

การพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบต่อเนื่องสู่ชุมชน Development of Intermediate Rehabilitation setting from hospital to community after stroke

กัญญารัตน์ คำจุน* ปานจิต วรรณภีระ* ปราณปริชญ์ ปิ่นสกุล* ศศิธร สมจิตต์*
Kanyarat Khumjun* Panjit Wannapira* Phanphrin Pinsakul* Sasithorn Somjit*

*กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 65000

*Department of Rehabilitation, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital 65000

Corresponding author. Email: yarataka@yahoo.com

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถเดินทางมารับบริการฟื้นฟูให้เต็มศักยภาพ ไม่สามารถป้องกันและลดความพิการ เกิดภาวะติดเตียงในระยะยาว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ได้รับบริการต่อเนื่อง และเพื่อศึกษาผลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care, IMC) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2558-ตุลาคม พ.ศ.2559 ในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงไม่เกิน 6 เดือน และมีคะแนนความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index, BI) < 75 และผู้ป่วยระยะยาว (Long term care, LTC) การศึกษามี 4 ขั้นตอนคือ 1 วิเคราะห์ระบบการให้บริการฟื้นฟูในชุมชนเดิม 2 พัฒนาระบบฟื้นฟู 3 นำวิธีการที่ออกแบบไปดำเนินการและประเมินผล 4 สรุปผล สถิติที่ใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย IMC ในชุมชน เขต อ.เมือง นครกลุ่มพื้นที่ให้บริการ 25 แห่ง เฉลี่ยแห่งละ 2 ครั้ง/เดือน โดยทีม PCT ออกแบบระบบบริการและการส่งต่อเขตอ.เมือง โดยนักกายภาพบำบัด 1 คนออกให้บริการฟื้นฟูในชุมชนร่วมกับทีม รพสต. ทุกวันทำการ บูรณาการให้บริการโดยเรียงลำดับให้บริการผู้ป่วย IMC ก่อน LTC ประเมินผลการให้บริการในกลุ่ม Line ทุกวัน นำข้อมูลนำมาวิเคราะห์เฉพาะที่มี BI<75 และสิ้นสุดการรักษาแล้ว 84 คน เป็นผู้ป่วย IMC 48 คน และ LTC 36 คน พบว่าได้รับบริการเฉลี่ย 5.4 และ 3.5 ครั้งตามลำดับ เมื่อเริ่มต้นการรักษาค่ามัธยฐาน BI เริ่มต้นทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกันคือ 40 คะแนน เมื่อสิ้นสุดการรักษารวมทั้งสองกลุ่มมีคะแนน BI เพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) โดย IMC และ LTC ต่างกันคือ 90 และ 50 คะแนน ตามลำดับ ($p < 0.001$) สรุปการพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วย Stroke ระยะกลางเข้าถึงบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเป็นเฉลี่ย 5.4 ครั้ง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น การฟื้นฟูผู้ป่วย IMC สามารถพัฒนาศักยภาพได้มากกว่าผู้ป่วยระยะ LTC การสนับสนุนระบบบริการผู้ป่วยระยะกลางช่วยลดปัญหาติดเตียง ลดความพิการ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยระยะกลาง การฟื้นฟูสภาพ การให้บริการในชุมชน
พุทธชินราชเวชสาร 2018;35(3):304-12.

Abstract

Many stroke patients are unable to get rehabilitation services after discharge from the hospital. They might have highly risk to become disability people. The aim of this study was to development of Intermediate Rehabilitation setting from hospital to community after stroke and to study the results of the rehabilitation of stroke patient. This research was performed at BuddhachinarajPhitsanulok Hospital during November 2015-October 2016, in Intermediate Care (IMC) patients(onset less than 6 months with Barthel Index (BI) < 75) and long term care (LTC) (onset more than 6 months) The study has four stages: 1 analyzing the old rehabilitation services in community, 2 developing the rehabilitation setting, 3 Implemented the setting designed and evaluation. 4. conclusion. Wilcoxon Signed Ranks Test and Mann-Whitney U were used and statistically significant at 0.05. The development of the IMC Patient Rehabilitation Services System in the community of Muang District covers 25 service areas averagely twice a month by the patient care team designs. Every day one physiotherapist provides rehabilitation services in the community with the community team. Set priority of IMC services before LTC. Evaluation of services daily in the line group has been used. 48 IMC patients and 36 LTCs patients which BI < 75 were analyzed. The average numbers of treatment were 5.4 and 3.5 times respectively. The median BI of both group were same at the beginning (BI = 40). At the end of treatment, BI score had increase in both groups ($p < 0.001$) but difference in amount which 90 in IMC and 50 in LTC ($p < 0.001$). In summary, the development of a community-based intermediate rehabilitation setting in stroke patient enable patients to access continuous rehabilitation services and improve function.

Keywords: stroke, intermediate care, rehabilitation, community-base

Buddhachinaraj Med J 2017;34(3):304-12.

บทนำ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการตายและความพิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น^(1,2) ปี 2556-2558 จังหวัดพิษณุโลกมีผู้ป่วย Stroke จำนวน 1,878, 2,052, 2,065 คน ตามลำดับ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย Strokeอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จำนวน 604, 703, 678 คน ตามลำดับ เมื่อพ้นภาวะวิกฤติผู้ป่วยจะเข้าสู่กึ่งเฉียบพลัน (Subacute) หรือระยะกลาง (Intermediate care, IMC) เป็นระยะที่มีอาการทางคลินิกคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีความจำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน เป้าหมายของบริการระยะกลางคือการฟื้นคืนความสามารถของร่างกาย ลดความสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและลดความพิการ ด้วยปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาโดยเฉลี่ยลดลง

จากข้อมูลปี 2550 ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้ป่วย Stroke ได้รับการกายภาพบำบัดเฉลี่ย 2 ครั้ง⁽³⁾ ซึ่งไม่เพียงพอ หากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น^(4,5,6) ปัญหาอ่อนแรง เคลื่อนที่ลำบาก ไม่สามารถเดินทางมารับบริการต่อที่โรงพยาบาล

รูปแบบการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยให้ได้รับการต่อเนื่องมี 3 รูปแบบ คือ รูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยใน ต่อด้วย ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว พบว่าการให้บริการทั้ง 3 รูปแบบทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนสามารถทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index, BI เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.44, 4.03 และ 4.44 คะแนน (คะแนนเต็ม 10) ตามลำดับ⁽⁶⁾ ทั้งนี้รูปแบบการให้บริการขึ้นอยู่กับบริบทการเยี่ยมบ้านเป็นอีกรูปแบบในการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ช่วยให้

ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น จากคะแนน BI 26.07 เป็น 56.67 คะแนน⁽⁴⁾

เมื่อเปรียบเทียบผลฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ระหว่างผู้ป่วยระยะกลางและเรื้อรัง พบว่า เฉพาะกลุ่ม IMC เท่านั้น มีความเร็วในการเดินเพิ่มขึ้น จนกระทั่ง 6 เดือน ส่วนความสามารถการใช้แขนจะเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่มในเดือนที่ 3⁽⁵⁾

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกได้จัดระบบ บริการกายภาพบำบัดชุมชนที่ศูนย์ฟื้นฟู 7 แห่ง แห่งละ 1 ครั้งต่อเดือน ไม่ครอบคลุมพื้นที่ให้บริการ 25 แห่ง ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็น Stroke ระยะยาว (Long term care, LTC) ซึ่งมีอาการอ่อนแรงแมากกว่า 6 เดือน เพื่อคงสภาพผู้ป่วย⁽⁷⁾ ประกอบกับไม่กำหนดเวลาสิ้นสุด การให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ที่มีอาการ ไม่เกิน 6 เดือนซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการฟื้นตัวสูงสุด⁽⁷⁾ ขาดโอกาสได้รับบริการด้านการฟื้นฟูให้เต็มศักยภาพ อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ไม่สามารถป้องกันและลด ความพิการ เกิดภาวะติดเตียงในระยะยาว เป็นปัญหา ในระบบสุขภาพ

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care, IMC) หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่มีอาการทางคลินิกผ่านภาวะวิกฤติ ที่เป็นมา ไม่เกิน 6 เดือน โดยนับจากวันที่เริ่มมีอาการ และมีคะแนน BI < 75 คะแนน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะยาว (Long term care, LTC) หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นมาเกิน 6 เดือน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้ได้รับบริการต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาผลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกลางและระยะยาว

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ศึกษา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (IMC) มีคะแนนความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index, BI) < 75 คะแนน และผู้ป่วยระยะยาว (LTC) อยู่

อยู่ในเขต อ.เมือง จ.พิษณุโลก จากระบบการปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558-ตุลาคม พ.ศ. 2559 โดยวิเคราะห์ ปัญหา และวางแผนทางแก้ไข นำเสนอวิธีการแก้ไขและวิธี ดำเนินการปรับปรุงและการพัฒนาโดยลำดับโดย การบริหารจัดการทีมให้บริการฟื้นฟูในชุมชน

ขั้นตอนการศึกษามี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ระบบการให้บริการฟื้นฟู ในชุมชนระบบเดิม

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาระบบบริการฟื้นฟู

ขั้นตอนที่ 3 นำวิธีการที่ออกแบบไปดำเนินการ และติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบบันทึกกายภาพ บำบัดชุมชนของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก โดยประเมินความสามารถ การทำกิจวัตรประจำวัน (BI) ร่วมกับแนวปฏิบัติการ ตั้งเป้าหมายการรักษาตามแนวทางปฏิบัติโรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก โดยผู้จัดการทีมเป็นผู้กำกับดูแล ทั้งหมดในงานที่รับผิดชอบ จากระบบการปฏิบัติงาน ทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ เพศ พยาธิสภาพ แจกแจงด้วยความเป็น ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม IMC และ LTC ด้วย chisquare

อายุ จำนวนครั้ง ที่รับบริการฟื้นฟูในชุมชน เป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม IMC และ LTC ด้วย Independent sample t

ระยะเวลาที่มีอาการ BI เริ่มต้น BI สิ้นสุด แสดงเป็น ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด) เปรียบเทียบแตกต่าง ระหว่างกลุ่ม IMC และ LTC ด้วย Mann-Whitney U และเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ 0.05

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในคนของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่ IRB No. 102/59 วันที่ 14 ธันวาคม 2559

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ระบบการให้บริการฟื้นฟูในเขตชุมชนเมือง พิษณุโลก ระบบเดิมพบว่าที่ผ่านมาให้บริการด้วยวิธีการรักษากายภาพบำบัดในชุมชนนั้นให้บริการที่ศูนย์ฟื้นฟู 7 แห่ง (7 รพสต.) ไม่ครอบคลุมพื้นที่ให้บริการ 25 แห่ง (16 รพสต. 2 ศสม. 7 PCC) ผู้ป่วยได้รับการเฉลี่ยแต่ละ 1 ครั้ง/เดือน ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะยาว (LTC) เพื่อคงสภาพผู้ป่วย⁽⁷⁾ ไม่กำหนดเวลาสิ้นสุดการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ที่มีอาการไม่เกิน 6 เดือน ซึ่งในช่วงเวลาที่มีการฟื้นตัวสูงสุด⁽⁷⁾ ขาดโอกาสได้รับการดำเนินการฟื้นฟูให้เต็มศักยภาพอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ไม่สามารถป้องกันและลดความพิการ เกิดภาวะติดเตียงในระยะยาวเป็นปัญหาในระบบสุขภาพ

การพัฒนากระบวนการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ IMC ในชุมชนเขตอำเภอเมือง เริ่มจากการประชุมทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยทีมเวชกรรมฟื้นฟู ทีมเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ ทีมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อร่วมกันออกแบบการให้บริการฟื้นฟูในชุมชนและการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพได้จัดทำแนวทางการให้บริการ ระบุกลุ่มเป้าหมายและจัดทำเกณฑ์การให้บริการที่ชัดเจนคือ ให้บริการจนผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถจนบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูคือเต็มศักยภาพหรือครบ 6 เดือน หลังจากนั้นเตรียมข้อมูลผู้ป่วย stroke ย้อนหลังจำนวน 6 เดือน (พฤษภาคม พ.ศ.2557-ตุลาคม พ.ศ.2558) และจัดแยกเป็นกลุ่มๆ ตามพื้นที่ให้บริการทั้ง 25 แห่ง (16 รพสต. 2 ศสม. 7 PCC) แล้วจัดประชุมและนำเสนอกิจกรรมรูปแบบใหม่และเกณฑ์ปฏิบัติแก่ผู้รับผิดชอบงานฟื้นฟูในชุมชน จัดตารางเวลาการออกให้บริการในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม จัดตั้งกรุป line เพื่อสื่อสารระหว่างนักกายภาพบำบัดและผู้รับผิดชอบงานฟื้นฟูในชุมชน เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานฟื้นฟูในแต่ละพื้นที่ที่มีเครือข่ายบุคลากรงานฟื้นฟูในชุมชนเขตอำเภอเมือง 62 คน

นอกจากนี้ได้พัฒนาระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลถึงชุมชนและจากชุมชนถึงโรงพยาบาลด้วยแบบประเมิน BI ที่ปรับปรุงใหม่ให้มีตัวอักษรขนาดใหญ่ สะดวกง่าย พร้อมแนบสำเนาการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน

ของนักกายภาพบำบัดทำให้ลดเวลาการเขียนข้อมูลการส่งต่อ ป้องกันการสูญหายใบส่งต่อด้วยการถ่ายรูปแล้วส่งเข้ากลุ่ม line ทำให้ปลายทางได้รับข้อมูลที่รวดเร็ว ก่อนผู้รับบริการ

ได้พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในชุมชนให้เป็นข้อมูลที่ต่อเนื่องกับการให้บริการในโรงพยาบาล โดยออกแบบแบบบันทึกกายภาพบำบัดชุมชนให้ง่ายต่อการบันทึกได้ข้อมูลครบถ้วน และต่อเนื่อง ทั้งข้อมูลการตรวจร่างกายและการรักษา โดยประเมินสองประเด็นได้แก่ ความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน (BI) และความสามารถทำกิจกรรมด้านการเคลื่อนที่ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC) ร่วมกับแนวปฏิบัติการตั้งเป้าหมายการรักษาตามแนวทางปฏิบัติโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ทำให้สามารถประเมินความก้าวหน้าได้อย่างเป็นระบบและได้ออกแบบแบบบันทึกให้มีขนาดกะทัดรัดเหมาะกับการพกพาออกให้บริการในชุมชน

หลังจากนั้นได้นำวิธีการที่ออกแบบไปดำเนินการคือ เริ่มออกให้บริการโดยนักกายภาพบำบัด 1 คน ออกให้บริการฟื้นฟูที่บ้าน/รพสต. ทุกวันทำการร่วมกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) จิตอาสา และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามตารางออกให้บริการฟื้นฟูครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 25 แห่ง (ตารางที่ 1) โดยออกให้บริการเฉลี่ยแต่ละ 2 ครั้ง/เดือนทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูเฉลี่ยเดือนละ 2 ครั้ง (ตารางที่ 1) ซึ่งเดิมให้บริการที่ศูนย์ฟื้นฟู 7 แห่งๆ ละ 1 ครั้ง/เดือนเท่านั้น รูปแบบใหม่ได้กำหนดเวลาการสิ้นสุดให้บริการคือ ผู้ป่วย IMC สิ้นสุดให้บริการเมื่อผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถจนบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูคือเต็มศักยภาพหรือครบ 6 เดือน ส่วนผู้ป่วย LTC สิ้นสุดให้บริการเมื่อเมื่อผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถจนบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูคือเต็มศักยภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ต่างจากระบบเดิมที่ไม่กำหนดเวลาสิ้นสุดการให้บริการส่งผลให้การให้บริการในอดีตมีแต่ผู้ป่วยคนเดิมที่บรรลุเป้าหมายการรักษาแล้วทำให้สามารถให้บริการผู้ป่วยรายใหม่ได้มากขึ้น

ตารางที่ 1 ระบบฟื้นฟูในชุมชนระบบใหม่ และระบบเก่า

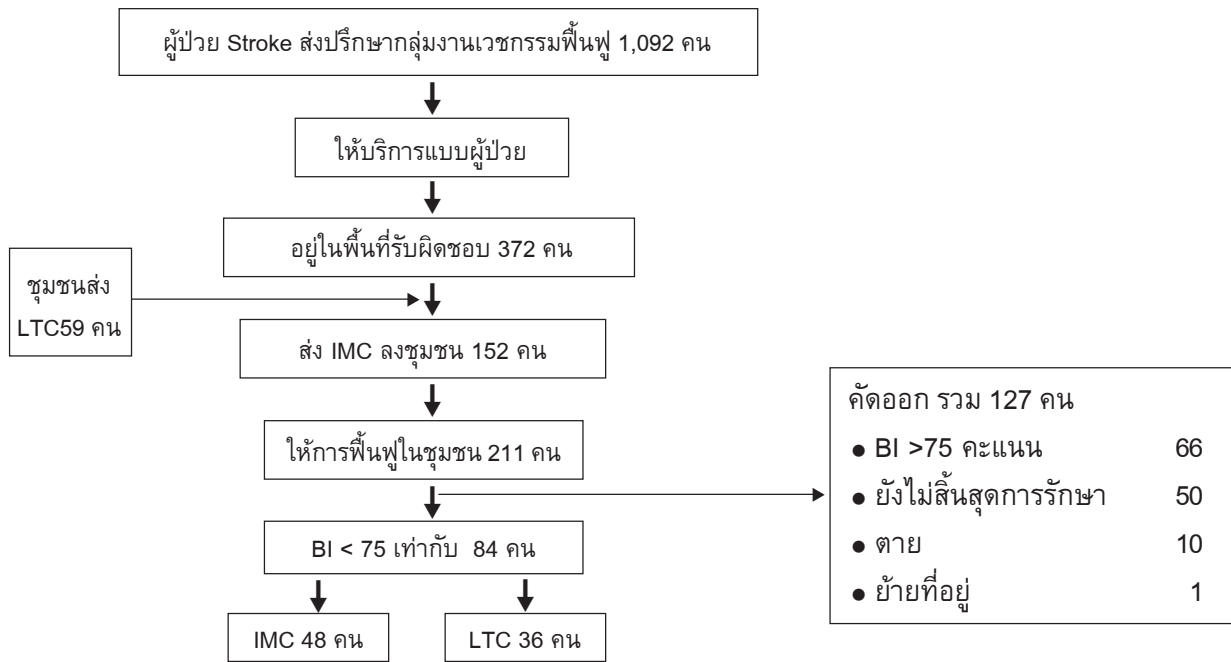
หัวข้อ	ระบบใหม่ ปี 2558-2559	ระบบเก่า ปี 2553-2557
จำนวน รพสต./ศสม/ PCC	25 (แห่ง)	7 (แห่ง)
จำนวนให้บริการต่อเดือน	2 (ครั้ง/แห่ง)	1 (ครั้ง/แห่ง)
เวลาให้บริการ	ทุกวันทำการ	เสาร์-อาทิตย์
ประเภทผู้ป่วย	IMC, LTC	LTC
กำหนดสิ้นสุดบริการ	IMC เมื่อ 6 เดือน หรือบรรลุเป้าหมาย LTC เมื่อญาติปฏิบัติตามคำแนะนำได้	ไม่กำหนด

การติดตามประเมินผลพบว่าการพัฒนาระบบครั้งนี้ สามารถให้บริการผู้ป่วยในชุมชนได้เพิ่มขึ้นจากเดิมปีละ 185 ราย เป็น 1,045 ราย โดยผลการให้บริการในเดือนที่ 2 ของการออกให้บริการ พบอุปสรรคในการออกให้บริการคือพื้นที่ให้บริการส่วนใหญ่เตรียมผู้ป่วย LTC เพื่อรับบริการกายภาพบำบัดชุมชนจำนวนมากทำให้ไม่สามารถให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย IMC ได้ตามที่กำหนดจึงได้เชิญผู้รับผิดชอบแต่ละพื้นที่ประชุมเพื่อหาแนวทางร่วมกันและได้แสดงข้อมูลการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยภายหลังการฟื้นฟูเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม IMC และ LTC หลังจากให้บริการใน 2 เดือน พบว่าผู้ป่วยระยะ IMC สามารถเพิ่มความสามารรถได้ดีกว่า จึงได้แนวทางการให้บริการร่วมกัน โดยบูรณาการระบบบริการที่สามารถให้บริการทั้งผู้ป่วยระยะ IMC และ LTC โดยวิธีเน้นการให้บริการผู้ป่วยระยะ IMC ก่อนให้บริการผู้ป่วย LTC เนื่องจากมีศักยภาพในการฟื้นฟูมากกว่า

การติดตามและประเมินผลในเดือนที่ 5 พบว่ามีพื้นที่บางส่วน(ร้อยละ 20) ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด จึงได้ปรับวิธีใหม่โดยการแจ้งทีมเยี่ยมบ้านผ่านกลุ่ม line ล่วงหน้า 1 วันและประเมินผลการเยี่ยมบ้านว่าสามารถเยี่ยมผู้ป่วย IMC ได้ตามเป้าหมายหรือไม่โดยแจ้งผลในกลุ่ม line หลังให้บริการทุกวัน การปรับระบบในครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วย Stroke รายใหม่ ซึ่งอยู่ในระยะ IMC สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูและสามารถพัฒนาระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงสุดตามศักยภาพ

ผู้ป่วย Stroke รายใหม่ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558-ตุลาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 1,405 คน ส่งปรึกษากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู 1,092 คน (ร้อยละ 77.7) ได้รับ

บริการจำนวน 768 คน (ร้อยละ 54.7) อยู่ในเขต อ.เมืองพื้นที่รับผิดชอบรพ.พุทธชินราช พิษณุโลก 372 คน (ร้อยละ 26.5) ส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางลงชุมชน 152 คน (ร้อยละ 10.8) ชุมชนส่งปรึกษาผู้ป่วย LTC จำนวน 59 คน รวมเป็นให้บริการฟื้นฟูในชุมชน 211 คน คัดออกจากการศึกษา 127 คน เนื่องจากคะแนน BI > 75 คะแนน ตาย ย้ายที่อยู่ และยังไม่สิ้นสุดการรักษาเหลือผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์ 84 คน แบ่งเป็นสองกลุ่มคือผู้ป่วยระยะ IMC 48 คน และ LTC 36 คน (รูปภาพที่ 1) ผู้รับบริการเป็นเพศชายและหญิงร้อยละ 53.6 และ 46.4 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 68.7 ปี (24-92 ปี) พยาธิสภาพเป็น Ischemic และ Hemorrhage ร้อยละ 69 และ 23.8 โดยทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน ($p = 0.449, 0.915, 0.118$) จำนวนครั้งที่ให้บริการทั้งสองกลุ่มต่างกันโดยให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย IMC เฉลี่ย 5.36 ครั้ง LTC เฉลี่ย 3.49 ครั้ง ($p = 0.017$) ระยะเวลาที่มีอาการพบในกลุ่ม IMC มีค่ามัธยฐานที่ 1 เดือน (5 วันถึง 6 เดือน) ส่วนผู้ป่วย LTC มีค่ามัธยฐานที่ 36 เดือน (9 เดือนถึง 12 ปี) ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2) เมื่อเริ่มต้นการรักษา ค่ามัธยฐานของ BI เริ่มต้นทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกันคือ 40 คะแนน (Q1, Q3: 26.2, 55.0) และ (Q1, Q3: 21.2, 55.0) ตามลำดับ ($p=0.713$) และเมื่อให้การรักษาแล้วพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนน BI เพิ่มขึ้น ($p < 0.001$ และ 0.003) แต่เมื่อสิ้นสุดการรักษาทั้งสองกลุ่มต่างกันคือ 90 คะแนน (Q1, Q3: 46.2, 100) และ 50 คะแนน (Q1, Q3: 26.2, 63.8) ตามลำดับ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3)



รูปที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษา

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ IMC และ LTC

หัวข้อ	รวม (n=84 คน)	IMC (n = 48 คน)	LTC (n = 36 คน)	p-value
เพศ คน (ร้อยละ)				.449 ^a
ชาย	45 (53.6)	24 (50.0)	21 (58.3)	
หญิง	39 (46.4)	24 (50.0)	15 (41.7)	
อายุเฉลี่ย (ปี) ± SD (ค่าต่ำสุด-สูงสุด)	68.7 ± 13.1 (24-92)	68.56 ± 14.9 (24-92)	68.88 ± 10.4 (40-86)	.915 ^b
พยาธิสภาพ คน (ร้อยละ)	(n = 78 คน)	(n = 47 คน)	(n = 31 คน)	.118 ^a
Ischemic	58 (69.0)	32 (66.7)	26 (72.2)	
Hemorrhage	20 (23.8)	15 (31.3)	5 (13.9)	
จำนวนให้บริการเฉลี่ย (ครั้ง) ± SD (ค่าต่ำสุด-สูงสุด)	4.6 ± 3.6 (1-16)	5.4 ± 3.5 (1-14)	3.5 ± 3.4 (1-16)	.017 ^b
ระยะเวลาที่มีอาการ (เดือน) ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3) (ค่าต่ำสุด-สูงสุด) (เดือน)	4 (1, 24) (5 วัน-144)	1 (14 วัน, 2) (5 วัน-6)	36 (20, 48) (9-144)	< .001 ^c

^aChisquare

^bIndependent-Sample t

^cMann-Whitney Test

ตารางที่ 3 คะแนน BI ผู้ป่วยกลุ่ม IMC และ LTC

คะแนน BI	ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3)		p-value ^a
	IMC (n = 48 คน)	LTC (n = 36 คน)	
เริ่มต้น	40.0 (26.2, 55.0)	40.0 (21.2, 55.0)	0.713
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0-70.0	0-70.0	
สิ้นสุด	90.0 (46.2, 100.0)	50.0 (26.2, 63.8)	< 0.001
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0-100.0	0-100.0	
p-value ^b	< 0.001	0.003	

^aMann-Whitney Test^bWilcoxon Signed Ranks Test

วิจารณ์

การพัฒนาระบบในครั้งนี้ได้ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานโดยระบุกลุ่มเป้าหมายและแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน การเรียงลำดับการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีคะแนน BI < 75 ก่อนผู้ป่วย LTC เนื่องจากเป้าหมายในการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะ IMC คือเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย และหลังจากนั้นจะเป็นการฟื้นฟูในระยะ LTC คือเพื่อคงระดับความสามารถไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้⁽⁷⁾ การให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ IMC จึงเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูมีโอกาสรับบริการอย่างต่อเนื่องอย่างเหมาะสมได้มากที่สุดในช่วงเวลาที่มีการฟื้นตัวเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย⁽⁷⁾ โดยจะให้บริการผู้ป่วย IMC จนกระทั่งบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูหรือเมื่อครบ 6 เดือน ส่วนผู้ป่วย LTC จะให้บริการจนกระทั่งเมื่อญาติปฏิบัติตามคำแนะนำได้หลังจากนั้นจะส่งคืนผู้ป่วยให้แก่ชุมชนหรือรพสต./ศสม./PCC ที่ผ่านมาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูเฉลี่ยเพียง 2 ครั้ง⁽³⁾ ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การพัฒนาระบบนี้ช่วยให้ผู้ป่วยระยะ IMC ในชุมชนที่มีคะแนน BI น้อยกว่า 75 เข้าถึงบริการฟื้นฟูในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.4 ครั้ง (1-14 ครั้ง) ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐานคะแนน BI 40 เป็น 90 คะแนน (p < 0.001) เช่นเดียวกับการจัดระบบ

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจังหวัดระบุรีคะแนน BI เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 26.07 เป็น 56.67 คะแนน (p < 0.05)⁽⁴⁾ เป็นการป้องกันและลดความพิการ ลดจำนวนผู้ป่วยในสภาพติดเตียงมีภาวะพึ่งพิง ลดภาระในการดูแลปัญหาสุขภาพครอบครัว สังคม⁽⁷⁾ ทั้งนี้เมื่อมีเวลาเหลือพอหลังจากให้บริการผู้ป่วย IMC จึงให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย LTC ซึ่งมีระยะเวลาอ่อนแรง 36 เดือน (9 เดือนถึง 12 ปี) ได้รับความสามารถทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย LTC เพิ่มขึ้นจากคะแนน BI 40 เป็น 50 คะแนนจะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูผู้ป่วย stroke ระยะเรื้อรังหรือ LTC ยังมีความสามารถในการใช้งานเพิ่มขึ้นอีกได้หากได้รับการฟื้นฟูที่ต่อเนื่อง^(8,9,10) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม IMC และ LTC พบว่ากลุ่ม IMC สามารถพัฒนาศักยภาพได้ดีกว่า LTC⁽⁷⁾ จากคะแนน BI เริ่มต้นไม่ต่างกันคือค่ามัธยฐาน 40 คะแนน แต่เมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วคะแนน BI ทั้งสองกลุ่มต่างกันคือ 90 และ 50 คะแนน ตามลำดับ (p < 0.001) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าการฟื้นฟูสภาพการใช้งานของขา เช่น ความเร็วของการเดินจะดีขึ้นเฉพาะผู้ป่วยระยะ IMC ที่ได้รับการฟื้นฟูจนกระทั่ง 6 เดือน^(5,11,12)

อุปสรรคในการพัฒนาระบบพบว่ายังขาด ระบบสารสนเทศทางอิเล็กทรอนิกส์เชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่หอผู้ป่วยจนถึงชุมชน ระหว่างการพัฒนาระบบนี้ทีมได้บูรณาการส่งต่อข้อมูลด้วยแบบประเมินคะแนน BI ที่ง่าย

เหมาะกับส่งข้อมูล ด้วยบริบทพื้นที่ให้บริการ รพสต./ศสม./PCC แตกต่างกันถึง 25 แห่ง กลุ่ม line จึงเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานฟื้นฟูในแต่ละพื้นที่แบบไร้รอยต่อ ประกอบกับวิธีการแจ้งทีมล่วงหน้า 1 วัน และการสะท้อนข้อมูลหลังให้บริการทุกวันผ่านกลุ่ม line ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ซึ่งอยู่ในระยะกลางสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและพัฒนาระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงสุดตามศักยภาพควรให้ความสำคัญและสนับสนุนฟื้นฟูผู้ป่วยระยะ IMC เพื่อลดปัญหาติดเตียง ลดความพิการทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการฟื้นฟู อาจารย์จตุพร เสือมี กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก สำหรับคำปรึกษาด้านสถิติ ขอขอบคุณคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก สำหรับคำปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Thai Stroke Society. Stroke situation [homepage on the Internet]. [cited August 2013]. Available from: URL <https://thai-stroke-society.org/purpose/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B8%AA/>
2. Office of the National Economic and Social Development. Ministry of Public Health. Mahidol University. Strategic plan for good health Thai way of life, 2011-2020. 2010;p.17.
3. Sirisereepaph O, Cumjun K, Wannapira P. Rehabilitation in stroke patients Buddha-

chinaraj Phitsanulok Hospital. *Buddhachinaraj Med J* 2008;25(2):699-704.

4. Teppanich S. The implementation of Intermediate Rehabilitation setting in the community of Saraburi. Development of Subacute Rehabilitation setting and take off the lesson under the Ministry of Public Health. Bangkok: Association of Rehabilitation Medicine of Thailand;2015. p.13-27.
5. Utrarachkij N, Reecheeva N, Siriratna P, Thamronglaohaphan P, Chira-adisai W. Functional Outcomes of Upper and Lower Limbs after Rehabilitation Program in Sub-acute and Chronic Stroke Patients at Ramathibodi Hospital. *J of Thai Rehabil Med* 2016;26(2):47-53.
6. Khiaocharoen, O., Pannarunothai, S., Riewpaiboon, W., & Zungsontiporn, C. Rehabilitation Service Development for Sub-acute and Non-acute Patients under the Universal Coverage Scheme in Thailand. *J Health Sci* 2017;24(3):493-509.
7. Development of Subacute Rehabilitation setting and take off the lesson under the Ministry of Public Health. Bangkok: Association of Rehabilitation Medicine of Thailand;2015.
8. Dean CM, Richard CL, Malouin F. Task-related circuit training improves performance of locomotor tasks in chronic stroke: a randomized, controlled pilot trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:409-17.
9. Rimmer JH, Riley B, Creviston T, Nicola T. Exercise training in a predominantly African-American group of kistroke survivors. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32: 1990-6.
10. Eng JJ, Chu KS, Kim CM, Dawson AS, Carswell A, Hepburn KE. A community-based group exercise program for persons

- with chronic stroke. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1271-8.
11. Franceschini M, Carda S, Agosti M, Antenucci R, Malgrati D, Cisari C. Walking after stroke: What does treadmill training with body weight support add to overground gait training in patients early after stroke?: a single-Blind, randomized, controlled trial. *Stroke*2009;40:3079-85.
 12. Hidler J, Nichols D, Pelliccio M, Brady K, Campbell DD, Kahn JH, Hornby TG. Multicenter randomized clinical trial evaluating the effectiveness of the lokomat in IMC stroke. *Neurorehabil Neural Repair* 2009;23:5-13