic spinal cord injury.

Methods : The current study employed pre-experiment research. The subjects were patients with traumatic spinal cord injury admitted at Buriram hospital from March 1st., 2020 to July 31st., 2020. The subject underwent six-month visit for continual rehabilitation.

Results : A total of 10 patients with traumatic spinal cord injury participated in the study. The median of age was 64 years (43-71) years. According to the study, after a six-month visit for continual rehabilitation, the median was 11 and 65, respectively with statistical differences ($p \leq 0.05$). However, there were no statistical difference in respect of their quality of life comparing the first visit to complete six-month period of rehabilitation visits.

Conclusion : After the six-month period of continual visits for the patients with traumatic spinal cord injury following the intermediate care (IMC), the ability to perform task in daily living increased with statistically significant difference. This may be because they could access the services and they underwent the rehabilitation with specific, correct, appropriate treatments, thus reducing dependence of others. However, their quality of life remained unchanged.

Keywords : Patients with traumatic spinal cord injury, Quality of life, Functional ability of daily living.

หลักการและเหตุผล

จากการสำรวจประชากรทั่วโลกในปี ค.ศ.2006 พบว่าทุกๆ ปีมีประชากรที่ไขสันหลังบาดเจ็บเพิ่มขึ้น 10 ถึง 83 คน ต่อประชากร 1 ล้านคน[1] อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก เป็นสาเหตุหลักในการเกิดการบาดเจ็บไขสันหลัง พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 5:1[2] ในการประเมินระบบประสาทของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังควรมีการตรวจประเมินที่เวลา 72 ชั่วโมง ภายหลังบาดเจ็บจะช่วยคาดคะเนการฟื้นตัวของไขสันหลังได้ดีกว่าการตรวจที่เวลา 24 ชั่วโมง ภายหลังบาดเจ็บ และควรประเมินทุก 1-2 สัปดาห์ โดยเฉพาะช่วงแรก หรือตรวจประเมินเมื่อมีอาการหรืออาการแสดงของระบบประสาทที่ผิดปกติ กระบวนการบำบัด[2] และฟื้นสภาพในระยะเฉียบพลัน มีความสำคัญที่ทำให้มั่นใจว่าสมรรถภาพของผู้ป่วยจะฟื้นสภาพ และได้รับอุปกรณ์ช่วยที่จำเป็น[3] ตลอดจนการฟื้นฟูเมื่อผู้ป่วยกลับพักฟื้นที่บ้าน เป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะอำนวย และหลังจากนั้นจะเป็นการฟื้นฟูในระยะยาว เพื่อคงระดับความสามารถไว้ให้นานที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นอาทิ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Acute Brain Injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) จึงมีการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) เพื่อเข้าถึงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน หลังเกิดภาวการณ์เจ็บป่วยโดยเป็นการสร้างระบบบริการที่มีความหลากหลายทั้งแบบผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกในชุมชนและการเยี่ยมบ้าน ขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ[4] จากการศึกษาของสุภาภรณ์ เทพพาณิชย์ ได้ทำการศึกษาผลของการใช้ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะกึ่ง

เฉียบพลัน และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจังหวัดสระบุรี โดยมีผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 89.7) กลุ่มศีรษะได้รับบาดเจ็บ (ร้อยละ 0.6) กลุ่มบาดเจ็บไขสันหลัง (ร้อยละ 2.3) และอื่นๆ (ร้อยละ 7.5) พบว่าช่วยทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel's index) ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น[4] จากการศึกษาของกัญญารัตน์ ค้ำจุน และคณะ ได้ศึกษาในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะกลางสามารถพัฒนาศักยภาพได้มากกว่าผู้ป่วยระยะยาว ช่วยลดปัญหาติดเตียง ลดความพิการ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น[5]

อย่างไรก็ตาม กลไกการฟื้นฟูต่างจากโรคหลอดเลือดสมอง และบาดเจ็บทางศีรษะและสมองมีความแตกต่างการบาดเจ็บไขสันหลัง และผลการศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันโดยเฉพาะยังไม่พบรายงาน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[3] และที่ผ่านมางานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ยังขาดการติดตามฟื้นฟูผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันที่อย่างต่อเนื่องบ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลฟื้นฟูระยะกลาง (IMC)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังตามแนวทางการดูแลฟื้นฟูระยะกลาง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยฯ เลขที่ บร0032.102.1/27 ลงวันที่ 30 มี.ค. พ.ศ.2563 เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment Research) เพื่อศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ตามแนวทางการดูแลฟื้นฟูระยะกลางเปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและค่าคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้น อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุในช่วงเดือน มกราคม-ธันวาคม พ.ศ.2563 อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

- เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุ มีสติรับรู้ดีสามารถติดต่อสื่อสารทางวาจาได้
- คะแนน BI (Barthel Index) น้อยกว่า 75 คะแนนหรือมากกว่าเท่ากับ 75 แต่มี Multiple impairment ในวันที่เข้าร่วมโครงการ
- พักอาศัยในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์
- ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติหรือมีโรคทางระบบประสาทอื่นที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเช่น โรคหลอดเลือดสมอง Meningitis เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะแทรกซ้อน โรคประจำตัวผู้ดูแล
- แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (the spinal cord independence measure III, SCIM III) ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง มีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.7 คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน

ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 20 คะแนน การหายใจและการควบคุมการขับถ่าย 40 คะแนน และการเคลื่อนย้าย 40 คะแนน แบ่งเป็นเคลื่อนย้ายในห้องนอน และห้องน้ำ 10 คะแนน ภายในบ้าน ภายนอกบ้านและบนพื้นผิวเรียบ 30 คะแนน

- แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHO QOL-BREF-THAI) สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ ได้การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515[6]

ขั้นตอนการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ โดยนักกายภาพบำบัดจะติดตามและแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเดือนละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 6 เดือน มีการปกปิดชื่อ-สกุลและเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) เป็นความลับ ประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (the spinal cord independence measure III, SCIM III) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตมีการประเมิน 2 ครั้งคือครั้งที่ 1 ประเมินในวันแรกที่พบผู้ป่วย (Onset of 1st visit) ครั้งที่ 2 ประเมินในวันสุดท้ายที่พบผู้ป่วยมีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์และขั้นตอนของการวิจัยแก่ผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ เก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ประเมินแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (SCIM III) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHO QOL-BREF-THAI)

2. มีการติดตามแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือนเดือนละครั้งโดยนักกายภาพบำบัดประเมินปัญหาผู้ป่วยแต่ละครั้งที่เข้าติดตาม ทบทวนการบริหารร่างกายที่ได้รับ และได้รับการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวข้อต่อ การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ วิธีการพลิกตะแคง การลุกนั่ง การเดินตามปัญหาที่พบ และแนะนำการดูแลแก่ผู้ดูแลเป็นระยะเวลา 45 นาที

3. เดือนที่ 6 ผู้ป่วยได้รับการประเมินแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHO QOL-BREF-THAI) และแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (SCIM III)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยค่ามัธยฐานค่าสูงสุดและต่ำสุดส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างวันแรกที่พบผู้ป่วยและเมื่อสิ้นสุดการติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการทดสอบ Wilcoxon signed rank กำหนดระดับความสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผลลัพธ์การติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจำนวน 10 ราย ชาย 9 ราย หญิง 1 ราย อายุระหว่าง 43-71 ปี ค่ามัธยฐาน 64 ปี (43,71) ผู้ดูแลหลักเป็นภรรยา 6 ราย ลูก 3 ราย และพี่ 1 ราย (ตารางที่ 1 และตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	9 (90%)
	หญิง	1 (10%)
อายุ	41-50	1 (10%)
	51-60	2 (20%)
	61-70	6 (60%)
	71 ปีขึ้นไป	1 (10%)
สถานะภาพ	คู่	7 (70%)
	หย่า/ร้าง	3 (30%)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	3 (30%)
	มัธยมศึกษา	2 (20%)
ระดับการบาดเจ็บ	ระดับคอ	7 (70%)
	ระดับอก	1 (10%)
	ระดับเอว	2 (20%)
ASIA type*	C	5 (50%)
	D	5 (50%)
ประกอบอาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10 (100%)

***ASIA** (American spinal injuries association) มี 5 ระดับ ดังนี้

A (Complete) คือความผิดปกติชนิดสมบูรณ์ เป็นอัมพาตและสูญเสียความรู้สึกทุกอย่างในบริเวณที่อยู่ต่ำกว่าระดับพยาธิสภาพที่ไขสันหลัง รวมทั้งบริเวณที่ควบคุมด้วยไขสันหลังระดับ S4-5 ด้วย

B (Incomplete) คือความผิดปกติชนิดไม่สมบูรณ์ เป็นอัมพาตแต่ยังมีความรู้สึกที่ผิวหนังในบริเวณที่ควบคุมด้วยไขสันส่วนที่อยู่ต่ำกว่าระดับที่มีพยาธิสภาพ ทั้งนี้ผิวหนังที่บริเวณรอบๆ รูทวาร หรือในทวารหนักยังรับความรู้สึกได้

C (Incomplete) คือความผิดปกติชนิดไม่สมบูรณ์ ยังรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังในบริเวณที่ควบคุมด้วยไขสันส่วนที่ต่ำกว่าระดับที่มีพยาธิสภาพ และกล้ามเนื้อมัดหลักที่อยู่ neurological level (NL) ส่วนใหญ่มีกำลังน้อยกว่าระดับ 3

D (Incomplete) คือความผิดปกติชนิดไม่สมบูรณ์ กล้ามเนื้อมัดหลักอย่างน้อยครึ่งหนึ่ง ที่อยู่ต่ำกว่า NL มีกำลังตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป

E (Normal) คือกล้ามเนื้อ และการรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังฟื้นกลับมาเป็นปกติทั้งหมด

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	1(10%)
	หญิง	9(90%)
อายุ	31-40 ปี	3(30%)
	41-50 ปี	1(10%)
	51-60 ปี	6(60%)
ความสัมพันธ์	ภรรยา	6(60%)
	ลูก	3(30%)
	พี่น้อง และญาติ	1(10%)
ประกอบอาชีพ	รับราชการ	1(10%)
	รับจ้าง	3(30%)
	ค้าขาย	1(10%)
	ไม่ประกอบอาชีพ	5(50%)

ผลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐาน และคะแนนต่ำสุด สูงสุด โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือด้านการดูแลตนเอง ด้านการหายใจและระบบขับถ่าย ด้านการเคลื่อนไหวในห้องและห้องน้ำ และด้านการเคลื่อนไหวภายในและภายนอกบ้านคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน วันแรกที่พบผู้ป่วย และติดตามครบ 6 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่าคะแนนความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน

	วันแรกที่พบผู้ป่วย ค่ามัธยฐาน (คะแนนต่ำสุด,สูงสุด)	**ติดตามครบ 6 เดือน ค่ามัธยฐาน (คะแนนต่ำสุด,สูงสุด)**	**p-value**
ด้านการดูแลตนเอง (20)	1(0,5)	10(2,20)	0.005*
ด้านการหายใจ และระบบขับถ่าย (40)	10(10,36)	37.5(10,40)	0.017*
ด้านการเคลื่อนไหวในห้อง และห้องน้ำ (10)	0(0,7)	9.5(2,10)	0.005*
ด้านการเคลื่อนไหวภายใน และภายนอกบ้าน (30)	0(0,7)	9.5(0,26)	0.012*
ผลรวม	**11(10,52)**	**65(14,96)**	**0.005***

* $p < 0.05$

ผลการประเมินคะแนนคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 4 ด้านคือด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

	วันแรกที่พบผู้ป่วย	**ติดตามครบ 6 เดือน**
ด้านสุขภาพร่างกาย	21.5(17,28)*	20(11,25)*
แปลผล	ระดับปานกลาง	ระดับปานกลาง
ด้านจิตใจ	19(16,23)*	18(15,28)*
แปลผล	ระดับปานกลาง	ระดับปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10(7,13)*	9(5,12)*
แปลผล	ระดับปานกลาง	ระดับปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	24.5(16,34)*	27.5(20,35)*
แปลผล	ระดับปานกลาง	ระดับปานกลาง
ผลรวม	79.5(63,104)*	79.5(64,101)*
แปลผล	ระดับปานกลาง	ระดับปานกลาง

*ค่ามัธยฐาน (คะแนนต่ำสุด และสูงสุด)

ผลคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในวันแรกที่พบผู้ป่วย และเมื่อติดตามผู้ป่วยครบ 6 เดือน นำมาแปลผลได้ (ตารางที่ 5) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมระหว่างวันแรกที่พบผู้ป่วย และเมื่อติดตามผู้ป่วยครบ 6 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แบ่งเป็น 4 ด้านพบว่า ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจผู้ป่วย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างวันแรกที่พบผู้ป่วย และเมื่อติดตามผู้ป่วยครบ 6 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่ด้านสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

		คุณภาพชีวิตดี(ราย)	คุณภาพชีวิตปานกลาง(ราย)	คุณภาพชีวิตไม่ดี(ราย)	p-value
ด้านสุขภาพร่างกาย	วันแรกที่พบผู้ป่วย	1	9	0	0.103
	ติดตามครบ 6 เดือน	0	8	2	
ด้านจิตใจ	วันแรกที่พบผู้ป่วย	2	8	0	0.26
	ติดตามครบ 6 เดือน	1	9	0	
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	วันแรกที่พบผู้ป่วย	2	6	2	0.337
	ติดตามครบ 6 เดือน	1	8	1	
ด้านสิ่งแวดล้อม	วันแรกที่พบผู้ป่วย	2	7	1	0.033*
	ติดตามครบ 6 เดือน	5	5	0	
คุณภาพชีวิตโดยรวม	วันแรกที่พบผู้ป่วย	2	8	0	0.285
	ติดตามครบ 6 เดือน	1	9	0	

*$p < 0.05$

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ได้นำนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เกิดจากอุบัติเหตุโดยผู้ป่วยได้รับการแนะนำฟื้นฟูเบื้องต้นที่โรงพยาบาลและมีการออกติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน ผู้วิจัยได้แนะนำและเลือกโปรแกรมฝึกที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ระดับ C6 ASIA type C มีการฝึกนั่ง ฝึกการรับประทานอาหารด้วยอุปกรณ์ และมีการฝึกยืน เมื่อผู้ป่วยมีศักยภาพเพียงพอ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับ T2 ASIA type D ฝึกการทรงตัว เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อ และการควบคุมเข่า ฝึกการเดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหลังจากการการฟื้นฟูแต่ละครั้งมีการแนะนำแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อให้ปฏิบัติตนต่อเนื่อง ออกติดตามฟื้นฟูเดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือนพบว่าคะแนนความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (SCIM III) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยจากที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด ผู้ป่วยมีความสามารถมากขึ้น คือ สามารถเดินได้ด้วยโครงเหล็กภายในบ้าน 1 ราย สามารถเดินได้ด้วยโครงเหล็กในระยะทางขนาดกลาง (10-100 เมตร) 4 ราย สามารถเดินโดยไม่มีอุปกรณ์ช่วยในระยะทางขนาดกลาง (10-100 เมตร) 1 ราย สามารถเดินได้ด้วยโครงเหล็กในภายนอกบ้าน (มากกว่า100 เมตร) 2 ราย มีเพียง 2 ราย ที่ยังต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด โดย อภิชนา โฆวินทะ และคณะ ได้รายงานว่า กระบวนการบำบัด และฟื้นสภาพในระยะหลังเฉียบพลัน (post-acute medical care and rehabilitation) มีความสำคัญที่ทำให้มั่นใจว่าสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจะฟื้นกลับมาถึงระดับสูงสุดได้โดยอาศัยกระบวนการฟื้นฟูสภาพ และได้รับอุปกรณ์ช่วยที่จำเป็น[3] โดย กัญญารัตน์ ค้ำจุน ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) สามารถพัฒนาศักยภาพได้มากกว่าผู้ป่วยระยะ long term care[5] โดยการที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการฝึกที่เหมาะสม การฝึกกล้ามเนื้อ และได้การฝึกเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การใส่เสื้อผ้า การฝึกยืนเดิน จึงทำให้ความสามารถทางกายดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ วรุณนภา ศรีโสภาพ ที่ให้โปรแกรมการฝึกอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีผลให้ความสามารถทางกายของผู้ป่วยดีขึ้น[7] และการติดตามฟื้นฟูยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอีกด้วย

สำหรับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลางสอดคล้องกับงานวิจัยของ นคัมยภรณ์ ชูชาติ[8]คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางอาจเป็นเพราะความบกพร่องของร่างกายทำให้มีขีดจำกัดในการดำรงชีวิตแม้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องแต่บางกิจกรรมผู้ป่วยยังต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยต้องปรับตัวกับการสูญเสียต่างจากงานวิจัยของ ภัทรา วัฒนพันธุ์ และคณะ[9] ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง จากรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบสังคมชนบท มีลักษณะครอบครัวขยาย และบ้านใกล้เรือนเคียงกันมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางอาจเป็นจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมแบบอีสานมีลักษณะความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันแบบเครือญาติมีความเห็นอกเห็นใจกัน[8] ส่วนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดีอาจเป็นจากผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม[10] คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางโดย กิ่งเพ็ชร วงศ์พิเชษฐ์ ได้กล่าวว่าอาจเป็นเพราะสิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีข้อจำกัดสภาพแวดล้อมในชุมชนและการคมนาคมที่ไม่เหมาะสมกับผู้พิการทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการเข้าถึงส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิต[11] ณัฐวัฒน์ ขันโท อ้างถึงศรีเมือง พลังฤทธิ์ ที่กล่าวว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ได้แก่มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพ และบริการทางสังคม[12]

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ก่อนและหลังได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้านไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ วรุณนภา ศรีโสภาพ[7] ได้ทำการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดเป็นระยะเวลา 1 เดือนในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เป็นมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน พบว่ามีคะแนนความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนคุณภาพชีวิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่างจากการศึกษาของ ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์และคณะ ที่ทำการศึกษาการฟื้นฟูสภาพที่บ้านในผู้ป่วยโรคเลือดสมอง มีคะแนนความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[13] ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าลักษณะพยาธิสภาพที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่างกัน โดยผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังส่วนใหญ่แม้จะมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังคงเหลือความพิการทางร่างกายหลงเหลืออยู่

การจัดติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังตามแนวการฟื้นฟูระยะกลางที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ประหยัดค่าใช้จ่าย และเวลาในการเดินทางเพื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลโดยผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง และแนะนำการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถ และทักษะการช่วยเหลือตนเองในใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยบางรายยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ควรมีการติดตามฟื้นฟูต่อเนื่องในระยะยาว (Long term care)[5] ต่อไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้ผู้ป่วยมีความสามารถสูงสุดที่สามารถทำได้ แต่ยังขาดการดูแลต่อเนื่องในระยะยาวจากนักกายภาพบำบัดที่มีจำกัดของบุคลากรจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และพัฒนาช่องทางอิเล็กทรอนิกส์สำหรับติดต่อทางสื่อระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. นักกายภาพบำบัด และบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้การดูแลด้านสาธารณสุขแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเข้ามามีบทบาทในการให้บริการสาธารณะมากขึ้น[14,15] รวมถึงผู้ป่วยควรได้รับการอบรมฝึกอาชีพทักษะความสามารถในการขับขี่ยานพาหนะ[16]

สรุป

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่พักฟื้นที่โรงพยาบาล และมีการติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องตามแนวการฟื้นฟูระยะกลางโดยนักกายภาพบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการ

ได้มากขึ้น และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง ถูกต้อง เหมาะสม ลดภาวะพึ่งพิงบุคคลผู้อื่น ความสามารถทางกายเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามในการฟื้นฟูเพิ่มสมรรถภาพต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตามแนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางยังไม่เพียงพอสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยบางราย จึงควรมีการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว (Long term care) ต่อไปเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถสูงสุดที่สามารถทำได้ อีกทั้งทุกภาคส่วน ภาครัฐ เอกชน ชุมชน ควรเข้าใจบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบที่พึงกระทำมีจุดหมายร่วมกันที่จะพัฒนางานฟื้นฟูสมรรถภาพ การฝึกทักษะการอาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้พิการ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา และข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการวางระบบการฟื้นฟูระยะกลางในโรงพยาบาล (Intermediate care) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และญาติก่อนจำหน่าย การวางแผนติดตามเยี่ยมบ้านโดยนักกายภาพบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยประเภทต่างๆ

2. การพัฒนาการส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อติดตามประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คุณเพลินจิตร ธาราเสาวรภย์ ที่ช่วยสนับสนุน ให้คำปรึกษา แนะนำการเข้าติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู และพนักงานขับรถ ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการทำศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ประพันธ์พงศ์ คณิตานนท์, พิมพ์ใจ สุวรรณพฤกษ์, จุฬาลักษณ์ สอนดิษฐ์. แนวทางการฟื้นฟูผู้บาดเจ็บ/คนพิการจากอุบัติเหตุบนท้องถนน. กรุงเทพ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง; 2555.
2. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. แนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บาดเจ็บไขสันหลัง. กรุงเทพ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง; 2556.
3. อภิชนา โฆวินทะ, ปรัชญพร คำเมืองลือ, สยาม ทองประเสริฐ, นภัสภรณ์ โกมารทัต, รุ่งอรุณ มหาไชย, ชยาภรณ์ โชติญาณวงษ์, สินธิป พัฒนะคูหา. รายงานเบื้องต้นผลลัพธ์การบริการฟื้นสภาพแบบผู้ป่วยในจากสถานพยาบาลระดับตติยภูมิในโครงการทะเบียน โรคบาดเจ็บไขสันหลังไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2560;27(3):101-7.
4. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. สมุทรสาคร: บอร์นทูบีพับลิชชิ่ง; 2562.
5. กัญญารัตน์ ค้ำจุน, ปานจิต วรรณภิระ, ปราญปริญ ปิ่นสกุล, ศศิธร สมจิตต์. การพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบต่อเนื่องสู่ชุมชน. พุทธชินราชเวชสาร 2561;35(5):304-12.
6. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะรังกุล. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). 2561. [อินเตอร์เน็ท]. [สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2561]. สืบค้นได้ จาก:URL:http://www.dmh.go.th.
7. วรุณนภา ศรีโสภาพ, ฉลองพันธุ์ กนกพงศ์. ผลการฝึกกายภาพบำบัดผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บที่บ้านโดยผู้ดูแลหลักและอาศาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พุทธชินราชเวชสาร 2554;28(1):51-9

8. นคัมยภรณ์ ชูชาติ, รัตนา วิเชียรศิริ, ปรีดา อารยาวิชานนท์, ณัฐเศรษฐ มนิมนากร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2558;25(1):15-21.
9. ภัทรา วัฒนพันธุ์, ชื่นชนก นิพิฐวัธนะผล, รัตนา วิเชียรศิริ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีรอยโรคไขสันหลังที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2553;20:46-51.
10. Dajpratham P, Kongkasuwan R. Quality of life among the traumatic Spinal Cord Injured Patients. J Med Assoc Thai 2011;94:1252-9.
11. กิ่งเพ็ชร วงศ์พิเชษฐ์. การพยาบาลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2550;22:99-100.
12. ณัฐวัฒน์ ขันโท. คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่หน่วยบริการชุมชนคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, บัณฑิตวิทยาลัย; ชลบุรี: วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
13. ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์, พวงพยอม ปัญญา. ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร 2550;34(1):110-20.
14. จิรพรรณ โพธิ์ทอง, อาภรณ์ ดีนาน, รัชนี สรรเสริญ. ประสิทธิผลของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(2):232-41.
15. ศมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, วรรณรัตน์ ลาวัง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2559;9(3):20-35.
16. ไปยดา วงศ์ภากร, อภิชนา โฆวินทะ. ปัจจัยบ่งชี้และอัตราการมีงานทำของผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลัง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2557;24:28-36.