

โครงการทะเบียนโรคการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

อภิชนา ไชวรินทร์ พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู¹, วิไล คุปต์นิรัตติศัยกุล พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู², ปิยะภัทร เดชพระธรรม พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู³, พรพิมล มาศสกุลพรรณ พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู⁴, กฤษณา พิวเวท พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู⁵, ยิ่งสุมาลย์ อัจจงค์ พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู⁶, สุมาลี ชี้อธนาพรกุล พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู⁷, ณัฐเศรษฐ์ มนินนากร พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู⁸, วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์ พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู⁹ และ พัชรวิมล คุปต์นิรัตติศัยกุล พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู⁹

¹ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, ³ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ⁴ ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสภากาชาดไทย, ⁵ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, ⁶ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า, ⁷ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ⁸ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ ⁹ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

Thai Stroke Rehabilitation Registry (TSRR)

Kovindha A¹, Kuptniratsaikul V², Dajpratham P², Massakulpan P³, Piravej K⁴, Archongka Y⁵, Suethanapornkul S⁶, Manimmanakorn N⁷, Permsirivanich W⁸, Srisa-an Kuptniratsaikul P⁹

¹Chiang Mai University, ²Siriraj Hospital, Mahidol University, ³Neurological Institute, ⁴Thai Red Cross Rehabilitation Center, ⁵Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre, ⁶Phramongkutklao Hospital and College of Medicine, ⁷KhonKaen University, ⁸Prince Songkla University and ⁹Ramathibodhi Hospital, Mahidol University.

Correspondence to: Dr. Apichana Kovindha, Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200; e-mail: apichana@mail.med.cmu.ac.th

Objectives: to perform a national registry of stroke rehabilitation and to report main outcomes of the TSRR

Setting: Nine tertiary care hospitals/centres providing in-patient rehabilitation services in Thailand

Study design: Multi-centre and descriptive study

Subjects: 327 Stroke patients, with medically stable but never received rehabilitation programmes, admitted for medical rehabilitation

Methods: Recorded demographic data, complications, length of stay (LOS) and medical charges. On admission and at discharge, assessed the patients with the Brunnstrom's recovery stages, the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), the Barthel Index (BI) for functional outcomes, the WHO-QOL-BREF for quality of life (QOL). Data were gathered, analysed and compared between on admission and at discharge, and between hospitals/centres.

Results: There were 327 stroke patients in the TSRR. After receiving

in-patient rehabilitation programme about 4 weeks, there were 10%-20% more patients with neurological recovery. Mean BI score increased about 50% reflecting functional recovery. There were less numbers of patients with depression, anxiety and poor QOL. Complications occurred in one third of the patients. Mean total medical cost was less than 30,000 baht and only one third was related to rehabilitation services.

Conclusion: Less than 350 post-acute stroke patients received in-patient rehabilitation in this TSRR. With length of stay about 4 week, rehabilitation did improve the patients' functions and quality of life. The cost for rehabilitation was less than the non-rehabilitation cost. There were markedly differences in length of stay and medical including rehabilitation costs between tertiary hospitals/centres.

Key words: Stroke, rehabilitation, registry

J Thai Rehabil Med 2007; 17(1): 31-36

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อจัดทำทะเบียนประวัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและรายงานผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพ

รูปแบบการวิจัย: วิจัยร่วมหลายสถาบันเชิงพรรณนา

สถานที่ทำการวิจัย: สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ 9 แห่ง ที่ให้บริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน

กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นระยะเฉียบพลัน ที่มีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีโรคร่วมที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ และเข้าอนโรพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2549

วิธีการศึกษา: บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาอนโรพยาบาล และค่าใช้จ่าย ก่อนและหลังการฟื้นฟูสภาพ ประเมินการฟื้นตัวของระบบประสาทถึง Brunnstrom's recovery stages, ประเมินความสามารถถึง Barthel Index, ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าด้วย Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) และประเมินคุณภาพชีวิตด้วย WHOQOL-BREF. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และเปรียบเทียบก่อน-หลังการฟื้นฟูสภาพ และระหว่างสถาบัน

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยเข้าโครงการฯ จำนวน 327 คน หลังจากเข้าอนโรพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเฉลี่ยประมาณ 4 สัปดาห์ ร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบประสาท คะแนนความสามารถเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 จำนวนผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าน้อยลง ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน จำนวนผู้ป่วยที่ประเมินว่าคุณภาพชีวิตต่ำมีจำนวนน้อยลง ค่าใช้จ่ายโดยรวมน้อยกว่า 30,000 บาท ทั้งนี้ 1 ใน 3 เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ

สรุป: มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนน้อยกว่า 350 คนที่มีโอกาสเข้า

รับการฟื้นฟูสภาพในโครงการนี้. ระยะเวลาอนเฉลี่ย 4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถสูงขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพนั้นน้อยกว่าค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบำบัดโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน. ค่าใช้จ่ายและระยะเวลาอนโรพยาบาลต่างกันมากระหว่างสถาบันที่เข้าร่วมโครงการ.

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, ทะเบียนโรค

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2550; 17(1): 31-36

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูปฏิบัติงานอยู่ทั่วประเทศไทยมากกว่า 300 คนทำให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิหลายแห่งให้บริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูได้อย่างครอบคลุม แต่มีเพียง 14 แห่งที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผู้พิการแบบผู้ป่วยใน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคระบบประสาท อันได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ที่รัฐประกาศ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งครอบคลุมงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย⁽¹⁾ และมีนโยบายอิงกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups, DRGs) เพื่อกำหนดค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์คืนให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คาดว่าปลายปี พ.ศ. 2550 การคำนวณค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในระบบราชการก็จะอิง DRGs ด้วย ที่ผ่านมามีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการฟื้นฟูสภาพนั้นไม่ถูกกำหนดอยู่ในระบบจัดกลุ่มโรคที่เน้นการบริการผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ทำให้งานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นหน่วยงานที่ไม่สร้างรายได้ในทางตรงกันข้าม กลับเป็นหน่วยงานที่มีค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนแล้วได้ เพราะพ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (พ.ศ. 2534) กำหนดให้สถานพยาบาลของรัฐให้บริการฟื้นฟูสภาพฟรีแก่ผู้พิการ⁽²⁾

เมื่อปลายปี พ.ศ. 2548 ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยได้รับการติดต่อจากเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน ราชวิทยาลัยฯ จึงได้ตกลงทำงานวิจัยร่วมหลายสถาบันขึ้นเป็นครั้งแรก นั่นคือ โครงการทะเบียนโรคการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย (Thai Stroke Rehabilitation Registry, TSRR) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงข้อมูลและผลลัพธ์ของงานเวชกรรมฟื้นฟูต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ประชากรของประเทศกลายเป็นผู้พิการให้รัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ อีกทั้งเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเวชกรรมฟื้นฟูในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งนี้คาดว่ารายงานต่าง ๆ ที่สืบเนื่องจากโครงการนี้จะมีผลดีต่อระบบงานบริการเวชกรรมฟื้นฟูในประเทศและการสนับสนุนที่รัฐพึงมีให้แก่ผู้ป่วยผู้พิการ บุคลากร และงานเวชกรรมฟื้นฟูโดยรวม

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและศูนย์ฟื้นฟูฯ ทั้ง 9 แห่งที่เข้าร่วมโครงการฯ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม 2549 ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีโรคร่วมที่ควบคุมไม่ได้หรือโรคจิต ไม่เคยได้รับการฟื้นฟูสภาพ และให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการฯ

แรกเริ่ม สอบถามประวัติการเจ็บป่วย ประเมินความบกพร่องของระบบประสาทถึง Brunnstrom's recovery stages และความสามารถถึง Barthel Index ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ถึง Hospital Anxiety and Depression Score (HADS) และระดับคุณภาพชีวิต ถึง WHOQOL-BREF และประเมินอีกครั้งก่อนจำหน่ายออกจากโครงการฯ เมื่อระดับความสามารถคงที่ 2 สัปดาห์หรือเมื่อถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากนั้นนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วโดยหน่วยบริการข้อมูล คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหา

วิทยาลัยมหิดล มาวิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผล เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบน (โครงการฯ นี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ของแต่ละสถาบันก่อนเริ่มดำเนินการ)

ผลการศึกษา

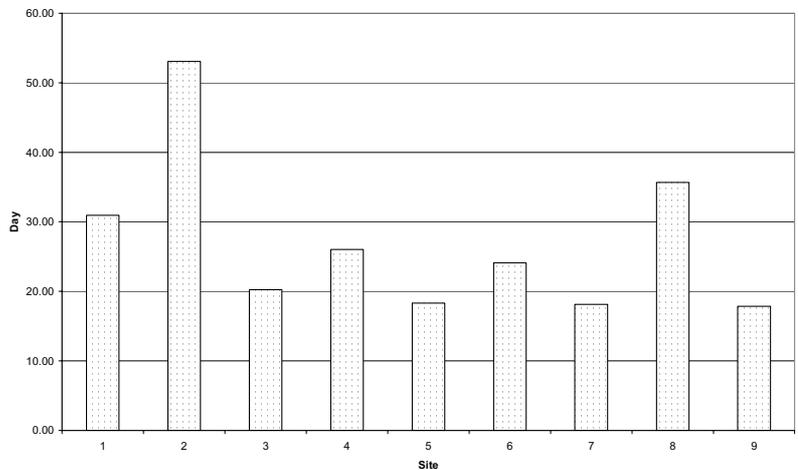
จากจำนวน 376 คนที่เข้านอนโรงพยาบาล มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการคัดกรองโครงการฯ ทั้งสิ้น 327 คน อายุเฉลี่ย 62 +/- 12 ปี ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินความบกพร่องของระบบประสาทและจิตใจ ทั้งนี้เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการฟื้นฟูสภาพ ส่วนความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่ออิงตามการประเมินความสามารถอิง Barthel Index (คะแนนเต็ม 20) ได้ค่าเฉลี่ยก่อนการฟื้นฟูสภาพเท่ากับ 7.5 ± 4.0 (0-19) และหลังการฟื้นฟูสภาพเท่ากับ 13.3 ± 4.9 (0-20)

อนึ่ง ไม่มีผู้ใดตายขณะเข้ารับการฟื้นฟูสภาพ แต่บางคนมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ พบร้อยละ 32.4 รองลงมาได้แก่ การติดเชื้อ (ร้อยละ 16.5) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อในปัสสาวะ, ปวดประสาท (ร้อยละ 4.3),

แผลกดทับ (ร้อยละ 2.8) ซึ่งส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับ 2, หลอดเลือดดำอุดตัน (ร้อยละ 0.3) เป็นต้น เมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการฟื้นฟูสภาพพบว่าจำนวนผู้ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตรวมต่ำ (เท่ากับคุณภาพชีวิตแล้ว) ลดลงจากร้อยละ 10.2 เหลือ ร้อยละ 1.3, จำนวนผู้ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตรวมสูง (เท่ากับคุณภาพชีวิตดี) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.1 เป็นร้อยละ 7.8 ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่า มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการฟื้นฟูสภาพ

นั่นคือ ร้อยละ 85.8 และร้อยละ 90.9 ตามลำดับ

เมื่อกำหนดเวลาที่ใช้เพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเป็นหน่วยเวลา ทั้งนี้ 1 หน่วยเท่ากับ 20 นาที พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนหน่วยสำหรับการฟื้นฟูสภาพทั้งหมดตลอดการนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 319.5 หน่วย (ต่ำสุด 27, สูงสุด 1674) และระยะเวลาอนโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเฉลี่ยเท่ากับ 27±18 (2-74) วัน ทั้งนี้ มีความแตกต่างกันระหว่างสถานพยาบาลทั้ง 9 แห่งดังแสดงในรูปที่ 1

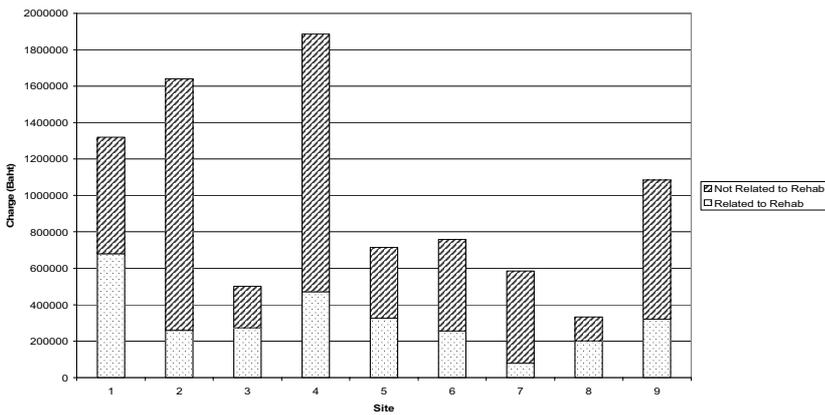


รูปที่ 1 แสดงระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของแต่ละโรงพยาบาลทั้งเก้าแห่ง

การประเมิน	ก่อนฟื้นฟู จำนวน (ร้อยละ)	หลังฟื้นฟู จำนวน (ร้อยละ)
การฟื้นตัวของระบบประสาท (Brunnstrom's recovery grade IV-VI)		
- มือ	95 (29%)	129 (39%)
- แขน	89 (27%)	134 (41%)
- ขา	101 (31%)	175 (53%)
ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า อิง Hospital Anxiety and Depression Score (HADS)		
- ภาวะวิตกกังวล (คะแนน HADS ≥ 11)	64 (25.3%)	17 (6.8%)
- ภาวะซึมเศร้า (คะแนน HADS ≥ 11)	95 (37.9%)	41 (16.3%)

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินความบกพร่องของระบบประสาทและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการฟื้นฟูสภาพ

ส่วนค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นขณะฟื้นฟูสภาพเฉลี่ยเท่ากับ 26,852 ± 22,284 บาท (ต่ำสุด 2,114, สูงสุด 180,479) ซึ่งแตกต่างกันระหว่างสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ดังแสดงในรูปที่ 2 ทั้งนี้ สัดส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพต่อค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอื่น ๆ เฉลี่ย เท่ากับ 1:2



รูป 2 แสดงค่าใช้จ่ายทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูในช่วงนอนโรงพยาบาลของแต่ละสถาน

บทวิจารณ์

แรกกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ในโครงการฯ นี้ มีการทำงานของระบบประสาทบกพร่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ความสามารถ และคุณภาพชีวิต สมควรได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยวิธีการแพทย์ในสถานพยาบาล ข้อมูลจากโครงการนี้ บ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรได้รับโอกาสเข้าอนโรงพยาบาลเพื่อรับการฟื้นฟูสภาพเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หรือ ได้รับการฟื้นฟูสภาพรวมทั้งการดูแลจากพยาบาลฟื้นฟูประมาณ 100 ชั่วโมง เพื่อให้ความสามารถกลับคืนตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

หนึ่ง การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูสภาพนั้นมีความสำคัญ ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่ ปราศจากโรคร่วมที่เป็นอุปสรรค สามารถรับการฟื้นฟูสภาพแบบเข้มได้และใช้เวลาอนโรงพยาบาลสั้น หนึ่ง แพทย์ควรระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะนอนโรงพยาบาล โครงการฯ นี้พบ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมีอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อที่อาจเป็นอุปสรรคต่อขบวนการฟื้นฟูสภาพ อีกทั้งทำให้สูญเสียเวลาและทรัพยากร

ส่วนข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายบ่งชี้ว่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับงานฟื้นฟูสภาพนั้นเป็นเพียง 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วนที่เหลือเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการบำบัดโรคร่วมและ/หรือภาวะแทรกซ้อน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระยะเวลาอนและค่าใช้จ่ายระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วม โครงการนี้

ทั้ง 9 แห่งพบว่ามีความแตกต่างกันมากพอสมควร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแต่ละแห่งมีแนวทางปฏิบัติและการคิดค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ ราชวิทยาลัยฯ ได้เคยกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้แล้ว⁽³⁾ ส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลนั้น ถูกกำหนดด้วยการจัดกลุ่มโรคและการให้ค่าสัมพัทธ์ (relative weight, RW) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) คาดว่าเมื่อร่าง DRG version 4.0 ได้ถูกประกาศใช้ในอนาคตอันใกล้⁽⁴⁾ สถานบริการจะได้รับเงินค่าบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคระบบประสาท ซึ่งเดิมไม่เคยได้รับเลย

จากรายงานการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545⁽⁵⁾ ในประเทศไทยมีประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีความพิการเนื่องจากอัมพาต-อัมพฤกษ์ 101.3 คน ต่อประชากร 1,000 คน และในปีดังกล่าวมีประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 5.94 ล้านคน เมื่อคำนวณคร่าว ๆ แสดงว่ามีคนอายุ 60 ขึ้นไปที่เป็นอัมพาต-อัมพฤกษ์และต้องการการฟื้นฟูสภาพประมาณ 600,000 คน เมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยพิการกับศักยภาพการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการแพทย์แล้ว นับว่าประเทศไทยเรายังขาดแคลนทั้งบุคลากรและสถานพยาบาล ดังนั้น ราชวิทยาลัยฯ ควรผลักดันให้แพทย์สภาและโรงเรียนแพทย์เพิ่มกำลังการผลิตแพทย์

ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ส่วนมหาวิทยาลัยควรเพิ่มการผลิตบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และรัฐควรจัดสรรทรัพยากรและตำแหน่งแพทย์และบุคลากรที่เวชศาสตร์ฟื้นฟูให้พอเพียงกับจำนวนสถานพยาบาลทั้งในระดับตติยภูมิและทุติยภูมิเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการจริงของประชาชน

กล่าวโดยสรุป ประโยชน์ที่ได้จากโครงการทะเบียนโรคการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ มิได้มีเพียงข้อมูลที่บ่งชี้ความสำเร็จของการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการแพทย์ในประเทศไทยที่สามารถเพิ่มระดับความสามารถและคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสเข้าถึงบริการ แต่ยังสามารถนำเสนอข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อใช้เป็นแนวทางกำหนดแนวทางปฏิบัติและนโยบายเพื่อพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในภาพรวมได้

กิตติกรรมประกาศ

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (Royal college of Physiatrist of Thailand) และสมาคมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ขอขอบพระคุณ ศ.กิตติคุณ นพ.เสก อักษรานุเคราะห์ ศ.เกียรติคุณ พญ.ฉัฐยาจิตประไพ และศ.นพ.วิษณุ ธรรมลิขิตกุล ที่ปรึกษาโครงการฯ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ทุนและให้การสนับสนุนจนโครงการฯ ประสบความสำเร็จ ดังมีรายนามต่อไปนี้ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (Office of the national Research Council of Thailand), เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network), กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Consortium of Thai Medicine Schools), สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (Healthy Systems Research Institute) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (Thai Health Promotion Foundation)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2543.
3. ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู พ.ศ. 2543
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ร่างการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4.0 พ.ศ. 2550 เล่ม 2.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์. 2546.