

ผลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลันแบบผู้ป่วยนอกและแบบที่บ้าน

ปิยนาล สกกุลพิพัฒน์ พบ., ว.ว.
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

บทคัดย่อ

ที่มา: การปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลันให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้มากที่สุดตามบริบทความพร้อมของการให้บริการฟื้นฟูของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลางและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มารับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (OPD) และกลุ่มฟื้นฟูที่บ้าน

วิธีการศึกษา: ศึกษาข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในตั้งแต่เดือนกันยายน 2561 ถึง ตุลาคม 2562 หลังจากออกจากโรงพยาบาล ให้การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกและแบบที่บ้าน ใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล (Barthel index, BI) ฉบับภาษาไทยประเมินผล ติดตามฟื้นฟูจนครบ 6 เดือน หรือ BI เต็ม 20 คะแนน และประเมินการกลับไปทำงาน

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 76 ราย ให้การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก 25 ราย แบบที่บ้าน 51 ทั้งสองกลุ่มมี BI เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) เปรียบเทียบกลุ่มที่ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกมี BI เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.047$) และการกลับไปทำงานไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.484$)

สรุป: แม้ว่าผลการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าแบบที่บ้านแต่ความสามารถในการกลับไปทำงานไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเองที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน

Outcome of Subacute Post-stroke Rehabilitation in Outpatient-based VS Home-based

Piyanat Sakulpipatana, MD

Department of Physical Medicine and Rehabilitation Vachira Phuket Hospital

Abstract

Background: Improvement process of rehabilitation system for subacute post stroke patients in Vachira Phuket Hospital.

Objectives: To explore outcome of home-based and outpatient-based setting rehabilitation in subacute post stroke patients who had moderate dependency and to compare the outcome of two group.

Method: Retrospective review medical records of 76 stroke patients who had moderate dependency when discharged from Vachira Phuket Hospital since September 2018 to October 2019. Multidisciplinary team assesses the patients before discharge from hospital. Barthel index Thai version and return to work rate are used. Patients get rehabilitation and follow until BI full =20 or reach 6 months.

Results: Both therapy groups improved significantly in activities of daily living ($p < 0.001$). Outpatient group had significantly higher improvement of Barthel index from baseline (p -value = 0.047) Return to work rate is not difference between 2 groups (p -value = 0.484)

Conclusion: although out-patient based rehabilitation can improve ADL more than home-based rehabilitation, return to work rates are not different in both groups.

:

Keywords: Post-stroke rehabilitation, Home-based program, Intermediate care, Barthel index

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดภาระทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยเนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการตายและการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาวทั้งในประชากรชายและหญิง จากอัตราตาย จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2557 และ 2561 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุอันดับสองรองจากโรคมะเร็งทุกชนิดที่ 38.7 และ 47.1 ตามลำดับ¹ เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL) ในปีพ.ศ.2556 เป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง (ร้อยละ 10.8) และเป็นอันดับสองในเพศชายรองจากอุบัติเหตุทางถนน (ร้อยละ 8.8 และร้อยละ 11.7 ตามลำดับ) และเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (Disability-Adjusted Life Year: DALY) พ.ศ. 2556 เป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง (ร้อยละ 8.9) และเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย (ร้อยละ 6.9) รองจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และอุบัติเหตุทางถนน²

นอกจากมีผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่หรือเป็นซ้ำจำนวนมากในแต่ละปีแล้วยังมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะกึ่งเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยกว่าครึ่งไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมอีกด้วย^{3,4,5} เพื่อเป็นการลดความสูญเสียดังกล่าว จึงได้เกิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพสาขาการดูแลระยะกลางขึ้น (intermediate care) คือการบริบาลผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติและมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางอย่างและมีข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน ในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งการกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ¹ นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับญาติหรือผู้ดูแลในกรณีที่มีผู้ป่วยมีระดับรุนแรงในการพยากรณ์โรคและการฟื้นตัวไม่ดี เพื่อคงระดับความสามารถสำหรับเข้าสู่การดูแลระยะยาวต่อไป ทางกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตได้มีการพัฒนาปรับระบบการดูแลระยะกลางในเดือนกรกฎาคม 2561 โดย

1. ตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน intermediate care ร.พ.วชิระภูเก็ตและระดับจังหวัด
2. ปรับปรุง care map ในการประเมินและฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูครอบคลุมปัญหาแต่ละด้าน เพื่อให้สอดคล้องแผนภูมิการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub-acute rehabilitation) ของสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านการฟื้นฟูโดยนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดภูเก็ต โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและนิเทศติดตาม

4. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์และอีเมล

หลังจากเริ่มต้นดำเนินการในผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมอขาดเจ็บและไขสันหลังขาดเจ็บพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกือบทั้งหมดไม่ต้องการไปรับการฟื้นฟูระยะกลางแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน มีบางส่วนสามารถเดินทางมารับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้สม่ำเสมอ แต่ส่วนใหญ่ไม่

สามารถมาได้ ต้องไปติดตามฝึกฟื้นฟูที่บ้าน แต่ด้วยความจำกัดด้านกำลังคนจึงไปฟื้นฟูที่บ้านได้เพียง 1 ครั้งต่อเดือน ครั้งละ 60 นาที ในขณะที่กลุ่ม OPD ได้ฝึก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที จากข้อจำกัดดังกล่าวทำให้กลุ่มฟื้นฟูที่บ้านได้รับการฟื้นฟูน้อยกว่ากลุ่ม OPD เป็นอย่างมาก และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่แต่ละรายควรจะได้รับการฟื้นฟูไม่น้อยกว่า 10-15 ชั่วโมงจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงคะแนน BI และแนะนำให้ประกาศใช้เป็นมาตรฐาน⁶ แต่การฝึกฟื้นฟูที่บ้านทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกในที่อยู่อาศัยจริงที่มีความคุ้นเคยและประหยัดค่าเดินทาง ในขณะที่การฟื้นฟูที่โรงพยาบาลมีการดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อความพิการ ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้ที่โรงพยาบาลแต่อาจไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นเองได้ที่บ้าน

ผู้วิจัยซึ่งอยู่ในทีมสหสาขาวิชาชีพ มีบทบาทในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งได้เริ่มดำเนินการมา และเปรียบเทียบผลระหว่างสองกลุ่มว่าในกลุ่มฟื้นฟูที่บ้านซึ่งได้ฝึกน้อยกว่ามาตรฐานแต่ได้ฝึกในสถานที่จริง กับกลุ่ม OPD ซึ่งได้ฝึกจำนวนครั้งมากกว่ามาตรฐานแต่ไม่ได้ฝึกในสถานที่จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลันที่มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง
2. เปรียบเทียบผล การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกและแบบที่บ้าน

วัสดุและวิธีการ

วิธีการศึกษา

การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective analytic study) โดยการศึกษาได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่ VPH REC 037/2020

แหล่งข้อมูล

เวชระเบียนและระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตและผลการติดตามผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดภูเก็ต

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในระยะเฉียบพลันเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตั้งแต่เดือนกันยายน 2561 ถึง ตุลาคม 2562

เกณฑ์คัดผู้ป่วยเข้ามามีดังนี้

1. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับปานกลาง คือ มี BI ในวันที่กลับบ้านตั้งแต่ 10-14 หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี (BI 15 ขึ้นไป) ร่วมกับมี multiple impairment คือ มีความบกพร่องตั้งแต่ 2

ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem

2. สามารถติดตามได้จนครบ 6 เดือน หรือมี BI เต็ม 20

เกณฑ์คัดผู้ป่วยออก มีดังนี้

1. ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในระหว่างเวลาที่ติดตามฟื้นฟูหรือเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2. ได้รับการฟื้นฟูทั้ง 2 รูปแบบ เช่น มาฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกแล้วภายหลังขอเปลี่ยนเป็นฟื้นฟูที่บ้าน

แบ่งเป็น 2 กลุ่มตามรูปแบบการฟื้นฟู โดยผู้ป่วยและญาติเป็นผู้เลือกตามความพร้อม

กลุ่มที่ 1 ได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก(Out Patient Department, OPD) ผู้ป่วยมารับการฟื้นฟู 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เว้นวันที่ตรงกับวันหยุดราชการ ฝึกโดยนักกายภาพบำบัด ครั้งละ 60 นาที และ/หรือนักกิจกรรมบำบัด 60 นาที ทุกรายมาได้ตามนัด และสอนผู้ดูแล/ผู้ป่วยให้ฝึกที่บ้าน

กลุ่มที่ 2 ได้รับการฟื้นฟูที่บ้าน (Home) นักกายภาพบำบัดให้การฟื้นฟูที่บ้านครั้งละ 60 นาที 1 ครั้ง/เดือน หากตรงกับวันหยุดราชการจะเลื่อนออกไป 1-2 สัปดาห์ และสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถทำต่อเองได้ที่บ้าน

ผู้ป่วยทุกรายได้นัดมาตรวจติดตามโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูทุก 1-2 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้ดัชนีบาร์เธล (Barthel index, BI) ฉบับภาษาไทย คะแนนเต็ม 20 คะแนน
2. การกลับไปทำงาน ในที่นี้หมายถึง ผู้ที่เคยประกอบอาชีพมีรายได้สามารถกลับไปทำงานที่เกิดรายได้โดยอาจทำงานเดิมหรือเปลี่ยนหน้าที่ ส่วนผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพแต่ทำหน้าที่ดูแลครอบครัว เช่นเป็นแม่บ้านสามารถกลับไปทำหน้าที่เดิมได้

การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน จากการทบทวนงานวิจัยของ Chen และคณะ⁷ แต่ละกลุ่มต้องไม่น้อยกว่า 21 ราย เนื่องจากในช่วงเวลาที่คัดผู้ป่วยเข้า มีผู้ป่วยกลุ่มฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก 25 ราย จึงใช้ผลของทุกรายที่อยู่ในช่วงเวลาเดียวกันมาวิเคราะห์

การประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล: เปรียบเทียบ BI ประเมินโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัดทุก 1 เดือน จำนวนครั้งที่ได้รับการฝึกฟื้นฟู ระยะเวลาที่ได้รับการฟื้นฟูจนกระทั่งบรรลุเป้าหมายคือได้ BI เต็ม 20 หรือครบ 6 เดือน และการกลับไปทำงาน ระหว่างกลุ่ม OPD และกลุ่มฟื้นฟูที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ทางสถิติ ข้อมูลพื้นฐาน หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test ที่ค่าความเชื่อมั่น 95% p-value < 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลชิริภูเก็ท และมีภูมิลำเนาในจังหวัดภูเก็ต ที่เข้าเกณฑ์ต้องรับการฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลัน ตั้งแต่เดือนกันยายน 2561 ถึง ตุลาคม 2562 ทั้งหมด 260

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ศึกษา 76 ราย ได้รับการฟื้นฟูโดยไปเยี่ยมและฝึกที่บ้าน 51 ราย มารับการฟื้นฟูที่ OPD 25 ราย เป็นเพศชาย 42 ราย เพศหญิง 34 ราย อายุเฉลี่ย 63.25 ปี (29-95 ปี) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 60 ราย โรคหลอดเลือดสมองแตก 16 ราย ข้อมูลทางคลินิกของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทั้งเพศ อายุ BMI โรคและโรคร่วม กลุ่มฟื้นฟูที่บ้านมีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่ม OPD 65.63 และ 58.4 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.053$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูแบบที่บ้านและแบบผู้ป่วยนอก ($n=76$)

● ข้อมูลทางคลินิก	ทั้งหมด ($n=76$)	การฟื้นฟู สมรรถภาพ ที่บ้าน ($n=51$)	การฟื้นฟูระยะ ผู้ป่วยนอก ($n=25$)	P value
● เพศชาย ¹	42(55.3)	25 (49)	17 (68)	0.118
● อายุ ² (ปี)	63.25±15.36	65.63±15.8	58.4±13.42	0.053
● BMI ²	24.44±4.19	24.99±4.68	23.4±2.9	0.197
● โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ขาดเลือด ¹	60 (78.9)	42 (84.2)	18 (72)	0.298
● โรคหลอดเลือดสมองแตก ¹	16 (21.1)	9 (15.8)	7 (28.0)	0.298
● โรคร่วม ¹				
● โรคความดันโลหิตสูง ¹	66 (86.8)	46 (90.2)	20 (80.0)	0.217
● โรคไขมันในเลือดสูง ¹	55 (72.4)	37 (72.5)	18 (72.0)	0.960
● โรคเบาหวาน ¹	21 (27.6)	15 (29.4)	6 (24.0)	0.620
● มีการทำงาน/ประกอบอาชีพ ¹	36(47.4)	23(45.1)	13(52)	0.630

¹ จำนวน (ร้อยละ), ² ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

BI เริ่มต้นเฉลี่ยของกลุ่มฟื้นฟูที่บ้านและกลุ่ม OPD ไม่แตกต่างกัน (12.16 และ 12.48 ตามลำดับ $p=0.470$) ดังตารางที่ 3

หลังได้รับการฟื้นฟู BI สุดท้ายเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม (17.84 และ 19.44 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนน BI ของการฟื้นฟูของผู้ป่วย 2 กลุ่ม (n=76)

กลุ่ม	BI	Mean	Std. Deviation	Std. Error	t	P value
		Mean				
Home (N=51)	Start	12.16	1.922	0.269	-9.902	<0.001
	Last	17.84	4.081	0.571		
OPD (N=25)	Start	12.48	1.686	0.337	-17.495	<0.001
	Last	19.44	1.474	0.295		

BI; Barthel Index, OPD ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก, Home ฟื้นฟูที่บ้าน

ผลของการฟื้นฟูในกลุ่ม OPD มี BI สุดท้ายและผลต่างของ BI สูงกว่ากลุ่มที่ฟื้นฟูที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.03$, $p=0.047$)

ระยะเวลาในการฟื้นฟูจนได้ BI 20 หรือครบ 6 เดือน ของ 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (77.61 และ 88.00 วันตามลำดับ $p=0.45$ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลของการฟื้นฟูเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม (n=76)

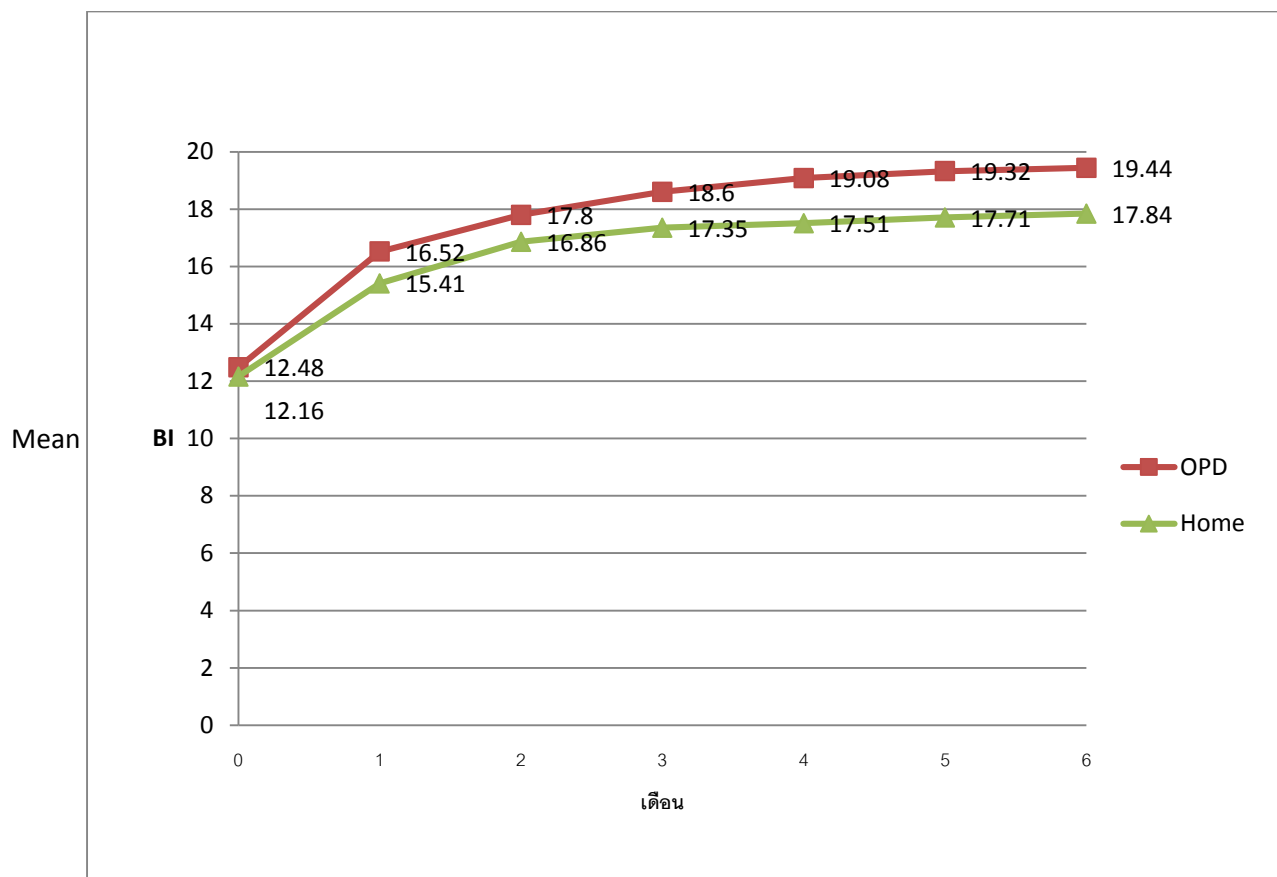
ปัจจัย	การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ บ้าน (n=51)	การฟื้นฟูระยะ ผู้ป่วยนอก (n=25)	P value
BI เริ่มต้นเฉลี่ย ¹	12.16±1.92*	12.48±1.69	0.470
BI สุดท้ายเฉลี่ย ¹	17.84±4.09	19.44±1.47	0.030
ผลต่างของ BI ¹	5.69±4.10	6.96±1.99	0.047
ระยะเวลาในการฟื้นฟู ¹ (วัน)	77.61±54.70	88.00±59.99	0.450
การกลับไปทำงาน ²	9 (17.7)	4 (16.0)	0.440

¹ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ² จำนวน (ร้อยละ)

ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูจนได้ BI เต็ม 20 ทั้งหมด 52 ราย (ร้อยละ 68.4) เป็นกลุ่ม OPD 21 ราย (ร้อยละ 84) กลุ่มฟื้นฟูที่บ้าน 31 ราย (ร้อยละ 60) มี 6 ราย ที่แม้ BI เต็มแต่ยังต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นกลุ่มฟื้นฟูที่บ้าน 3 รายและ OPD 3 ราย

BI เต็ม 20 ก่อน 6 เดือน 49 ราย เป็นกลุ่มฟื้นฟูที่บ้าน 30 ราย กลุ่ม OPD 19 ราย ค่ามัธยฐาน 2 เดือน ทั้ง 2 กลุ่ม

ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ 13 ราย เป็นกลุ่มฟื้นฟูที่บ้าน 9 ราย OPD 4 ราย ดังแสดงในตารางที่ 3



กราฟแสดงค่าเฉลี่ย BI รายเดือนของผู้ป่วยที่ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกและแบบที่บ้าน

วิจารณ์

การฟื้นฟูทั้ง 2 รูปแบบทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของสุภัททา พุฒฤทธิ์ที่โรงพยาบาลศรีสังวร จ. สุโขทัย⁸ กัญญารัตน์ คำจุนและคณะที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก⁹ และสุทธิกิตติ พิพัฒน์ศรีสวัสดิ์ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี¹⁰

ในกลุ่ม OPD ผู้ป่วยทุกรายมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มฟื้นฟูที่บ้านมี 4 รายอยู่ในระดับเดิมและ 3 รายความสามารถน้อยลง ซึ่งรายที่ความสามารถเท่าเดิมหรือน้อยลงมีอายุระหว่าง 65 ถึง 90 ปี และมีโรคอื่นร่วม

แม้ว่าผลของการฟื้นฟูกลุ่ม OPD จะมี BI สูงกว่ากลุ่มที่ฟื้นฟูที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญ แต่การกลับไปทำงานไม่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับปานกลางขึ้นไป พบว่าในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มที่แม้ได้คะแนน BI เต็ม 20 แล้วแต่มี 6 รายที่ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้โดยปราศจากความช่วยเหลือจากผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคอื่นร่วม แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดของการใช้ BI จำเป็นต้องมีการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมที่เหมาะสม เช่น แบบประเมิน

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการที่ศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center Functional Assessment, SNMRC functional assessment)⁶ และการประเมินด้านอื่นเช่น คุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นจุดอ่อนของการวิจัยนี้

การศึกษาของสุภัททา พุฒฤทธิ์¹⁰ พบว่าการฟื้นฟูที่บ้านให้ผลลัพธ์ในการฟื้นฟูเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่มาโรงพยาบาลเช่นกัน แต่การศึกษานี้ BI ตั้งต้นของกลุ่มฟื้นฟูที่บ้านน้อยกว่ากลุ่มที่มาโรงพยาบาล

การศึกษาเปรียบเทียบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลในต่างประเทศโดยสหสาขาวิชาชีพ^{11,12,13,14} พบว่าผลการศึกษามีทั้งแบบกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูที่บ้านมีการฟื้นตัวดีกว่ากลุ่มฟื้นฟูที่โรงพยาบาลทั้งการทำการกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต^{13, 14} แม้ว่าจำนวนครั้งที่ได้รับการฟื้นฟูน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ¹³ และมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูโดยผู้ดูแลที่บ้านได้ผลใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล^{15,16} การทำการกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแปรตามระยะเวลาที่ได้รับการฝึกฟื้นฟู การฟื้นฟูที่บ้านมีความคุ้มค่ามากกว่ามาฝึกแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล¹⁴ ซึ่งเป็นผลจากโปรแกรมและความถี่ในการฟื้นฟูที่ต่างกัน

การกลับไปทำงานในผู้ป่วย อัตราร้อยละ 16-17.7 ในขณะที่การศึกษาอื่นมีอัตราร้อยละ 40 - 74.7 อาจเป็นเพราะการศึกษาอื่นติดตาม 2- 6 ปี^{15,16} ในขณะที่การศึกษานี้ติดตาม 6 เดือน และพบว่าไม่แตกต่างกันใน 2 กลุ่ม ซึ่งการกลับไปทำงานมีปัจจัยอื่นที่มีผล เช่น อายุ ลักษณะงานเดิม หากเป็นงานประจำรับเงินเดือนจะมีอัตราการกลับไปทำงานสูงกว่างานชั่วคราว¹⁷

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

บริบทของจังหวัดภูเก็ต มีบุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้บางสาขาวิชาชีพไม่สามารถออกไปให้การฟื้นฟูที่บ้านได้ ขนส่งสาธารณะในจังหวัดไม่ครอบคลุม และไม่เอื้อกับผู้พิการ จำเป็นต้องใช้รถส่วนตัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่สามารถเดินทางมาฟื้นฟูที่โรงพยาบาลได้ จากผลการวิจัยสามารถนำมาปรับปรุงการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เข้ากับบริบท เพื่อปรับเพิ่มความถี่ในการให้การฟื้นฟูที่บ้านเป็นอย่างน้อย 2 ครั้งต่อเดือน เช่น เพิ่มการฟื้นฟูในรูปแบบอื่น ประสานกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสร้างภาคีเครือข่ายและพัฒนาระบบการฟื้นฟูในชุมชน จัดให้มีศูนย์ฟื้นฟูใกล้บ้านโดยสหสาขาวิชาชีพและบริการรับส่งผู้ป่วย ให้การฟื้นฟูทางไกลสำหรับวิชาชีพที่มีกำลังคนน้อย พร้อมทั้งเสริมสร้างพัฒนาความรู้ให้นักกายภาพบำบัดที่ไปเยี่ยมบ้านในด้านกิจกรรมบำบัดและการฝึกพูดเบื้องต้น เสริมสร้างความรู้ความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยให้บุคลากรในชุมชน เพื่อให้ได้สมดุลระหว่างผลลัพธ์ที่ตัดเทียบกับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลและภาระงานของบุคลากรซึ่งจะสามารถทำให้ระบบดำเนินต่อไปได้อย่างยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงบริการในทุกพื้นที่ เพื่อลดการเกิดความพิการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาระให้ครอบครัวและสังคม และลดต้นทุนทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เพิ่มการประเมินทางด้านอื่น เช่น SNMRC คุณภาพชีวิตแล้วนำมาเปรียบเทียบการฟื้นฟูแบบ OPD และแบบที่บ้านเพื่อดูผลหลังปรับปรุงระบบการทำงาน

สรุป

การฟื้นฟูที่บ้านเดือนละ 1 ครั้งและการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกสัปดาห์ละ 2 ครั้งแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลให้ผลลัพธ์ที่ดี สามารถลดความพิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับปานกลางขึ้นไปได้ การฟื้นฟูที่บ้านได้ผลด้อยกว่าการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแง่ของการทำกิจวัตรประจำวันแต่ให้ผลไม่แตกต่างกันในเรื่องอัตราการกลับไปทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลและเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดภูเก็ต

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. หนังสือสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. นนทบุรี; 2562.
2. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted life year: DALY รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: เดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด; 2558.
3. รัชวรรณ สุขเสถียร. การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. ASEAN J Rehabil Med. 2014; 24(2):37-43.
4. ฐานกุล คำคุณทรัพย์. ปัจจัยการเข้าถึงการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลกระบี่. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2019;33(3):507-16.
5. ธัญลักษณ์ ขวัญสนิท. ผลการพัฒนาระบบฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute rehabilitation) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2017;31(4):723-32.
6. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (intermediate care). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHHP); 2562.

7. Chen S, Lv C, Wu J, Zhou C, Shui X, Wang Y. Effectiveness of a home- based exercise program among patients with lower limb spasticity post- stroke: A randomized controlled trial. *Asian Nurs Res.* 2021;15(1):1-7. doi: 10.1016/j.anr.2020.08.007.
8. กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี; 2550.
9. สุภัททา พุฒฤทธิ์. ผลของระบบบริการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และที่บ้าน. *พุทธชินราชเวชสาร* 2563;37(1):83-91.
10. กัญญารัตน์ คำจูน, ปานจิต วรรณภีระ, ปราณปริญา ปิ่นสกุล, ศศิธร สมจิตต์. การพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบต่อเนื่องสู่ชุมชน. *พุทธชินราชเวชสาร* 2561;35(3):304-12.
11. สุทธิกิตติ พิพัฒน์ศรีสวัสดิ์. ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง. *เชียงใหม่เวชสาร* 2563;12(3)47-56.
12. López-Liria R, Vega-Ramírez FA, Rocamora-Pérez P, Aguilar-Parra JM, Padilla-Góngora D. Comparison of Two Post-Stroke Rehabilitation Programs: A Follow-Up Study among Primary versus Specialized Health Care. *PLoS ONE* 2016;11(11): e0166242. doi:10.1371/journal. pone.0166242 .
13. Rasmussen RS, Østergaard A, Kjær P, Skeris A, Skou C, Christoffersen J, et al. Stroke rehabilitation at home before and after discharge reduced disability and improved quality of life: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*; 2016 Mar;30(3):225-36.
14. Nordin NAM, Aziz NA, Sulong S, Aljunid SM. Effectiveness of home-based carer- assisted in comparison to hospital-based therapist-delivered therapy for people with stroke: A randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*; 2019; 45:1:87-97.
15. Anderson C, Rubenach S, Mhurchu CN, Clark M, Spencer C, Winsor A. Home or hospital for stroke rehabilitation? results of a randomized controlled trial : I: health outcomes at 6 months. *Stroke.* 2000 May;31(5):1024-31.
16. Han J, Lee HI, Shin YL, Son JH. Factors influencing return to work after stroke: The Korean Stroke Cohort for Functioning and Rehabilitation (KOSCO) Study. *BMJ Open* 2019;9:e028673. doi:10.1136/bmjopen-2018-028673.
17. Westerlind E, Persson HC, Sunnerhagen KS. Return to Work after a Stroke in Working Age Persons; A Six-Year Follow Up. *PLoS ONE* 2017;1(6)doi.org/10.1371/journal. pone.0169759
18. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. สมุทรสาคร: บอรัญนพพิบัติฯ จำกัด; 2562