

สถานการณ์การดำเนินงานและการประเมิน ผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ แพทย์ในประเทศไทย

อรรถัย เขียวเจริญ*

วัชรวิภา วัชรวิบูลย์**

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย***

ลัดดาวัลย์ เรียบร้อย***

*สาขาระบบและนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

**ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

***ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในปีงบประมาณ 2547-2549 และการประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในของประเทศไทย ศึกษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รวม 522 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 324 คน นักกายภาพบำบัด 522 คน และนักกิจกรรมบำบัด 236 คน โดยสอบถามการใช้เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2550 ติดตามการตอบกลับ 3 ครั้งทางโทรศัพท์ อัตราการตอบกลับของข้อมูลโรงพยาบาลร้อยละ 60.9 และกลุ่มนักวิชาชีพร้อยละ 57.8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การศึกษาพบว่า โรงพยาบาลทุกระดับมีนักกายภาพบำบัด เฉลี่ย 3.3 คนต่อโรงพยาบาล นักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัดเฉลี่ย 0.7 คนต่อโรงพยาบาล และมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉพาะในโรงพยาบาลทั่วไปขึ้นไปเฉลี่ยโรงพยาบาลละ 0.8 คน สำหรับโรงพยาบาลที่มีช่างกายอุปกรณ์ปฏิบัติงานคือโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้น เฉลี่ยแห่งละ 1.3 คน โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมากที่สุด 30,000 ครั้ง/ปี โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ให้บริการผู้ป่วยในมากที่สุด 15,000 ครั้ง/ปี ส่วนโรงพยาบาลชุมชนให้บริการน้อยที่สุด ทั้งผู้ป่วยนอก (700-2,700 ครั้ง/ปี) และผู้ป่วยใน (122-242 ครั้ง/ปี) การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกระหว่างปี 2548-2549 ในภาพรวมมีจำนวนร้อยละ 2.8 ของบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด ส่วนแบบผู้ป่วยในมีปริมาณเพียงร้อยละ 5 ของการให้บริการผู้ป่วยในทั้งหมด ผู้พิการอาจต้องรับบริการฟื้นฟูมากกว่า 1 กิจกรรม ซึ่งพบว่าใช้บริการกายภาพบำบัดมากที่สุดถึงร้อยละ 89.3 รองลงมาคือกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 10.4 และกายอุปกรณ์และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการมีส่วนเพียงร้อยละ 0.4 ซึ่งข้อมูลที่พบจากการศึกษานี้สะท้อนว่าบริการฟื้นฟูทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดเป็นการฟื้นฟูทางกายและการเคลื่อนไหว เมื่อประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังให้บริการ พบว่ากลุ่มนักวิชาชีพส่วนใหญ่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าร้อยละ 90 โดยเครื่องมือที่นิยมใช้มากที่สุด (42.3%) คือ Barthel Index ประเมินความสามารถในการรับรู้ ร้อยละ 37.3-40.8 ส่วนใหญ่ (33.0%) ใช้เครื่องมือ Mini-Mental State Examination กระทรวงสาธารณสุขจึงควรเน้นการพัฒนาบริการฟื้นฟูที่ตอบสนองกับความพิการครบทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมรูปแบบการจัดบริการฟื้นฟู โดยคำนึงถึงการจัดการด้านกำลังคนและมาตรการจูงใจที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนพัฒนาและใช้เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การบริการฟื้นฟู ที่มีมาตรฐานเดียวกัน

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

บทนำ

อัตราความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเมะเร็ง ตลอดจนอุบัติการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไม่ว่าจะเป็นจากการคมนาคม การทำงาน จากภัยธรรมชาติ หรือเหตุการณ์ความรุนแรงต่าง ๆ รวมทั้งการเคลื่อนตัวสู่การเป็นสังคมสูงอายุ ส่งผลให้ประชากรมีการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติใน พ.ศ. 2545⁽¹⁾ ที่พบว่า ร้อยละ 1.7 ของประชากรมีความพิการ และเพิ่มเป็นร้อยละ 2.9 ในการสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2550⁽²⁾ อีกด้วย ทำให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพ อาจไม่พร้อมในการรองรับการแก้ปัญหาสุขภาพด้านความพิการของประชากร

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จะมีบทบาทชัดเจนขึ้น เมื่อพ้นระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลันไปแล้ว ซึ่งอาจเป็นระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub-acute care) ไม่เฉียบพลัน (non-acute care) หรือเป็นการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่เรียกว่า การดูแลระยะยาว (long-term care) ก็ได้ ทั้งนี้การจัดการบริการ อาจดำเนินการในหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพโดยตรง (distinctive rehabilitation unit) หรือในสถานพักฟื้น (skilled nursing facilities) หรือที่บ้านโดยบริการเยี่ยมบ้าน (home health care) หรือเป็นการจัดบริการในชุมชน (community care center)⁽³⁾

อย่างไรก็ตามเป้าหมายสูงสุดของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ มิใช่เพียงฟื้นคืนความสามารถ (physical, mental, social and spiritual functioning) ให้บุคคลเท่านั้น หากยังมุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตและอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁴⁾ โดยการประเมินความสำเร็จเบื้องต้นของการบริการ จะพิจารณาจากผลลัพธ์ที่ได้จากการวัดหรือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล (physical functioning assessment) เป็นหลัก ซึ่ง

จะแสดงความสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดำเนินชีวิตในทางกลับกัน ยังเป็นตัวบ่งชี้ระดับความรุนแรงของความพิการ และปริมาณทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อีกด้วย⁽⁵⁻¹⁰⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในต่างประเทศมีการพัฒนาเครื่องมือในการวัดและประเมินผลลัพธ์ของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดำรงชีวิตมากกว่า 30 ปี⁽¹¹⁾ ประกอบด้วยการวัดความสามารถทางด้านร่างกาย (physical functions) ความสามารถด้านสมองและการรับรู้ (cognitive functions) และด้านสังคม (social functioning) มีการบันทึกข้อมูลดังกล่าวในระบบฐานข้อมูลเพื่อติดตามและพยากรณ์การใช้ทรัพยากร และเพื่อการพัฒนากระบวนการจัดกลุ่มโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน^(12, 13) รวมถึงการพัฒนากระบวนการวินิจฉัยและจำแนกความพิการ เช่นเดียวกับข้อมูลการเจ็บป่วยอื่น ๆ ทั้งนี้มีแนวคิดสำคัญในการประเมินความสามารถ 2 แนวคิด คือ แนวคิดการจำแนกความพิการขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Functioning, Disability, and Health - ICF) และแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Health Related Quality of Life; HRQL)^(14,15)

สำหรับประเทศไทย ได้กำหนดการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (medical rehabilitation services) ให้เป็นแผนงานหนึ่งในสาขาบริการด้านสาธารณสุข ตั้งแต่พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มีผลบังคับใช้ อย่างไรก็ตามยังไม่เคยประเมินผลลัพธ์ อย่างเป็นระบบในระดับประเทศ มีสถานพยาบาลเป็นส่วนน้อย ที่มีการประเมินและวัดผลลัพธ์ของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽¹⁶⁾

เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ของสถานพยาบาลแต่ละระดับทั่วประเทศ และการ

ประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย จากการได้รับบริการฟื้นฟูฯ รวมทั้งความเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์บริการดังกล่าว

วิธีการศึกษา

เป็นการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จากข้อมูลตาม รายงาน รง 0110 รง 5 ของปีงบประมาณ 2548-2549 จากนั้นจึงเลือกโรงพยาบาลตัวอย่างที่มีการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ค่อนข้างชัดเจน คือมีรายงานผลการดำเนินงานระหว่างปีงบประมาณ 2547-2549 และมีบุคลากรพอสมควร เพื่อทำการสำรวจเพิ่มเติม โดยวิธีการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ประกอบด้วยโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 321 แห่ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จำนวน 21 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 69 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น ๆ จำนวน 25 แห่ง โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 9 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนจำนวน 50 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 2 แห่ง รวมทั้งสิ้น 522 แห่ง

สำหรับการศึกษาข้อมูลการประเมินผลสัมฤทธิ์ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ที่เกิดขึ้นจากการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งทำเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน ได้ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังกลุ่มตัวอย่างคือผู้ให้บริการโดยตรง อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เป็นสมาชิกราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย จำนวน 324 คน นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 522 คน และนักกิจกรรมบำบัดที่เป็นสมาชิกสมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทย จำนวน 236 คน

แบบสอบถามสำหรับโรงพยาบาลเป็นแบบสอบถามปลายปิด แบ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาลและ

ข้อมูลจำนวนบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสอบถามสำหรับบุคลากร เป็นข้อคำถามแบบ rating scale 5 ระดับ แบ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม การประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในการใช้เครื่องมือสำหรับประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน และสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้เครื่องมือสำหรับประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน แบบสอบถามทั้ง 2 แบบได้ถูกตรวจสอบความตรง โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านและตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองสอบถาม (try-out) กับเจ้าหน้าที่จำนวน 30 คน และนำคะแนนที่ได้รับจากการทดลองมาหาค่า reliability โดยใช้สถิติ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 โดยแบบสอบถามถูกส่งไปยังกลุ่มเป้าหมายในระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2550 หลังจากนั้น 3 สัปดาห์จึงติดตามทางตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง หากมีตัวอย่างใดยังไม่ตอบกลับจะส่งแบบสอบถามซ้ำอีกครั้ง เพื่อยืนยันว่าไม่ใช่กรณีสูญหายระหว่างการจัดส่ง ติดตามทางโทรศัพท์ เฉพาะรายที่ไม่ตอบกลับอีก 1 เดือนถัดมา จากนั้นจึงยุติการติดตาม

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมานักวิจัย ตรวจสอบข้อมูล หากขาดความชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน นักวิจัยสอบถามความถูกต้องอีกครั้งจากผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

สถานการณ์เชิงโครงสร้างและกำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

จากการส่งแบบสำรวจไปยังโรงพยาบาล จำนวน 522 แห่ง ได้รับแบบสอบถามกลับมา จำนวน 318 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.9 ส่วนแบบสอบถามจากผู้ให้บริการที่เป็นนักวิชาชีพต่างได้รับตอบกลับ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่เป็นสมาชิกราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่ง

ประเทศไทย 126 คน

นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 354คน และนักกิจกรรมบำบัด 115 คน

ผลการศึกษาชี้ว่า กำลังคนหลักที่ทำหน้าที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีพบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู (ในอนาคตอันใกล้อาจมีการเปลี่ยนแปลงชื่อตำแหน่งต่าง ๆ) โดยสัดส่วนของกำลังคนในวิชาชีพต่าง ๆ มีความแตกต่างกันไปตามระดับหรือขนาดและประเภทของโรงพยาบาล (ตารางที่ 1)

จะเห็นว่าในโรงพยาบาลทั่วไปเกือบทุกแห่งที่ทำการสำรวจมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำการ 1 คน โรงพยาบาลศูนย์ 1-2 คน โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพมี 6 คน ในขณะที่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มีประมาณ 8 คน ความแตกต่างนี้ยังสะท้อนปัญหาความขาดแคลนและ

การกระจายตัวของบุคลากรประเภทนี้

บุคลากรที่จะเป็นกำลังหลักสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือนักกายภาพบำบัด ในเชิงโครงสร้างถือว่าทุกโรงพยาบาล ที่ศึกษานี้ มีนักกายภาพบำบัดอย่างน้อย 1 คน และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามขนาดของโรงพยาบาล ซึ่งสะท้อนความขาดแคลนในเชิงระบบเช่นกัน

ในขณะที่กิจกรรมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องมีทั้งส่วนที่ฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อใหญ่ หรือการพยายามลดภาวะความผิดปกติบกพร่องของร่างกายโดยนักกายภาพบำบัด และกิจกรรมบริการที่เน้นการฝึกกล้ามเนื้อเล็กและการฝึกทักษะการช่วยเหลือตัวเอง ในการทำกิจกรรมการดำรงชีวิต เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน โดยนักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีพบำบัด แต่ผลการสำรวจพบว่าค่าเฉลี่ยนักกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาล มีน้อยกว่านักกายภาพบำบัดเกือบ 5 เท่า โดยในโรงพยาบาลชุมชนแทบจะไม่มีเลย มีเพียงในโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้น ที่จำนวนนักกายภาพ

ตารางที่ 1 กำลังคนจำแนกตามประเภทวิชาชีพและประเภทโรงพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

ระดับรพ.	จำนวนรพ. (แห่ง)	จำนวนนักวิชาชีพเฉลี่ยต่อโรงพยาบาล									
		แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู		นักกายภาพบำบัด		นักกิจกรรมบำบัดหรืออาชีพบำบัด		ช่างกายอุปกรณ์		จพง.เวชกรรมฟื้นฟู	
		\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
รพช < 60 เตียง	30	-	-	1.2	0.9	0.1	0.3	-	-	0.1	0.3
รพช ≥ 60 เตียง	67	0.0*	0.0*	1.7	0.9	0.1	0.3	-	-	0.3	0.5
รพท.	53	0.6	0.7	3.6	2.0	0.6	0.9	0.7	0.8	1.9	0.8
รพศ.	21	1.6	0.9	6.8	2.0	2.2	1.6	1.7	1.5	3.8	1.4
รพ.แพทย์	8	8.1	10.2	12.0	8.1	4.5	5.3	2.4	1.9	6.6	8.8
รพ.เอกชน	16	0.7	1.4	3.6	4.6	0.3	0.8	-	-	0.3	0.9
รพ.นอกสังกัด	10	1.1	2.8	3.7	3.0	0.6	1.1	-	-	0.9	1.3
รพ.ฟื้นฟูสมรรถภาพ	1	6.0	.	6.0	.	5.0	.	9.0	.	-	.
รวม	206	0.8	2.6	3.3	3.4	0.7	1.6	0.5	1.1	1.3	2.4

*มีรพช.ขนาด >60 เตียง เพียง 1 แห่ง ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 คน

บำบัดและนักกิจกรรมบำบัดมีจำนวนใกล้เคียงกัน

สำหรับช่างกายอุปกรณ์ เป็นอีกวิชาชีพที่ถือว่าจำเป็นในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการกายและการเคลื่อนไหว เนื่องจากการฝึกทักษะทางร่างกายในบางกรณีอาจไม่เพียงพอที่จะฟื้นคืนความสามารถกลับมาได้ ต้องใช้อุปกรณ์เสริมหรือทดแทน เช่น แขนขาเทียม เครื่องช่วยพยุงข้อเท้าหรือขา รองเท้าที่ดัดแปลงให้ช่วยการเดิน รวมทั้งรถนั่งคนพิการ และเครื่องช่วยเดินอื่น ๆ แต่ปรากฏว่าไม่มีช่างกายอุปกรณ์ปฏิบัติงานครบทุกจังหวัด แต่ทุกโรงพยาบาลศูนย์จะมีจำนวน 1-2 คน ส่วนโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีแห่งเดียวในประเทศไทยมีถึง 9 คน

ส่วนตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู ซึ่งเป็นบุคลากรที่ผลิตขึ้นมาเพื่อรองรับการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน ที่ควรบรรจุลงในโรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่ แต่กลับมีน้อยมากในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลจังหวัด และบางส่วนได้ไหลออกนอกระบบไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนแล้ว

สัดส่วนผลงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในภาพรวม

การวิเคราะห์สัดส่วนของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ชี้ว่าบริการในภาพรวมเกือบทั้งหมดมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการกายและการเคลื่อนไหวด้วยวิธีการต่าง ๆ ไม่สะท้อนโครงสร้างและกิจกรรมบริการสำหรับความพิการประเภทอื่น ซึ่งมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 1.9-4.0 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ยเป็นร้อยละ 2.8 ในขณะที่สัดส่วนของผู้ป่วยในฟื้นฟูคิดเป็นร้อยละ 3.1-6.7 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด หรือเฉลี่ยร้อยละ 5 (ตารางที่ 2)

แนวโน้มการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบผู้ป่วยนอก

การวิเคราะห์แนวโน้มการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระหว่างปีงบประมาณ 2547-2549 ใน

ภาพรวมค่อนข้างคงที่ ในขณะที่แนวโน้มในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลนอกสังกัด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่โรงพยาบาลฟื้นฟูมีแนวโน้มการให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกกลับลดลงเล็กน้อย โรงพยาบาลต่าง ๆ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 6,000-7,000 ครั้ง ส่วนโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพให้บริการมากที่สุด ปีละ 29,000-31,000 ครั้ง รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ เฉลี่ยปีละ 16,000-19,000 ครั้ง โรงพยาบาลทั่วไปเฉลี่ยปีละ 9,600-10,000 ครั้ง ส่วนโรงพยาบาลชุมชนให้บริการน้อยที่สุด เฉลี่ยปีละ 700-2,700 ครั้ง (รูปที่ 1)

แนวโน้มการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบผู้ป่วยใน

ผลการวิเคราะห์แนวโน้มบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางการกายและการเคลื่อนไหวในภาพรวม พบว่าคงที่ แต่เมื่อวิเคราะห์ตามประเภทโรงพยาบาลพบว่า แนวโน้มในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลศูนย์มีทิศทางเพิ่มขึ้น แต่โรงพยาบาลฟื้นฟูกลับมีแนวโน้มลดลง เช่นเดียวกับโรงพยาบาลนอกสังกัด

ในภาพรวมโรงพยาบาลให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อปี เท่ากับ 6,200-7,200 ครั้ง โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ให้บริการผู้ป่วยในมากที่สุด เฉลี่ยปีละ 9,734-14,270 ครั้ง รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ 11,995-12,439 ครั้ง โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพให้บริการเฉลี่ยปีละ 10,503 ครั้งโรงพยาบาลทั่วไปเฉลี่ยปีละ 5,034-5,455 ครั้ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดน้อยกว่า 60 เตียงให้บริการน้อยที่สุด ปีละ 122-242 ครั้ง (รูปที่ 2)

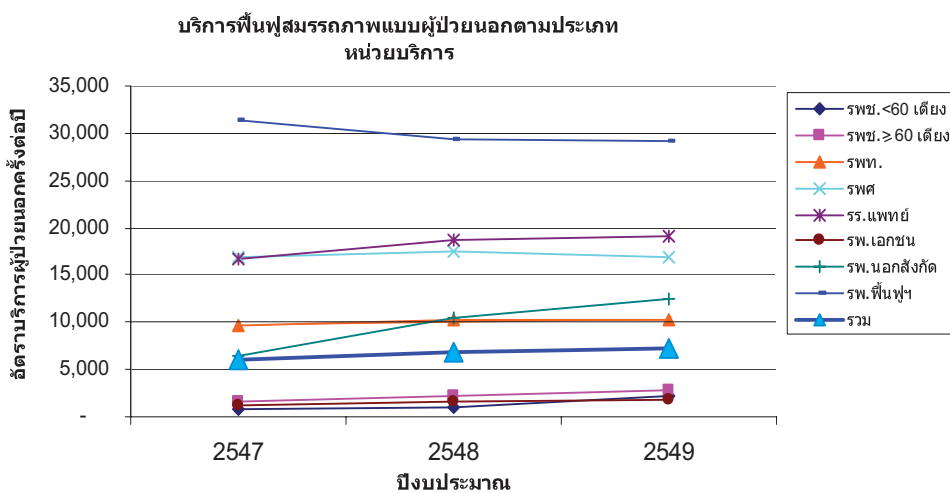
แนวโน้มการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จำแนกตามกิจกรรมบริการ

ผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 3 ชี้ให้เห็นว่า ความต้องการและการเข้ารับบริการฟื้นฟูในโรงพยาบาลต่างๆ มีจำนวนรวมที่ได้รับการตรวจประเมินและสั่งการเพื่อรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมากถึง 2,142,424 ราย/ปี

ตารางที่ 2 สัดส่วนการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ระดับรพ.	จำนวน รพ.แห่ง* (ร้อยละ)	บริการฟื้นฟู สมรรถภาพ ทางการแพทย์ แบบบริการ ผู้ป่วยนอก** (ราย)	บริการ ผู้ป่วยนอก ทั้งหมด*** (ราย)	ร้อยละของ บริการฟื้นฟู สมรรถภาพ ต่อผู้ป่วยนอก ทั้งหมด	รวมจำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับบริการ บริการฟื้นฟูฯ แบบผู้ป่วยใน** (ราย)	บริการ ผู้ป่วยใน ทั้งหมด (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วย ที่ได้รับบริการฟื้นฟู ต่อผู้ป่วยใน ทั้งหมด***
รพช. < 60 เตียง	30 (17.0)	101,917	4,701,125	2.2	5,414	175,266	3.1
รพช. ≥ 60 เตียง	67 (38.1)	328,836	17,772,109	1.9	40,192	945,545	4.3
รพท.	56 (31.8)	1,088,191	27,431,264	4.0	141,593	2,443,880	5.8
รพศ.	23 (13.1)	725,522	22,092,376	3.3	130,504	1,940,586	6.7
รวม	176 (100.0)	2,244,465	71,996,874	2.8	317,703	5,505,277	5.0

ที่มา: * เฉพาะ โรงพยาบาลที่ส่งแบบสอบถามกลับ
 ** บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่ได้จากการสำรวจ ระหว่าง ปีงบประมาณ 2548-2549
 *** บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั่วประเทศจากรายงาน 0110 รง.5 ปีงบประมาณ 2548-2549 (รวมเฉพาะของโรงพยาบาลที่ส่งแบบสอบถามกลับ)



รูปที่ 1 อัตราการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2547-2549 (ครั้ง/ปี)

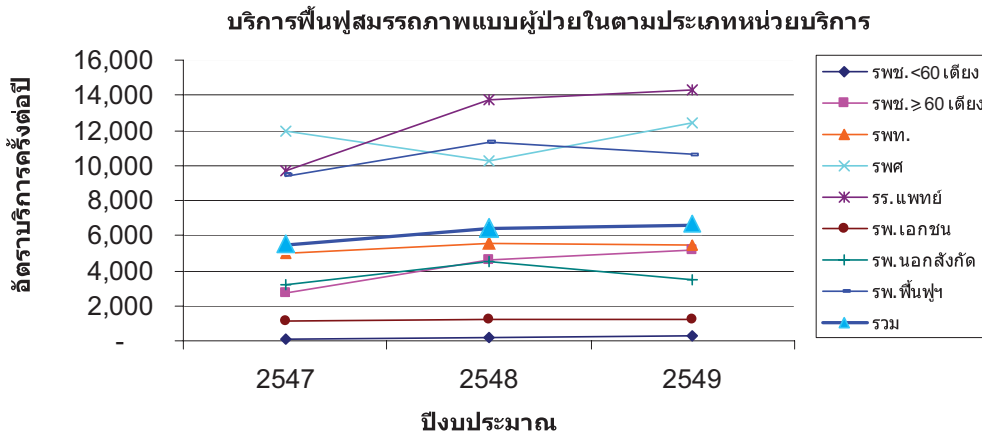
แต่การเข้ารับบริการฟื้นฟูของผู้ป่วย/พิการแต่ละราย อาจได้รับบริการมากกว่า 1 กิจกรรมบริการตามความจำเป็น เช่น การทำกิจกรรมทางกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมทางกิจกรรมบำบัด และการรับบริการกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยความพิการ ซึ่งสถานการณ์การเข้ารับบริการระหว่างปีงบประมาณ 2547-2549 พบว่า

การรับบริการทางกายภาพบำบัด มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 89.3 ในขณะที่บริการทางกิจกรรมบำบัด คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10.4 และบริการกายอุปกรณ์และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 0.4 สำหรับภาพสะท้อนภาระงานของแต่ละกลุ่มกิจกรรมบริการ จะเห็นว่าภาระงานของบริการกาย

สถานการณ์การดำเนินงานและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย

อุปกรณ์และเครื่องช่วยความพิการค่อนข้างต่ำ ในขณะที่ภาระงานของกลุ่มกิจกรรมบริการทางกิจกรรมบำบัด และกายภาพบำบัด จะสูงกว่าตามลำดับ ซึ่งอาจไม่สามารถวิเคราะห์ความขาดแคลนบุคคลากรอย่างตรง

ไปตรงมาได้ เพราะระบบบริการฟื้นฟูยังคงมีปัญหาเรื่องการจัดบริการและการคลังที่จะมาสนับสนุน รวมถึงความสามารถในการผลิตและบรรจุเข้าสู่ระบบของกำลังคนประเภทต่าง ๆ ยังแตกต่างกันค่อนข้างมาก



รูปที่ 2 อัตราบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2547-2549 (ครั้ง/ปี)

ตารางที่ 3 สัดส่วนการใช้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย จำแนกตามประเภทผู้ให้บริการฟื้นฟูและประเภทโรงพยาบาล (รวมบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน)

ระดับรพ.	จำนวนรพ. (แห่ง)	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ							
		แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู		นักกายภาพบำบัด		นักกิจกรรมบำบัดหรืออาชีพบำบัด		ช่างกายอุปกรณ์	
		ครั้งต่อปี	ครั้งต่อคน	ครั้งต่อปี	ครั้งต่อคน	ครั้งต่อปี	ครั้งต่อคน	ครั้งต่อปี	ครั้งต่อคน
รพช < 60 เดียง	30	56,594	-	55,843	1,551	750	375	-	-
รพช ≥ 60 เดียง	67	199,810	199,810	196,574	1,709	3,230	538	6	-
รพท.	53	817,479	25,546	761,763	3,968	55,126	1,838	591	15
รพศ.	21	603,609	18,291	502,163	3,512	99,970	2,173	1,476	42
รพ.เอกชน	8	245,902	3,783	202,907	2,114	41,960	1,166	1,035	54
รร.แพทย์	16	43,078	3,916	43,078	743	-	-	-	-
รพ.นอกสังกัด	10	135,376	12,307	126,733	3,425	8,401	1,400	242	-
รพ.ฟื้นฟูสมรรถภาพ	1	46,215	7,703	23,830	3,972	12,526	2,505	9,860	1,096
รวม	206	2,142,424	13,474	1,912,890	2,801	221,963	1,694	7,571	74
สัดส่วนของการบริการ (%)		100.0		89.3		10.4		0.3	

การสะท้อนประสิทธิผลและคุณภาพบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

ประสิทธิผลและคุณภาพบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ อาจพิจารณาได้จากการตอบสนองวัตถุประสงค์การให้บริการ หรือการตอบสนองปัญหาและความจำเป็นของผู้รับบริการ ดังนั้น ผลลัพธ์ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในด้านต่าง ๆ จึงเป็นตัวชี้วัดเบื้องต้นในการสะท้อนสถานการณ์ด้านประสิทธิผลและคุณภาพบริการ ซึ่งอาจควบคู่กับการประเมินความพึงพอใจ

การศึกษานี้ได้สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่ใช้ และการทำกิจกรรมการประเมินผลลัพธ์บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ซึ่งได้ส่งแบบสอบถามให้ผู้ให้บริการโดยตรงซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1,082 คน มีการตอบแบบสอบถามกลับ จำนวน 624 คน เท่ากับร้อยละ 57.7 แบบสอบถามมีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 598 ชุด เท่ากับร้อยละ 55.3

การประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน

การประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

โดยทั่ว ๆ ไปแบ่งเป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และ การทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ โดยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย แบ่งออกเป็น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) ความสามารถในการเคลื่อนไหว (mobility) และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย (sphincter control)

จากผลการสำรวจพบว่าก่อนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) ร้อยละ 93.5 รองลงมา ความสามารถในการเคลื่อนไหว (mobility) และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย (sphincter control) ร้อยละ 86.6 และ 86.5 ส่วนการประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive function) ทำเพียงร้อยละ 40.8

การประเมินผลหลังการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดลงเหลือร้อยละ 90.5 ตามด้วยการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 81.1 และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย ร้อยละ 78.9 การประเมินการ

ตารางที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning) และการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive function) ก่อนและหลังรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน

สิ่งที่ประเมิน	ก่อนการให้บริการ				หลังการให้บริการ			
	ประเมิน		ไม่ประเมิน		ประเมิน		ไม่ประเมิน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living)	559	93.5	39	6.5	541	90.5	57	9.5
ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Mobility)	518	86.6	80	13.4	485	81.1	113	18.9
ความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย (Sphincter control)	517	86.5	81	13.5	472	78.9	126	21.1
ประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive function)	244	40.8	354	59.2	223	37.3	375	62.7

ตารางที่ 5 เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ ผู้ป่วยที่ประเมิน และเหตุผลที่ใช้เครื่องมือ

Physical functional*	ใช้ในการประเมินผล		Cognitive function*	ใช้ในการประเมินผล	
	Physical function			Cognitive function	
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
Barthel Index (BI)	271	42.3	MMSE**	111	33.0
Function Independence Measure (FIM)	150	23.4	CMT***	20	6.0
Short From 36 (SF-36)	22	3.4	Short From 36 (SF-36)	16	4.8
SNMRC****	21	3.3	SNMRC****	29	8.6
เครื่องมือที่ปรับปรุงหรือพัฒนาขึ้นเอง	84	13.1	เครื่องมือที่ปรับปรุงหรือพัฒนาขึ้นเอง	44	13.1
เครื่องมืออื่น ๆ	93	14.5	เครื่องมืออื่น ๆ	116	34.5
รวม	641	100.0	รวม	336	100.0

*สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

**MMSE= Mini-Mental State Examination

***CMT= Chula Mental Test

****SNMRC = The Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center Functional Assessment, SNMRC- Functional Assessment

ทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ เพียงร้อยละ 37.3 (ตารางที่ 4)

การใช้เครื่องวัด ในการประเมินผลลัพธ์บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 42.3 ใช้เครื่องมือ Barthel Index ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย รองลงมาคือ Function Independence Measure (FIM) ร้อยละ 23.4 และ เครื่องมืออื่น ๆ ร้อยละ 14.5 แต่มีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง ร้อยละ 13.1 ประยุกต์หรือพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาใช้เอง ส่วนเครื่องมือประเมินความผิดปกติของสมองด้านความรู้และความเข้าใจ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 33.6 ใช้ Mini-Mental State Examination รองลงมาคือเครื่องมืออื่น ๆ ร้อยละ 34.5 และ ร้อยละ 13.1 ประยุกต์หรือพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาใช้เอง (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

ผลการสำรวจแสดงให้เห็นภาพรวมของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ที่มุ่งเน้นการจัด

บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นหลัก ซึ่งประกอบด้วยบริการของภาครัฐที่เป็นผู้จัดบริการหลักของระบบ และภาคเอกชน ไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์บริการฟื้นฟูฯ สำหรับคนพิการประเภทอื่น ๆ

รูปแบบการจัดบริการเป็นเช่นเดียวกับบริการด้านการรักษาพยาบาล คือ แบบบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การบริการส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในส่วนกลาง และเมืองใหญ่ เช่น โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลศูนย์ สำหรับโรงพยาบาลขนาดกลางและเล็ก เช่น โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพมีสัดส่วนน้อยมาก ทั้งนี้ปัญหาอาจมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ระบบคิดของการจัดการระบบการดูแลสุขภาพที่ยังไม่ชัดเจนในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การมีข้อจำกัดของรูปแบบการจัดบริการแบบเดิม ๆ คือบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งไม่เหมาะกับการจัดบริการดูแลสุขภาพระยะกึ่งเฉียบพลันหรือไม่เฉียบพลัน รวมทั้งการดูแลระยะยาวสำหรับผู้รับบริการที่มีความ

พิการในลักษณะต่าง ๆ และปัจจัยนี้ก็ถูกซ้ำเติมด้วยข้อจำกัดด้านการจัดการการคลังสุขภาพ ทำให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพด้านความพิการเกิดขึ้นได้ยาก ทั้งที่มีความต้องการบริการมาก

นอกจากนั้นปัจจัยกำลังคนทั้งในด้านการบรรจุเข้าสู่ระบบบริการ และการกระจายตัว ก็เป็นองค์ประกอบที่ไม่ช่วยให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ การแก้ปัญหาในประเด็นนี้อาจต้องการนวัตกรรมการจัดการ และการสร้างแรงจูงใจ เช่น การพัฒนารูปแบบการจัดบริการและการจัดการกำลังคนที่แตกต่างไปจากเดิม แต่กำกับด้วยการติดตามประเมินผลลัพธ์การบริการที่สามารถให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

การศึกษานี้ชี้ว่า สถานการณ์กระบวนการบริการฟื้นฟูยังขาดความสมบูรณ์ ซึ่งมีผลต่อประสิทธิผลของกระบวนการฟื้นฟูด้วย นั่นคือสัดส่วนของกิจกรรมบริการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ส่วนใหญ่มีเพียงกิจกรรมบริการด้านกายภาพบำบัด ในขณะที่กิจกรรมบริการด้านกิจกรรมบำบัดมีน้อยกว่าถึง 5 เท่า และบริการกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยที่มีอยู่อย่างจำกัด ในประเด็นนี้ หากไม่สามารถทำได้ด้วยการเติมทรัพยากรด้านกำลังคน เครื่องมือ และงบประมาณดำเนินการให้เพียงพอครบถ้วน ก็ควรต้องพิจารณาพัฒนาเครือข่ายบริการและการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ (ตารางที่ 3)

ในปัจจุบันการบริการผู้ป่วยในของประเทศไทย มีเตียงสำหรับบริการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพียง 297 เตียง และจำกัดอยู่ในเมืองใหญ่เช่น กรุงเทพฯ และจังหวัดที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลศูนย์ รวมมี 14 สถานพยาบาลเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการฟื้นฟูความพิการในผู้ป่วยระบบประสาท⁽¹⁷⁾ จึงทำให้สัดส่วนปริมาณบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งแบบผู้ป่วยในและนอกเมื่อเทียบกับบริการทั้งหมดค่อนข้างต่ำคือ ร้อยละ 2.8 และ ร้อยละ 5.0 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและในตามลำดับ (ตารางที่ 2)

การทบทวนวรรณกรรม การจัดการระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน (post-acute care) ที่จัดการในรูปแบบเฉพาะแบ่งเป็น สถานพยาบาลสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน (Skilled nursing facilities: SNFs) จำนวน 15,635 แห่ง โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน (Inpatient rehabilitation facilities: IRFs) จำนวน 1,235 แห่ง ไม่รวมบริการที่เปิดเป็นหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽¹⁸⁾ สำหรับประเทศอื่น ๆ ในทวีปเอเชีย เช่น ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีประชากรสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) สูงถึงร้อยละ 15.7 ใน พ.ศ.2540 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 ในปี 2563 ที่บ่งชี้ความต้องการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมาก ได้มีการพัฒนาโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นสมาชิกของสมาคมโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ (Japanese Association of Rehabilitation Hospitals: JARH) จำนวน 339 แห่ง⁽¹⁹⁾ ในขณะที่ประเทศไทยได้เคยตั้งเป้าหมายว่าจะจัดตั้งหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 17 แห่ง ตั้งแต่ปี 2535 ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8⁽¹⁶⁾ แต่ปัจจุบันยังไม่มีความสำเร็จ อาจเป็นเพราะความจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ จึงส่งผลให้การพัฒนาโครงสร้างระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่เกิดขึ้น การพัฒนาที่เกิดขึ้นทุกวันนี้เป็นการพัฒนากิจกรรมบริการฟื้นฟูฯ โดยไม่มีกรอบการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯ เพื่อกำกับทิศทาง

สถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณะ แก้วมูลที่พบว่าผู้ป่วยซึ่งมีความพิการและต้องการบริการฟื้นฟูฯถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนถึงเป้าหมายของการฟื้นฟูถึงร้อยละ 54⁽²⁰⁾ ในขณะที่การศึกษาของสุวิทย์ อริยชัยกุลและคณะพบว่ามีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่⁽²¹⁾ การไม่มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลขนาดเล็ก เป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดให้มีกิจกรรมฟื้นฟูฯ

ด้านกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนขนาดต่ำกว่า 60 เตียง ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลต้องใช้งบประมาณจางบุคคลากรเองหากต้องการเปิดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽²²⁾

อีกทั้งสถานการณ์การจัดการการคลังสุขภาพที่บริการฟื้นฟูสมรรถภาพยังได้รับงบประมาณที่จำกัดโดยแฝงอยู่กับการจัดบริการในระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะงบประมาณสำหรับผู้ป่วยใน ในทั้งสามระบบประกันสุขภาพหลัก

ถึงแม้ระบบประกันสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุมประชากรมากที่สุด จะเริ่มมีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะเพื่อการบริการฟื้นฟูฯ แต่การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายยังเป็นการพัฒนาเชิงกิจกรรมบริการมากกว่าเชิงระบบ และโรงพยาบาลสามารถเบิกเงินชดเชยได้เฉพาะค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนตามพรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และพรบ.ประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น⁽²³⁾

สำหรับการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการบริการฟื้นฟูฯ และเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน พบว่ามีความหลากหลายของเครื่องมือที่ใช้ในแต่ละกลุ่มวิชาชีพ และสถานพยาบาล รวมถึงบางแห่งมีการพัฒนาและประยุกต์เครื่องมือขึ้นใช้เอง (ตารางที่ 5) สถานการณ์เช่นนี้อาจมีผลต่อความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของการวัด รวมถึงมาตรฐานการวัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจสัน เอ็น ดอกเตอร์ และคณะที่พบว่า ความถูกต้องของการวัดและการให้คะแนนมีผลมาจากความยากของการวัดและระดับความเชี่ยวชาญ⁽²⁴⁾ จึงน่าจะจำเป็นต้องมีกระบวนการพัฒนามาตรฐานเครื่องมือและวิธีการประเมินผลสัมฤทธิ์บริการฟื้นฟูฯคู่ขนานไปกับการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูฯ

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดพอสมควร เช่น มีอัตราการตอบกลับเพียงร้อยละ 60 ซึ่งค่อนข้างต่ำทั้ง ๆ ที่คณะผู้วิจัยได้มีการติดตามการตอบกลับอย่างเต็มที่ ซึ่งส่วนใหญ่แจ้งทางโทรศัพท์และส่งแบบสอบถามกลับโดยเขียนอธิบายว่าโรงพยาบาลไม่มี

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่นโรงพยาบาลชุมชนขนาดน้อยกว่า 60 เตียง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวง และโรงพยาบาลเอกชน จึงได้ประมาณการว่าโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม น่าเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทยได้ และโรงพยาบาลเหล่านี้น่าจะมีส่วนร่วมในการคิดค้นและพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของประเทศไทยต่อไป และอีกประการหนึ่งการศึกษาครั้งนี้ยังมีขอบเขตจำกัดเฉพาะในกลุ่มการบริการฟื้นฟูฯทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นหลักเท่านั้น ยังไม่รวมถึงบริการฟื้นฟูฯความพิการประเภทอื่น ๆ

จะเห็นได้ว่าระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แม้จะมีแนวโน้มความต้องการบริการที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน แต่สถานการณ์ระบบบริการที่เป็นอยู่ในขณะนี้ก็ยังขาดแคลนอีกมากในทุกมิติ ในขณะที่กระบวนการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ยังขาดการกำกับทิศทางและความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนากิจกรรมบริการซึ่งเป็นการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

การให้ความสำคัญต่อการประเมินผลสัมฤทธิ์บริการฟื้นฟูฯ ทั้งด้านมาตรฐานของเครื่องมือและกระบวนการจะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการที่ดี ทั้งเชิงคุณภาพและประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์ความต้องการบริการฟื้นฟูฯที่เพิ่มขึ้นและข้อมูลทางอ้อมด้านประชากร คือการเจ็บป่วย/บาดเจ็บของประชากร จึงมีข้อเสนอแนะที่ควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้จากการวิจัย ครั้งนี้ ได้แก่

- (1) กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่ตอบสนองกับความพิการทุกประเภท มิใช่เฉพาะความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเท่านั้น
- (2) กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมรูปแบบการจัด

บริการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องใช้เวลาและทรัพยากรแตกต่างกับการรักษาโรคในระยะเฉียบพลัน โดยคำนึงถึงการจัดการด้านกำลังคนและมาตรการจูงใจที่มีประสิทธิภาพ

(3) การประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความสามารถด้านการรับรู้ของสมองมีความจำเป็นทั้งในการพยากรณ์โรค การติดตามการบรรลุเป้าหมายของการบริการ ตลอดจนการคำนวณและทำนายค่าใช้จ่าย ดังนั้นจึงควรพัฒนาเครื่องมือประเมินผลลัพธ์การบริการฟื้นฟูฯ ให้มีมาตรฐานเดียวกันและนำลงสู่ปฏิบัติอย่างจริงจังในระบบบริการ ทั้งนี้ควรให้มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้อยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ด้วย เพื่อการกำกับติดตามประเมินระบบบริการฟื้นฟูฯ ในภาพรวม และควรให้มีการเชื่อมต่อการจัดกลุ่มโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการคำนวณงบประมาณและอาจใช้เป็นเครื่องมือในการจ่ายเงินที่สอดคล้องกับต้นทุนจริงที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการฟื้นฟูฯ ที่ตอบสนองกับความต้องการของผู้รับบริการ

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบพระคุณ แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรที่ช่วยประสานงานการวิจัย ขอขอบคุณโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกแห่ง และกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานผลการสำรวจภาวะพิการและทุพพลภาพ พ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2546.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ผลการสำรวจสภาวะพิการและทุพพลภาพ พ.ศ.2550. [cited 2008 May 14]; Available from: http://service.nso.go.th/nso/g_service/s_survey_50/deformed-50.pdf
3. Mitchell R. Community-based rehabilitation: the generalized model. Disability and rehabilitation 1999; 21(10-11):522-8.
4. Hyatt L. Subacute care: an important new trend. Long Term Care Management 1993; 42(42):21-2.
5. Braddom RL. Medicare funding for inpatient rehabilitation: how did we get to this point and what do we do now? Arch Phys Med Rehabil 2005; 86:1287-92.
6. Department of Health and Human Services Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Subacute care: policy synthesis and market area analysis. [cited 2007 Mar13]; Available from: <http://www.health.vic.gov.au/subacute/Pub.hilm>
7. Eagar K, Cromwell D, Kennedy C, Lee L. Classifying sub-acute and non-acute patients: results of the New South Wales casemix area network study. Australian Health Review 1997; 20(2):26-42.
8. Eagar K, Gordon R, Hodkinson A, Green J, Eagar L, Erven J, et al. The Australian national sub-acute and non-acute patient classification (AN-SNAP): report of the national sub-acute and non-acute casemix classification study. Wollongong: Centre for Health Service Development, University of Wollongong; 1997.
9. Lee LA, Eagar KM, Smith MC. Subacute and non-acute casemix in Australia. MJA 1998; 169:S22-5.
10. Tepper S, DeJong G, Wilkerson D, Brannon R. Criteria for selection of a payment method for inpatient medical rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 1995; 76:349-54.
11. Cohen ME, Marino RJ. The tools of disability outcomes research functional status measures. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81:S21-9.
12. Bogardus ST, Towle V, Williams CS, Desai MM, Inouye SK. What does the medical record reveal about functional status? A comparison of medical record and interview data. JGIM 2001; 16:728-36.
13. Centers for Medicare & Medicaid Services. IRF-PAI Training Manual Revised 01/16/12. [cited 2007 Jan 30]; Available from: <http://www.cms.hhs.gov/InpatientRehabFacPPS/irfpai-manualint.pdf>

14. Finch E, Brooks D, Strtford PW, Mayo NE. Physical rehabilitation outcomes measures: a guide to enhance clinical discision making. 2nd. Canada: Lippincott, Williams & Wilkins; 2002.
15. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability, and Health. Geneva: World Health Organization; 2005.
16. สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, วัชราริวไพบูลย์, วราพร รุจาคม, ไพจิตร เพ็งไพบูลย์. ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2540.
17. อภิชนา ไฉวินทะ, วิไล คุปต์นริตติชัย, ปิยะภัทร เดชพระธรรม, พรพิมล มาศสกุลพรรณ, กฤษณา พิวเวช, ยิ่งสุมาลย์ อัจองค์, และคณะ. โครงการลงทะเบียนโรคการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2550; 17(1):31-6.
18. Kaplan SJ. Growth and payment adequacy of medicare postacute care rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 2007; 88:1494-99.
19. Liu M, Chino N, Takahashi H. Current status of rehabilitation, especially in patients with stroke, in Japan. Scand J Rehab Med 2000; 32:148-58.
20. กฤษณะ แก้วมูล. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พุทธชินราชเวชสาร 2550; 24(1):5-14.
21. สุวิทย์ อริยชัยกุล, วัลยา เป็งปิง, วัลย์นิภา หาพุทธา. บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 2544; 34(3):169-79.
22. สุวิทย์ อริยชัยกุล, กิตติกร พรหมจันทร์, สุวีพร อุทัยคุปต์. ความต้องการนักกายภาพบำบัดและทรัพยากรในงานบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารกายภาพบำบัด 2544; 23(1):21-33.
23. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สรุปความคืบหน้าการบริหารงบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี 2548 และแนวทางการบริหารงบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการปี 2549. [สืบค้นเมื่อ 10 มค. 2549]; Available from: http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewFolderAction.do?folder_id=000000000000519
24. Doctor JN, Wolfson AM, McKnight P, Burns SP. The effect of inaccurate FIM instrument ratings on prospective payment: a study of clinical expertise and FIM rating difficulty as contributing to inaccuracy. Arch Phys Med Rehabil 2003; 84:46-50.

Abstract **Medical Rehabilitation Services and Outcome Evaluation Process: A Situation Analysis in Thailand**

Orathai Kheawcharoen*, **Wachara Riewpaiboon****, **Supasit Pannarunothai*****, **Laddawan Reabroy*****

*Health Systems and Policy Program Faculty of Medicine, Naresuan University, **Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center, ***Centre for Health Equity Monitoring (CHEM) Faculty of Medicine Naresuan University

Journal of Health Science 2009; 18:475-88.

This research was aimed at studying the service situation and outcome evaluation of medical rehabilitation for people with physical and mobility disability in fiscal year 2004-2006. It was a cross-sectional postal questionnaire survey conducted during April-May 2007, with telephone follow-up. There were 522 hospitals recruited in this study including public community, provincial, regional, university and rehabilitation hospitals. Some private hospitals were also included. For outcome evaluation process, the key informants were 324 rehabilitation doctors, 522 physiotherapists, and 236 occupational therapists. Response rates of hospital and rehabilitation professional were 60.9 and 57.8 percent respectively. Descriptive statistics was used for data analysis.

The result showed that the average number of the physiotherapist working in each hospital was 3.3 while average occupational therapist was 0.7. There was 0.8 rehabilitation doctor per hospital except community hospital. Most prosthetist-orthotist in Thailand worked in public, regional, university, and rehabilitation hospitals, only some worked in provincial hospitals. Rehabilitation hospitals provided the highest number of outpatient and inpatient rehabilitation services per year (30,000) and medical school hospitals provided for the highest number of inpatients (15,000 per year). Community hospitals provided fewer services annually (700-2,700 for outpatients and 122-242 for inpatients). The rehabilitation services provided at the out-patient department accounted for only 2.8 percent of total out-patients or 5 percent of total inpatients. The most common service was physiotherapy (89.3%) followed by occupational therapy (10.4%), and prosthetic services (0.4%). The outcome evaluation on ability to perform activity of daily living was done 90 percent of the times by rehabilitation professionals which Barthel Index was the most common used tools. The evaluation on cognitive function was also conducted 37.3-40.8 percent of cases of which the Mini-Mental State Examination was the most common used tool (33.0%).

It was recommended that the policy makers on health system development should reconsider the investment in rehabilitation services delivery system responsive to the needs of people with all types of disability. More attention should be paid to rehabilitation manpower development in term of production, distribution and the incentive system. In addition, the functional outcome measurement is very important in demonstrating the effectiveness of service and would be the important mean for appropriate resource allocation. So, the standardization of functional outcome measure should be strengthened.

Key words: **medical rehabilitation, functional assessment, sub-acute and non-acute care**