

ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต The Outcomes of Intermediate Care Rehabilitation in Patong Hospital

ชาติชาย ตั่งวินิต

Chatchai Tangvinit

พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต

M.D., Department of Rehabilitation Medicine, Patong Hospital, Phuket, Thailand,

E-mail: netnuanyai@gmail.com

Received 12/08/2023

Revised 16/09/2023

Accepted 22/11/2023

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง คือการบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นช่วงภาวะวิกฤติ และมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีม สหวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง จบครบ 6 เดือน หลังเกิดโรค โดยเน้นการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลทุกระดับ เบื้องต้น ได้กำหนดกลุ่มโรค และ สภาวะที่ควรได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในระยะกลางประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง ไช้สันหลังบาดเจ็บ และ บาดเจ็บทางสมอง กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต ได้มีการดูแล ผู้ป่วยระยะกลาง โดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง โดยทีมสหวิชาชีพควรมีการศึกษา และวิเคราะห์ ผลลัพธ์ เพื่อประกอบการบริหารจัดการ และพัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสมรรถภาพ ที่เพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพของการฟื้นฟู

วัสดุและวิธีการศึกษา : ศึกษาเชิงพรรณนา แบบย้อนหลัง ในผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2564 ณ โรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต โดยการสืบค้นเวชระเบียน บันทึกข้อมูลพื้นฐาน คะแนนบาร์เทล (BI) แกร็บและลีนส์สุด ภาวะแทรกซ้อน ค่ารวมค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพการฟื้นฟู

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งหมด 38 คน เป็น ชาย 25 คน หญิง 13 คน ได้รับวินิจฉัย เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 16 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก 10 ราย บาดเจ็บทางศีรษะ 9 ราย บาดเจ็บไขสันหลังแบบไม่สมบูรณ์ 2 ราย บาดเจ็บไขสันหลังแบบสมบูรณ์ 1 ราย มีอายุเฉลี่ย 58.13 ± 17.53 ปี คะแนน BI เพิ่มขึ้น โดยพบค่าสมรรถภาพเพิ่มขึ้น 7.15 (4.44) คะแนน ประสิทธิภาพการฟื้นฟูร้อยละ 94.73 (SD 22.62) และค่าประสิทธิภาพการฟื้นฟู 1.46 (SD 1.79) คะแนน/ครั้ง จำนวนครั้งของการฟื้นฟู 9.34 (SD 7.49) ครั้ง ทั้งนี้ จำนวนครั้งของการฟื้นฟูมีความสัมพันธ์กับค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.452, p=0.004$) พบภาวะแทรกซ้อน 5 คน อันเนื่องมาจากตัวโรคที่รุนแรงขึ้น

สรุปผล: การศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่าการบำบัดแบบเฉพาะบุคคลสามารถปรับปรุงผลลัพธ์การทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญ ในผู้ป่วยทางระบบประสาทที่หลากหลาย ส่งผลให้ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แม้จะมีภาวะทางการแพทย์พื้นฐานอยู่ก็ตาม นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ที่ตรงระหว่างระยะเวลาการฟื้นฟูและการพัฒนาการทำงานยังเน้นย้ำถึงความจำเป็นของการบำบัดแบบรายบุคคลในระยะยาวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว

คำสำคัญ: การฟื้นฟูระยะกลาง, ผลลัพธ์การฟื้นฟู, ประสิทธิภาพการฟื้นฟู, ประสิทธิภาพการฟื้นฟู, ค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น

Abstract

Background: Intermediate care (IMC) is one of the services to improve the quality of life for the patients after the critical phase that has stable medical conditions but has limitation to perform the full activity of daily living. It is important to have intermediate care services by multidisciplinary team for at least 6 months after the acute injury. IMC should be in every hospital for patients who has been diagnosed with Stroke, spinal cord injury and traumatic brain injury. The intermediate care rehabilitation was conducted by multidisciplinary team from Patong hospital and with the assistant of Vachira Phuket hospital. We should therefore, study and analyze the results in order to manage and develop the work system to be more efficient.

Objective: To study the outcomes of the intermediate care services, including with functional gain, the effectiveness and efficiency of the rehabilitation at Patong hospital.

Materials and methods: This is a retrospective study of intermediate care service in Patong hospital during October 2019 to September 2021. Demographic data, Barthel index at admission and discharge, Total time for rehabilitation and complication were extracted from the medical records. Functional gain, Rehabilitation effectiveness and rehabilitation efficiency were calculated.

Results: There were 38 eligible patients included in this study; 25 male and 13 females, 16 Ischemic stroke, 10 hemorrhagic stroke, 9 Traumatic brain injury, 2 incomplete spinal cord injury, 1 complete spinal cord injury. Aged 58.13 ± 17.53 years. At discharge, The BI increased with mean functional gain was 7.15(SD 4.44), mean rehabilitation effectiveness was 94.73% (SD 22.62), Mean rehabilitation efficiency was 1.46 (SD1.79) Average total time for rehabilitation 9.34 (SD7.49). 5 cases with complications were observed due to the progression of the patient's underlying diseases. The total time for rehabilitation was correlated with functional gain ($r=0.452$, $p=0.004$)

Conclusion: The study shows that tailored therapy can significantly improve functional outcomes in a variety of neurological patients, leading to measurable gains in daily living abilities, despite underlying medical conditions. Furthermore, the favorable correlation between the length of rehabilitation and functional development highlights the need of long-term, individualized therapy in fostering recovery.

Keywords: Intermediate care, Rehabilitation outcome, Rehabilitation effectiveness, Rehabilitation efficiency, Functional gain.

บทนำ

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรค ทางระบบประสาท ไม่ว่าจะเป็น โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บทางศีรษะ และบาดเจ็บไขสันหลังที่พ้นระยะวิกฤต แต่ยังคงมีความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทีมรักษาจะสามารถเพิ่มศักยภาพการใช้ชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว และมีคุณภาพ ซึ่งจะสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการเจ็บป่วยซ้ำ การนอนโรงพยาบาลซ้ำ⁽¹⁻²⁾ การฟื้นฟูคนไข้จะมีสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีการร่วมของทีมนสหวิชาชีพ⁽³⁻⁴⁾ โดยเริ่มต้นตั้งแต่ระยะแรกในช่วง 7-30 วันแรก หลังพ้นระยะวิกฤต⁽⁵⁻⁶⁾ จนถึงระยะ 6 เดือนแรก⁽⁷⁻⁸⁾

กระทรวงสาธารณสุขไทย มีแนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) พ.ศ. 2560 โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาระบบการ ส่งต่อผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) อันหมายถึงผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่แล้ว แต่ร่างกายบางส่วนยังมีความบกพร่องและมีข้อจำกัด ในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินการและช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพสูงสุดในระดับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละรายโดยผ่านกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหวิชาชีพ ภายในระยะเวลา ไม่เกิน 6 เดือนหลังเกิดโรคดังกล่าว โดยกระทรวงเน้นการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาล ทุกระดับ ซึ่งเบื้องต้นได้กำหนดกลุ่มโรคและสถานะที่ควรได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในรูปแบบฟื้นฟูระยะกลาง โดยประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง ไช้หลังบาดเจ็บ และบาดเจ็บทางสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการ และพัฒนาศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน จนสามารถช่วยเหลือตนเองและใช้ชีวิตในสังคมได้ และวัตถุประสงค์รองคือการลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ และเพิ่มอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้รูปแบบการให้บริการ แบ่งตามลักษณะงานบริการ เป็นแบบผู้ป่วยนอก (outpatient service) แบบผู้ป่วยใน (inpatient service) และแบบบริการในชุมชน (community/out reached service)⁽⁹⁻¹⁰⁾

การคัดเลือกผู้ป่วยการพิจารณาจากความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยใช้คะแนน Barthel index (BI) ฉบับภาษาไทย ซึ่งคะแนนสูงสุดคือ 20 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน⁽¹¹⁾ โดยหากอิงตามเกณฑ์ การจำแนก

กลุ่ม ศักยภาพผู้สูงอายุของกรมอนามัยสามารถแบ่งออกได้เป็นสามกลุ่ม

กลุ่ม 1 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง) มีคะแนน BI อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

กลุ่ม 2 ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (ติดบ้าน) คะแนน BI อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

กลุ่ม 3 ช่วยเหลือตัวเองได้ (ติดสังคม) คะแนน BI ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป⁽¹²⁾

แผนการดำเนินงานตามการเสนอแนะของกระทรวงสาธารณสุข ให้พิจารณาคัดกรองผู้ป่วย คะแนน Barthel index (BI)⁽¹¹⁻¹²⁾ น้อยกว่า 15 หรือ 15 คะแนนขึ้นไปแต่ ยังมีความบกพร่องในการดำเนินการใช้ชีวิตประจำวัน เข้าร่วมดูแลฟื้นฟูในระยะกลาง โดยมีกำหนดการติดตามโดยเจ้าหน้าที่ จนกว่าคะแนน BI จะได้ 20 คะแนนเต็มหรือ ครบ 6 เดือน⁽¹⁰⁾

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว และได้มีการบริการการฟื้นฟูแบบระยะกลางโดยทีมสหวิชาชีพ ในรูปแบบ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและการบริการในชุมชนอย่างเป็นทางการตั้งแต่ตุลาคม 2562 จนถึงปัจจุบัน จึงควรจัด การศึกษาและวิเคราะห์ผลลัพธ์ เพื่อประกอบการบริหารจัดการ และพัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

- 1) ศึกษาค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น ของการ รักษาฟื้นฟูระยะกลาง ณ โรงพยาบาลป่าตอง
- 2) ศึกษาค่าประสิทธิผลของการรักษา ฟื้นฟูระยะกลาง ณ โรงพยาบาลป่าตอง
- 3) ศึกษาค่าประสิทธิภาพ ของการ รักษาฟื้นฟูระยะกลาง ณ ป่าตอง

วัสดุ และวิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study)

กลุ่มประชากร

ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง และบาดเจ็บทางสมองทุกรายที่ได้รับ การฟื้นฟูระยะกลาง ได้แก่ การดูแลฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด การพยาบาล ทั้งในรูปแบบ ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต ระหว่างเดือน 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2564

เกณฑ์คัดเข้า

- 1) ได้รับการประเมินคะแนน BI เมื่อแรก รับ (BI at admission, BIA) และก่อนจำหน่าย (BI at discharge, BID) รวมทั้งมีข้อมูลที่ต้องการ ศึกษาครบถ้วน
- 2) คะแนน BI น้อยกว่า 15 คะแนน หรือ 15 คะแนนขึ้นไปแต่มีความบกพร่องหลายระบบ
- 3) มีระยะเวลาตั้งแต่พ้นระยะวิกฤตจากการเกิดโรคจนเข้ารับบริการฟื้นฟูไม่เกิน 6 เดือน

เกณฑ์คัดออก

ผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบ หรือติดตามข้อมูลไม่ได้ หรือมีการย้ายสถานที่การรักษา ก่อนระยะเวลาครบ 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบประเมิน Barthel index ฉบับภาษาไทย⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นวิธีการประเมินผลด้านความสามารถที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงและมีความน่าเชื่อถือ ใช้งานง่าย ให้ผลประเมินแม่นยำ และเชื่อถือได้มาก ระหว่างผู้ประเมิน (high inter-rater reliability) โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 - 20 คะแนน ระดับคะแนนที่สูง บอกระดับความสามารถที่มากขึ้นของผู้ป่วย⁽¹³⁾

- 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต รหัสโครงการเลขที่ PKPH 002/65 โดยงานวิจัยนี้ได้รับเอกสารยืนยันการยกเว้นการรับรอง ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าตองเพื่อขออนุญาตศึกษาข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง และบาดเจ็บทางสมองทุกรายที่ได้รับการฟื้นฟูระยะกลาง ที่เข้าเกณฑ์ทุกราย จากเวชระเบียนผู้ป่วย และข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาจะไม่มีชื่อ สกุล เลขบัตรประจำตัวของผู้ป่วย ไม่มีเลขบัตรประชาชน ไม่มีที่อยู่ของผู้ป่วย จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง และบาดเจ็บทางสมองทุกคนที่ได้รับการฟื้นฟูระยะกลาง ณ โรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต ระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2564 โดยกำหนดตัวแปรที่ศึกษา คือข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ประเภทของโรคที่ได้รับการฟื้นฟู ที่มาของผู้ป่วยที่ได้รับฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ส่วนข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ประกอบด้วย แผนกของผู้ป่วยที่ให้การดูแล จำนวนวันนอนของผู้ป่วยใน คะแนน BI แรกรับ คะแนน BI สุดท้าย ค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ ประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ

นิยามศัพท์

- 1) สมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (functional gain, ΔBI) ผลต่างระหว่างคะแนน BI สุดท้าย (BID) เทียบกับ BI แรกรับ (BIA) นั่นคือ $(BID - BIA)^{(14-16)}$
- 2) ประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation effectiveness) ร้อยละของอัตราส่วนระหว่างสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นเทียบกับผลต่างระหว่าง BI สูงสุดกับ BI แรกรับ $\Delta BI / (BI_{max} - BIA) \times 100^{(14-16)}$
- 3) ประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation efficiency) อัตราส่วนระหว่างสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นต่อจำนวนครั้งทั้งหมดที่รับการฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพ นั่นคือ $\Delta BI / \text{total IMC}^{(14-16)}$

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Excel-office365 นำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นค่าความถี่และค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นประสิทธิผลและประสิทธิภาพการฟื้นฟูกับการฟื้นฟูรูปแบบต่างๆ โดยใช้ Spearman's rho-correlation กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา:

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพพระยะกลาง ณ โรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต ระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2564 รวมผู้ป่วยทั้งหมด 38 คน ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.10% โรคหลอดเลือดสมองแตก 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.31% บาดเจ็บทางสมอง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.68% บาดเจ็บไขสันหลังแบบไม่สมบูรณ์ 2 รายคิดเป็นร้อยละ 5.26% บาดเจ็บไขสันหลังแบบสมบูรณ์ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.63% เป็น ชาย 25 คน หญิง 13 คน มีอายุเฉลี่ย 58.13 ± 17.53 ปี ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพพระยะกลาง ในโรงพยาบาลป่าตอง มีในรูปแบบ refer back จากวชิระภูเก็ต 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.6% และเริ่มดูแลตั้งแต่โรงพยาบาลป่าตองเอง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.3% ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	25 (65.78)
หญิง	13 (43.21)
ประเภทของโรคที่ได้รับการฟื้นฟู	
หลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke)	16 (42.10)
หลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)	10 (26.31)
บาดเจ็บทางสมอง (Traumatic brain injury)	9 (23.68)
บาดเจ็บไขสันหลัง ชนิดสมบูรณ์ (Complete spinal cord injury)	1 (2.63)
บาดเจ็บไขสันหลัง ชนิดไม่สมบูรณ์ (Incomplete spinal cord injury)	2 (5.26)
ที่มาของผู้ป่วย IMC	
Refer back จาก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	28 (73.6)
คนไข้จาก โรงพยาบาลป่าตองเอง	10 (26.3)

ข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพ

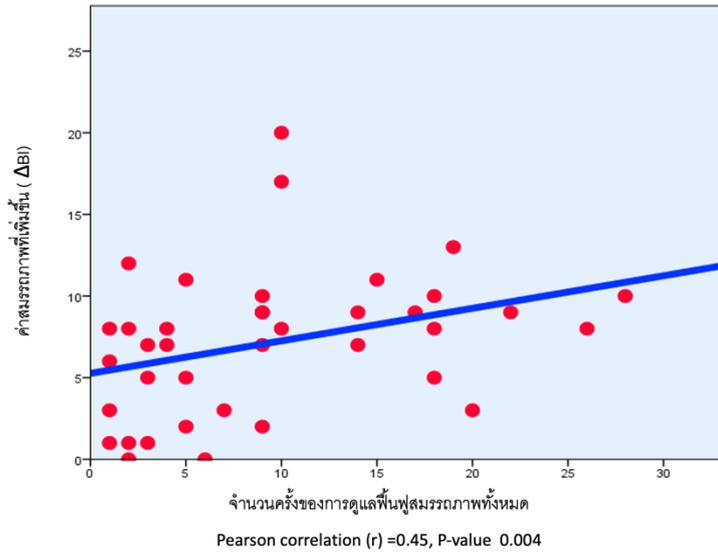
คนไข้ที่ได้รับการดูแลในรูปแบบ ผู้ป่วยในทั้งหมด 12 ราย โดยมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 13 ± 6.80 วัน การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมด 23 ราย โดยได้การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 5.82 ± 4.60 วัน และรับการดูแลในชุมชน ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน 25 ราย โดยได้การฟื้นฟูในรูปแบบชุมชนเฉลี่ย 2.56 ± 2.02 วัน การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพจนสิ้นสุด

ระยะกลางโดย ทีมสหวิชาชีพทั้งหมดเฉลี่ย 9.34 ± 7.49 ครั้ง จำนวนเดือนที่คนไข้ได้รับการในรูปแบบ ฟันฟูระยะกลางเฉลี่ย 4.42 ± 1.86 เดือน โดยผู้ป่วยมีคะแนน BI แกร็บเฉลี่ย 6.15 ± 5.76 คะแนน และคะแนน BI หลังสิ้นสุดการฟันฟูระยะกลางเฉลี่ย 13.31 ± 6.89 คะแนน และมีค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 7.15 ± 4.44 คะแนน ร้อยละของค่าประสิทธิผลการฟันฟูเท่ากับ 94.73 ± 22.62 และมีค่าประสิทธิภาพการฟันฟูสมรรถภาพ มีค่าเฉลี่ย 1.46 ± 1.79 คะแนน ต่อครั้ง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการฟันฟู สมรรถภาพ

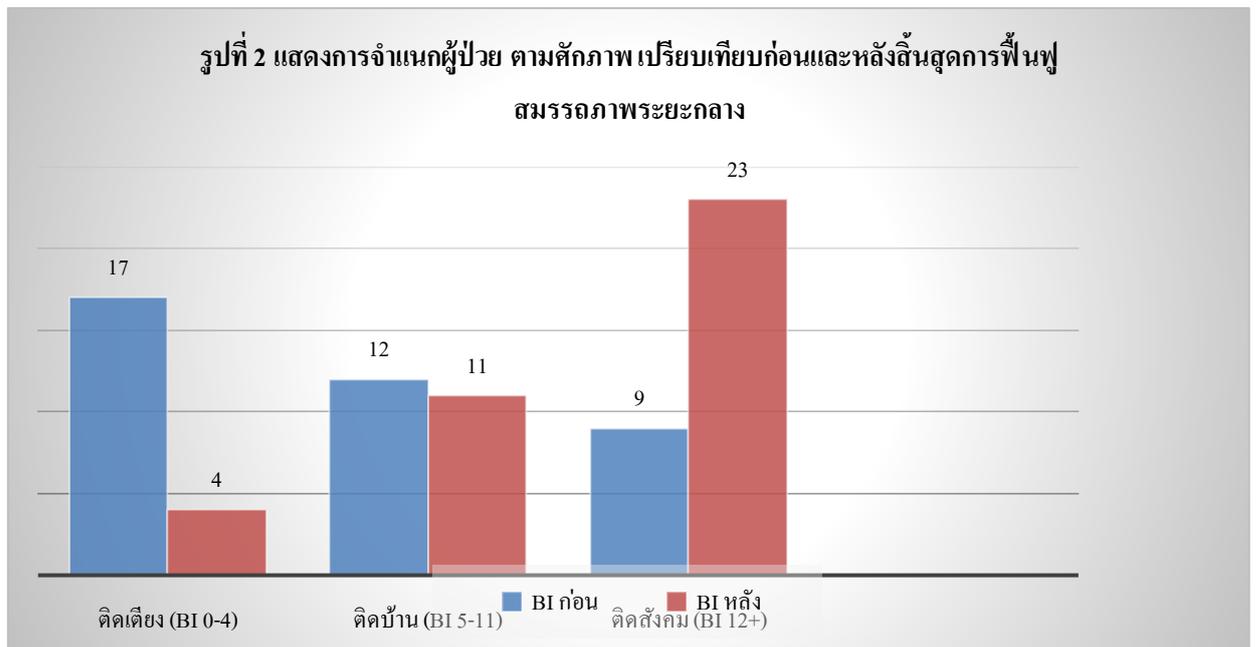
ข้อมูลการฟันฟูสมรรถภาพ	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm SD)	ค่าต่ำสุด (Minimum)	ค่าสูงสุด (maximum)
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน) จากคน 12 คน	13 ± 6.80	7	26
การดูแล แบบผู้ป่วยนอก (ครั้ง) จากคนไข้ 23 คน	5.82 ± 4.60	1	20
การดูแลในชุมชน (ครั้ง) จากคนไข้ 25 คน	2.56 ± 2.02	1	8
รวมการดูแลทั้งหมด ในระยะ IMC (ครั้ง)	9.34 ± 7.49	1	28
คะแนน BI แกร็บ	6.15 ± 5.76	0	18
คะแนน BI สุดท้าย	13.31 ± 6.89	0	20
ค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น Δ BI (คะแนน)	7.15 ± 4.44	0	20
ร้อยละของประสิทธิผลการฟันฟู Δ BI/(BI _{max} -BI _A)x100	94.73 ± 22.62	0	100
ค่าประสิทธิภาพการฟันฟู Δ BI / total IMC (คะแนน/ครั้ง)	1.46 ± 1.79	0	8.0

จำนวนครั้งของการดูแลฟันฟูสมรรถภาพทั้งหมดในระยะกลางโดยทีมสหวิชาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (Δ BI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.45$, P-value 0.004) (ดังรูปที่ 1)

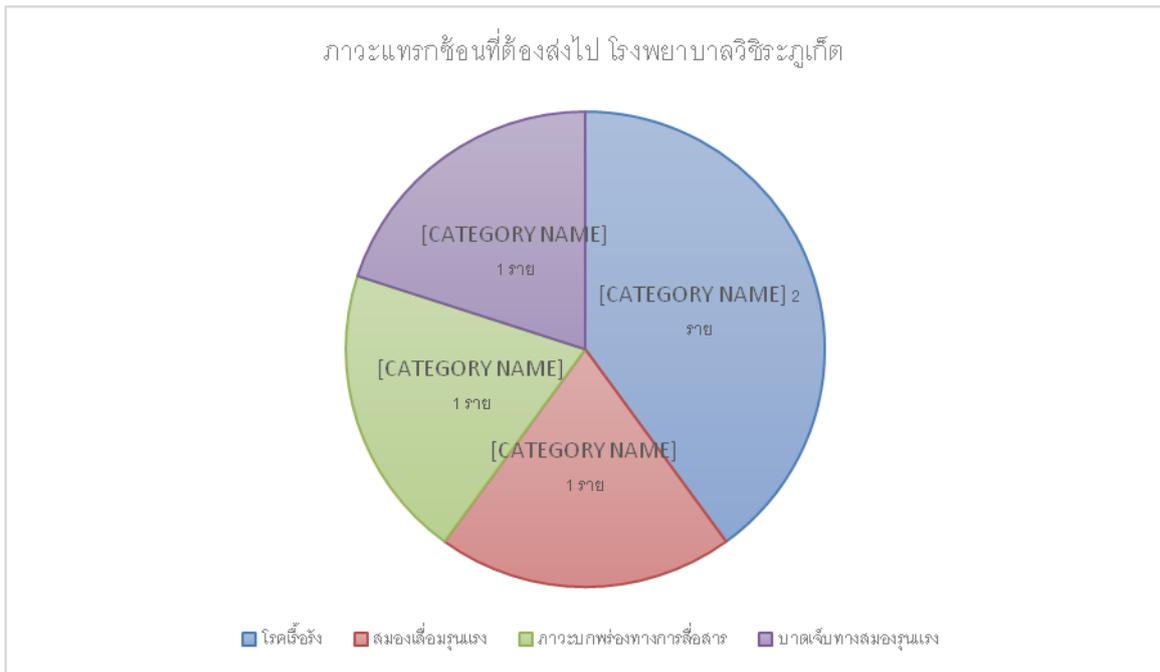


รูปที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ ระหว่าง จำนวนครั้งของการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งหมด กับค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (Δ BI)

ภายหลังการฟื้นฟูผู้ป่วย มีศักยภาพการช่วยเหลือตัวเองเพิ่มขึ้น และมีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มติดสังคมที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งคะแนน BI ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จำนวน 23 คน จากผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟู ทั้งหมด 38 คน



ตลอดการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางมีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีการบันทึกในเวชระเบียนที่จำเป็น ต้องมีการส่งกลับเข้าโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.1 โดยเนื่องจากโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ 2 ราย (ไตวาย) ภาวะสมองเสื่อมรุนแรง 1 ราย มีภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร (Aphasia) 1 รายและบาดเจ็บทางสมองรุนแรง 1 ราย



วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟู โดยส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ หลอดเลือดสมองแตก บาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังชนิดไม่สมบูรณ์ และบาดเจ็บผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังชนิดสมบูรณ์ ตามลำดับ ภายหลังจากฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจำนวนมากที่มีศักยภาพการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น และเปลี่ยนจากกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงหรือติดบ้าน เป็นกลุ่มติดสังคมได้มากถึง 23 คน คิดเป็นร้อยละ 60.52 ผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง มีค่าคะแนน BI แกร็บ เฉลี่ย 6.15 ± 5.76 ซึ่งมีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของการ ศึกษาในโรงพยาบาล 14 แห่งในประเทศไทย ที่มีค่า $9.5 \pm 6.1^{(15)}$ แต่พอกับค่าคะแนน BI ที่ได้จากการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ในจังหวัดนครปฐม ซึ่งมีค่า $6.85 \pm 5.51^{(16)}$ แต่คะแนน BI หลังสิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางมีค่าเฉลี่ย 13.31 ± 6.89 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของการศึกษาในโรงพยาบาล 14 แห่งในประเทศไทยที่มีค่า $12.3 \pm 5.7^{(15)}$ และพอกับการศึกษาในโรงพยาบาล และ การศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางในจังหวัดนครปฐม ซึ่งมีค่า $13.4 \pm 5.87^{(16)}$ ส่งผลให้ค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นของการฟื้นฟู (functional gain) 7.15 ± 4.44 มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของการศึกษาใน งานวิจัยดังกล่าว ซึ่งมีค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นของ การฟื้นฟู $4.1 \pm 3.5^{(15)}$ และ $6.56 \pm 4.48^{(16)}$ ตามลำดับ ค่าประสิทธิผลการฟื้นฟู (rehabilitation effectiveness) มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 94.73 ± 22.69 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางในจังหวัดนครปฐม ที่ได้ค่าเฉลี่ยร้อยละ $56.62^{(16)}$ และมีประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพจนสิ้นสุดการดูแลระยะกลาง (rehabilitation efficiency) ในการศึกษานี้มีค่า 1.46 ± 1.79 คะแนน ครั้ง/ซึ่งสูงกว่า 2 งานวิจัยข้างต้นซึ่งมีค่าประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ 0.23 และ 0.22 คะแนน/ครั้ง⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาทั้งสองทำการ ศึกษาระยะสั้น เฉพาะการฟื้นฟูในระบบผู้ป่วยใน ไม่ได้แสดงผลติดตามจนสิ้นสุดการฟื้นฟูระยะกลาง จึงอาจทำให้ค่า BI ภายหลังจากฟื้นฟูสมรรถภาพมีค่าน้อยกว่าค่าที่ได้ในงานวิจัยนี้

ระยะเวลาเริ่มถึงสิ้นสุดการฟื้นฟูระยะกลางมีค่าเฉลี่ย 4.42 ± 1.86 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ พบว่าการ ฟื้นฟูระยะกลางสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในช่วงการฟื้นฟูระหว่าง 26 สัปดาห์หรือประมาณ 6 เดือน⁽⁷⁻⁸⁾ และสามารถ

ฟื้นฟูจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีก่อนระยะเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดในแนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) พ.ศ.2560 ที่ระบุไว้ 6 เดือน^(9,10)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของระยะเวลาอนโรพยาบาลและจำนวนครั้งทั้งหมดของการรับบริการฟื้นฟูระยะกลางโดยทีมสหวิชาชีพพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น นั่นคือหากผู้ป่วยได้รับการบริการการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะทำให้เพิ่มศักยภาพการช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนที่ได้จากเวชระเบียนตลอดการฟื้นฟูระยะกลางในช่วง 6 เดือนมีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 5 คนที่ต้องมีการส่งกลับที่วชิระภูเก็ต คิดเป็นร้อยละ 13.15 ซึ่งน้อยกว่าที่เคยศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ในจังหวัดนครปฐม ที่มีร้อยละ 20.1⁽¹⁶⁾ ทั้งนี้สาเหตุจากโรคประจำตัวต่างๆ ของผู้ป่วย และจากความรุนแรงของตัวโรคเดิมที่ไม่สามารถแก้ไขได้และไม่ได้เกิดจากการฟื้นฟูบำบัดแบบผู้ป่วยระยะกลาง

ข้อเสนอแนะการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต ควรศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและการดูแลในชุมชน ศึกษาผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น ด้านจิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป

สรุป

ผลลัพธ์การฟื้นฟูระยะกลางผู้ป่วย โรงพยาบาลปาดองจังหวัดภูเก็ต ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูมีคะแนนบาร์เทล เมื่อสิ้นสุดระยะกลางเพิ่มขึ้น โดยมีสมรรถภาพ ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าประสิทธิผลการฟื้นฟูและค่าประสิทธิภาพการฟื้นฟูมีค่าเฉลี่ยสูง ผู้ป่วยมีศักยภาพการช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้นและ ลดจำนวนผู้ป่วยติดเตียงลง และมีจำนวนผู้ป่วยติดสังคมเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้รับการฟื้นฟู

เอกสารอ้างอิง

1. Chen C, Koh GC, Naidoo N, Cheong A, Fong NP, Tan YY, et al. Trends in length of stay, functional outcomes and discharge destination stratified by disease type for inpatient rehabilitation in Singapore community hospitals from 1996 to 2005. Arch Phys Med Rehabil 2013;94:1342-51.
2. Ozdemir F, Birtane M, Tabatabaei R, Kokino S, Ekuklu G. Comparing stroke rehabilitation outcomes between acute inpatient and nonintense home settings. Arch Phys Med Rehabil 2001;82:1375-9.
3. Macdonell R A, Dewey HM. Neurological disability and neurological rehabilitation. Med J Aust 2001;174:653-8.
4. Dam M, Tonin P, Casson S, Ermani M, Pizzolato G, Laia V, et al. The effects of long-term rehabilitation therapy on poststroke hemiplegic patients. Stroke 1993;24:1186-91.
5. Wang H, Camicia M, DiVita M, Mix J, Niewczyk P. Early inpatient rehabilitation admission and stroke patient outcomes. Am J Phys Med Rehabil 2015;94:85-96.
6. Salter K, Jutai J, Hartey M, Foley N, Bhogal S, Bayano N, et al. Impact of early vs delayed admission to rehabilitation on functional outcomes in persons with stroke. J Rehabil Med 2006;38:113-7.
7. Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. BMC Public Health 2007;7:68. doi: 10.1186/1471-2458-7-68.

8. Wade D, Hewer R. Functional abilities after stroke: measurement natural history and prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1987;50:177-82.
9. Committee of Subacute Rehabilitation Care Project. The Thai Rehabilitation Medicine Association. Development of subacute rehabilitation program and lesson learned from the Ministry of Public Health. [Internet]. 2018. [Cited 2019 June 19]. Available from: <http://rehabmed.or.th/files/book.pdf>
10. The Ministry of Public Health. Intermediate care service plan [Internet]. 2017. [Cited 2019 June 20]. Available from: http://www.snmri.go.th/snmri/download/train/pm/Intermediate_1.pdf.
11. Dajpratham P, Meenaphant R, Junthon P, Pianmanakij S, Jantharakasamjit S, Yuwan A. The inter-rater reliability of Barthel Index (Thai version) in stroke patients. *J Thai Rehabil Med* 2006;16:1-9.
12. Department of Health, Ministry of Public Health. Elements of district health care implementation for the elderly. [Internet]. 2014[Cited 2019 June 3]. Available from: <https://www.udo.moph.go.th/thepost/upload/UX4ctZPFMRiXzczWnqcMqylj5O/EgzvAFiPp tt9hEgeHvmTU5Xuwo.doc>.
13. Wade D, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud* 1998;10:64-7.
14. Pattanasuwanna P, Kuptniratsaikul V. Inpatient rehabilitation outcomes in patients with stroke at Thailand's largest tertiary referral center: a 5-year retrospective study. *J Sci Res Stud* 2017;4:208-16.
15. Kuptniratsaikul V, Wattanapan P, Wathanadilokul U, Sukonthamarn K, Lukkanapichonchut P, Ingkasuthi K, et al. The Effectiveness and efficiency of inpatient rehabilitation services in Thailand: a prospective multicenter study. *Rehabil Process Outcome* 2016;5:13-8.
16. Pattanasuwanna P. Outcomes of Intermediate Phase Post-Stroke Inpatient Rehabilitation in Community Hospital. *ASEAN J Rehabil Med* 2019; 29(1): 8-13.