

รายงาน

การศึกษากระบวนการและผลลัพธ์
การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง
แบบผู้ป่วยใน
ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
(ฉบับสมบูรณ์)

Process and Outcome study on rehabilitation service for himiplegic
patient causing by stroke at the Sirindhorn National Medical
Rehabilitation Center

โดย วัชรารัฐ ไร่ไพบูลย์, พ.บ.
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
มีนาคม 2544

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนานักวิจัย
สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

งานวิจัยชิ้นนี้ มีจุดเริ่มต้นจากการที่ผู้วิจัยได้รับทุนพัฒนานักวิจัย จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อกรกฎาคม พ.ศ.2540 โดยผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง "การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิภาพ และ ต้นทุนอัตรประโยชน์ของรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" เป็นเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพของผู้รับทุน

กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้วิจัยเริ่มที่ การเข้าศึกษาหาความรู้ ในวิชาที่คิดว่ามีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่เสนอ และการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกศึกษาในวิชา Rehabilitation Service Provision, Introduction to Health Economics และ Socio-cultural Environment in Rehabilitation ณ School of Public Health, Curtin University of Technology, Perth, Australia ในเวลารวม 1 ปีครึ่ง และกลับมาปฏิบัติการวิจัยตามที่ออกแบบไว้เมื่อ สิงหาคม 2541

เมื่อได้ลงรายละเอียดงานวิจัยในพื้นที่ พบว่ามีข้อจำกัดอย่างมาก ในการดำเนินงานวิจัยในหัวข้อดังกล่าว จึงได้ขอปรับหัวข้อการวิจัยเป็น "การศึกษาต้นทุน และผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ซึ่งเป็นสถานที่ปฏิบัติงานของผู้วิจัย ทั้งนี้ด้วยความตั้งใจที่จะให้เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนาบริการ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและคุณภาพ ของหน่วยงาน มิใช่การวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบของคำถามการวิจัยเท่านั้น

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย ในส่วนการศึกษากระบวนการและผลลัพธ์ ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง แบบผู้ป่วยใน ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานทางวิชาการเฉพาะทาง ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ของกระทรวงสาธารณสุข

การศึกษานี้ทำให้เห็นส่วนขาดของระบบบริการด้านสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งยังมีอีกมาก รวมถึงประเด็นที่จะพัฒนาบริการ ให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนไปสู่การพัฒนารูปแบบที่เป็นทางเลือกใหม่ๆด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ ที่ปรึกษาโครงการ ซึ่งได้ให้โอกาส ให้คำแนะนำ และสนับสนุนมาโดยตลอด ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้การเป็นนักวิจัยด้านระบบสาธารณสุข และได้มีโอกาสได้พบ และรู้จักผู้รู้ท่านอื่นๆอีกหลายท่าน

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟู ที่ช่วยในการศึกษาเวชระเบียนเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ แพทย์หญิงภัทริยา จารุทัศน์ ผู้อำนวยการศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟู ที่ให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายที่สุด ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้โอกาสเข้ารับทุนพัฒนานักวิจัย และขอบคุณ คุณเพ็ญศรี สวงนสิงห์ที่เป็นธุระในการประสานจัดการให้เป็นอย่างดี

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันหนึ่งของประชากรไทย โดยที่เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ทำให้อัตราการตายจากโรคนี้ลดลงอย่างชัดเจน จึงทำให้ปัญหาที่เกิดจากผลพวงของการเจ็บป่วยดังกล่าวมีความชัดเจนขึ้น เช่น การเป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ครึ่งซีก อันนำไปสู่ความพิการ คือ การไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน การไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเอง และการไม่สามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ ซึ่งความพิการเหล่านี้อาจมีการฟื้นตัวได้เองในระดับหนึ่ง โดยที่การฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีบทบาทอย่างมากในการเสริมการฟื้นตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้เกิดขึ้นภายในเวลาที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์งานวิจัยนี้คือ เพื่อศึกษากระบวนการและผลลัพธ์ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ระหว่างปีงบประมาณ 2538-2542 ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลภาคตัดขวางของผู้ป่วยที่รับบริการและกลับบ้านได้ในปีงบประมาณ 2542

จากการศึกษาเวชระเบียน พบว่ามีการรับผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง เข้าฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ในเวลาห้าปี รวม 166 ครั้ง (137 คน) คิดเป็นประมาณร้อยละ 25 ของการรับเข้าอยู่ทั้งหมด ซึ่งเป็นการรับเข้าอยู่ที่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยที่กำหนดเพียง 111 ครั้ง (111 คน) คิดเป็นร้อยละ 67

ผู้ป่วยที่รับเข้าอยู่ 111 ครั้ง เป็นชาย:หญิง ประมาณ 3:2 อายุเฉลี่ย 60.67 ± 11.96 ปี (95%CI for mean = 58.42-62.92 ปี) เป็นอัมพาตซีกซ้ายมากกว่าซีกขวาประมาณ 2-3 เท่า สาเหตุของการเป็นอัมพาตสามารถระบุได้ชัดเจนเพียงร้อยละ 75 ในจำนวนนี้ เป็นจาก Intracerebral infarction มากกว่า Intracerebral haemorrhage ประมาณ 2 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เสียค่าบริการเอง เนื่องจากมีรัฐสวัสดิการประเภทต่างๆ และส่วนน้อยที่ต้องจ่ายเองในตอนแรกเริ่ม เมื่ออยู่ไประยะหนึ่งก็ขอรับสิทธิ์ฟรีตามพรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534

การรับเข้าอยู่เพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีจำนวนวันนอน/รายเฉลี่ย เป็น 44.22 ± 28.36 วัน (95%CI for mean = 38.88-49.55 วัน) ทั้งนี้มีจุดตัดวันนอนที่สั้นหรือนานเกินที่ 7 และ 150 วัน เมื่อปรับจุดตัดวันนอนเป็น 13 และ 84 วัน ทำให้วันนอน/รายเฉลี่ย เป็น 42.31 ± 19.11 วัน (95%CI for mean = 38.18-46.43 วัน)

ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตที่รับบริการในปี 2542 พบว่าได้ข้อมูลจากแบบสอบถาม 13 ราย จากทั้งหมดที่รับเข้าฟื้นฟู 48 ราย ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living, ADL.) เป็นดังนี้ 10/13 ราย สามารถควบคุมการขับถ่ายได้เป็นปกติ 6/13 ราย กินอาหาร/ล้างหน้า/แปรงฟัน ได้เอง 4/13 ราย สามารถทาบ่าง/หวีผม/โกนหนวด/ใช้ห้องส้วม/ใส่-ถอดเสื้อผ้า ได้เอง มีเพียง 1/13 รายเท่านั้นที่อาบน้ำเองได้

ส่วนการเดิน (Ambulation) พบว่า 7/13 ราย สามารถเดินได้เองบนพื้นราบ 5/13 ราย สามารถเคลื่อนย้ายตัวเอง (Transfer) ได้ดี สำหรับความสามารถในการดำรงชีวิต สามารถสื่อสารได้ดี 9/13 ราย ภูมื่นได้ 3/13 ราย ออกนอกบ้านได้เอง 2/13 ราย เตรียมอาหารได้เอง 1/13 ราย คนที่ทำไม่ได้หมายถึง ต้องมีคนคอยช่วยเหลือดูแล นั่นคือผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟู สามารถช่วยตัวเองได้ระดับหนึ่ง ซึ่งยังบอกไม่ได้ว่านี่คือผลของกระบวนการฟื้นฟูทั้งหมด อย่างไรก็ตามก็ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถดำรงชีวิต อย่างน้อยภายในบ้านด้วยตนเองได้ทั้งหมด นอกจากนั้นการศึกษารายกรณีอีก 4 ราย ยังสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยแต่ละรายยังมิได้หยุดการ

แสวงหาการรักษาและฟื้นฟูภาวะอัมพาตฯ และระบบการติดตามดูแล เพื่อให้รู้ปัญหาเพื่อรักษาระดับผลการฟื้นฟูที่ได้ และสนับสนุนการปรับตัวให้ดำรงชีวิตได้ อย่างมีคุณภาพ ยังไม่เพียงพอ

ปัญหาที่พบจากการศึกษากระบวนการและผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูฯ นับตั้งแต่ ไม่มีการตั้งเป้าหมาย และแนวทางการให้บริการที่ชัดเจนเป็นมาตรฐาน การบันทึกกิจกรรมการฟื้นฟูฯ ยังไม่เป็นระบบ อีกทั้งยังไม่มีเครื่องมือที่เหมาะสมในการติดตามและประเมินผลการฟื้นฟูฯ ทำให้การพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยทั้งการรักษาฟื้นฟูฯ และค่าใช้จ่าย การสื่อสารภายในทีมงานฟื้นฟูฯ และการประเมินประสิทธิภาพของบริการมีข้อจำกัด ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูฯ โดยนำเครื่องมือที่เหมาะสมมาใช้ในการติดตามประเมินผลการฟื้นฟูฯ และสมควรที่จะมีการพัฒนาระบบข้อมูลการให้บริการ เพื่อช่วยเสริมการสื่อสารภายในทีมผู้ให้บริการ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน กระบวนการ ผลลัพธ์ อัมพาตครึ่งซีก โรคหลอดเลือดสมอง

Key words: In-patient rehabilitation, Process, Outcome, Hemiplegia or Hemiparesis, Stroke or cerebrovascular disease

Abstract

Stroke or Cerebrovascular disease (CVD) is the main leading cause of health problem among Thai population. The advance medical technology help the stroke victims to survive longer with another kind of problem, physical impairment and disability. Rehabilitation is another health care intervention which play a major role in restoring physical function and supporting them to return to their own home.

The study objective is to analyse the process and outcomes of the in-patient stroke rehabilitation of the Sirindhorn national Medical Rehabilitation center. It was found that stroke with hemiplegia took about 25 percent of the total nuber of admission. One hundred and thirty-seven stroke victims were admitted 166 times within five years (fiscal year 1995-1999) while 111 admissions (cases) was recruited.

Among 111 cases, the ratio of male:female was 3:2 whereas the mean age was 60.67 ± 11.96 years (95%CI.= 58.42-62.92 yrs.). Those were left hemiplegia 2-3 times more than right hemiplegia. Seventy-five percent of those could be determined the type of CVD which showed that infarction is 2 times over than haemorrhage.

The average length of stay (LOS) was 44.22 ± 28.36 days (95%CI. = 38.88-49.55 days) while 7 and 150 days were used as the trimming points. When the trimming points were substituted with 13 and 84 days, the average LOS became 42.31 ± 19.11 days (95%CI. = 38.18-46.43 days)

According to the outcomes study, 13/48 cases of the year 1999 were recruited. It was shown that 10/13 cases were partial independent in performing the activities of daily living while 7/13 cases could walk independently. Moreover, the qualitative data of 4 selected cases pointed that they are still seeking for the treatment and rehabilitation which might cure the disability. Most of the costs for such a health care process were the family's out of pocket money.

The results of the study revealed the deficiency of the health care system such as; lacking of the standard of stroke rehabilitation service, non-systematic and unreliable medical record, lacking of the outcome measures for monitoring and evaluation etc.. It was suggested that the quality improving process should be implemented especially at the Sirindhorn National Medical Rehabilitation center, the only national medical rehabilitation institute in Thailand.

Key words: In-patient rehabilitation, Process, Outcome, Hemiplegia or Hemiparesis, Stroke or cerebrovascular disease

สารบัญ

บทนำ	1
วัตถุประสงค์	2
วิสัยทัศน์และวิธีการ	2
การศึกษากระบวนการ ให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง	2
การศึกษาผลลัพธ์ ของการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง	3
การทบทวนวรรณกรรม	4
สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย	4
ความบกพร่องทางร่างกาย/จิตใจ และความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง	5
กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง	6
ผลลัพธ์ของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ	13
ผลการศึกษา	16
กระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง	16
กระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตแบบในสถาบันของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู	21
ผลลัพธ์การฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง	25
อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	32
เอกสารอ้างอิง	40
ภาคผนวก	42

สารบัญรูป

รูปที่ 1 แสดงร้อยละของเพศของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา จำแนกตามปีงบประมาณ 2538-2542 และ รวม 5 ปี.....	17
รูปที่ 2 แสดงค่าอายุเฉลี่ย และ จำนวนวันนอนเฉลี่ย จำแนกตามปีงบประมาณ 2538-2542 และรวม 5 ปี.....	18
รูปที่ 3 แสดงร้อยละของลักษณะการเป็นอัมพาต จำแนกตามปีงบประมาณ 2538-2542 และรวม 5 ปี	19
รูปที่ 4 แสดงร้อยละของประเภทโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุอัมพาต จำแนกตามปีงบประมาณ.....	19
รูปที่ 5 แสดงร้อยละของประเภทหลักประกันการจ่ายค่าบริการ จำแนกตามปีงบประมาณ 2538-2542	20
รูปที่ 6 : แบบแผนการฟื้นฟูผู้ป่วยจากการโรคหลอดเลือดสมอง	35
รูปที่ 7 แสดงภาพรวมผลลัพธ์ด้านความสามารถร่างกายของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง	37

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ตัวอย่างรายการกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	11
ตารางที่ 2 ตัวอย่างเกณฑ์การรับเข้าฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	12
ตารางที่ 3 ตัวอย่างเกณฑ์ผลลัพธ์ที่คาดหวัง/การสิ้นสุดการฟื้นฟู	13
ตารางที่ 4 การรับผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองเข้าฟื้นฟูแบบในสถาบันที่ศูนย์สิรินธร	16
ตารางที่ 5 แสดงค่าสถิติเชิงพรรณนาของอายุ และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้งหมด.....	17
ตารางที่ 6 รายละเอียดกิจกรรมการฟื้นฟูที่ได้จากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในอัมพาตฯ ปี 2541-2542.....	21
ตารางที่ 7 ความเห็นเกี่ยวกับรายละเอียดการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพภาวะอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง	23
ตารางที่ 8 แสดงจำนวนคนที่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามระดับความสามารถ	26
ตารางที่ 9 แสดงจำนวนคนที่สามารถเคลื่อนย้ายตัวและเคลื่อนที่ จำแนกตามระดับความสามารถ	26
ตารางที่ 10 แสดงจำนวนคนที่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามระดับความสามารถ	27
ตารางที่ 11 ข้อมูลกรณีศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาต 4 ราย	29
ตารางที่ 12 แสดงตัวอย่างกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกระบวนการฟื้นฟู และตัวชี้วัด.....	36

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Cerebrovascular diseases (CVD) หรือ Stroke หมายถึง ภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่เกี่ยวกับ การมีการรบกวนการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางในส่วน of สมอง ซึ่งภาวะนี้จะคงอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง หรืออาจทำให้ถึงเสียชีวิตได้ โดยเป็นผลมาจากการอุดตันหรือการแตกของเส้นเลือดในสมอง (WHO, 1987. อ้างใน Ebrahim, 1990, p.30)

สถิติสาธารณสุข ปี 2540-2541 ของประเทศ ชี้ให้เห็นว่า อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เฉพาะที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลระดับจังหวัดภาครัฐ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 75 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 78.2 ต่อประชากร 100,000 คน (สถิติสาธารณสุข, 2540-2541) ในขณะที่การศึกษาของอดุลย์ วิริยะเวชกุลและคณะ ในปี 2540 ชี้ให้เห็นความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน เป็น 1,120 ต่อ ประชากร 100,000 คน (Viriyavejakul A, et.al. 1998)

เป็นที่ทราบกันว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้สามารถช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รอดชีวิตได้มากขึ้น แต่ผู้ป่วยเหล่านั้นก็มักจะมีผลพวงของความเจ็บป่วย หลงเหลืออยู่ในรูปของความผิดปกติ (Impairment) อันเกิดจากการสูญเสียการทำงานของสมองบางส่วนไปอย่างถาวร ซึ่งส่งผลให้มีความพิการ (Disability) และบางรายอาจต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่เดิมในสังคม(Handicap)ไปด้วย นั่นคือคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปหลังจากรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จนถึงปัจจุบัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ นับว่าเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฝึกฟื้นคืนความสามารถด้านร่างกายและจิตใจ โดยผสมผสานองค์ความรู้ทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม (Ebrahim, 1990, p.108) แม้ว่าจะยังคงมีความผิดปกติของการทำงานของร่างกายบางส่วนอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตและมีบทบาทที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้ ซึ่งย่อมทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแม้ว่าจะยังคงมีความผิดปกติ และ/หรือความพิการ ซึ่งเป้าหมาย หรือผลลัพธ์ที่คาดหวังของกระบวนการฟื้นฟู จะแตกต่างจากกระบวนการรักษาที่ทุกคนคุ้นเคย เช่น การหายหรือไม่หายจากโรค การควบคุมอาการของโรคได้หรือไม่ได้ เป็นต้น โดยที่การฟื้นฟูควรให้ต่อเนื่อง หรือคาบเกี่ยวกับการรักษา

ในขณะที่สถานการณ์ด้านประชากร สิ่งแวดล้อม และการเจ็บป่วยของประชาชน แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองกำลังเพิ่มขึ้น ระบบบริการด้านสุขภาพของประเทศ ไทย ก็ยังไม่มี ความชัดเจนของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพที่มีอยู่ ก็ยังไม่ครอบคลุมการดูแลเกี่ยวกับความพิการ ที่สืบเนื่องมาจากการเจ็บป่วย (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ, 2540) จึงสมควรได้มีการศึกษากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพภาวะความพิการ ที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งผลลัพธ์ของกระบวนการฟื้นฟูที่เกิดขึ้นแก่ตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการนำร่อง เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาบริการด้านนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ศึกษากระบวนการ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง แบบผู้ป่วยใน ที่ดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ 2538-2542 ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟู ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งรับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วย ใน ณ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ในช่วงปีงบประมาณ 2542

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาระบวนการ ให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

1. มุมมองในการวิเคราะห์ : การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้มุมมองของผู้ให้บริการเป็นหลัก

2. วิธีการศึกษา :

2.1) ทำการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่รับเข้าเพื่อฟื้นฟูเนื่องจาก มีความพิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง และเสร็จสิ้นการฟื้นฟู สามารถกลับบ้านได้ ระหว่างปีงบประมาณ 2538-2542 ทั้งนี้อาจมีการวินิจฉัยเป็น Hemiplegia, Hemiparesis, Cerebral infarction, Cerebral haemorrhage, Cerebrovascular disease-CVD หรือ Stroke ก็ได้

2.2) เก็บข้อมูลผู้ให้บริการ ด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า

- คำจำกัดความ

- non-rehab. admission หรือการรับเข้าอยู่รพ.ที่ไม่นับเป็นการอยู่เพื่อฟื้นฟู เนื่องจากยังไม่ทันได้ เริ่มกระบวนการฟื้นฟูก็ต้องออกจากรพ.เสียก่อน: หมายถึง การรับเข้าอยู่ ครั้งที่วันนอนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 7 วัน
- multiple rehab. admission หรือการรับเข้าอยู่ในรพ.มากกว่า 1 ครั้งในปีเดียวกัน: หมายถึง การรับเข้าอยู่ซ้ำในปีเดียวกัน และเข้าอยู่ด้วยเป้าหมายเดียวกันกับครั้งก่อนหน้า
- outlier rehab. admission หรือการรับเข้าอยู่ในรพ.เพื่อฟื้นฟู ที่มีวันนอนนานเกินเกณฑ์ที่ควรจะเป็นของศูนย์สิรินธร: หมายถึง การรับเข้าอยู่ ครั้งที่วันนอนนานเกิน 150 วัน
- single average rehab. admission หรือการรับเข้าอยู่เพื่อฟื้นฟูที่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย สำหรับการ ฟื้นฟูอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ของศูนย์สิรินธร: หมายถึง การรับเข้าอยู่ ของรายที่เข้า อยู่เพียง 1 ครั้งในปีเดียวกัน และครั้งนั้น ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน และไม่มากกว่า 150 วัน

3. สถิติที่ใช้: ใช้สถิติเชิงพรรณนา และ การหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอายุและจำนวนวันนอน โดยวิธี Spearman's rho

การศึกษาผลลัพธ์ ของการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลผู้ป่วยแบบย้อนหลังจากเวชระเบียน และระบบการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ยังขาดข้อมูลด้านผลลัพธ์ เพื่อเป็นการเสริมข้อมูลเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ของการฟื้นฟู ในการศึกษาระบบการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง แบบผู้ป่วยในของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ จึงได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

1. ประชากรที่ทำการศึกษา : เป็นการศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟู ของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่รับเข้าฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน และให้กลับบ้านได้ภายในปีงบประมาณ 2542 ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ทั้งนี้เนื่องจากในปีเดียวกันนี้ ได้มีการวิเคราะห์ห้องคลอด และต้นทุนการฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้พิการ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าทำการศึกษา : ผู้ป่วยในที่ได้รับเข้าฟื้นฟู ด้วยเรื่องพิการอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ทุกรายที่ไม่เข้าเกณฑ์คัดออก

เกณฑ์การคัดออก : ผู้ที่อยู่ฟื้นฟูในสถาบันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน เพราะถือว่ายังไม่ได้เริ่มกระบวนการฟื้นฟู ผู้ที่เข้าอยู่ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในนานเกิน 150 วัน เพราะถือว่าเป็นกรณีที่ซับซ้อนเกินไป หรือมีเหตุผลพิเศษอื่นในการอยู่พ.และต้องไม่มีการเข้าอยู่มากกว่า 1 ครั้งในปีเดียวกัน เพราะถือว่าเป็นรายที่ซับซ้อนเช่นกัน

2. วิธีการเก็บข้อมูล : จากเวชระเบียนของผู้ป่วยใน แล้วจึงตรวจสอบที่อยู่ที่สามารถติดต่อทางไปรษณีย์ได้ เพื่อติดตามผลลัพธ์การฟื้นฟู ด้านความสามารถร่างกาย ด้วยกรอบเครื่องมือ Barthel Index โดยการส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ จากนั้นจะได้ออกเยี่ยมที่บ้าน และสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เน้นปัญหาหรือความทุกข์ของผู้ป่วยที่ยังคงมีอยู่ทั้งที่ได้รับการฟื้นฟูแล้ว ทั้งนี้โดยความยินยอมของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะเฉพาะรายชื่ออยู่ในเขต กรุงเทพมหานคร

โดยมีกรอบประเด็นที่ทำการสัมภาษณ์ผู้พิการและญาติโดยการเยี่ยม/สัมภาษณ์ที่บ้าน ดังนี้

การเผชิญปัญหาและการปรับตัว ด้านสุขภาพ

- ขั้นตอนการเจ็บป่วย
- ความหมายของความพิการและ ความทุกข์ที่ได้รับ
- การแสวงหาบริการด้านการฟื้นฟู
- การแพทย์ทางเลือก และผลการรักษา

ความทุกข์จากระบบบริการสุขภาพของรัฐ

- ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ โดยเฉพาะในเรื่องการเดินทาง
- การขาดข้อมูลการรักษาและฟื้นฟู และสิทธิที่พึงได้รับ
- การขาดบริการที่ดีและต่อเนื่อง

หลักประกัน / ความมั่นคง /

- ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟู
- อาชีพการงาน และรายได้
- การดำรงชีพ และการสนับสนุนจากสถาบันครอบครัวและชุมชน

3. สถิติที่ใช้ : ทำการวิเคราะห์ผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

การทบทวนวรรณกรรม

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

จากรายงานสถิติสาธารณสุขปี 2535-2537 พบว่ากลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ของประเทศไทย คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในกลุ่มนี้โรคหลอดเลือดสมองมีสัดส่วนประมาณสองในสาม โดยทั้งกลุ่มก่อให้เกิดอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เป็น 16.9, 16.4, และ 15.7 ในปี 2535, 2536, และ 2537 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ส่งผลให้แนวโน้มอัตราการตายไม่เพิ่มขึ้น แต่จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับอัตราการเจ็บป่วย และข้อมูลผลพวงจากความเจ็บป่วยดังกล่าว เช่น ความผิดปกติ และความพิการ จากโรคนี้ (กองสถิติสาธารณสุข, 2535, 2536, 2537)

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ยังคงเป็นปัญหาที่มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข (2540) ซึ่งรายงานไว้ว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 75.0 ต่อประชากร 100,000 คน ตามปัญหาที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 158 คนต่อประชากร 100,000 คน และทั้งสองโรคนี้ยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ในอัตรา 13.5 ต่อประชากร 100,000 คน และยังคงเพิ่มขึ้นอีกในปี 2541 คือโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 78.2 ต่อประชากร 100,000 คน ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 169.6 คนต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานนโยบายและแผน, 2541)

นอกจากนั้นอดุลย์ วิริยะเวชกุลและคณะ ในปี 2540 (Viriyavejakul A, et.al. 1998) ได้รายงานอัตราความชุกของโรคนี้ในชุมชน ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบเป็นร้อยละ 1.12 หรือคิดเป็นอัตรา 1,120 ต่อประชากร 100,000 คน และเมื่อปัญหานี้ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในวัยผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังคืบเข้ามาในกลุ่มวัยทำงานด้วย ทำให้เห็นแนวโน้มการเป็นปัญหา ที่จะส่งผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจมากขึ้นด้วย

เมื่อพิจารณาอัตราการรับเข้าอยู่ในโรงพยาบาล จากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมกทม.) พบว่าเป็น 48.76 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2537 และจากการศึกษาข้อมูลซึ่งยังไม่ได้ตีพิมพ์ของปี 2538 พบว่าเพิ่มขึ้นเป็น 60.00 ต่อประชากร 100,000 คน นั่นคือภายในสองปีต่อเนื่องกัน จะเห็นอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง เฉพาะที่รับเข้าอยู่ในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งนี้ยังไม่รวมการรับเข้าอยู่ของโรงพยาบาลอื่นๆในเขตกรุงเทพมหานคร (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2538)

แม้ว่าข้อมูลข้างต้น จะไม่สามารถแสดงอุบัติการณ์ที่แท้จริงของโรคนี้ในหมู่ประชากรไทย แต่อาจชี้ให้เห็นได้ว่าอุบัติการณ์ที่ได้จากการรับเข้าอยู่ในโรงพยาบาล น่าจะต่ำกว่าอุบัติการณ์ที่แท้จริง อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นที่เห็น น่าจะเป็นผลจากการบริการด้านนี้ที่เพิ่มขึ้น และการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้นด้วย ไม่ใช่เป็นจากการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์เพียงอย่างเดียว

จนถึงปัจจุบันนี้ ประเทศไทยยังไม่มีการใช้ระบบทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ทำให้การศึกษาระบาดวิทยาของโรคนี้มีข้อจำกัด นานมาแล้วที่ประเทศไทยได้มีการสำรวจความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเมือง (กทม.) แห่งหนึ่งตั้งแต่ปี 2528 (Viriyavejakul A, et.al., 1985) ซึ่งพบความชุกเป็น 690 ต่อประชากร 100,000 คนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และในปีใกล้เคียงกัน รายงานการศึกษาของบุรณเวชและคณะ แสดง

ให้เห็นว่าระหว่าง พ.ศ. 2524-2525 โรงพยาบาลประสาท กรมการแพทย์ ซึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานครได้รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาฟื้นฟู เป็นจำนวน 588 ราย (Buranavej S, 1984) โดยที่ในขณะนั้นกรุงเทพฯมีประชากรประมาณ 2 ล้านคน นั่นคือ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงบางส่วนเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

จนกระทั่งปี 2537 จิตตพันธุ์กุลและคณะ ได้ทำการสำรวจผู้สูงอายุที่มีความพิการ ในชุมชนสลัมคลองเตย กรุงเทพฯ พบว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุในการสำรวจที่มีความพิการระดับปานกลางถึงรุนแรง (โดยใช้ Barthel Index) และต้องการการดูแลพิเศษ มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึงความต้องการบริการฟื้นฟูสำหรับผลพวงของโรคหลอดเลือดสมอง (Jitapankul S, et.al., 1994)

การศึกษาระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง ที่แสดงภาพรวมของประเทศไทยล่าสุด คือการสำรวจอัตราความชุกของโรคนี้ในชุมชน ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยดำเนินการสุ่มตัวอย่างจาก 4 ภาคของประเทศ พบว่าประเทศไทยมีอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเป็นร้อยละ 1.12 ซึ่งเมื่อจำแนกตามรายภาค ภาคกลางจะมีอัตราสูงที่สุด คือร้อยละ 1.99 ในขณะที่ภาคเหนือเป็นร้อยละ 0.6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 0.6 และภาคใต้เป็นร้อยละ 1.5 และยังได้รายงานว่าผลพวงของโรคนี้ที่พบ คือ การพูดไม่ชัด เดินไม่ปกติ (Viriyavejkul A, et.al., 1998) งานนี้จึงชี้ให้เห็นความต้องการมาตรการและดาร์เริงรัดเพื่อควบคุมโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย มิใช่เพียงมุ่งเตรียมการด้านการรักษาเท่านั้น

เมื่อมองในมุมที่กว้างขึ้น งานของนิพนธ์ พงษ์วรินทร์ ในปี 2540 ได้สะท้อนสถานการณ์ในหมู่ประเทศที่กำลังพัฒนาว่า การได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงในช่วงเฉียบพลัน โดยที่การรักษาจะเป็นการรักษาตามอาการ ในขณะที่การใช้ยากลุ่ม thrombolytic หรือ neuroprotective drugs เป็นไปเฉพาะกรณีเท่านั้น และในส่วนการรักษาด้วยวิธีทางศัลยกรรม ก็จะเป็น Removal of cerebral haematoma with wide craniotomy เพื่อลดความดันในสมองเป็นหลัก ส่วนการฟื้นฟูและการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน ทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติจะมีการแสวงหาการดูแลรักษาด้วยตัวเอง ตามที่มีทางเลือกอื่นๆอยู่ในสังคม การให้ความสำคัญทางนโยบายของประเทศ จะเห็นว่าส่วนใหญ่ของประเทศกำลังพัฒนา ให้ความสำคัญกับโรคหลอดเลือดสมองและผลพวงของมันน้อยกว่าที่ควรจะเป็นมาก เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว แม้ว่าจะมีแนวโน้มของปัญหาที่คล้ายคลึงกัน (Poungvarin N, 1998)

นอกจากนี้ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งผลักดันให้มีการสำรวจสุขภาพของประชากรวัย 50 ปี ขึ้นไป ใน พ.ศ. 2538 พบว่าร้อยละ 1.7 ของประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปของประเทศไทย มีปัญหาสุขภาพเป็นอัมพาต / อัมพฤกษ์ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2538) เมื่อพิจารณาพร้อมกับข้อมูลที่ว่า อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป (Ebrahim, 1990, pp.6, 13) ทำให้อาจคาดคะเนได้ว่า ปัญหาจากผลพวงของโรคหลอดเลือดสมองน่าจะมีมากขึ้นในอนาคต

ความบกพร่องทางร่างกาย/จิตใจ และความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผลพวงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งบ่งชี้ถึงความต้องการบริการฟื้นฟูที่พบบ่อย อาจรวมถึงความผิดปกติหรือบกพร่อง(impairments) เช่น การเป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ครึ่งซีก ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ (disabilities)

เช่น ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living-ADL) ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเอง หรือเคลื่อนที่ทั้งโดยการเดินหรือการใช้เครื่องช่วยต่างๆ (mobility and ambulatory function)

นอกจากนี้ยังอาจมีปัญหาในการกลืน (swallowing difficulty) การพูดและการเข้าใจภาษาในการสื่อสาร (communication problems) ซึ่งเกิดจากภาวะ Dysphagia และ Aphasia/Dysphasia ตามลำดับ ตลอดจนการสูญเสียความสามารถในการคิด/การตัดสินใจแก้ปัญหา/การจดจำ ซึ่งจำเป็นในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อย คือภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในผู้พิการที่เป็นผู้สูงอายุ

โดยที่ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีระดับความรุนแรง และขอบเขตของปัญหาแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่ง/ขนาดและชนิดของพยาธิสภาพในสมอง อย่างไรก็ตาม เป็นที่เชื่อกันว่านอกเหนือจากการมีการฟื้นตัวด้วยตัวเอง (spontaneous recovery) แล้ว **การฟื้นฟูสมรรถภาพ** มีบทบาทอย่างยิ่งในการเสริมการฟื้นตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การกลับไปมีบทบาทเดิมในสังคม และการทำให้ชีวิตมีความสุขตามสมควร ให้เกิดขึ้นภายในเวลาที่เหมาะสม (Ebrahim, 1990)

กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมของ William B. Stason ปี 1997 เรื่อง Can clinical practice guidelines increase the cost-effectiveness of geriatric rehabilitation. ซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร *Medical Care*; volume 35, Number 6, pp. JS68-JS77. พอสรุปให้เห็นกระบวนการฟื้นฟูผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้ดังนี้

1.) เป้าหมาย

คนพิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน และสามารถไปไหนมาไหนภายในบ้านได้ และมีการปรับสภาพจิตใจให้มีความสุขได้พอสมควร

2.) วัตถุประสงค์ของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.1 เพิ่มระดับความสามารถทางร่างกาย (physical functioning)

2.2 เกื้อหนุนการปรับสภาพจิตใจและสิ่งแวดล้อม ทั้งของผู้ป่วยและญาติ

3.) กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ขั้นตอนหลักที่ 1: การประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อแรกรับเข้าฟื้นฟู

ทำการประเมินสถานภาพผู้ป่วย ชนิด/ระดับความพิการ และสาเหตุเบื้องต้น ที่นำมาสู่การฟื้นฟูครั้งนี้ โดยเครื่องมือที่เตรียมไว้ โดยทำทันทีที่รับเข้าและก่อนเริ่มการฟื้นฟู(ภายใน 3 วันแรก) ผลการประเมินควรจัดเก็บให้ง่ายที่ทุกคนในทีมการฟื้นฟูจะสามารถเห็นและใช้เป็นสื่อกลางได้

ขั้นตอนหลักที่ 2: การทำแผนและตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูเฉพาะราย

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย จะมีปัญหาแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการตั้งเป้าหมายและวางแผนการฟื้นฟูเฉพาะราย ตามสภาพ / ระดับความพิการ รวมทั้งความพร้อมของครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 วิเคราะห์/แจกแจงปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟู เพื่อทราบพยากรณ์โรค และรายการเทคนิคการฟื้นฟูที่

จำเป็น หรือน่าจะเป็นประโยชน์ต่อปัญหาของผู้ป่วย ตลอดจนการรับรู้เงื่อนไขทางครอบครัวและสังคม ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะทำให้สามารถกำหนดกลยุทธ์ ทางเลือก ระยะเวลาที่เหมาะสม และประมาณการค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูให้กับผู้ป่วยได้

1.2 กำหนดเป้าหมายแผนการฟื้นฟูเฉพาะราย อาจทำเป็นสองระยะ คือ เป้าหมายระยะสั้น ซึ่งมักจะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจ อีกทั้งผู้ให้บริการก็มีโอกาสเห็นแนวโน้มและพยากรณ์ผลได้ชัดเจนขึ้น และเป้า

หมายระยะยาว โดยอาจกำหนดตั้งแต่เริ่มการฟื้นฟู หรือเมื่อทำการฟื้นฟูไปได้ระยะหนึ่งก็ได้ ประเด็นสำคัญคือ จะต้องเป็นเป้าหมายที่เป็นไปได้จริง ตามสภาพการเจ็บป่วยที่มีอยู่ และสอดคล้องกับชีวิตจริง

1.3 กำหนดเทคนิคการฟื้นฟู&วัตถุประสงค์เฉพาะเทคนิคนั้นๆ เป็นการเลือกใช้เทคนิคต่างๆในการฟื้นฟู (ตารางที่ 1) โดยแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง อย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาและเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยที่แต่ละเทคนิคจะต้องมีวัตถุประสงค์เฉพาะที่สอดคล้องกับเป้าหมายการฟื้นฟู นอกจากนี้แต่ละเทคนิคควรระบุว่า จะทำมากน้อยเท่าไรในหนึ่งวัน ถัดไหนในหนึ่งสัปดาห์ จะใช้เวลานานเท่าไรจึงจะเห็นผลความคืบหน้า ซึ่งก็ควรสอดคล้องกับระยะเวลาทั้งหมดที่จะทำการฟื้นฟู มีตัวชี้วัดอะไรสำหรับติดตามความก้าวหน้า และเมื่อไรจึงจะหยุดเทคนิคนั้นๆ

ขั้นตอนหลักที่ 3: การติดตามความก้าวหน้าของการฟื้นฟู

ควรมีช่วงเวลาติดตามที่แน่นอน เป้าหมายของขั้นตอนนี้ คือ การตรวจสอบความคืบหน้า ปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟู ซึ่งหากผลการประเมินไม่ดีขึ้นสองครั้งติดต่อกัน โดยไม่สามารถให้คำอธิบายที่เป็นเหตุเป็นผลได้ ก็จะเป็นข้อบ่งชี้ของการปรับแผน การพิจารณาสิ้นสุดการฟื้นฟู หรือการส่งต่อ

ขั้นตอนคุณภาพ 1: การนำเสนอแผน/เป้าหมายการฟื้นฟูเพื่อขอความเห็นชอบจากผู้ป่วย/ญาติ

มีจุดมุ่งหมายให้ได้เป้าหมาย/แผนการฟื้นฟูที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งสนองต่อความต้องการและความคาดหวังสูงสุดของผู้ป่วย/ญาติ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจ และการยอมรับ อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการฟื้นฟูทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ขั้นตอนคุณภาพ 2: การติดตามการควบคุมปัญหาทางการแพทย์อื่นและปัจจัยเสี่ยง

ภาวะการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพอื่นๆ เป็นสิ่งที่อาจก่อให้เกิดการรบกวนหรือความล่าช้าในการฟื้นฟูได้ หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อีกทั้งยังอาจทำให้ไม่สามารถรักษาระดับผลการฟื้นฟูที่ดีไว้ได้ หรือแม้แต่ทำให้มีความพิการมากขึ้นได้

ขั้นตอนคุณภาพ 3: การประเมินและปรับปรุงแผนการฟื้นฟู

เนื่องจาก บางกรณีไม่อาจพยากรณ์ผลได้ชัดเจนในระยะแรกของการฟื้นฟู หรือมีความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับปัจจัยในตัวผู้ป่วยเอง ญาติ หรือเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง จึงควรต้องมีการประเมินแผนการฟื้นฟูเป็นระยะๆ เพื่อสามารถปรับแผนได้ทันกับสถานการณ์ ทั้งนี้ควรกำหนดเวลาไว้ให้ชัดเจนตั้งแต่เริ่มให้การฟื้นฟู

ขั้นตอนคุณภาพ 4: การวางแผนเพื่อการกลับสู่ชุมชนเดิมหรือการส่งต่อ

เมื่อสิ้นสุดการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน หรือเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ผู้ป่วย/ญาติจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนและเพียงพอ มีการเตรียมที่อยู่และสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยในการกินอาหาร การอาบน้ำ-แต่งตัว การเคลื่อนย้ายตัว และการเดิน เป็นต้น ผู้ให้บริการต้องมีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชนอย่างใกล้ชิด สิ่งที่ต้องทำความเข้าใจกันมาตั้งแต่เริ่มกระบวนการฟื้นฟู คือ การให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแล เกี่ยวกับ เทคนิคในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน การดำรงชีวิตทั้งในและนอกบ้าน การกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆที่สามารถทำได้แล้วบ่อยๆ ตลอดจนเทคนิคพิเศษที่จำเป็นบางอย่าง

ขั้นตอนคุณภาพ 5 การประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟู

แม้ว่าจะมีการประเมินความคืบหน้าเป็นรายๆแล้ว แต่เพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของโปรแกรมการฟื้นฟู ควรที่จะมีการกำหนดเกณฑ์การรับเข้าฟื้นฟู (ตารางที่ 2) เกณฑ์เฉลี่ยของผลลัพธ์ที่คาดหวังของแต่ละรูปแบบ และเกณฑ์การสิ้นสุดการฟื้นฟู เพื่อใช้เป็นมาตรฐานกลาง (ตารางที่ 3) และทุกรายเมื่อสิ้นสุดการฟื้นฟู

ฟูๆ ควรได้รับการประเมินผลลัพธ์เทียบกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินเบื้องต้นด้วย โดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม ซึ่งสามารถประเมินได้ทั้งกระบวนการ ผลลัพธ์ และค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟู

ขั้นตอนคุณภาพ 6: การวางแผนเพื่อการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มหรือคงคุณภาพชีวิตในระดับที่เหมาะสมและพึงพอใจไว้ได้ หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการฟื้นฟูแล้ว ผู้ป่วยควรสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการที่เกี่ยวข้องได้เสมอเมื่อมีความจำเป็น

4.) รูปแบบต่างๆของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เพื่อให้การบริการเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และสอดคล้องกับสภาพและเงื่อนไขของผู้ป่วย จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูให้เกิดเป็นทางเลือกที่เพียงพอ แต่ส่วนใหญ่ในชุมชนหนึ่งๆมักจะมีไม่ครบทุกรูปแบบ หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้วิธีส่งต่อ ในความหลากหลายของรูปแบบ มีตัวแปรสำคัญที่เป็นตัวกำหนด ได้แก่ ความต้องการการพยาบาลและการดูแลทางการแพทย์ ระดับความพิการ และการต้องการความช่วยเหลือ ความสามารถในการเรียนรู้เพื่อการฟื้นฟู เป็นต้น โดยควรกำหนดแบบแผนและเกณฑ์การเลือกรูปแบบไว้ให้ชัดเจน

4.1 การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ควรมีลักษณะ ดังนี้

- ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการพยาบาลและการดูแลทางการแพทย์ เท่ากับหรือมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน
- ผู้ป่วยมีความพิการอยู่ในระดับ ปานกลาง-มาก (ระดับคะแนนจากแบบประเมินความสามารถที่เลือกใช้)
- เป็นระยะที่ ผู้ป่วยและญาติจะได้เรียนรู้ เทคนิคและกิจกรรมเพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้าน
- อาจมีหรือไม่มีญาติ อยู่ที่โรงพยาบาลด้วยตลอดเวลา
- กระบวนการฟื้นฟูประกอบด้วย
 - การตรวจเยี่ยมโดยแพทย์วันละ 1 ครั้ง ประมาณ 15 นาที/ราย
 - การตรวจเยี่ยมโดยทีม Stroke rehab. (แพทย์ /พยาบาล /PT /OT) ประมาณ 45 นาที/ราย โดยแต่ละรายจะได้รับการเยี่ยม สัปดาห์เว้นสัปดาห์
 - การทำกายภาพบำบัด วันละ 1 ครั้ง (60 นาที) เป็นอย่างน้อย เว้นวันหยุดราชการ
 - การทำกิจกรรมบำบัด วันละ 1 ครั้ง (60 นาที) เป็นอย่างน้อย เว้นวันหยุดราชการ
 - การฝึกปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูเพิ่มเติมในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ภายใต้การดูแลของพยาบาลตึกผู้ป่วยใน
 - มีการให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับตัวแก่ญาติและผู้ป่วยโดยพยาบาลตึกผู้ป่วยใน

4.2 การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ควรมีลักษณะ ดังนี้

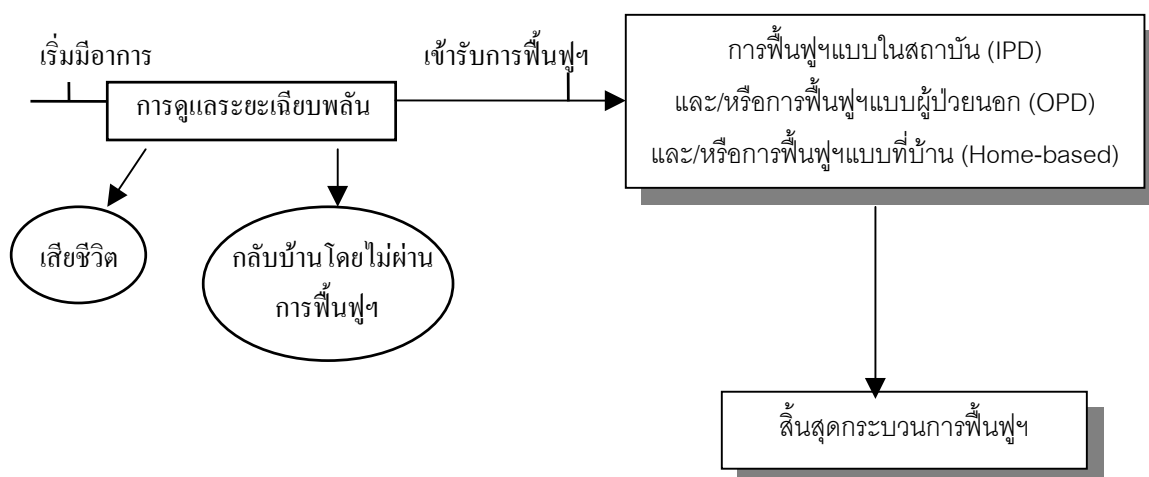
- ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการพยาบาล/ดูแลทางการแพทย์ เท่ากับหรือมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน
- ผู้ป่วยมีความพิการอยู่ในระดับ น้อย-ปานกลาง (ระดับคะแนนจากแบบประเมินความสามารถที่เลือกใช้) หรืออาจน้อยกว่านี้แต่อยู่ระหว่างรอเตียงเพื่อรับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน
- เป็นระยะที่ ผู้ป่วยและญาติจะได้เรียนรู้เทคนิค และกิจกรรมเพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้าน
- ผู้ป่วยจะได้กลับสู่ชุมชน / มีการปรับตัวเร็วขึ้น โดยยังคงได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องที่(บุคคลากร/เครื่องมือ)
- ต้องมี ญาติหรือผู้ดูแล ติดตามผู้ป่วย 1 คน
- ผู้ป่วยและญาติ ต้องเดินทางลำบาก / สิ้นเปลือง อย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- กระบวนการฟื้นฟูประกอบด้วย
 - การทำกายภาพบำบัด วันละ 1 ครั้ง (60 นาที)เป็นอย่างน้อย
 - การทำกิจกรรมบำบัด วันละ 1 ครั้ง (60 นาที)เป็นอย่างน้อย

- การตรวจประเมินและให้ความรู้ และกำกับกระบวนการฟื้นฟู โดยแพทย์และพยาบาลคลินิกผู้พิการ จากโรคหลอดเลือดสมอง 1 ครั้ง/สัปดาห์ สัปดาห์เว้นสัปดาห์

4.3 การฟื้นฟูแบบใช้ชุมชน/ครอบครัวเป็นฐาน ควรมีลักษณะ ดังนี้

- ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็น ต้องได้รับการพยาบาล/ดูแลทางการแพทย์ เท่ากับหรือมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน
- ผู้ป่วยมีความพิการอยู่ในระดับ น้อย-มาก หรือมี (ระดับคะแนนจากแบบประเมินความสามารถที่เลือกใช้) กรณีน้อยอาจอยู่ระหว่างรอให้สภาพร่างกายพร้อมมากขึ้น เพื่อรับการฟื้นฟูเต็มที่ต่อไป
- เป็นระยะที่ ผู้ป่วยและญาติ จะได้เรียนรู้เทคนิคและกิจกรรมเพื่อปฏิบัติที่บ้าน
- ผู้ป่วย/ญาติไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ซึ่งลำบากกว่าทีมของโรงพยาบาลเดินทางออกไปที่บ้านผู้ป่วย แต่กรณีเป็นช่วงท้ายของการฟื้นฟู จะเน้นที่การให้คำแนะนำการปรับสภาพแวดล้อม
- เป็นการฟื้นฟู ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นชีวิตจริง ของผู้ป่วยแต่ละราย
- ผู้ป่วยและญาติ ร่วมในกระบวนการฟื้นฟู และการตัดสินใจอย่างเต็มที่ ซึ่งส่งผลดีในระยะยาว
- การฟื้นฟูจะมีการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลชุมชน อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน เพื่อประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์ รวมทั้งให้คำแนะนำปรึกษา

แบบแผนการรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ



5.) หลักการที่รองรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นตัวของผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 2 แบบที่แตกต่างกันแต่สัมพันธ์กัน คือ 1) การฟื้นตัวของการทำงานของระบบประสาท ซึ่งอาจเกิดได้เองตามธรรมชาติ เสริมด้วยการใช้ยา และกระบวนการทางการแพทย์ ที่จะควบคุมภาวะโรคหลอดเลือดสมอง และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ซึ่งจะส่งผลให้มีความผิดปกติหรือบกพร่องของระบบประสาทน้อยลง เช่น สามารถควบคุมกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น และ 2) การฟื้นตัวของความสามารถ ในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน และการมีบทบาทต่างๆในสังคม แม้ว่าจะยังคงมีความผิดปกติหรือบกพร่องของระบบประสาทอยู่ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ในการปรับตัวและการฝึกปฏิบัติ

การฟื้นตัวตามธรรมชาติในแบบที่ 1 ให้ผลลัพธ์และใช้เวลาแตกต่างกัน ส่วนใหญ่เชื่อว่า เกิดขึ้นในระหว่าง 3-6 เดือนแรก หลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเกิดมากกว่าในช่วงแรกและน้อยลงเรื่อยๆ ส่วนแบบที่ 2 มีโอกาสเกิดขึ้นได้มากกว่าแบบที่ 1 และเป็นผลที่คาดว่าจะได้รับจากกระบวนการฟื้นฟู

การฟื้นฟูอาจเริ่มได้ โดยไม่จำเป็นต้องรอให้สิ้นสุดการฟื้นฟูแบบที่ 1 ก่อน ทั้งนี้เพราะการฟื้นฟูโดยใช้เทคนิคในการกระตุ้นการฟื้นฟูของการทำงานของระบบสมอง จะเสริมให้เกิดการฟื้นฟูทั้ง 2 แบบควบคู่กันไป แต่เมื่อไม่สามารถลดความผิดปกติหรือบกพร่องของระบบประสาทได้แล้ว การฟื้นฟูก็จะใช้เทคนิคการฝึกทักษะทดแทน ประกอบกับการดัดแปลงเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อม มาเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆในการดำรงชีวิตได้ การฟื้นฟูที่ส่งเสริมการฟื้นฟู ของความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน และการมีบทบาทต่างๆในสังคม ได้แก่

- การบริหารข้อต่อและกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจรวมกับการใช้เครื่องมือต่างๆทางกายภาพบำบัด
- การฝึกทักษะต่างๆ ด้วยการสาธิตและการให้ข้อมูลการแสดงความสามารถที่เป็นอยู่ย้อนกลับแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้ อาจเริ่มจากการฝึกทักษะพื้นฐาน ด้วยกิจกรรมที่ออกแบบโดยนักอาชีวบำบัด/นักกายภาพบำบัด จนถึง การฝึกกิจกรรมในชีวิตจริง
- การออกแบบ/จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยในการดำรงชีวิต และการออกแบบเพื่อการปรับสภาพแวดล้อม
- การให้ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินโรค อาการข้างเคียง ปัจจัยเสี่ยง พยากรณ์โรค การป้องกันและการฟื้นฟู
- การให้คำปรึกษาแนะนำในการปรับตัวและสภาพจิตใจ ซึ่งรวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ เป้าหมายและแผนการฟื้นฟู ทางเลือกในอนาคต ระยะเวลา ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง การให้ยาและหัตถการพิเศษ หรือการผ่าตัด

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจนถึงปัจจุบัน ยังไม่สามารถยืนยันผลโดยตรง และระยะเวลาที่เหมาะสมของการเริ่มการฟื้นฟูได้ เนื่องจากความยากลำบากซึ่งเกิดจาก ความหลากหลายของผู้ป่วย และ ปัญหาในการออกแบบการวิจัย อย่างไรก็ตามมีเหตุผลทางอ้อมมากมาย ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูมีผลลัพธ์เมื่อกลับบ้านดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟื้นฟู และการให้การฟื้นฟูส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูของความสามารถได้มากกว่าการปล่อยให้มีความพิการตามธรรมชาติ หัวใจของความสำเร็จในการฟื้นฟู เชื่อว่า คือ การทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจปัญหาที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง พยากรณ์โรค การฟื้นฟูและผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ ทางเลือกในการดำเนินชีวิตในอนาคต แล้วได้เข้าร่วมในการะบวนตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การติดตามผล โดยการจัดสิ่งแวดล้อมในการการฟื้นฟูให้ใกล้เคียงชีวิตจริง หรือได้กลับไปทำที่บ้านจะให้ผลดีที่สุด

6.) ประเด็นทางจริยธรรมที่พบได้ในระหว่างการฟื้นฟู

เนื่องจากความซับซ้อน และความรุนแรงของโรค ที่เกิดกับสมองผู้ป่วย ตลอดจนผลพวงที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ทำให้อาจมีประเด็นทางจริยธรรม เกิดขึ้นในระหว่างการฟื้นฟูได้ ได้แก่

- การตัดสินใจว่า เมื่อไรที่ผู้ป่วยจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้อย่างปลอดภัยและน่าเชื่อถือ
- เมื่อผู้ป่วยยืนยันว่าจะดำรงชีวิตโดยลำพัง ทั้งที่ไม่ปลอดภัยที่จะทำเช่นนั้น
- เมื่อทั้งผู้ป่วยและญาติ ยืนยันว่าต้องการที่จะอยู่โรงพยาบาล หรือรับการฟื้นฟูต่อไปอีก ทั้งที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์แล้ว
- ประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับ การระบุระดับความสามารถของผู้ป่วย หรือเมื่อต้องตัดสินใจให้ผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถและต้องมีผู้ปกครอง เป็นต้น

ตารางที่ 1 ตัวอย่างรายการกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายการกิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	การดำเนินการ
● การประเมินสถานะของโรคและความพิการ การวางแผนการฟื้นฟู และติดตามประเมินผลการฟื้นฟู ● การบริหารข้อต่อและกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจรวมกับการใช้เครื่องมือและวิธีการต่างๆ ทางกายภาพบำบัด ● การฝึกทักษะต่างๆ ด้วยการสาธิตและการให้ข้อมูลการแสดงความสามารถที่เป็นอยู่ ย้อนกลับแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเริ่มจากการฝึกทักษะพื้นฐาน ด้วยกิจกรรมที่ออกแบบโดยนักอาชีวบำบัด จนถึงการฝึกกิจกรรมในชีวิตจริง ● การออกแบบ/จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยในการดำรงชีวิต และการออกแบบเพื่อการปรับสภาพแวดล้อม ● การฝึกทักษะการกลืน/การสื่อสาร ● การให้ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินโรค อาการข้างเคียง ปัจจัยเสี่ยง พยากรณ์โรค การป้องกันและการฟื้นฟู ● การให้คำปรึกษาแนะนำในการปรับตัว และสภาพจิตใจ ซึ่งรวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ เป้าหมายและแผนการฟื้นฟู ทางเลือกในอนาคต ระยะเวลา ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง การให้ยาและหัตถการพิเศษ หรือการผ่าตัด ● การเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามประเมินผลและให้การฟื้นฟูต่อเนื่อง ● การให้ยา ● การตรวจพิเศษ ● การพยาบาลทั่วไป	- แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู - งานกายภาพบำบัด - งานอาชีวบำบัด - งานอาชีวบำบัด หรืองานกายอุปกรณ์ - งานอาชีวบำบัด หรืออรรถบำบัด - พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู - แพทย์/พยาบาล/ และผู้ร่วมทีมฟื้นฟู - พยาบาลชุมชน หรือสมาชิกในทีมฟื้นฟู - พยาบาล - เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง - พยาบาล	■ โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยใน และการตรวจประเมินผู้ป่วยนอก ■ โดยการฟื้นฟูในโรงพยาบาล หรือที่บ้าน ■ โดยการฟื้นฟูในโรงพยาบาล หรือที่บ้าน ■ โดยการฟื้นฟูในโรงพยาบาล หรือที่บ้าน ■ โดยการฟื้นฟูในโรงพยาบาล หรือที่บ้าน ■ โดยการฟื้นฟูในโรงพยาบาล หรือที่บ้าน ■ โดยการฟื้นฟูในโรงพยาบาล หรือที่บ้าน ■ โดยการฟื้นฟูในโรงพยาบาล หรือที่บ้าน ■ ในโรงพยาบาล ■ ในโรงพยาบาล ■ ในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 ตัวอย่างเกณฑ์การรับเข้าฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์ที่พิจารณา
เกณฑ์รับเข้าฟื้นฟู ■ เป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ซีกขวาหรือซ้าย ครั้งแรก ซึ่งมีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองประเภทเลือดออกในสมอง (Haemorrhage) หรือ เนื้อสมองตาย (Infarction) ■ อายุ 35-80 ปี ไม่จำกัดเพศ ■ มีอาการทางคลินิก (medical & surgical) ที่ควบคุมได้และคงที่ มาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (ต่อเนื่องกัน) ก่อนเริ่มการฟื้นฟู ■ สามารถทำตามคำบอกด้วยวาจาสามขั้นตอนได้เป็นอย่างดี ■ สามารถจดจำข้อมูลใหม่ได้นานมากกว่า 24 ชม. ■ สามารถทนการฝึกเพื่อฟื้นฟูได้อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ■ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยินดีที่จะเข้ารับการฟื้นฟูตามโครงการวิจัยฯ
เกณฑ์การคัดออก ■ ระยะเวลาที่เริ่มเป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ ถึง วันที่รับเข้าฟื้นฟูครั้งนี้นานเกิน 6 เดือน ■ ไม่สามารถควบคุมการปัสสาวะ(ต้องใส่สายสวน) นานกว่า 6 สัปดาห์ นับตั้งแต่เริ่มเป็น ■ ไม่สามารถกลืนอาหาร(ต้องใส่สายยางให้อาหาร) นานกว่า 6 สัปดาห์ นับตั้งแต่เริ่มเป็น ■ ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง นานกว่า 6 สัปดาห์ นับตั้งแต่เริ่มเป็น ■ มีปัญหา Left side neglect ที่รุนแรงมาก ■ เป็นอัมพาต 2 ข้าง (bilateral hemiplegia) หรือมีพยาธิสภาพที่ระดับ Brain stem ■ มีภาวะ depressive illness ซึ่งวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ และไม่สามารถทำการฟื้นฟูได้ ■ มีคะแนน Barthel มากกว่า 14 จาก 20 หรือ น้อยกว่า 6 จาก 20 ในตอนแรกรับเข้าฟื้นฟู ■ ขาดการติดตามการฟื้นฟูและไม่สามารถประเมินผลได้ครบตามที่กำหนด ■ เสียชีวิต หรือ มีอาการทางคลินิกเฉียบพลันที่เป็นปัญหาต่อการฟื้นฟู หรือ ต้องยุติการฟื้นฟูด้วยเหตุใดก็ตามภายใน 7 วันแรก และหากเกิดขึ้นหลังจากนั้นต้องหยุดพักการฟื้นฟูนานไม่เกิน 2 สัปดาห์

ตารางที่ 3 ตัวอย่างเกณฑ์ผลลัพธ์ที่คาดหวัง/การสิ้นสุดการฟื้นฟู

เกณฑ์ที่พิจารณา	เครื่องมือ
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง 1. ความสามารถด้านร่างกายเพิ่มขึ้น - สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเป็นอย่างน้อย - สามารถกลับไปอยู่บ้านเดิมกับครอบครัวได้ 2. มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฟื้นฟูที่ได้รับ	■ คะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อย 14 จาก คะแนนเดิม 20 ■ คะแนน Quality of Life Index เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญ ■ มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางเป็นอย่างน้อย
เกณฑ์อื่นๆ เช่น 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องครบ 4 เดือน 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ขอหยุดการฟื้นฟู หรือมีเหตุที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูต่อได้ 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ฟื้นฟูได้จนถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ภายในเวลาที่กำหนด 4. ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถกลับไปดำรงชีวิตและมีบทบาทเดิมในสังคมเดิมของตนเองได้ 5. ร้อยละของผู้ป่วยที่ต้องส่งไปสถานสงเคราะห์	❖ การออกแบบฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย ภายในหน่วยงาน

ผลลัพธ์ของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เป้าหมายของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation goal) ตามคำจำกัดความที่ใช้กันอยู่ทั่วไป คือ มุ่งที่จะฟื้นคืนความสามารถ โดยกระบวนการที่เป็นบูรณาการระหว่างการแพทย์ ศึกษา อาชีพและสังคม ให้แก่บุคคล จนสามารถกลับไปดำรงชีวิตในบทบาทเดิมในสังคมของตนเองได้ (Fuhrer, 1987)

Fuhrer (1987) ได้กล่าวถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ว่า เราอาจจะเห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความสามารถของผู้รับบริการที่ดีขึ้น หรืออาจจะเห็นการเปลี่ยนแปลงจากการไม่สามารถทำงานเป็นการสามารถมีงานทำและมีรายได้ แต่นั่นเป็นเพียงผลที่ได้จากกิจกรรมการฟื้นฟูเฉพาะอย่าง ไม่ใช่ผลลัพธ์ต่อชีวิตของผู้รับบริการที่เกิดจากกระบวนการฟื้นฟูที่แท้จริง ซึ่งควรหมายถึง การมีชีวิตประจำวันที่ดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น และการมีบทบาทที่เหมาะสมในสังคม

เช่นเดียวกับที่ Wall และ Tseng (1986) ได้กล่าวว่า กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพควรส่งผลกระทบต่อในเชิงบวกต่อผู้รับบริการ ในเรื่องการมีความสุขกาย ใจ มีการศึกษา สังคมและเศรษฐกิจที่เป็นที่พึงพอใจ ไม่ใช่การมุ่งทำให้คนกลับมาสามารถสร้างผลผลิตและมั่งคั่งได้เท่านั้น

แม้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ของกระบวนการฟื้นฟู จะสามารถสร้างความคาดหวังที่ค่อนข้างกว้างมาก แต่ Ebrahim (1990) ได้เน้นว่าไม่ว่าคนเราจะมีคามผิดปกติ/บกพร่อง หรือความพิการระดับไหนก็ตาม เขาก็ควรจะมีความเป็นตัวของตัวเอง (Self autonomy) ในระดับที่สูงได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าเขาต้องพึ่งพาผู้อื่น (Dependency) มากน้อยแค่ไหน

จากการทบทวนเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องการประเมินความสามารถ ที่เป็นผลลัพธ์ของการฟื้นฟูทางการแพทย์ พบว่าส่วนใหญ่เน้นที่ความสามารถด้านร่างกาย โดยที่การเปรียบเทียบระหว่างการศึกษากลับไปได้อย่างมาก ซึ่งสืบเนื่องมาจากการไม่มีแนวคิดเกี่ยวกับเกณฑ์ของผลลัพธ์ที่ควรจะเป็นที่ชัดเจน ขาดเครื่องมือที่มีมาตรฐาน วิธีการวัดที่ไม่เหมือนกัน ในขณะที่สเกลที่ใช้ต้องมีหลายมิติ การบริการฟื้นฟูก็ยังมีหลากหลายรูปแบบอีกด้วย (Keith, 1984)

■ **การวัด/ประเมินความสามารถ** อาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. การวัด/ประเมินตามแนวคิดการวัดความสามารถสูงสุดที่คิดว่าบุคคลนั้นทำได้ เน้นที่ตัวบุคคล โดยไม่คำนึงถึงสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิต ซึ่งอาจเป็นความสามารถที่ไม่ได้ใช้ในชีวิตจริงของคนนั้นๆ (functional capacity) หรือกล่าวในทางลบก็คือ เป็นการวัดความจำกัดของความสามารถส่วนบุคคล (Functional limitation)

2. การวัด/ประเมินตามแนวคิดการวัดความสามารถที่ทำได้จริง และมักเน้นที่ความสามารถที่จำเป็นและใช้ในการดำรงชีวิตจริงของคนนั้นๆ นั่นคือมีความสัมพันธ์กับสภาพทางสังคม/สิ่งแวดล้อม และการดำรงชีวิตของบุคคล (functional performance) ตามแนวคิดของ Verbrugge & Jette (1994)

■ **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ functional performance** ได้แก่

1. Physical factors ประกอบด้วย ความจำกัดหรือบกพร่องของความสามารถ อันเป็นผลมาจากความผิดปกติ/บกพร่องของร่างกาย (physical impairments) ความเต็มใจที่จะกระทำกิจกรรมที่แสดงความสามารถนั้นๆ (willingness to do the tasks) และความสามารถด้านสมอง (cognitive function)

2. Social factors ประกอบด้วย บริบทของสังคมและวัฒนธรรม ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของคน และการดำเนินชีวิต ซึ่งทำให้อาจแบ่งความสามารถ ได้เป็น 2 ระดับ (Verbrugge & Jette, 1994) คือ

- ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (Basic Activities of Daily Living -BADL.) ได้แก่ การกินอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม อาบน้ำ แต่งตัว การขับถ่าย

- ความสามารถในการจัดการตัวเองในการดำรงชีวิตภายในบ้าน/สังคม (Instrumental Activities of Daily Living -IADL.) ได้แก่ การเตรียมอาหาร/จ่ายตลาด การทำความสะอาดบ้าน/เสื้อผ้า การไปทำธุระนอกบ้าน การติดต่อสื่อสารผู้อื่นโดยการโทรศัพท์หรือส่งจดหมาย เป็นต้น

■ **เครื่องมือที่ใช้ในการวัด/ประเมินความสามารถ** ในปัจจุบันแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1.) สเกลวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living-ADL) โดยที่ ADL หมายถึง ทักษะของมนุษย์ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย

- การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (Self-care) เช่น กินข้าว อาบน้ำ แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า ขับถ่าย
- การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ (Continence)
- การเคลื่อนย้ายตัวเอง (Transfer) เช่น การย้ายจากเตียงนอนไป-กลับเก้าอี้หรือรถเข็น การย้ายตัวเองจากรถเข็นไป-กลับโถส้วม เป็นต้น

- การเคลื่อนที่ (Locomotion) หมายถึง การเดิน หรือการใช้รถเข็นพาตนเองจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ทั้งภายในสถานที่เดียวกัน และต่างสถานที่

เครื่องมือในกลุ่มนี้ มีประโยชน์ คือ เป็นการเก็บข้อมูลที่น้อยที่สุด เพื่อบรรยายความสามารถทางร่างกาย (Physical functioning) ซึ่งสามารถสืบค้นไปสู่ กระบวนการรักษาทางคลินิกได้ เนื่องจากมีความต่อเนื่องและใกล้ชิดกับความผิดปกติ/บกพร่อง (Impairments) ที่เกิดจากโรคหรือการบาดเจ็บมาก ตัวอย่างเช่น the Katz Index of ADL, the Barthel Index, และ the Functional Independence Measure (FIM) แต่ละเครื่องมือจะมีคุณสมบัติในรายละเอียดที่แตกต่างกันไป

2.) เสถียรวัดความสามารถในการดำรงชีวิตภายในบ้านหรือในสังคม (Instrumental Activities of Daily Living-IADL.) โดยที่ IADL. หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวในการดำรงชีวิต เช่น การใช้โทรศัพท์สื่อสาร การไปจ่ายตลาด การเตรียมอาหาร การจัดการด้านการเงินส่วนตัว เป็นต้น ซึ่งเครื่องมือกลุ่มนี้จะเป็นประโยชน์เมื่อคนไข้เริ่มกลับเข้าสู่บ้าน/ชุมชนแล้ว แต่จะมีความไว (sensitive) น้อยต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เพราะกิจกรรมต่างๆที่ใช้ในการประเมินจะไม่คงที่หรือมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตไม่เท่ากันในแต่ละคน โดยเฉพาะในสังคมที่แตกต่างกัน และยังใช้กันไม่แพร่หลาย

■ ความสัมพันธ์ระหว่าง ADL. กับ IADL.

จากการศึกษาของ Spector, et. al. (1987) ชี้ให้เห็นว่าหากทำการสำรวจปัญหาและความต้องการบริการโดยใช้เครื่องมือกลุ่มที่วัด ADL. อย่างเดียว จะทำให้ได้ข้อมูลปัญหาและความต้องการน้อยกว่าที่เป็นจริง เพราะเป็นการวัด/ประเมินที่ตัวบุคคลเพียงด้านเดียว ไม่ได้มองคนควบคู่ไปกับสภาพสิ่งแวดล้อมในสังคม ทำให้เห็นปัญหาเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นในการดำรงชีวิตจริง ซึ่งผลการศึกษาของเขายกได้เพียงว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมากระหว่างแต่ละรายการในกลุ่ม ADL. และ IADL. โดยยังไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์ที่เป็นระดับชั้น (hierarhical relationship) ระหว่าง ADL. และ IADL.

แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการวัดความสามารถในทั้งสองกลุ่ม จะมีประโยชน์ในเชิงการพยากรณ์ ได้แก่ คนที่ไม่สามารถทำกิจกรรม IADL ได้ด้วยตนเอง จะมีโอกาสกลายเป็น คนที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ในกิจกรรม ADL. ในเวลา 1 ปีข้างหน้า มากกว่า คนที่สามารถทำกิจกรรม IADL.ได้เองและพยายามรักษาระดับความสามารถนี้ไว้ หรือ ความเสี่ยงต่อการตายภายใน 1 ปีจะมากที่สุดของคนที่ไม่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ทั้งกิจกรรม ADL. และ IADL รองลงมาคือ คนที่ทำกิจกรรม IADLไม่ได้ และคนที่ทำ ADL ไม่ได้ ตามลำดับ โดยสรุปการขยายผลให้ครอบคลุมทั้ง ADL-IADL น่าจะทำให้เครื่องมือมีความไวเพิ่มขึ้น ในการติดตามระดับความสามารถที่เป็นผลจากการฟื้นฟู

ผลการศึกษา

กระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

การลงรหัสแยกโรคโดยใช้ the 10th. International classification of diseases (ICD-10) สำหรับภาวะอัมพาตครึ่งซีก/สองข้าง อันเป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นสาเหตุหลักในการรับเข้าอยู่เพื่อฟื้นฟูแบบในสถาบัน มักมีการลงรหัสแยกโรคก่อนข้างสลับสนอยู่ในกลุ่ม G.81 และ I.60-69 นอกจากนั้นผู้ป่วยมักมีโรคเรื้อรังอื่นซึ่งสัมพันธ์ หรือเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น และในระหว่างรับการฟื้นฟู ภาวะเหล่านี้ก็จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมด้วย มิฉะนั้นอาจก่อให้เกิดปัญหา หรือเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูได้

การศึกษาเวชระเบียนพบว่า การบันทึกภาวะทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ยังมีความสับสน และไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ ของระบบการลงบัญชีแยกโรคด้วย ICD-10 ที่ใช้อยู่ ทำให้การรายงานการให้บริการของศูนย์สิทธิธรเพื่อการฟื้นฟู ในระหว่างปีที่ทำการศึกษา อาจไม่สามารถสะท้อนการบริการที่แท้จริง และไม่สามารถให้คำอธิบายการใช้ทรัพยากร ของสถานพยาบาลที่เป็นจริงได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งที่นี้จะต่างไปจากโรงพยาบาลที่ให้บริการ ด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลักอื่น

จากการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยใน อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่รับไว้ฟื้นฟู ระหว่างปีงบประมาณ 2538-2542 พบว่า มีการรับเข้าอยู่เพื่อฟื้นฟูในกลุ่มดังกล่าว รวมทั้งสิ้น 166 ครั้ง โดยในสามปีหลัง สัดส่วนของการรับเข้าอยู่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อเทียบกับการรับเข้าอยู่ทั้งหมด เป็นร้อยละ 16, 25.5, และ 23 ในปี 2540, 2541 และ 2542 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การรับผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองเข้าฟื้นฟูแบบในสถาบันที่ศูนย์สิทธิธรฯ

เปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2538-2542

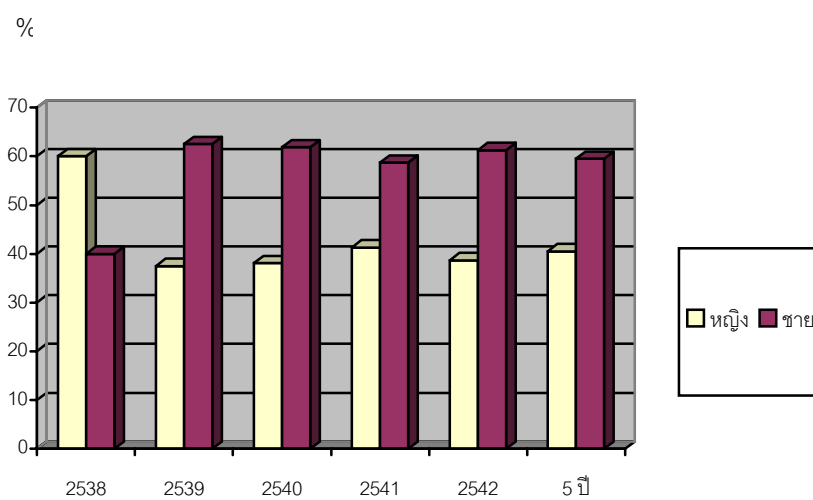
การฟื้นฟูแบบในสถาบัน	2538	2539	2540	2541	2542
การรับเข้าอยู่รพ.และจำหน่ายในปีเดียวกันทั้งหมด (ครั้ง)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	219	239	209
การรับเข้าฟื้นฟูภาวะอัมพาตและจำหน่ายในปีเดียวกัน (ครั้ง)	11	11	35	61	48
ร้อยละของการรับเข้าอยู่ทุกประเภทผู้ป่วย	-	-	16.0%	25.5%	23.0%
ผู้ป่วยอัมพาตฯ ที่รับเข้าฟื้นฟูและจำหน่ายในแต่ละปี (คน)*	8	11	30	52	36
การเข้าอยู่เพื่อการฟื้นฟูภาวะอัมพาตฯ ที่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย (ครั้ง)	5	8	21	46	31
ร้อยละ ของจำนวนครั้งที่รับเข้าฟื้นฟูภาวะอัมพาตฯ ทั้งหมด	45.5%	72.7%	60%	75.4%	64.6%
การรับเข้าอยู่ของรายที่รับเข้ามากกว่า 1 ครั้ง (ครั้ง/คน)	6/3	-/-	8/4	8/3	4/2
การรับเข้าอยู่ที่น้อยกว่าเท่ากับ 7 วัน (ครั้ง)	2	2	4	4	10
การรับเข้าอยู่ที่ยาวนานมากกว่าเท่ากับ 150 วัน (ครั้ง)	-	1	3	3	3+1**

*จำนวนคน หมายถึง ทุกคนที่รับเข้าฟื้นฟูกรณีปกติ และคนที่ไม่ซ้ำกันในการรับเข้าฟื้นฟูกรณีอื่น แต่ไม่รวมกรณีรับเข้าฟื้นฟูที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน

** 1 ใน 4 รายนี้ เป็นการรับเข้าอยู่ของรายที่เข้าอยู่มากกว่า 1 ครั้ง จึงเป็นการนับซ้ำกับการเข้าอยู่มากกว่า 1 ครั้ง

เมื่อจัดกลุ่มการรับเข้าอยู่เพื่อฟื้นฟูของผู้ป่วยอัมพาตฯ ตามจำนวนวันนอน โดยให้กลุ่มที่วันนอน มากกว่า 7 วัน แต่ไม่เกิน 150 วัน และรับเข้าเพียงครั้งเดียวในปีเดียวกัน เป็นกลุ่มที่ถือว่าเป็นเกณฑ์เฉลี่ย พบว่าในปี แรก (2538) สัดส่วนการรับเข้าฟื้นฟูที่อยู่มากกว่าในเกณฑ์เฉลี่ย มีเพียงร้อยละ 45.5 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60-75 ในสี่ ปีหลัง ซึ่งอาจจะสะท้อนได้เพียง การมีความหลากหลาย(Heterogeneity)น้อยลง หรือมีความคล้ายคลึงกัน (Homogeneity)ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น ทำให้การใช้ทรัพยากรในรูปแบบวันนอนใกล้เคียงกันมากขึ้น แต่คงยังไม่ สามารถบอกในเรื่องมาตรฐาน คุณภาพ หรือประสิทธิภาพของบริการได้ในขณะนี้

รูปที่ 1 แสดงร้อยละของเพศของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา จำแนกตามปีงบประมาณ 2538-2542 และ รวม 5 ปี



จากรูปที่ 1 จะเห็นว่ามีเพียงในปี 2538 เท่านั้นที่สัดส่วนผู้ป่วยหญิงมากกว่าชาย ในขณะที่อื่นๆ และ ภาพรวมทั้งห้าปี ชี้ให้เห็นว่าสัดส่วนผู้ป่วยชายจะมากกว่าหญิง คิดเป็นอัตราส่วนชาย:หญิงได้ประมาณ 3:2

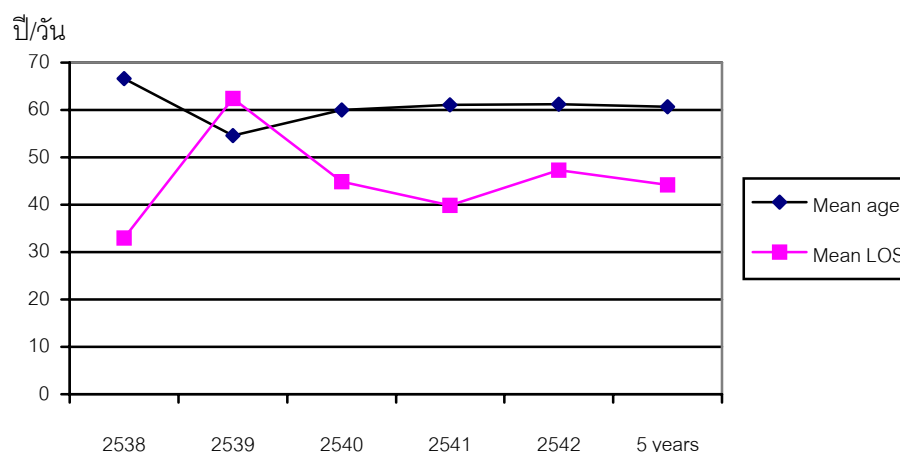
ตารางที่ 5 แสดงค่าสถิติเชิงพรรณนาของอายุ และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้งหมด

ค่าสถิติ	อายุ (ปี)		วันนอน/ราย (วัน)		
จำนวนผู้ป่วย	รวม 111 ราย	101 ราย	รวม 111 ราย	101 ราย	85 ราย
Mean	60.67	60.85	44.22	42.41	42.31
95% CI for Mean	58.42-62.92	58.99-62.72	38.88-49.55	37.73-47.08	38.18-46.43
5% Trimmed mean	60.86	60.95	42.26	41.19	41.71
Median	62.0	62.0	38.0	38.0	39.0
Std. Deviation	11.96	9.45	28.36	23.67	19.11
Minimum	25	40	8	10	14
Maximum	89	80	127	101	83
Range	64	40	119	91	69
90 th percentile	74.0	72.8	87.0	77.8	72.4
Highest value	89,85,83,83,82	80,79,78,78,77	127,124,114,108,106	101,99,95,92,90	83, 81, 80, 78
Lowest value	25,27,38,38,38	40, 40, 42, 42	8, 9, 9, 10	10,11,12,12,12	14, 15, 15, 16

ตารางที่ 5 แสดงค่าสถิติเชิงพรรณนาของปัจจัยอายุ และจำนวนวันนอน ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ย ประมาณ 60.67 ± 11.96 ปี โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58.42-62.92 ปี ทั้งนี้มีอายุต่ำสุดเป็น 25 ปี สูงสุดเป็น 89 ปี ซึ่งเมื่อทดลองตัดรายที่มีอายุสูงสุดและต่ำสุดออกอย่างละ 5 ราย ก็ไม่ทำให้ค่าอายุเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แต่ทำให้ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเล็กน้อย คือมีค่าเท่ากับ 60.85 ± 9.45 ปี (95%CI = 58.99-62.72 ปี)

ในตารางที่ 5 เช่นกัน การวิเคราะห์ค่าวันนอนเฉลี่ย ของการรับเข้าฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตฯ เฉพาะรายที่เข้าเกณฑ์ระบุอายุอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยที่กำหนดซึ่งมีทั้งสิ้น 111 ครั้ง ได้ค่าเฉลี่ยวันนอน/ราย เท่ากับ 44.22 ± 28.36 วัน โดยมีช่วงของ 95% ความเชื่อมั่นเท่ากับ 38.88-49.55 วัน เมื่อได้ทดลองตัดค่าสูงสุดและต่ำสุด 2 ครั้ง ซึ่งทำให้ค่าวันนอนสูงสุดและต่ำสุดเป็น 83 และ 14 วันตามลำดับ ทำให้ได้ค่าเฉลี่ยวันนอน/ราย เท่ากับ 42.31 ± 19.11 วัน โดยมีค่า 95% ความเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยเป็น 38.18-46.43 วัน นั่นคือจำนวนวันนอนเฉลี่ยเปลี่ยนไปเล็กน้อย แต่ความแปรปรวนลดลงพอสมควร

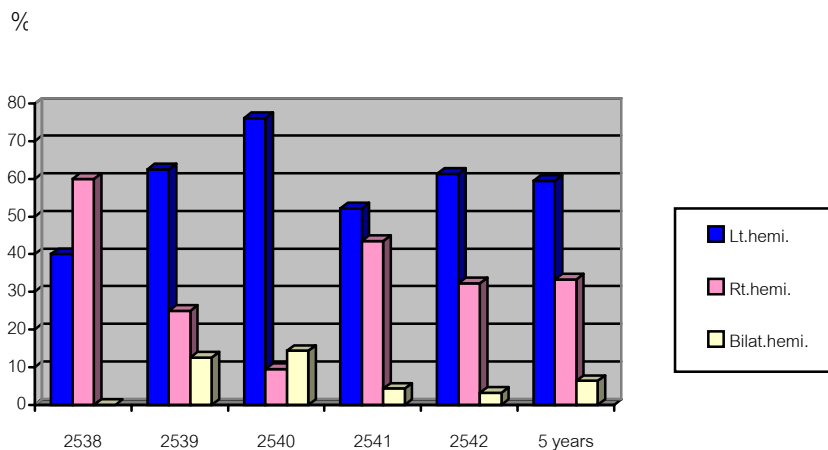
รูปที่ 2 แสดงค่าอายุเฉลี่ย และ จำนวนวันนอนเฉลี่ย จำแนกตามปีงบประมาณ 2538-2542 และรวม 5 ปี



รูปที่ 2 แสดงให้เห็นถึงค่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในแต่ละปี ซึ่งในปี 2538 จะสูงที่สุด คือ 66.6 ปี แล้วลดลงมาเป็น 54.63 ปี ในปี 2539 หลังจากนั้นก็จะอยู่ที่ประมาณ 60 ปี มาโดยตลอด ในทางกลับกัน ค่าเฉลี่ยวันนอนของผู้ป่วยอัมพาตฯ ในปีแรกจะต่ำที่สุด คือ 33 วัน/ราย แล้วกลับเพิ่มขึ้นสูงสุดในปี 2539 เป็น 62.5 วัน/ราย แล้วจึงมาอยู่ในช่วง 40-50 วัน/ราย โดยที่ค่าเฉลี่ยรวมทั้งห้าปี เท่ากับ 44.22 ± 28.36 วัน/ราย (กรณีที่ยังไม่ตัดรายที่มีวันนอนมากหรือน้อยเกิน)

เมื่อใช้ข้อมูลทั้งห้าปี จำนวน 111 ราย ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยอายุ กับจำนวนวันนอน โดยใช้วิธี Spearman's rho จะได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์ (r^2) เป็น -.247 ($p=.009$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในทางตรงกันข้ามในระดับเล็กน้อย คือเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จำนวนวันนอนกลับจะลดลง แต่ทั้งนี้ก็มีนัยยะสำคัญทางสถิติ

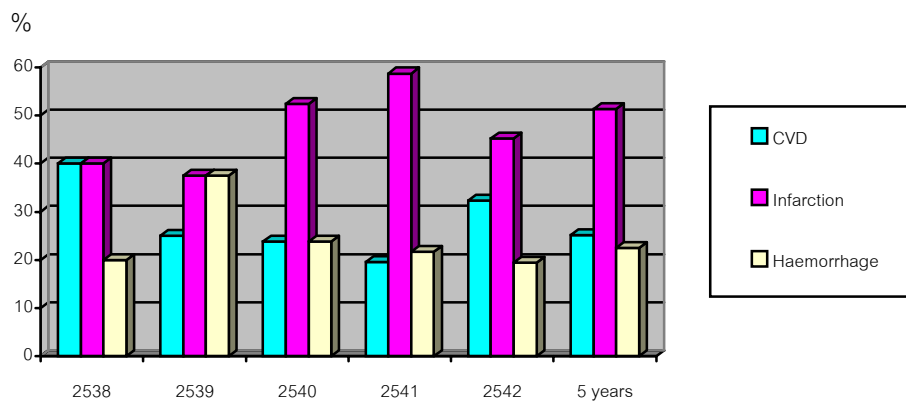
รูปที่ 3 แสดงร้อยละของลักษณะการเป็นอัมพาต จำแนกตามปีงบประมาณ 2538-2542 และรวม 5 ปี



รูปที่ 3 แสดงให้เห็นสัดส่วนของลักษณะความพิการอัมพาต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษา ซึ่งมีเพียงปีแรก (2538) เท่านั้นที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกข้างขวาในสัดส่วนที่สูงกว่าข้างซ้าย ส่วนในปีอื่นๆ และรวมห้าปี พบว่าเป็นอัมพาตครึ่งซีกข้างในสัดส่วนที่สูงกว่า โดยที่บางปีสูงกว่า 2-3 เท่า

รูปที่ 4 แสดงร้อยละของประเภทโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุอัมพาต จำแนกตามปีงบประมาณ

2538-2542 และรวม 5 ปี

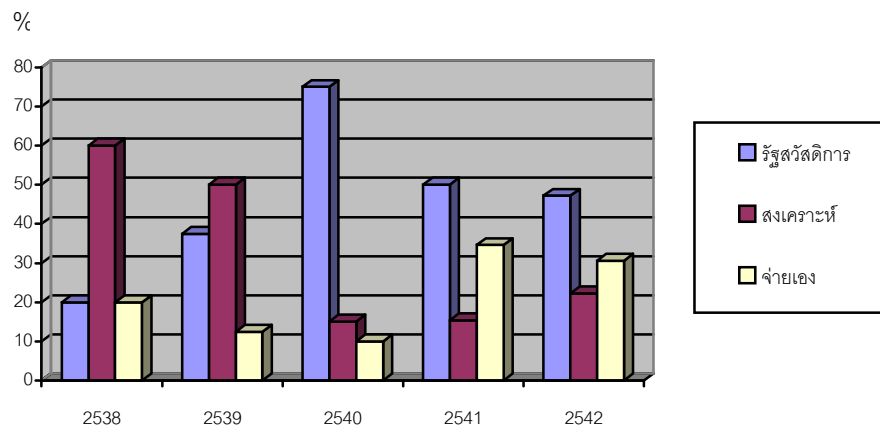


เมื่อพิจารณาถึงประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนหนึ่งไม่สามารถแยกได้เพราะการบันทึกข้อมูลไม่ละเอียดพอ เฉพาะในส่วนที่แยกได้ประมาณร้อยละ 75 ของทั้งหมด พบว่า ส่วนใหญ่เป็น Intracerebral infarction นั่นคือโดยภาพรวมทั้งห้าปีมีจำนวนที่เป็นจาก Intracerebral infarction เป็นประมาณ 2 เท่าของที่เป็นจาก Intracerebral haemorrhage (รูปที่ 4)

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็น จนถึงวันที่รับเข้าฟื้นฟูแตกต่างกัน ซึ่งเก็บข้อมูลได้เฉพาะของปีงบประมาณ 2541 และ 2542 เท่านั้น พบว่า มีสัดส่วนของรายที่เป็น 0-3 เดือน ก่อนเข้าฟื้นฟู เป็นร้อยละ 44 และ 50 ที่เข้ามาแล้ว 3-12 เดือน ร้อยละ 40 และ 25 ส่วนที่เป็นมานานกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 16 และ 25 ในปี 2541 และ 2542 ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อเริ่มเข้ารับการฟื้นฟู จะมีหลักประกันการจ่ายค่าบริการแตกต่างกัน ดังแสดงข้อมูลในรูปที่ 5 ซึ่งจะเห็นว่าส่วนใหญ่มีรัฐสวัสดิการรองรับ รองลงมาจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากเป็นคนพิการ และได้สิทธิ์ตามพรบ.ฟื้นฟูพ.ศ.2534 มีเป็นจำนวนไม่มากนักที่ต้องจ่ายเงินเอง และกลุ่มสุดท้ายนี้เมื่อเข้าฟื้นฟูและรัฐสิทธิ์ ก็มักจะขอรับการจดทะเบียนตามพรบ.ฟื้นฟู และใช้สิทธิ์รับบริการฟรี

รูปที่ 5 แสดงร้อยละของประเภทหลักประกันการจ่ายค่าบริการ จำแนกตามปีงบประมาณ 2538-2542



ตารางที่ 6 เป็นการศึกษารายละเอียดกิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับระหว่างการอยู่ในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่รับบริการระหว่างปี 2541-2542 (ปีก่อนหน้าไม่มีข้อมูล) และเป็นกิจกรรมที่มีการใช้ทรัพยากร แต่เนื่องจากไม่มีแบบแผนการบันทึกที่ชัดเจน การเก็บข้อมูลจึงต้องศึกษาจากใบสั่งการรักษา และบันทึกความก้าวหน้าเท่าที่มีอยู่พบว่า อย่างน้อยทุกรายจะต้องมีการฟื้นฟูด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด เพื่อฝึกฟื้นความสามารถที่สูญเสียไปจากการที่มีความบกพร่องของระบบประสาท เช่นการเป็นอัมพาต เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 100 จะได้รับทั้งการฟื้นฟูด้วยวิธีทั้งกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การฟื้นฟูด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดจะเน้นการออกกำลังกาย และการฝึกเคลื่อนไหวย้ายตัว การฝึกเดิน ส่วนการฟื้นฟูด้วยวิธีกิจกรรมบำบัดจะเน้นการฝึกการทำงานของมือ การทำกิจวัตรประจำวัน การทรงตัว และการเคลื่อนไหวย้ายตัว

กิจกรรมการฟื้นฟูส่วนที่เข้ามาเสริมการฟื้นคืนความสามารถ ได้แก่ การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ที่ตามมือ(hand splint) เครื่องพยุงแขนและไหล่ (arm or shoulder sling) รองเท้าหรือกายอุปกรณ์เสริมที่เท้า (foot orthosis) เครื่องช่วยเดิน (gait aids) และรถนั่งคนพิการ(wheelchair) เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถบอกได้ว่า การให้อุปกรณ์เหล่านี้มีความเหมาะสมมากน้อยเท่าไร เพราะไม่มีกฎเกณฑ์หรือแนวทางข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร อีกทั้งยังไม่มีกระบวนการเหตุผลการให้ และผลลัพธ์ที่ได้อย่างชัดเจนด้วย (ตารางที่ 6)

การออกเยี่ยมบ้าน ในระหว่างที่ผู้ป่วยยังฟื้นฟูในโรงพยาบาล เพื่อให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อม มีเพียงครั้งเดียวในปี 2541 แต่จะมีการอนุญาตให้ญาติมารับผู้ป่วยไปเยี่ยมบ้านในวันหยุดราชการ เพื่อให้เรียนรู้ปัญหา การปรับตัวและความต้องการการปรับสภาพบ้าน นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่เรียกว่า การฝึกทักษะคนพิการ(Independent living training and counseling) ซึ่งจะช่วยการปรับตัวและปรับสภาพจิตใจให้ผู้

ป่วย ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะได้รับบริการนี้ แต่ไม่มีการบันทึกในเวชระเบียนจึงไม่สามารถสะท้อนตัวเลขที่แท้จริงได้ในการศึกษานี้ สุดท้ายในปี 2542 การฝังเข็มเริ่มเข้ามาเป็นอีก 1 กิจกรรม การฟื้นฟู และก็ยังไม่มีแนวทางการให้บริการนี้ที่ชัดเจนเช่นกัน (ตารางที่ 6)

ส่วนบริการพื้นฐานอื่นๆ เช่น การให้ยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอ็กซเรย์ รวมทั้งการบริการด้านการพยาบาล การตรวจเยี่ยมโดยแพทย์ ก็ไม่สามารถวัดปริมาณได้เช่นกัน

ตารางที่ 6 รายละเอียดกิจกรรมการฟื้นฟูที่ได้จากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในอัมพาตฯ ปี 2541-2542

Rehabilitation interventions	2541	2542
Total studied admission	46	31
Physical function training activities		
1. PT program: exercise and progressive ambulatory training (gait training, balance and transfer)	3	1
2. OT program: ADL and hand function training (balance & transfer)	1	0
3. both PT and OT program	39	29
4. No information	3	1
Assistive devices		
1. hand splint	4	4
2. shoulder or arm sling	5	7
3. foot orthoses (shoes, shoe insert, foot sling, plastic AFO, metal AFO)	9	1
4. gait aids e.g. single cane, tri-pod cane	4	0
5. wheelchair	1	1
Home visit for environmental modification	1	0
Independent living training and counseling (e.g. training for cooking, washing, shopping, driving)	1	2
Acupuncture	0	5
Medicine	NA	NA
Lab. Investigations & X-ray	NA	NA
Routine service costs (including nursing, doctor visit, team meeting,...)	NA	NA

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ ตามลักษณะวิชาชีพ ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ด้วยแบบสอบถาม(ในภาคผนวก) สามารถสรุปเป็นกระบวนการฟื้นฟูที่ทำอยู่จริง และที่เจ้าหน้าที่เห็นว่าควรจะเป็น ดังที่จะนำเสนอต่อไปนี้

กระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตฯแบบในสถาบันของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู

จากการรวบรวมความคิดเห็นของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ปฏิบัติงานในศูนย์สิรินธรฯ 6/8 คน นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาล โดยใช้แบบสอบถาม(ในภาคผนวก) เกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังจะได้นำเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับ

1.) เป้าหมายสูงสุดของการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Goal of rehabilitation program)

การมุ่งสร้างบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพ เพื่อให้คนพิการอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นคืนความสามารถ จนสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ดี สามารถเข้าสู่สังคมเดิมได้ตามปกติ

โดยที่เป้าหมายเฉพาะจะถูกกำหนดร่วมกันโดยทีมผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้การบริการต้องไปให้ถึงเป้าหมายโดยเร็วที่สุด เสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด และครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มที่ต้องการการฟื้นฟู

2.) วัตถุประสงค์การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Objective of rehabilitation program)

2.1) วัตถุประสงค์เฉพาะรายกรณี (Individual objectives) ประกอบด้วย

- ผู้รับบริการพอใจ
- เข้าใจสภาพ และโรคที่เป็นอยู่
- มีความสามารถเพิ่มขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน เคลื่อนย้ายตัวเอง เคลื่อนที่ในบ้าน และสื่อสาร
- ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับตัว และจิตใจ ตลอดจนการดำเนินชีวิต
- สามารถเข้าสู่สังคมเดิมได้
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

2.2) วัตถุประสงค์ในระดับโปรแกรม (Program objectives)

เป็นโปรแกรมที่กระชับ ชัดเจน ทั้งรูปแบบและขั้นตอน ซึ่งสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายรายกรณีได้ สามารถทำการฟื้นฟูต่อที่บ้านได้ นั่นคือไม่ยากเกินไปสำหรับญาติหรือผู้ดูแลที่จะเรียนรู้ มีเป้าหมายเป็นมาตรฐานรวมและรายบุคคล โดยมีการประเมินผลที่ดี ทั้งด้านความสามารถร่างกาย สภาพจิตใจ และการดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่บ้านและสังคมเดิม

2.3) วัตถุประสงค์ในระดับองค์กร (Departmental or Organization objectives)

ผลิตบริการฟื้นฟูสำหรับผู้พิการที่ต้องการการฟื้นฟู ครอบคลุมทุกกลุ่ม ทุกระยะ ทุกความรุนแรง โดยเป็นบริการที่ผสมผสานด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทั้งนี้เน้นด้านการแพทย์แต่มีประสานสู่การศึกษา อาชีพ และข้อมูล การฟื้นฟูด้านการแพทย์ดังกล่าวควรครอบคลุมทุกด้าน (กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด อรรถบำบัด การให้คำปรึกษาแนะนำ) ตลอดจนควรมีการใช้เตียงที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

3.) หลักการที่รองรับและสนับสนุนการตั้งวัตถุประสงค์ (Principles supporting the objectives)

ในระดับรายกรณี ความรู้และเทคโนโลยีในปัจจุบัน เพียงพอที่จะทำให้แม้บุคคลที่มีความพิการก็สามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความสุขได้เช่นเดียวกับคนทั่วไป หรืออีกนัยหนึ่งคือ สามารถบรรลุสิทธิและความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

สำหรับระดับโปรแกรม เป็นที่เชื่อกันว่า การมีเป้าหมายที่ชัดเจน ประกอบกับการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ จะนำไปสู่ผลการฟื้นฟูซึ่งมีคุณภาพและเป็นที่พอใจ

ในขณะในระดับองค์กร จากการที่ศูนย์สิรินธรเป็นหน่วยงานระดับชาติ ควรมีหน้าที่ทั้งในการให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพระดับตติยภูมิ การวิจัยและพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการบริการ ตลอดจนการวางแผน การกระจายทรัพยากร และการประเมินผลการบริการด้านนี้ของทั้งประเทศ

4.) ขอบเขตการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Scope of rehabilitation program)

เน้นการฟื้นฟูด้านการแพทย์ รวมทั้งการดูแลปัญหาและอาการแทรกซ้อนด้านการแพทย์ด้วย โดยมีเป้าหมายถึงขั้นสามารถปรับตัวอยู่บ้านได้ และเตรียมความพร้อมด้านอาชีพ

ทีมผู้ให้บริการควรมีครบทุกด้านที่จำเป็น โดยจัดบริการในรูปแบบต่างๆ เช่น แบบผู้ป่วยใน แบบผู้ป่วยนอก แบบที่บ้าน และแบบ Daycare program เป็นต้น ทั้งนี้ควรรับผู้ป่วยที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ นนทบุรี และรับส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูในระดับตติยภูมิจากพื้นที่ที่ไม่มีบริการ และควรมีการสร้างเครือข่ายกับรับ-ส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูและการรักษากับโรงพยาบาลข้างเคียงด้วย

5.) เกณฑ์การรับผู้ป่วยเพื่อรับการฟื้นฟู (Inclusion criteria)

- มีศักยภาพในการฟื้นฟู (สามารถลด impairments, disabilities, handicaps)
- ไม่มีปัญหาหรืออาการแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่รุนแรง
- มีการควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุได้ดี (controlled and stable underlying disease)
- มีความพิการมานานไม่เกินหนึ่งปี
- ผู้ป่วยและญาติยินยอมที่จะรับการฟื้นฟู
- หากไม่สามารถทำการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกได้จึงจะรับเข้าทำการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน

6.) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการฟื้นฟู (Factors influencing the success of the program)

- ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร ต่างมีส่วนร่วมและร่วมมือกันดี
- ทีมฟื้นฟูมั่นคง และมีการสื่อสารที่ดี
- การวางทีมเหมาะสมทั้งในแง่ขอบเขตและปริมาณงาน
- มีการสนับสนุนการพัฒนางานที่ดี
- สภาพแวดล้อมที่บ้านและสังคม ตลอดจนเศรษฐกิจของผู้ป่วย อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เป็นอุปสรรค และเอื้อต่อการฟื้นฟู

โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตแบบในสถาบันที่น่าจะเป็น

เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นบริการที่ต้องการความร่วมมือและการประสานงานจากหลายสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary) จึงควรมีแนวทางในการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจสร้างความไม่มั่นใจ เสียกำลังใจของผู้รับบริการได้

ตารางที่ 7 ความเห็นเกี่ยวกับรายละเอียดการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพภาวะอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ของบุคลากรศูนย์ลิรินธรฯ

ระยะเวลา และ รายละเอียดกิจกรรมการฟื้นฟูในรพ.	ผู้ให้ความเห็น(ตามวิชาชีพ)				
	แพทย์	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด	พยาบาลผู้ป่วยใน	เฉลี่ย
จำนวนวันที่ควรอยู่ในรพ. (วัน)	41	60	60	<160*	54
กายภาพบำบัด (นาทีก่อน/ครั้ง)	57	60	52	48	54
	(ครั้ง/สัปดาห์)	5	5	6.6	5.4
กิจกรรมบำบัด (นาทีก่อน/ครั้ง)	52	-	52	43	49
	(ครั้ง/สัปดาห์)	5	5	6.6	5.5
อรรถบำบัด (นาทีก่อน/ครั้ง)	40	-	52	45	46
	(ครั้ง/สัปดาห์)	4	5	6.0	5
ปรึกษาแนะนำเดี่ยว (นาทีก่อน/ครั้ง)	40	-	45	34	40
	(ครั้ง/สัปดาห์)	1	1	3	1.7
ปรึกษาแนะนำกลุ่ม (นาทีก่อน/ครั้ง)	83	-	60	40	61
	(ครั้ง/สัปดาห์)	1	1	1.6	1.2
นันทนาการกลุ่ม (นาทีก่อน/ครั้ง)	-	-	60	36	48
	(ครั้ง/สัปดาห์)	-	1.7	3	2.4

ตารางที่ 7 แสดงให้เห็นข้อมูลที่สำคัญ คือ ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ควรมีระยะเวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ โดยการทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด อรรถบำบัด ควรทำอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ วันละประมาณ 1 ชั่วโมง/1 กิจกรรม ส่วนการให้คำปรึกษาแนะนำในการปรับสภาพจิตใจ ควรทำ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยเป็นรายบุคคล ประมาณครั้งละ 40 นาที และรายกลุ่มประมาณครั้งละ 60 นาที ส่วนกิจกรรมนันทนาการควรมีบริการ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 48 นาที

การให้บริการฟื้นฟูต่อเนื่องหลังจากให้ผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว พบว่าส่วนใหญ่มีความเห็นว่าควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกต่ออีก 2 วันต่อสัปดาห์ ในระยะสามเดือนแรก แล้วค่อยๆลดลงเหลือตามความจำเป็น ซึ่งไม่น่าจะเกิน 6 เดือน หรือบางรายอาจเป็นการเยี่ยมบ้านแทน โดยในสามเดือนแรก เห็นว่าควรทำเดือนละ 1 ครั้ง แล้วจึงค่อยๆลดลงเหลือตามความจำเป็น

ความเห็นต่อการวัดผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ แพทย์ทุกคนที่ตอบแบบสอบถาม มีความเห็นว่าควรใช้ เครื่องมือวัดความสามารถด้านร่างกาย (Functional Independence Measures - FIMs) ในการติดตามและประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟู โดยควรทำเมื่อแรกรับ ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลทุกประมาณ 3-4 สัปดาห์ เมื่อให้ออกจากโรงพยาบาล และนัดติดตามหลังให้ออกจากโรงพยาบาลแล้วทุกประมาณ 3 เดือน

จากการศึกษาเฉพาะเป็นผู้ป่วยใน พบว่ามีความพยายามที่จะใช้ FIMs ในการติดตามและประเมินผลการฟื้นฟูรายบุคคล แต่ยังขาดความเอาใจจริงเอาใจ จึงทำให้บางรายมีบันทึกการประเมิน บางรายไม่มี ทั้งนี้เพราะไม่มีการระบุไว้ว่า ใครจะเป็นผู้ประเมินและจะประเมินเมื่อไรบ้างอย่างชัดเจน ทำให้ยังไม่สามารถแสดงภาพรวมผลการฟื้นฟูในระดับโปรแกรมและองค์กร ซึ่งในการพัฒนาบริการเมื่อมีการตกลงกันเรียบร้อยแล้ว

ผลลัพธ์การฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาเฉพาะเป็นเฉพาะของปีงบประมาณ 2542 ได้จำนวนผู้พิการอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่รับเข้าฟื้นฟูแบบในสถาบันตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งสิ้น 31 คน จากทั้งหมด 36 คน(48 ครั้ง) แต่เมื่อตรวจสอบที่อยู่ที่สามารถติดต่อทางไปรษณีย์ได้ พบว่ามีเพียง 29 คนที่มีที่อยู่ชัดเจน จึงได้ส่งแบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถร่างกาย ไปทางไปรษณีย์ ซึ่งมีการตอบกลับเพียง 13/29 รายเท่านั้น และไปรษณีย์ส่งกลับเนื่องจากไม่มีผู้รับ 3/29 ราย ส่วน 13/29 รายไม่ตอบกลับ เฉพาะผู้ที่ตอบกลับมี 3/13 รายเท่านั้นที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และสะดวกที่จะให้สัมภาษณ์เพิ่มเติม พร้อมทั้งได้ให้ข้อมูลแผนที่บ้าน จึงได้ออกเยี่ยมที่บ้าน และสัมภาษณ์ตามกรอบที่กำหนดใน 3 รายนี้ และเพื่อเห็นภาพกรณีที่อยู่ที่ฟื้นฟูนานมากกว่า 150 วัน ซึ่งเป็นการรับเข้าฟื้นฟูเพียงครั้งเดียวในปีเดียวกัน จึงได้เลือกเพิ่มอีก 1 ราย รวมเป็นการสัมภาษณ์ทั้งหมด 4 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย 13 รายที่ตอบแบบสอบถาม พบว่ามีอายุเฉลี่ย 54.5 ปี หรืออยู่ในช่วงอายุ 44-72 ปี โดยมีผู้ที่อายุ เกิน 64 ปี เพียง 1 รายเท่านั้น เป็นชาย 9 ราย เป็นหญิง 4 ราย เป็นอัมพาตซีกซ้าย 9 ราย และซีกขวา 4 ราย มีสาเหตุจากเลือดออกในสมอง (haemorrhage) 6 ราย สมองขาดเลือด (infarction) 2 ราย และอีก 5 รายไม่ระบุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถร่างกาย พบว่าความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ ระหว่างผลที่ได้จากผู้ประเมินที่เป็นเจ้าหน้าที่ กับตัวผู้พิการหรือญาติ ซึ่งทดสอบซ้ำใน 4 รายที่ออกเยี่ยมที่บ้านค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้่าจะมีปัจจัยที่สำคัญ คือ วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยของสังคมไทย และความรับรู้ต่อภาวะความพิการที่เชื่อมต่อกับความเจ็บป่วย ส่วนใหญ่คิดว่าผู้พิการก็คือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลปรนนิบัติ ร่วมกับระดับของความสามารถในการปรับสภาพจิตใจ ให้อยอมรับและเผชิญกับความพิการได้ของผู้พิการเอง ทำให้ผลการประเมินโดยผู้พิการและญาติต่างจากการประเมินโดยเจ้าหน้าที่ได้ อย่างไรก็ตามหากเป็นการประเมินโดยหมู่ผู้พิการและญาติเอง อาจมีผลความน่าเชื่อถือดีขึ้น แต่มิได้ทำการทดสอบในการศึกษานี้

จากตารางที่ 8 ชี้ให้เห็นว่า การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ 10/13 ราย สามารถทำได้ แต่เมื่อผนวกกับความสามารถใช้ห้องส้วม ซึ่งทำเองได้เพียง 4/13 ราย ทำให้ในภาพรวมเรื่องการขับถ่ายของผู้พิการกลุ่มนี้ที่บ้านส่วนใหญ่ยังต้องมีผู้ดูแล การฟื้นฟูไม่ได้ไปช่วยให้การควบคุมการขับถ่ายดีขึ้น แต่จะสามารถช่วยให้ความสามารถในการใช้ห้องน้ำดีขึ้น ลดความต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นลงได้

การกินอาหาร เป็นกิจกรรมที่เป็นพื้นฐานที่สุด และจำเป็นในการดำรงชีพ พบว่า 6/13 ราย สามารถทำได้ เช่นเดียวกับการล้างหน้า แปรงฟัน ซึ่งเป็นทักษะที่คล้ายกัน ส่วนการหิวผม ทาแป้ง โกนหนวด แม้ว่าจะเป็นกิจกรรมที่ใช้ทักษะไม่ต่างกันนัก แต่มีเรื่องความปลอดภัยในการโกนหนวด ทำให้ต้องมีคนช่วย (ซึ่งจากการตอบข้อมูลมีคำอธิบายเรื่องโกนหนวดมาด้วย 2 ราย)

กิจกรรมการใช้ห้องส้วม เนื่องจากต้องประกอบกับทักษะการเคลื่อนย้ายตัวด้วย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมนี้อยู่ในระดับที่ทำได้เอง เพียง 4/13 ราย เช่นเดียวกันกับกิจกรรมการอาบน้ำ และการสวม/ถอดเสื้อผ้า ซึ่งมีการเคลื่อนไหวนานกว่าการนั่งส้วม และกล่าวได้ว่าเป็นกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อนที่สุด การมีอากรเกร็ง หรือการควบคุมสมดุลที่ไม่ดีนัก จึงทำให้ความสามารถในกิจกรรมนี้ทำได้เพียง 1/13 ราย และ 4/13 รายตามลำดับ

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนคนที่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามระดับความสามารถ

การทำกิจวัตรประจำวัน Activity of Daily Living (ADL.)	N (คน)	ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ		
		ต้องมีผู้ช่วย/ผู้ดูแล		ไม่ต้องมีผู้ช่วย/ผู้ดูแล
		ทำเองไม่ได้เลย ต้องมีคนทำให้	ทำเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนช่วย	ทำเองได้
1. การกินอาหาร	13	2	5	6
2. การล้างหน้า แปรงฟัน	13	1	5	6
3. การทาแป้ง หวีผม โกนหนวด	13	4	5	4
4. การใช้ห้องส้วม	13	3	6	4
5. การสวมใส่/ถอดเสื้อผ้า	13	2	7	4
6. การอาบน้ำ	13	3	9	1
7. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ	13	1	1	10
8. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ	13	2	2	10

ตารางที่ 9 เป็นการวิเคราะห์ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัว(mobility) และการเคลื่อนที่(ambulation) พบว่า 5/13 ราย สามารถทำเองได้ 8/13 รายทำเองพอได้แต่ต้องมีคนช่วย ส่วนการเดินทางรอบสามารถทำตัวเอง 7/13 ราย 3/13 รายทำเองไม่ได้เลย 3/13 รายทำเองได้บ้างแต่ต้องมีผู้ช่วย การขึ้นลงบันไดมีเพียง 3/13 รายเท่านั้นที่ทำเองได้ ทั้งหมดในกลุ่มกิจกรรมนี้มีเพียง 2 รายจากกลุ่มที่ทำเองได้บ้างและทำเองได้ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์อื่นช่วย ส่วนรายที่ใช้อุปกรณ์ช่วย ได้แก่ ไม่เท้าสามขา(tripod cane) และ รววจับ นอกจากนี้ยังพบว่าแม้ว่าจะมีเพียง 3/13 รายที่เดินบนพื้นรอบเองไม่ได้เลย แต่ 11/13 รายมีรถนั่งคนพิการ และ 10/11 รายใช้รถนั่งโดยมีผู้ช่วยเข็นให้

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนคนที่สามารถเคลื่อนย้ายตัวและเคลื่อนที่ จำแนกตามระดับความสามารถ

การเคลื่อนย้ายตัวและการเคลื่อนที่ (mobility & ambulation)	N (คน)	ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ		
		ต้องมีผู้ช่วย/ผู้ดูแล		ไม่ต้องมีผู้ช่วย/ผู้ดูแล
		ทำเองไม่ได้เลย ต้องมีคนทำให้	ทำเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนช่วย	ทำเองได้
1. การย้ายตัวระหว่างเตียง เก้าอี้ โต ส้วม รถนั่งคนพิการ	13	0	8	5
2. การเดินทางรอบ	13	3	3	7
3. การเดินขึ้นลงบันได	13	5	5	3
4. การใช้รถนั่งคนพิการ	13	5	5	1

ตารางที่ 10 เป็นการวิเคราะห์ความสามารถในการดำรงชีวิต(Instrumental Activity of Daily Living - IADL) ซึ่งต้องการการเชื่อมความสามารถของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น จะเห็นว่าความสามารถในการสื่อสารของ 9/13 รายสามารถทำได้ 3/13 รายต้องมีคนช่วย มีเพียง 1/13 รายที่สื่อสารเองไม่ได้เลย ส่วนความสามารถในกิจกรรมอื่นๆ เกือบทั้งหมดต้องการผู้ช่วย ส่วนการประกอบอาชีพ มีเพียง 1 รายที่คิดว่าทำได้ถ้ามีคนช่วย 8/13 รายคิดว่าทำไม่ได้เลย 4/13 รายไม่ได้ตอบ

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนคนที่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามระดับความสามารถ

การทํากิจกรรมในการดำรงชีวิต Instrumental Activity of Daily Living (IADL.)	N (คน)	ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ		
		ต้องมีผู้ช่วย/ผู้ดูแล		ไม่ต้องมีผู้ช่วย/ผู้ดูแล
		ทำเองไม่ได้เลย ต้องมีคนทำให้	ทำเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนช่วย	ทำเองได้
1. การจัดเตรียมอาหาร	13	6	6	1
2. การซักล้าง ทำความสะอาดเสื้อผ้า ภาชนะ	13	8	5	0
3. การทำความสะอาดเช็ดถูพื้น	13	6	4	3
4. การออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน	13	7	4	2
5. การพูดจาสื่อสารกับผู้อื่น	13	1	3	9
6. การประกอบอาชีพ	13	8	1	-

- จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกรณีศึกษาผู้พิการ 4 ราย (ตารางที่ 11) สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้
- การเผชิญปัญหาและการปรับตัว ด้านสุขภาพ**
- ขั้นตอนการเจ็บป่วย : จะเห็นว่าการเข้ารับบริการฟื้นฟูที่ศูนย์สิรินธร อาจเป็นการส่งต่อมาจากที่อื่น หรือเป็นการเข้ามาติดต่อตามคำแนะนำก็ได้ ทุกรายจะยังคงมีการดูแลต่อเนื่องกับแพทย์อีกคนหนึ่ง(ต่างโรงพยาบาล) ในเรื่องการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน โรคหัวใจ ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากระบวนการเจ็บป่วยและพิการนั้นต่อเนื่อง เป็นเรื่องเดียวกันมาตลอด โดยที่ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกว่าตนเองหาย หรือโรคที่เป็นสามารถควบคุมได้แล้ว ยังต้องการการรักษาและฟื้นฟูอยู่ตลอดเวลา ในขณะที่ญาติเมื่อเริ่มแรกก็คิดและทำเช่นเดียวกัน แต่พอนานเข้า ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและเวลา ทำให้ญาติเริ่มอยากหยุด ซึ่งก็ค่อนข้างเป็นที่เข้าใจผู้ป่วย และมักเป็นเหตุให้ผู้ป่วยคิดน้อยใจไปว่า ทุกคนคงเบื่อและไม่อยากสนใจตน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้อยค่าในตัวเอง
 - ความหมายของความพิการและความทุกข์ที่ได้รับ : ผู้ป่วยรู้สึกกว่าตนเองทำอะไรได้ไม่เหมือนเดิม ไม่มีค่า เป็นภาระผู้อื่น เป็นรองเสมอเมื่ออยู่ในสังคม แม้แต่เวลาที่อยู่ในศูนย์ฟื้นฟูก็ยังรู้สึกเช่นนั้น เพราะจะถูกเจ้าหน้าที่ดูแล และไม่คอยฟังเสียงผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยมักชอบพูดว่า เจ้าหน้าที่ไม่เคยพยายามที่จะรับฟังและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น การเร่งให้ทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งต้องให้ทุกคนตื่นเพื่ออาบน้ำตัดหัวครั้ง การบังคับให้อาบน้ำ กินข้าว หรือเข็นรถนั่งไปตีกายภาพบำบัดเอง (ในช่วงแรกๆที่เข้ารับการฟื้นฟู) เป็นต้น
 - การแสวงหาบริการด้านการฟื้นฟู : ทุกรายแม้จะได้รับการฟื้นฟูมานานแค่ไหน ก็ยังไปแสวงหาการรักษาและฟื้นฟูที่อื่นร่วมด้วย ทั้งแผนไทย จีน หรือไสยศาสตร์ แม้ว่าจะอยู่ไกล และต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ต้องเจ็บตัวก็

ยอม ทั้งนี้เพราะอยากหายเป็นปกติ ซึ่งไม่ใช่การสามารถควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยง แต่ต้องการหายจากความผิดปกติ(อัมพาต) ที่ทำให้เกิดความพิการ ซึ่งในบางรายแทบไม่มีโอกาสที่จะฟื้นตัวได้เลย

ความทุกข์จากระบบบริการสุขภาพของรัฐ

- ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ โดยเฉพาะในเรื่องการเดินทาง : ทุกรายจะเป็นปัญหา เพราะการเดินทางจำเป็นต้องใช้รถรับจ้างเนื่องจากมีคนพิการ และบางรายก็ต้องมีอุปกรณ์ช่วยเดิน/รถนั่งด้วย ต้องมีญาติติดตามด้วยเสมออย่างน้อย 1 คน ซึ่งค่าใช้จ่ายในการเดินทางก็จะเพิ่มขึ้นเป็น 300-400 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ยังไม่นับค่าเสียโอกาสในการมีรายได้ของญาติ หรือค่าจ้างผู้ดูแล (ค่าจ้างผู้ดูแลเดือนละ 2,000-6,000 บาท) แม้เมื่อรับอยู่ในโรงพยาบาลแล้วญาติก็ต้องไปมา หรือจ้างผู้ดูแล โดยเฉพาะรายที่ยังช่วยตัวเองได้น้อย นอกจากนี้บางรายจะมีปัญหาตอนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าออกจากรถ ซึ่งทำคนเดียวก็อาจจะไม่ไหว รวมทั้งการเรียกรถมารับด้วย ดังนั้นส่วนใหญ่จะต้องการอยู่เป็นคนที่ไหน โดยยอมเสียค่าจ้างผู้ดูแล ส่วนค่าบริการอื่นก็หาสวัสดิการรองรับให้ได้ ซึ่งถ้าไม่มีที่ไหนเลย ก็จะขอจดทะเบียนคนพิการ อย่างไรก็ตามก็ต้องไปเผชิญกับอีกปัญหา คือการรอคิวเตียงว่าง และทีมฟื้นฟูจะระบุว่าสมควรกลับบ้านได้ แต่ผู้ป่วยและญาติยังไม่พึงพอใจต่อผลลัพธ์ที่ได้ และยังไม่อยากกลับ
- การขาดข้อมูลการรักษาและฟื้นฟู และสิทธิที่พึงได้รับ : ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาฟื้นฟูแต่ละราย ยังได้รับข้อมูล/คำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความพิการ และการฟื้นฟูที่ได้รับไม่มากนัก จะสังเกตได้จากการที่ยังมีความไม่เข้าใจอีกมากในเรื่อง กระบวนการฟื้นฟูและผลลัพธ์ การปรับตัว การปรับสภาพแวดล้อม และสิทธิของคนพิการตามพรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534
- การขาดบริการที่ดีมีคุณภาพและต่อเนื่อง : การขาดการติดตามดูแลที่ต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทำให้บางครั้งความสามารถที่ฟื้นฟูขึ้นมาได้ มีการถดถอย สภาพจิตใจก็แย่ลง ทั้งผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การไม่สามารถปรับตัวกับเงื่อนไขและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ไม่สามารถกลับเข้าสู่บทบาทเดิม ไม่มีความสุขตามที่ควร

หลักประกัน / ความมั่นคง / การดำรงชีวิต

- ค่ารักษาพยาบาลและการฟื้นฟู : แม้ว่าทุกคนอย่างน้อย จะมีสิทธิได้รับการฟื้นฟูตามพรบ.การฟื้นฟูคนพิการ พ.ศ. 2534 แต่ก็มีหลายรายการที่ไม่รวมในสิทธินี้ ผู้ป่วยและญาติต้องจ่ายเอง เช่น ค่าเดินทาง ค่าจ้างผู้ดูแล การปรับสภาพแวดล้อม ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการฟื้นฟู ที่จะช่วยให้คนพิการกลับสู่บทบาทเดิมของตนในสังคมได้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการแสวงหาทางเลือกอื่นในการรักษาและฟื้นฟู และส่วนหลังนี้จะเพิ่มมากขึ้น หากการฟื้นฟูที่เคยได้รับ ไม่ได้ให้ความกระจ่างชัดเจน หรือ ไม่เสริมช่วยในเรื่องการปรับตัวต่อความพิการที่เกิดขึ้น และไม่มีการสนับสนุนการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง
- อาชีพการงานและรายได้ : ทั้ง 4 ราย ยังไม่สามารถกลับไปมีอาชีพ รายได้เลี้ยงตนเองได้เหมือนเดิม รายแรกซึ่งดีที่สุด ก็ยังไม่สามารถทำกิจของสงฆ์ได้ทั้งหมด ส่วนรายอื่นนั้นยังต้องพึ่งพาให้ญาติดูแลอยู่
- การดำรงชีพ และการสนับสนุนจากสถาบันครอบครัวและชุมชน : ทั้ง 4 รายยังชี้ให้เห็นว่าอย่างน้อยครอบครัวที่ผู้ป่วยอยู่ด้วยตอนเจ็บป่วย จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลเมื่อมีความพิการ และถ้าระบบเครือข่ายที่ดี ก็จะเป็นส่วนเสริม ในเรื่องกำลังใจ และการเกื้อหนุนการปรับตัวได้อย่างดี ซึ่งสังคมไทยยังพอหวังได้

ตารางที่ 11 ข้อมูลกรณีศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาต 4 ราย

ประเด็น	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4
ลักษณะทั่วไป	ชาย อายุ 46 ปี เป็นพระภิกษุ ภูมิลำเนา กทม. มารดาเป็นผู้ดูแลบ้านอยู่ใกล้วัด	ชาย อายุ 59 ปี อดีตข้าราชการทหารอากาศ ลาออกประกอบธุรกิจส่วนตัว อยู่กับภรรยาคนที่ 2 พร้อมด้วยบิดาและมารดาของภรรยา ซึ่งมีอายุมากและพิการเช่นกัน	ชาย อายุ 46 ปี เดิมอาชีพขับรถประจำทางขสมก. ภูมิลำเนาจ.อุบลฯ มาเช่าบ้านอยู่กทม. กับภรรยา มีบุตร 3 คน ทำงานแล้ว อาชีพรับจ้าง	ชาย อายุ 67 ปี เดิมอาชีพธุรกิจค้าขาย ภูมิลำเนา กทม. อยู่บ้านตนเองกับภรรยาและลูกสาว มีลูกอีก 2 คนแยกบ้านแล้วแต่ไปมาหาสู่กันอยู่
การวินิจฉัย	Intracerebral hemorrhage with craniotomy with Lt.hemiparesis	Intracerebral hemorrhage with Lt.hemiplegia	Intracerebral hemorrhage with craniotomy with Rt.hemiparesis	Intracerebral hemorrhage with Rt.hemiparesis with dysphasia
การฟื้นฟูแบบในสถาบันที่ได้รับ	กายภาพบำบัด และ กิจกรรมบำบัด	กายภาพบำบัด และ กิจกรรมบำบัด Hand splint, Bobath sling และรถนั่งคนพิการ	กายภาพบำบัด และ กิจกรรมบำบัด ฟันงัด Hand splint, metal AFO, รถนั่งคนพิการ และไม้เท้า	กายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด ฟันงัด รถนั่งคนพิการ และ ไม้เท้า
ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล	14 วัน	59 วัน	99 วัน	252 วัน
หลักประกันสุขภาพ	สงเคราะห์ เนื่องจากเป็นพระ ค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งเป็นเงินของพระองค์ และญาติอีกเล็กน้อย	ต้นสังกัดของลูกชายตอนเข้าฟื้นฟู ของภรรยา ตอนรับยาที่รพ.ภูมิพล (ข้าราชการทหาร)	ตนเองใช้ประกันสังคมของตัวเอง แล้วเปลี่ยนมาเป็นของลูกชาย และสุดท้ายใช้บัตรคนพิการ (พรบ.ฟื้นฟูฯ 2534)	จ่ายเอง และจดทะเบียนคนพิการภายหลังที่ออกจากศูนย์ฟื้นฟูแล้ว
ระดับความสามารถ	ทำกิจวัตรประจำวัน และเดินได้ด้วยตัวเอง ไม่ต้องมีคนช่วย พูดสื่อสารได้ดี	ทำกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย ต้องอาศัยผู้ช่วยค่อนข้างมาก เดินไม่ได้ต้องใช้รถนั่งคนพิการ พูดจาสื่อสารได้ดี	ทำกิจวัตรประจำวันได้บ้างแต่ต้องการผู้ช่วยเล็กน้อย เดินได้เองด้วยไม้เท้า แต่ต้องมีผู้คอยดูแล	ทำกิจวัตรประจำวัน และเดินด้วยตัวเองได้ แต่ต้องมีผู้ช่วยในระดับปานกลาง พูดจาสื่อสารไม่ค่อยชัด ต้องมีญาติช่วยในการสื่อสาร

ตารางที่ 11 ข้อมูลกรณีศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาต 4 ราย (ต่อ)

ประเด็น	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4
ขั้นตอนการเจ็บป่วย	เป็นครั้งแรกขณะอยู่ที่วัด ญาติมาพาส่งรพ.และดูแลมาตลอด รักษาและผ่าตัดรพ.มหาวิทยาลัยประมาณ 3 สัปดาห์ ถูกส่งต่อไปรับการฟื้นฟูที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ทำฟื้นฟูในสถาบัน 2 สัปดาห์ จึงขอกลับเพราะญาติไม่สะดวกมาดูแล ย้ายไปรับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกที่รพ. ใกล้บ้านต่ออีกประมาณ 3 เดือน คิดว่าฟื้นตัวได้มาก เกือบเท่าเดิม ยกเว้นเรื่องการพูด รับประทานเรื่องความดันโลหิตที่รพ.เลิดสิน	เป็นครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรกประมาณ 3 เดือน ครั้งแรกเป็นน้อยฟื้นตัวเท่าปกติ ครั้งนี้เป็นขณะขับรถไปทำงานเพื่อนร่วมงานพาส่งรพ. เอกชนอยู่ 2 วันจึงติดต่อญาติได้ ย้ายไปรพ.รัฐบาลได้ทำผ่าตัดในวันนั้น อยู่รพ. 2 เดือนเพราะมีอาการแทรกซ้อน ได้ฟื้นฟูด้วย แต่ตอนออกจากรพ.ก็ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อยู่บ้าน 1 ปี ก็ไปหาที่รักษาฟื้นฟูเรื่อยไป จนมีคนแนะนำให้ไปฟื้นฟูที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ เข้าอยู่ฟื้นฟูประมาณ 2 เดือน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น แต่อดอยากที่ถูกเจ้าหน้าที่ดู จึงขอออกจากรพ.มาฝึกเองที่บ้าน ตลอดเวลากินยาของรพ.ภูมิพลควบคุมความดันโลหิต	อาการป่วยเริ่มเมื่อครั้งกลับเยี่ยมบ้านที่ต่างจังหวัด ญาติจึงพาเข้ารับ.รับการผ่าตัดในรพ.ของรัฐ เมื่อดีขึ้นก็ได้กลับบ้าน โดยหมอให้มาทำกายภาพบำบัดทุกวัน มาได้เพียง 1 สัปดาห์ก็หยุด เพราะไม่มีคนพาไป กลับมาอยู่บ้าน ภรรยาและญาติช่วยกันดูแล นวดประคบให้ไปหาหาพื้นบ้านมาให้กินบ้าง แต่ก็กินยาของรพ.ประจำ พอกลับมากรุงเทพก็ได้เข้าไปพบแพทย์ที่รพ.พระมงกุฎ จึงถูกส่งมาฟื้นฟูที่ศูนย์ฟื้นฟูฯครั้งแรก หลังจากเริ่มเป็นประมาณ 8-9 เดือนแต่ก็ยังเดินไม่ได้ เข้าฟื้นฟูได้ 2 เดือนก็เริ่มเดินได้โดยใช้ไม้เท้าและต้องมีคนช่วย ขอกลับไปฝึกต่อที่บ้านต่างจังหวัดตามคำแนะนำเพื่อนๆ กลับไปได้ 1 ปีกว่าลูกสาวเห็นยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มากขึ้นเลยให้มาฝึกต่อที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ รพ.เดียว 3 เดือนจึงเข้าฝึกครั้งที่ 2 ก็ช่วยให้ช่วยเหลือตัวเองได้เพิ่มขึ้น ออกจากศูนย์ฟื้นฟูครั้งที่ 2 หมอว่าขณะนี้ได้เต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้แล้ว	มีอาการโรคหลอดเลือดสมองมา 3 ครั้งแล้ว เริ่มเป็นครั้งที่ 1 เข้ารักษารพ.มหา'ลัย พอควบคุมความดันได้ก็ทำกายภาพบำบัดอยู่ประมาณ 2 สัปดาห์ กลับบ้าน 1 เดือนก็ฟื้นตัวได้เกือบเป็นปกติ กลับไปทำงานได้ อีก 2 ปีก็มีอาการครั้งที่ 2 เพราะหยุดยารักษาความดัน ไปใช้ยาจีน มีอาการมากกว่าครั้งแรก และพูดไม่ได้ด้วย อยู่ICU 2 วัน และย้ายออกอยู่อีก 1 สัปดาห์ก็กลับบ้าน ตามแพทย์ที่ดูแลไปทำฟื้นฟูในรพ. มหาลัยแบบผู้ป่วยนอกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 เดือน รับประทานความดันตลอด ฟื้นตัวได้ 70% จนมาครั้งที่ 3 ที่เป็นเพราะขาดความดัน ไม่ได้แต่ผู้ป่วยไม่รู้ตัว เนื่องจากให้ลูกไปรักษาแทนตลอด หมอให้นอนดูอาการในรพ. 3 วันจึงให้กลับได้ ญาติรู้ว่ามิศูนย์ฟื้นฟูจึงพามา ฟื้นฟูแบบในสถาบันนาน 252 วัน สามารถเดินได้ด้วยไม้เท้า แต่ก็ต้องมีคนอยู่ดูแล กิจกรรมประจำวันทำได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วยปานกลาง

ตารางที่ 11 ข้อมูลกรณีศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาต 4 ราย (ต่อ)

ประเด็น	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4
ความทุกข์ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล	เนื่องจากอยู่ช่วงสั้น ไม่รู้สึกเท่าไร แต่ญาติจะค่อนข้างลำบากเพราะศูนย์ฟื้นฟูอยู่ไกลบ้าน	ทุกข์มากจากการถูกบังคับให้ฝึกช่วยตนเอง เช่น การใช้นั่งคนพิการ การอาบน้ำ ซึ่งถูกปล่อยให้ทำตามลำพังไม่มีคนคอยดูแล และการพูดจาของเจ้าหน้าที่ ซึ่งหยาบคายและไม่สนใจความรู้สึก ความเห็นของผู้ป่วยเลย ที่ขอออกจากกรพ.ก็เพราะเหตุนี้	ส่วนใหญ่ไม่ค่อยเป็นปัญหา อยู่ในรพ.มีเพื่อนคุย และได้ฝึก แต่คนเฝ้าอาจจะลำบากบ้าง ตอนออกจากรพ.ที่แรกขอออกเองเพราะใจร้อน อยากให้เดินได้เร็วๆ พอเพื่อนๆแนะนำก็เลยไปฝึกที่บ้านต่างจังหวัด รอบที่ 2 พอจะขอเข้าฝึกก็ต้องรอคิวถึง 3 เดือน	ผู้ป่วยเองไม่ได้สื่อ อาจเพราะการพูดมีปัญหา แต่ญาติที่ดูแลจะค่อนข้างลำบาก
ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการของรัฐ	ลำบากเพราะไกลบ้าน และไม่มีรถส่วนตัว ค่ารถแพง	ลำบากมากตั้งแต่จะเข้าออกบ้านตัวเอง การเรียกรถแท็กซี่ การขึ้นลงรถ และการเข้าตรวจก็ยากลำบาก ซึ่งทั้งหมดเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงแต่เบิกไม่ได้ ขอความช่วยเหลือที่ไหนไม่ได้	ลำบากที่สุดเรื่องการเดินทาง เพราะต้องไปรถรับจ้าง ค่ารถครั้งละ 300-400 บาท และต้องไปส่งคนทุกครั้ง หรือบางครั้งเงินไม่ค่อยมีก็จะให้ภรรยาไปรับยาแทนคนเดียว	การเดินทางมีค่าใช้จ่าย แต่จัดการได้
การขาดบริการที่ต่อเนื่อง	ไม่ค่อยเป็นปัญหา เพราะบ้านอยู่ใกล้รพ.อื่นอีก จึงย้ายไปดูแลต่อเนื่องที่ที่สะดวก	ตั้งแต่ออกจากกรพ.ก็ยังไม่เคยมีใครมาเยี่ยมบ้าน และหมอไม่ได้นัดเรื่องการฟื้นฟู มีแต่นัดรับยาความดัน ซึ่งตอนนี้ก็ไม่ค่อยได้ไป ยังให้ญาติไปรับยาแทน ด้านความเป็นอยู่ต้องการคำแนะนำเรื่องการดัดแปลงบ้าน และการปรับวิถีชีวิต	ไม่ขาดยาความดันเลย แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปให้ตรวจเช็คร่างกายนานแล้ว ด้านการฟื้นฟูไม่ได้ติดตามเพราะเดินทางไม่สะดวก อยากมีคนแนะนำ และช่วยสงเคราะห์การดัดแปลงบ้าน	ตั้งแต่ออกมาก็ไม่ได้รับการนัด หรือเยี่ยมบ้าน ปัญหายังไม่ชัดเจน แต่ถ้าต้องการญาติก็คิดว่าติดต่อได้
การแสวงหาบริการและการแพทย์ทางเลือก	ส่วนใหญ่จะเป็นการนวด ซึ่งก็ยังใช้บริการถึงทุกวันนี้ เพราะสามารถช่วยคลายเส้น ลดเกร็งได้ดี	ไปมาหลายแห่ง เช่นที่พิษณุโลก ที่อยุธยา และที่นวด อบ ประคบสมุนไพรอีกหลายแห่ง จริงๆอยากไปอีกหลายแห่ง แต่ภรรยาขอรู้ว่าไปไม่ไหว ไม่มีเงิน และภรรยาต้องทำงานและดูแลพ่อแม่ตนเองที่ป่วยอีกด้วย	ได้ไปรักษาที่จ.กาญจนบุรี และได้หาหมอพื้นบ้านที่จ.อุบลราชธานี นวดและประคบกันเองบ้าง	ไปหลายแห่งมาก และยังไม่ประจำอยู่ 2 แห่ง คือ การฝังเข็ม และการเป่ากระหม่อม ส่วนการนวดและอบสมุนไพรนานๆทำครั้ง

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ในภาพรวมชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยในรับไว้ฟื้นฟูทั้งหมด และเป็นไปได้ที่จะมีสัดส่วนสูงชันกว่านี้ ทั้งนี้เนื่องจากการรับเข้าเพื่อฟื้นฟูความพิการจากอัมพาตฯ เป็นวัตถุประสงค์หลักของการเปิดบริการแบบผู้ป่วยใน ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูอีกทั้งอุบัติการณ์และความชุก ของภาวะความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการระดับจังหวัดในส่วนภูมิภาค มีข้อจำกัดในการเปิดบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน สมควรที่จะได้มีการพัฒนาทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการประเภทนี้

การศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน พบมีผู้ป่วยอัมพาตรับไว้ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ที่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยตามค่าจำกัดความที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 111 จาก 166 ราย หรือคิดเป็นร้อยละประมาณ 67 ซึ่งการกำหนดเกณฑ์เฉลี่ยดังกล่าวอยู่บนพื้นฐาน จำนวนวันนอนของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจุดตัด (trimming point) อาจยังไม่เหมาะสม ไม่สะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรอย่างตรงไปตรงมา และไม่อาจบอกได้ว่าในกลุ่มที่เข้าเกณฑ์เฉลี่ยมีลักษณะจำเพาะ (characteristics) ที่เหมือน หรือคล้ายกัน นั่นคือแม้ในกลุ่มที่เข้าเกณฑ์ก็ยังไม่ได้มีลักษณะที่เป็น homogeneous

ปัจจัยที่ทำให้เป็นเช่นนั้นน่าจะมาจากการที่ ทางศูนย์สิรินธรฯ ไม่ได้มีการกำหนดรายละเอียดของบริการ (Service description) ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น ไม่มีวัตถุประสงค์การรับเข้าอยู่ ไม่มีเกณฑ์ในการรับเข้า และเกณฑ์การสิ้นสุดการฟื้นฟู หรือการให้กลับบ้านได้ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่า ระบบการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ยังขาดความสมบูรณ์ และความถูกต้องอย่างมาก ซึ่งสิ่งนี้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาบริการ ควรที่จะได้เร่งให้มีการปรับปรุง โดยน่าจะได้เริ่มที่กระบวนการของ Medical record audit แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มรายละเอียดที่จะได้จากการพัฒนามาตรฐานการทำเวชปฏิบัติของวิชาชีพต่างๆ ที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ในการพัฒนามาตรฐานบริการ เป็นสิ่งที่น่าจะทำไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้ได้แนวทางการทำเวชปฏิบัติด้านการฟื้นฟูผู้พิการจากอัมพาตที่เป็นมาตรฐาน อันจะนำไปสู่การลดความหลากหลาย และการทำเวชปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในระหว่างทีมวิชาชีพ ทั้งนี้การกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การฟื้นฟู เข้ามากำกับกระบวนการเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพราะจุดสิ้นสุดโปรแกรมการฟื้นฟู มิใช่การหายจากการเป็นอัมพาต เช่นการเจ็บป่วยทั่วไป แต่จะเป็นการเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิตให้ผู้ที่มีความพิการ หรือเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้พิการ แม้ว่าภาวะอัมพาตยังคงอยู่ และนั่นจะทำให้เราบอกถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูได้ ตัวอย่างเครื่องมือ ได้แก่ Functional Independence Measures หรือ FIMs, Barthel Index และ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต เป็นต้น

ในส่วนของหน่วยงานหรือองค์กร ยังต้องการตัวชี้วัดที่มากกว่าจำนวนครั้ง/คนที่รับเข้าฟื้นฟู ได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมายการฟื้นฟู และตัวชี้วัดอื่นที่กำกับหลักประกันด้านคุณภาพ เช่น สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นตอนหลักที่สำคัญ สัดส่วนผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจบริการที่ได้รับ เป็นต้น

ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตที่เข้ารับการฟื้นฟูจะเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ประเด็นน่าจะเกิดจากหลายปัจจัยที่มีผลในการดูแลสุขภาพ ของสมาชิกในครอบครัวและการเข้าถึงบริการ ระหว่างสมาชิกครอบครัว

ครัวที่เป็นเพศชายและหญิง ซึ่งอยู่นอกเหนือขอบเขตของการศึกษานี้ แต่เป็นสิ่งที่น่าจะมีการศึกษาต่อไป โดยเฉพาะสำหรับปัญหาสุขภาพที่เป็นความพิการ ซึ่งต้องการการดูแลจากสมาชิกครอบครัวที่ปกติค่อนข้างมาก

อายุของผู้ป่วยอัมพาตเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะพิจารณาเป็นพิเศษ ในการกำหนดเกณฑ์การรับเข้าฟื้นฟู หรืออาจเป็นตัวแปรที่สำคัญในการจัดรูปแบบบริการฟื้นฟู ในการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยเป็นประมาณ 60 ปี โดยมีช่วงของ 95%ความเชื่อมั่น ระหว่าง 59-63 ปี โดยปัจจัยอายุมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับ จำนวนวันนอน/ราย นั่นคือ ในผู้ป่วยที่มีอายุสูงขึ้น อาจไม่เหมาะที่จะรับเข้าฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ทั้งนี้เพราะอาจ ทุนไม่ได้ หรือไม่ต้องการโปรแกรมฟื้นฟูที่เข้มข้น ครัวที่จะได้รับพิจารณาในการกำหนดเกณฑ์การรับเข้าฟื้นฟู แบบผู้ป่วยในด้วย

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะความผิดปกติ(Impairment) ที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถ(Disability) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รับเข้าฟื้นฟูเป็นอัมพาตครึ่งซีกด้านซ้าย ซึ่งมักไม่มีปัญหาในด้านการสื่อสาร(Aphasia or Dysphasia) ซึ่งการฟื้นฟูก็จะไม่ซับซ้อนมากนัก ส่วนสาเหตุที่ทำให้เป็นอัมพาต ซึ่งก็คือโรคหลอดเลือดสมอง สามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มแกระบวนรวมๆว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ร้อยละ 25 ส่วน ที่เหลือ พบว่าเป็น จากเนื้อสมองขาดเลือด (Intracerebral infarction) กับ เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral haemorrhage) โดยเป็นอัตราส่วน infarction:haemorrhage ประมาณ 2-3:1 ซึ่งปัจจัยนี้ก็น่าจะมีผลต่อการฟื้นฟู ฟื้นฟูเช่นกัน เพราะกรณีเนื้อสมองตาย จะมีข้อจำกัดในการฟื้นตัวของระบบประสาท (Neurological recovery) มากกว่า กรณีเลือดออกในสมอง ทั้งนี้เมื่อมีพยาธิสภาพในตำแหน่งเดียวกันและขนาดเท่ากัน และการที่การฟื้น ตัวของระบบประสาทมีข้อจำกัด ก็จะส่งผลให้การฟื้นฟูเพื่อฟื้นคืนความสามารถมีความยากและซับซ้อนมากขึ้น

จากประเด็นดังกล่าว เมื่อมีผู้ป่วยอัมพาตที่การฟื้นตัวของระบบประสาทเป็นไปได้น้อย หรือ น้อยมาก และในกระบวนการฟื้นฟู ก็ไม่ได้มีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ไม่มีเครื่องมือวัดที่จะกำกับผลลัพธ์การฟื้นฟู ก็จะทำให้กระบวนการฟื้นฟูนั้น เหมือนไม่มีที่สิ้นสุด เพราะผู้ป่วยและญาติทุกคนก็อยากจะรักษาจนหายเป็นปกติทั้งนั้น

จำนวนวันนอนเฉลี่ย/ราย ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อคำนวณจากเกณฑ์ คำจำกัดความที่กำหนดไว้ คือให้จุดตัดวันนอนที่ถือว่าไม่ปกติ คือ นานเกินไปอยู่ที่ 150 วัน และสั้นเกินไปอยู่ที่ 7 วัน และให้กรณีการรับเข้า อยู่คนเดียวกันมากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปีเป็นกรณีที่ซับซ้อนเกินไป ได้คำนวณนอนเฉลี่ย/ราย เป็น 44.22 ± 28.36 วัน ซึ่ง จะเห็นว่ามีความแปรปรวนสูง และเมื่อได้ลองพยายามปรับจุดตัด (trimming point) เพื่อระบุวันนอนที่สั้นหรือ หรือนานเกิน (outlier) พบว่าเมื่อปรับจุดตัดเป็น ≥ 84 วันหรือ 12 สัปดาห์ และ ≤ 14 วัน หรือ 2 สัปดาห์ ทำให้ ความแปรปรวนลดลงพอสมควร และได้คำนวณนอนเฉลี่ยเป็น 42.31 ± 19.11 วัน โดยมีช่วง95%ความเชื่อมั่นอยู่ ระหว่าง 38-46 วัน

อย่างไรก็ตามคำนวณนอนเฉลี่ยต่อรายในการศึกษานี้ ยังไม่สามารถบอกถึงการให้ทรัพยากรที่แท้จริง หรือประสิทธิภาพของการจัดบริการได้ เพราะการจัดบริการดังกล่าวนี้ ยังไม่ได้มาตรฐานและยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะบอกถึงประสิทธิผลของการบริการ

นอกเหนือจากปัจจัยที่กล่าวไปแล้ว ซึ่งมีผลต่อจำนวนวันนอน การจะศึกษาการใช้ทรัพยากรในการฟื้นฟู ฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตฯ น่าจะพิจารณาตัวแปรที่ให้อายุละเอียดของความผิดปกติ และความพิการ รวมทั้งโรคที่เป็น พื้นฐาน (underlying diseases) หรือปัจจัยเสี่ยง(risk factors) หรือโรคที่เป็นร่วมด้วย(co-morbidity) ให้มากขึ้น

เมื่อผู้ป่วยอัมพาตฯนี้ใช้ทรัพยากรถึง 1 ใน 4 ของทรัพยากรผู้ป่วยในทั้งหมด ของศูนย์สรีรเวช ซึ่งมีเพียง 48 เตียงเท่านั้น การคำนึงถึงความเหมาะสมและประสิทธิภาพของการใช้เตียง จึงเป็นสิ่งที่ควรตระหนักอย่างยิ่ง

เพราะมีผู้ป่วย/พิการอื่นอีกมากที่รอใช้เตียงอยู่ เพียงถ้าองค์กรมีการกำหนดเกณฑ์การรับเข้าเพื่อฟื้นฟูแบบในสถาบันให้ชัดเจน น่าจะช่วยให้สัดส่วนการรับเข้าที่เหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้ควรพิจารณาให้มีรูปแบบการให้บริการฟื้นฟูที่เพิ่มขึ้น จากการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก และแบบในสถาบัน เช่น การฟื้นฟูแบบให้ครอบครัวเป็นฐาน หรือการฟื้นฟูที่บ้าน โดยอาจให้มีช่วงสั้นๆไม่เกิน 7 วัน เป็นการอบรมผู้ดูแลและญาติ เช่นนี้ก็จะทำให้กรณีการรับเข้าอยู่ที่น้อยกว่า 7 วัน มีความหมายเป็นอีกรูปแบบของการให้บริการ

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Stason W.B., 1997) และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์บริการฟื้นฟูผู้พิการอัมพาตแบบในสถาบัน ของศูนย์สิรินธรฯในครั้งนี้ จึงขอเสนอแบบแผนการบริการฟื้นฟูผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองดังนี้ (รูปที่ 6)

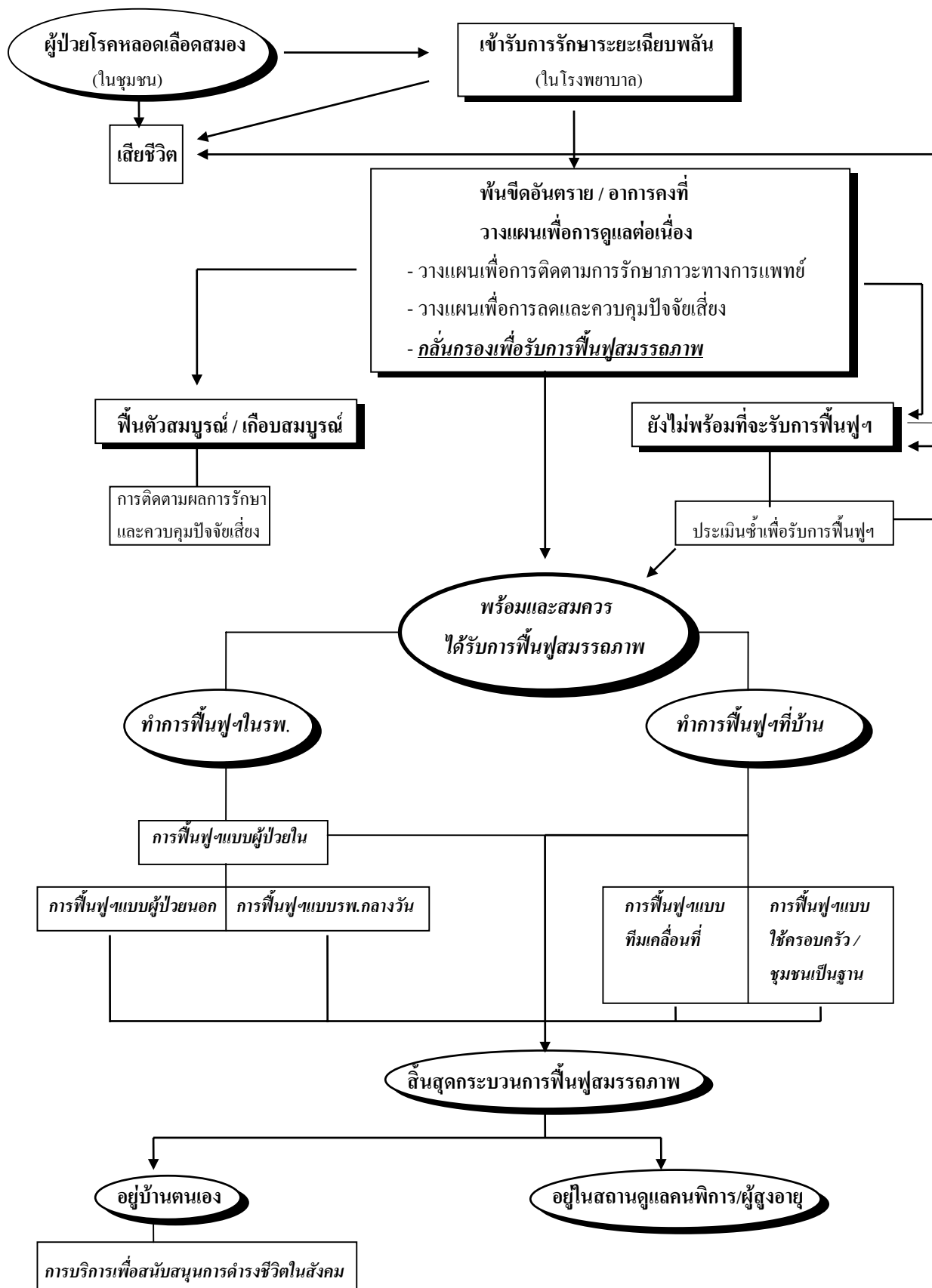
ถ้าเริ่มจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดในชุมชน ก็จะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งเท่านั้นที่มีโอกาสเข้ารับการรักษาในสถาบัน ซึ่งส่วนใหญ่ขึ้นกับความรุนแรงของอาการที่เป็นความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (life-threatening condition) (Poungvarin N, 1998) เมื่อพ้นขีดอันตราย และอาการทางอายุรกรรม/ศัลยกรรมคงที่แล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็จะถูกให้กลับบ้าน ในจังหวะนี้ควรมีการกลั่นกรอง ประเมินความต้องการการฟื้นฟู และเลือกรูปแบบการฟื้นฟูที่เหมาะสมเพื่อส่งต่อเข้ารับบริการ ทั้งนี้เป้าหมายสุดท้าย คือ การควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมีความสามารถกลับคืนมามากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จนสามารถกลับสู่สังคมเดิมและมีบทบาทเดิมในสังคมได้

รูปแบบบริการฟื้นฟู ที่เสนอได้แก่ การฟื้นฟูแบบในสถาบัน(แบบผู้ป่วยใน) การฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก การฟื้นฟูแบบโรงพยาบาลกลางวัน การฟื้นฟูแบบทีมเคลื่อนที่ไปทำที่บ้าน และการฟื้นฟูโดยฝึกญาติหรือผู้ดูแลให้ทำเองที่บ้าน แล้วติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้าน

การศึกษาข้อมูลกิจกรรมบริการ จากเวชระเบียนผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 3 น่าจะเป็นประโยชน์ไม่มากนักน้อย หากจะได้มีการศึกษาในลักษณะการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพื่อออกแบบแผนการใช้บริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรณีการหาจำนวนวันนอนเฉลี่ย (Average Length of Hospital Stay) ที่เหมาะสม อาจทำได้ดีกว่าเมื่อแยกกลุ่มผู้ป่วยลงตามรูปแบบต่างๆ ตามเกณฑ์ที่เหมาะสมกับลักษณะของแต่ละกลุ่ม (admission criteria) โดยพิจารณาจาก อายุ ความรุนแรงของความพิการ และความพร้อมที่จะรับการฟื้นฟู ซึ่งหมายถึง อาการทางอายุรกรรมและศัลยกรรมที่คงที่ ความสามารถในการเรียนรู้และจดจำ เป็นต้น ร่วมกับการกำหนดความคาดหวังต่อผลลัพธ์ (outcome criteria) และเกณฑ์การยุติการฟื้นฟูแบบในสถาบัน (discharge criteria) ทั้งนี้ต้องมีเครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่สามารถแสดงผลเป็นที่ประจักษ์ได้ ทั้งหมดนี้ก็คือ กระบวนการและขั้นตอนการหาจำนวนวันนอนที่เหมาะสม จากข้อมูลที่ได้ในรายงานของ the Uniform Data System for Medical Rehabilitation ของประเทศอเมริกาซึ่งใช้เครื่องมือ ชื่อ Functional Independence Measure (FIM) เป็นตัววัดผลลัพธ์ พบว่าได้จำนวนวันนอนเฉลี่ย สำหรับการฟื้นฟูผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองเป็น 29 วัน (Granger CV, and Hamilton BB.,1992)

รูปที่ 1 : แบบแผนการฟื้นฟูผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง



นอกจากที่ได้กล่าวไปแล้ว สิ่งที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพและ ประสิทธิภาพของการบริการ คือ การมีแนวทาง การให้บริการที่เป็นมาตรฐาน เพื่อลดความหลากหลาย และการให้บริการกิจกรรมฟื้นฟูที่เกินความจำเป็น ซึ่ง ควรจัดทำบนพื้นฐานการใช้ข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผล และตรวจสอบได้ ไม่ควรใช้ความรู้สึกเป็นตัวกำหนด ตัวอย่าง กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ อาจเป็นตามที่ได้แสดงในตารางที่ 12

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ควรที่จะได้ทำหน้าที่เป็นผู้นำ และเป็นแกน ประสานให้เกิดการพัฒนาในลักษณะที่ว่าในระดับประเทศ โดยที่การเริ่มต้นจากงานบริการภายในศูนย์เอง ซึ่ง จะส่งผลในแง่การพัฒนากองศกร และ การพัฒนารูปแบบบริการที่ดี เพื่อถ่ายทอดกระบวนการให้แก่สถานบริการ อื่นๆ ที่ทำงานฟื้นฟู หรือเสนอเป็นข้อมูลต่อระดับนโยบายต่อไป ทั้งนี้ศูนย์ควรกำหนดนโยบายในเรื่องนี้ภายใน กองศกรให้ชัดเจน และมอบหมายแกนนำ ให้ดำเนินการอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกระบวนการฟื้นฟู และตัวชี้วัด

กิจกรรมการพัฒนามาตรฐานบริการ	ตัวชี้วัดกระบวนการและผลลัพธ์
1. การทำรายละเอียดโปรแกรมฟื้นฟู (Service description) 2. การกำหนดเกณฑ์การรับเข้าฟื้นฟู (Admission criteria) 3. การกำหนดเกณฑ์สิ้นสุดการฟื้นฟู (Discharge criteria) 4. การกำหนดเครื่องมือที่จะใช้ติดตามวัดผลลัพธ์การฟื้นฟู (Outcome measures) 5. การกำหนดเกณฑ์วัดความสำเร็จการฟื้นฟู (Outcome criteria) 6. การสร้างคู่มือการดูแลผู้ป่วย (care map) 7. การพัฒนา Clinical practice guideline สำหรับแต่ละกิจกรรมการ ฟื้นฟูโดยนักวิชาชีพในทีมฟื้นฟู 8. การกำหนดข้อมูลที่มีความจำเป็นที่บันทึกในเวชระเบียน 9. การทำ Medical record audit และสร้างระบบการตรวจสอบ/ ประเมินภายใน สำหรับกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วย	- เอกสารรายละเอียด - เอกสารเกณฑ์การรับเข้าฟื้นฟู - เอกสารเกณฑ์การสิ้นสุดการฟื้นฟู - เครื่องมือวัด Physical function, QoL, Patient satisfaction - เอกสารเกณฑ์วัดความสำเร็จ - คู่มือการดูแล - เอกสาร CPG ที่จำเป็น เพื่อลดความหลากหลาย ในทางปฏิบัติ เพิ่มหลักประกันคุณภาพบริการ - เอกสารข้อกำหนด/แบบบันทึกที่เหมาะสม - มีเกณฑ์การตรวจสอบ/ประเมิน เช่น ร้อยละของ การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละของผู้ป่วยที่ถึงเกณฑ์ความสำเร็จในการฟื้นฟู ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในกระบวนการ และผลลัพธ์การฟื้นฟู ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟู อย่างต่อเนื่องจนถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการบันทึกถูกต้องและครบถ้วน เป็นต้น และมีกิจกรรมการตรวจสอบ/ประเมิน อย่างสม่ำเสมอ

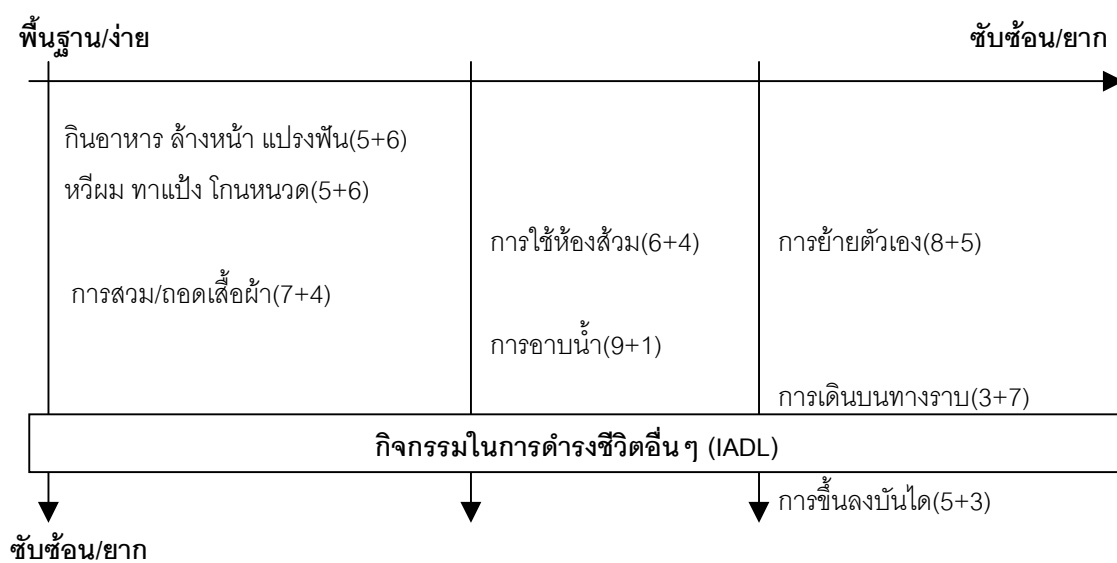
การบริการฟื้นฟูแบบในสถาบันที่ทำการศึกษานี้ เป็นการฟื้นฟูทางการแพทย์เท่านั้น และมีเป้าหมาย เพื่อฝึกฟื้นคืนความสามารถด้านร่างกายเป็นหลัก และแม้จะกล่าวว่ามุ่งฟื้นฟูด้านจิตใจและสังคมด้วย แต่ไม่มี กิจกรรมที่เป็นรูปธรรม

กิจกรรมการฟื้นฟูที่ดำเนินการในสถาบันนี้ ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และกิจกรรมฝึกทักษะในการดำรงชีวิตสำหรับผู้พิการ ซึ่งให้บริการเฉพาะในวันและเวลาราชการ เว้นวันหยุดราชการและนักชดถุกซ์ บางรายจะได้รับบริการด้านกายอุปกรณ์เสริม และการให้คำแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านด้วย ส่วนบริการทางการแพทย์และการดูแลโดยแพทย์ เป็นเช่นเดียวกับงานผู้ป่วยในทั่วไป มีการให้ยาและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเฝ้าระวังตามความจำเป็น

เมื่อแรกรับเข้าฟื้นฟูจะมีการตรวจประเมินความสามารถ และตั้งเป้าหมายการฟื้นฟู รวมทั้งการวางแผนการฟื้นฟู แต่ทั้งหมดไม่ค่อยมีการบันทึกติดตามที่เป็นระบบ ทำให้การศึกษาข้อมูลย้อนหลังเป็นปัญหามาก อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ที่ส่งให้ผู้พิการและญาติตอบเอง แล้วส่งกลับทางไปรษณีย์ พบว่าสามารถติดตามข้อมูลได้เพียง 13 รายจากทั้งหมด 31 รายที่เข้าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 42 ซึ่งค่อนข้างน้อย จึงอาจนำเสนอได้เพียงภาพตัวอย่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริง หลังจากผู้ป่วยรับการฟื้นฟูและกลับบ้านไปแล้วเท่านั้น

รูปที่ 2 แสดงภาพรวมผลลัพธ์ด้านความสามารถร่างกายของผู้พิการอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ที่เคยรับการฟื้นฟูแบบในสถาบันที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู และกลับบ้านได้ในปี 2542



หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ หมายถึง จำนวนคนที่ทำได้แต่ต้องมีผู้ช่วย+ จำนวนคนที่ทำได้เอง ในแต่ละกิจกรรม

จากภาพที่ 7 หากเราพิจารณาจากกิจกรรมที่เป็นพื้นฐานไม่ซับซ้อนและทำได้ง่ายที่สุด จะเริ่มที่การกินอาหาร ตามด้วยการหวีผม ทาแป้ง โกนหนวด ผลลัพธ์ที่ได้จะเห็นว่า 11/13 รายสามารถทำได้แต่เกือบครึ่งยังต้องการคนช่วย แต่เมื่อเป็นการใช้ห้องส้วม การสวมและถอดเสื้อผ้า และการอาบน้ำ พบว่าความต้องการผู้ช่วยจะมีมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัว ซึ่งจะทำให้ยากขึ้น ถ้าผู้พิการมีอาการเกร็งมาก การทรงตัวไม่ดี และประสาทการรับรู้บกพร่องมาก ในกลุ่มที่ทำการศึกษาระดับความสามารถในการย้ายตัว 8/13 รายยังต้องการผู้ช่วย ทำให้โดยภาพรวมการทำกิจวัตรประจำวันจึงยังต้องพึ่งผู้ช่วยค่อนข้างมาก ซึ่งความ

สามารถเหล่านี้ควรเพิ่มขึ้นได้จากกระบวนการฟื้นฟูที่เน้นการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน และการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ

และเมื่อพิจารณาความสามารถในการเดินบนพื้นราบ ที่ดูเหมือนเป็นความสามารถที่ซับซ้อนและยากที่จะทำได้ แต่กลับพบว่า 7/13 รายสามารถเดินได้เองโดยใช้เพียงอุปกรณ์ช่วยเดิน คือไม้เท้าสามขา (tripod cane) มากกว่าการทำกิจกรรมพื้นฐานอื่นๆที่กล่าวไปแล้ว ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าแม้ผู้พิการที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงทั้งหมด ก็จะสามารถเดินได้ถ้ามีการเกร็ง เพราะอาการเกร็ง ก็คือการทำงานหดตัวอย่างแรง ของกล้ามเนื้อที่ช่วยให้ยืนและเดินได้ แต่ผู้พิการจะเดินด้วยท่าทางที่ไม่เหมือนปกติ และต้องใช้พลังงานสูงกว่า ส่วนการทรงตัวที่ไม่ดี จะช่วยได้ด้วยเครื่องช่วยเดิน หรือราวจับ

ถ้าผู้พิการสามารถทำกิจกรรมทั้งหมดที่กล่าวไปแล้ว ก็น่าจะสมารถดำรงชีวิตได้ ในการศึกษาเรื่องนี้เนื่องจากกิจกรรมพื้นฐานเกือบทั้งหมดส่วนใหญ่ยังต้องการผู้ช่วย จึงทำให้การดำรงชีวิตในเรื่องอื่นๆจึงยังจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเกือบทั้งหมด ยกเว้นการพูดจาสื่อสาร ซึ่งเป็นปัญหาน้อยในผู้พิการกลุ่มนี้

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ มักจะให้ความสำคัญที่การฟื้นคืนความสามารถด้านร่างกาย (Keith, 1984) และใช้ทรัพยากรอย่างมากไปในเรื่องนี้ ทั้งที่ควรจะเป็นผลลัพธ์ต่อชีวิตของผู้รับบริการที่เกิดจากกระบวนการฟื้นฟูที่สมบูรณ์ ซึ่งควรหมายถึง การมีชีวิตประจำวันที่ดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น และการมีบทบาทที่เหมาะสมในสังคม (Fuhrer, 1987 และ Wall & Tseng, 1986) ทั้งนี้ประเด็นสำคัญอยู่ที่ ไม่ว่าคนเราจะมีความผิดปกติ/บกพร่อง หรือความพิการระดับไหนก็ตาม เขาก็ควรจะสมารถมีความเป็นตัวของตัวเอง (Self autonomy) ในระดับที่สูงได้ ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับว่าเขาต้องพึ่งพาผู้อื่น (Dependency) มากน้อยแค่ไหน (Ebrahim, 1990)

ข้อคิดเห็นข้างต้นนี้เป็นจริง กับการบริการฟื้นฟูผู้พิการอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง แบบในสถาบัน ที่ศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟู คือมุ่งเน้นที่การฝึกความสามารถส่วนบุคคลของคนคนนั้น (functional capacity) หรือกล่าวในทางลบก็คือ เป็นการลดความจำกัดของความสามารถส่วนบุคคล (Functional limitation) มิได้เน้นที่ความสามารถที่จำเป็นและใช้ในการดำรงชีวิตจริงของคน นั่นคือต้องมีความสัมพันธ์กับสภาพทางสังคม/สิ่งแวดล้อม และการดำรงชีวิตของบุคคล (functional performance) ตามแนวคิดของ Verbrugge & Jette (1994) ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้แม้จะผ่านการฟื้นฟูแบบในสถาบันที่มีค่าเฉลี่ยวันนอนนานถึง 43.2 วัน ก็ยังมิได้มีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น ยังต้องพึ่งพาผู้อื่นค่อนข้างมาก ซึ่งแน่นอนสะท้อนถึง การมี self autonomy ที่ค่อนข้างต่ำของผู้พิการกลุ่มนี้

เนื่องจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความสามารถของผู้พิการ (functional performance) ต้องประกอบด้วยปัจจัยทางด้านร่างกายและปัจจัยทางจิตและสังคมของผู้พิการ การพัฒนาบริการฟื้นฟูควรที่จะมีการปรับกระบวนการขั้นตอนในการทำงาน จากเดิมที่ใช้รูปแบบทางชีวการแพทย์ (Biomedical model) ไปเป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม(Socio-medical model) ซึ่งน่าจะทำได้รูปแบบ/กิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ในการส่งเสริมการปรับสภาพจิตใจ และสภาพแวดล้อม ให้เอื้อต่อการดำรงชีวิต และการมีบทบาทเดิมในสังคมอย่างมีความสุขได้มากขึ้น

ข้อมูลจากการประเมินความสามารถผู้พิการ จะมีประโยชน์ในเชิงการพยากรณ์ ได้แก่ คนที่ไม่สามารถทำกิจกรรม IADL ได้ด้วยตนเอง จะมีโอกาสกลายเป็น คนที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ในกิจกรรม ADL. ในเวลา 1 ปีข้างหน้า มากกว่า คนที่สามารถทำกิจกรรม IADL.ได้เองและพยายามรักษาระดับความสามารถนี้ไว้ หรือ

ความเสี่ยงต่อการตายภายใน 1 ปีจะมากที่สุดใ้คนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ทั้งกิจกรรม ADL และ IADL รองลงมาคือ คนที่ทำกิจกรรม IADL ไม่ได้ และคนที่ทำ ADL ไม่ได้ ตามลำดับ (Spector, et. al., 1987) ในการศึกษาครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่าการที่ผู้พิการกลุ่มนี้ ยังไม่สามารถทำกิจกรรมในการดำรงชีวิต (IADL) ได้มากนัก อาจบ่งชี้ถึงแนวโน้มที่ผู้พิการจะมีระดับความสามารถลดลงไปกว่านี้ได้อีก หรือภาพความสามารถที่เห็นในวันที่ทำการศึกษาก็น่าจะต่ำกว่าเมื่อตอนกลับบ้านใหม่ๆ

โดยสรุปผลลัพธ์การฟื้นฟูแบบในสถาบัน สำหรับผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ยังไม่เป็นที่พอใจนัก โดยเฉพาะจากข้อมูลการวิเคราะห์การบริการ และต้นทุนการบริการ ซึ่งเป็นงานวิจัยในชุดเดียวกันนี้ ชี้ให้เห็นประเด็นในการพัฒนามากมาย รอเพียงการมีนโยบายและแกนนำในการดำเนินงานที่ชัดเจนเท่านั้น

เมื่อพิจารณาข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 4 รายที่เคยได้รับการฟื้นฟูแบบในสถาบัน ของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ พบว่าสนับสนุนผลการประเมินผลลัพธ์ด้านความสามารถร่างกาย ที่ได้จากแบบสอบถาม นั่นคือ แม้ว่าแต่ละรายจะบอกว่ามีความสามารถดีขึ้นตอนออกจากศูนย์ฯ แต่เมื่อออกไปแล้วก็ไม่ได้มีชีวิตเป็นที่พอใจนัก นั่นคือไม่ใช่แค่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเดิน เท่านั้นที่จะทำให้คนมีความสุข และการฝึกความสามารถให้ผู้ป่วยยังต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมที่แท้จริงในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยด้วย นอกจากนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ต้องคำนึงถึงบริบทอื่นของครอบครัว และปัญหาของสมาชิกในครอบครัวคนอื่นด้วย

ในด้านคุณภาพการบริการ เสี่ยงสะท้อนจากผู้ป่วยเพียง 4 ราย ก็เพียงพอที่หน่วยงานต้องหันกลับมาพัฒนาบุคลากรให้มีจิตสำนึกการเป็นผู้บริการที่ดี มีน้ำใจ และพยายามที่จะทำความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ตลอดจนเพิ่มน้ำหนักกิจกรรมในด้านการฟื้นฟูด้านจิตใจมากขึ้นด้วย เพราะหากยังปรับจิตใจไม่ได้ อาจทำให้ผลการฟื้นฟูทางร่างกายที่ดีขึ้นแล้วกลับแย่ลงไปอีกได้ นอกจากนี้หากเป้าหมายการฟื้นฟูต้องการให้ผู้พิการกลับไปมีบทบาทเดิมในสังคมอย่างมีความสุข การบริการต้องยื่นออกไปให้ถึงปัญหาที่แท้จริง และช่วยสนับสนุนให้ญาติพาผู้ป่วยไปถึงจุดนั้นได้จริง

รูปแบบการฟื้นฟูอื่น ที่นอกเหนือจากการฟื้นฟูแบบในสถาบัน น่าจะเป็นแบบที่เข้าไปใกล้บ้านหรือสิ่งแวดล้อมของผู้พิการมากขึ้น รูปแบบผู้ป่วยนอกอาจก่อให้เกิดปัญหาล้ำๆกัน แต่จะเป็นการย้ายต้นทุนของโรงพยาบาล ไปเป็นของผู้ป่วยและญาติในเรื่องการเดินทางและการดูแลมากขึ้น ส่วนด้านประสิทธิภาพการบริการ คงยังตัดสินไม่ได้ในขณะที่กิจกรรมต่างๆยังไม่ลงตัว สำหรับการบรรลุเป้าหมายของกระบวนการการฟื้นฟู

เอกสารอ้างอิง

1. Bruranavej S, Aussavarungnirun K, Tongpipat S, Lekasiroj C. (1984) A study of the result of rehabilitation medicine treatment in Prasat Neurological Hospital. *J Med Ser* ;10(Oct. 1984):pp.731-8.
2. Ebrahim, S. (1990). *Clinical epidemiology of stroke*. New York: Oxford University Press.
3. Fuhrer, M.J. (1987). *Rehabilitation outcomes analysis and measurement*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
4. Granger CV, Hamilton BB: (1992) UDS Report: The Uniform Data System for Medical Rehabilitation Report of First Admissions for 1991. *Am J Phy Med Rehabil* ; 73:51-55
5. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Chandraprasert S, Bunnag S. (1994) Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. *J Med Assoc Thai* ;77(5):pp. 231-8.
6. Keith, R.A. (1984). Functional assessment measures in medical rehabilitation: current status. *Arch Phys Med Rehabil*, 65, pp. 74-78.
7. Pongvarin N. (1998) Stroke in the Developing World. *The Lancet* ; 352: (suppl III)19-22.
8. Spector W.D., Katz S., Murphy J.B., and Fulton J.P. (1987) The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *J Chron Dis*, 40, 6, pp. 481-489.
9. Virijavejakul A, Pongvarin N, Vannasaeng S. (1985) The prevalence of stroke in urban community of Thailand. *J Neurology* ;232(suppl):p.93.
10. Virijavejakul A, Senanarong V, Prayoonwiwat N, Praditsuwan R, Chaisevikul R, Pongvarin N. (1998) Epidemiology of Stroke in the Elderly in Thailand. *J Med Assoc Thai*;July:p.497-505.
11. Walls, R.T., & Tseng, M.S. (1986). Measurement of client outcomes in rehabilitation. In B. Bolton (Ed.), *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation* (pp. pp. 183-201). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
11. William B. Stason (1997) Can clinical practice guidelines increase the cost-effectiveness of geriatric rehabilitation. *Medical Care*; volume 35, Number 6, pp. JS68-JS77.
12. กองสถิติสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2535, 2536, 2537.
13. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540
14. วชิรา รวีไพบลีย์. (2544) การวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยผู้พิการ ของ ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ รายงานการวิจัยส่งมอบแก่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
15. สำนักนโยบายและแผน, อัตราการรับผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาลจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวม กทม.) ปี พ.ศ. 2538, (ข้อมูลไม่เป็นทางการจากฐานข้อมูลสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข)
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

16. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2541

(เอกสารก่อนเข้าโรงพิมพ์)

17. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, วัชรา ริ้วไพบูลย์, วราพร รุจาคม, และไพจิตร เพ็งไพบูลย์.

(2540) รายงานการวิจัยระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ร่วมกับศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สนับสนุนการวิจัยและจัดพิมพ์โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ภาคผนวก

แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

- ◆ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยพิการอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่ควรจะเป็นในความคิดของท่าน เป็นอย่างไร ในประเด็นดังต่อไปนี้
 1. เป้าหมายสูงสุดของการฟื้นฟู
 2. วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟู
 - สำหรับรายบุคคลที่มีความพิการ
 - สำหรับโปรแกรมการฟื้นฟูอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง
 - สำหรับหน่วยงานที่ให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง
 3. หลักการที่รองรับวัตถุประสงค์ข้างต้น คืออะไร?
 4. รายละเอียดของโปรแกรมการฟื้นฟู
 - ขอบเขตของบริการ
 - เกณฑ์การรับผู้ป่วยเพื่อรับการฟื้นฟู
 - จำนวนวันที่ควรอยู่ฟื้นฟูในโรงพยาบาล
 - กิจกรรมการฟื้นฟูที่จำเป็นระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
 - กายภาพบำบัดนาที่/ครั้งครั้ง/วันวัน/สัปดาห์
 - กิจกรรมบำบัดนาที่/ครั้งครั้ง/วันวัน/สัปดาห์
 - อรรถบำบัดนาที่/ครั้งครั้ง/วันวัน/สัปดาห์
 - การให้ข้อมูล/คำแนะนำปรึกษาเพื่อการปรับตัวและจิตใจ
 - รายบุคคลนาที่/ครั้งครั้ง/วันวัน/สัปดาห์
 - รายกลุ่มนาที่/ครั้งครั้ง/วันวัน/สัปดาห์
 - การดูแลหลังจากสิ้นสุดการอยู่ในโรงพยาบาล
 - การบริการต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกนาที่/ครั้งครั้ง/วันวัน/สัปดาห์
 - การเยี่ยมบ้านนาที่/ครั้งครั้ง/วันวัน/สัปดาห์
 - การให้ความรู้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลนาที่/ครั้งครั้ง/วันวัน/สัปดาห์
 - การประเมินผลการฟื้นฟู ควรทำหรือไม่? เมื่อใดบ้าง?
 - การสนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันเอง ควรมีหรือไม่?
 5. ผลลัพธ์การฟื้นฟูที่คาดหวังควรเป็นอย่างไร?
 6. ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จตามที่คาดหวังมีอะไรบ้าง?

การเก็บข้อมูลผลลัพธ์การบริการฟื้นฟูผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง

1. การประเมินความสามารถผู้พิการ (ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์)
2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการเยี่ยม/สัมภาษณ์ที่บ้าน

มิติ(ความทุกข์)ทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม

- การตีตราทางสังคม ต่อความเจ็บป่วย บกพร่อง พิจาร
- ไร้อำนาจต่อรอง ขาดความสามารถป้องกันตนเอง
- ความล้มเหลวของสถาบันครอบครัว (ความผูกพัน/พึ่งพา)

หลักประกัน / ความมั่นคง

- ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟู
- อาชีพการงาน และรายได้
- การศึกษา และความก้าวหน้า
- การดำรงชีพ

ความทุกข์จากระบบบริการสุขภาพ / ระบบอื่นๆ

- การเลือกปฏิบัติกับผู้มีฐานะ สถานภาพทางสังคม ที่ต่างกัน
- การคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ มิติทางจิตใจของผู้รับบริการ
- ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ โดยเฉพาะในเรื่องการเดินทาง
- การขาดข้อมูลการรักษาและฟื้นฟู และสิทธิที่พึงได้รับ
- การขาดบริการที่ดีและต่อเนื่อง
- ความทุกข์เมื่อต้องอยู่ในโรงพยาบาล

การเผชิญปัญหาและการปรับตัว ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต

- ขั้นตอนการเจ็บป่วย
- ความหมายของการเจ็บป่วย ความทุกข์ที่ได้รับ
- การแสวงหาบริการด้านการฟื้นฟู
- การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (ใครบ้าง ช่วยอะไร ผลเป็นอย่างไร ความถี่มากน้อยแค่ไหน)
- การแพทย์ทางเลือก และผลการรักษา
- กระบวนการปรับตัว ต่อปัญหาความเจ็บป่วยและความพิการที่ต้องเผชิญ

แบบประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรุณาพิจารณาความสามารถของผู้ป่วยในขณะนี้ ตามรายการข้างล่างนี้ โดยใส่เครื่องหมาย ✓

ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงในขณะนี้ของผู้ป่วย

ผู้ตอบแบบประเมิน ☐ ตัวผู้ป่วยเอง ☐ญาติ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ.....

กิจกรรมในการดำเนินชีวิต	ทำเองไม่ได้เลย ต้องมีคน ทำให้	ทำเองได้ บ้างแต่ ต้องมีคน ช่วย	ทำได้เอง โดยใช้ อุปกรณ์ ช่วย	ทำได้เอง ไม่ต้องใช้ อุปกรณ์ ช่วย	อุปกรณ์ที่ต้อง ใช้ในการทำ กิจกรรม (ถ้าต้องใช้ อุปกรณ์)
1. การกินอาหาร					
2. การล้างหน้า แปรงฟัน					
3. การหิ้วม ทาแป้ง โกนหนวด					
4. การใช้ห้องส้วมในการขับถ่าย					
5. การอาบน้ำ					
6. การสวมใส่ / ถอดเสื้อผ้า					
7. การย้ายตัวจากเตียงไปเก้าอี้ หรือรถเข็น					
8. การเดินบนพื้นราบ					
9. การเดินขึ้น / ลงบันได					
10. การใช้รถเข็น (ถ้าต้องใช้)					
11. การกลืนปัสสาวะ					
12. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ					
13. การจัดเตรียมอาหารเพื่อประทานเอง เช่น ตักอาหารใส่จาน ชาม และยกตั้งโต๊ะ					
14. การซักเสื้อผ้า/ล้างเครื่องใช้ส่วนตัว					
15. การเช็ดฝุ่น จัดวางของใช้ ในบริเวณที่ พักส่วนตัว					
16. การออกไปธุระหรือเที่ยวนอกบ้าน					
17. การพูดคุยโต้ตอบกับผู้อื่น อย่างเข้าใจ กันทั้งสองฝ่าย					
18. การประกอบอาชีพ(ถ้าต้องการ)					

ข้อมูลกรณีศึกษา 4 ราย

กรณีศึกษาที่ 1 เป็นชาย อายุ 46 ปี เรียนจบมศ.4 เคยทำงานการสื่อสารแห่งประเทศไทย เมื่ออายุ 26 ปี บวชตามประเพณี อยู่ได้ 3 เดือน ก็สึกกลับไปทำงานต่อ ต่อมามีปัญหาที่ทำงานจึงลาออก ในที่สุดตัดสินใจบวชครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 36 ปี ระหว่างบวชได้เรียนนักรธรรมด้วย ลักษณะนิสัยส่วนตัวเป็นคนเงียบ ใจเย็น ชอบอยู่เงียบๆคนเดียว ไม่วุ่นวายกับใคร เป็นโสดไม่เคยแต่งงาน มีพี่น้องทั้งหมด 4 คน ภูมิลำเนากรุงเทพฯ

การเข้าฟื้นฟูแบบในสถาบันที่ศูนย์สิรินธรฯ ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นอัมพาตครึ่งซีกข้างขวา จากการมีเลือดออกในสมอง ซึ่งได้รับการผ่าตัดสมอง อยู่ในรพ.เพื่อฟื้นฟูรวม 14 วัน

ประวัติการเจ็บป่วย

ปี 2541 ขณะนั้นอยู่ระหว่างการเรียนนักรธรรมโท อ่านหนังสือตามปกติ ไม่เคยเจ็บป่วย แต่ค่อนข้างอ้วน เวลาประมาณ 23.00 น หลังจากอาบน้ำเสร็จ เตรียมจะนอน มีความรู้สึกปวด ชา บริเวณแขนข้างขวา เรียกให้คนช่วยแต่ไม่มีใครได้ยิน พยายามจะเดินออกมาเปิดประตูทำไม่ได้ จนหมดสติไป ช่วงสายมากพระที่วัดไม่เห็น ออกไปปิดทบาท สงสัยเป็นอะไร เรียกไม่ได้ยินเสียงตอบ ให้เด็กวัดป็นหน้าต่างพบว่า ล้มอยู่ใกล้กับประตู ขณะนั้นผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวเลย ทางวัดจึงตามญาตินำส่งโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน แพทย์จะผ่าตัดต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1 แสนบาท ญาติไม่มีเงิน น้องสาวติดต่อแพทย์ที่โรงพยาบาลจุฬา(น้องสาวทำงานช่างเพชรย่านสีลมสนิทสนมกับแพทย์หลายคนที่เป็นลูกค้า) ได้เข้าอยู่ในรพ.นอนดูอาการ 2 วัน แพทย์ทำ CT-scan พบว่าเส้นโลหิตแตก แพทย์จึงทำการผ่าตัด หลังผ่าตัดนอนรพ.อยู่ครึ่งเดือน ระหว่างนั้นทำกายภาพบำบัดทุกวัน และควบคุมความดันโลหิตที่ยังสูง ขึ้นๆลงๆ เมื่อออกจากรพ.อาการขณะนั้น แขนขาข้างขวาควบคุมการขยับถ่ายยังไม่ค่อยได้ รู้สึกตัวดี แต่มีปวดศีรษะเป็นครั้งคราว ระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬา เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1,000 บาท เนื่องจากคนไข้เป็นพระภิกษุ ค่าผ่าตัดไม่ต้องจ่ายเพราะแพทย์เจ้าของไข้สนิทกับน้องสาว หลังออกจากโรงพยาบาล ไปตรวจและทำกายภาพบำบัดอีก 2-3 ครั้ง ตามแพทย์นัด อาการดีขึ้นบ้าง ทานข้าวเองได้แต่ไม่ถนัด มือขวายังลั่น ช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันได้บ้างเล็กน้อย

ต่อมาแพทย์ส่งตัวรับการฟื้นฟูที่ศูนย์สิรินธรฯ ระหว่างอยู่ที่ศูนย์คนไข้ทำกิจกรรมบำบัด เช่น วาดภาพ หยดสีลงขวด และทำกายภาพบำบัด เช่น ฝึกเดินเองโดยใช้ไม้เท้า 3 ขา อยู่ฟื้นฟูที่ศูนย์ประมาณ 2 สัปดาห์ก็ขอกลับบ้าน เนื่องจากบ้านอยู่ไกล ไม่มีคนมาดูแล และคิดว่ายังมีคนอื่นที่เป็นมากกว่าควรได้รับการฟื้นฟู

หลังจากออกจากศูนย์ฯ ผู้ป่วยไปตรวจและทำกายภาพบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเลิดสิน เพราะใกล้วัดมากกว่า และยังใกล้ที่ทำงานน้องสาว น้องสาวพาไปส่งทำกายภาพที่รพ.เลิดสินประมาณ 1 สัปดาห์ ส่วนยากินที่ได้ คือ Adalat CR 30 mg., Enaril 30 mg. และยาเม็ดกลืนสลิ้ม (ไม่มีชื่อยาระบุ) แพทย์นัดทุก 2 เดือน

หลังจากนั้นคนไข้ขอมาทำกายภาพที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เพิ่มอีก เพราะใกล้วัดยิ่งขึ้น ไปมาสะดวก (ห่างจากวัดประมาณ 3 ป้ายรถเมล์) ไป 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ โดยทำไฟฟ้า 15 นาที แกว่งเท้า ยกน้ำหนัก หลายอย่าง ติดต่อกันประมาณ 4 เดือน ปัจจุบันนี้ถ้าว่างก็ไป

การรักษาและฟื้นฟูด้วยวิธีอื่นๆ หลังจากออกจากโรงพยาบาลจุฬา โยมแม่ประคบสมุนไพรและนวดให้ ไปประคบสมุนไพรที่ชลบุรี อาทิตย์ละ 1 ครั้งๆ ละ 100 บาท ลูกศิษย์พาไป ช่วยค่าน้ำมันรถครั้งละ 700-800 บาท ไปอยู่ 4-5 ครั้ง แล้วก็เคยไปนวดจับเส้นที่สุพรรณบุรี ไป 2-3 ครั้ง ไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนั้นก็ไปนวดจับเส้นที่ท่าช้าง จ่าย 12 บาท ต่อครั้ง ถ้าอบสมุนไพรด้วยเพิ่มอีก 80 บาท ต่อครั้ง ไปนวดที่วัดราชสิงขร 2-3 ครั้งๆ ละ 200 บาท ทุกวันนี้ก็ไปอยู่ รู้สึกว่าการนวด จับเส้น อบสมุนไพร ทำให้สบายตัว เส้นไม่ตึง ยึดแขน ขา ได้คล่อง แต่ไม่ขาดเรื่องกายภาพบำบัด

อาการปัจจุบันดีขึ้น มากเดินได้เองเกือบปกติ ทานอาหารโดยใช้มือซ้าย ข้างขวาก็ใช้ได้ แต่ไม่คล่อง บางครั้งยังรู้สึกขัดๆซึ่งไม่มากแต่ทำให้รำคาญ บางครั้งจะมีอาการชาบริเวณเอวถึงเท้าข้างขวา การพูดเกือบปกติ ฟังรู้เรื่อง อ่านได้ดี สดমনต์ได้ แต่ช้าบ้าง มีติดบ้าง บางตัวออกเสียงได้ไม่ค่อยชัดเจน เขียนหนังสือได้แต่ไม่ติด บังคับมือไม่ค่อยได้ช่วยตัวเองได้ทุกอย่าง

ทุกวันนี้ออกบินทบาทได้ รับนิมนต์ไปสวดได้ แต่ต้องไปเป็นกลุ่ม ไปคนเดียวไม่ได้ เพราะสวดไม่ทัน และปัจจุบันพักชั้น 1 ของกุฏิ อาบน้ำด้านนอก เวลาขับถ่ายต้องนั่งลงไปบนตัวส้วมซึ่งไม่ใช่ชักโครก เวลาลุกจะจับราวข้างฝาพุงตัวเองขึ้น นอนบนพื้นราบ เวลาลุกตะแคงตัว ไม่รู้สึกลำบาก แต่รำคาญไม่คล่องเหมือนเมื่อก่อน การชักผ้าจีวรผืนใหญ่ๆ โยมแม่ทำให้ ส่วนชิ้นเล็กๆจะพยายามทำเอง

เคยอยากสึกหลายครั้งเพราะในวัดมีเรื่องน่ารำคาญ แบ่งเป็นพรรคเป็นพวก แต่โยมแม่ไม่ให้สึกเพราะว่าไม่ทราบจะออกมาทำอะไร ประกอบกับต้องรักษาฟื้นฟู อย่างต่อเนื่องซึ่งปัจจุบันไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งโยมแม่บอกว่าช่วยครอบครัวได้มากเลย โยมแม่บอกว่า บางครั้งจะหงุดหงิดง่าย ซึ่งต่างจากเมื่อก่อน

สาเหตุที่อยากสึกเพราะมีพระในวัดหลายรูปไม่เข้าใจ หว่าอาศัยผ้าเหลืองรักษาตัวไปวัน ๆ ช่วยงานในวัดไม่เต็มที่ คิดมากแต่ต้องอดทน และคิดว่าพระดีที่เข้าใจก็มี เขาว่าก็ไม่ต้องไปยุ่งอย่าฟังเขา ซึ่งเป็นการฝึกจิตตนเองอีกวิธีหนึ่ง

ผู้ป่วยเป็นลูกชายคนโต มีน้องสาว 1 คน น้องชาย 2 คน ซึ่งน้องชายแต่งงานแล้ว ทุกคนอาศัยอยู่ในบ้านหลังใหญ่รวมกันอยู่กับพ่อแม่ อยู่บ้านเลี้ยงหลาน ทุกคนทำงาน ค่าใช้จ่ายในครอบครัวช่วยกันออก ฐานะครอบครัวปานกลาง มีบ้านเป็นของตนเอง เป็นบ้านไม้ 2 ชั้น 2 คูหาแต่ละคนอยู่กันเป็นสัดส่วนพอสมควร มีเพื่อนบ้านบ้างไม่สนิทสนม มีความสัมพันธ์กันแบบชุมชนเมืองทั่วไป ปกติผู้ป่วยอยู่ที่วัด ไม่ค่อยได้มาบ้าน ยกเว้นบางครั้งไม่สบายให้เด็กวัดมาบอก ญาติพาไปหาหมอ ในช่วงแรก ๆ ที่ป่วยน้องสาวจะเป็นธุระในการติดต่อหมอหาโรงพยาบาล ฝากไข้ ไปเยี่ยมทุกวัน พาไปทำกายภาพ พาไปศูนย์สรีรฯ ทุกวันนี้ไปหาหมอ ไปทำกายภาพเอง ผู้ป่วยพอมีเงินเก็บสำหรับใช้ส่วนตัวบ้างเล็กน้อยไม่ได้รับกวนครอบครัว ค่ารักษา ค่ายา ค่ารถไม่ต้องจ่ายเพราะเป็นพระ เวลามีปัญหาอะไร พ่อ แม่ พี่น้องช่วยเหลือกันดี

คิดว่าขณะนี้ฟื้นตัวได้เหมือนคนปกติ ที่ไม่เหมือนเดิม คือ เรื่องพูดที่ติดขัดบ้าง ช้า แต่สื่อสารได้ดีรู้เรื่อง อารมณ์หงุดหงิดขึ้น ใจร้อนขึ้น ความจำลดลง ลืมบ่อย เดินปกติ แพทย์บอกญาติว่าจะให้เดินคล่อง พูดได้ชัดเหมือนเดิมคงไม่ได้ ความคาดหวังของผู้ป่วย อยากให้อาการชาข้างขวาริเวณเอวถึงเท้าหายไป ซึ่งคิดว่าจะถามแพทย์ที่ผลิตสินค้าต่อไป

ก่อนบวชคนใช้รับผิดชอบภาระในบ้านเป็นหลักมีหน้าที่ ส่งที่ดิน น้ำ ไป ค่ารักษาแม่ (ป่วยเป็นเส้นเลือดสมองแตก) ต่อมาไฟไหม้บ้าน ชายที่ดินและมาซื้อที่ปลูกบ้านที่อยูปัจจุบัน เป็นคนรักครอบครัวมาก มีอะไรจะคิดถึงครอบครัวก่อนเสมอ ซื่อสัตย์ ต็มเหล้าจัด เวลาดื่มเสียสติ เป็นอีกสาเหตุที่บ้านไม่ยอมให้สึก เพราะกลัวว่าจะกลับมาดื่มอีก หลังจากทีลาออกจากการสื่อสารมาช่วยนอกสวชอาหารตามสั่ง ขายอยู่ประมาณ 1 ปี หยุดเพราะเจ้าของร้านจะเอาคืน และอยู่ไกลบ้านด้วย หลังจากเลิกขายอาหารก็อยู่บ้าน จากนั้นเริ่มสนใจปฏิบัติธรรม สะสมพระเครื่อง ศีกาธรรมะ นุ่งขาวห่มขาว และขอบวช พ่อ แม่ถามว่าจะบวชนานไหม ถ้าบวชแล้วไม่ควรสึก ท่านบอกบวชไปเรื่อย ๆ ครอบครัวให้บวช และสบายใจ เพราะท่านจะได้เลิกเหล้าด้วย ไม่มีภาระต้องห่วง

สาเหตุหลักที่บ่นอยากสึกเพราะว่า ท่านมีปัญหากับพระองค์หนึ่งซึ่งมีศักดิ์เป็นพี่ชาย ลูกของพี่สาวพ่อ ซึ่งก่อนบวชอยู่บ้านเดียวกัน ที่บ้านช่วยทุกอย่าง ต่อมาเมื่อมีเรื่องราวใหญ่โต ซึ่งบวชอยู่ โดยกล่าวหาว่าบ้านป่าไม่มี

อย่างโน้นอย่างนี้ กับพระพยางค์ ถือตัวว่าเป็นพี่อยากด่าก็ด่า และชอบด่าต่อหน้าคนอื่น บ้าอำนาจ นอกจากนั้นก็มีพระในวัดอีก 2-3 องค์ไม่ชอบสาเหตุมาจากตอนป่วยรู้สึกไม่สบายตัว คุมบัสสาวะไม่ได้ไหลมาโดนพระที่อยู่ชั้นล่าง โกรธมีเรื่องราวใหญ่โต ท่านป่วยไม่ได้เจตนา ขอโทษต่อหน้าพระผู้ใหญ่แต่เค้าไม่โอ้อภัย ทำให้ของเสื่อม ญาติโยมไม่ขึ้นไม่ศรัทธา ป้าคิดว่าปัญหาหลักที่สำคัญคือ พระในวัด โยมที่มาวัด ไม่ยอมรับภาวะความเจ็บป่วย และรังเกียจ ซึ่งช่วงแรก ๆ ยังช่วยตัวเองได้ไม่มากนัก เวลาทานอาหารจับช้อน ช้อนไม่ถนัด มือแข็ง ๆ ทานอาหารข้าวตืดปาก บางครั้งทำหกละเอะเทอะ โยมที่นิมนต์ไปจะต่อว่าเป็นพระสกปรก เลอะเทอะ น่ารังเกียจ พระในวัดที่ไม่ชอบเข้าเดิม ไม่อยากฉันที่อาหารร่วม ไม่ช่วยเหลือเวลาที่ทำอะไรเองไม่ถนัด และตอกย้ำให้เสียใจ อย่างบวชเพราะอาศัยผ้าเหลืองเพื่อรักษาตัวเอง ซึ่งผู้ป่วยเองก็ทราบ และเป็นสาเหตุที่ไม่รับนิมนต์ หลายคนมองว่าเป็นพระป่วยทั้ง ๆ ที่ช่วยตนเอง ปฏิบัติกิจสงฆ์ได้

ทุกครั้งที่มีปัญหาท่านจะมาที่บ้าน ถ้ามาบ่อยเท่าไรแสดงว่ามีปัญหามาก มาที่บ้านจะปรึกษาโยมแม่ แม่บอกให้อดทน ไม่ต้องไปตอบโต้ ยิ่งเราแสดงความไม่พอใจ ยิ่งมากเรื่องมากความ ไม่รู้จักจบสิ้น การนั่งดีที่สุดในซึ่งเป็นวิธีการที่ได้ผล สถานการณ์ดีขึ้น ไม่ทะเลาะกันเหมือนก่อน แต่ในแง่ความสัมพันธ์ และยังไม่เป็นที่ยอมรับของพระในวัด ส่วนโยมที่มาวัดเคยรังเกียจ มีความเข้าใจ เห็นใจมากขึ้น เช่น เอายาต้มมาให้ ถวายปัจจัยให้ เอารถมารับไปหาหมอตรวจบ้าง พาไปอบสมุนไพร แนะนำหมอที่ดั่งให้

ปัญหาที่ถูกกดดันมากในช่วง 3-4 เดือน จากการเจ็บป่วยโดยเฉพาะช่วง 2 เดือนแรกที่มีปัญหาช่วยตนเองไม่ได้พระจะพักอยู่ที่บ้าน ช่วงนั้นญาติโยมมาเยี่ยม มีเพื่อนเก่าที่คบกัน มีพระเยี่ยมเสมอ ทำให้ท่านมีกำลังใจฟื้นตัวค่อนข้างเร็ว พอช่วยตนเองได้มากขึ้น ย้ายไปอยู่วัด เวลาที่อยู่วัดต้องการความช่วยเหลือจะบอกเด็กวัดเป็นส่วนใหญ่ บางครั้งบอกที่บ้าน หากมีปัญหากับพระที่เป็นพี่น้องกัน น้องชายที่เป็นพี่ญาติกัน และเคยบวชก่อนจะเข้าไปพูดให้ แก้ปัญหาให้ บางครั้งที่โยมแม่จัดการให้โดยท่านเองไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ท่านขาดความมั่นใจ หลายครั้งที่เกิดปัญหา น้ำตาซึม แม่คอยบอกเสมอ พระต้องเข้มแข็งมากกว่านี้ มีเรื่องอะไรค่อยจะร้องไห้เป็นผู้ชายกลัวอะไร สู้หน่อยไม่มันถูกรังแกเรื่อยไป ท่านเจียบ

ปัจจุบันการปฏิบัติกิจสงฆ์ จะลดลงเฉพาะวันขึ้น 15 ค่ำ เท่านั้น เพราะไม่สามารถนั่งคุกเข่านานไม่ได้ นั่งพับเพียบถ้าเกิน 2 ชั่วโมง จะไม่ได้ ปวดขา เป็นเหน็บ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่รับนิมนต์ ไม่รับงานสวดศพ การที่ไม่รับนิมนต์สวดศพ ท่านเข้าใจยอมรับเป็นข้อจำกัดได้ พระผู้ใหญ่ พระหลายองค์เข้าใจ ต่างยอมรับได้ การฉันท์อาหารที่วัดไม่มีระเบียบกำหนด บังคับว่าให้พระทุกองค์ออกมาฉันท์ร่วมกัน ฉะนั้นต่างคนต่างฉันท์ในห้องของตน

ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นครอบครัวมีส่วนในการช่วยเหลือ เป็นกำลังใจให้ตลอด และมองว่าไม่ใช่ปัญหาใหญ่ที่จะแก้ไม่ได้ เรื่องที่ไม่เสียใจ ญาติโยมแม่จะทำความเข้าใจกับพระในวัดว่า เราป่วยหลังจากบวช และไม่ได้ทำความผิดอะไร ไม่เป็นภาระของใคร พระท่านช่วยตนเองได้ดีเกือบเท่าปกติ ส่วนกิจกรรมในวัด เช่น กวาดลานวัด ทำความสะอาดส่วนรวมท่านก็ออกมาช่วย ท่านทำมากกว่าพระที่เคยป่วยด้วยซ้ำไป ครอบครัวมองปัญหาที่เกิดขึ้นว่า เป็นปัญหาพระส่วนน้อย ที่ไม่โอ้อภัยกรรมเจ้าคิดอาฆาตแค้น มีปัญหาส่วนตัวไม่แยกแยะ และเป็นสิทธิที่ท่านสามารถบวชได้ไม่เป็นภาระใคร ถ้าสักคนเข้าใจว่าพระพิการไม่มีคุณค่าจริงเราต้องการพิสูจน์ให้คนยอมรับให้ได้ หากพระบวชไม่มีความสุขจริง ๆ ยืนยันจะสึก ครอบครัวคงไม่สามารถห้ามได้ โดยท่านบอกว่า ถ้าสึกและจะมาขายข้าวแกง อาหารตามสั่ง เพราะโดยส่วนตัวท่านชอบทำอาหาร และมีฝีมือในการทำอาหาร ปัจจุบันของซื้อตำราทำอาหาร

ญาติยอมรับว่าภาวะการป่วยเป็นอุปสรรคต่อการบวชมากเหมือนกัน ทำอะไรก็ช้าสวดได้แต่ต้องมีคนนำ ทางออกที่ผ่านมามีปัญหาไม่ต้องรับนิมนต์เช่น การสวดศพ ปัญหาที่เกิดขึ้นในวัดญาติคิดว่าไม่ได้เป็นเฉพาะกับผู้ป่วยเท่านั้น มีพระบางองค์ที่เป็นลมชัก ซึ่งปัญหาล้ายกันไม่มีคนช่วยดูแลเท่าที่ควร ปัญหาในวัดจะไม่เกิดขึ้นเลยถ้าเจ้าอาวาสเป็นกลาง เข้มแข็งมากกว่านี้ เจ้าอาวาสองค์ปัจจุบันท่านไม่ได้ยอมรับการยอมรับจากชุมชน ตั้งกฎระเบียบที่ไม่ควรทำ เช่นพระทุกองค์จ่ายค่าน้ำ ค่าไฟ ตามมิเตอร์หน้าห้องนอน ห้องน้ำ เดือนละ 600 บาทอย่างต่ำ พระบางองค์ที่ไม่มีคนนิมนต์ไม่มีเงินจ่ายก็อยู่ลำบาก ทำให้พระดินรนที่กีดกันคนอื่นวิ่งเต้นที่รับนิมนต์ให้มากที่สุด แบ่งพรรคแบ่งพวกเดินสายหาเงินมาจ่ายค่าน้ำค่าไฟ และจะบอกเจ้าภาพที่มานิมนต์พระว่าผู้ป่วยรับนิมนต์ไม่ได้ สวดไม่ได้เพราะป่วย ยกเลิกการฉันอาหารที่หอฉันท์ ซึ่งทำให้เกิดความแตกแยกในหมู่สงฆ์ ขณะเดียวกันวัดรุ่นใช้วัดเป็นที่มกาว เสพยาบ้า เวลาถึงงานศพ โยมมาฟังสวดถูกจีบข้าง ไม่มีความปลอดภัย ทางออก และปรับตัวให้สามารถอยู่ได้ ทำใจ เยียบ ไม่ตอบโต้ หยุดไปเอง และฟื้นฟูตนเองให้สามารถกลับสู่สภาพได้มากที่สุดส่วนปัญหาวัดกับชุมชน กรรมการชุมชนเค้าเริ่มคุ้ยหาทางออกในการแก้ไขอยู่

ช่วงพระป่วยแม่เครียดแต่ไม่รู้ตัว ทำงานตลอดเวลา แต่ภายใน 2 เดือน ผอมมากจนลูกเตือน ทำงานไปคิดไป ไม่ได้ทำให้สบายใจ เพราะว่าคิดไปก็ไม่ประโยชน์ โรคนี้ใจสำคัญที่สุด ใจต้องสู้ ซึ่งทุกคนในครอบครัวหากเกิดปัญหาขึ้นทุกคนช่วยกัน ครอบครัวไม่ได้แย่มากขนาดดูแลกันไม่ได้ คิดว่าเรามีพอกินไม่เคยอด เมื่อมีคนในครอบครัวคนหนึ่งเจ็บป่วย พี่น้อง กันต้องดูแลกัน เรามีบ้านอยู่เองโดยไม่ต้องเช่าถือว่าดีที่สุดแล้ว สำหรับคนกรุงเทพฯ แม่จะเป็นหลักในการแก้ปัญหาของครอบครัว ลูกสาวเป็นน้องพระก็วิ่งเป็นธุระจัดการได้ ลูกสาวมีเพื่อนมาก ลูกค้ารักเค้า ลูกค้ามีคนรวยๆ มีปัญหาเค้าช่วยเหลือได้ดี ส่วนลูกชายคนเล็กไม่เอาถ่าน เห็นแก่ตัว แม่บอกว่าตอนเช้าให้ไปช่วยหลวงพี่ก็ไม่ไป เพราะข้าวเต็มบาตร ทุกวัน พระมีญาติโยมที่ขอบท่านรอใส่บาตรกับท่าน แต่เวลาไม่มีเงินวิ่งขอหลวงพี่ทุกที่ นอกจากคนในครอบครัวคอยช่วยเหลือแล้วยังมีลูกน้องชายพ่อก็เป็นคนดีมาก ทำงานทำเรือ พระในวัดเกรงใจเค้าเคยบวชมานาน พัฒนาวัดร่วมกับเจ้าอาวาสคนเก่า เมื่อก่อนวัดดี เจริญมาก ไม่แบ่งเป็นพรรคแบ่งพวก เหมือนทุกวัน วัดรุ่นไม่กล้ามีว่ดุม เด็กคนไหนเกรงท่านให้ช่วยงานในวัด คนแถวนี้เกรงใจ เป็นคนเอาจริง กล้าทำกล้าได้กล้าเสีย ซึ่งได้คนนี้คนช่วยแก้ปัญหาให้

ทุกคนในบ้านยอมรับภาวะความเจ็บป่วยพระได้ เมื่อก่อนท่านช่วยตัวเองไม่ได้ ทุกคนไม่กังวลมาก เพราะเคยเห็นแม่ป่วยด้วยโรคเดียวกันนี้มาแล้ว ซึ่งแม่ป่วยมากกว่าเยอะเลยเส้นเลือดแตก 3 ครั้ง แต่แม่สู้จนปกติ แทบไม่เหมือนคนป่วยมาก่อน คนในบ้านปลอบใจพระท่านว่า ความมุ่งมั่น ความอดทนท่านสู้โรคได้ ดูแม่เป็นตัวอย่าง พระก็ยิ้ม ทางออกการแก้ปัญหาครอบครัว คือหันหน้าคุยกัน ปรึกษากัน

พระยอมรับในภาวะการเจ็บป่วยของตนเองได้ป่วยใหม่มีปัญหาบ้าง เครียด อารมณ์เสียบ่อยมาก แม่บอกท่านว่าอย่าคิดอะไรมาก ทำอะไรได้เราก็กทำ อย่าอยู่ว่างๆ มีคนมาเยี่ยมให้กำลังใจท่าน จนกระทั่งฟื้นตัวทำอะไรเองได้ ก่อนป่วยท่านเป็นคนขยัน ความจำดี สวดมนต์เก่ง โยมติดท่านมาก กิจนิมนต์ไม่เคยขาด จนมีพระหลายองค์หันมาใส่ใจ ทุกวันจะมีโยมเก่าแก่ของท่านรอใส่บาตรท่านอยู่ในตลาดหลายคน ท่านเดินไกลๆ ไปรับบาตร เคยเช่าอ้อนตรงทางม้าลาย กำลังข้ามถนน คนจะเข้าไปช่วยแต่ท่านลุกได้เร็ว แม่เตือนอย่าไปไกลนัก ท่านบอกว่าไม่ได้หรอกเค้าศรัทธาเราอยากใส่กับเรา ก็ต้องไปรับบาตรเค้า ของที่ได้มาก็แบ่งไว้พอฉันท์เข้ากับเพล ที่เหลือแจกจ่ายให้คนที่ไปช่วยหิ้วบ้าง เอามาน้ำบ้าง แจกเด็กที่พ่อแม่ยากจนบ้าง ให้คนแก่ที่ลูกๆ เค้าทอดทิ้งไว้บ้างในชุมชนมี 2 คน ท่านบอกว่าเรากินไม่หมด เราก็กทำทานต่อไป คนใส่ก็ได้บุญด้วย ท่านทำมาตลอดทำให้ชาวบ้านเค้าเลิกต่อว่าท่าน ยอมรับท่านได้มากขึ้น

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นชายอายุ 59 ปี เดิมรับราชการทหารอากาศ แต่งงานมีบุตร 2 คนกับภรรยาคนแรก ลูกชายคนโตแต่งงานแล้วมีลูกสาว 1 คน รับราชการย่านดอนเมือง ลูกสาวก็แต่งงานแล้ว เลิกกับภรรยาคนแรกมาแต่งงานใหม่กับข้าราชการทหารด้วยกัน อยู่กันประมาณ 20 กว่าปีแล้วไม่มีบุตร ปี 2533 ลาออกจากราชการ รับบำนาญ จากนั้นทำงานรับเหมาก่อสร้างแต่มีปัญหา จึงไปสมัครเรียนขึ้น ของบริษัทการบินไทย รายได้การขับรถจัดว่าดีมาก ได้เงินมาส่วนใหญ่ให้ภรรยาเกือบหมด คนใช้เป็นคนใจร้อน เจ้าอารมณ์ ไม่สนใจสุขภาพ และคำแนะนำของใคร คิดเสมอว่าตนเองไม่มีวันที่เจ็บป่วยเพราะร่างกายแข็งแรงมาก

เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สิรินธร นาน 59 วัน วินิจฉัยว่าเป็น อัมพาตซีกซ้ายจากโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างการฟื้นฟูได้ทำกายภาพและกิจกรรมบำบัด ได้อุปกรณ์ตามมือและพยางค์ไหล่ ใช้สวัสดิการค่ารักษาของลูกชาย

ประวัติการเจ็บป่วย

ปี 2537-38 ช่วงที่สมัครเรียนขึ้นของการบินไทย ปวดศรีษะบ่อย และมีบัตรประกันสังคม ของโรงพยาบาลปากเกร็ดเวชการ จึงเช็คดูจึงทราบว่าเป็นเบาหวาน ความดัน จากนั้นทานยามาตลอด

พฤษภาคม 2540 เส้นโลหิตฝอยแตก หมอให้ยาละลาย หมอบอกว่าให้ระวัง และควบคุมความดัน

กรกฎาคม 2540 เส้นโลหิตใหญ่แตก ขณะขับรถไปตรวจงานก่อสร้างที่สระบุรี ไปกับลูกน้อง 1 คน ระหว่างขับรถปวดหัวมาก ปวดแปลบๆ คิดว่าคงเป็นเพราะอากาศร้อน พยายามประคองรถเข้าข้างถนน จากนั้นปากเบี้ยว ตัวชา และพบลม จำได้ว่าเป็นคืนวันศุกร์ รู้สึกตัวแต่พูดไม่ได้ลูกน้องนำส่งโรงพยาบาลมิตรภาพ นอนอยู่รพ. 2 วันเพื่อดูอาการ ลูกน้องพยายามติดต่อญาติแต่ไม่สามารถติดต่อได้ เพราะภรรยาพักที่บ้านพัก ไม่มีโทรศัพท์ จนกระทั่งวันอาทิตย์ ภรรยาทราบเรื่อง เหมารถไปรับมาเข้ามารพ.ภูมิพล ถึงรพ. 6 โมงเย็น พอ 2 ทุ่มหมอผ่าตัด ออกจากห้องผ่าตัดเที่ยงคืน ซึ่งคนไข้รู้ตัวตลอดเวลา แต่พูดไม่ได้ อาการปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง ซีกซ้ายไม่มีแรง หลังออกจากห้องผ่าตัดย้ายมาอยู่ห้องปกติประมาณ 1 สัปดาห์ มีการติดเชื้อ ใช้สูงมาก น้ำท่วมปอด ต้องย้ายไปอยู่ห้อง ICU ประมาณ 1 เดือน ออกจากห้องICU จึงออกมาอยู่ตึกสามัญ ระหว่างพักในโรงพยาบาล ได้ทำกายภาพทุกวันทำการ บางวันไม่ได้ทำเพราะเจ็บมาก และบางทีมีความดันสูงไม่ได้ ทำครั้งละ 1 ชั่วโมง การทำกายภาพปวดมาก เพราะผู้ป่วยมีเท้าบิดเกร็งเข้าหากันทั้ง 2 ข้าง นักกายภาพพยายามดัดให้เข้ารูปซึ่งปวดมาก ทุกครั้งที่เจ้าหน้าที่มารับลงไปทำกายภาพรู้สึกเหมือนเห็นยมทูต นับว่าเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดทรมานมาก

วันหนึ่งระหว่างที่นอนอยู่ที่เตียงไม่ทันระวัง ทั้งแขนข้างซ้ายซึ่งไม่มีแรงและไม่รู้สึกแรงไป ทำให้เอ็นแขนซ้ายซ้ายขาด แพทย์ผ่าตัดต่อเอ็น นัดฝึกกายภาพต่ออีก 1 เดือน ช่วงนั้นรู้สึกตัวว่าตัวเองสูญเสียแขน พูดไม่ได้ การนั่งต้องใช้หมอนพยุง ทรงตัวไม่ได้ ซีกซ้ายไม่มีแรง ความจำไม่ดี จำได้เรื่องสั้นๆ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ท้องผูกมาก ต้องสวนเป็นประจำ จนเป็นริดสีดวง ออกจากรพ.ภูมิพลปลายปี 2540 กับมาพักจังหวัดนนทบุรี ใกล้วัดปากน้ำ เป็นบ้านของภรรยา

ในช่วงปี 2541 เวลา 1 ปีเต็มๆ ผู้ป่วยและญาติก็แสวงหาที่จะรักษาให้หาย ก็ไปมาหลายแห่ง ดังนี้

1. ที่พิษณุโลก หมอจะใช้เข็มเจาะ เอาไม้กระบอกเล็กๆ เจาะตามตัว ทั้งตัวเจ็บมาก มีคนมารักษา เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 300 บาท ต่อครั้ง ส่วนค่ารถญาติช่วยออกให้ ไปรักษา 2 ครั้ง ผลคือ สามารถควบคุมการขับถ่ายได้รู้ตัวเวลาปวด กลับได้บ้าง แต่ยังท้องผูกมาก
2. ที่อยุธยาเป็นผู้สูงอายุ(หมอพื้นบ้าน) ซึ่งมีคนเชื่อถือมาก วิธีการรักษาใช้สมุนไพรกับน้ำ และมีคาถากำกับ ไปรักษาแบบค้างคืน รักษาอยู่ 4 เดือน และจ้างคนไปเฝ้า โดยค่าจ้าง 6,000 บาทต่อเดือน ค่ายา 3,500 บาท

เป็นยาลูกกลอน ค่าใช้จ่ายอื่นๆ แล้วแต่จะบริโภค ผลการรักษา ระบบขับถ่ายดีขึ้น ถ่ายเหลวไม่ต้องสวนเลย ถ่ายเป็นเวลา บั๊วบได้ดีขึ้นมาก การพูดดีขึ้น พูดได้เป็นคำเป็นประโยค

3. จ้างหมอนวดมานวดที่บ้านทุกวัน ชั่วโมงละ 100 บาท/ครั้ง นวดอยู่นานเป็นเดือน และหมอนวดแนะนำยา ลูกกลอน แก้วริดสีดวงทวาร ผลการนวดทำให้เส้นคลาย ไม่ตึง สบายตัว อาการริดสีดวงดีขึ้น
4. อบสมุนไพร และประคบครั้งละ 700 บาท ซึ่งนานๆทำครั้งเพราะแพงมาก กินระยะเวลาการอบประมาณ 1 ชั่วโมง อบสมุนไพรทำให้เส้นเอ็นคลาย ไม่ตึงสบายตัวขึ้น

ระหว่างรักษาและฟื้นฟูที่โรงพยาบาลภูมิพล ใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของลูกชาย และยังไม่ทราบข้อมูลการจดทะเบียนคนพิการ มีอุปกรณ์ รถเข็น ไม่เท่า 3 ขา ซึ่งมีคนให้มา ปัจจุบันรถเข็นใช้ไม่ได้เพราะยางแบน ล้อชำรุด

ช่วงต้นปี 2542 ไปศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู มีชาวบ้านแนะนำ อยู่ฟื้นฟูที่ศูนย์ได้ ประมาณ 2 เดือน กิจกรรมที่ทำ กายภาพบำบัด โดยช่วงเวลาประมาณ 09.00 น มีผู้ชายชุดสีเหลืองมาบังคับให้เข็นรถเอง ซึ่งเข้าไปใหม่ทำไมเป็นไรเพราะไม่เคยเข็น เวลาเข็น รถหมุนเพราะใช้มือและขาข้างเดียว วางขาบนรถเข็นไม่ได้ เพราะไม่มีแรงบังคับ พยายามเข็นจนกระทั่งทำได้ ขอร้องให้เจ้าหน้าที่ช่วยพาไป ใช้เวลาในการฝึกเข็นด้วยความยากลำบากและกดดันอยู่ประมาณ 2 อาทิตย์ จึงเริ่มเข็นได้โดยไม่หมุน

ตลอดเวลาที่ฟื้นฟูในศูนย์ภรรยาจ้างคนเฝ้าวันละ 100 บาท ระหว่าง 7.00-16.30 น ช่วงอยู่ที่ศูนย์สิรินธรฯ สิ่งที่ดีขึ้นคือ เข็นรถเองได้ แขนขามีกำลังขึ้นกว่าเดิม เท้าขวาไม่ค่อยผิดปกติมาก เริ่มเหยียดตรงได้ แต่ขาข้างซ้ายยังบิดมาก นั่งได้ดีขึ้นมั่นใจ การยืนจับราวยังไม่ดี ล้มมาก เหนื่อย การพูดดีขึ้น แต่ความดันยังสูง

ประสบการณ์ความทุกข์ที่ประสบระหว่างอยู่ฟื้นฟูในศูนย์ฯ คือ เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ชายนุมาก และไม่เคยช่วย หรืออธิบายการใช้รถเข็นเลย ภรรยาบอกว่าระหว่างเข็นรถคนไข้บอกร้องไห้ทุกวัน เคยถามว่าทำไมเจ้าหน้าที่ดูด่าคนไข้จัง เจ้าหน้าที่ตอบว่าถ้าไม่ดูคนไข้จะทำได้อะไร ปกครองคนหมู่มากก็ต้องบังคับกันเป็นธรรมดา คนไข้บอกว่าพูดกับผมดีก็ได้ ผมก็ทำ คุณสอนผมสิ แนะนำผมสิ ผมมีอายุ เป็นผู้ใหญ่ ทำไมผมจะไม่เข้าใจ และไม่เคยดื้อดิ่งหรือทำผิดอะไรเลย มีคนใช้บางคน เค้าอึดสูง เอาไปทิ้งข้างนอกตรงสนามฟุตบอล คุณก็ไม่ว่า ซึ่งผมไม่เคยทำเลย คุณว่าผมพูดไม่รู้เรื่อง แต่ผมก็จับใจความได้ ที่รู้สึกทุกข์มากที่สุดคือ ผมต้องเสียมาก แต่ต้องเสียผมก็ทุกข์ใจกังวล เครียดมากพอแล้ว บั๊วบไม่ได้เลย เค้าด่าผมเหมือนผมไม่ใช่คน ผมบอกเค้าว่าผมไม่ได้ตั้งใจ ผมไม่ได้แกล้ง ผมขอโทษจริง ๆ (ตอนนั้นคนเฝ้ายังไม่มา)

สิ่งที่กลัวและเลวร้ายมากคือ ช่วงเช้าเวลาตี 5.30 น ต้องไปอาบน้ำไม่มีความมั่นใจเลย เจ้าหน้าที่เข็นรถไปไว้ในห้องน้ำ แต่ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าตนเองจะทำได้ เพราะจับราวไม่ได้ดี ขาสั่น เคยล้มในห้องน้ำ เคยขอเจ้าหน้าที่อาบน้ำตอนสาย 7.00 น รอคอยเฝ้ามาอาบน้ำให้ เจ้าหน้าที่ก็ไม่ยอม พอบอกว่ากลัวจะล้ม เจ้าหน้าที่เอ็ดว่าจะล้มก็เกาะซิ บอกภรรยาว่าให้มาอาบน้ำให้ตอนเช้าได้ไหม แต่ภรรยาไม่สามารถมาช่วยได้เพราะต้องดูแลพ่อ แม่ ที่ป่วยไม่สามารถช่วยตัวเองได้ที่บ้านด้วย

ผู้ป่วยเล่าว่า ช่วงที่อยู่ศูนย์ฯเป็นเวลาที่ผมทุกข์ ทุกข์จริงๆ เหมือนนรก คุณหมอที่ดูแลผมเรียกผมไปถามขอให้ผมพูด ผมไม่กล้าพูด ผมนั่งร้องไห้ ผมทุกข์จาก เจ้าหน้าที่ที่ดูด่า บังคับใช้อำนาจกับคนไข้ ที่ผมไม่รู้ว่าจะผิดอะไร คุณมาด่าผมทำไม เค้าบอกว่าหยุดพูดได้เลย คุณเป็นคนไข้ไม่เกี่ยวกัน เจ้าหน้าที่บอกผมว่า ห้ามพูด ห้ามบอกหมออะไร ใครถามอย่าพูด

สาเหตุต้องจ้างคนดูแลเฝ้าตอนกลางวัน และพาไปทำกายภาพเพราะเจ้าหน้าที่บอกว่า ต้องมีญาติมาเฝ้า มาฝึกให้ตอนทำกายภาพ เลยต้องจ้าง สวนเรื่องอาบน้ำกินข้าว ช่วงเช้า-เย็น ไม่ได้ทำเพราะคนเฝ้ามาสาย กลับเร็ว บางวันหลังช่วงเลิกงานก่อนกลับบ้านภรรยาจะแวะมาอาบน้ำตอนเย็นให้ สภาพแวดล้อมส่วนใหญ่ดีผมมีเพื่อน ผมเข้าคนอื่นได้ ช่วยเพื่อนบ้าง คุยเล่นกับเพื่อนบ้าง ก็มีความสุข การบริการของเจ้าหน้าที่ศูนย์สิรินธร มีการเลือกปฏิบัติแตกต่างกันชัดเจน เจ้าหน้าที่ที่ทำดีเฉพาะคนไข้ห้องพิเศษ พู๊ดดี บริการดี เพราะเวลาเค้าไปเที่ยวกลางคืนดึกๆ กลับมาจะซื้อของมาฝาก เวลาญาติเฝ้ามาเยี่ยม เค้าก็เอาของมาฝาก ผมคิดเสมอว่าถ้าผมกลับไปศูนย์อีกครั้ง ผมจะไปอยู่ห้องพิเศษ ผมสังเกตว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้ดูแลแต่กับผมคนเดียว คนไข้คนอื่นเค้าก็โดนเหมือนผม พยาบาลใส่ชุดสีเหลือง จะพียงพยาบาลชุดขาว เค้าจะมาเกรี้ยวกราดกับคนไข้ โดยที่ไม่ถามคนไข้หรอก ว่าเป็นอย่างไร ผมเข้าใจว่าเค้าพวกกัน

เมื่อผมทนไม่ไหวจริงๆ ผมรู้ว่าตนเองยังไม่ดีขึ้นเท่าไร แต่ก็บอกภรรยา พาผมออกไปทนไม่ได้จริงๆ ภรรยาเล่าว่า สิ่งที่คุณสมบัติวิตกกังวลมากคืออาบน้ำตอนเช้า ซึ่งถูกเร่งให้ทำเร็วๆ ด้วย โดยที่เจ้าหน้าที่ไม่เคยคิดเลยว่าคนไข้ทำได้ช้า หรือทำไม่ได้ ก็พยายามทำความเข้าใจว่าคนไข้เยอะ รีบทำทุกอย่างตามเวลา ตามระเบียบ เพียงแต่คนไข้ทนไม่ได้ กอดดัน เกรี้ยวกราด ทำให้ความดันสูงบ่อยๆ

และมีเหตุการณ์ก่อนออก คือ ผู้ป่วยล้มระหว่างถ่ายตัวจากรถเข็นมาที่เตียง แล้วพลัดล้ม เจ้าหน้าที่บอกว่าอย่าพูดมาก ไม่ต้องบอกใคร ใครถามโดยเฉพาะหมอนำมพูดเด็ดขาด คนไข้กลัวมาก ภรรยาคิดว่าถ้าเป็นอย่างนี้ก็กลับไปดูแลที่บ้านดีกว่า เลยขอออกทั้งๆที่ยังไม่ดีเท่าไร น่าจะฝึกได้ดีกว่านี้ แต่ยอมเพื่อความสบายใจของผู้ป่วยและตัวเองด้วย ผู้ป่วยเล่าว่ามีพยาบาลคนหนึ่ง หน้าสวยตัวใหญ่ ดูใจดี จะมาเยี่ยมตอนเช้า มาถึงจะเดินถามคนไข้ทุกเตียงเป็นใจบ้าง ผมอยากบอกลูกน้องคุณไม่ดีเลยแต่ผมไม่กล้า กลัวว่าเค้าจะเอาเข็มเจาะเลือดที่มเอา หลังออกจากศูนย์แล้วไม่เคยคิดจะเข้าไปฝึกอีกเลย และหมอก็ไม่ได้นัดด้วย ถ้าจำเป็นต้องไปก็ขออยู่ห้องพิเศษดีกว่า

ในการไปพบแพทย์แต่ละครั้ง มีความยากลำบากมาก เริ่มตั้งแต่การพาลงไปจากบ้าน ต้องออกไปเรียกแท็กซี่พอถึงโรงพยาบาลจะมีคนช่วย ขากลับก็ยากลำบากเพราะพาขึ้นชั้น 2 ของบ้าน ปัจจุบันต้องเจาะเลือดเอาไปให้หมอเพื่อดูผลและรับยา

ผู้ป่วยมีลูก 2 คน ลูกชาย 1 คน ลูกสาว 2 คน ทุกคนมีครอบครัวแล้ว ลูกๆไม่ได้ช่วยอะไร เคยใช้สวัสดิการของลูกชายในการเปิดตอนอยู่ที่ศูนย์สิรินธร และประมาณ ปี 2542 ต้นปี ภรรยาดูแล 3 คนไม่ไหวให้ผู้ป่วยไปอยู่กับลูกชาย ผู้ป่วยบอกว่าเหมือนตกนรก มันไม่เข้าใจว่าเราทำไม่ได้เลย เราไม่ได้แกล้ง เอาข้าวมาให้ทานก็ไม่แคะใส่จาน จะแคะเองก็ทำยาก เวลาทานบางทีทำเลอะเทอะลูกก็ดู อยู่กับลูกชายได้ 2 เดือน ขอร้องให้ภรรยามารับกลับ ภรรยาเล่าว่าช่วงไปอยู่กับลูกชาย ผู้ป่วยจะขังตัวเองในห้องไม่เปิดไฟ บรรยากาศที่มๆ ดูแล้วหดหู่มากเลยรับมาอยู่ด้วยดัน ดูแลเอง ตามสภาพที่เราทำได้ อย่างน้อยเราก็นั่งใจ เข้าใจเค้า เค้าต้องการอะไร จะช่วยเค้าอย่างไร บางครั้งจะพาผู้ป่วยไปหาหมอ โทรศัพท์ไปหาลูกให้มาช่วยบ้างเค้าบอกว่าเค้าไม่ว่าง เราเป็นแม่เลี้ยงนะไม่รู้ว่าจะพูดอย่างไร ถ้าไม่ว่างเราก็นั่งทำเอง ช่วยกันไป ทำเท่าที่จะทำได้

ที่ป่วยมา 3 ปี ภรรยาบอกว่ายอมรับ เข้าใจเค้าตลอด เคยบอกว่า “จะดีกว่านี้ หรือจะแยกว่า ก็แล้วแต่ถ้าคุณสมัครใจจะอยู่ด้วยเราก็จะอยู่ด้วยจนกว่า เขาจะไม่ต้องการ เราก็เป็นเพื่อนกันดูแลกันไป และไม่อยากจะคิดมาก ตอนป่วยใหม่ๆ ก็รู้ว่าคนไข้อยากหาย บอกให้พาไปรักษาที่โน่นที่นี้ แต่ทำไม่ได้ เพราะทำงานมีเงินเดือนคนเดียว และมีหน้าที่ดูแลคนป่วยไม่สามารถช่วยตัวเองไม่ได้ถึง 3 คน ยอมรับเป็นภาระที่หนักมากๆเลย มัน

แย่มากเลย การจะไปรักษานั้นต้องมีค่าใช้จ่าย ไหนค่ารถ ไหนค่าจ้างคนเฝ้า ซึ่งคนเฝ้าบางครั้งหายาก และเค้าก็คิดแพง ได้แต่ปลอบใจกันว่า คุณนึกถึงเรื่องวรรกรรมเถอะ ถ้าเราจะหายก็คงมีหมอดี ยาดี มาหาเราบ้างละ เพราะเราไปรักษาหลายที่แล้ว ได้แค่นี้ก็เอาแค่นี้ ยอมรับสภาพเถอะ ซึ่งผู้ป่วยก็ยอมรับได้ เพราะเข้าใจ เรามีข้อจำกัดเรื่องเงิน กว่าที่ยอมรับได้ใช้เวลาค่อนข้างนาน และที่สำคัญผู้ป่วยก็มีการฟื้นตัว ช่วยตนเองได้มากขึ้นตามลำดับ ทำให้เบาใจขึ้น มีความสุขขึ้น ภรรยาจะปลอบใจเสมอ เราอยู่ด้วยกัน เป็นกำลังใจให้กันและกัน เพราะผู้ป่วยคงอยู่กับใครไม่ได้เพราะเค้าจะไม่เข้าใจ เช่น การซื้อข้าวมาเอามาตั้ง เค้าจะทานไม่ได้ เราต้องแกะจากห่อใส่จานไว้ เตรียมช้อน น้ำ ยา วางไว้ให้ จะเตรียมอาหารทั้งเช้าและกลางวัน อาหารกลางวันเอาฟาส์ตฟู้ดไว้ เราอยู่ด้วยกันมาจนเข้าใจ ช่วงแรกที่ป่วย ใส่กางเกงไม่ได้ เราลืมห่อ เมื่อไรจะยกขาขึ้นมาสวมนะ นั่งรอนานนึกได้ว่าเค้ายกไม่ได้ เรายกขาเขาใส่ในกางเกง ตลอดเวลาที่เค้าป่วยภรรยาปรับตัวมาตลอด ต้องใจเย็น อดทนมาก โดยเฉพาะกับผู้ป่วยนี้ต้องอดทนกับเค้ามาก เพราะเขาใจร้อน โวยวาย เวลาโมโหอยากจะพูดอะไรก็พูดได้ พูดแรงๆ โดยไม่คิดว่าเรารู้สึกอย่างไร ถ้าถืออะไร คว่ำอะไรได้จะฟาดใส่ ชอบพูดว่าอยากตาย จะโมโหควบคุมไม่ได้เลย ตอนเวลาหิว ไม่ถูกใจ จะดู โวยวาย เหยียงไม้โดนเราบ้าง บางทีทนไม่ไหวก็เสียงดังเหมือนกัน พอใจเย็น นึกได้ เขาก็ร้องไห้ ขอโทษ ซึ่งภรรยาก็เข้าใจ แต่ก็เสียใจทำไมถึงควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ผู้ป่วยบอกว่า ผู้หญิงคนไหนจะดี และทำให้เราได้ขนาดนี้ ไม่มีเค้าผมก็อยู่ไม่ได้และไม่ได้คิดจะอยู่ด้วย ทุกครั้งที่ผมโมโหผมควบคุมไม่ได้ ผมรู้ตัวเสียใจทุกครั้งที่ทำ

การยอมรับความเจ็บป่วย ภรรยาเล่าว่า ยอมรับมาตั้งแต่ตอนป่วยครั้งแรก ที่เส้นเลือดฝอยแตก และคนใช้ปวดหัวบ่อย คิดเตรียมตัวว่า เอ๊ะถ้าเส้นเลือดแตก เขาเดินไม่ได้ นั่งกินนอนกินฉันจะอย่างไร และคอยเตือนเค้าตลอด บอกให้คุณต้องระวังตัวบ้าง เพราะคุณมีประวัติเส้นเลือดแตก เดี่ยวจะเป็นขึ้นมาอีก แต่ผู้ป่วยจะพูดเสมอว่า เค้าไม่เป็นอะไรหรอก พูดอยู่ไม่เกิน 3 เดือน เป็นจริงๆ พอป่วยเราต้องทำ ดูแลเค้าให้ได้และคิดว่าเออ เป็นอะไรก็เป็น ถ้าสมัครใจจะอยู่กับเราเราก็ดูแล เหตุผลสำคัญที่สุดที่ยอมรับทุกสภาพ เพราะคิดว่าเราอยู่ด้วยกันมานานเกือบ 20 ปี เคยให้ไปอยู่กับลูกก็อยู่ไม่ได้ เคยให้เค้าไปอยู่กับลูกชาย เพราะตอนนั้นพ่อแม่ป่วย เราดู 3 คนไม่ไหว แต่พอไปเยี่ยมเห็นสภาพผู้ป่วยแล้วรู้สึกหดหู่ บอกว่า เอาไหม ไปอยู่ด้วยกัน 4 คน ป่วยทั้งหมด ฉันดูแลเอง มันอาจจะบกร่องบ้าง อะไรไม่ดีบ้าง แต่มันก็สบายใจที่เราดูแลเอง เราคิดว่า เราทำได้ ภรรยาสร้างกำลังใจ ให้กำลังใจผู้ป่วยเสมอในเวลาที่ยากที่สุดว่า “ฉันยอมรับได้ ถ้าเธอจะเป็นอย่างนี้ไปตลอด ฉันไม่อายใครหรอก แต่ถ้าเธอจะรีบเร่งให้ฉันพาไปทีไหนที่ฉันทำไม่ได้ เพราะฉันคนเดียวและต้องดูแลพ่อ-แม่อีก ประกอบกับเงินมีจำกัด บางครั้งขัดสน เมื่อก่อน พักที่จังหวัดนนทบุรี (เพื่อย้ายมาอยู่บ้านพักได้ 5 เดือน) ยังไม่ได้ย้ายมาอยู่ใกล้รพ.ภูมิพล ลำบากมาก เพราะบางที่คุณแม่เข้าโรงพยาบาลเดือนละ 3-4 ครั้ง เรียกแท็กซี่ตอน ตี 2 ตี 3 บางทีเราต้องวิ่งหาเงินจ่ายไปก่อน หลายครั้งเงินไม่ค่อยพอใช้จ่าย กลุ่มใจแต่ต้องหาให้ได้ ถ้าแม่นอนรพ.เราวิ่งรอก เพราะมีคนช่วยเหลือไม่ได้ที่บ้านอีก 2 คน ชีวิตซุลมุนวุ่นวาย บางครั้งต้องเอาเงินซื้อเวลา เดินทางด้วยรถแท็กซี่ตลอด บางทีคิดไปทำไมมันเยี่ยงอย่างนี้ ต้องพยายามขอบ้านพักให้ได้มีเพื่อน ๆ หลายคนเห็นใจ เข้าใจ ช่วยเหลือเวลาขัดสนเสมอ มาอยู่ใกล้ภูมิพลรู้สึกสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะที่นนทบุรีอยู่บ้านคุณตาคุณยาย อยู่ด้วยกันหลายครอบครัวแบ่งกันเป็นห้องๆ เราได้ 2 ห้อง ห้องพ่อ-แม่ เป็นคนป่วยนอนเรียงกัน ผู้ป่วยอยู่ในห้องนอนบางทีน้ำท่วมบ่อยมาก เพราะอยู่ใกล้แม่น้ำเขื่อนรอนไปมาไม่ได้ พื้นเป็นไม้ จันทน์-สุกรี ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องนอนไม่ได้ออกมาข้างนอก ไม่เคยเห็นเดือน เห็นตะวัน เสาร์-อาทิตย์ ภรรยาอยู่บ้านจะพานั่งรถเข็นออกมา เวลาเห็นแสงแดดผู้ป่วยดีใจมาก เหมือนเด็กที่เพิ่งเคยเห็นแสงแดด รู้สึกว่าชีวิตแย่มากพอได้บ้านพักคนที่ดี

ใจที่สุดคือผู้ป่วย บ้านพักเป็นบ้านตึกแถวไม้ 2 ชั้น ภรรยาอยู่กับผู้ป่วยอยู่ชั้นบน อาบน้ำทานข้าวด้านบน ด้านล่าง พ่อแม่อยู่ ตอนแรกจะอยู่ร่วมกันหมดคิดว่าเหมือนห้องผู้ป่วยสามัญเพราะคนไข้ 3 คน แต่มีปัญหาเยอะ คนต่างมีความเครียดที่กดดัน จึงตัดสินใจแยกผู้ป่วยมาอยู่ชั้นบน ผู้ป่วยบอกว่า ชีวิตผมมีความสุขขึ้นเยอะเลย เข้ามาองฟ้ามองต้นไม้ชีวิตดูจะมีความหวังว่าจะเดินได้บ้าง ชีวิตอยู่ได้ยากทานอะไรถ้ามีคนเข็นรถเข้ามา ก็กะตะโกนเรียก เคี้ยวเคี้ยวขึ้นมาส่งถึงห้อง

วันหนึ่งผมดูทีวี หมอผู้หญิงเล็ดสิน เคี้ยวบอกว่าคนเป็นอย่างผมหายได้ แต่ผมต้องทำใจไปไม่ได้ สงสาร ภรรยาคงไม่มีเงิน ตอนนี้อย่างไรจะรักษาฟื้นฟูที่ไหนอยู่อย่างนี้ไปก่อน

ผู้ป่วยพูดเสมอว่าอยากสร้างความมั่นคงให้ครอบครัวโดยผ่อนที่ปลูกบ้านย่านลำลูกกา ทำยังไม่เสร็จก็มาป่วยก่อน ธนาคารเค้ายึดบ้านไป เสียหาย เสียใจ ภรรยาบอกเสมอว่า อย่าเสียตังเลยเราจะเอาเงินที่ไหนไป ถ้ายอดยอ เอาเงินที่ไหนไปผ่อนต่อ เราไม่สามารถหาเงินได้เหมือนเดิม ถ้าเราตัดสินใจเข้าไปอยู่ ครอบครัวมีความสุข พอดีตัดสินใจปลูกบ้านครอบครัวประสบปัญหา คิดเสียว่า ไม่ใช่ของเรา อย่าเสียตังเลย

ภรรยาบอกว่าทุกวันนี้ก็ยอมรับได้กับอาการผู้ป่วย ถ้าเค้าดีกว่านี้ได้ก็ดีใจ แต่ไม่ได้หวังอะไรมาก ทุกวันนี้ การขับถ่ายทำเองได้ อาบน้ำเองได้ ทานอาหารได้ ถ้าเค้าทำอะไรไม่ได้เราคงแย่มากกว่านี้ เพียงแต่อยากให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ให้ได้มากกว่านี้ ซึ่งไม่หวังมาก เพราะเป็นนิสัยของเค้ามาตั้งนาน ใจร้อนโมโห

ปัจจุบันคิดว่าครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ดีขึ้น อยากทำให้มากกว่านี้ อยากให้ไปทำกายภาพอยากมีโอกาสพาเค้าไปข้างนอกบ้าง เท่าที่ทำได้ อยากพาไปมาก แต่มีอะไรหลายอย่างที่ไม่เอื้ออำนวย คิดว่าถ้าผู้ป่วยได้ออกไปข้างนอกบ้างสุขภาพจิตจะดีกว่านี้เยอะเลย ใจคิดว่าถ้ามีเงินมากหน่อย เสาร์-อาทิตย์จะจ้างคนพาไป อาจจะพาเค้าไปเอง อยากไปไหนสวนสาธารณะ ไปนั่งรถเล่น ชักพิกกลับบ้าน ถ้าได้เดือนละครั้งก็ยิ่งดีผู้ป่วยเองคิดว่าชีวิตอยู่ทุกวันนี้ ก็พอใจมีความสุขพอสมควร เข้าใจภรรยา ผมอยู่ทุกวันนี้ดีกว่าเก่า เห็นท้องฟ้า รู้ว่าฝนตก แดดออก มองเพลินดี

แต่แม้จะยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในบางครั้งก็ยอมรับไม่ได้ คิดเสมอว่าไม่น่าเป็นกับชีวิตเรา ถ้าเราไม่ทะเลาะมากเชื่อภรรยาบ้างคงไม่เป็นอย่างนี้ เสียใจภรรยาปลอบใจ คิดไป ก็ทุกข์ใจ ถ้าไม่ได้เค้าผมคงไม่อยู่ ผมอยู่คนเดียวไม่ได้อีกแล้ว

มีลูกสาว 1 คน ไม่เคยมาเยี่ยม มาดูแล ไปอยู่กับลูกชายพักหนึ่ง ลูกชายก็ไม่พอใจ ผู้ป่วยพูดว่า ลูกไม่เข้าใจ บอกลูกแล้ว ลูกออกสัญญา ส่งเสียง ขณะพูดถึงลูกร้องไห้

อุปกรณ์เครื่องช่วยที่ใช้ขณะนี้ มีรถเข็นนั่ง รถเข็นเจาะสำหรับเข้าห้องน้ำ ได้ปรับสภาพบ้าน เตียงนอน โดยทำราวสำหรับเกาะ ลูกนั่ง และพยุงตัว ยกเก้าอี้ขึ้นอ่างอาบน้ำ การพูดว่าจะพูดได้ชัดเจนฟังรู้เรื่องใช้เวลาว่าครึ่งปี การทรงตัวดีขึ้นเรื่อยๆ แขน ขา ข้างขวา มีกำลัง

แม่ป่วยเดือนสิงหาคม เป็นเบาหวาน ความดัน หัวใจ ไตเสื่อม แม่ป่วยมากที่สุด แต่ใจสู้ ป่วยเข้าโรงพยาบาลบ่อยมาก คุณแม่จะบวมง่าย คุณแม่กลางคืนไม่นอน นอนหายใจไม่ออกต้องลุกขึ้นมาขึ้นเกาะ ให้หลับ บางทีล้ม เราชู้สึกทำไม่ทรมานมากเป็นเวลามากอะไรอย่างนั้น

พ่อป่วยเดือนเมษายน 2541 คุณพ่อเส้นโลหิตแตก ไม่ทำใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง คิดว่าถ้าทำกายภาพคุณพ่อจะดีขึ้นมาก ทุกวันนี้เดินได้แต่ไม่เดิน ไม่อยากพูด ไม่อยากเดิน อยากตาย คุณพ่อบุญน้อยที่สุด แต่สภาพจิตใจแย่มาก ใจพ่อก็ไม่สู้ ซึ่งเราทุกข์ ทรมานกับพ่อบุญน้อยที่สุดเพราะช่วยเหลืออะไรและพ่อก็ไม่ได้ช่วย

แม่ป่วยก่อนคนอื่น มานานแล้ว แต่เป็นมากช่วงที่สามีก็เข้าโรงพยาบาล ตอนนั้นนอนอยู่รพ.ภูมิพลทั้งคู่ แม่อยู่ชั้น 8 สามีอยู่ชั้น 10 สภาพจิตใจแย่มาก วังคนเดียวกลางคืน ตี 1 ตี 2 แม่อยากให้เธออยู่ สามีอยากให้เธออยู่ วังขึ้นลงลิฟต์ตลอด กลัวผีจนไม่กล้า ดูแลแม่ที่ก็เสร็จ ไปดูสามีอีก ทุกคนช่วยตัวเองไม่ได้เลย กลางวันก็ไปทำงาน รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ชีวิตมากทำไมเป็นอย่างนี้ เหมือนคนบ้า ไม่เคยเจอกระจก โทรมมาก เราใช้เวลานานปรับตัวได้ เราารู้สึกชิน

เค้าดีขึ้นเรื่อยๆ พอออกจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่บ้านทั้งสองคน เรามีความสุขขึ้น สุขภาพจิตดีขึ้น ภรรยาบอกว่า ที่สามารถปรับตัว ยอมรับ เพราะ “ทุกคนที่ป่วย 3 คน เรารักหมดเลย เราทำเพราะความรัก เรามีความสุขที่ได้ดูแล เราภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ของลูกที่ดี ภรรยาที่ดี เราทิ้งใครไม่ได้เลย ถ้าทิ้งไปคนที่ทุกข์คือเราเอง เราทนไม่ได้เค้าไม่เรียกร้องเรา แต่เราวิ่งไปหาเค้าไปดูแลเค้า

ปัจจุบันสิ่งที่ภรรยากังวลกับผู้ป่วยคือ อ้วนและทานมาก Cholesterol สูง ควบคุมความดันยังไม่ดี กลัวจะเป็นมากไปกว่านี้ ถ้ามากกว่านี้แล้วแยเลย ทุกวันนี้ชีวิตลงตัว มีความสุขมากขึ้น เพราะได้ย้ายทุกคนมาใกล้ที่ทำงาน ใกล้โรงพยาบาล ไม่ต้องแข่งขันกับเวลามาก ดูแลสบาย ๆ ไม่รีบร้อน

อยากให้มีทีมเยี่ยมบ้านมาเยี่ยมบ้าน อยากได้คำแนะนำว่าคนไข้จะทำอะไรได้เองบ้าง ในภาวะแบบนี้ การปรับสภาพบ้าน ที่ทำอยู่ใช้ได้ดีหรือยัง จะฟื้นฟูคนไข้ได้อย่างไร เพราะเวลาแนะนำ คนไข้จะไม่ค่อยเชื่อ ชอบว่าเราไม่ใช่หมออย่ารู้ดี

เกี่ยวกับการปรับสภาพบ้านตอนแรก ก็ไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร เมื่อตอนที่อยู่ที่นนทบุรี ก็ให้เค้านอนอยู่บนเตียงเวลาลูกก็สังเกตว่าเค้าต้องตะแคงตัวและใช้ไม้เท้าดึงตัวขึ้นนั่ง พอลุกขึ้นนั่งเก้าอี้ เาก็โน้มตัวไปให้เค้าดึง เค้าเกาะเราแล้วก็โหนเต็มที่ เราก็ชักไม่ไหว เพราะว่าปวดไปหมดเลย คิดว่าถ้าเรามีราวให้เค้าเกาะจะดีขึ้นก็เลยจ้างคนมาทำราวข้างเตียง ช่วงมาอยู่แรก ๆ ไม่ได้อาบน้ำเลย 2-3 อาทิตย์ คอยเช็ดตัวตลอดเวลา ลงบ้านไม่ได้ ก็เลยปรับสภาพบ้าน โดยให้คนมาทำราวข้างฝา ขนานกับราวบันได คาดว่าจะทำให้ดีขึ้น ลงบ้านได้ เหมือนตอนที่อยู่ที่บ้านนนทบุรี พอทำราวบันไดเสร็จใช้ไม่ได้ เพราะบ้านมันสูง และสองชั้น แล้วบันไดก็แคบ ชันมากเลย จะขึ้นจะลงก็ลำบาก ต้องมีคนช่วยกันสองคน เพื่อประคองด้านหน้าคนหนึ่ง แล้วดึงด้านหลังเพื่อไม่ให้หัวคว่ำลงไป แล้วที่สำคัญบางทีปรับสภาพบ้านแล้วปรากฏว่าช่วยคนไข้ไม่ได้เลย ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่อยากได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทำให้เราไม่ต้องลองผิดลองถูก แล้วก็เสียเวลา

ตอนนี้ผู้ป่วยอยากฝังเข็มเพื่อลดความอ้วน ซึ่งมีคนเค้าบอกมา ไม่รู้ว่าจะได้ผลจริงหรือเปล่า ส่วนการไปฟื้นฟูตอนนี้ยังไม่คิด เพราะคิดว่ายังมีทางออกแล้วช่วยตัวเองได้อยู่

กรณีศึกษาที่ 3 เป็น ชาย อายุ 46 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดอุบลราชธานี มีบุตร 3 คน ต่อมาเดินทางเข้าทำงานที่ กรุงเทพฯ เป็นพนักงานขับรถขนส่งมวลชนกรุงเทพฯ ได้พาลูกทั้ง 3 คน เข้ามาเรียนหนังสือ และทำงานที่ กรุงเทพฯด้วย หลังจากพิจารณาจึงต้องลาออกจากงาน ซึ่งทำให้หมดเงื่อนไขการมีประกันสังคม ในเรื่องเจ็บป่วย ขณะนี้เข้าบ้านอยู่กับภรรยาในกทม. ลูกๆมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว

เข้ารับการฟื้นฟูแบบในสถาบันที่ศูนย์สิรินธร 2 ครั้ง (แต่ไม่ใช่ในปีเดียวกัน) ครั้งที่ 2 เข้าอยู่ 99 วัน หลังจากเป็นมาแล้ว 4.5 ปี วินิจฉัยว่าเป็น อัมพาตครึ่งซีกด้านขวา จากเลือดออกในสมอง และได้รับการผ่าตัดด้วย

ประวัติการเจ็บป่วย

เมื่อมกราคม 2538 ขณะกลับไปเยี่ยมบ้านที่จังหวัดอุบลฯคนเดียว โดยภรรยาและบุตรอยู่กรุงเทพฯ เกิด มีอาการขาแขนขาซ้าย ปากเบี้ยว หมดสติ เพื่อนนำส่งโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ แพทย์สั่งทำ CT-scan พบ มีเส้นเลือดในสมองแตก ต้องผ่าตัดในคืนนั้น และต้องเจาะคอใช้เครื่องช่วยหายใจด้วย นอนอยู่รพ.ประมาณ 2 เดือน ระหว่างพักอยู่รพ.คนไข้ไม่รู้สึกรู้สิดตัวเลย เมื่อจะออกจากรพ.กลับบ้านรู้สึกตัวดีขึ้น แต่ยังนั่งไม่ได้ ต้องใช้หมอน ฟิงหลัง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ แพทย์นัดทำกายภาพบำบัด 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ โดยน้องชายขับรถพาไปส่ง แต่ไปทำได้ 5 ครั้งเท่านั้น เพราะไม่มีคนพาไป จึงพักฟื้นอยู่กับบ้านที่อุบลฯโดยภรรยาเป็นผู้ดูแล และต้องลาออกจากงานในที่สุด ระหว่างอยู่ที่นั่น 7-8 เดือน ภรรยาจะนัด ประคบสมุนไพร(ใบพลับพลึง)ให้ โดยหมอนพื้นบ้าน เป็นผู้แนะนำ แต่ก็ไปรับยาจากรพ.มากินสม่ำเสมอ 1 ปีผ่านไปยังช่วยตัวเองไม่ได้เลย ควบคุมการขับถ่ายก็ยังไม่ ได้ จึงปรึกษาแพทย์ที่อุบลฯ

จนปี 2539 แพทย์ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพระมงกุฎฯ และส่งต่อมาที่ศูนย์สิรินธรอีกครั้ง เนื่องจากใกล้บ้านพักและสะดวกกว่า เป็นการเข้าฟื้นฟูในโรงพยาบาลครั้งแรก ในตอนนั้น การทำกิจวัตรประจำวันยัง ต้องให้ภรรยาทำ และยังไม่เดินได้ การควบคุมการขับถ่ายยังทำไม่ได้ อยู่ได้ประมาณ 2 เดือน ก็สามารถช่วย ตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ เดินได้โดยไม่ใช้ไม้เท้า 3 ขาแต่ยังไม่คล่องต้องมีผู้ช่วย ควบคุมการขับถ่ายได้ ต่อมา เพื่อนที่เป็นคนไข้คนหนึ่งแนะนำว่าถ้าออกไปฝึกนอกศูนย์ฯ (ที่บ้าน)ซึ่งมีที่กว้างกว่านี้ จะทำได้ดีขึ้นกว่านี้อีก จึง ขอกลับไปฝึกที่บ้านจังหวัดอุบลฯ

มีครั้งหนึ่งคนบอกว่า มีหมอนพื้นบ้านรักษาคนหายมามาก ขนาดเป็นมากกว่าคุณชั้นดีก็หายได้ อยู่ที่ วัดใหม่เจริญสุข จังหวัดกาญจนบุรี แต่ต้องพักที่วัด อาหารก็กินที่วัดได้เลย วิธีการรักษาคือกินยาสมุนไพร นวด ประคบยา ใช้เวลาการรักษาเกือบปี หมดเงินไปเกือบ 20,000 บาท ลูก ๆ ช่วยกันออก รักษาแล้วกลับมาก็ไม่เห็น ดีเท่าไร เพียงแต่สบายตัว เส้นไม่ตึงมาก ดัดเท้าไม่ค่อยเจ็บ ลูกบอกว่า มันคงไม่ดีไปกว่านี้หรอก พอฝึกเองตาม ที่หมอน นักกายภาพบอกจะดีกว่า

กลับไปอยู่ที่อุบลฯประมาณ 1 ปี จนปลายปี 2541 ลูกสาวอยากให้กลับมาฟื้นฟูศูนย์อีกครั้ง คนไข้จึง กลับมาติดต่อที่ศูนย์ฯเพื่อขอฝึกต่อ แต่ต้องรอเตียง 3-4 เดือนจึงได้เข้าอยู่เป็นครั้งที่ 2 ซึ่งทำให้คนไข้ช่วยตน เองได้ดีขึ้นอาบน้ำได้ ถอด-ใส่เสื้อผ้าได้ เดินด้วยไม้เท้าได้คล่องขึ้น แต่ก็ยังต้องมีคนช่วย ในที่สุดแพทย์ให้กลับ บ้านได้ เพราะฟื้นฟูถึงจุดที่เต็มที่แล้ว

คนไข้รับยาควบคุมความดันโลหิตสูงและยาแก้ชัก ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎฯทุก 3 เดือน จนถึงปัจจุบัน โดยภรรยาไปรับแทน ตัวผู้ป่วยไม่ต้องไปด้วย ซึ่งใช้ยาตัวเดิมกับที่อุบลฯมาตลอด คนไข้บอกว่าจะขาดยากันชัก ไม่ได้เลย อาการชักนี้เป็นจากการผ่าตัดสมองนี้เอง ซึ่งหากจะเปลี่ยนยาคนไข้บอกว่าต้องไปพบแพทย์ที่อุบลฯที่ เป็นคนสั่งให้คนแรก (Cinnarizine, Nelapine, ASA 325, Myonal และ Dilantin) เคยอยากย้ายมารักษาที่รพ.

วชิระแต่เขาไม่จ่ายยาถ้าผู้ป่วยไม่ได้ไปด้วย ถ้าให้พาผู้ป่วยไปด้วยจะต้องไปรถแท็กซี่ครั้งละประมาณ 300-400 บาท แทนที่จะไปรถประจำทางได้ ซึ่งเปลืองกว่ามาก

ระหว่างที่รอเข้าฟื้นฟูที่ 2 ที่ศูนย์สิรินธร เพื่อนแนะนำให้ไปตรวจรักษา/รับยาที่โรงพยาบาลศิริราช จึงขอให้ลูกสาวพาไป ซึ่งแพทย์ได้ ตรวจเลือดและนำทาบภาพบำบัด แต่คนไข้ไม่ได้ทำ เพราะมีปัญหาไม่มีคนพาไป และไม่ได้เข้าอยู่ในโรงพยาบาลเพราะไม่มีเตียง

ด้านสวัสดิการการรักษาและฟื้นฟูเมื่อป่วยและเข้ารับผ่าตัดครั้งแรก รวมทั้งตอนที่เข้ารับการฟื้นฟูครั้งแรก ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคม หลังจากออกจากศูนย์ฟื้นฟู จึงได้ลาออกแล้วใช้สิทธิของลูกชายต่อ ซึ่งลูกชายก็ขับรถขสมก.เหมือนกัน ต่อมาลูกชายก็ลาออกจึงต้องจ่ายค่ารักษาฟื้นฟูเองอยู่ช่วงหนึ่ง

จนกระทั่งเข้ารับการฟื้นฟูครั้งที่ 2 ที่ศูนย์สิรินธร ปี 2542 คนไข้จึงขอจดทะเบียนคนพิการ จึงได้ใช้สิทธิการฟื้นฟู และรับยาฟรี ทำการฟื้นฟูด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด ได้ไม่เท่าสามขา และShort-leg brace สำหรับการเดิน และรถนั่งคนพิการ (ใช้สำหรับออกนอกบ้านที่ต้องเดินไกลๆ)

ปัจจุบันลูกชาย 2 คน คนโตแยกครอบครัวออกไปแล้ว คนเล็กเป็นหลักในการหาเลี้ยง ซึ่งทำงานพนักงานส่งเอกสาร ถ้าเกิดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ต้องพึ่งพาลูกอย่างเดียว ลูกช่วยออกค่าใช้จ่ายค่า ค่าน้ำไฟ และค่าเช่าบ้าน ให้ 3,000 บาท ต่อเดือน ส่วนลูกสาวไปทำงานกับสามีที่ประเทศไต้หวันสัญญางาน 3 ปี ขณะนี้เหลือเวลา 17 เดือนหมดสัญญา ซึ่งลูกสาวส่งเงินมาให้ตลอดเวลา เป็นรายได้หลักของครอบครัวที่ใช้จ่าย แผนการชีวิตในอนาคตขึ้นอยู่กับลูกสาวจะอยู่กรุงเทพฯ หรืออุบล ลูกสาวบอกว่าให้พ่อกับแม่ที่บ้านเช่า จะได้ติดต่อได้ มั่นใจว่าเจ็บป่วยใกล้โรงพยาบาลตัวผู้ป่วยเองมีที่นาที่จังหวัดอุบลฯ 30 ไร่ ปัจจุบันพี่สาวดูแล และช่วยส่งข้าวสารมาให้ ถ้ากลับบ้านจะชนมาครั้งละมาก ๆ ไม่ค่อยได้ซื้อข้าวกิน

ภรรยาเป็นหลักในการดูแล ซึ่งผู้ป่วยคาดหวังว่าให้ภรรยาต้องดูแล เอาใจใส่ ตัวเองเป็นอย่างดี ซึ่งบางครั้งขัดใจ ขัดแย้งบ้างจะไม่โอ้อารมณ์หงุดหงิด อยากออกไปเที่ยว ออกนอกบ้านบ้าง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าช่วยตนเองไม่ได้ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระผู้อื่น บ้านที่อยู่ยังไม่ได้รับการปรับสภาพ ห้องน้ำ(ส้วม)เป็นแบบนั่งยอง และไม่มีราวจับ ยากลำบากสำหรับผู้ป่วยพอสมควร ต้องการปรับสภาพบ้านแต่ไม่มีเงิน บ้านที่อยู่เป็นบ้านเช่า แต่หากจะปรับสภาพเจ้าของบ้านก็อนุญาต

ผู้ป่วยคาดหวังว่าอยากเดินได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย มีอาชีพมีรายได้ช่วยตนเองได้มากกว่านี้ ปัจจุบันทุกชีวิตรู้สึกเครียดที่ต้องขอความช่วยเหลือจากลูก อยากกลับมาฟื้นฟูที่ศูนย์สิรินธรอีกครั้ง จะเดินให้ได้ดีกว่านี้ เดินโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ช่วยเลย ที่อยากกลับมาอยู่ที่ศูนย์อีกอย่างคือ ต้องการเพื่อนคุยทำให้สภาพจิตใจดีขึ้น และภรรยาจะได้ไม่ต้องมาอยู่ด้วย ก็จะทำให้ได้ฝึกช่วยตนเองมากขึ้น ถ้าภรรยาอยู่ด้วยไม่ดีอาจจะเดินไม่ได้ แต่ถ้าอยู่บ้านด้วยกันไม่กล้าอยู่คนเดียวเพราะกลัวจะชัก แล้วไม่มีคนช่วย ภรรยาจึงไปทำงานนอกบ้านไม่ได้ ปัญหาข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันคือ ห้องน้ำไม่ได้ปรับสภาพทำให้ยากลำบาก และเป็นภาระกับคนอื่น

ผู้ป่วยเล่าว่าเคยพูดว่าถ้าลูกชายกลับบ้านไม่ตรงเวลา ทำให้ลูกไม่พอใจ เบื่อ จะไปอยู่ที่อื่น จึงรู้สึกน้อยใจ และชอบพูดว่าอยากไปอยู่สถานสงเคราะห์ ภรรยาบอกว่าเพราะผู้ป่วยใจร้อน เอาแต่ใจ อยากได้อะไรต้องได้ทันที อยากให้ลองไปอยู่สถานสงเคราะห์จะได้เรียนรู้อะไรบ้าง อาจจะทำให้ปรับตัวได้ เข้าใจคนอื่นบ้าง

ภรรยาผู้ป่วยให้ความเห็นว่า การที่ผู้ป่วยอยากให้เอาใจใส่ดูแลใกล้ชิดตามใจมากกว่านี้ โดยไม่ทำความเข้าใจ ยอมรับว่าลูกต้องทำงานหนัก เหนื่อยกลับบ้านมาก็อยากพัก ก็คิดว่าลูกไม่สนใจ ภรรยาเล่าว่า ลูกๆทุกคนเป็นคนดี ไม่เกรง รักครอบครัว กตัญญูรู้คุณมาก ลูกพูดเสมอว่า เราอยู่ด้วยกันตามสภาพที่เราอยู่ได้ ไม่เคย

อด มีความสุขตามสมควร ภาระค่าใช้จ่ายในบ้านลูกทุกคนช่วยกันรับผิดชอบหาเงินมารักษาพ่อ หายอาหารที่พ่อชอบพยายามหามาให้ทาน หยอกเย้าเล่นสนุกสนาน หรือถ้ามีคนบอกว่าหมอนวดดีพาไปรักษา ไม่มีเงินก็ไปหยิบยืมมาให้ก่อน บางครั้งผู้ป่วยก็เอาแต่ใจตนเอง สาเหตุที่ลูกไม่ค่อยมาเล่นด้วยเพราะบางทีเขาไม่มั่นใจว่าพ่ออารมณ์ดีไหม บางครั้งทักถามสารทุกข์พดลว่า บางครั้งเล่นกระเช้าเล่นโยกให้พ่อสบายใจก็เอาขวดน้ำอัดลมขว้างใส่เค้า บางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับความพิการได้ คาดหวัง แสวงหาพ่อไม่ได้ตามที่คาดหวังก็ดูว่าครอบครัวจะมีความสุข ถ้าผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ได้บ้าง ถ้ายอมรับและเข้าใจลูกบ้างจะไม่เครียดมากขนาดนี้

ภาวะการเจ็บป่วยครั้งนี้สิ่งที่เปลี่ยนไป คืออารมณ์ร้าย หงุดหงิดมาก เงินทองใช้จ่ายขัดสน คุ้ยสิ่งสอนลูกไม่ได้ ลูกภรรยาไม่เอาใจใส่เท่าที่ควรจะเป็น เบื่อชีวิต โกรธจัดขว้างปาข้าวของ ที่อยู่ใกล้มือ ความคาดหวังที่ยอยากให้ลูกเอาใจใส่ ภรรยาดูแล ในเรื่อง พาไปฝึกเดินที่สวนหย่อมใกล้ บ้านบ้าง พาไปอบสมุนไพรบ้างพาไปนวดบ้าง คิดว่าไม่ได้เรียกร้องมาก ไม่บ่อยอาจจะ 2-3 เดือนครั้งก็ได้ ความคาดหวังของตนเองคิดว่าลูกไม่ลำบากมากนักไม่ต้องใช้เงินมากก็ได้ ขณะเดียวกันคือต้องการกำลังใจจากครอบครัว การที่ลูกหาข้าวให้กิน รับผิดชอบในบ้านทำงานหนักมากขึ้นยอมรับว่าลูกทำดีมากและภูมิใจที่มีลูกดี แต่สิ่งเหล่านี้ทดแทนความรู้สึกที่ต้องพิการต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่ได้ บางครั้งทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่ามากขึ้นด้วย

ภรรยาเล่าว่าในช่วงที่เริ่มป่วย ทุกคนในบ้านค่อนข้างเครียดมากกลัวว่าจะช่วยตนเองไม่ได้เลย ถึงแม้จะยังเบิกได้ แต่ยังมีค่าใช้จ่ายในบ้านค่าเดินทางที่ต้องใช้เงิน ได้ปรึกษาลูกว่า พวกเราจะทำอะไร พ่อมาป่วยขนาดนี้ เงินก็มีน้อย ลูกบอกว่า แม่อย่าคิดมากเลย ลูกจะช่วยกันเอง ขอให้แม่ดูแลพ่อดีๆ เราต้องสู้ คนอื่นทุกข์แหย่ว่าเรา ลำบากมากกว่าเรา เค้ายังอยู่ได้เลย ครอบครัวเรามากกว่าคนอื่น เราช่วยกันได้รับการพ่อคนเดียว ลูกตั้ง 3 คน ซึ่งทำให้ครอบครัวมีกำลังใจ สู้มาถึงทุกวัน มั่นใจว่าลูกเราดี ต้องเชื่อลูก ช่วงป่วยขณะนั้นรักษาตัวที่ อุบล มีญาติมาเยี่ยมทุกวัน ใครมีญาติก็เอามาให้ นำหมอนที่เก่งมานวด พี่สาวของผู้ป่วยก็ดีมากให้กำลังใจ ทุกคนมั่นใจว่าคนไข้ต้องดีขึ้น ทำให้ความเครียดความกังวลลดลง คิดว่าไม่ได้เผชิญปัญหาตามลำพัง เวลาผู้ป่วยคนเดียวอารมณ์เสียมาก ๆ ลูกเตือนพ่อเสมอว่า ทำไม่พ่อต้องไววายวาย ไม่ต้องทำอะไรคนอื่นเค้าเป็นมากกว่าเรา ลูกรู้และเข้าใจว่าพ่อรู้สึกอย่างไร พ่อคาดหวังผลทันทีไม่ได้ ยิ่งคิดถึงกลุ่มสุขภาพจิตจะไม่ได้ ลูกดูแลพ่อทุกวัน ไม่เคยทิ้งเลย พ่ออยู่กับลูกอย่าคิดไปอยู่สถานสงเคราะห์เลย แต่ถ้าพ่อไปอยู่ศูนย์สิรินธรฯเพื่อฝึกอีกครั้งลูกไม่ว่าถ้าเจ้าหน้าที่รับ แต่ แม่ไม่ต้องไป พ่ออยากทำอะไรก็ทำไปเลย ผลออกมาเดินได้ไม่ดีกว่าที่เป็นอยู่พ่อต้องยอมรับ เลิกงานลูกจะแวะไปเยี่ยมเอง

ความยากลำบากในการรักษาแบบไปกลับคือ การเดินทางซึ่งจำรถ เสียเงินครั้งละ 300-500 บาท การบริการของศูนย์ฯส่วนใหญ่ดี นักกายภาพดีมากติดตามถามตลอดเป็นใจบ้าง ไปอุบลยังเขียนจดหมายไปถามหมอยาบาลชุดขาวดีบางครั้งดูเสียงดังไม่ค่อยเลือกปฏิบัติ ส่วนเจ้าหน้าที่ชุดเหลือง ผู้ช่วยกายภาพชอบด่า บางคนพูดไม่ดี อย่างกรณีการฝึกเดิน เขาจะไม่ถามว่าทำไมเราเดินไม่ได้ตามที่เค้าสั่ง ไม่มีเหตุผล บางทีผู้ป่วยคิดว่าอยากจะได้เดินให้ดีกว่านี้ เค้าก็จะบอกว่าจะไม่สามารถเดินได้ดีกว่านี้ และคิดว่าคงเป็นสาเหตุที่ต้องออกจากศูนย์ฯ ผู้ช่วยกายภาพบอกกับผู้ป่วยว่า ไม่ต้องกลับมาที่ศูนย์ฯอีกแล้ว เพราะฝึกไม่ได้ดีไปกว่านี้หรอก ถ้ากลับมาไม่รับฝึกให้ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่กล้ามาติดต่อกับศูนย์ฯอีก

ผู้ป่วยคิดว่าตนเป็นคนทีกลัวความตาย และถ้าทำอะไรพยายามต้องตายแน่นอน ซึ่งเป็นวิธีการสร้างกำลังใจให้ตนเองมาตลอด

กรณีศึกษาที่ 4 เป็นชาย อายุ 67 ปี ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร มีบ้านเป็นของตนเอง เดิมผู้ป่วยอาชีพเป็นพนักงานขายบริษัทเอกชน ภรรยาเปิดร้านตัดเย็บเสื้อผ้าในบ้าน ครัวครัวฐานะปานกลาง มีบุตร 4 คน ชาย 1 หญิง 3 คนสุดท้องเพิ่งเรียนจบยังไม่มืงานทำ อีก 3 คนทำงานแล้วและแยกบ้านออกไปแล้ว 2 คน ปัจจุบันอยู่กับภรรยา ลูกสาวคนที่ 2 และคนสุดท้อง บ้านที่อยู่ปัจจุบันเป็นบ้าน 2 ชั้น ครึ่งไม้ครึ่งปูน ชั้นบนเป็นที่พักอาศัย ชั้นล่างเปิดร้านตัดเสื้อ ค่าขายเล็กๆน้อยๆ หลังจากผู้ป่วยภรรยาและลูกสาว จะย้ายลงมาอนกับผู้ป่วยที่ชั้นล่างหมด เพราะไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้

ได้เข้ารับการฟื้นฟูแบบในสถาบันที่ศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูนานต่อเนื่องกัน 252 วัน โดยวินิจฉัยว่าเป็นอัมพาตครึ่งซีกขวา(ครั้งที่ 3) จากเลือดออกในสมอง ระหว่างฟื้นฟูด้วยวิธีทางกายภาพและกิจกรรมบำบัด ได้รับการฝังเข็มในรพ.ด้วย

ประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดในสมองมาแล้ว 3 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อปี 2535 ขณะที่คนไข้ดูทีวี (เวลา 24.00 น) รู้สึกปวดท้องและปวดศรีษะ รู้สึกตัว มีสติตลอดเวลา แขนขาซ้ายเริ่มอ่อนแรง ลูกสาวจึงพาส่งโรงพยาบาลจุฬาฯเพราะมีญาติเคยทำงานที่นั่น ระหว่างทางมีอาการอาเจียน ถึงรพ.แพทย์ทำ CT-scan ตรวจความดัน พบว่าความดันโลหิตสูงมาก 220/120 แพทย์บอกว่าเส้นเลือดในสมองแตก คนไข้ยังรู้สึกตัวตลอดเวลา แต่แพทย์ให้อยู่รพ. ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลมีการทำกายภาพบำบัด อยู่ได้ 2 สัปดาห์หมอก็ให้ออกมาอยู่บ้าน หลังจากนั้นประมาณ 1 เดือน ก็ฟื้นตัวเกือบ 90 เปอร์เซนต์ ช่วยตัวเองได้ดี เดินได้ แพทย์นัดตรวจความดัน ผลปกติแล้ว แต่ก็วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ให้กินยาควบคุมเพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีก ผู้ป่วยย้ายมารักษาที่คลินิกต่อ และรักษาที่คลินิกเกือบตลอดช่วงปี 2536 ซึ่งตอนนั้นอาการดีขึ้น เดินได้ดี กลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ขึ้นรถเมล์ไปไหนมาไหนเองได้ เป็นช่วงที่คนไข้มีความสุข ตรวจเช็คความดันบางครั้ง อาการเกือบปกติ

ปลายปี 2537 ญาติแนะนำให้ไปหาหมอจีนเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมาบริการที่ศาลเจ้าแม่โพสพข้างบ้าน ยาที่ได้เป็นยาหม้อ กับยาเม็ดลดความดัน ซึ่งต้องดยาแผนปัจจุบันที่กินอยู่ เพื่อจะได้รู้ว่ายาลูกจีนได้ผลหรือไม่ รักษาหมอจีน เป็นเวลา ประมาณ 2-3 เดือน

จนกระทั่งกุมภาพันธ์ 2537 ระหว่างที่ทานอาหาร สังสรรค์อยู่กับเพื่อน มีอาการปากเบี้ยว แขนขาซีกขวาอ่อนแรง แต่รู้สึกตัวตลอด เพื่อนนำส่งโรงพยาบาลเมโย แพทย์ตรวจ CT-scan พบเส้นเลือดบริเวณสมองส่วนกลางแตก อาการขณะนั้นพูดไม่ชัด เดินไม่ได้ ซีกขวาอ่อนแรง จึงต้องนอนห้อง ICU 2 วัน แล้วย้ายออกมาอยู่ห้องธรรมดาอีก 1 สัปดาห์ได้ทำกายภาพบำบัดทุกวัน จึงได้กลับบ้าน

ตอนออกจากโรงพยาบาลเมโยผู้ป่วยกำลังเริ่มหัดเดิน โดยต้องมีคนช่วย จึงย้ายตามแพทย์เจ้าของไข้ (ศัลยแพทย์ระบบประสาท)มารักษาต่อที่รพ.รามาฯ แพทย์ยังคงให้ทานยาลดความดันต่อเนื่อง และส่งไปหน่วยฟื้นฟู จึงได้มาฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกที่รพ.รามาฯสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำต่อเนื่องประมาณ 3 เดือน ส่วนการรักษาความดันโลหิตสูง ก็ยังคงอยู่ในความดูแลของศัลยแพทย์ระบบประสาทมาตลอด (Minipress 1 mg. เข้า-เย็น และ B1,6,12) โดยไม่มีคำแนะนำในเรื่องอื่นๆเลย

เป็นเวลาประมาณ 1 ปี ผู้ป่วยเดินได้ดีขึ้นโดยใช้ไม้เท้าช่วยคนเดียว ไม่มีอาการเกร็ง ใช้มือขวากินอาหารได้ ญาติรู้สึกว่าการที่ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เกือบ 90% ยกเว้น เรื่องการเดินและการพูดที่ฟื้นตัวได้แค่ประมาณ 70% ช่วงหลังจากหยุดทำกายภาพบำบัดที่รพ. ก็จะฝึกต่อที่บ้าน ใช้ไม้เท้า และเกาะราว มีคนช่วยพยุง

มีอยู่ครั้งหนึ่งไปเอายาจีนจากเมืองกาญจนบุรี ตามคำแนะนำของญาติ เสียค่ายาประมาณ 1,000 บาท และอีกครั้งไปปรึกษากับหมอพระ ที่วัดคลองใหญ่ (ท่าเรือข้ามเกาะช้าง) จ.ตราด วิธีการคือ เจาะเลือดที่ปลายเท้า และทาน้ำมันนวดตามเส้น ทำติดต่อกัน 1 สัปดาห์ โดยพักนอนที่วัด รู้สึกว่าทำแล้วดีขึ้นจากเดินไม่ไหว ก็สามารถวิ่งเหยาะๆได้ เมื่อกลับบ้านก็นวดต่อกันเอง แต่ไม่มีน้ำมัน ไม่ได้เจาะเลือดปลายเท้า ส่วนค่ารักษาของที่นี่แล้วแต่จะบริจาค

หลังเป็นครั้งที่ 2 นี้ไม่ได้ทำงานอีก เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจไม่ดี จึงไม่มีงานทำ และผู้ป่วยเองก็ไม่อยากทำงานด้วยเพราะมีปัญหาการเดินทาง การพูด แต่ช่วงนั้นก็พยายามดูแลสุขภาพตัวเอง ได้ไปร่วมวิ่งกับเพื่อนที่สวนจตุจักรเป็นประจำ ทำอยู่ประมาณ 1 ปี ส่วนยาควบคุมความดันโลหิตสูงก็ให้ลูกสาวรับให้โดยตัวไม่ได้ไปกับหมอที่รพ.รามาศคนเดิม และได้ยาเหมือนเดิมมาตลอดตั้งแต่ 2537

การเจ็บป่วยครั้งที่ 3 เป็นที่บ้าน หลังรับประทานอาหารเย็น นั่งเล่น ดูทีวี เวลาประมาณ 3 ทุ่ม จึงไปอาบน้ำ ระหว่างอาบน้ำรู้สึกแขนขาข้างขวาอ่อนแรงลงไปอีก จึงค่อย ๆ ย่อตัวลงไปนอนในห้องน้ำ ผู้ป่วยรู้ตัวตลอดเวลา เรียกญาติส่งโรงพยาบาลรามาศ หมอให้นอนดูอาการ 3 วัน จึงให้กลับบ้าน และบอกว่าคนไข้จะช่วยตัวเองไม่ได้แล้ว ต้องมีคนดูแล เพราะเป็นครั้งนี้ชักขาไม่มีแรงเลย นั่งไม่ได้ พูดสื่อสารไม่ได้แต่ฟังเข้าใจ ญาติต้องช่วยแม้แต่การพลิกตัวซ้าย-ขวา ความดันควบคุมได้

หลังกลับมาอยู่บ้านได้ประมาณ 10 วันญาติคิดว่าผู้ป่วยควรได้ทำกายภาพบำบัด จึงพาไปที่ศูนย์สิรินธรเพราะมาเดินทางผู้แทนยาที่ประจำจึงรู้ว่าที่นั่นทำฟื้นฟูคนพิการ อาการขณะนั้นนั่งเองไม่ได้ต้องมีที่พิง ลูกยืนไม่ได้ ไม่สามารถช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันได้เลย ใช้รถเข็นตลอดโดยมีคนเข็นให้ แพทย์ได้รับเข้าฟื้นฟูที่ศูนย์แบบผู้ป่วยใน(ระหว่างกรกฎาคม 2541- เมษายน 2542 รวม 252 วัน) ซึ่งตอนแรกคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 6 เดือน อาการน่าจะดีขึ้น และหลังจาก 6 เดือนอาการก็ดีขึ้นมากอย่างเห็นชัดเจน ญาติพอใจผลการฟื้นฟู

ครั้งสุดท้ายที่เป็นผู้ป่วยก็กินยาควบคุมความดันมาตลอด ญาติสงสัยว่าทำไมจึงเป็นอีกได้ จึงไปปรึกษาเรื่องการเข้ารักษาที่ศูนย์สิรินธรที่รพ.เอกชนแห่งหนึ่งเพราะลูกสาวเป็นผู้แทนยา ได้คำแนะนำว่าควรเปลี่ยนยาเพราะคนไข้มีอาการไตอยู่ที่เคยใช้ยาดิเรม(Minipress) แต่ไม่รู้เพราะว่าผู้ป่วยไม่ได้ไปเช็คความดัน จึงทำให้กลับมาเป็นได้อีก

ระหว่างฟื้นฟูที่ศูนย์ฯ ผู้ป่วยก็จะไปรักษาด้วยวิธีอื่นควบไปด้วย เช่น ญาติจะขอรับกลับบ้านช่วงเสาร์-อาทิตย์ และพาไปฝังเข็มที่โรงพยาบาลนนทเวช ซึ่งยังทำต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายประมาณ 80 บาทต่อครั้ง (ไม่รวมค่าเดินทาง) แต่มีบางครั้งที่เว้นไปเกือบ 6 เดือน เนื่องจากญาติเห็นว่าผู้ป่วยมักจะดื้อไม่ชอบช่วยตัวเอง อยากหายด้วยอินินหาร แม้ว่าญาติจะเชื่อว่าการฝังเข็มเป็นตัวช่วยลดอาการเกร็ง เส้นไม่ตึง ผักเดินง่ายขึ้น ซึ่งหมอก็ฝังเข็มก็คิดว่าการฝังเข็มไม่ได้จะทำให้หาย แต่ช่วยเสริมเท่านั้น ยังเน้นให้ผู้ป่วยฝึกโดยทำกายภาพด้วยเสมอ ส่วนอีกที่ที่ไปและยังคงไปหาอยู่จนถึงทุกวันนี้ คือ หมอพื้นบ้านอยู่ในกรุงเทพฯ นี้เอง จะรักษาด้วยการพูดคุยและเป่ากระหม่อมให้ โดยไปหาเพื่อทำทุกวันเสาร์

นอกจากนั้นบางช่วงเสาร์ อาทิตย์ญาติ คนไข้ไปรักษาแผนจีนโบราณ ที่จังหวัดพิษณุโลกเป็นการถ่ายเลือดเอาเลือดเสียออกให้เปลี่ยนเลือดใหม่ และมียาสมุนไพร รักษา 8 ครั้ง ๆ ละ 400 บาท(ไม่รวมค่าเดินทาง ซึ่งต้องเหมารถไป) 1 เดือน ไป 2 ครั้ง ญาติคิดว่าอาการไม่ได้ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยชอบ และอีกที่หนึ่งที่ไป คือจ.ชลบุรี วังม่วง รักษาหมอเทวดา ไม่ประทับใจเท่าไร

ลูกสาวเล่าว่า ปัจจุบันไม่ได้แสวงหาการรักษาที่ไหนแล้ว เพราะเหนื่อย ตอนออกจากศูนย์สิรินธรฯ หมอก็บอกว่าไม่ต้องไปที่ไหนอีกแล้ว ให้ทำกายภาพอย่างเดียว แต่พอชอบและมีความสุข มีกำลังใจว่าจะหาย อยากหายด้วยอิทธิฤทธิ์มากกว่าช่วยตนเอง การตัดสินใจในการรักษาแผนโบราณแต่ละครั้งญาติจะดูรายละเอียด ระวังเรื่องความปลอดภัยและจะไม่ทำอะไรที่เสี่ยงมาก ซึ่งส่วนใหญ่ถ้าพอชอบและสบายใจก็จะพาไป การรักษาแผนโบราณเป็นเรื่องที่พิสูจน์ไม่ได้ แต่ถ้าไม่เสียหายอะไรเราก็ทำ เพราะทำกายภาพอย่างเดียวพอจะเบื่อ ไปทำทุกครั้งที่เวลาไปรักษาที่ไหนๆจะสอบถามค่าใช้จ่ายก่อน ค่าใช้จ่ายหลัก ๆ คือค่าน้ำมันรถ เพราะไม่มีรถเป็นของตัวเอง นอกจากนั้นบางครั้งก็มีการนวดโดยจ้างคนมานวดที่บ้าน อาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 100 บาท/ครั้ง

ลูก 4 คน ทำงานแล้ว 3 คน ไม่มีใครมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลเลย คนใช้มีบัตรประจำตัวคนพิการ ซึ่งจดทะเบียน ปี 2541 หลังออกจากศูนย์สิรินธรฯ สาเหตุหลักการจดทะเบียนคนพิการคือ ต้องการใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์ เช่น การทำกายภาพ การรักษาเกี่ยวกับความพิการ ส่วนสิทธิอาชีพนั่นไม่ต้องใช้ ผลการจดทะเบียนคนไข้ได้รถเข็น 1 คัน ส่วนการเจ็บป่วยอื่นๆใช้สิทธิผู้สูงอายุ(ใช้บริการที่ศูนย์ 24 กทม.และรพ.ราชวิถี)

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวค่อนข้างอบอุ่น ลูกๆที่แยกครอบครัวแล้ว ก็ยังไปมาหาสู่เสมอ ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแล ครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกัน อาทิ เทศกาลปีใหม่ ตรุษจีน สงกรานต์ ไปงานเลี้ยง นัดทานข้าวนอกบ้าน เที่ยวนอกสถานที่ ไปทำบุญช่วงเทศกาลทางพุทธศาสนา ไปสวนมนต์ทุกวันเสาร์ช่วงเช้าพรรษา ถวายเทียนพรรษา บ้านคุณยายต่างจังหวัด ไม่เคยปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวเลย

มีเพื่อนเก่าที่สนิท 2-3 คนแวะมาเยี่ยมบ้าง โทรศัพท์มาคุยด้วยบ้าง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความสุขมาก เป็นเพื่อนที่เข้าใจกัน ใจเย็น คุยสนุก ฟังพอพูดได้ และมีญาติแวะมาเยี่ยม ถวายสารทุกข์สุขสวัสดี สำหรับลูกๆ คนไข้รักลูกชาย ชอบพูดคุย คิดถึง เพราะเอาใจเก่ง ใจเย็นถ้าช่วงไหนหายเจ็บไปก็จะให้โทรตาม และจะคุยโทรศัพท์ด้วย ครั้งละนานๆ ผู้ป่วยจะมีความสุขมากเวลาที่หลาน(ลูกของลูกสาวคนโต)มาเยี่ยม ซึ่งมักแวะมาในช่วงหลังเลิกเรียน วันหยุด ส่วนลูกคนที่ 2 ซึ่งอยู่บ้านเดียวกัน จะเป็นหลักในการดูแล หารายได้เลี้ยงครอบครัว มักจะชอบขัดแย้งกับผู้ป่วย เพราะลูกสาวชอบพูดเสียงดัง เร็วคล้ายสั่ง และบังคับให้ทำกายภาพ เพราะเชื่อว่าถ้าพ่อทำกายภาพอย่างถูกต้อง สมองพอจะดีขึ้นกว่านี้ แต่พ่อคือ เอาแต่ใจตนเอง อยากหายแบบอิทธิฤทธิ์ซึ่งเป็นไปไม่ได้ เป็นคำบอกเล่าที่ลูกสาวย้ำ

ตั้งแต่ออกจากศูนย์สิรินธรฯ ผู้ป่วยพอเดินได้ด้วยไม้เท้าสามขา แต่ต้องมีคนอยู่ใกล้ๆ ถ้าไปไหนไกลๆจะใช้รถนั่งคนพิการ ส่วนกิจวัตรประจำวันก็ยังมีคนช่วย ซึ่งก็ช่วยเพียงเล็กน้อย เนื่องจากลูกและภรรยาต้องทำงานจึงจ้างผู้ดูแล เป็นผู้ช่วยประจำ เดือนละ 3,000-4,000 บาท /เดือน คนแรกเป็นคนแถวบ้านดูแลไปกลับ ต่อมาแต่งงานเลิกไป ส่วนใหม่เพิ่งมาอยู่ได้ 8 เดือน ยังค่อนข้างเด็ก เอาใจใส่ ดูแลดีพอสมควร พยายามฝึกตามที่ญาติบอก แต่ผู้ป่วยไม่ค่อยชอบ เด็กผู้ช่วยมีหน้าที่ช่วยการทำกิจวัตรประจำวันในส่วนที่คนไข้ไม่สามารถทำได้ ช่วยเรื่องการทำกายภาพ พาคนไข้เดิน ซึ่งผู้ป่วยทำตามบ้าง ไม่ทำตามบ้าง กรณีไม่ทำภรรยาจะงู้อะไรบ้าง ผู้ป่วยจึงยอมทำ เพราะเกรงใจภรรยา

ผู้ป่วยบอกว่าสาเหตุ ที่อารมณ์เสีย หงุดหงิด เพราะว่าพูดแล้วคนไม่เข้าใจ จู้จี้มากเกินไป บอกให้ทำอย่างหนึ่งไปทำอีกอย่างหนึ่ง เวลาพูดอะไรออกไปคนไม่เข้าใจในสิ่งที่เราพูด เข้าใจไม่ทั้งหมดเหมือนที่เราอยากจะทำ บอก ขณะที่ผู้ป่วยพูดติด ลูกสาวจะเร่งกระตุ้นว่า พูดซิว่า หมอถาม พูดซิเร็ว ยิ่งทำให้พูดติดมากขึ้น ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น ซึ่งภรรยาบอกว่า แกจะเครียดเวลาพูด เพราะไม่ได้ตั้งใจ บางครั้งเด็กที่ดูแลห่วยดี อยากเอา

ใจ เห็นแม่แย่งเล่นกับพ่อค้าอยากทำบ้าง เล่นแลบลิ่นใส่ พ่อไม่พอใจ ว่าเค้าเป็นผู้ใหญ่แล้วทำไมมาเล่นกับเค้า อย่างนี้ มองว่าเด็กไม่รู้กาลเทศะ ไม่ใช่คนในครอบครัว ซึ่งเด็กหวังดีเรารู้

อีกเรื่องที่ผู้ป่วยมักไม่พอใจมากคือ เมื่อมีคนมาสั่งให้ทำกายภาพ เช่น เด็กที่ดูแลฝึก ลูกสาว เพราะคนไข้จะไม่เชื่อใครเลย ยกเว้นหมอ นักกายภาพ แต่ถ้าเป็นภรรยา พอจะเชื่อบ้างเพราะรู้ว่า ถ้าไม่ทำจะปล่อยทิ้งจะไม่ดูแลแล้วนะ ซึ่งผู้ป่วยก็จะไม่โกรธ

กิจวัตรประจำวันปัจจุบันตื่นตี 5 ตื่นขึ้นอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน ทานน้ำเต้านู้ (ขาดไม่ได้เลย) ทานข้าว แล้วจึงมาออกกำลังกาย โดยนั่งบนเก้าอี้เตะขา 50 ครั้ง ยกขา 50 ครั้ง (ซึ่งบางครั้งไม่ได้ทำเพราะไม่สะดวกเรื่องสถานที่ และถ้าเด็กบอกว่ายังไม่ทำเลย) ประมาณ 10 โมงเช้า เริ่มเดินในบ้าน 3-4 เที้ยว นั่งเล่นหน้าบ้าน กลางวันนอนพัก ประมาณ 4 โมงทานข้าวเย็น(ทานข้าว 2 มื้อ เพราะไม่อยากอ้วน ภรรยาก็ปฏิบัติเหมือนกัน) พัก ดูทีวี 3 ทุ่มก็เข้านอน

ความคาดหวังของคนไข้คือ อยากเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย เดินไม่เท่าไม่เป็นไร แต่ไม่ชอบให้คนช่วย เวลามีคนมาช่วยแล้วรู้สึกรำคาญ เบื่อ เค้าไม่เข้าใจ การสื่อสารที่ยากลำบากของคนไข้ทำให้เป็นปัญหาพอสมควร

ลูกสาวเคยคิดจะจ้างนักกายภาพบำบัดมาฝึกพ่อที่บ้าน แต่ทราบว่าแพงมากจึงทำไม่ได้ ยังอยากให้พ่อได้ทำกายภาพที่ศูนย์สิรินธรฯ ต่อเนื่องระยะหนึ่ง เพื่อให้เด็กที่ดูแลจะได้เรียนรู้วิธีทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด แล้วสามารถนำมาทำต่อที่บ้านได้ คิดว่าอนาคตอาจจะกำหนดตารางการฟื้นฟู การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัดให้พ่อทำที่บ้าน อยากได้รับคำแนะนำการปรับสภาพบ้าน เพื่อให้พ่อใช้รถเข็นในบริเวณชั้น 1 ได้สะดวกขึ้น

ภรรยาและลูกสาวคนที่ดูแลแล้วว่า หลังการเจ็บป่วย ครอบครัวไม่รู้สึกละเปลี่ยนแปลงมากนัก เพราะว่าที่ผ่านมาไม่ได้พึ่งพาผู้ป่วยมากนัก ก่อนที่จะเจ็บป่วยพิการผู้ป่วยเป็นคนใช้ชีวิตประมาท ชอบดื่มเหล้า เพื่อนมาก ดื่มทุกวัน อยู่คนเดียวก็ดื่ม เล่นการพนันจนเกือบไม่มีบ้านอยู่ ขนาดซื้อบ้านไว้ วางเงินจองไว้ เอาเงินที่จะจ่ายค่าบ้านขณะนั้น สองแสนกว่าบาทไปเสียการพนันหมด กว่าจะหาเงินมาซื้อบ้านที่อยู่ทุกวันนี้ได้ ก็แทบแยภรรยาและลูกๆ ต้องช่วยกัน ที่พ่อเขาเสียใจ น่าจะเป็นเพราะเขาเสียสังคมที่เขาชอบมากกว่า

ภรรยาเสริมอีกว่าตอนป่วยครั้งแรกไม่ค่อยรู้สึกเท่าไร เพราะไม่นานก็หายเกือบเท่าปกติ ทำงานได้ คุยกับลูกค้าได้ พบปะเพื่อนฝูงได้เหมือนเดิม พอป่วยครั้งที่ 2 เดินได้บ้าง เดินเข้าห้องน้ำได้ ช่วยตนเองได้ ทำงานไม่ได้ไม่เป็นไร เพราะเป็นช่วงเศรษฐกิจไม่ดี ก็ยังไม่รู้สึกแยเท่าไร มองว่าเป็นการเจ็บป่วยธรรมดา

พอป่วยครั้งที่ 3 ทำอะไรไม่ได้เลย นอนอย่างเดียว ต้องมีคนคอยพลิกตัวให้ตลอดเวลา รู้สึกเครียดมาก แต่เขาจะโทษใครไม่ได้เพราะทำตัวเอง ครอบครัวมักดักเตือนไม่เคยฟังไม่เคยสนใจ ไม่รักตัวเอง สุดท้ายสร้างปัญหาให้คนในบ้านลำบาก พอได้พูดออกมาบ้างทำให้คลายเครียด พอคิดได้ก็สงสาร แต่มันเหนื่อยมาก เราอยู่กับคนไข้เกือบ 8 ปี ปรึษาใจมาตลอดทีละนิด ทำใจได้ว่าเราดีกว่าคนอื่นเยอะเลย การเจ็บป่วย เกิด แก่ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา มารู้สึกปลงและยอมรับได้จริงเมื่อปีที่ผ่านมามีเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้นคือคนรู้จักเป็นนลูกค้าประจำร้านเสริมสวยตรงข้ามบ้าน มีลูกชายอายุประมาณ 35 ปี เป็นหนุ่มหล่อมาก ขับรถมารับส่งแม่ทำผมประจำ ถ้าเห็นผู้ป่วยจะทักยิ้มให้ อาทิตย์หนึ่งมาประมาณ 2-3 ครั้ง อยู่มาวันหนึ่งแม่เค้าใส่ชุดดำ ถ้าม้าบอกว่า ลูกชายเค้าเสียแล้วจากอุบัติเหตุ ทำให้ป้าคิดปลงได้และรู้สึกที่เราโชคดีที่ยังเห็นกันอยู่ ยังได้ดูแลกัน ถึงช่วยตัวเองไม่ได้เราก็ยังอยู่ด้วยกัน ที่สำคัญอย่างหนึ่งช่วยให้ป้าไม่เครียด ทำใจได้เร็วคือลูกๆ โดยเฉพาะลูกสาวรักครอบครัวมาก

เป็นคนดีมาก เป็นธุระติดต่อหมอ ถ้ามเพื่อน คนรู้จักที่คิดว่าจะช่วยพ่อได้เค้าจะทำทันที ทำให้เรารู้สึกว่าเราไม่ตัน มีทางแก้ปัญหาเสมอ รายได้พอมีที่ใช้จ่ายได้ตามที่จำเป็น เหนือนี้ก็รู้สึกว่าเราดีกว่าคนอื่นมากเลย ป้าคิดได้ สบายใจ มีความสุข ไม่ค่อยอารมณ์เสียกับคนไข้มากนัก เข้าใจคนไข้มากขึ้น ลูกๆ เป็นกำลังใจให้กันและกันช่วยกัน ใครว่างก็ช่วยเป็นธุระให้พ่อ สิ้นเดือนใครหาได้มากให้มาก ใครภาระมากก็ไม่ว่ากัน เหนือนี้คนเราก็คงสบายใจแล้ว