

ผลการพัฒนาระบบฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute rehabilitation) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ธัญลักษณ์ ขวัญสนิท พบ., ว.ว.

Outcomes of Sub-acute rehabilitation program in stroke patient, Suratthani hospital

Abstract

Objective : To evaluate the outcome of the sub-acute rehabilitation program in stroke patients. **Method :** Using a retrospective analytic design to evaluate the outcomes of Suratthani hospital's Stroke Units patients before and after the introduction of the Sub-acute rehabilitation program.

Result : There was no statistical difference in the demographic characteristics between the two groups of patients except for discharge type. The number of patients receiving the rehabilitation service during admission was roughly the same, i.e. 53.8% and 56.6% respectively but statistically differed when comparing rehabilitation post-discharge, i.e. 12.2% vs 46.4% (p-value <0.001). The Barthel index (BI) was recorded after the development of Sub-acute rehabilitation program and showed 48.3% of patient was severely dependent in activity of daily living (ADLs) to moderately dependent in ADLs (BI 0-70 score). The BI was significant increase during follow up (Mean, SD = 56.59, 34.77) when compared with BI before discharge (Mean, SD =44.49, 27.78), (Mean diff = 12.1, p-value= 0.026).

Conclusion : The introduction of the Sub-acute rehabilitation program significantly increased the number of people receiving post-discharge rehabilitation service.

Tanyaluck Kwansanit, MD,
Department of physical
medicine and rehabilitation,
Surattahni Hospital
Suratthani Province 84000
Thailand

Keyword : Sub-acute, rehabilitation, stroke.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตราการได้รับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute rehabilitation)

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective analytic study) เปรียบเทียบอัตราการได้รับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของ stroke unit โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และอัตราการได้รับการติดตามด้านฟื้นฟูหลังจำหน่ายเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบ Sub-acute rehabilitation (ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 ถึง 31 มกราคม 2560)

ผลการศึกษา ก่อนพัฒนาระบบมีผู้ป่วยที่ทำการศึกษา 524 ราย (ช่วง 1 มกราคม 2559 – 31 สิงหาคม 2559) และหลังพัฒนาระบบมีผู้ป่วยที่ทำการศึกษา 265 ราย (ช่วง 1 ตุลาคม 2559-31 มกราคม 2560) พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม อาทิ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค จำนวนวันนอน ภูมิลำเนา และสิทธิการรักษามีความคล้ายคลึงกัน ยกเว้นข้อมูล discharge type ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการได้รับการฟื้นฟูขณะนอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันโดยก่อนและหลังพัฒนาระบบได้รับการฟื้นฟูร้อยละ 53.8 และร้อยละ 56.6 ตามลำดับ (p-value = 0.458) ในขณะที่อัตราการได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่าย ก่อนพัฒนาระบบได้รับเพียงร้อยละ 12.2 แต่หลังพัฒนาระบบเพิ่มเป็นร้อยละ 46.4 (p-value <0.001) หลังพัฒนาระบบกำหนดให้มีการประเมินและบันทึกความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมิน Barthel index ทั้งก่อนและหลังจำหน่าย พบว่าก่อนจำหน่ายมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจนถึงระดับทำได้ปานกลาง (Barthel index อยู่ในช่วง 0-70) พบถึงร้อยละ 48.3 มีผู้ป่วย 69 รายจาก 265 รายที่ได้ประเมินและบันทึก Barthel index หลังจำหน่าย เมื่อมีการเปรียบเทียบคะแนนดังกล่าวพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังจำหน่าย (Mean, SD = 56.59, 34.77) มีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนจำหน่าย (Mean, SD = 44.49, 27.78), (Mean diff = 12.1, p-value = 0.026)

สรุป การพัฒนาระบบ Sub-acute rehabilitation ทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่มีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel index พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังจำหน่ายมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนจำหน่าย

คำรหัส : ระยะกึ่งเฉียบพลัน, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาวทั้งในประชากรชายและผู้หญิง ถึงแม้การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันจะดีขึ้นแต่อัตราการตายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบได้ถึง 1.88% ในประชากรอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป¹ ปัจจุบันทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข

นำโดยสถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยให้ความสำคัญ ในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะ acute ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องไปถึงระยะฟื้นฟู (sub-acute หรือ Intermediate care) หลังจำหน่าย โดยมีการจัดตั้งคณะทำงานโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (sub-acute rehabilitation) และมีการถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข² เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การ

ฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์ คือ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้มีความพิการเหลือน้อยที่สุด

ในประเทศไทยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการได้รับการฟื้นฟูของผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ เช่น หลอดเลือดสมองยังได้รับน้อยอยู่ เช่นการศึกษาของอรทัย เียวเจริญและคณะมีเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลขนาดต่างๆ รวม 24 แห่ง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4,499 ราย ได้รับการฟื้นฟูเพียง 1,930 ราย (คิดเป็นร้อยละ 42.9)³ ประกอบกับข้อมูลการได้รับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองใน stroke unit โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีย้อนหลังสามปี (ปีพ.ศ.2556 - 2558) พบว่า ได้รับการฟื้นฟูขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นร้อยละ 45.91, 52.79 และ 52.38 ตามลำดับ ส่วนข้อมูลการได้รับการบริการด้านการฟื้นฟูหลังจำหน่ายย้อนหลังสามปีเป็นร้อยละ 16.35, 13.71 และ 14.41 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวโดยเฉพาะอัตราการได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่ายที่ยังน้อยอยู่จะเป็นโอกาสพัฒนาในการรูปแบบบริการด้านการฟื้นฟูให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ทางกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูได้พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูในระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute Rehabilitation) ในรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ปรับปรุง care map ในการประเมินและฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูครอบคลุมปัญหาแต่ละด้าน (ภาคผนวก1) เพื่อให้สอดคล้องแผนภูมิการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute rehabilitation) ของสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (ภาคผนวก2)

2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านการฟื้นฟูโดยนักกายภาพบำบัดและพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและนิเทศติดตาม

3) พัฒนาโปรแกรม Home health care online เพื่อติดตามผู้ป่วยด้านเวชกรรมฟื้นฟูโดยมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่ายแบบ two way communication โดยสามารถบันทึกคะแนนประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ในระบบได้

ได้มีการพัฒนาระบบดังกล่าวตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 จนถึงปัจจุบัน จึงอยากศึกษาว่าหลังจากพัฒนาระบบการฟื้นฟูดังกล่าวผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูแตกต่างจากเดิมหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการได้รับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยในของ stroke unit และอัตราการได้รับการบริการด้านฟื้นฟูหลังจำหน่ายเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบ sub-acute rehabilitation

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย : Retrospective analytic study

2. แหล่งข้อมูล : เวชระเบียนและระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ (HOMC), Home Health Care Online ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

3. ประชากรที่จะศึกษา : ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของ stroke unit รพ.สุราษฎร์ธานีตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 – 31 มกราคม 2560

4. การประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล : อัตราการได้รับการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของ stroke unit และอัตราการการได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่ายเปรียบเทียบระหว่างก่อนพัฒนาระบบ sub-acute rehabilitation (ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 ถึง 31 สิงหาคม 2559) กับช่วงที่มีการพัฒนาระบบ sub-acute rehabilitation แล้ว (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 มกราคม 2560)

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลอัตราการได้รับการฟื้นฟู และข้อมูลทั่วไป (demographic characteristic) เปรียบเทียบก่อนและหลัง

พัฒนาระบบใช้การวิเคราะห์สถิติโดย chi-square ส่วนข้อมูลหลังพัฒนาระบบมีการประเมิน Barthel index และนำมาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังจำหน่ายใช้การวิเคราะห์สถิติโดย t-test และความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือค่า $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบพบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค จำนวนวันนอน ภูมิภาค และสิทธิการรักษาของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบพบว่าไม่มีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นข้อมูล Discharge type ที่มีความแตกต่างกันระหว่างอย่างมีนัยสำคัญตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Demographic characteristics

Demographic characteristics	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ		p-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนตัวอย่างทั้งหมด	524	100	265	100	
เพศ					
ชาย	290	55.3	147	55.5	0.973
หญิง	234	44.7	118	44.5	
อายุ (Mean/SD)	65.62 (15.56)		66.14 (14.44)		0.644
การวินิจฉัย					
Cerebral infarction	407	77.67	188	70.94	0.122
Cerebral Hemorrhage	112	21.38	68	25.66	
Others	5	0.95	9	3.4	
จำนวนวันนอน (Length of stay)					
(Mean/SD)	5.01 (7.93)		4.37 (6.42)		
0-2 วัน	256	48.8	130	49.1	0.825
3-5 วัน	168	32.1	89	33.6	
6-7 วัน	31	5.9	17	6.4	
> 7 วัน	69	13.2	29	10.9	
Discharge type					
หายเป็นปกติ	0	0	2	0.8	0.008
ทุเลา ดีขึ้น	457	87.2	233	87.9	
ไม่ทุเลา ไม่ดีขึ้น	24	4.6	3	1.1	
ตาย	43	8.2	27	10.2	

Demographic characteristics	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ		p-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภูมิภาค					
อ.อำเภอเมือง จ.สุราษฎร์ธานี	101	19.3	51	19.2	0.837
ต่างอำเภอ จ.สุราษฎร์ธานี	393	75	196	74	
ต่างจังหวัด	30	5.7	18	6.8	
สิทธิการรักษา					
สุขภาพถ้วนหน้า	391	74.6	210	79.3	0.116
เบิกได้	100	19.1	47	17.7	
ประกันสังคม	33	6.3	8	3	

จากผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างของการได้รับการฟื้นฟูขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบ ส่วนการได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่ายเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบพบว่า ก่อนพัฒนาระบบได้รับการฟื้นฟูร้อยละ 12.2 และหลังพัฒนาระบบได้รับการฟื้นฟูร้อยละ 46.4 โดยมีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อัตราการได้รับบริการฟื้นฟูเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาระบบ

	ก่อนพัฒนาระบบ – จำนวน (%)	หลังพัฒนาระบบ – จำนวน (%)	p-value
จำนวนตัวอย่างทั้งหมด	524 (100%)	265 (100%)	
การได้รับการฟื้นฟูขณะ admit			
ไม่ได้รับการฟื้นฟู	242 (46.2%)	115 (43.4%)	0.458
ได้รับการฟื้นฟู	282 (53.8%)	150 (56.6%)	
การได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่าย			
ไม่ได้รับการฟื้นฟู	460 (81.8%)	142 (53.6%)	<0.001
ได้รับการฟื้นฟู	64 (12.2%)	123 (46.4%)	

หลังพัฒนาระบบได้มีการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูล Barthel index ทั้งก่อนจำหน่ายและมีการติดตามช่วง 0-3 เดือนหลังจำหน่ายพบว่า ก่อนจำหน่ายมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจนถึงระดับสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (คะแนน Barthel index อยู่ในช่วง 0-70) ถึงร้อยละ 48.3 และมีผู้ป่วยที่ไม่ได้มีการประเมินบันทึกคะแนน Barthel index ถึงร้อยละ 25.7 ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนน Barthel index ก่อนจำหน่าย

คะแนน Barthel index ก่อนจำหน่าย	จำนวน	ร้อยละ
0 - 20	46	17.4
25 - 45	53	20.0
50-70	29	10.9
75 -95	38	14.3
100	31	11.7
ไม่ได้ประเมิน	68	25.7
รวม	265	100.0

ช่วง 0-3 เดือนหลังจำหน่ายมีผู้ป่วยจำนวน 69 รายจาก 265 รายที่มีการประเมินและบันทึกคะแนน Barthel index โดยเมื่อเปรียบเทียบคะแนนดังกล่าวพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังจำหน่าย (Mean, SD = 56.59, 34.77) มีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนจำหน่าย (Mean, SD = 44.49, 27.78) (Mean diff = 12.1, p-value = 0.026)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (Demographic characteristic) ก่อนและหลังพัฒนาระบบพบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยกเว้นข้อมูล discharge type พบข้อมูลอัตราตายค่อนข้างสูงทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบ sub-acute rehabilitation คือร้อยละ 8.2 และ 10.2 ตามลำดับ เมื่อเทียบอัตราตายกับการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้พบว่าเมื่อเทียบกับข้อมูลของโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์พบอัตราต่ำกว่าคือร้อยละ 3.4⁴ หากเทียบกับอัตราตายของโรงพยาบาลศูนย์ที่อื่นพบอัตราตายสูงกว่าคือร้อยละ 26⁵ ส่วนรายละเอียดข้อมูลในเรื่องเพศพบเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย การวินิจฉัยโรคที่พบหลอดเลือดสมองตีบมากกว่าหลอดเลือดสมองแตกมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาค้นคว้าที่ผ่านมา^{4,5} ข้อมูลจำนวนวันนอนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0-2 และ 3-5 วันตามลำดับ ซึ่งระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลสั้นๆ อาจส่งผลให้การได้รับการบริการฟื้นฟูมีจำกัด และมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูให้มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับเครือข่ายสอดคล้องกับข้อมูลภูมิปัญญาของ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ต่างอำเภอการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ข้อมูลการได้รับการฟื้นฟูขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยในพบว่าก่อนพัฒนาระบบได้รับการฟื้นฟูร้อยละ 53.8 และหลังพัฒนาระบบได้รับการฟื้นฟูร้อยละ 56.6 ตามลำดับก่อน โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากข้อมูลดังกล่าวร่วมกับข้อมูลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง หลังพัฒนาระบบที่มีการประเมิน Barthel index ก่อนจำหน่ายพบข้อมูลมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจนถึงระดับสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (คะแนน Barthel index อยู่ในช่วง 0-70) ถึงร้อยละ 48.3 และผู้ป่วยที่มีความบกพร่องเล็กน้อยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (คะแนน Barthel index อยู่ในช่วง 75 - 95) อยู่ร้อยละ 14.3 และอีกร้อยละ 25.7 ไม่มีการบันทึกการประเมินคะแนน Barthel index ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอาจยังไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างครอบคลุมครบถ้วน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาวิธีในทีมสหวิชาชีพ

ทั้งจากแผนกอายุรกรรมระบบประสาทและแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคตลอดจนโอกาสพัฒนาให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูครอบคลุมมากขึ้น ทั้งนี้สามารถพัฒนาโดยยึดตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เน้นการบูรณาการของสหวิชาชีพ

ส่วนการฟื้นฟูหลังจำหน่ายพบว่าก่อนพัฒนาระบบได้รับการฟื้นฟูเพียงร้อยละ 12.2 และหลังพัฒนาระบบได้รับการฟื้นฟูเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.4 โดยมีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลการฟื้นฟูที่ได้รับเพิ่มขึ้นน่าจะสะท้อนถึงผลของการพัฒนาศักยภาพและสร้างเชื่อมโยงของเครือข่ายตั้งแต่ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีระบบส่งต่อข้อมูล (Home Health Care online) ที่มีประสิทธิภาพทำให้สามารถสื่อสารแบบ two way communication ในเครือข่ายได้ อันหนึ่งการติดตามแต่ละโรงพยาบาลโดยสะท้อนข้อมูลการติดตามฟื้นฟูจากที่ตอบกลับในระบบ ร่วมกับการวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถให้การฟื้นฟูที่เหมาะสมและหาแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกันน่าจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อการเพิ่มการได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่าย

หลังพัฒนาระบบได้มีการกำหนดร่วมกันในเครือข่ายให้มีการบันทึกคะแนน Barthel index เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติพบว่าก่อนจำหน่ายมีผู้ป่วยร้อยละ 25.7 ที่ไม่มีการบันทึกการประเมินคะแนน Barthel index และหลังจำหน่ายช่วง 0-3 เดือน มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 73.96 ที่ไม่มีการบันทึกการประเมินคะแนน Barthel index การกำหนดให้ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วย Barthel index เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ง่ายและมีการศึกษาเรื่องความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับภาษาไทยพบว่าความน่าเชื่อถือได้ระหว่างผู้รักษาอยู่ในระดับดี⁷ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วย 69 รายที่มีการประเมินและบันทึกคะแนนทั้งก่อนและหลังจำหน่ายพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนน Barthel

index หลังจำหน่ายมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนจำหน่าย (Mean diff 12.1, $p=0.026$) ข้อมูลดังกล่าวน่าจะพอสะท้อนให้เห็นผลของการฟื้นฟูที่มีส่วนให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น อันหนึ่งเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการฟื้นฟูในระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute rehabilitation) จำเป็นต้องสะท้อนกลับในเครือข่ายให้ตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินและบันทึกคะแนน Barthel index ให้ครบถ้วนมากขึ้น และควรปรับปรุงให้มีการบันทึกรายละเอียดของรูปแบบการฟื้นฟูที่ได้รับ เช่นการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน (สามารถให้บริการได้ในบางโรงพยาบาลชุมชน) การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก หรือการฟื้นฟูโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ตลอดจนระยะเวลาที่ได้รับการฟื้นฟูแต่ละครั้ง จำนวนวันนอนหรือจำนวนครั้งที่ได้รับการฟื้นฟูในแต่ละรูปแบบ ตลอดจนเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระยะ Long term care ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือก่อนพัฒนาระบบ Sub-acute rehabilitation ไม่ได้มีการบันทึกแบบประเมิน Barthel index ในระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลที่สะดวกต่อการสืบค้น ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบระดับคะแนน Barthel index ระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบ Sub-acute rehabilitation ได้โดยตรง

สรุป

การพัฒนาระบบ Sub-acute rehabilitation ทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้น และหลังพัฒนาระบบผู้ป่วยที่มีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel index พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังจำหน่ายมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนจำหน่าย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร. นพ. วิน เดชะเคหะกิจ

และ ดร. ธิดาจิต มณีวัต ที่ช่วยให้คำปรึกษาเรื่องงานวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล และเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ สำหรับที่ช่วยในการสืบค้นข้อมูล ตลอดจนทีมสหวิชาชีพ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เอกสารอ้างอิง

1. Suwanwela, N. C. Stroke Epidemiology in Thailand. Journal of Stroke; 2014; 16(1), 1-7.
2. คณะทำงานโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) พศ. 2558-2559 สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. การพัฒนางาน การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิว, วัชรวิทย์ วัชรกุลย์, ชัยโรจน์ ชัยสนธิพร. การพัฒนาการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 2558; 24(3): 493 - 509
4. Songchai Chinwatanakul, Kanokwan Boonyapisit, Darakul Pornsriyom, Naraporn Proyoonwiwat, Vorapan Senanarong, Rungsan Chaisevikul, J Med Assoc Thai; 2012; 95 (Suppl. 2): S235-S244
5. รัชวรรณ สุขเสถียร. การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร; 2557; 24(2): 37-43
6. พรพิมล มาศสกุลพรรณ, ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล, กาญจนา วัชรทอง, พรทิพย์พา ธิมายอม, พรพิมล วิเชียรไพศาล. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation). ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. บริษัท ธาราเพรส จำกัด; 2559.

7. ปิยภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์, ประเสริฐพร จันท, สมลักษณ์ เพียรมานะกิจ, เสวลักษณ์ จันทเกษมจิต, อำไพ อยู่วัลย์. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2549; 16(1): 1-9.

ภาคผนวก 1

แบบประเมิน Sub-acute Rehabilitation

1. PT ประเมิน

1.1 Barthel Index (BI) = คะแนน

1.2 Multiple Impairment

	มี	ไม่มี
- Swallowing problem	☐	☐
- Communication problem	☐	☐
- Mobility problem	☐	☐
- Cognitive problem	☐	☐
- Bowel and bladder problem	☐	☐
2. PT ประเมินความพร้อม Active rehab program		
☐ พร้อม (V/S stable BP≤160/110 , ≥90/60 และทำตามสั่ง 1 ขั้นตอนได้)		
☐ ไม่พร้อม (เพราะ BP > 160/110 หรือ <90/60 ☐ ไม่สามารถทำตามสั่งได้)		
3. Consult PM&R กรณีพร้อม Active rehab program เพื่อพิจารณา		
☐ Admit for intensive rehab program รพ.สุราษฎร์ธานี		
☐ Refer รพช. ที่พร้อม For IPD rehab program		
☐ Refer รพช. For non IPD rehab program		
4. Notify OT เพื่อประเมินให้ OT Program กรณี		
☐ For bobath sling		
☐ For swallowing training		
☐ Aphasia		
☐ Yes Program.....		
☐ No Program.....		

5. F/U OPD PM&R 1 Mo หลัง D/C

กรณี BI 0-75 หรือ BI >75 with multiple impairment

☐ Yes (PT แจ้ง Ward ใน Doctor Order sheet)

☐ No.....

ภาคผนวก 2

แผนภูมิการดูแลผู้ป่วย Subacute Rehabilitation



