

การบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ที่มิปัญหาการเคลื่อนไหวในชุมชน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร Stroke care in community (SCC)¹

วิมลวรรณ เขียงแก้ว
มัณฑนา วงศ์ศิริวินรัตน์

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะโรคที่คุกคามคนในสังคมปัจจุบันอย่างมาก ผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตจากโรค อาจมีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากอาการอ่อนแรงครึ่งซีก และอาการอื่น ซึ่งเป็นภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ โครงการบริการกายภาพบำบัดในระยะเริ่มต้นมีเป้าหมายเพื่อให้บริการกายภาพบำบัดโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การดำเนินโครงการตลอด 4 ปี รวมผู้รับบริการในชุมชนมากกว่าสามพันคน จำนวนครั้งให้บริการมากกว่าสองหมื่นครั้ง และขยายผลให้บริการผู้ป่วยระยะเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวจากสาเหตุอื่นอีกด้วย ผลการดำเนินงานโดยรวมของโครงการนอกจากจะทำให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ยังเกิดการพัฒนาระบบแผนการให้บริการและพัฒนาบุคลากรนักกายภาพบำบัดที่มีความชำนาญจนใช้เป็นแหล่งฝึกนักวิชาชีพได้อีกด้วย

คำสำคัญ กายภาพบำบัด โรคหลอดเลือดสมอง การเคลื่อนไหว ผู้ดูแล ชุมชน

Abstract

Stroke is one of the threatening conditions of modern society. Ones who survive from the disease would have physical disability especially movements and activities of daily living because of hemiparesis and other symptoms. These conditions particularly need physical therapy treatment for rehabilitation. The Community Physical Therapy Project at the beginning aims to provide services for this particular group after discharge from hospital. Along 4 years, the project have had over 3,000 clients in the community and provided services more than 20,000 visits. The project also expands the target groups to the chronic cases and persons who suffer physical disabilities from other causes. The overall results of the project not only improve quality of the clients' life, but also establish the service guideline and being training facility for the professionals.

Key words: Physical Therapy, Stroke, Movement, Care giver, Community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพคนไทย ที่พบบ่อย มีความเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังหลายภาวะ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง ความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิตมากเป็นลำดับที่ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ

และโรคหัวใจ มีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคนี้นับประมาณปีละ 4.4 ล้านคนทั่วโลก ในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตจากโรค หลอดเลือดสมองเป็น 18.9 คน ต่อประชากรแสนคน การศึกษาเสียชีวิตมากเป็นลำดับที่ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุและโรคหัวใจ มีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคนี้นับประมาณ

¹ รายงานการวิจัย ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

² รองศาสตราจารย์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล

ปีละ 4.4 ล้านคนทั่วโลก ในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็น 18.9 คน ต่อประชากรแสนคน การศึกษาที่สถาบันประสาทวิทยาในปี 2542 พบว่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันคิดเป็น 162,664.97 บาทต่อคนต่อปี เป็นการสูญเสียทางตรงค่ารักษา 45,217 บาท และค่าสูญเสียทางอ้อมอีก 117,447.88 บาท พบว่า การตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูญเสียศักยภาพแห่งชีวิต 133,981 ปี และสูญเสียรายได้ประชาชาติเป็นเงิน 4,826 ล้านบาท สถิติในปี 2550 พบผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล 30 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานครมากกว่าเดือนละ 150 คน (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551)

ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหลังการรักษาในระยะเฉียบพลันที่โรงพยาบาลมักต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากญาติหรือผู้ดูแลที่บ้าน ดังนั้นทั้งญาติ ผู้ดูแลและผู้ป่วยเองจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองและดูแลกันเองด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดเพื่อให้ปัญหาจากอาการอ่อนแรง การทรงตัว เคลื่อนย้าย และทำกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเองไม่ได้ ความบกพร่องของประสาทสัมผัสและความรู้สึกอื่นๆ การพูดและการกลืน ซึ่งเป็นผลจากภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต ให้ร่างกายฟื้นตัวโดยมีความพิการเหลือน้อยที่สุด (จเร ผลประเสริฐ, สุรัชย์ เคารพธรรม และกัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530 ; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) ในกระบวนการดูแลนี้ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติมีความจำเป็นต้องเริ่มเตรียมการตั้งแตอยู่ในโรงพยาบาลจนกลับบ้าน แต่สภาพปัญหาที่สำคัญคือ โรงพยาบาลหลายแห่งมีการเตรียมการสำหรับผู้ป่วยภาวะนี้ไม่เพียงพอเนื่องจากขาดบุคลากรและข้อมูลทางวิชาการด้านกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการจัดบริการกายภาพบำบัดก็มีไม่เพียงพอ ทำให้ประชาชนขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด ทำให้ไม่มีความรู้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต เมื่อกลับไปบ้านญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องกลายเป็นผู้พิการไปเป็นที่สุด (นิจศรี ชาญณรงค์(สุวรรณเวลา), 2550)

คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ตระหนักถึงปัญหาการบริการกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2550 และ 2551 โดยได้ศึกษารูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและสภาพพื้นที่ ในโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขประมาณ 30 แห่ง สามารถจัดบริการแก่ผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2551 มากกว่า 1,000 คน ซึ่งผู้ป่วยเกือบทุกคนมีความสามารถทางร่างกายดีขึ้นญาติเข้าใจและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกวิธี ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจในการฟื้นฟูร่างกายด้วยตนเอง

จากนั้นผู้รับผิดชอบโครงการเห็นความจำเป็นที่จะต้องจัดบริการนี้ตามความต้องการของชุมชนต่อไปอีกในปีงบประมาณ 2552 และ 2553 จึงขยายทั้งจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งลักษณะและจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ โดยรับผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตครึ่งซีกนานกว่า 6 เดือน แต่ยังมีศักยภาพฟื้นตัวอยู่ เข้าร่วมโครงการด้วย จนในปีงบประมาณ 2554 เนื่องจากพบผู้มีปัญหาการเคลื่อนไหวอื่นๆที่มีโอกาสพัฒนาคุณภาพชีวิตแต่ไม่ได้รับบริการกายภาพบำบัด จึงได้ขยายกลุ่มเป้าหมายเป็นบริการผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวในชุมชน ซึ่งต้องการบริการกายภาพบำบัดเพื่อแก้ไข ป้องกันความพิการ ฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์

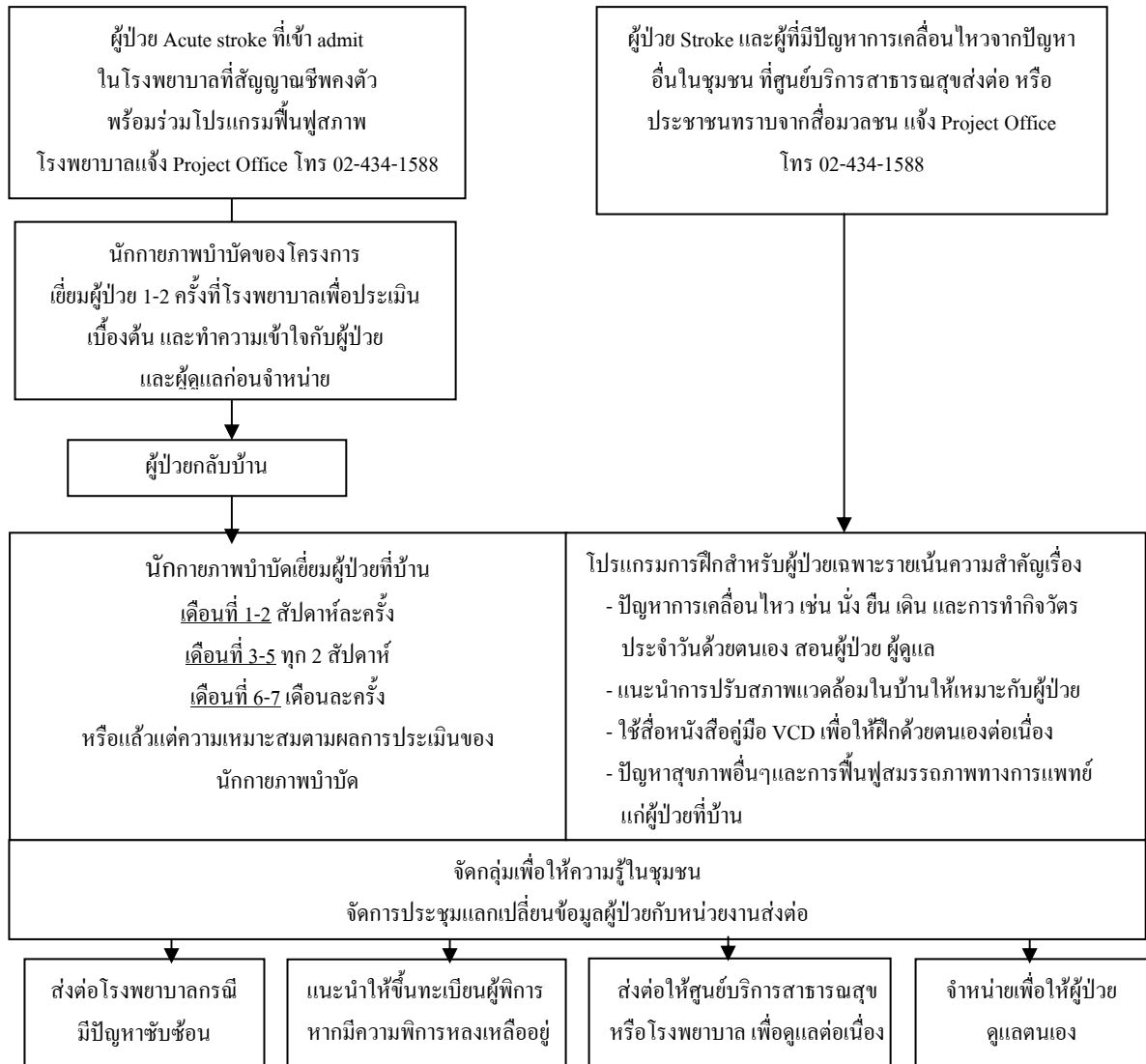
1. เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (หลังมีอาการไม่เกิน 6 เดือน) ให้ได้รับบริการกายภาพบำบัดอย่างเหมาะสมในชุมชน
2. เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง (หลังมีอาการนานกว่า 6 เดือน) ที่อยู่ในชุมชน ซึ่งนักกายภาพบำบัดประเมินแล้วว่ายังมีศักยภาพในการฟื้นตัว
3. เพื่อบริการผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว และต้องการบริการกายภาพบำบัดที่อยู่ในชุมชน ซึ่งนักกายภาพบำบัดประเมินแล้วว่ายังมีศักยภาพในการฟื้นตัว
4. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการกายภาพบำบัดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองทั้งระยะเฉียบพลันและ

ระยะเวรื้อรังในชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และนำไป
 ปรึบใช้ในพื้นที่เขตอื่น ๆ

5. เพื่อให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต
 สำหรับผู้ป่วยและญาติในชุมชน

6. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายทีม
 สุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วยในชุมชน

7. เพื่อเป็นแหล่งฝึกและเรียนรู้สำหรับนัก
 ภายภาพบำบัดเฉพาะทางด้านระบบประสาท และนัก
 ภายภาพบำบัดชุมชน



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการดำเนินการ

อุปกรณ์และวิธีดำเนินโครงการ

กลุ่มเป้าหมาย : ปัจจุบันโครงการให้บริการแก่

กลุ่มเป้าหมายหลัก 3 กลุ่มคือ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
 (หลังเริ่มมีอาการอ่อนแรง ไม่เกิน 6 เดือน)

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง (มี
 อาการอ่อนแรง นานกว่า 6 เดือน)

3. ผู้ที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว
 ต่างๆ เช่น หลังผ่าตัด ปวดหลัง ข้อเข่าเสื่อมรุนแรง
 ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ตุลาคม 2550 จนถึงปัจจุบัน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ :

1. เตรียม Project Office และ Call Center ที่คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ส่งเอกสาร และจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้แก่ผู้อำนวยการ แพทย์ หัวหน้าพยาบาล หรือนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อเชิญเข้าร่วมโครงการ
3. ติดต่อทีมผู้รับผิดชอบและทีมสนับสนุนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้ นักกายภาพบำบัดของโครงการเข้าพบผู้ป่วย และจัดเตรียมระบบส่งต่อเพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
4. ผู้รับผิดชอบโครงการจัดทีมเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลและเตรียมการให้บริการในชุมชน และจัดระบบ Call Center สำหรับการประสานงานกับโรงพยาบาลและชุมชนต่างๆ
5. ประชาสัมพันธ์โครงการทางสื่อมวลชน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนติดต่อมาที่ Call Center

ขั้นดำเนินการ :

6. โรงพยาบาล / ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ผู้รับผิดชอบโครงการทันทีที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
7. ผู้รับผิดชอบโครงการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ส่งทีมเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและให้บริการในชุมชน
8. ทีมผู้รับผิดชอบโครงการ จัดประชุม case conference ร่วมกับทีมโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ต่างๆ
9. ผู้รับผิดชอบโครงการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดต่อ Call Center โดยตรงในชุมชน

10. ทีมผู้รับผิดชอบโครงการ ส่งต่อความช่วยเหลือกรณีให้การรักษาทางกายภาพบำบัดเกิน 6 เดือนแล้วอาการไม่ดีขึ้น เข้าในระบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการ

11. ทีมผู้รับผิดชอบโครงการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จัดการอบรมความรู้การจัดการด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน บุคลากรสุขภาพ และผู้ดูแลรูปแบบกิจกรรมของโครงการ :

1. จัดตั้งศูนย์บริการและหมายเลขโทรศัพท์

1.1 สถานที่ตั้ง คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล 999 ถ.พุทธมณฑลสาย 4 ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

1.2 หมายเลขโทรศัพท์ Call centre ของโครงการ 02 434-1588 โดยมีเจ้าหน้าที่โครงการเป็นผู้รับผิดชอบให้บริการ รวมทั้งเป็นระบบรับอัตโนมัติทุกครั้งหากเจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้บริการได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.3 หมายเลขโทรสาร 02 434-1588 และ 02 441-5450

กรณีประชาชนโทรเข้ามาสอบถาม:

1. ประสานงานรับโทรศัพท์จากประชาชนที่โทรเข้ามาสอบถาม เพื่อขอรับบริการกายภาพบำบัด
2. บันทึกข้อมูล และนัดหมายการเยี่ยมผู้ป่วยกรณีที่ต้องไปให้บริการกายภาพบำบัดที่บ้าน อาทิ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ผู้ประสานงาน เป็นต้น
3. ให้คำปรึกษา case กรณีเป็น case ที่ยังไม่เข้าข่ายตามที่กำหนด

กรณีติดต่อกับโรงพยาบาล :

1. โทรศัพท์ติดต่อผู้เข้าร่วมโครงการทางโทรศัพท์ ทั้งที่เป็นหน่วยบริการเพื่อนัดหมายการเยี่ยมในโรงพยาบาล และรายงานการติดตามผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านแล้ว

2. ประสานงานติดต่อกันต่างๆ ของโครงการตามที่ได้รับมอบหมาย

ผลการดำเนินการ call center สรุปยอดรวมของการใช้

โทรศัพท์ Call centre ในการประสานงาน ประมาณปีละ 500 ราย

การบริการกายภาพบำบัด :

1 จัดจ้างและฝึกอบรมนักกายภาพบำบัดเพื่อปฏิบัติงานในโครงการ ปัจจุบันมีนักกายภาพบำบัดทำงานเต็มเวลา 14 คน โดยจัดระบบการฝึกอบรมให้นักกายภาพบำบัดผู้ปฏิบัติงานก่อนการปฏิบัติงานจริง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และให้มีช่วงทดลองงาน 2 เดือนเพื่อให้นักกายภาพบำบัดทุกคนของโครงการฯ มีทักษะในการทำงานกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน นอกจากนี้มีการประชุมเพื่อพัฒนาบุคลากรปีละ 1 ครั้ง เพื่อเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติงานและจัดระบบงานของนักกายภาพบำบัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2 จัดระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

รูปแบบและขั้นตอนการให้บริการ: ก่อนเข้าเยี่ยมบ้าน

รูปแบบการติดต่อกับโครงการ จำแนกเป็น 3 ช่องทาง คือ
ช่องทางที่ 1 ทีมงานของโครงการติดต่อไปยังโรงพยาบาล เพื่อรับผู้ป่วยเข้าโครงการ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ทีมนักกายภาพบำบัดของโครงการตามผู้ป่วยไปที่บ้านได้เลย

ช่องทางที่ 2 เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ ดูแลผู้ป่วยในชุมชน และส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดของโครงการ โดยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน หรือให้นักกายภาพบำบัดเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเอง

ช่องทางที่ 3 ญาติ ผู้ดูแล หรือผู้ป่วยติดต่อมายังโครงการ ผ่าน Call Center หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่โครงการหรือนักกายภาพบำบัดติดต่อกลับไปยังญาติ ผู้ดูแล หรือผู้ป่วย เพื่อรับผู้ป่วยเข้าโครงการ

ขั้นตอนการให้บริการ เริ่มจากการประเมินสภาพและอาการของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานดังนี้

1. Glasgow Coma Scale ประเมินเรื่อง
ภาวะการรับรู้สติ

2. Stroke Rehabilitation Assessment of Movement ประเมินการเคลื่อนไหว

3. Postural Assessment Scale for Stroke Patients เรื่องการทรงท่าและการเปลี่ยนท่าทาง

4. Bethel Index การทำกิจวัตรประจำวัน

5. แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย
อัมพฤกษ์ อัมพาตครึ่งซีก

6. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง (SA-SIP30)

โดยในเดือนแรกความถี่ของการให้บริการเยี่ยมบ้าน การให้บริการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย คือ จำนวน 1 ครั้งต่อทุกสัปดาห์ พอเข้าสู่เดือนที่ 3-5 จะลดความถี่ของการให้บริการเป็น 1 ครั้งต่อ 2 สัปดาห์ และเดือนที่ 6-7 จะให้บริการเดือนละครั้ง อย่างไรก็ตาม ตารางการนัดเข้าเยี่ยมบ้านสามารถยืดหยุ่นได้ตามลักษณะปัญหาและสภาพอาการของผู้ป่วย ส่วนระยะเวลาของการให้บริการแต่ละครั้งนั้น นักกายภาพบำบัดจะพิจารณาจากสภาพอาการของผู้ป่วยเป็นหลักว่าจะใช้ระยะเวลาเท่าใด โดยเฉลี่ยจะใช้เวลา 45-60 นาที หากผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้ดูแล จะใช้รูปแบบที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง และจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ สำหรับรายที่มีความจำเป็น

ในระหว่างและหลังการให้บริการมีการประเมินโดยใช้แบบประเมินมาตรฐานทั้งหมด และประเมินผลการบริการเพิ่มเติมได้แก่

1. บันทึกผลความก้าวหน้าของผู้ป่วย ตาม
ความคิดเห็นของนักกายภาพบำบัด

2. บันทึกเพิ่มเติมจากการเข้าไปเยี่ยมบ้าน

3. สรุปการรักษาความก้าวหน้าในแต่ละเดือน
ของผู้ป่วยจากแต่ละโรงพยาบาล/ศูนย์

4. แบบสอบถามปัญหาผู้ป่วย

5. แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแล
ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตครึ่งซีก

6. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง (SA-SIP30)

7. แบบประเมินความพึงพอใจ ทำครั้งสุดท้ายของการเยี่ยมชมบ้าน ก่อนจำหน่ายออกจากโครงการ
- การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโครงการใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้
1. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
 2. ครบจำนวนครั้งตาม โปรแกรมโดยอาการดีขึ้นช่วยเหลือตนเองได้
 3. ผู้ป่วยไม่มีปัญหาการเคลื่อนไหว
 4. ย้าย/กลับ ไปอยู่ต่างจังหวัด
 5. เสียชีวิต
 6. ติดต่อกไม่ได้
 7. อยู่โรงพยาบาลนาน
 8. ปฏิเสธการรักษา
 9. ผู้ป่วยไม่เข้าเงื่อนไขโครงการ
 10. ไม่มีญาติรับโปรแกรม

3. จัดการประชุมกรณีศึกษาของผู้ป่วยเพื่อ ทบทวนและพัฒนา โปรแกรมการรักษาฟื้นฟูของนักกายภาพบำบัดและทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลและ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ดำเนินงานร่วมกัน รวมทั้งจัด ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดูแล ผู้ป่วยในชุมชนประมาณเดือนละ 1 ครั้ง

4. ประสานงานส่งต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย กรณีรักษาเกิน 6 เดือน แล้วอาการไม่ดีขึ้นเข้าในระบบฟื้นฟูสุขภาพผู้พิการ

ผลการดำเนินงาน

คณะทำงานโครงการ ได้ดำเนินการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานผลต่อผู้ให้ทุนเป็นระยะๆ โดยมี จำนวนการให้บริการ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนการให้บริการของโครงการ

ช่วงเวลา	จำนวนผู้รับบริการ ในชุมชน	จำนวนครั้งที่ ให้บริการ	จำนวนผู้ป่วยที่ จำหน่ายไปแล้ว	จำนวนผู้ป่วยที่ยังอยู่ ในโครงการเมื่อ สิ้นสุดช่วงเวลา
1 ธันวาคม 2552 – 31 สิงหาคม 2553	892 คน	5,223 ครั้ง	399 คน	493 คน
1 ตุลาคม 2551 – 30 พฤศจิกายน 2552	1,393 คน	8,832 ครั้ง	899 คน	494 คน
1 พฤศจิกายน 2550 – 30 กันยายน 2551	1,060 คน	6,230 ครั้ง	601 คน	459 คน
1 พฤศจิกายน 2549 – 30 กันยายน 2551	416 คน	-	-	-
รวม	3,761 คน	20,285 ครั้ง	1,899 คน	1,146 คน

ผู้รับผิดชอบโครงการได้ประเมินการดำเนินโครงการมาตลอดเป็นระยะ และมีการประเมินโครงการอย่างเป็นทางการ โดยนักวิจัยจากศูนย์สาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดลเมื่อปี 2553 มีข้อสังเกตวิธีการดำเนินโครงการจากบุคคลภายนอกดังนี้

วิธีการให้บริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยนักกายภาพบำบัดของโครงการฯ ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

1. การทักทายและแนะนำตัวแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยเน้นให้นักกายภาพบำบัดต้องมีมนุษยสัมพันธ์ กิริยา

สุขภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส และพุดจาไพล่รวมทั้งกับผู้ดูแลและผู้ป่วย

2. การสอบถามและการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย นักกายภาพบำบัดต้องสอบถามการเปลี่ยนแปลงของอาการ สุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการทำกายภาพบำบัด มีการดัดแปลงเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ภายในบ้านเพื่อช่วยในการฝึกตามโปรแกรมและการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆอย่างปลอดภัย

3. การตรวจและประเมินการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย หลังจากตรวจและประเมินการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยแล้ว นักกายภาพบำบัดจะวิเคราะห์ปัญหา สรุปผลการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย และสอนผู้ป่วยและทราบหลังจากนั้นนักกายภาพบำบัดจึง วิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และให้โปรแกรมการฝึกดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละราย

4. การให้โปรแกรมการฝึกดูแลตนเอง นักกายภาพบำบัดจะให้โปรแกรมการฝึกดูแลตนเองตามลักษณะอาการของผู้ป่วยที่จะให้ฟื้นฟูสภาพตามลำดับขั้นตอน โดยจะสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยถึงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องมากที่สุด การฝึกสอนการปฏิบัติหรือการให้โปรแกรมการฝึกดูแลนั้น นักกายภาพบำบัดจะสาธิตการปฏิบัติตามท่ากายภาพบำบัดต่างๆ และอธิบายถึงเทคนิคและประโยชน์ของการฝึกสอนการปฏิบัติตามท่าต่างๆ พร้อมทั้งให้ญาติหรือผู้ดูแลทดสอบการปฏิบัติในท่านั้นๆ ด้วย ถ้ายังไม่ถูกนักกายภาพบำบัดจะฝึกสอนให้อีก จนกระทั่งทำได้ถูกต้อง

5. นักกายภาพบำบัดได้แจกสื่อคู่มือ เอกสารความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำกายภาพบำบัดได้เอง

ผลการประเมิน:

ผลการ ประเมินปัญหาอุปสรรคในการให้บริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและปัญหาการเคลื่อนไหวในชุมชน

1. ปัญหาความร่วมมือของโรงพยาบาล ในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าโครงการยังน่าจะขยายได้อีก

2. ปัญหาการบริหารจัดการด้านบุคลากร ผู้บริหารโครงการและนักกายภาพบำบัดมีภาระงาน หรือติดภารกิจ ไม่สามารถลงพื้นที่ได้อย่างสม่ำเสมอ จึงจำเป็นต้องสรรหาบุคลากรเพิ่มที่สามารถปฏิบัติได้จริง และเต็มที่มาช่วยงานโครงการ

3. ปัญหาการเบิกจ่ายเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือไม่ได้รับเงินจนกระทั่งเดือนสุดท้ายของการทำงาน (กันยายน 2553) ทำให้นักกายภาพบำบัดไม่ได้รับค่าตอบแทนหลายเดือน จนมีนักกายภาพบำบัดต้องเปลี่ยนงานเพราะไม่มีรายได้อย่างสม่ำเสมอ

4. ปัญหาอุปสรรคของนักกายภาพบำบัด
- นักกายภาพบำบัดไม่ได้รับค่าตอบแทนทำให้มีปัญหาในการทำงาน เช่น ค่าเดินทาง เป็นต้น

- ระยะเวลาในการให้บริการของนักกายภาพบำบัดน้อย

- นักกายภาพบำบัดเดินทางไปให้บริการลำบาก ในบางที่ เกิดปัญหาขาดการติดตาม ดูแลอาการและสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

5. ปัญหาความร่วมมือของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมทำฝึกตาม โปรแกรมที่นักกายภาพบำบัดแนะนำ ทำให้การฟื้นฟูช้า

- ผู้ป่วยบางคนมีพยาธิสภาพรุนแรงหรืออายุมาก ไม่มีกำลังกล้ามเนื้อ หรือรู้สึกเจ็บระหว่างการฝึก ทำให้ไม่อยากฝึก

- ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ไม่มีญาติรับ โปรแกรมฝึกและไม่สามารถฝึกด้วยตัวเองได้

- ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับรู้และความจำ หรือช่วยตัวเองไม่ได้

- ผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือกับผู้ดูแล ถ้าเป็นนักกายภาพบำบัดจากโครงการจะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

6. ปัญหาความร่วมมือของครอบครัว

- ญาติหรือผู้ดูแลไม่มีเวลาทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย ต้องทำงาน และรอให้นักกายภาพบำบัดทำให้ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว นักกายภาพบำบัดจึงต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องว่า ไม่ใช่ทำกายภาพบำบัดเฉพาะที่โรงพยาบาลเท่านั้น แต่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเพิ่มเติมเองด้วย

- ญาติหรือผู้ดูแลบางรายไม่อยากให้ฝึกมากเกินไป เพราะรบกวนผู้ป่วย แต่อยากให้ผู้ป่วยพักผ่อนมากกว่า

- ญาติหรือผู้ดูแลเชื่อว่าการทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลก็เพียงพอแล้ว ไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการฝึกที่บ้าน

- ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การช่วยเหลือเรื่องการทำกายภาพบำบัดบางครั้ง ทำได้ไม่ถนัด และปัญหาในระยะแรก ไม่มีความชำนาญทำให้ไม่มั่นใจว่าจะทำหน้าที่ดูแลได้

- ความเชื่อทางไสยศาสตร์ และความเข้าใจผิดของญาติหรือผู้ดูแล เช่น ทานยาหม้อ ยาลูกกลอน ฟังเข็ม และรดน้ำมันต์ เป็นต้น โดยเฉพาะผู้พิการและผู้สูงอายุ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคในการทำงานที่พบ สามารถจำแนกออกเป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาความร่วมมือของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข มีทั้งที่ให้ความร่วมมือและไม่ให้ความร่วมมือ โดยแห่งใดที่ให้ความร่วมมือส่งผู้ป่วย ก็จะทำให้ความร่วมมือตลอด สม่่าเสมอ และให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี แต่บางแห่งที่ไม่ให้ความร่วมมือก็จะไม่ร่วมมือและไม่มีการตอบรับแต่อย่างใด บางแห่งส่งผู้ป่วย 1 ครั้งเมื่อติดต่อนไปหรือหลังการจัดประชุมวิชาการ แล้วขาดหายไป

2. ปัญหาความร่วมมือของผู้ป่วย โดยเฉพาะในรายที่พบครั้งแรกที่บ้าน โดยไม่ได้พบกันก่อนที่โรงพยาบาล ในการให้บริการครั้งแรก นักกายภาพบำบัดต้องใช้เวลาเพื่อสร้างความคุ้นเคย อย่างไรก็ตามนักกายภาพบำบัดของ โครงการค่อนข้างมีทักษะในการดูแล

ผู้ป่วยเป็นอย่างดี ทำให้ปัญหานี้หมดไปในการเยี่ยมชมครั้งที่ 2 หรือ 3

3. ปัญหาความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน ปัญหาสำคัญที่ปรากฏ คือ

- ญาติหรือผู้ดูแลไม่มีเวลาทำตามโปรแกรมที่นักกายภาพบำบัดสอนให้ญาติและผู้ป่วย เพราะมักต้องออกไปทำงานนอกบ้านตลอดทั้งวันทุกวัน บางคนกลับมาเย็นหรือดึก มักคาดหวังให้นักกายภาพบำบัดมาดูแลหรือรักษาผู้ป่วย นักกายภาพบำบัดจึงต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องว่า ไม่ใช่ทำกายภาพบำบัดเฉพาะที่โรงพยาบาลเท่านั้น แต่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเพิ่มเติมเองด้วย

- ญาติหรือผู้ดูแลบางรายไม่อยากให้ฝึก เกรงจะรบกวนผู้ป่วยหรือทำให้เหนื่อยเกินไป อยากให้ผู้ป่วยพักผ่อนมากๆ

- ญาติหรือผู้ดูแลเชื่อว่า ทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลก็เพียงพอแล้ว จึงต้องอธิบายเพิ่มเติมให้เข้าใจว่า ถ้าฝึกที่บ้านด้วยผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้ดีขึ้น

- ความเชื่อทางไสยศาสตร์ และความเข้าใจผิดของญาติหรือผู้ดูแล เช่น ทานยาหม้อ ยาลูกกลอน ฟังเข็ม และรดน้ำมันต์ เป็นต้น

- ปัญหาการบริหารจัดการด้านบุคลากร บางครั้งอาจารย์และนักกายภาพบำบัดประจำโครงการมีภาระงานมาก หรือติดภารกิจ ไม่สามารถลงพื้นที่ได้อย่างสม่ำเสมอตามตารางเวลาที่ควร จึงจำเป็นต้องเพิ่มจำนวนบุคลากร ที่สามารถปฏิบัติได้จริงและเต็มที่มีทดแทน

ส่วนความต้องการของนักกายภาพบำบัด คือ สถานที่ตั้งสำนักงานที่เป็นสัดส่วน และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ เช่น ยานพาหนะ ตู้เก็บเอกสาร และแฟ้มเอกสาร

อย่างไรก็ตามยังมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ผู้รับผิดชอบโครงการพยายามติดต่อเพื่อเชิญชวนเข้าร่วมโครงการ แต่ ไม่ได้มีการส่งผู้ป่วยให้โครงการอย่างต่อเนื่อง โดยเมื่อสอบถามสาเหตุสำคัญที่โรงพยาบาลบางแห่งยังไม่เข้าร่วมโครงการ มีดังนี้

1. โรงพยาบาลมีโครงการเยี่ยมบ้านเอง

2. บุคลากรนักรักษาภาพบำบัดของโรงพยาบาลมีเพียงพอ

3. มีจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดในโรงพยาบาลน้อย

4. ขาดการประสานงานอย่างต่อเนื่องจากโครงการฯ

5. บุคลากรมีจำกัดเฉพาะทำงานบริการในโรงพยาบาลจึงไม่สามารถให้ความร่วมมือแก่โครงการได้ข้อเสนอแนะ

แนวทางพัฒนาโครงการบริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและผู้มีปัญหาการเคลื่อนไหวในชุมชน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีดังนี้

1. บริหารจัดการการเบิกจ่ายค่าตอบแทนนักรักษาภาพบำบัด เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน

2. ติดต่อประสานกับโรงพยาบาลและผู้ป่วยให้รวดเร็วขึ้น เพื่อให้การดูแลรักษาอย่างถูกวิธี ลดความเสี่ยงเรื่องความพิการของผู้ป่วย ทำให้โอกาสฟื้นตัวเร็วขึ้น

3. ประสานงานขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกับโรงพยาบาลที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการ

4. ขยายความร่วมมือกับโรงพยาบาลอื่นๆ ให้เต็มรูปแบบเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลบางแห่งทราบและเข้าใจถึงผลดีที่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น

5. ประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ครอบคลุมสื่อประเภทต่างๆ ทั้งจำนวน และความถี่ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ หรือโทรทัศน์ บอร์ดประชาสัมพันธ์ และสื่อตัววิ่ง ควรประชาสัมพันธ์ไปยังชุมชน และองค์กรท้องถิ่นให้ครอบคลุม

6. พัฒนาโปรแกรมการฝึกดูแลตนเองให้หลากหลายขึ้น เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะต่างๆ จัดทำสื่อประกอบ เช่น ภาพการเยี่ยมผู้ป่วย หรือภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ถูกต้อง

7. พัฒนาองค์ความรู้ในการให้บริการในชุมชน และการบริหารจัดการโครงการ

8. พัฒนาทักษะและความรู้ของนักรักษาภาพบำบัดในโครงการ สนับสนุนให้ศึกษาดูงานด้านรักษาภาพบำบัดที่มีประสิทธิภาพ

9. ส่งเสริมและสนับสนุนให้นักศึกษารักษาภาพบำบัดลงไปฝึกงาน และปฏิบัติจริงร่วมกับนักรักษาภาพบำบัดโครงการ เพื่อจะได้มีความรู้ และสามารถผลิตบุคลากรทดแทนได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รับผิดชอบโครงการขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ผู้ให้ทุนสนับสนุน และสภากายภาพบำบัดที่ให้ความสนับสนุนโครงการอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

จเร ผลประเสริฐ, สุรัชย์ เคารพธรรม และกัมมันต์

พันธุ์จินดา. (2530). *Stroke :*

cerebrovascular disease. กรุงเทพฯ:

บริษัทเชียรบุ๊คพับลิชเชอร์.

นิจศรี ชาญณรงค์(สุวรรณเวลา). (2550). *การดูแล*

รักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะ

เฉียบพลัน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญแข แดงสุวรรณ.(2550). *Stroke ฆาตกรเงียบ : ระวัง*

ภัย ห่างไกล โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ:

ใกล้หมอ.

เอี่ยมพร สกุลแก้ว (2551). *5 โรคร้าย คร่าชีวิตคนไทย*

: อันดับ 4 โรคหลอดเลือดสมอง.

กรุงเทพฯ: ใกล้หมอ.