

ความสามารถ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหรือบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ

อภิชนา โฉมวิริยะ, พ.บ.

มาธวี สุนทรสารทูล, พ.บ.

ภัทรา วัฒนพันธ์, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อภิชนา โฉมวิริยะ, มาธวี สุนทรสารทูล, ภัทรา วัฒนพันธ์. ความสามารถ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหรือบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2548; 15(3): 155-164

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสามารถ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหรือบาดเจ็บไขสันหลัง หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว และเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแบบผสมผสานและครอบคลุมโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและครอบครัวมีส่วนร่วม และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการให้บริการต่อไป

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study)

สถานที่ทำการวิจัย : หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มที่ถูกรับการวิจัย : ผู้ป่วยโรค/ บาดเจ็บไขสันหลังปี 2544 จำนวน 30 คน และปี 2547 จำนวน 30 คน

วิธีการ : สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว ในช่วงเดือนพฤษภาคม- สิงหาคม 2547 โดยใช้แบบสอบถามที่แปลมาจาก Need assessment checklist ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในสหราชอาณาจักร และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เมื่อเดือนมกราคม-ธันวาคม 2544

ผลการศึกษา : กลุ่มปี 2544 มีผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว 14 คนและครึ่งตัว 16 คน อายุเฉลี่ย 39.5 ปี ส่วนกลุ่มปี 2547 มีผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว 9 คน และครึ่งตัว 21 คน อายุเฉลี่ย 38.2 ปี ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญด้านอายุ เพศ ระดับของพยาธิสภาพ ส่วนระยะเวลาอนของกลุ่มปี 2547 สั้นกว่าของกลุ่มปี 2544 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) มากกว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มสามารถประกอบกิจวัตรส่วนตัวได้เอง กลุ่มปี 2547 มีระดับความสามารถด้านการเคลื่อนย้ายตัว การดูแลการขับถ่ายอุจจาระ และการดูแลผิวหนังและการป้องกันแผลกดทับดีกว่ากลุ่มปี 2544 ส่วนการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านนั้น พบว่ากลุ่มปี 2547 ได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นมากกว่าที่กลุ่มปี 2544 ได้รับ แต่มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเบาะรองนั่ง ส่วนภาวะจิตใจนั้นพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม (ปี 2544 และ 2547) มีปัญหาไม่แตกต่างกัน ได้แก่ นอนไม่หลับ (ร้อยละ 27 และ 27) กลัวอนาคตข้างหน้า (ร้อยละ 23 และ 27) เครียดและหงุดหงิดง่าย (ร้อยละ 13 และ 20) ด้านการกลับเข้าสู่สังคม ผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งตัวปี 2547 มีความต้องการกลับไปเรียน/ฝึกอาชีพ และต้องการทำงานมากกว่ากลุ่มปี 2544

สรุป : การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมาเป็นแบบผสมผสาน ครอบคลุมและเชื่อมโยง

ในปี พ.ศ. 2528 อภิขินา โสวินทะ⁽¹⁾ ได้ศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ใหม่ระหว่างปี พ.ศ. 2520-2524 พบว่าอุปสรรคสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพคือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้เต็มที่ อีกทั้งสูญเสียเวลาและทรัพยากรในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วย จากการศึกษานี้จึงนำไปสู่การเริ่มต้นพัฒนาบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญของทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 อภิขินา โสวินทะ⁽²⁾ ได้รายงานผลการศึกษาซึ่งเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในช่วงปี พ.ศ. 2528-2534 พบว่ามีผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเฉลี่ยปีละ 57 ราย และได้เริ่มนำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary approach) มาใช้ พบว่าหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน (paraplegia) สามารถทำกิจวัตรส่วนตัว เคลื่อนย้ายตัว และใช้รถเข็นคนพิการได้เกือบทุกคน แต่มีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัว (tetraplegia) ที่สามารถบรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพได้ตามที่กำหนด

ในปี พ.ศ. 2541 อภิขินา และ กัลยาณี⁽³⁾ ได้รายงานการศึกษาสภาพและปัญหาของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังการถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 2 ระยะคือ หลังจำหน่าย 2 ปี และ 4 ปี พบว่าร้อยละ 55-80 ของผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงแขนขา (ทั้งตัว) สามารถทำกิจวัตรส่วนตัวได้ในขณะที่ร้อยละ 80-100 ของผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อนสามารถทำกิจวัตรส่วนตัวได้เอง ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรส่วนตัวได้เองเพิ่มมากขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป น่าจะเกิดจากความชำนาญที่เพิ่มมากขึ้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่ยังพบเป็นปัญหาอยู่ถึงร้อยละ 25 - 40 ได้แก่ บัสสาวะติดเชื่อและแผลกดทับ ซึ่งแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขต่อไป

เมื่อปี พ.ศ. 2544 ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้นำแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก need assessment checklist มาใช้ประเมินความสามารถ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 เป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว เพื่อเสริมความรู้และประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่นักศึกษาแพทย์ และสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยและวิชาชีพ

สืบเนื่องจากการพัฒนาระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จึงเริ่มต้นตัวพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จึงปรับปรุงการดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยให้เป็นแบบผสมผสาน ครอบคลุมและเชื่อมโยงโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและครอบครัวมีส่วนร่วม (comprehensive, integrative and patient-centered Rehabilitation program) เพิ่มการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมเพื่อประสานความร่วมมือ และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งเป็นรูปแบบของสหสาขา

เมื่อต้นปี พ.ศ. 2545 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจึงได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แต่ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูยังคงพัฒนางานบริการอย่างต่อเนื่อง เพิ่มการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและกำหนดเป้าหมายอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกรับ เพิ่มการสื่อสารเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างบุคลากรในทีมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมและตัดสินใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽⁴⁾ ด้านการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายนั้น ทีมเพิ่มให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล อีกทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการทำกิจวัตรประจำวันเช่น อุปกรณ์ช่วยจับช้อนกินอาหาร สายสวนปัสสาวะ และรถนั่งคนพิการหรืออุปกรณ์ช่วยเดิน หมอนรองลำตัว อุปกรณ์ช่วยนั่งสำหรับผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัว เป็นต้น มีการเยี่ยมบ้านเพื่อแนะนำการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมและมีระบบส่งต่อและประสานงานกับโรงพยาบาลท้องถิ่นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม ของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสามารถ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาระบบการบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลัง หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว และเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลของผู้ป่วยปี 2544 กับปี 2547
2. เพื่อศึกษาปัญหาที่คงเหลืออยู่และความต้องการของผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลัง หลังจากได้รับ

การฟื้นฟูสภาพแล้ว และเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลของผู้ป่วยปี 2544 กับปี 2547

3. เพื่อสะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแบบผสมผสานอย่างครอบคลุมและเชื่อมโยงโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งได้พัฒนาขึ้นอย่างมากในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2545 -2547) และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการให้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบวิจัย:

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

กลุ่มประชากรและสถานที่ศึกษา:

- ผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลังทั้งที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัวและครึ่งท่อน ที่เข้ารับการฟื้นฟูสภาพที่หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2544 จำนวน 30 คน
- ผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลังทั้งที่เป็นอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัวและครึ่งท่อน ที่เข้ารับการฟื้นฟูสภาพที่หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2547 จำนวน 30 คน
- ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้
- ยินยอมให้สัมภาษณ์

วิธีการวิจัย

- ข้อมูลชุดที่ 1 เป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่สัมภาษณ์โดยนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2544
- ข้อมูลชุดที่ 2 เป็นข้อมูลที่ทำการศึกษาวิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วย เมื่อปี พ.ศ. 2547

โดยข้อมูลทั้ง 2 ชุด ใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันที่ได้ดัดแปลงมาจาก Need assessment checklist ที่ใช้ที่ National Spinal Injuries Centre, Stoke Mandaville Hospital⁽⁴⁾ ทั้งนี้มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับและความรุนแรงของพยาธิสภาพ และระยะเวลาอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผิวหนังและการป้องกันแผลกดทับ การขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ และการเคลื่อนย้ายตัว โดยถ้าผู้ป่วย

สามารถทำหรือบอกขั้นตอนการทำกิจวัตรประจำวันนั้นๆ ได้โดยมีความยากลำบากน้อยกว่าร้อยละ 25 ถือว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย โดยประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล การรักษาพยาบาลต่อเนื่อง และการปรับปรุงที่พักอาศัยให้พร้อมก่อนกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมถึงสภาวะจิตใจของผู้ป่วย

หมายเหตุ: งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองเชิงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การวิเคราะห์ทางสถิติ

- ใช้ Fisher's exact test เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ และระดับพยาธิสภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่มปี 2544 และกลุ่มปี 2547)
- ใช้ Unpaired t-test เปรียบเทียบอายุ และระยะเวลาอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม
- ใช้ one-tailed Fisher's exact test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยปี 2544 และปี 2547 ด้านความสามารถ สภาพจิตใจ และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านและการเข้าสู่สังคม ทั้งนี้มีสมมุติฐานว่ากลุ่มผู้ป่วยปี 2547 มีความสามารถเพิ่มขึ้น สภาพจิตใจดีขึ้น มีความพร้อมก่อนกลับบ้านและความต้องการกลับสู่สังคมมากขึ้น
- คิดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

อายุเฉลี่ย เพศ และระดับของพยาธิสภาพ ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.755, 1.000$ และ 0.288 ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยปี 2547 สั้นกว่ากลุ่มผู้ป่วยปี 2544 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว ปี 2544 ทุกคน (ร้อยละ 100) สามารถทำ/บอกขั้นตอนการกินอาหารและการทำความสะอาดใบหน้าได้อย่างครบถ้วน ร้อยละ 92 สามารถทำ/บอก

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวนผู้ป่วย | | p value |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|---------|
| | ผู้ป่วยปี 2544 (N = 30) | ผู้ป่วยปี 2547 (N = 30) | |
| เพศ | | | |
| - ชาย | 21 | 21 | 1.000 |
| - หญิง | 9 | 9 | |
| ระดับความพิการ | | | |
| - อัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อน | 16 (15/1) | 21 (18/3) | 0.288 |
| - อัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว | 14 (11/3) | 9 (7/2) | |
| อายุเฉลี่ย (ปี) | 39.5 | 38.2 | 0.755 |
| ระยะเวลาอนเนลีส (สัปดาห์) | 5.86 | 1.68 | 0.000* |

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดย unpaired t-test

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

ขั้นตอนการใส่ถอดเสื้อผ้าและการจัดการระบบขับถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 86 สามารถทำ/บอกขั้นตอนการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 71 สามารถทำ/บอกขั้นตอนการเคลื่อนย้ายตัว และร้อยละ 57 สามารถทำ/บอกขั้นตอนการป้องกันแผลกดทับและมีความรู้เรื่องปัญหาเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ ส่วนกลุ่มปี 2547 ผู้ป่วยทุกคนสามารถทำ/บอกขั้นตอนการกินอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การใส่ถอดเสื้อผ้า การจัดการระบบขับถ่ายปัสสาวะ และการเคลื่อนย้ายตัวได้ ร้อยละ 89 รู้วิธีการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายและการจัดการระบบขับถ่ายอุจจาระ และร้อยละ 78 รู้วิธีการดูแลผิวหนังและป้องกันแผลกดทับ (ตารางที่ 2)

ด้านผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อน กลุ่มปี 2544 ร้อยละ 100 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองทุกอย่าง ร้อยละ 88 มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชือกทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 81 มีความรู้ด้านการป้องกันแผลกดทับ และร้อยละ 75 สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้ เช่นเดียวกับ กลุ่มปี 2547 ทุกคนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองทุกอย่าง ร้อยละ 95 มีความรู้ด้านการดูแลผิวหนังและป้องกันแผลกดทับ สามารถจัดการระบบขับถ่ายปัสสาวะ และเคลื่อนย้ายตัวเอง และร้อยละ 90 สามารถจัดการระบบขับถ่ายอุจจาระได้เอง (ตารางที่ 2)

สภาพจิตใจ

ส่วนภาวะจิตใจนั้น ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม (ปี 2544 และ

ปี 2547) มีปัญหาไม่แตกต่างกัน ปัญหาที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ นอนไม่หลับ (ร้อยละ 27 และ 27) กลัวอนาคตข้างหน้า (ร้อยละ 23 และ 27) เครียดและหงุดหงิดง่าย (ร้อยละ 13 และ 20) ดังตารางที่ 3

การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยปี 2544 ได้รับอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น น้อยกว่ากลุ่มปี 2547 ดังนี้ ปี 2544 ร้อยละ 29 ของผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว และ ร้อยละ 44 ของผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อน ในขณะที่ปี 2547 ร้อยละ 56 ของผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว และร้อยละ 95 ของผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อน ได้รับอุปกรณ์เช่น สายสวนปัสสาวะ รถนั่งคนพิการ และเบาะรองนั่ง ก่อนกลับบ้าน

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองนั้น พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มขาดความรู้เรื่องการดูแลรักษาอุปกรณ์ดังกล่าว เช่น ในปี 2544 ร้อยละ 63 ของผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อน และ ร้อยละ 86 ของผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว และในปี 2547 ร้อยละ 57 ของผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อนและร้อยละ 67 ของผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเบาะรองนั่ง ทำนองเดียวกัน ร้อยละ 37 -79 ของผู้ป่วยปี 2544 และร้อยละ 10 -11 ของผู้ป่วยปี 2547 ขาดความรู้เรื่องการจัดการระบบขับถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 12 -43 ของผู้ป่วยปี 2544 และร้อยละ 19 -56 ของผู้ป่วยปี 2547 ขาดความรู้เรื่องการติดเชือกทางเดินปัสสาวะ (ตารางที่ 2)

ด้านการปรับสภาพบ้าน ผู้ป่วยปี 2544 ร้อยละ 50 และ 56 ได้ปรับสภาพบ้านก่อนผู้ป่วยกลับไปอยู่จริง (ผู้ป่วย อัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัวที่ต้องได้รับการปรับสภาพบ้าน จำนวน 12 คน และอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อน 16 คน ตามลำดับ) ส่วนผู้ป่วยปี 2547 ร้อยละ 33 และ 76 ได้รับการปรับสภาพบ้าน เรียบร้อย (ผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว 12 คน และอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อน 16 คน ตามลำดับ) (ตารางที่ 4)

ความต้องการของผู้ป่วย

เมื่อเทียบระหว่างปี 2544 กับปี 2547 ผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อนที่ต้องการกลับไปเรียนต่อ หรือฝึกอาชีพ และอยากกลับไปทำงานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัวมีความอยากทำงานมีจำนวนลดลง แต่มีความต้องการฝึกวิชาชีพยานพาหนะกลับเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

| กิจวัตรประจำวัน | ผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว คน (ร้อยละ) | | | ผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อนล่าง คน (ร้อยละ) | | |
|--|---|--------------------|---------|---|---------------------|---------|
| | ปี 2544 (N = 14) | ปี 2547 (N = 9) | p-value | ปี 2544 (N = 16) | ปี 2547 (N = 21) | p-value |
| | 1. กิจวัตรส่วนตัว | | | | | |
| 1.1 การกินอาหาร | 14 (100) | 9 (100) | 1.000 | 16 (100) | 21 (100) | 1.000 |
| 1.2 การใส่ถอดเสื้อผ้า | 13 (92) | 9 (100) | 0.609 | 15 (94) | 21 (100) | 0.432 |
| 1.3 การทำความสะอาดใบหน้า | 14 (100) | 9 (100) | 1.000 | 16 (100) | 21 (100) | 1.000 |
| 1.4 การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย | 12 (86) | 8 (89) | 0.668 | 15 (94) | 21 (100) | 0.432 |
| 2. การดูแลผิวหนังและป้องกันการเกิดแผลกดทับ | 8 (57) | 7 (78) | 0.290 | 13 (81) | 20 (95) | 0.206 |
| 3. การขับถ่ายปัสสาวะ | | | | | | |
| 3.1 วิธีที่ใช้ในการขับปัสสาวะออก | 13 (92) | 9 (100) | 0.609 | 16 (100) | 20 (95) | 0.568 |
| 3.2 ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ | 8 (57) | 4 (44) | 0.433 | 14 (88) | 17 (81) | 0.472 |
| 4. การขับถ่ายอุจจาระ | 3 (21) | 8 (89) | 0.003* | 10 (63) | 19 (90) | 0.050 |
| 5. การเคลื่อนย้ายตัว | 10 (71) | 9 (100) | 0.113 | 12 (75) | 20 (95) | 0.098 |

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดย one-tailed Fisher's exact test

ตารางที่ 2 แสดงความสามารถของผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลังในการทำ/บอกขั้นตอนการทำกิจวัตรประจำวันด้านต่าง ๆ

| สภาพจิตใจ | จำนวนผู้ป่วย คน (ร้อยละ) | | p-value |
|--|--------------------------|---------|---------|
| | ปี 2544 | ปี 2547 | |
| 1. คุณรู้สึก เศร้า ทุกข์ใจ | 4 (13) | 2 (7) | 0.335 |
| 2. คุณรู้สึก เครียด โหม่งง่าย / อารมณ์ไม่ดี | 4 (13) | 6 (20) | 0.365 |
| 3. คุณรู้สึก กลัวอนาคตข้างหน้า | 7 (23) | 8 (27) | 0.500 |
| 4. คุณรู้สึก กังวลเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัว | 2 (7) | 4 (13) | 0.335 |
| 5. คุณ นอนไม่หลับ / ตื่นแต่เช้ามืด | 8 (27) | 8 (27) | 0.615 |
| 6. คุณ เบื่ออาหาร / กินไม่ลง | 4 (13) | 1 (3) | 0.117 |
| 7. คุณรู้สึก ไม่มีกำลังใจจะทำอะไร | 1 (3) | 2 (7) | 0.500 |
| 8. คุณต้องการ กำลังใจจากครอบครัว | 18 (60) | 17 (57) | 0.500 |
| 9. คุณคาดหวังว่าจะกลับเป็นปกติเหมือนเดิม | 19 (63) | 16 (53) | 0.301 |
| 10. คุณยอมรับ / ปรับตัวกับ สภาพปัจจุบันได้ | 23 (77) | 18 (60) | 0.133 |

ตารางที่ 3 แสดงสภาพจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละช่วงปี

| ประเด็นต่างๆ | จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|----------------|---------|--------------------------------|----------------|---------|
| | ผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว | | | ผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อน | | |
| | ผู้ป่วยปี 2544 | ผู้ป่วยปี 2547 | p value | ผู้ป่วยปี 2544 | ผู้ป่วยปี 2547 | p value |
| 1. ได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นก่อนจำหน่าย | 4/14 (29) | 5/9 (56) | 0.060 | 7/16 (44) | 20/21 (95) | 0.001* |
| 2. รู้การส่งต่อผู้ป่วย | 12/14 (86) | 9/9 (100) | 0.360 | 15/16 (94) | 21/21 (100) | 0.432 |
| 3. สภาพบ้านได้รับการปรับแล้ว | 6/12 (50) | 2/6 (33) | 0.437 | 9/16 (56) | 13/17 (76) | 0.195 |
| 4. การได้เข้าสังคมขณะอยู่โรงพยาบาล | 5/14 (36) | 1/9 (11) | 0.208 | 8/16 (50) | 9/21 (43) | 0.460 |
| 5. ความต้องการเรียนต่อ / ฝึกอาชีพ | 4/10 (40) | 2/5 (40) | 0.706 | 6/10 (60) | 9/12 (75) | 0.384 |
| 6. การอยากทำงาน | 8/12 (67) | 3/8 (38) | 0.205 | 9/12 (75) | 15/15 (100) | 0.075 |
| 7. ความต้องการฝึกขับขียานพาหนะ | 5/14 (36) | 4/9 (49) | 0.505 | 11/13 (85) | 17/20 (85) | 0.669 |

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดย one-tailed Fisher's exact test

ตารางที่ 4 แสดงการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านและความต้องการของผู้ป่วย

หมายเหตุ จำนวนผู้ป่วยในแต่ละหัวข้อไม่เท่ากัน ตัวเลขที่อยู่ด้านหน้าคือ จำนวนผู้ป่วยที่แสดงความต้องการ ส่วนตัวเลขที่อยู่ด้านหลังคือ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดแต่ละหัวข้อนั้น

บทวิจารณ์

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภายหลังการพัฒนางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เป็นแบบผสมผสาน ครอบคลุมและเชื่อมโยงโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่าผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลังมีความสามารถทำกิจกรรมประจำวันเพิ่มมากขึ้น มีการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านดีขึ้น มีปัญหาคงเหลืออยู่ลดลง ที่เห็นได้ชัดได้แก่ด้านการจัดการระบบขับถ่ายอุจจาระและการเคลื่อนย้ายตัว ส่วนสภาวะจิตใจของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และดูเหมือนว่ากลุ่มผู้ป่วยปี 2547 มีปัญหามากกว่าเล็กน้อย. ด้านการพร้อมกลับเข้าสู่สังคมนั้นพบว่าปี 2547 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่มมากขึ้น รู้เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยมากขึ้น และจำนวนผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อนมีความต้องการกลับไปเรียนต่อหรือฝึกอาชีพ และอยากกลับไปทำงานมากขึ้น หนึ่งเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปี 2547 ส่วนหนึ่งมีความรู้สึกเครียด (ร้อยละ 13-20) วิตกกังวลกับอนาคต (ร้อยละ 23-27) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 27) และเข้าสังคมขณะอยู่โรงพยาบาลน้อย (ร้อยละ 11-43) อาจเป็นเพราะระยะเวลาอนโรงพยาบาลในปี 2547 ที่สั้นลงมากเมื่อเทียบกับปี 2544 ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวปรับจิตใจเพื่อยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นจากการศึกษาของอภิชนาและกัลยาณี⁽³⁾ และกิ่งแก้ว และคณะ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาผู้ป่วยหลังจำหน่ายเป็นระยะเวลา

2-4 ปี พบว่าความสามารถของผู้ป่วยส่วนใหญ่เท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้น ดังนั้นถ้าก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองได้มาก คาดว่าการดำรงชีวิตน่าจะดีในระยะยาว หนึ่งทีมเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (patient education) เพราะถือเป็นหัวใจสำคัญ ของความสำเร็จในการบำบัดรักษาฟื้นฟู

ความสามารถด้านกิจกรรมส่วนตัว

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เคยรายงานไว้เมื่อปี พ.ศ. 2541 โดยอภิชนาและกัลยาณี⁽³⁾ พบว่าผู้ป่วยปี 2547 มีความสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เองมีจำนวนเพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น จำนวนผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งท่อนที่สามารถแต่งตัวได้เองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85 ในปี 2536 มาเป็นร้อยละ 94 ในปี 2544 และเป็นร้อยละ 100 ในปี 2547 จำนวนผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัวที่สามารถแต่งตัวได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56 ในปี 2536 มาเป็นร้อยละ 92 ในปี 2544 และเป็นร้อยละ 100 ในปี 2547 ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยถูกพัฒนาให้มีความสามารถเพิ่มขึ้น ทั้งนี้คงเนื่องจากทีมได้พัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามเป้าหมาย หนึ่งผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัวที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้นั้น เป้าหมายการฟื้นฟูในปัจจุบันเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดำเนินชีวิต สามารถบอกขั้นตอน

ให้แก่ผู้ดูแลปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยมีอิสระที่จะคิดหรือทำตามที่ตนปรารถนาอย่างเหมาะสมและดำรงชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน

ความสามารถดูแลการขับถ่าย

การจัดการระบบขับถ่ายปัสสาวะนั้น ผู้ป่วยในปี 2544 และ 2547 มากกว่าร้อยละ 90 สามารถจัดการระบบขับถ่ายปัสสาวะของตนเองได้เป็นอย่างดีพอๆ กัน แต่ดีขึ้นกว่าผลการศึกษาที่รายงานเมื่อปี 2541⁽³⁾ ทั้งนี้เนื่องจากทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติด้านการฝึกขับถ่ายปัสสาวะอย่างเป็นรูปธรรม โดยเริ่มจากประเมินการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและหูด (urodynamic study) ซึ่งแจ้งผลการตรวจแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยและเหมาะสม ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบและร่วมตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และย้ำความสำคัญของการดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ หนึ่งในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องหัดสวนปัสสาวะด้วยตนเองหรือญาติเป็นผู้สวน ผู้ป่วยและ/หรือญาติสังเกตวิธีการสวนปัสสาวะก่อนเริ่มฝึกสวนกับหุ่นจำลองภายใต้การกำกับของพยาบาล เมื่อวิธีการถูกต้องทุกขั้นตอนแล้วจึงให้ปฏิบัติจริง⁽⁵⁾ นอกจากนี้มีข้อมูลดัชนีคุณภาพด้านคลินิกของหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ 1 (ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่รวบรวมไว้พบว่าการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2545 มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 14 ลดลงเป็นร้อยละ 10 ในปี 2546 และปัจจุบันในปี 2547 ลดลงเหลือร้อยละ 3

ด้านการจัดการระบบขับถ่ายอุจจาระนั้น จากการศึกษาครั้งหนึ่งซึ่งมีผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัวและครึ่งท่อนปี 2544 จำนวนร้อยละ 20-60 และในปี 2547 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89-90 ที่สามารถทำ/บอกขั้นตอนการจัดการระบบขับถ่ายอุจจาระได้ แต่ส่วนมากไม่รู้ชนิดและขนาดของยาระบายหรือยาสวนถ่ายที่ได้รับ และจากการศึกษาผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ปี 2547 ก็พบว่ามีปัญหาท้องผูกสูงถึงร้อยละ 85.2⁽⁷⁾ ดังนั้นทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่สมควรปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ขั้นตอนและกระบวนการที่ใช้ช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการระบบขับถ่ายที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

และลดอาการท้องผูก

ความสามารถด้านการดูแลผิวหนังและป้องกันแผลกดทับ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยอัมพาตของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว การมีแผลกดทับยังเป็นปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนี้ ปี 2536 พบร้อยละ 45 และ ปี 2538 ร้อยละ 24⁽³⁾ และปี 2546 ร้อยละ 23⁽⁸⁾ ในขณะที่ไม่พบการเกิดแผลกดทับขณะฟื้นฟูที่หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ 1⁽⁵⁾ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษารั้งนี้และก่อนหน้านีที่บ่งชี้ว่าแนวทางปฏิบัติด้านการดูแลผิวหนังและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องผิวหนังและป้องกันแผลกดทับอยู่ในเกณฑ์ดี^(5,8) แต่จากการศึกษารั้งนี้พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องเบาะรองนั่งที่เป็นอุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับที่ปุ่มกระดูก ประเด็นนี้จึงเป็นจุดที่ทีมต้องพัฒนาต่อไป

ด้านจิตใจ

จากการศึกษานี้ ความวิตกกังวล ความเครียด และนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่สำคัญ พบได้บ่อย และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Howell⁽⁹⁾ ที่พบว่าร้อยละ 22 ของผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลังมีอาการซึมเศร้า และจากการศึกษาของ Meade และคณะ⁽¹⁰⁾ บ่งชี้ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการและไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือการประคับประคองจิตใจ เขาสรุปว่าปัญหาด้านจิตใจเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและต้องใช้เวลา ดังนั้นช่วงเวลาเพียงสั้นๆ (ประมาณ 1 เดือน) ที่เข้ารับการรักษาฟื้นฟูในโรงพยาบาลจึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ หนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ไม่มีนักจิตวิทยาเป็นส่วนหนึ่งของทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู จึงเป็นข้อจำกัดในการพัฒนารูปแบบการดูแลด้านจิตใจ

ที่ผ่านมาบุคลากรในทีมทุกคนได้ตระหนักถึงภาวะจิตใจของผู้ป่วยและพยายามให้การประคับประคอง อีกทั้งช่วยแก้ไขปัญหาด้านครอบครัวและสังคมเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ได้ส่งบุคลากรในทีมไปศึกษาเพิ่มเติมด้านจิตวิทยาคลินิกเพื่อนำความรู้ความชำนาญมาเผยแพร่และพัฒนาารูปแบบการฟื้นฟูสภาพจิตใจให้ผู้ป่วยพิการเหล่านี้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น หนึ่งในข้อมูลจากการศึกษารั้งนี้ทำให้ทีมได้นำแบบสอบถาม (need assessment checklist) มาประเมิน

ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม และมีการประเมินเป็นระยะ จนถึงก่อนจำหน่าย เพื่อให้ทราบและแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วและครบถ้วน อีกทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ข้อมูลดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟูร่วมกับทีม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการพัฒนาตนเอง

ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

จากการศึกษาครั้งนี้ สภาพบ้านของผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัวในปี 2547 ได้รับการปรับก่อนกลับบ้านมีจำนวนน้อยกว่าที่สำรวจในปี 2544 ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะระยะเวลาอนโรพยาบาลสั้นลง ครอบครัวจึงไม่สามารถปรับสภาพบ้านได้ทัน อีกประการหนึ่งที่เป็นอุปสรรคคือปัญหาทางด้านเศรษฐฐานะ ที่ผ่านมาก็ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้ตัดแปลงวัสดุที่อยู่ในห้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อหาเงินทุนสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย

ด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อกลับเข้าสู่สังคม

หนึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีโอกาสเข้าสังคมขณะอยู่โรงพยาบาลในปี 2547 มีน้อยกว่าปี 2544 อาจเป็นผลเนื่องจากตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2544 ช่วงฤดูหนาว (ประมาณมกราคมถึงกุมภาพันธ์) ของทุกปี ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาจัดกิจกรรม 7 มหัศจรรย์ (1 กิจกรรมต่อ 1 สัปดาห์) เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูในช่วงเวลานั้นได้ทำกิจกรรมร่วมกับทีม มีโอกาสพบปะผู้ที่เคยผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว และได้รับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับใช้ชีวิตหลังออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นในปี 2544 ซึ่งคาบเกี่ยวช่วงเดือนดังกล่าว จำนวนผู้ป่วยที่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมสังคมจึงมากกว่าผู้ป่วยในปี 2547 (พฤษภาคมถึงสิงหาคม) ซึ่งได้จากผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้นเพื่อพัฒนาด้านการเข้าสังคมให้เป็นระบบยิ่งขึ้น ทีมสมควรจัดกิจกรรมเช่นนี้เป็นประจำและต่อเนื่อง ไม่ใช่จัดเฉพาะฤดูกาลเมื่ออย่างที่ผ่านมา

ด้านความต้องการกลับเข้าสู่สังคม การกลับไปเรียนหรือฝึกอาชีพและการกลับไปทำงานนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ อายุเมื่อเริ่มเป็นอัมพาต ระดับการศึกษา เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ภาระงานที่ทำอยู่ก่อนได้รับบาดเจ็บ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้^(11,12,13) จากการศึกษานี้

ผู้ป่วยในปี 2547 มีความต้องการฝึกอาชีพและศึกษาต่อ และต้องการกลับไปทำงานสูงกว่าปี 2544 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองด้านการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดีแล้ว จึงมองโอกาสที่จะพัฒนาตนเองต่อไป คือ การเรียนต่อหรือฝึกอาชีพ การกลับไปทำงานได้อย่างที่ต้องการเพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าและคุณภาพชีวิตของตนเอง

ระยะเวลาอนโรพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าระยะเวลาอนโรพยาบาลของผู้ป่วยในปี 2547 สั้นกว่าปี 2544 อย่างมีนัยสำคัญ (1.68 สัปดาห์คิดเป็น 11.76 วันและ 5.86 สัปดาห์คิดเป็น 41.02 วันตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลดัชนีคุณภาพของหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ 1 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ที่พบว่าในปี 2547 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 235 คนระยะเวลาอนโรพยาบาลเฉลี่ย 12.92 วัน และในปี 2545 จำนวน 220 คน เฉลี่ย 14.76 วัน ดังนั้นระยะเวลาอนโรพยาบาลที่สั้นลงไม่ได้เป็นเพราะความแตกต่างระหว่างสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัวและครึ่งท่อนของปี 2544 และ 2547 ของการศึกษานี้ แต่คาดว่าเป็นผลมาจากที่ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการฟื้นฟู และทีมได้พัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรได้ตามเป้าหมายภายในระยะเวลาที่กำหนดได้

กล่าวโดยสรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภายหลังการพัฒนางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นแบบผสมผสาน ครอบคลุมและเชื่อมโยงโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลังมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น มีความพร้อมก่อนกลับบ้านมากขึ้น ความต้องการได้รับการตอบสนองปัญหาคงเหลืออยู่น้อยลง อนึ่งการบรรลุเป้าหมายดังกล่าวโดยใช้ระยะเวลาอนโรพยาบาลสั้นลง เป็นตัวบ่งชี้การพัฒนาและประสิทธิภาพของระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลังตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2545 ถึง 2547) แต่ทั้งนี้และทั้งนั้นปัญหาและความต้องการยังไม่ได้รับการตอบสนองทั้งหมด ได้แก่ ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันแผลกดทับ การดูแลระบบขับถ่ายอุจจาระ การปรับระดับประคองด้านจิตใจ และการเตรียมความพร้อมเพื่อ

เข้าสู่สังคม ควรเป็นจุดที่ทีมต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Kovindha A. Spinal cord injuries in maharaj nakorn chiang mai hospital: 5 years retrospective study. Chiang Mai Med Bull 1985;24:179-85.
2. Kovindha A. A retrospective study of spinal cord injuries at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, during 1985- 1991. Chiang Mai Med Bull 1993;32(2):85-92.
3. อภิชนา ไชวินทะ, กัลยาณี ยาวิลละ. สภาพและปัญหาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลังภายหลังการถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. เชียงใหม่เวชสาร 2541;37(3-4):49-57.
4. Kennedy P, Evans MJ, Berry C, Mullin J. Comparative analysis of goal achievement during rehabilitation for older and younger adults with spinal cord injury. Spinal cord 2003;41(1):44-52.
5. อภิชนา ไชวินทะ, เตือนใจ อัฐวงศ์, รวีวรรณ จินตามณีศิริกุล, วรางคณา สิทธิกัน. เรื่องยุทธศาสตร์การป้องกัน/ควบคุมความเสี่ยงทางคลินิกที่อาจเกิดกับผู้ป่วยอัมพาต. จุลสารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 2545;11(1):24-6.
6. Pajareya K, Ananontsak A, Paileeklee S. Functional skills after rehabilitation for patients with spinal cord injury. J Med Assoc Thai 1998;81(5):310-5.
7. สยาม ทองประเสริฐ, อภิชนา ไชวินทะ. ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเนื่องจากปัญหาการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. เชียงใหม่เวชสาร 2547;43(3):16.
8. นารินทร์ วิเลขา, อภิชนา ไชวินทะ. Prevention of pressure ulcers among paraplegic persons. เชียงใหม่เวชสาร 2546;42(3):50.
9. Howell T, Fullerton DT, Harvey RF, Klein M. Depression in spinal cord injured patients. Paraplegia 1981;19:284-8.
10. Meade MA, Taylor LA, Kreutzer J, Marwitz JH, Thomas V. A preliminary study of acute family needs after spinal cord injury: analysis and implications. Rehabil Psycho 2004;49(2):150-5.
11. Yasuda S, Wehman P, Target TP, Cifu DX, West M. Return to work after spinal cord injury: a review of recent research. Neurorehabilitation 2002;17(3):177-86.
12. Tomassen PC, Post MW, van Asbeck FW. Return to work after spinal cord injury. Spinal cord 2000;38(1):51-5.
13. Anderson CJ, Krajci KA, Vogel LC. Community integration among adults with spinal cord injuries sustained as children or adolescents. Dev Med Child Neurol. 2003;45(2):129-34.

Ability, Problem and Need Assessment of Patients with Spinal Cord Lesion after Rehabilitation

Apichana Kovindha, M.D.

Mathawee Sunthornsaratul, M.D.

Pattra Wattanapan, M.D.

Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Kovindha A, Sunthornsaratul M, Wattanapan P. Ability, problem and need assessment of patients with spinal cord lesion after rehabilitation. J Thai Rehabil 2005; 15(3): 155-164

Abstract

Objectives : To evaluate the ability, problems and needs of spinal cord lesion (SCL) patients after completing a comprehensive, integrative and patient-centered rehabilitation program, and to study the efficiency of a comprehensive, integrative and patient-centered rehabilitation program and rehabilitation team.

Design : A descriptive study.

Setting : Rehabilitation Ward, Maharaj Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University.

Subjects : There were 2 groups of 30 SCL patients: those were discharged from the rehabilitation ward between January and December 2001, and those between May and August 2004.

Methods : After completing a comprehensive, integrative and patient-centered rehabilitation program, patients were interviewed by the examiner in 2004, using the Need assessment checklist. The data were compared to previous interviews documented by Medical students in 2001.

Results : In 2001 group, there were 14 tetraplegics and 16 paraplegics, with an average age of 39.9 years old. In 2004 group, there were 9 tetraplegics and 21 paraplegics, with an average age of 38.2 years old. There was no statistical significant difference in age, sex and level of disability between the two groups, except in the length of stay which significantly shorter in the year 2004 ($p < 0.05$). More than 85% of the patients in both groups could do/tell steps of self care activities. Those of 2004 had better performance in transfer, bowel management, skin care and prevention of pressure ulcer. In regard to preparation before discharge, those in 2004 received more necessary equipment than those 2001 group did. More than 50% of the patients in both groups were lack of knowledge in wheelchair cushion maintenance and durability. There was no difference in the psychosocial issue between these 2 groups. Insomnia was the most frequently reported symptom (27%, 27%), followed by feeling uncertain of the future (23%, 27%), stress and being easily tempted (13%, 20%). Regarding community and social life, there were more of those in 2004 compared to those in 2001 who wanted to return to study, regain their work position or find new work and be able to move around using transportation.

Conclusion : After completing a comprehensive, integrative and patient-centered rehabilitation program, there were increases in patients' ability and readiness to return to community which indicated that the patients' need for self-care ability had been fulfilled but length of stay was shortened. These reflect effectiveness and efficiency of the rehabilitation program. For continuous quality improvement, there should be more emphasis on psychosocial support and health education for further improvement of patients' quality of life.

Key words spinal cord injury/lesion, ability, need assessment, rehabilitation