

บทความทั่วไป

แนวคิดเรื่องงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย

Concept for Development of Medical Rehabilitation in Thailand

บัณฑิต เกตุสุวรรณ *

บทนำ

การเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นต่อมนุษย์ได้เสมอ ในทางพุทธศาสนาจัดให้เป็นสถานะหนึ่งอยู่ในวัฏสงสารอันได้แก่ การเกิด การแก่ การเจ็บ และการตาย ซึ่งถือว่าเป็นวงจรชีวิตของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลายและเป็นสัจธรรมของโลกที่ไม่มีใครหนีพ้นได้เมื่อพิจารณาสถานะทั้งสี่ในวัฏสงสารจะพบว่ามียุสสามสถานะที่มนุษย์ทุกคนจะประสบเพียงคนละครั้งเดียวเท่านั้น คือการเกิด การแก่ และการตาย ส่วนการเจ็บจะแตกต่างออกไปคือสามารถเกิดขึ้นได้คนละหลายครั้งในชั่วชีวิตหนึ่งจนกว่าจะถึงคราวตายและการเจ็บยังเป็นต้นเหตุของความทุกข์ทรมานความเศร้าโศกเสียใจและเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ความตายอีกด้วย มนุษย์จึงได้พยายามคิดค้นวิธีป้องกันการเจ็บที่เกิดจากโรคหรือสาเหตุอื่นและวิธีบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพจนทำให้มนุษย์ในปัจจุบันนี้มีอายุยืนยาวกว่าในอดีตมาก วิธีป้องกันเป็นเรื่องของการให้ความรู้ความเข้าใจในการดำเนินชีวิต การสร้างพฤติกรรมและการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องการการฉีดและการให้วัคซีนป้องกันโรค (Vaccination) ส่วนวิธีบำบัดรักษาเป็นการนำกระบวนการและวิธีการทางการแพทย์มากระทำเพื่อให้คนป่วยหายจาก

โรคกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติดังเดิม แต่ก็มีบางโรคบางสาเหตุที่ทำให้คนเจ็บป่วยแล้วจะบำบัดรักษาอย่างไรก็ไม่สามารถฟื้นคืนเป็นปกติได้มีแต่เพียงทุเลาลงบ้างหรือคงเหลือผลที่เกิดจากโรคเอาไว้ให้เป็นปัญหาต่อครอบครัว ต่อสังคมและต่อประเทศชาติและที่สำคัญต่อตัวผู้ป่วยเอง คือ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ บุคลิกภาพและรวมไปถึงสภาพของจิตใจ ผลดังกล่าวก็คือความพิการด้อยสมรรถภาพของร่างกายที่มีผลก่อให้เกิดปัญหาต่างๆมากมาย จึงได้มีความพยายามคิดค้นกระบวนการและวิธีการแก้ไขเพื่อช่วยลดความพิการและความด้อยสมรรถภาพเป็นประการแรก ช่วยขจัดและแก้ไขปัญหากที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยและสังคมคนรอบข้างเป็นประการต่อมา กระบวนการและวิธีการที่นำมาใช้เหล่านี้เรียกว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการด้อยสมรรถภาพ

ผู้ป่วยที่มารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีความแตกต่างในการใช้กระบวนการและวิธีการเข้าฟื้นฟูแก้ไขปัญหาดังๆ ซึ่งแยกออกเป็นรูปแบบเฉพาะในแต่ละเรื่องขึ้นอยู่กับลักษณะและ

* กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สภาพของความพิการด้อยสมรรถภาพของผู้ป่วยนั้นๆ จึงแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่หนึ่ง เป็นพวกลูกสูญเสียอวัยวะที่ต้องถูกตัดทิ้งไปเช่นแขนหรือขา เพราะมีอาการป่วยที่รุนแรงจนยากจะบำบัดรักษาให้หายได้ โดยมากมักจะมีสาเหตุมาจากการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติภัย ภัยสงครามแต่ก็มีพวกที่มีสาเหตุจากการเจ็บป่วยด้วยโรคบางชนิดที่มีความรุนแรง เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น กลุ่มนี้การแก้ไขฟื้นฟูทำได้โดยการประดิษฐ์อวัยวะเทียมขึ้นมาทดแทน เช่น แขนเทียมขาเทียมให้แก่ผู้ป่วยและต้องมีการฝึกฝนวิธีใช้ การดูแลรักษาอวัยวะเทียม นอกจากนั้นยังต้องฟื้นฟูร่างกายให้มีสมรรถภาพเพียงพอในการใช้อวัยวะเทียมได้เหมือนกับเป็นคนปกติหรือใกล้เคียงที่สุด อวัยวะเทียมที่ประดิษฐ์ขึ้นใช้มีอยู่ 2 แบบ คือ แบบที่ประดิษฐ์ขึ้นเพื่อให้ใช้งานได้เรียกว่า Mechanical prosthesis และแบบที่ประดิษฐ์เพื่อสวมใส่ให้ดูเหมือนอวัยวะปกติเรียกว่า Artificial prosthesis

กลุ่มที่สอง คือพวกที่มีสมรรถภาพของร่างกายลดลง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีร่างกายเป็นปกติทุกอย่างและไม่มีการสูญเสียหน้าที่ เพียงแต่ความสามารถในการใช้ร่างกายด้อยลงกว่าเดิมจนทำให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้เหมือนเดิมและการใช้ชีวิตต้องผิดไปจากปกติธรรมดา เป็นการด้อยสมรรถภาพที่มีสาเหตุมาจากการที่พลังกำลังและความอดทนของร่างกายมีประสิทธิภาพลดลงเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคบางอย่างเช่น โรคหัวใจ โรคปอด เป็นต้น จึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ร่างกายกลับสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงที่สุด ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดก็คือ Cardiac rehabilitation

กลุ่มที่สาม เป็นผู้ที่ร่างกายต้องสูญเสียหน้าที่ไป ปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะค่อนข้างมากและรุนแรงกว่าสองกลุ่มแรกเพราะต้องเป็นภาวะ

ต่อคนในครอบครัว ต่อสังคมและประเทศชาติ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือควบคุมการเคลื่อนไหวให้เป็นปกติได้ จึงทำให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนคนปกติ สาเหตุสำคัญมาจากการเกิดโรคหรือได้รับบาดเจ็บที่ระบบประสาท ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมสั่งการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกายและการทำงานของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อเป็นอัมพาตหรือไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อให้ทำงานร่วมกันได้ ระบบประสาทดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ระบบ¹ คือ

1. ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system หรือ CNS) ได้แก่ สมองและไขสันหลัง

ตัวอย่างของโรคและสาเหตุที่เกิดขึ้นที่สมอง ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง เนื้องอกในสมอง ฝีในสมอง Meningitis, Encephalitis, Cerebral palsy, Parkinson's disease, Brain injury เป็นต้น

ตัวอย่างของโรคและสาเหตุที่เกิดขึ้นที่ไขสันหลัง ได้แก่ Spinal bifida, Syringomyelia, Cord tumor, Cord injuries, Herniation of nucleus pulposus โปลิโอ เยื่อหุ้มไขสันหลังอักเสบ เป็นต้น

2. ระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral nervous system หรือ PNS) ได้แก่ เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อต่างๆในร่างกาย ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ (Voluntary muscles) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

- เส้นประสาทสมอง (Cranial nerves) มีอยู่ 12 คู่ โรคที่พบบ่อย คือ Bell's palsy Trigeminal neuralgia, เนื้องอกเกิดที่เส้นประสาทสมอง (Neuromas) เป็นต้น

- เส้นประสาทไขสันหลัง (Spinal nerves) มีอยู่ 31 คู่ โรคที่พบบ่อย คือ Neuritis, Neuromas

Neuralgia, การมีบาดแผล เป็นต้น

3. ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system หรือ ANS) ได้แก่เส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อนอกอำนาจจิตใจ (Involuntary muscles) ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อของอวัยวะภายในทั้งหมด เป็นต้น และยังทำหน้าที่ควบคุมการผลิตเอนไซม์และฮอร์โมนของต่อมต่างๆ ให้เกิดความสมดุลจึงมีเส้นประสาทอยู่สองพวกทำหน้าที่ตรงกันข้าม คือ เส้นประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nerves) และเส้นประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nerves)

ปัญหาที่เกิดต่อระบบประสาทอัตโนมัติจึงมักจะเป็นเรื่องของการทำงานที่ผิดปกติไป เช่น การกลั่นปัสสาวะและอุจจาระ การทำงานของกล้ามเนื้อทางเดินอาหาร การทำงานของกระบังลม การเต้นของหัวใจ ฯลฯ เป็นต้น

ปัญหาผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

หลังจากผู้ป่วยเกิดความพิการด้อยสมรรถภาพแล้วจะมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้นตามมามากมายซึ่งจำเป็นจะต้องทำการแก้ไขและฟื้นฟูโดยกระบวนการหรือวิธีการต่างๆ เพื่อให้ปัญหาเหล่านั้นลดลงจนไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตในสังคมร่วมกับคนปกติ และให้เป็นภาระในการช่วยเหลือดูแลจากคนในครอบครัวให้น้อยที่สุด ปัญหาหลักๆ ที่พบว่าจะต้องทำการแก้ไขฟื้นฟูมีดังนี้

1. ปัญหาทางร่างกาย สิ่ง que เห็นได้อย่างชัดเจนประการแรกคือการสูญเสียอวัยวะ ประการต่อมาคือพวกที่มีสมรรถภาพของร่างกายลดลง เช่น ไม่สามารถสั่งกล้ามเนื้อให้ทำงานเป็นปกติได้ เพราะกล้ามเนื้อเป็นอัมพาตทำให้เกิดความลำบากในการดำเนินชีวิตร่วมกับคนปกติในสังคม ไม่สามารถประกอบกิจกรรมและภารกิจต่างๆ ทั้งใน

และนอกบ้าน ไม่สามารถทำ กิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง เป็นต้นเหตุที่ทำให้วิถีชีวิตและบุคลิกภาพของผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงไป

2. ปัญหาทางจิตใจ สิ่งแรกที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วย คือ ความทุกข์ใจและมีอาการซึมเศร้าต่อเมื่อรู้ว่าจะต้องมีความพิการด้อยสมรรถภาพ สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาเป็นความรู้สึกมีปมด้อยและสูญเสียความมั่นใจ บางคนถึงกับท้อแท้หมดกำลังใจและมีจิตใจห่อเหี่ยวจนเป็นอุปสรรคต่อการแก้ไขฟื้นฟู การที่ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองก็เป็นเรื่องหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้อย่างมากมายเช่น กลายเป็นคนโมโหง่ายใจร้อน ฉุนเฉียว บางครั้งมีอาการแปรปรวนหรือเอะอะโวยวายจนกลายเป็นก้าวร้าวได้

3. ปัญหาทางสังคม จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันบางเรื่องได้ด้วยตนเองและไม่สามารถปฏิบัติภารกิจที่เคยทำทั้งในและนอกบ้านได้เหมือนเช่นเคย จึงตกเป็นภาระของคนในครอบครัวที่ต้องเสียเวลาส่วนหนึ่งมาใช้ในการดูแลให้ความช่วยเหลือ บางคนถึงขั้นต้องหยุดการประกอบอาชีพจนเกิดความเดือดร้อน วุ่นวายขึ้นภายในครอบครัว ยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวความเดือดร้อนวุ่นวายจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้หากมีผลกระทบในการประกอบอาชีพของผู้ป่วยจะทำให้ครอบครัวขาดรายได้จนส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของคนในครอบครัวและเกิดความเปลี่ยนแปลงในครอบครัวอย่างมากมาย ถึงแม้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขฟื้นฟูจนสามารถประกอบอาชีพใหม่ได้ แต่เชื่อว่ารายได้ก็คงไม่เท่าเดิมจะต้องลดลงไปไม่มากนักน้อย ปัญหาเหล่านี้นอกจากมีผลเสียหายนต่อครอบครัวแล้วยังส่งผลกระทบต่อสังคม และประเทศชาติด้วย ทำให้รัฐต้องเข้ามาดูแลช่วยเหลือและแก้ไข ที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือเรื่องของการจัดทำสิ่งแวดล้อม

อาคารสถานที่ให้มีอุปกรณ์เครื่องมือและเครื่องใช้ที่สอดคล้องกับความต้องการและสะดวกต่อผู้ป่วย ผู้พิการที่จะสามารถเข้าร่วมกับคนปกติ เพื่อให้การอยู่ร่วมกันระหว่างคนพิการและคนปกติในสังคมเป็นไปได้โดยไม่มีอุปสรรค อีกเรื่องหนึ่งที่รัฐได้กระทำก็คือ การออกพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534² ซึ่งมีเนื้อหาในเรื่องการคุ้มครองและการสร้างหลักประกันการได้รับสิทธิและบริการขั้นพื้นฐานในสังคมและได้มีการกำหนดให้สถานประกอบการต้องให้ความช่วยเหลือต่อผู้พิการที่ได้ผ่านการฝึกอาชีพมาแล้วได้เข้าทำงาน โดยถือสัดส่วนว่าจำนวนพนักงานปกติต่อผู้พิการเท่ากับสองร้อยคนต่อผู้พิการหนึ่งคน

4. ปัญหาทางการศึกษาเล่าเรียน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะผู้ป่วยที่ยังอยู่ในวัยเรียนเท่านั้น การที่มีความพิการด้วยสมรรถภาพ ย่อมเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งต่อการเรียนร่วมขึ้นกับเด็กปกติแน่นอนเพราะเด็กพิการคงไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้ร่างกายได้เท่ากับเด็กปกติ กลายเป็นตัวถ่วงเพื่อนร่วมชั้นเรียนให้เกิดความล่าช้า ยิ่งถ้ามีคนสติปัญญาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมด้วยยิ่งทำให้มีปัญหามากขึ้น ความคิดที่จะแก้ไขและให้ความช่วยเหลือเด็กเหล่านี้ เริ่มด้วยการก่อตั้งโรงเรียนพิเศษเฉพาะสำหรับเด็กพิการแต่ละประเภทโดยเริ่มที่องค์กรเอกชน ได้แก่มูลนิธิต่างๆ เช่น โรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพก่อตั้งโดยมูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ โรงเรียนเศรษฐเสถียร(สอนคนหูหนวก) ก่อตั้งโดยมูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวกในพระบรมราชินูปถัมภ์ โรงเรียนศรีสังวาลย์ (สอนเด็กพิการ)ปากเกร็ด ก่อตั้งโดยมูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการในพระบรมราชินูปถัมภ์ เป็นต้น ความจริงปัญหานี้ผู้ที่สามารถให้การดูแล แก้ไขได้ดีที่สุดคือภาครัฐ แต่ที่ผ่านมารัฐมีบทบาทเรื่องนี้น้อยมากจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2541

รัฐจึงได้หันมาให้ความสนใจเพราะรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ที่รัฐจะต้องจัดให้มีการศึกษาแก่เด็กทุกคนเท่าเทียมกันเป็นเวลา 12 ปี โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ดังนั้นรัฐโดยกระทรวงศึกษาธิการจึงได้ดำเนินการให้เด็กพิการได้มีโอกาสทางการศึกษาเหมือนกับเด็กปกติโดยการจัดทำโครงการชื่อว่า “ก้าวใหม่ของการขยายโอกาสทางการศึกษาแก่คนพิการ”³ คือจัดให้มีโรงเรียนพิเศษสำหรับเด็กพิการได้เข้าไปเรียนร่วมกับเด็กปกติ ซึ่งมีรูปแบบต่างๆ ดังนี้

- โรงเรียนพิเศษเฉพาะเด็กพิการ ส่งเด็กพิการไปเรียนร่วมหรือร่วมกิจกรรมในโรงเรียนปกติซึ่งอาจอยู่ใกล้เคียงกัน

- โรงเรียนปกติจัดชั้นเรียนพิเศษสำหรับเด็กพิการ โดยร่วมกิจกรรมกับเด็กปกติ

- โรงเรียนปกติจัดชั้นเรียนพิเศษสำหรับเด็กพิการโดยร่วมกิจกรรมและเรียนร่วมบางวิชา

- โรงเรียนปกติจัดให้เด็กพิการเข้าเรียนในชั้นปกติตลอดเวลา โดยมีหรือไม่มีครูเสริมวิชาการ

รูปแบบสุดท้ายนี้เป็นความหวังสูงสุดของการจัดการเรียนร่วม การที่เด็กจะเลือกเรียนร่วมในรูปแบบใดได้นั้นจะต้องผ่านการพิจารณาองค์ประกอบต่างๆ ให้มีความเหมาะสมโดยมีเกณฑ์การประเมินจากเรื่องต่อไปนี้

- ความรุนแรงของความพิการ
- การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและระดับสติปัญญา

- ความสามารถของเด็กด้านการปรับตัวด้านการเรียนรู้

- ความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องกับนักเรียน

- ความพร้อมของโรงเรียนและผู้ปกครอง

5. ปัญหาทางเศรษฐกิจ ผลกระทบอันดับแรกคือครอบครัวของผู้ป่วยที่ตัวผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูตนเองแล้ว

ยังต้องสูญเสียรายได้จากการหยุดประกอบอาชีพ ทั้งตัวเองและคนในครอบครัวที่ต้องหยุดงานเพื่อ มาดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย อันต่อไปเป็นผล กระทบต่อครอบครัวได้แก่ เพื่อนฝูงญาติพี่น้องที่ จะต้องเสียเงินจ่ายใช้สอยของกินของใช้และ ของเยี่ยมผู้ป่วยและยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางด้วย ยิ่งไปกว่านั้นก็คือทุกคนต้องสูญเสียเวลา นอกจากนั้นยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจร่วมด้วยคือ ก่อให้เกิดความทุกข์ใจต่อคนในครอบครัวและคน รอบข้างและความเดือดร้อนทางด้านเศรษฐกิจยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่สร้างปัญหาต่อสภาพจิตใจของ ผู้ป่วยอีกทางหนึ่งด้วย ผลกระทบอันดับต่อไปคงจะเป็นเรื่องทางสังคมและประเทศชาติ ในทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นรัฐหรือเอกชนต้องเสียเงินเป็นค่าใช้จ่ายในการ ปรับปรุงแก้ไขสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ การจัด ให้มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยผู้พิการ ให้ได้มีโอกาสใช้สอยร่วมกับคนปกติ ตามที่รัฐได้ ออกกฎหมายกำหนดไว้ เช่น ทางลาดสำหรับขึ้น ลงอาคาร รวบันไดสองข้างเอาไว้ให้เกาะขึ้นลง รวพยางค์ขึ้นลงภายในห้องน้ำห้องส้วม ความ กว้างของประตู เป็นต้น อาคารสถานที่ที่สร้างใหม่ ก็จะต้องใช้งบประมาณในการจัดสร้างให้มีสิ่งต่างๆ ตามที่กล่าวมาให้เป็นไปตามข้อกำหนดในกฎหมาย และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บังเกิดผลใน ทางปฏิบัติ กระทรวงหลักๆที่รับผิดชอบออกกฎ กระทรวง คือ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ โดยมี สำนักงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่อยู่ภายใต้ กรมประชาสงเคราะห์กระทรวงแรงงานและ สวัสดิการสังคมเป็นแกนในการดำเนินงาน² นอกจากนี้ รัฐยังมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้จ่ายในการ สนับสนุนให้คนพิการด้อยสมรรถภาพเหล่านี้ได้มี ชีวิตความเป็นอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้โดยไม่มี อุปสรรค เช่นการช่วยเหลือในรูปแบบของเงินสนับสนุน

การดำเนินงานของโรงพยาบาลและสถานบริการ สาธารณสุข เป็นค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาและ แก้ไขปัญหาของตัวผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการ พนักงาน รัฐวิสาหกิจในรูปของค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการเช่น การเบิกค่ารักษาพยาบาล การเบิกค่าเครื่องมือ อุปกรณ์และเครื่องช่วยคนพิการ อุปกรณ์แก้ไข ความพิการต่างๆ เป็นต้น ซึ่งในแต่ละปีรัฐต้องเสีย ค่าใช้จ่ายสำหรับเรื่องนี้นับหมื่นล้านบาท

ความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ แพทย์

นอกจากเป็นกลไกและกลยุทธ์ที่ใช้ในการแก้ไข ปัญหาลดความพิการหรือความด้อยสมรรถภาพ ของร่างกายผู้ป่วยให้กลับมาสามารถประกอบ การกิจทั้งในและนอกบ้านได้ ทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเองได้ จนบรรลุสู่จุดที่สามารถพึ่งตนเองได้ ไม่เป็นภาระต่อคนข้างเคียงหรือเป็นภาระน้อยที่สุด ยังจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของร่างกายผู้ป่วย ให้มีความสามารถทำงานประกอบอาชีพได้เพื่อช่วย ให้การแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจและความ เป็นอยู่ของครอบครัวของผู้ป่วยดีขึ้น ถ้าหากยังอยู่ ในวัยเรียนก็ต้องพัฒนาให้มีความรู้พร้อมที่จะ เรียนกับเด็กปกติหรือเรียนในสถานที่เรียนที่มีรูปแบบ เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องมีการ ฟื้นฟูสภาพจิตใจให้ผู้ป่วยหรือคนพิการเหล่านี้มีความ เชื่อมั่นปราศจากปมด้อยและมีความกระตือรือร้น ที่จะรับการแก้ไขตลอดจนให้ความร่วมมือในการ ปรับสภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้เลือกหรือ กำหนดเอาไว้ การฟื้นฟูสมรรถภาพจะได้ผลดีมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆดังนี้

1. ความรุนแรงของพยาธิสภาพ
2. ตำแหน่งหรือส่วนที่เกิดพยาธิสภาพ
3. อายุของผู้ป่วย
4. การมีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยง

5. การบำบัดรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม
6. การบำบัดรักษาที่ครบถ้วนและเพียงพอ
7. การเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วและทันทั้งที่
8. ความเอาใจใส่ของผู้บำบัดรักษา

หัวใจของงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์คือ มุ่งแก้ไขปัญหาทุกด้านที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยเมื่อมีความพิการด้วยสมรรถภาพแล้วเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุดโดยอาศัยทั้งวิธีการทางการแพทย์และทางกฎหมาย

ขอบเขตของงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

งานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เป็นกระบวนการและวิธีการที่บุคลากรจากหลายวิชาชีพมาร่วมกันระดมความสามารถและความคิดในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละด้านต่อผู้ป่วยโดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันทั้งระยะสั้นและระยะยาว ปรีกษาหารือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อหารือสรุปการเลือกใช้แนวทางที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยมากที่สุดเช่น การเลือกใช้เครื่องช่วยคนพิการ เครื่องช่วยเดิน การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการดำรงชีวิตทั้งในและนอกบ้าน การประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นต้นจนถึงการเลือกหาอาชีพที่เหมาะสมให้ ทั้งหมดนี้บุคลากรแต่ละวิชาชีพจะต้องทำการฝึกฝนผู้ป่วยตามบทบาทของแต่ละคนพร้อมทั้งประสานงานกันจนบรรลุเป้าหมายที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้ สรุปได้ว่าหัวใจของงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อยู่ที่การทำงานร่วมกันเป็นทีม⁴

บุคลากรแต่ละสาขาวิชาชีพและบทบาทของแต่ละคนในการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยสามารถอธิบายพอเป็นสังเขปได้ดังนี้

1. แพทย์เวชกรรมฟื้นฟู (Physiatrist) ถือเป็น

หัวหน้าทีมของการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทำหน้าที่เป็นประธานในการประชุมปรึกษาหารือเพื่อตัดสินใจกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละด้านและยังมีบทบาทในการติดตามประเมินผลการฝึกกว่าจะสามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดกันไว้หรือไม่ ในระหว่างการฝึกหากเกิดมีอุปสรรคหรือปัญหาในสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ก็จะนำเข้าสู่ที่ประชุมปรึกษาหารือกันใหม่ นอกจากนี้ยังเป็นผู้ทำหน้าที่ส่งผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยปรับสภาพร่างกายของผู้ป่วยในส่วนที่มีปัญหาให้มีความเหมาะสมต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป

2. นักกายภาพบำบัด (Physical therapist) เป็นบุคลากรที่มีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องของการฝึกกล้ามเนื้อให้ทำงานกระตุ้นให้เกิดการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายเพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวในอิริยาบถต่างๆได้เหมือนคนปกติหรือใกล้เคียงที่สุด ช่วยแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาให้การเคลื่อนไหวและการเคลื่อนที่ของร่างกายจนมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุด การประกอบภาระกิจทั้งในและนอกบ้านรวมถึงการประกอบอาชีพที่ตัวผู้ป่วยและทีมงานฟื้นฟูได้ตกลงใจเลือกร่วมกัน

3. นักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist) มีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องของการฝึกเกี่ยวกับการเสริมสร้างและ/หรือปรับปรุงการทำงาน การเคลื่อนไหวของร่างกายและอวัยวะต่างๆของผู้ป่วยในการใช้ทำกิจกรรมต่างๆให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น มีบทบาทในการประเมินศักยภาพของร่างกายผู้ป่วยเพื่อใช้พิจารณาในการเลือกอาชีพและเป็นผู้หนึ่งที่จะต้องเตรียมความพร้อมของร่างกายผู้ป่วยก่อนส่งไปฝึก

อาชีพต่อไป

4. พยาบาลฟื้นฟู (Rehabilitation nurse) เป็นบุคลากรที่ดูแลและจัดการเกี่ยวกับงานในหอผู้ป่วยทั้งในเรื่องการจัดยาตามคำสั่งแพทย์และป้องกันปัญหาที่จะเกิดกับผู้ป่วยอันเนื่องมาจากเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้เช่นการป้องกัน Deep vein thrombosis โดยทำการเคลื่อนไหวแขนหรือขาที่เป็นอัมพาต ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้โดยการพลิกตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เป็นต้น ดูแลและฝึกผู้ป่วยเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ คอยตรวจสอบปัญหาที่เกิดกับตัวผู้ป่วยในเรื่องการนอน ระบบการหายใจ การกลืนอาหาร เป็นต้น เพื่อรายงานแพทย์

5. นักจิตวิทยา (Psychologist) เป็นผู้มีความชำนาญในเรื่องการทดสอบสภาพจิตใจและระดับสติปัญญาของผู้ป่วย ช่วยแก้ไขปรับปรุงสภาพจิตใจให้มีความเหมาะสมต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและยังมีความชำนาญในการช่วยกระตุ้นและพัฒนาให้เกิดสมาธิและความกระตือรือร้น (Concentration and motivation) จนมีสภาพทางจิตที่พร้อมจะรับการฝึกในด้านอื่นๆ ได้ดีขึ้น

6. นักอรรถบำบัด (Speech therapist) เป็นผู้มีความชำนาญในการทำหน้าที่ฝึกพูดให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูดและการออกเสียง แก้ไขปรับปรุงความผิดปกติในการพูดเช่นพูดติดอ่าง ออกเสียงได้ไม่ชัด เป็นต้น ช่วยเสริมสร้างวิธีสื่อสารให้แก่ผู้ป่วยใช้กับคนข้างเคียงและบุคลากรที่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพให้

7. นักกายอุปกรณ์ (Orthotist and Prosthetist) มีบทบาทในการประดิษฐ์และจัดทำอุปกรณ์เสริมและเทียมเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาคอพิการหรือด้อยสมรรถภาพของผู้ป่วยตามที่ได้ประชุมตัดสินใจเลือกให้แก่ผู้ป่วย

8. นักสังคมสงเคราะห์ (Social worker)

ทำหน้าที่ชักประวัติเกี่ยวกับความเป็นไปภายในครอบครัวของผู้ป่วย ตรวจสอบฐานะความเป็นอยู่ทั้งที่บ้านและในสังคมตลอดจนรายได้จากการประกอบอาชีพก่อนที่จะป่วย เก็บและรวบรวมข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นส่วนประกอบในการพิจารณาของทีมงานเพื่อการตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะใช้แก้ไขปัญหาต่างๆรวมทั้งการเลือกอาชีพให้แก่ผู้ป่วย

9. นักแนะแนวอาชีพ (Vocational counselor) เป็นผู้มีความชำนาญในการนำข้อมูลและศักยภาพทางร่างกายของผู้ป่วยมาพิจารณาจัดหาอาชีพต่างๆที่เห็นว่าน่าจะเหมาะสมมาให้ผู้ป่วยเลือก โดยจะต้องพยายามให้ข้อมูลและคำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยได้รู้จักก่อนตัดสินใจเลือก และนำเสนอทีมงานฟื้นฟูเพื่อวางแผนการฝึกทั้งร่างกาย และจิตใจให้พร้อมก่อนการฝึกอาชีพ

10. ครูฝึกอาชีพ (Vocational training officer) เป็นผู้มีความชำนาญในการฝึกสอนสร้างเสริมทักษะและสมรรถภาพในการประกอบอาชีพที่ได้ตัดสินใจเลือกให้แก่ผู้ป่วยพิการ และยังเป็นผู้ให้ความรู้และประสบการณ์ในการประกอบอาชีพนั้นๆด้วย

11. นักจัดหาและบรรจุงาน (Job exploration and placement officer) ทำหน้าที่จัดหาแหล่งงานตามที่ได้ฝึกฝนมาให้แก่ผู้ป่วยพิการ และคอยเป็นที่เลี้ยงหรือให้คำปรึกษาในระหว่างทดลองปฏิบัติงาน ตลอดจนช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆให้ลุล่วงไปด้วยดี

วิวัฒนาการของงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย

การผลิตบุคลากรที่มีบทบาทส่วนหนึ่งอยู่ในทีมงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ได้เริ่มขึ้นในประเทศไทยโดยมีการก่อตั้งโรงเรียนกายภาพ

บำบัดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2508⁵ ที่ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ในขณะนั้น ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น มหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับการสนับสนุนจาก องค์การอนามัยโลก (WHO) บุคลากรที่ผลิตขึ้น เรียกว่า นักกายภาพบำบัด ได้เริ่มต้นเข้าไปมีบทบาทในการให้บริการต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาล ต่างๆที่อยู่ในส่วนกลางก่อนแล้วมีการขยายตัวของวิชาชีพนี้ออกสู่ภูมิภาคบ้าง แต่เป็นไปอย่างเชื่องช้ามาก เพราะในยุคแรกมีปัญหาค่อนข้างมาก เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในบทบาทของ นักกายภาพบำบัด ทั้งในหมู่ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์แม้กระทั่งตัวผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้บริหารระดับนโยบายทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จึงเป็นเหตุให้ขาดการ ส่งเสริมสนับสนุน ทำให้การใช้สอยบุคลากรวิชาชีพนี้ไม่ค่อยมีการขยายตัวทั้งในส่วนกลาง และส่วนต่างๆของประเทศ นักกายภาพบำบัดในขณะนั้นจึงสามารถเข้าไปทำงานให้บริการได้แต่เฉพาะในโรงพยาบาลที่ผู้บริหาร รู้จักและเข้าใจบทบาทเท่านั้น โดยปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่ใช้ชื่อว่า แผนกกายภาพบำบัด การขยายตัวของวิชาชีพกายภาพบำบัดยังคงมีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไปพร้อมกับประสบปัญหาต่างๆ มากมายจนกระทั่งองค์การอนามัยโลกมีนโยบาย กระตุ้นให้ประเทศไทยทำการเผยแพร่และขยาย การให้บริการของวิชาชีพนี้ให้ครอบคลุมเข้าไปสู่ โรงพยาบาลต่างๆในส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขได้มอบงานนี้ให้ นายแพทย์ คง สุวรรณรัต อธิบดีรองอธิบดีกรมการแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ ซึ่งนอกจากปัญหาในเรื่อง ความไม่เข้าใจบทบาทของนักกายภาพบำบัดของ ผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆ ในส่วนภูมิภาคแล้วยังพบว่าโรงเรียนกายภาพบำบัดเองก็ผลิตนักกายภาพ บำบัดออกมาน้อยเกินไป ความพยายามแก้ไข

ปัญหากระทำโดยออกสำรวจโรงพยาบาลในส่วน ภูมิภาคเพื่อเสนอแนะการเลือกพื้นที่สำหรับจัดตั้ง หน่วยงานกายภาพบำบัดพร้อมไปกับการเผยแพร่ ความรู้ความเข้าใจในบทบาทและงานกายภาพ บำบัดที่จะเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนงานบำบัด รักษาและแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย ซึ่งก็ประสบความสำเร็จ ด้วยดี ตลอดจนมีโครงการผลิตนักกายภาพ บำบัดชนบทจำนวนห้ารุ่น ๆ ละสิบคนรวมเป็น ห้าสิบคน นอกเหนือไปจากการผลิตตามปกติของ โรงเรียนซึ่งเป็นโครงการร่วมมือระหว่างกระทรวง สาธารณสุขกับโรงเรียนกายภาพบำบัดโดยนักศึกษา เหล่านี้ได้จากการสอบคัดเลือกของนักเรียนที่อยู่ใน พื้นที่ที่โรงพยาบาลผู้ให้ทุนตั้งอยู่เพื่อให้กลับไป ทำงานให้ท้องถิ่นของตนเองเมื่อเรียนจบ จึงทำให้ ได้นักกายภาพบำบัดกระจายสู่โรงพยาบาลต่างๆ ในส่วนภูมิภาคได้รวดเร็วขึ้นและสามารถครอบคลุม ไปทั่วประเทศในโอกาสต่อมา นับเป็นการแก้ ปัญหาได้สำเร็จอีกเรื่องหนึ่ง หลังจากมีนักกายภาพ บำบัดกระจายไปสู่ส่วนต่างๆของประเทศและจาก ผลงานการให้บริการที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อ ผู้ป่วย จึงทำให้งานกายภาพบำบัดเป็นที่รู้จักและ ตระหนักถึงบทบาทของวิชาชีพนี้มากขึ้นในแง่ความ สำคัญและประโยชน์ในการช่วยสนับสนุนงาน บริการของโรงพยาบาลและในทางสังคมของ ประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบำบัดรักษาและ แก้ไขปัญหาความพิการด้อยสมรรถภาพถึงแม้จะ ไม่มีงานฟื้นฟูสมรรถภาพเกิดขึ้นเป็นรูปธรรม ต่อมาได้มีการผลิตบุคลากรขึ้นอีกวิชาชีพหนึ่งที่มี บทบาทในงานฟื้นฟูสมรรถภาพเช่นกัน คือ นักกิจกรรมบำบัด โดยได้มีการก่อตั้งเป็นภาควิชา ขึ้นที่คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ. 2524 บทบาทของบุคลากรวิชาชีพนี้ ค่อนข้างมีปัญหาเหมือนกัน สาเหตุจากความเข้าใจ ที่สับสนในขณะนั้นโดยคิดว่ามีบทบาทในการฝึก

อาชีพให้แก่ผู้ป่วย ทางราชการจึงให้ชื่อตำแหน่งว่า นักอาชีวบำบัด ซึ่งยังคงใช้อยู่จนกระทั่งปัจจุบันนี้ แต่แท้ที่จริงหน้าที่ที่นักอาชีพเป็นความรับผิดชอบของครูฝึกอาชีพ

อย่างไรก็ตามงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ก็ยังไม่เห็นเป็นรูปเป็นร่างในขณะนั้น มีเพียงการกำหนดรูปแบบย่อยๆ ขึ้นใช้ตามโรงพยาบาลใหญ่ๆ ในส่วนกลาง และโรงพยาบาลที่เป็นสถาบันผู้ผลิตบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น บางแห่งก็มีการพัฒนาในการจัดรูปแบบได้ค่อนข้างดี แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ผลในทางปฏิบัติเพราะมีปัจจัยหลายอย่างเป็นอุปสรรค ที่พอจะได้ผลอยู่บ้างคือที่โรงพยาบาลประสาท กรุงเทพมหานคร (ปัจจุบันเป็นสถาบันประสาทวิทยา) แต่ก็ยังไม่สามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างสมบูรณ์เต็มที่แม้กระทั่งปัจจุบันนี้ก็ตาม ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคอันดับแรกก็คือ การที่โรงพยาบาลทุกแห่งยังต้องมีการหมุนเวียนการรับผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาจนทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยเอาไว้ฟื้นฟูจนถึงจุดสูงสุดได้ (Maximum benefit) จึงไม่สามารถแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนเพียงพอ สำหรับโรงพยาบาลประสาทเป็นแห่งเดียวที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ได้นานที่สุดอย่างน้อยถึงหนึ่งเดือนขึ้นไป หลังจากแพทย์เจ้าของไข้ได้รักษาอาการของโรคจนสงบแล้ว แต่การมีบุคลากรไม่ครบถ้วนก็เป็นข้อจำกัดหนึ่งด้วยโดยเฉพาะบุคลากรที่เป็นหัวใจของทีมงานฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ แพทย์เวชกรรมฟื้นฟู เพราะที่มีอยู่ในขณะนั้นยังไม่เพียงพอ จึงได้เริ่มมีการผลิตขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2525⁵ ทำให้มีบุคลากรในทีมงานฟื้นฟูสมรรถภาพครบถ้วนสมบูรณ์ขึ้น อย่างไรก็ตามงานฟื้นฟูสมรรถภาพที่บริการกันอยู่ตามโรงพยาบาลก็ไม่สามารถแสดงบทบาทและผลงานได้อย่างเต็มที่ดังที่ได้กล่าวถึงข้อจำกัดของโรงพยาบาลมาแล้วถึงแม้จะได้รับการจัดสรรพื้นที่

ให้เป็นหอผู้ป่วยทางเวชกรรมฟื้นฟูก็ตาม แต่ปัญหาในทางปฏิบัติที่มีอยู่มากมายจนเป็นอุปสรรคทำให้งานด้านนี้ไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ ซึ่งพอจะกล่าวได้ ดังนี้

- ต้องจำหน่ายผู้ป่วยเร็ว เพราะสถานที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถทำการฟื้นฟูแก้ไขได้เต็มที่
- บุคลากรมีน้อยไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีเพิ่มมากขึ้นทุกวัน
- ความสะดวกและความคล่องตัวในการทำงานไม่เพียงพอทั้งด้านสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์
- ระบบงานและการบริหารไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ถ้ายังอยู่ในระบบของโรงพยาบาล

หน่วยงานที่จัดให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่สมบูรณ์แบบจริงๆ เพื่อผลิตผลงานและแสดงบทบาทได้อย่างเต็มที่ ได้มีการก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2534⁶ คือ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ อยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ โดยมีนายแพทย์เอกชัย จุลละจาริตต์ เป็นผู้อำนวยการโครงการ สามารถให้บริการผู้ป่วยด้านนี้ได้ถึง 250 เตียงและยังหวังกันว่าจะเป็นหน่วยงานที่เข้ามาแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของงานฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลต่างๆ โดยรับการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังคงมีความพิการและความด้อยสมรรถภาพเหลืออยู่หลังจากการฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้นแล้ว จึงกล่าวได้ว่างานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ได้เริ่มขึ้นอย่างจริงจังในช่วงเวลานี้

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนางานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในอนาคต

พ.ศ. 2543 ถือเป็นปีสำคัญที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนโยบายให้ประเทศสมาชิกทุกประเทศดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้บรรลุสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่เรียกว่า สุขภาพดีถ้วน

หน้า (Health for all in the year 2000) ประเทศไทยได้รับนโยบายนี้มาดำเนินงานด้วย โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งงานด้านสาธารณสุขแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ด้วยกัน คือ

1. งานส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้ปลอดจากการเกิดโรค การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ รวมถึงการรณรงค์ในเรื่องการสร้างพฤติกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อชีวิตความเป็นอยู่ เช่น การรู้จักเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ฯลฯ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การเลิกสูบบุหรี่ เลิกการสำส่อนทางเพศ การเมาแล้วไม่ขับรถ เป็นต้น

2. งานป้องกันโรค โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคทั้งในยามปกติและยามเกิดโรคระบาด กระตุ้นการสร้างพฤติกรรมที่ช่วยให้ปัจจัยเสี่ยงลดลง เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น การคิดค้นวัคซีนชนิดใหม่ๆ รวมทั้งวิชาการที่ได้จากการค้นคว้าวิจัย

3. งานบำบัดรักษา ให้มีการนำเทคนิคการบำบัดรักษาที่ก้าวหน้าทันโรคทุกชนิดพร้อมนำเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทั้งในเรื่องการตรวจประเมินและเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับการบำบัดรักษาได้ผลอย่างเต็มที่รวมทั้งการคิดค้นวิจัยหาเทคนิคและความรู้ทางวิชาการที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยบำบัดรักษา

4. งานฟื้นฟูสมรรถภาพ ลักษณะของงานเป็นตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ผลของการดำเนินงานที่ถือได้ว่าประสบความสำเร็จอย่างเห็นได้ชัดมีเพียง 3 ด้านเท่านั้น ตัวชี้วัดที่มองเห็นได้ คือ ในด้านงานส่งเสริมสุขภาพมีการรณรงค์ให้เห็นตามสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ มีการจัดอบรมสัมมนา

มากมาย ที่สำคัญอย่างยิ่งคือ การที่พบว่าประชาชนมีความตื่นตัวอย่างสูงในการดูแลสุขภาพ เช่น มีการจัดวิ่งการกุศลต่างๆ การบริหารร่างกายที่จัดเป็นกลุ่มตามสวนสาธารณะแม้กระทั่งมีการนำไปทำในเชิงธุรกิจเช่น มีบริการ Fitness center สถานบริการลดไขมัน เป็นต้น สำหรับงานในด้านการป้องกันโรคที่เห็นได้ชัดมากคือ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ การรณรงค์ให้เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอถึงระดับที่เรียกว่าประเทศไทยปลอดโรคโปลิโอ การป้องกันที่กำลังเป็นที่ตื่นตัวอย่างมากก็คือเรื่องโรคเอดส์ การฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าหลังถูกสุนัขกัด เป็นต้น ส่วนงานด้านการบำบัดรักษาโรคก็มีพัฒนาการอย่างมากไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือที่มีเทคโนโลยีสูงเช่น MRI (Magnetic Resonance Image), CT (Computerized Tomography) เป็นต้น หรือเทคนิคการรักษาใหม่ๆ เช่น Gamma knife ใช้ในการผ่าตัด และ Laser therapy เป็นต้น สิ่งที่แสดงถึงพัฒนาการของงานด้านนี้ที่เห็นได้ชัดเจน คือ มีการเปิดสถานบริการสาธารณสุขของเอกชนขึ้นมากมาย สำหรับงานด้านสาธารณสุขที่มีพัฒนาการน้อยก็คือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่เป็นเช่นนี้เพราะเป็นงานต่อเนื่องจากงานบำบัดรักษาและเป็นงานที่ต้องใช้ระยะเวลานานรวมทั้งมีบุคลากรไม่ครบถ้วนเพียงพอ ไม่มีหน่วยงานระดับสูงที่รับผิดชอบโดยตรงเหมือนกับงานด้านอื่น เช่น งานส่งเสริมป้องกันและบำบัดรักษาจะมีหน่วยงานในระดับกรมสั่งงานและส่งเสริมสนับสนุนมานานแล้ว ได้แก่ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น จึงเป็นเหตุให้ไม่มีรูปแบบของงานที่เป็นระบบชัดเจน รวมทั้งไม่สามารถครอบคลุมงานบริการได้ทั่วทั้งประเทศ เป็นผลให้การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าไม่สามารถดำเนินการให้เป็นไปอย่าง

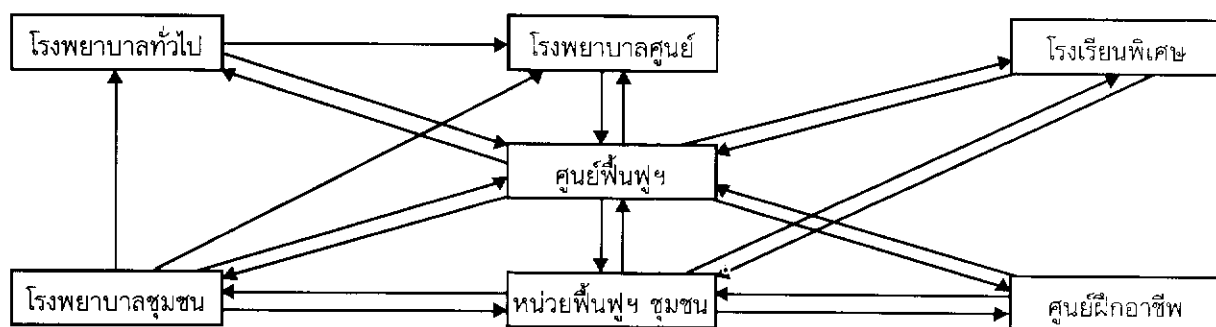
สมบูรณ์ได้ เพราะการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าไม่ได้หมายถึงสำหรับคนปกติ ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุเท่านั้น ยังต้องรวมถึงผู้พิการหรือผู้ด้อยสมรรถภาพด้วย จึงสมควรที่จะหันมาให้ความสนใจและดูแลเอาใจใส่ให้มากขึ้นกว่าที่เป็นมา โดยเฉพาะการสร้างระบบเพื่อให้เกิดช่องทางการทำงานที่คล่องตัว และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะทำให้ประชาชนและผู้พิการหรือด้อยสมรรถภาพได้รับประโยชน์เต็มที่ นอกจากนั้นเหตุผลอีกข้อหนึ่งที่สนับสนุนในเรื่องนี้ก็คือ ขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เรียกว่า Hospital Accreditation (HA)

แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการของงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่น่าจะเกิดขึ้นในประเทศไทยพอจะจำแนก ได้ดังนี้

1. การสร้างงานบริการให้ครอบคลุมไปทั่วประเทศ โดยการจัดให้มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขึ้นในทุกภูมิภาค โดยแต่ละภาคควรจะต้องมีจำนวนศูนย์ให้เพียงพอที่จะรองรับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูหลังผ่านการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลจนถึงจุดสิ้นสุดของโรคหรือพยาธิสภาพแล้ว ในปัจจุบันปัญหาอยู่ที่เมื่อสิ้นสุดการบำบัดรักษาโรคแล้วต้องออกจาก โรงพยาบาลไป โดยยังมีความพิการด้อยสมรรถภาพเหลืออยู่ คนเหล่านี้จะเข้าสู่การรักษาในระบบเป็นส่วนใหญ่

ตามคำแนะนำ ชักชวน หรือบอกเล่าโดยปราศจากเหตุผลทางวิชาการ เช่น การใช้ไสยศาสตร์ การรักษาโดยวิธีการตามความเชื่อ เป็นต้น ซึ่งล้วนแต่เป็นผลเสียต่อสุขภาพและทำให้เกิดปัญหาซ้ำซ้อนขึ้นอีกมากมาย บางครั้งยังสร้างความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นทั้งทางกายและจิตใจด้วย การจัดให้มีศูนย์ฟื้นฟูทางการแพทย์เกิดขึ้นอย่างน้อยภาคละ 3 - 5 แห่ง โดยแต่ละแห่งมีขนาดไม่เล็กกว่าศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เชื่อว่าสุขภาพดีถ้วนหน้าจะบังเกิดแก่ผู้พิการด้อยสมรรถภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. การจัดรูปแบบงานบริการให้เป็นระบบอย่างชัดเจน โดยให้มีโครงสร้างที่เชื่อมโยงงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัน เพื่อให้มีการประสานงานอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพและสังคม โรงเรียนในโครงการเด็กพิการเรียนร่วมกับเด็กปกติ หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีบทบาทเกี่ยวกับงานฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เป็นต้น หน่วยงานดังกล่าวเหล่านี้จะมาเชื่อมโยงกับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยอาศัยวิธีการส่งต่อและประสานงานกันทั้งในเรื่องเป้าหมายวัตถุประสงค์และความต้องการช่วยเหลือระหว่างกันและกัน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 การประสานงานของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่รองรับการให้บริการแก่ชุมชนในพื้นที่ของแต่ละภูมิภาคซึ่งได้มีการกำหนดเขตรับผิดชอบ โดยทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางของเครือข่าย

จากแผนภาพที่ 1 วงจรแรกคือ การเชื่อมโยงระหว่าง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน หมายถึง มีการทำงานประสานกันโดยอาศัยวิธีการส่งต่อเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขที่ดีที่สุดอันเนื่องมาจากศักยภาพที่แตกต่างกันของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ตามเกณฑ์และข้อกำหนดในโครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (พ.บ.ส.)

วงจรที่สอง คือ การเชื่อมโยงที่มีทั้งไปและกลับระหว่าง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและหน่วยงานฟื้นฟูชุมชนกับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หมายถึง มีการทำงานประสานกันโดยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปส่งต่อผู้ป่วยที่พบว่ามีความพิการด้วยสมรรถภาพเกิดขึ้นไปให้ศูนย์ฟื้นฟูแก้ไขปัญหาด้านหลักการที่กล่าวมาข้างต้นจนบรรลุปเป้าหมายจึงส่งต่อไปที่โรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยงานฟื้นฟูชุมชนที่อยู่ในภูมิลำเนาของผู้ป่วยเพื่อการติดตามประเมินผลให้คำปรึกษาแนะนำ และช่วยฟื้นฟูต่อเนื่องเพื่อคงสภาพเอาไว้ไม่ให้เสื่อมถอย แต่ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นจนพ้นขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยงานฟื้นฟูชุมชนก็สามารถส่งผู้ป่วยกลับไปให้ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ใหม่ได้ และในระหว่างโรงพยาบาล ชุมชนกับหน่วยงานฟื้นฟูชุมชนก็มีการทำงานประสานกันเองด้วย สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยในระหว่างฟื้นฟูอยู่ที่ศูนย์ฟื้นฟู เมื่อมีปัญหาต้องการ แก้ไขหรือเกิดความเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้น ศูนย์ฟื้นฟู จะส่งกลับไปให้โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาล ทั่วไป

วงจรที่สาม คือ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เชื่อมโยงทั้งไปและกลับกับศูนย์ฝึกอาชีพและโรงเรียนพิเศษ หมายถึงการทำงานประสานและร่วมมือกันแก้ไขปัญหให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้พิการด้วยสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยศูนย์ฟื้นฟูจะ

ทำหน้าที่ติดตามประเมินผลศักยภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นระยะๆในขณะที่มีการฝึกอาชีพหรือเข้าเรียนหนังสือในโรงเรียนพิเศษ

วงจรที่สี่ในรูป คือ การเชื่อมโยงทั้งไปและกลับระหว่าง โรงพยาบาลชุมชน หน่วยงานฟื้นฟูชุมชน และศูนย์ฝึกอาชีพ หมายถึงอาจจะต้องมีการทำงานประสานและร่วมมือกันตามความจำเป็นที่เกิดขึ้น

วงจรที่ห้า คือ หน่วยงานฟื้นฟูชุมชนกับโรงเรียนพิเศษ ทำงานประสานกันเนื่องจากอยู่ในพื้นที่เดียวกันจะได้รับความสะดวกที่สุด

อย่างไรก็ตามงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จะมีความคล่องตัวยิ่งขึ้น จนแสดงบทบาทและผลงานได้เต็มที่ก็ต้องมีหน่วยงานให้การสนับสนุนโดยตรงในระดับกำหนดนโยบายเองได้นั้นก็คือต้องเป็นหน่วยงานที่อยู่ในระดับสูงเทียบเท่ากรมเช่นเดียวกับที่กรมสุขภาพจิตได้รับโอกาสนั้นมาแล้ว ดังนั้นในอนาคตงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สมควรจะเจริญเติบโตก้าวหน้าไปสู่จุดนั้นได้ ซึ่งจะทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้มีงานบริการในระดับกรมครบทั้งสี่ด้าน

เรื่องสุดท้ายที่น่าจะกล่าวถึง คือ ความเป็นไปได้ของแนวทางที่เสนอไว้ เพราะปัจจุบันนี้รัฐยังอยู่ในยุคเศรษฐกิจตกต่ำ คงไม่สามารถจัดหางบประมาณมาใช้ในการสนับสนุนให้เกิดผลตามแนวทางดังกล่าวได้ แต่มีอยู่ช่องทางหนึ่งที่ขอเสนอแนะว่าน่าจะนำมาใช้ได้ คือ การนำเงินที่เรียกเก็บจากเจ้าของรถยนต์ประเภทต่างๆในรูปของการประกันภัยบุคคลที่สามหรือที่เรียกว่าประกัน พร.บ. จากการเหลือใช้มาดำเนินการในเรื่องดังกล่าวได้ เพราะเหตุผลของเงินก้อนนี้ คือนำไปใช้รักษาพยาบาลบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ เท่าที่ผ่านมามีรายงานว่าเหลืออยู่มากในแต่ละปี ถ้าสามารถจัดสรรให้นำมาใช้ได้ก็จะเกิด

ประโยชน์ต่อสังคมอย่างมากและยังส่งผลของการนำเงินมาใช้อย่างยิ่ง เพราะบุคคลที่ได้รับอุบัติเหตุทางรถยนต์ส่วนใหญ่มักจะได้รับบาดเจ็บที่ระบบประสาทแทบทั้งสิ้นซึ่งมักจะต้องการ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ดังนั้นจึงถือได้ว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรัฐที่บังคับให้เจ้าของรถยนต์ต้องจ่ายเงินเป็นค่าประกันประเภทนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Chusid JG, McDonald JJ. Correlative Neuroanatomy and Functional Neurology, 9th ed. California : Lange Medical Publications, 1985 : 7, 58, 68, 152.
2. วัชรวิทย์ วัชรวิทย์. จุลสารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์, ฉบับที่ 2 ปีที่ 8. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2542 : 5.
3. กองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา. จุลสารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์, ฉบับรวมเล่มปีที่ 2-3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2537 : 14 - 5.
4. Bruce HD. Neurologic Rehabilitation. Philadelphia : FA Davis Co; 1996 : 59.
5. เสก อักษรานุเคราะห์. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่ม 1, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทคนิค 19 ; 2539 : 4.