

บทความวิจัยฉบับ :

ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการให้บริการ การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดนครราชสีมา

The Effectiveness of Service System Development on the Intermediate Care Patient,

Nakhon Ratchasima Province.

วารังคณาง ลิมสุวรรณเกษม

Warangkanang Limsuwankasem

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office

เบอร์โทรศัพท์ 08-7253-9395; E-mail ju\_judy333@yahoo.co.th

วันที่รับ 31 ส.ค.2565; วันที่แก้ไข 9 ก.ย.2565; วันที่ตอบรับ 19 ก.ย.2565

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาสถานการณ์ และ ศักยภาพ โรงพยาบาลและบุคลากร ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 ถึง สิงหาคม 2565 โดยใช้กระบวนการวิจัย 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ การสำรวจ การพัฒนา และการประเมินผล กลุ่มเป้าหมายและเครื่องมือถูกกำหนดขึ้น ภายใต้กระบวนการวิจัยในแต่ละระยะ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 32 แห่ง โรงพยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย เครื่องมือทุกประเภทผ่านการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม แบบประเมินศักยภาพหน่วยบริการ แบบประเมินศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน แบบบันทึกการลงเยี่ยมติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน และ แบบประเมินความ

พึงพอใจในการได้รับการดูแลสำหรับผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ สถิติเชิงวิเคราะห์

ผลการวิจัย พบว่า การให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายที่มีศักยภาพไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การบริหารพื้นที่สภาวะระยะกลาง โรงพยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด ผู้ที่มีความรู้และด้านทักษะไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ทั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ภายใต้ตัวแบบ “**KORAT TELE 3C Model**” ซึ่งผลการนำตัวแบบนี้ไปใช้ พบว่าโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การบริหารพื้นที่สภาวะระยะกลางทั้ง 13 แห่ง มีศักยภาพในการให้บริการเพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นเช่นกัน รวมถึงผู้ป่วยได้รับการลง

เยี่ยมติดตามตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการให้บริการ ทั้งนี้ ในการวิจัยครั้งต่อไป จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลผ่าน สำหรับการให้คำปรึกษาติดตามผลการดูแล ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยการพัฒนาระบบ Tele consult เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดนครราชสีมา ให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** ประสิทธิภาพ; การพัฒนา; ระบบการให้บริการ; การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง; KORAT TELE 3C

#### Abstract

*This research is research and development, to study the situation and potential of hospitals and health professional officer, who are the providers for intermediate care patient (IMC) in Nakhon Ratchasima Province, which had operated from December 2021 to August 2022. The three key processes such as survey; development; and evaluation were conducted. The targets and tools had been established under the keys research process in each phase as 32 hospitals under the Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office; professional nurses; physical therapists; patients; and their relatives or care giver. Any tools had been approved on the quality such as: in-depth interview questions and group discussions; service unit potential assessment form; health professional officer capacity assessment form; community care visit*

*record form; and care satisfaction assessment form for patients and their relatives. The descriptive, and analytical statistic were used to data analysis.*

*The results showed that IMC patients had been cared on systematic operation. Moreover, Node of hospital and sub-node, professional nurse (PN), and physical therapist (PT) were not standardizing in potential, knowledge, and practice of IMC, had been adjusted to development. Thus, this research has developed IMC guideline under “KORAT TELE 3C Model”, which results indicated 13 nodes and sub-nodes, where were not potential of standard, had been promoted to more. Include, PN, and PT, who had been more improved in better knowledge and practice as well. Moreover, IMC patient had been higher visited, and monitored on standard. Their relatives just satisfied in care service also. However, in the next research is necessary to develop a model for the application of the telemedicine system through for consulting, follow up care, which is directly affected to the provision of care services. As Tele consult system will be developed for the care of IMC patients in Nakhon Ratchasima Province to be more efficient.*

**Key words:** Effectiveness; Service System; Development; Intermediate Care Patient; KORAT TELE 3C

#### บทนำ

ภายใต้ระบบสุขภาพของประเทศไทย ที่มีการพัฒนาการให้บริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมาก

ขึ้น ทั้งนี้ ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ได้เน้นให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง หรือ ผู้ป่วย Intermediate care เพิ่มขึ้น การดูแลระยะกลาง คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติ (acute phase) และมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วน ที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมในสังคม ทั้งนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ในโรงพยาบาล ไปจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ นอกจากนี้ ยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับญาติ หรือผู้ดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับรุนแรงในการพยากรณ์โรคและการฟื้นตัวไม่ดี เพื่อคงระดับความสามารถสำหรับเข้าสู่การดูแลระยะยาว จากรายงานการวิจัยของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) พบจำนวนผู้ป่วยระยะกลางทั้งหมด 105 ราย แบ่งเป็นประเภทให้ผู้ป่วยทำกายภาพที่บ้านจำนวน 49 ราย ทำกายภาพที่ตึกผู้ป่วยนอกจำนวน 50 ราย ไม่ระบุแผนฟื้นฟูจำนวน 6 ราย ทั้งนี้ จำนวนผู้ป่วย intermediate care จำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเมื่อแรกรับผู้ป่วยพบว่า มีแนวโน้มที่มีค่าระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่ำกว่า กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มที่จำหน่ายและให้ไปรับบริการกายภาพบำบัดแบบ OPD Case และกลุ่มผู้ป่วยที่พบในชุมชน อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ<sup>[1]</sup>

จังหวัดนครราชสีมาได้มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางในบางพื้นที่ โดยมุ่งเน้นเป้าหมายที่

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (traumatic brain injury) มีระยะเวลาอยู่ในช่วง 6 เดือนนับแต่วันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่<sup>[2]</sup> แต่ทั้งนี้ ยังพบว่า การดูแลระยะกลางยังมีความหลากหลายตั้งแต่การให้คำนิยาม วัตถุประสงค์บริบทในแต่ละพื้นที่ ตลอดจนรูปแบบหรือ โปรแกรมของบริการดูแลระยะกลางที่ขึ้นอยู่กับความพร้อมด้านทรัพยากรและบุคลากรที่มีในแต่ละพื้นที่ และในจังหวัดนครราชสีมาให้บริการผู้ป่วยในลักษณะเครือข่าย โดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ ออกเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 6 แห่ง และในแม่ข่ายได้ดูแล โรงพยาบาลลูกข่ายในการดำเนินงาน การให้บริการ ส่งต่อข้อมูล รับส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน ซึ่งผู้วิจัยต้องการสำรวจการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา ในส่วนโรงพยาบาลระดับ M และ โรงพยาบาลระดับ F ว่ามีการดำเนินการอย่างมีคุณภาพตามการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง อย่างไร เพื่อที่จะวิเคราะห์หาโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาพัฒนาและประเมินผลอย่างเหมาะสม และนำผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง มาสรุปผลการทำงานและใช้เป็นต้นแบบในการตอบสนองต่อปัญหา และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อไป

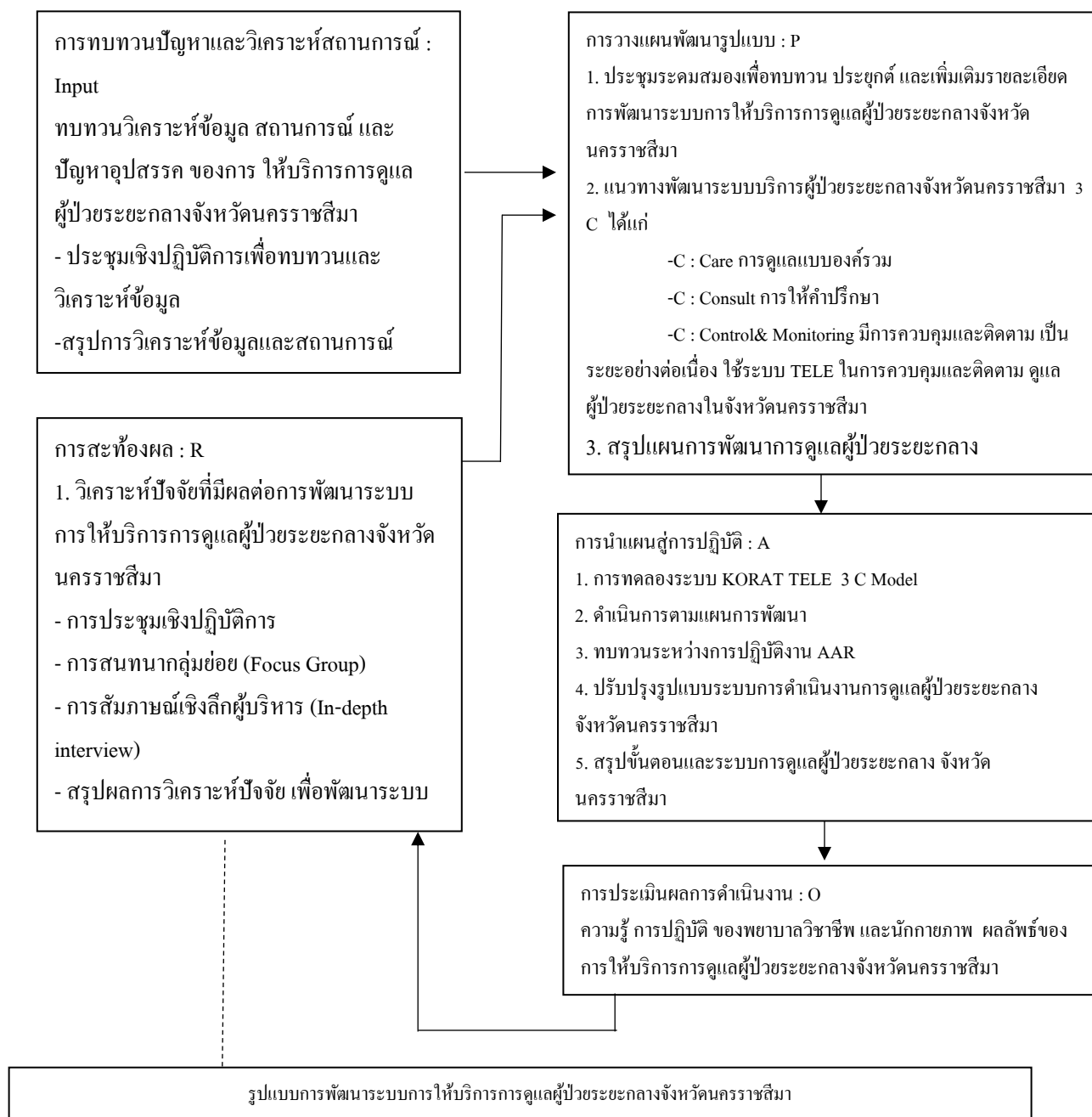
### วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ตั้งแต่

การศึกษาศานการณ์ การพัฒนารูปแบบบริการ และการประเมินผล โดยมุ่งเน้นไปยัง โรงพยาบาลและบุคลากร ให้มีศักยภาพตามเกณฑ์

## 2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวความคิดการพัฒนากระบวนการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดนครราชสีมา



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา  
ดำเนินการช่วงเดือนธันวาคม 2564 ถึงสิงหาคม 2565  
แบ่งกระบวนการของการวิจัย ออกเป็น 3 กระบวนการ  
หลัก ดังนี้

**กระบวนการที่ 1 การสำรวจ** มีวัตถุประสงค์  
เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และความพร้อมของหน่วย  
บริการสุขภาพ และบุคลากรสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน มี  
ขั้นตอน ดังนี้

1. จัดเวทีสนทนากลุ่ม และ สัมภาษณ์เชิงลึก  
ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายของ  
หน่วยบริการทั้งหมด 32 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ  
M1 จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลระดับ M2 จำนวน 4  
แห่ง โรงพยาบาลระดับ F1 จำนวน 6 แห่ง โรงพยาบาล  
ระดับ F2 จำนวน 15 แห่ง โรงพยาบาลระดับ F3  
จำนวน 4 แห่ง และ โรงพยาบาลระดับ S จำนวน 1  
แห่ง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ (1) แนวคำถามในการ  
สนทนากลุ่มและแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก  
และ (2) แบบประเมินศักยภาพการให้บริการดูแล  
ผู้ป่วยระยะกลางของหน่วยบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดย  
ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย  
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. จัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อประเมิน  
ความรู้และทักษะการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง  
ของสหวิชาชีพ รวมทั้งหมด 158 คน ประกอบด้วย (1)  
พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 61 คน และ (2) นัก  
กายภาพบำบัด จำนวน 97 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่  
แบบประเมินศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะ  
กลางของผู้ปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง

พรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน

**กระบวนการที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการ**  
มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการดูแล  
ผู้ป่วยระยะกลาง มีขั้นตอน ดังนี้

1. จัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนา  
รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง โดยการคืน  
ข้อมูลศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของ  
หน่วยบริการ และ ผู้ปฏิบัติงาน วางแผนเชิงกลยุทธ์  
และแผนปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบบริการดูแล  
ผู้ป่วยระยะกลาง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ (1) ผู้บริหาร  
หรือ ผู้แทนจากหน่วยบริการ จำนวน 32 คน (2)  
ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน และ (3)  
ตัวแทนนักกายภาพบำบัด จำนวน 32 คน รวมทั้งสิ้น  
96 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ เทคนิคกระบวนการวางแผน  
แบบมีส่วนร่วม โดยใช้ Mind Map และ กระบวนการ  
AIC (appreciation: influence: control)

2. จัดเวทีประชุมเพื่อประเมินคุณภาพรูปแบบ  
การให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่  
(1) ผู้บริหาร หรือ ผู้แทนจากหน่วยบริการ จำนวน 32  
คน (2) ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน และ  
(3) ตัวแทนนักกายภาพบำบัด จำนวน 32 คน รวม  
ทั้งสิ้น 96 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ เทคนิคการสนทนา  
กลุ่มเชิงวิพากษ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง  
พรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน

3. เลือกโรงพยาบาลแม่ข่ายจำนวน 2 แห่ง เพื่อ  
ใช้เป็นพื้นที่วิจัยเชิงพัฒนา วางแผนเชิงปฏิบัติการ และ  
ดำเนินการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง ตามรูปแบบที่

พัฒนาขึ้น หลังจากได้รับการรับรองเรื่องคุณภาพ การให้บริการแล้ว

4. จัดเวทีถอดบทเรียนการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ (1) ผู้บริหาร หรือ ผู้แทนจาก หน่วยบริการ จำนวน 32 คน (2) ตัวแทนพยาบาล วิชาชีพ จำนวน 32 คน และ (3) ตัวแทนนัก กายภาพบำบัด จำนวน 32 คน รวมทั้งสิ้น 96 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ เทคนิคการถอดบทเรียนการ ให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**กระบวนการที่ 3 การประเมินผล** มี วัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการ ให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง มีขั้นตอน ดังนี้

1. จัดเวทีประเมินศักยภาพหน่วยบริการ และ บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จากโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้ง 2 แห่ง เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพก่อนและหลังพัฒนา รูปแบบ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ (1) ผู้บริหาร หรือ ผู้แทน จากหน่วยบริการ จำนวน 4 คน (2) ตัวแทนพยาบาล วิชาชีพ จำนวน 19 คน และ (3) ตัวแทนนักกายภาพ บำบัด จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ (1) แบบ ประเมินศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ของหน่วยบริการ (2) แบบประเมินศักยภาพ การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของผู้ปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ เชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Paired t-test

2. ประเมินผลการให้บริการการดูแลผู้ป่วย ระยะกลาง หรือ ญาติผู้ดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถ

สื่อสารได้ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลาง หรือ ญาติผู้ดูแล จำนวน 59 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. จัดทำรายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์

### การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตามใบรับรองเลขที่ KHE 2021-074 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2564

### ผลการวิจัย

#### 1. รูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการการ ดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการพัฒนาระบบการ ให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดย การร่วมกันกับเครือข่ายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า “KORAT TELE 3C Model” เป็นรูปแบบที่ได้รับการ พัฒนาขึ้น (ดังภาพ 2) ประกอบด้วย 12 องค์ประกอบ ดังนี้

1) **K = knowledge** คือ องค์ความรู้ เป็นการนำ องค์ความรู้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะกลางมาใช้ ในการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ได้แก่ การนำ CPG รายโรค แนวทางปฏิบัติการบริการแบบผู้ป่วยใน การบริการแบบผู้ป่วยนอก และการบริการในชุมชน แนวทางการเยี่ยมบ้าน มาเป็นแนวทางการให้บริการสู่ การปฏิบัติจริงที่สอดคล้องกับบริบท

2) **O = online** คือ การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลในการจัดกิจกรรม ให้ความรู้ และติดตามการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

3) **R = refer** คือ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลผู้ป่วยในการดำเนินการ ดังนี้ มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาไปยังโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนโดยโปรแกรม R9 refer และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย จากโรงพยาบาลชุมชน ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการติดตามดูแล โดยโปรแกรม Thai COC มีการคัดกรองและส่งผู้ป่วยกลับ (refer back) จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาไปยัง โรงพยาบาลชุมชน 3 รูปแบบ ได้แก่ มีระบบ active refer back ในการส่งผู้ป่วยกลับโดยรถพยาบาลจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, รถพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนมารับผู้ป่วยกลับ หรือญาติผู้ป่วยมารับกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน

4) **A = advance** คือ การมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ได้แก่ อายุรแพทย์ระบบประสาท แพทย์ศัลยกรรมระบบประสาท แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลเฉพาะทางฟื้นฟูสภาพ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

5) **T = teamwork** คือ การขับเคลื่อนการทำงานในรูปแบบคณะกรรมการทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ มีการทำงานเป็นทีม โดยสหวิชาชีพ การสร้างเครือข่ายระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล ได้แก่ Care Giver (CG) นักบริบาลฟื้นฟู อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6) **T = timeline** คือ การกำหนดระยะเวลาในการติดตามดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ จังหวัดนครราชสีมา กำหนดเป้าหมายขึ้นมาเพื่อพัฒนาคุณภาพ ดังนี้ สหวิชาชีพ มีการติดตามเยี่ยม ครั้งที่ 1 ภายใน 1 สัปดาห์แรก หลังจำหน่าย และผู้ป่วยไม่กลับไปนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 เดือน หลังจำหน่ายกลับบ้าน

7) **E = evaluation** คือ การประเมินผลการให้บริการเป็นระยะตามเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว ที่สหวิชาชีพและผู้ป่วยตัดสินใจร่วมกัน โดยประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลและมีการพัฒนาไปสู่จุดมุ่งหมายที่วางไว้ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ และมีตัวชี้วัดควบคุมกำกับระดับกระทรวง เขต จังหวัด เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน โดยใช้ barthel index ในการประเมินผลการให้การดูแล

8) **L = lean** คือ การลดต้นทุน มีความคุ้มค่า เกิดประสิทธิผลสูงสุด ลดระยะเวลาในการเดินทาง ประหยัดงบประมาณ ลดค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมประชุม สหวิชาชีพสามารถเข้าร่วมประชุมได้จำนวนมาก ไม่จำกัด

9) **E = empowerment** คือ การเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ช่วยกระตุ้นจิตใจและสร้างขวัญกำลังใจ สหวิชาชีพสามารถขอคำปรึกษาได้อย่างรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

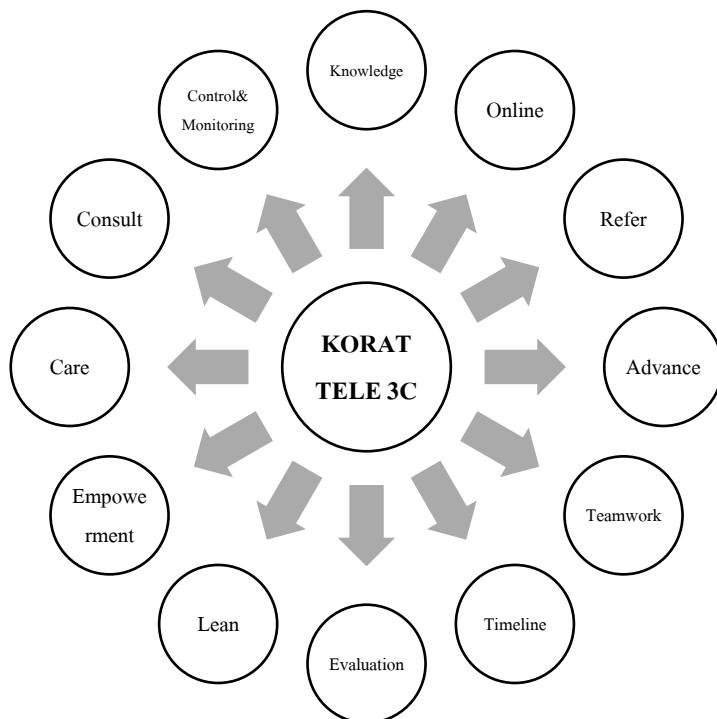
10) **C = care** คือ การดูแลแบบเชื่อมโยง ไร้รอยต่อ ตั้งแต่ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล โดยมีรูปแบบการให้บริการ 3 รูปแบบ ได้แก่ การให้บริการแบบผู้ป่วยใน การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก และการให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน นอกจากนี้ มีการให้บริการ การรักษาด้วยยา เวชภัณฑ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ตามระดับของโรงพยาบาล

11) **C = consult** คือ การให้คำปรึกษา การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลา 6 เดือนแรกหลังจากผ่านระยะวิกฤต ในเรื่องโรค การรักษา การใส่ยา การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะกลืนลำบาก ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารและการพูด ปัญหาในการเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวไปมา การเคลื่อนย้าย ปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และความจำ

ปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ปัญหาการกลืน การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว การดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

12) **C = control& Monitoring** คือ การควบคุมและติดตาม เป็นช่วง ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แผนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รูปแบบการติดตามผลการปฏิบัติงานที่ปรับเปลี่ยนเป็นการประชุมการแพทย์ทางไกล ทำให้สามารถติดตามได้ทั่วถึงมากขึ้น และสามารถติดตามได้ทุกสัปดาห์ ทำให้เพิ่มประสิทธิผลของระบบการดูแล



ภาพ 2 แสดงองค์ประกอบของ KORAT TELE 3C Model



## 2. ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการให้บริการ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง

หลังจากที่ผู้วิจัยได้นำ “KORAT TELE 3C Model” ไปดำเนินการกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพไม่เป็นไปตามเกณฑ์จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลลูกข่ายที่มีศักยภาพไม่เป็นไปตามเกณฑ์จำนวน 11 แห่ง พบว่า

**2.1 ด้านศักยภาพของหน่วยบริการ จากตาราง 1 สามารถจำแนกเป็นรายด้านได้ดังนี้**

1) ด้านบริบท พบว่า โรงพยาบาลลูกข่ายในแม่ข่าย มีการปฏิบัติงานที่สอดคล้องตามนโยบายจำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอและ ระดับตำบล รวมถึงคณะกรรมการมีการขับเคลื่อนงานเป็นไปตามแผนงาน จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.92 ภาคท้องถิ่นชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณหรือการทำงาน จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 61.54

2) ด้านจำนวนและลักษณะเตียง พบว่า โรงพยาบาลลูกข่ายในแม่ข่าย มีเตียง 2 เตียง และมีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวกครบทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) จำนวน 1 เตียงและเตียงเตี้ย จำนวน 1 เตียง รวมทั้งสิ้น 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.31

3) ด้านการมีห้องน้ำในหอผู้ป่วย พบว่า โรงพยาบาลลูกข่ายในแม่ข่าย มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.31

4) ด้านอัตราบุคลากรขั้นต่ำ พบว่า โรงพยาบาลลูกข่ายในแม่ข่าย มีแพทย์ทั่วไป หรือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และนักกายภาพบำบัด ครบทุกแห่ง ในส่วนของนักจิตวิทยาหรือพยาบาลจิตเวช มีมากถึง 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84.62 มีโรงพยาบาล 5 แห่งที่มีพยาบาลผ่านหลักสูตรฟื้นฟูฯ 4 เดือนหรือเฉพาะทางด้าน Stroke คิดเป็นร้อยละ 38.46 แต่ยังไม่มียังไม่มีโรงพยาบาลใดที่มีนักกิจกรรมบำบัด

5) ด้านการมีแนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูสภาพในหอผู้ป่วย พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ ทั้ง 4 ข้อ ประกอบด้วย มี (1) problem list & plan (2) team meeting report with goal setting (1/wk) (3) standing doctor order sheet และ (4) activity protocol (รวมเวลาการฟื้นฟูฯ อย่างน้อย 15 ชม./wk) คิดเป็นร้อยละ 100

6) ด้านการมีแนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ ทั้ง 3 ข้อ ประกอบด้วย การมี Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง /เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก หลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI=20, มี Occupational therapy (ถ้ามี) 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อยครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บหรือยุติก่อนหาก BI=20 และมี Nursing care 45 นาที /ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง /เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก หลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI=20 คิดเป็นร้อยละ 100

7) ด้านการบริหารสภาพที่บ้าน พบว่า โรงพยาบาลลูกข่ายในแม่ข่ายทั้ง 13 แห่ง มีการเชื่อม

บ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BL=20 คิดเป็นร้อยละ 100

8) **ด้านยาและเวชภัณฑ์** พบว่า โรงพยาบาลลูกข่ายในแม่ข่ายทั้ง 13 แห่ง ผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ ประกอบด้วย มียาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (บัญญัติ ข), ยาสวนอุจจาระขนาดน้อยกว่า 150 มล. เช่น Enema ขนาด 20 มล. และหลอดสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter 14-16F with balloon size 5-15 ml, rubber catheter, Set silicone catheter (Re-useable) และ Urine bag คิดเป็นร้อยละ 100

9) **ด้านอุปกรณ์ช่วยคนพิการ** พบว่า โรงพยาบาลน้อยกว่าร้อยละ 50 มีอุปกรณ์ช่วยคน

พิการ(Assistive devices) โดยโรงพยาบาลมี Shoulder – Bo bath sling จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46.88 มี Plastic AFO จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 40.63 One point cane จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.13 และมี Tripod or quad cane จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 37.50

10) **ด้านระบบสารสนเทศ** พบว่า โรงพยาบาลลูกข่ายในแม่ข่ายทุกแห่ง มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย IMC และมีช่องทางการสื่อสารส่งต่อข้อมูลระหว่างแม่ข่าย ลูกข่าย จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 มีระบบการให้คำปรึกษาทางไกล 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.92 และมีการนำข้อมูล มาใช้ในการวางแผนงาน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84.62

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบศักยภาพก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง

ด้านที่	ศักยภาพของหน่วยบริการในการให้บริการ	การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนศักยภาพ					ความแตกต่างของสัดส่วน	แปลผล
		ก่อน (N=32)		หลัง (N=13)		ร้อยละ		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. บริบท	1.1 มีการปฏิบัติงานที่สอดคล้องตามนโยบาย	20	62.50	13	100.00	37.5	ดีขึ้น	
	1.2 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอและระดับตำบล	10	31.25	10	76.92	45.67	ดีขึ้น	
	1.3 คณะกรรมการมีการขับเคลื่อนงานเป็นไปตามแผนงาน	10	31.25	10	76.92	45.67	ดีขึ้น	
	1.4 ภาคท้องถิ่นชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณหรือ การทำงาน	5	15.63	8	61.54	45.91	ดีขึ้น	
2.จำนวนและลักษณะเตียง	2.1 มีเตียง 2 เตียง	32	100.00	13	100.00	0	คงเดิม	
	2.2 เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) 1 เตียง และ เตียงเดี่ยว 1 เตียง	26	81.25	12	92.31	11.06	ดีขึ้น	
	2.3 มีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก	24	75.00	13	100.00	25	ดีขึ้น	

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบศักยภาพก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง (ต่อ)

ด้านที่	ศักยภาพของหน่วยบริการในการให้บริการ	การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนศักยภาพ					
		ก่อน (N=32)		หลัง (N=13)		ความแตกต่างของ สัดส่วน	แปลผล
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
3.ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	3.1 มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย	15	46.88	12	92.31	45.43	ลดลง
4.บุคลากรชั้นต่ำ	4.1 มีแพทย์ (GP หรือ Fam med หรือแพทย์ฟื้นฟู)	32	100.00	13	100.00	0	คงเดิม
	4.2 พยาบาล (ผ่านหลักสูตรฟื้นฟูฯ 4 เดือน หรือ เฉพาะทาง Stroke)	3	9.38	5	38.46	29.08	ดีขึ้น
	4.3 นักกายภาพบำบัด	32	100.00	13	100.00	0	คงเดิม
	4.4 นักกิจกรรมบำบัด (ควรมี)	0	0.00	0	0.00	0	คงเดิม
	4.5 นักจิตวิทยาหรือพยาบาลจิตเวช	27	84.38	11	84.62	0.24	ดีขึ้น
5.แนวทางปฏิบัติ สำหรับการบริหาร ฟื้นฟูสภาพในหอ ผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	5.1 Problem list & plan	12	37.50	13	100.00	62.5	ดีขึ้น
	5.2 Team meeting report with goal setting (1/สัปดาห์)	11	34.38	13	100.00	65.62	ดีขึ้น
	5.3 Standing doctor order sheet	13	40.63	13	100.00	59.37	ดีขึ้น
	5.4 Activity protocol (รวมเวลาการฟื้นฟูฯ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์)	5	15.63	13	100.00	84.37	ดีขึ้น
6.แนวทางปฏิบัติ สำหรับ การบริหารฟื้นฟู สภาพ ผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	6.1 Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก หลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุดีก่อน หาก BI=20	11	34.38	13	100.00	65.62	ดีขึ้น
	6.2 Occupational therapy(ถ้ามี) 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บหรือ ยุดีก่อนหาก BI=20	13	40.63	13	100.00	59.37	ดีขึ้น
	6.3 Nursing care 45 นาที /ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก หลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุดีก่อน หาก BI=20	15	46.88	13	100.00	53.12	ดีขึ้น
7.การบริหารฟื้นฟู สภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	7.1 เชิญที่บ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก หลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุดีก่อนหาก BL=20	9	28.13	13	100.00	71.87	ดีขึ้น

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบศักยภาพก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง (ต่อ)

ด้านที่	ศักยภาพของหน่วยบริการในการให้บริการ	การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนศักยภาพ					
		ก่อน (N=32)		หลัง (N=13)		ความแตกต่างของสัดส่วน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
8.ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament)	8.1 ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (บัญชี ข)	32	100.00	13	100.00	0	
	8.2 ยาสวนอุจจาระขนาดน้อยกว่า 150 มล. เช่น enema ขนาด 20 มล.	32	100.00	13	100.00	0	
	8.3 หลอดสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter 14-16F with balloon size 5-15 ml. rubber catheter, set silicone catheter (re-useable), urine bag	32	100.00	13	100.00	0	
9.อุปกรณ์ช่วยคนพิการ (Assistive devices)	9.1 Shoulder – Bo bath sling	15	46.88	13	100.00	53.12	ดีขึ้น
	9.2 Plastic AFO	13	40.63	13	100.00	59.37	ดีขึ้น
	9.3 One point cane	9	28.13	13	100.00	71.87	ดีขึ้น
	9.4 Tripod or quad cane	12	37.50	13	100.00	62.5	ดีขึ้น
10. ระบบสารสนเทศ	10.1 ฐานข้อมูลผู้ป่วย IMC	22	68.75	13	100.00	31.25	ดีขึ้น
	10.2 ช่องทางการสื่อสารส่งต่อข้อมูลแม่ข่าย ลูกข่าย	16	50.00	13	100.00	50	ดีขึ้น
	10.3 ระบบการให้คำปรึกษาทางไกล	13	40.63	10	76.92	36.29	ดีขึ้น
	10.4 นำข้อมูล มาใช้ในการวางแผนงาน	11	34.38	11	84.62	50.24	ดีขึ้น

2.2 ด้านศักยภาพของของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ นักกายภาพบำบัด นั้น พบว่า

1) ศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน จากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความรู้ และทักษะการปฏิบัติ Care Map ผู้ป่วย IMC ในชุมชน (home ward) (stroke/head injury/spinal cord injury) ในการลงเยี่ยมผู้ป่วยไม่เกิน 3 วัน หลังกลับบ้าน เพิ่มขึ้น โดยพยาบาลทุกคนมีความรู้และทักษะการปฏิบัติงานจริงใน 8 ด้านผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ (1) Vital sign (2) ประเมิน 2Q, 9Q, 8Q (3) การพบภาวะผิดปกติ และต้อง Consult แพทย์ (4) ประเมิน ADL /Barthel Index (5) ประเมิน Modified Rankin scale (6) เตรียม Early ambulation (7) วางแผนการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยง Aspiration Accident Bed sore/UTI (8) ประเมิน Caregiver เพื่อความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (9) ประเมินการได้รับสารอาหาร (10) Coaching อสม./Caregiver ในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น (11) ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน (12) ดูแลให้ได้รับยาตามแผน

การรักษาและเฝ้าระวังการแพ้ยา และ (13) ประเมินการจับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 100 นอกจากนี้มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมความรู้และผ่านการปฏิบัติงานในด้านอื่น ๆ มากกว่าร้อยละ 70 ประกอบด้วยความรู้ในด้าน (14) ประเมินสภาพแวดล้อมทั่วไป/เชิงสังคม และ (15) คุณแลความสุขสบายของผู้ป่วย โดยจากการเปรียบเทียบจำนวนผู้ผ่านการอบรมความรู้และผู้ผ่านการปฏิบัติงานจริง พบว่าภายหลังผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพการบริหารพื้นที่สหพระะยะกลาง และการพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้ และทักษะการให้บริการให้เป็นไปตามมาตรฐานการบริการ จำนวนพยาบาลวิชาชีพผู้ผ่าน

การอบรมความรู้และผู้ผ่านการปฏิบัติงานจริงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังตาราง 2 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับความรู้ ทักษะก่อนและหลังพัฒนาศักยภาพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางโดยเฉลี่ยเพิ่มจากระดับเดิม โดยมีส่วนต่างจากการเปรียบเทียบก่อนผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้ และทักษะการให้บริการให้เป็นไปตามมาตรฐานการบริการ และหลังผ่าน มากกว่า 6 คะแนน โดยโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ จากระดับเกณฑ์ควรปรับปรุงขึ้นมาระดับดี ดังตาราง 3

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบศักยภาพพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการให้บริการ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง

ศักยภาพของหน่วย บริการในการให้บริการ	การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนศักยภาพ											
	ด้านความรู้						ด้านการปฏิบัติ					
	ก่อน (N=61)		หลัง (N=20)		ความ แตกต่างของ สัดส่วน	ก่อน (N=32)		หลัง (N=13)		ความ แตกต่าง ของสัดส่วน	แปลผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. Vital sign	61	100.00	20	100.00	0	คงเดิม	61	100.00	20	100.00	0	คงเดิม
2. ประเมิน 2Q,9Q,8Q ผู้ป่วย/ครอบครัว (Caregiver)	61	100.00	20	100.00	0	คงเดิม	48	78.69	20	100.00	21.31	ดีขึ้น
3. ถ้าผิดปกติ consult แพทย์	61	100.00	20	100.00	0	คงเดิม	52	85.25	20	100.00	14.75	ดีขึ้น
4. ประเมิน ADL /Barthel Index	49	80.33	20	100.00	19.67	ดีขึ้น	45	73.77	20	100.00	26.23	ดีขึ้น
5. ประเมิน Modified Rankin scale	45	73.77	20	100.00	26.23	ดีขึ้น	42	68.85	20	100.00	31.15	ดีขึ้น
6. เตรียม Early ambulation	47	77.05	20	100.00	22.95	ดีขึ้น	43	70.49	20	100.00	29.51	ดีขึ้น

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบสัถยภาพพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการให้บริการ  
การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง (ต่อ)

สัถยภาพของหน่วย บริการในการให้บริการ	การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนสัถยภาพ											
	ด้านความรู้						ด้านการปฏิบัติ					
	ก่อน (N=61)		หลัง (N=20)		ความ แตกต่างของ สัดส่วน	แปลผล	ก่อน (N=32)		หลัง (N=13)		ความ แตกต่าง ของสัดส่วน	แปลผล
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
7. วางแผนการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยง Aspiration Accident Bed sore/UTI	39	63.93	18	90.00	26.07	ดีขึ้น	35	57.38	18	90.00	32.62	ดีขึ้น
8. ประเมิน Caregiver เพื่อความพร้อมและ ความมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วย	31	50.82	17	85.00	34.18	ดีขึ้น	28	45.90	16	80.00	34.1	ดีขึ้น
9. ประเมินการได้รับ สารอาหาร	29	47.54	20	100.00	52.46	ดีขึ้น	29	47.54	18	90.00	42.46	ดีขึ้น
10. Coaching อสม./ Caregiver ในการดูแล ผู้ป่วยเบื้องต้น	24	39.34	16	80.00	40.66	ดีขึ้น	20	32.79	15	75.00	42.21	ดีขึ้น
11. ช่วยเหลือผู้ป่วยใน การทำกิจวัตรประจำวัน	41	67.21	20	100.00	32.79	ดีขึ้น	35	57.38	19	95.00	37.62	ดีขึ้น
12. ดูแลให้ได้รับยาตาม แผนการรักษาและเฝ้า ระวังการแพ้ยา	51	83.61	20	100.00	16.39	ดีขึ้น	34	55.74	20	100.00	44.26	ดีขึ้น
13. ประเมินการขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ	52	85.25	20	100.00	14.75	ดีขึ้น	50	81.97	20	100.00	18.03	ดีขึ้น
14. ประเมิน สภาพแวดล้อมทั่วไป/ เชิงสังคม	23	37.70	17	85.00	47.3	ดีขึ้น	25	40.98	17	85.00	44.02	ดีขึ้น
15.ดูแลความสุขสบาย ของผู้ป่วย	25	40.98	18	90.00	49.02	ดีขึ้น	24	39.34	17	85.00	45.66	ดีขึ้น

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนศักยภาพโดยเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแม่ข่ายก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล แม่ข่าย	คะแนนศักยภาพโดยเฉลี่ย							
	ความรู้				ปฏิบัติ			
	ก่อน	หลัง	t	P-value	ก่อน	หลัง	t	p-value
รพ.ที่ 1 (N=10)	7.56	14.14	16.40	<0.001	7.23	14.14	16.896	.001
รพ.ที่ 2 (N=10)	7.62	14.00	18.930	<0.001	7.44	14.00	19.098	.001
รวมทั้งหมด (N=20)	7.59	14.07	18.69	<0.001	7.33	14.07	17.188	.001

2) ศักยภาพของนักกายภาพบำบัด พบว่า นักกายภาพบำบัดทั้งหมด 36 คน จากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติด้าน Care Map ผู้ป่วย IMC ในชุมชน ในการลงเยี่ยมผู้ป่วย ไม่เกิน 3 วันหลังกลับบ้านเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยพบว่า ร้อยละของจำนวนนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการอบรมความรู้ และจำนวนผู้ผ่านการปฏิบัติงาน มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 80 ทั้ง 10 ด้านประกอบด้วย (1) ประเมินการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม Motor Power ผ่านการอบรมความรู้จำนวน 34 คน และผ่านการปฏิบัติจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 94.44 และ 86.11 ตามลำดับ (2) ประเมินการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม ADL (3) ประเมินการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม Modified Rankin scale ผ่านการอบรมความรู้และการปฏิบัติ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 (4) ประเมินการใช้กายอุปกรณ์ ผ่านการอบรมความรู้จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และผ่านการปฏิบัติจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 94.44 (5) ประเมินสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ผ่านการอบรมความรู้และผ่านการปฏิบัติ 32 คน คิดเป็นร้อยละ 88.89

(6) สอน CG (7) ประเมินการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม ผ่านการอบรมความรู้การปฏิบัติ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 100 (8) ฝึกการเคลื่อนย้ายภายในบ้านและชุมชน ผ่านการอบรมความรู้จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และผ่านการปฏิบัติจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 86.11 (9) ทบทวน CG หรือ เพิ่มโปรแกรมตาม progress ผ่านการอบรมความรู้และการปฏิบัติ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 86.11 (10) ประเมินการปรับสภาพแวดล้อมและกายอุปกรณ์ ผ่านการอบรมความรู้จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 86.11 และผ่านการปฏิบัติจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ดังตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบศักยภาพก่อนและหลังพบว่า ระดับความรู้และการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง มีระดับเพิ่มสูงขึ้นทั้งสองด้าน โดยมีคะแนนเพิ่มจากก่อนการพัฒนาศักยภาพ มากกว่า 5 คะแนน ทำให้ระดับเพิ่มจากเกณฑ์ควรปรับปรุงขึ้นมาระดับดี ดังตาราง 5

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติภาพนักกายภาพบำบัดก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง

ทัศนคติของหน่วยบริการในการให้บริการ	การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติภาพ											
	ด้านความรู้						ด้านการปฏิบัติ					
	ก่อน (N=97)		หลัง (N=36)		ความแตกต่างของ สัดส่วน	แปลผล	ก่อน (N=97)		หลัง (N=13)		ความแตกต่างของ สัดส่วน	แปลผล
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ประเมินการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม Motor Power	65	67.01	34	94.44	27.43	ดีขึ้น	61	62.89	31	86.11	23.22	ดีขึ้น
2. ประเมินการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม ADL	72	74.23	33	91.67	17.44	ดีขึ้น	70	72.16	33	91.67	19.51	ดีขึ้น
3. ประเมินการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม Modified Rankin scale	63	64.95	33	91.67	26.72	ดีขึ้น	60	61.86	33	91.67	29.81	ดีขึ้น
4. ประเมินการใช้กายอุปกรณ์	71	73.20	36	100.00	26.8	ดีขึ้น	69	71.13	34	94.44	23.31	ดีขึ้น
5. ประเมินสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	69	71.13	32	88.89	17.76	ดีขึ้น	66	68.04	32	88.89	20.85	ดีขึ้น
6. สอน Care Giver (CG)	74	76.29	36	100.00	23.71	ดีขึ้น	70	72.16	36	100.00	27.84	ดีขึ้น
7. ประเมินการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม	73	75.26	36	100.00	24.74	ดีขึ้น	63	64.95	36	100.00	35.05	ดีขึ้น
8. ฝึกการเคลื่อนย้ายภายในบ้านและชุมชน	62	63.92	36	100.00	36.08	ดีขึ้น	59	60.82	31	86.11	25.29	ดีขึ้น
9. ทบทวน CG / เพิ่มโปรแกรมตาม progress	59	60.82	31	86.11	25.29	ดีขึ้น	55	55.70	31	86.11	30.41	ดีขึ้น
10. ประเมินการปรับสภาพแวดล้อมและกายอุปกรณ์	61	62.89	31	86.11	23.22	ดีขึ้น	58	59.79	30	83.33	23.54	ดีขึ้น



ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนศักยภาพโดยเฉลี่ยของกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลแม่ข่ายก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

นักกายภาพบำบัดใน โรงพยาบาลแม่ข่าย	คะแนนศักยภาพโดยเฉลี่ย							
	ความรู้				ปฏิบัติ			
	ก่อน	หลัง	t	P-value	ก่อน	หลัง	t	p-value
รพ.ที่ 1 (N=10)	3.59	9.50	15.91	<0.001	3.21	9.43	16.22	.001
รพ.ที่ 2 (N=10)	3.78	9.63	15.85	<0.001	3.56	9.50	15.94	.001
รวมทั้งหมด (N=20)	3.68	9.57	17.69	<0.001	3.39	9.47	17.918	.001

3) ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า ผู้ป่วย จำนวน 59 คน ได้รับการลงเยี่ยมเพื่อการดูแลฟื้นฟู สุขภาพ ดังนี้ (ดังตาราง 6)

(1) การลงเยี่ยมครั้งที่ 1 (1-2 สัปดาห์) พบว่า ผู้ป่วยมีช่วงคะแนน BI=0-20 จำนวน 52 คน และ BI= 25-45 จำนวน 7 คน

(2) การลงเยี่ยมครั้งที่ 2 (1-2 เดือน) พบว่า ผู้ป่วยมีช่วงคะแนน BI=0-20 จำนวน 39 คน และช่วง BI= 25-45 จำนวน 12 คน BI=50-70 จำนวน 5 คน และ BI=75-95 จำนวน 3 คน

(3) การลงเยี่ยมครั้งที่ 3 (2-4เดือน) พบว่า ผู้ป่วยมีช่วงคะแนน BI=0-20 จำนวน 5 คน และช่วง

BI= 25-45 จำนวน 7 คน BI=50-70 จำนวน 21 คน BI=75-95 จำนวน 23 คน และ BI=100 จำนวน 3 คน

(4) การลงเยี่ยมครั้งที่ 4 (4-6เดือน) พบว่า ผู้ป่วยมีช่วงคะแนน BI=0-20 จำนวน 2 คน และช่วง BI= 25-45 จำนวน 3 คน BI=50-70 จำนวน 3 คน BI=75-95 จำนวน 11 คน และ BI=100 จำนวน 40 คน จากข้อมูลการลงเยี่ยม พบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย เริ่มจากระดับ 1 และมีพัฒนาาระดับเพิ่มขึ้นตามลำดับจาก สัปดาห์แรก ถึง ระยะ 6 เดือน มีผู้ป่วยจำนวน 40 คน หายเป็นปกติ โดยมีค่า BI=100 คิดเป็นร้อยละ 67.80

ตาราง 6 แสดงผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำแนกตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (N=59)

ระดับ ที่	ระดับความสามารถ ในการทำกิจกรรม	การลงเยี่ยมผู้ป่วย							
		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 4	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	Very severely disabled (0-20 คะแนน)	52	88.14	39	66.10	5	8.47	2	3.39
2	Severely disabled (25-45 คะแนน)	7	11.86	12	20.34	7	11.86	3	5.08
3	Moderately disabled (50-70 คะแนน)	0	0.00	5	8.47	21	35.59	3	5.08
4	Mildly disabled (75-95 คะแนน)	0	0.00	3	5.08	23	38.98	11	18.64
5	Physical independent (100 คะแนน)	0	0.00	0	0.00	3	5.08	40	67.80

### อภิปรายผล

สถานการณ์การให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ เริ่มจากโรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือบ้าน ชับเคลื่อนการดำเนินงานโดยหน่วยงานและบุคลากร โดยมีทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย หรือแพทย์ทางเลือกในบางหน่วยงาน ลงพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย และนำเสนอต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านระบบออนไลน์ Tele Consult เพื่อรับคำแนะนำในการดูแลรักษาเป็นลำดับถัดไป มุ่งเป้าหมายเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก ในด้านการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่องเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน การกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วย รวมไปถึงลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางพบแพทย์ของผู้ป่วยและญาติ ในส่วนของหน่วยงานช่วยลดแออัดใน

โรงพยาบาล ทั้งนี้พบปัญหาด้านความพร้อมของบุคลากรในส่วนของความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ภาระงานหลายด้าน และจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของบุษรินทร์ พูนนอก ที่ได้ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งพบว่า ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 มีนโยบายในการสนับสนุนให้มีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยมีการสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยี

สารสนเทศ หรือระบบข้อมูลข่าวสาร มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานถึงร้อยละ 92.3 มีการสนับสนุนให้จัดเตรียมสถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ<sup>[3]</sup> ทั้งนี้ กรมการแพทย์ได้เสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย ไว้ว่าการจัด intermediate care (Bed-based Post-acute Care)

ระยะเวลาไม่เกิน 6 สัปดาห์ ก่อนส่งกลับบ้าน สามารถฟื้นฟูสภาพ เปลี่ยนผู้ป่วยสูงอายุจากสถานะติดเตียงติดบ้าน ไปสู่สถานะติดสังคมได้มากขึ้น<sup>[4]</sup>

ผลการศึกษาศักยภาพโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายที่มีศักยภาพไม่เป็นไปตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง มีการประเมินศักยภาพตามเกณฑ์ความสามารถในการดำเนินงานตั้งแต่ระดับควรปรับปรุง พอใช้ และดี ทำให้สามารถรับรู้ถึงศักยภาพในการดำเนินงานของหน่วยงาน และความรู้ความสามารถบุคลากรอันประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด ซึ่งให้เห็นจุดบกพร่องและหน่วยงานที่ต้องดำเนินการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นพิเศษ โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายที่มีศักยภาพไม่เป็นไปตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง 13 แห่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Winstein และ Teasell ที่ระบุว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ กลุ่มใหญ่ อาทิ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและการประกอบอาชีพ นักพยาธิวิทยาทางภาษาพูด นักบำบัดเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และอื่น ๆ การสื่อสารและการประสานงานระหว่างสมาชิกในทีมเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของการฟื้นฟูให้สูงสุด รวมถึงการร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแลอื่น ๆ ด้วย<sup>[5-6]</sup>

การพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง เมื่อศึกษาศักยภาพของโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา และทำการคัดเลือกโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายที่มีศักยภาพไม่เป็นไปตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง เพื่อดำเนินการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง โดยใช้หลักกระบวนการพัฒนา KORAT TELE 3C MODEL ดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติงาน Action Plan เสริมสร้างประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ โดยช่องทางการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ Tele Consult เกิดความรวดเร็วในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล จากหลายพื้นที่ในเวลาเดียวกัน โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาแนะนำอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับกองการพยาบาล ที่ให้แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ไว้ว่า ระบบบริการที่มีเป็นระบบที่เอื้อต่อการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ระบบส่งต่อ ระบบข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล ระบบการให้คำปรึกษาระบบการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง และระบบการสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ<sup>[7]</sup> ในส่วนของการดำเนินการจัดทำระบบออนไลน์ Tele Consult นั้น แพทย์สภา และกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์ ไว้ว่า ผู้ให้บริการและผู้รับบริการพึงตระหนักรู้ และต้องรับทราบถึงข้อจำกัด ด้านเทคโนโลยีและอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งกิจกรรมที่

ดำเนินการผ่านระบบสารสนเทศ มีความเสี่ยงจากระบบสารสนเทศด้วย จึงต้องทำภายใต้ระบบสารสนเทศที่มีมาตรฐานและความปลอดภัยด้านสารสนเทศ ที่เป็นสากล และได้รับการดูแลให้พร้อมใช้งาน และพร้อมรับการตรวจสอบ<sup>[8-9]</sup>

ผลการประเมินศักยภาพภายหลังจากพัฒนาการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามหลักกระบวนการพัฒนา KORAT TELE 3C MODEL โดยการประเมิน คะแนนตามเกณฑ์การบริหารพื้นสภาพระยะกลางเข้าในโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การบริหารพื้นสภาพระยะกลางที่กำหนดไว้ มีการพัฒนาการดำเนินงานของหน่วยงาน 13 แห่ง รวมถึงด้านบุคลากร คะแนนผ่านเกณฑ์ทั้งในส่วนการดำเนินงาน ความรู้ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพและนักกายภาพบำบัด ทั้งนี้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (barthel index) ของผู้ป่วยมีระดับเพิ่มขึ้น ญาติผู้ป่วยพึงพอใจการติดตามดูแลต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ สุขเสถียร พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูจากการวิเคราะห์แบบ multivariate ได้แก่ สถานะจำหน่าย การวินิจฉัยโรคโรคมุมักันบกพร่อง ปัญหาการสื่อสาร พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล hemorrhagic transformation การดื่มสุรา ที่อยู่ เพศ และไขมันในเลือดสูง<sup>[10]</sup> รวมถึงการศึกษาของปิยนุช ศรีสุคนธ์ และคณะ ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย เท่ากับร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนรับการดูแลตามต้นแบบระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง ไม่มีอัตราการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน ญาติและผู้ดูแลผ่านประเมินความพร้อมในการดำเนินชีวิตแบบพึ่งตนเอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายที่บ้าน เท่ากับร้อยละ 100<sup>[11]</sup> รวมถึงการศึกษาของพิชามณูญ์ สุวรรณฉัตร พบว่า ผู้ป่วยระยะกลางที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้าโปรแกรมการดูแล พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการดูแลระยะกลางมีคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เฉลี่ยเพิ่มขึ้น  $3.94 \pm 3.28$  คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีผลต่างของคะแนน Barthel ADL Index แตกต่างจากผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะดำเนินกิจวัตรประจำวันได้<sup>[12]</sup> และในการศึกษาของรัชณี ทองเสก ที่ได้ศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่า คะแนน BI ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยพบค่าคะแนนสมรรถภาพเพิ่มขึ้น คือ 9.32 คะแนน ประสิทธิภาพฟื้นฟูร้อยละ 80.79 จำนวนครั้งของการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยเท่ากับ 28.08<sup>[13]</sup>

### สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดนครราชสีมา ส่งผลให้ศักยภาพของหน่วยงานและบุคลากรเพิ่มขึ้น จากการเปรียบเทียบคะแนนเกณฑ์การบริหารพื้นสภาพระยะกลาง ก่อนและหลัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมด้านกำลังคนเพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มการเข้าถึงผู้ป่วยให้มาก

ขึ้นทั้งหมด เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารกับญาติผู้ป่วย เพิ่มบุคลากรนักกิจกรรมบำบัด สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร ทั้งนี้ ในการวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยมีข้อเสนอ ดังนี้

1. ควรศึกษารูปแบบการดำเนินงานการแพทย์ทางไกลผ่านระบบออนไลน์ ที่มีผลโดยตรงต่อการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาระบบ Tele consult การดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดนครราชสีมา

2. ควรศึกษากระบวนการพัฒนาโปรแกรมเก็บข้อมูลติดตามผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการติดตามการดูแลผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพและช่วยแก้ไขปัญหาในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดนครราชสีมา

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดนครราชสีมาทุกเครือข่าย ขอขอบคุณโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายทุกแห่งที่ร่วมเป็นพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และประชาชนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และสะท้อนผลการให้บริการ ขอขอบคุณ ดร. กัญญิษฐ์ พลศรีประดิษฐ์ ผู้ให้คำปรึกษา และคำชี้แนะตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.). การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (intermediate

care). สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข; มปป.

[2] กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565; 2564.

[3] นุชรินทร์ พูนนอก. รายงานการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate Care) เขตสุขภาพที่ 9. [ออนไลน์]. (2563). เข้าถึงได้จาก: [http://203.157.71.139/group\\_sr/allfile/1599635216.pdf](http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1599635216.pdf)

[4] กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย. [ออนไลน์]. (2562). เข้าถึงได้จาก: <http://training.dms.moph.go.th/rtdc/storage/app/uploads/public/5d2/541/bd6/5d2541bd6b48d807388472.pdf>.

[5] Winstein, C.J., et al., Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2016; 47(6): 98 – 169.

[6] Teasell, R., et al., Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation: The Elements of Stroke Rehabilitation; 2018.

- [7] กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการ พยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี; 2562.
- [8] แพทยสภา. แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกล หรือ โทรวเวช (telemedicine) และคลินิก ออนไลน์. [ออนไลน์]. (2563). เข้าถึงได้จาก: <https://tmc.or.th/index.php/News/News-andActivities/Telemedicine>
- [9] กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการ ให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบ บริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564; 2564.
- [10] รัชวรรณ สุขเสถียร, การเข้าถึงบริการเวช กรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและ ผลลัพธ์ JThai Rehabil Med 2014; 24(2): 37 – 43.
- [11] ปิยนุช ศรีสุคนธ์ ศิริประภา บุญมี และ ธัญพร ชื่นกลิ่น. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ ระยะกลางของจังหวัดเพชรบุรี. วารสาร แพทย์เขต 4-5 2565; 41(2) เมษายน-มิถุนายน : 179 – 92.
- [12] พิชามณัฐ สุวรรณฉัตร ภัทรรัตน์ ปานสุวรรณ จิตร และ วิชุดา จิรพรเจริญ. ผลลัพธ์ของ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในการ เพิ่มความสามารถการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วย บาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา จังหวัด
- [13] เชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2564; 17(2) กรกฎาคม – ธันวาคม 2564: 78 – 90.
- รัชณี ทองเสถียร. ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะกลางของผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัด นครศรีธรรมราช. มหาราช นครศรีธรรมราชเวชสาร 2563; 4(1) กรกฎาคม-ธันวาคม : 1 – 10.