

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและ ระดับความพิการในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

มัลลิกา ภิรมย์บุญ วท.ม (กายภาพบำบัด)\*

กุ้เกียรติ ทุดป้อ Ph.D. (Medical Sciences)\*\*

\* กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

\*\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ติดต่อผู้เขียน: มัลลิกา ภิรมย์บุญ Email: chompoo.pn@gmail.com

|            |              |
|------------|--------------|
| วันรับ:    | 28 ก.ย. 2568 |
| วันแก้ไข:  | 8 พ.ย. 2568  |
| วันตอบรับ: | 22 ธ.ค. 2568 |

## บทคัดย่อ

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันมีความสำคัญต่อการพยากรณ์สมรรถภาพผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care: IMC) ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและระดับความพิการในบริบทโรงพยาบาลชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ขั้นตอนหลัก คือ (1) Planning, (2) Action, (3) Observation และ (4) Reflection รวมการพัฒนาทั้งระบบ 3 วงรอบพัฒนา ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตุลาคม พ.ศ. 2564 - มกราคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ (1) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน Barthel index score (BI) ฉบับภาษาไทย (2) แบบประเมินระดับความพิการ (modified rankin scale: MRS) และ (3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการ จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่ง ได้แก่ การเข้าถึงบริการฟื้นฟูไม่ทั่วถึง ความไม่ต่อเนื่องของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และขาดการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยร่วมกันกับสหวิชาชีพ ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาด้านอื่นให้ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมาน มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การศึกษา ทั้งหมด 36 คน จำแนกเป็นผู้ป่วย Stroke จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 89 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีภาวะสะโพกหัก จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.5 โดยเปรียบเทียบคะแนน Barthel index score หลังจำหน่ายและประเมินทุกเดือน จนครบ 6 เดือน พบว่า คะแนนในผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตั้งแต่เดือนแรกอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนน MRS หลังจำหน่ายผู้ป่วยในระยะ 6 เดือน พบว่า คะแนนระดับความพิการลดลงตั้งแต่เดือนแรกที่ได้รับการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องแบบองค์รวมสามารถเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้มากขึ้น (BI mean difference = 93.194 คะแนน) และลดระดับความพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า หลังการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องประเมินคะแนนระดับความพึงพอใจในระดับมาก ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ เป็นแนวทางในการทำงานสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมชนสู่ชุมชนอย่างครอบคลุม

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยระยะกลาง; การฟื้นฟูในชุมชน; กายภาพบำบัด

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่ความพิการทั่วโลก<sup>(1)</sup> ภายหลังการรักษาในระยะเฉียบพลันด้วยการผ่าตัดและ/หรือยา ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากจะถูกส่งตัวมายังแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน (inpatient rehabilitation) เพื่อเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องและเข้มข้นในระยะแรกของการฟื้นฟู เป้าหมายหลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในคือการเร่งศักยภาพในการฟื้นฟูระบบประสาทและการทำงานของร่างกายให้สูงที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุถึงระดับความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพภายหลังการออกจากโรงพยาบาล<sup>(2)</sup> อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันอย่างมาก ภายหลังจากการบำบัดฟื้นฟูเบื้องต้นเสร็จสิ้น ผู้ป่วยแต่ละรายจึงมีระดับความสามารถในการทำงานที่หลากหลาย โดยบางรายสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพจนสามารถกลับไปทำงานหรือดำเนินชีวิตประจำวันได้เช่นเดิมก่อนการเจ็บป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจยังคงมีอาการบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษอย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน<sup>(3)</sup>

จากการทบทวนการติดตามผู้ป่วย พบว่า หลังจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันแตกต่างกัน บางรายเสียชีวิตภายหลังการจำหน่าย บางรายไม่ได้รับยาต่อเนื่อง บางรายไม่ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง และบางรายเป็นผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการซ้ำซ้อนในระยะต่อมา จากการศึกษาที่ผ่านมารายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.92<sup>(4)</sup> และพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า ร้อยละ 38 ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่<sup>(5)</sup> การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันมีความสำคัญต่อการพยากรณ์สมรรถภาพผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่แล้วแต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดของการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่<sup>(6)</sup> ดังนั้น

การดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพร่างกายที่ดีขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการดูแลผู้ป่วยระยะนี้เรียกว่า การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care: IMC) ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วย IMC จะประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง (spinal cord injury: SCI) ภาวะการบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury: TBI) และภาวะกระดูกหักจากความเปราะบาง (fragility fracture)

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องอาจช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่ความพิการได้ ทั้งนี้โรงพยาบาลนาเชือกได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วย IMC มาตลอดระยะเวลา 3 ปี (1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 - 30 มกราคม พ.ศ. 2566) พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่ม IMC ที่ได้รับการลงทะเบียน จำนวน 123 คน จากการทบทวนการปฏิบัติงานและรายงานทางวิชาการดังกล่าว นำมาสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย IMC เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องจนสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ตลอดจนลดภาวะผู้ป่วยติดเตียงและภาวะความพิการต่อไป<sup>(7)</sup>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care: IMC) ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและระดับความพิการในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้จะใช้กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ<sup>(8)</sup> มี 4 ขั้นตอนหลัก คือ

1) Planning: ประชุมทีมวิจัยเพื่อหาแนวทางในการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษาคู่มือการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) และจัดทำแผนการฟื้นฟู

2) Action: ออกเยี่ยมบ้านในวันและเวลาตามแผน โดยนักกายภาพบำบัดประเมินอาการผู้ป่วยและให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยวิธีการทำกายภาพบำบัด

3) Observation: ประเมินคะแนน Barthel index ระดับ Modified ranking scale ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลชุมชน และประเมินซ้ำทุกเดือนระยะเวลา 6 เดือน ประเมินความพึงพอใจการพัฒนาระบบบริการจาก ผู้ป่วยหรือญาติ

4) Reflection: สะท้อนกลับกระบวนการและปัญหา ที่พบในการดำเนินงานต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) รวมการพัฒนาทั้งระบบ 3 วงรอบพัฒนา ใช้ระยะเวลาในการ ดำเนินการวิจัย ตุลาคม พ.ศ. 2564 – มกราคม พ.ศ. 2566 การศึกษานี้ได้ดำเนินการพิจารณาจริยธรรมโดย คณะกรรมการวิจัยระดับโรงพยาบาล โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม (เลขที่ EC 2565-022)

#### ขั้นเตรียมการวิจัย

1. ประชุมทีมวิจัยเพื่อหาแนวทางในการดำเนินงาน  
2. ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อแจ้งให้ พื้นที่ได้รับทราบพร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัยและ เก็บรวบรวมข้อมูล

3. เตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลการวิจัย

4. เตรียมพื้นที่และทำหน้าที่ประสานงานไปยัง ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อชี้แจงขั้นตอนและ กระบวนการวิจัย

5. เตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในระยะของการวางแผน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบประเมินที่ใช้บันทึกข้อมูลวิจัย

1.1 ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน Barthel index score ฉบับภาษาไทย<sup>(9)</sup> ที่มีค่าความน่าเชื่อถือในระดับ 0.86 - 0.87 เพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีเกณฑ์ การประเมินดังนี้ คะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการ แบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
- 25-45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
- 50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
- 75-95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
- 100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

1.2 แบบประเมินระดับความพิการ (modified ranking scale) โดยประเมินจากความสูญเสียความสามารถในการทำงานและกิจกรรมต่างๆ ว่าต้องการความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด ใช้งานได้ง่าย ประเมินได้รวดเร็ว โดยมีความน่าเชื่อถือ (reliability) ของแบบประเมิน โดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ของ MRS ทั่วโลก โดยรายงานค่า Weighted Kappa ที่ 0.90 สำหรับวิธีมาตรฐาน<sup>(10)</sup> โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 0 คือ ไม่มีความผิดปกติ
- 1 คือ ไม่มีความผิดปกติสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ
- 2 คือ มีความพิการเล็กน้อย ไม่สามารถทำกิจกรรมเหมือนก่อนหน้าทั้งหมดโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย
- 3 คือ มีความพิการปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือบางอย่าง สามารถเดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย
- 4 คือ มีความพิการรุนแรงปานกลาง เดินได้โดยใช้อุปกรณ์และไม่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่มีผู้ช่วย
- 5 คือ มีความพิการรุนแรง ติดเตียง ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

• 6 คือ เสียชีวิต

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนา รูปแบบการให้บริการ โปรดประเมินความพึงพอใจในแต่ละข้อ โดยให้คะแนน 1-10 คือ 1 คะแนน = น้อยที่สุด และ 10 คะแนน = มากที่สุด

1. ความสะดวกในการได้รับบริการ
2. ความรวดเร็วในการให้บริการ
3. คุณภาพของงานหรือบริการที่ได้รับ
4. ความสุภาพและการดูแลของผู้ให้บริการ
5. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการ

**การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้**

**การพัฒนางจรที่ 1**

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการ intermediate care ขึ้น ให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งรับผู้ป่วยพันวิฤตมาดูแล เพื่อส่งเสริมการกลับมาใช้ชีวิตได้ตามเดิมของผู้ป่วย ลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป อีกทั้งยังเป็นการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพได้ครอบคลุมถึงระดับปฐมภูมิ ดังนั้นโรงพยาบาลนาเชือกจึงจัดให้มีหน่วยบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลางขึ้น โดยเริ่มจากการรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป จากนั้นเมื่อแพทย์ตรวจประเมินพบว่าผู้ป่วยอาการคงที่แล้วจะได้รับการจำหน่ายเพื่อกลับไปพักที่บ้าน การให้บริการดังกล่าวพบว่า หลังจากผู้ป่วยกลับไปพักพื้นมีภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ แผลกดทับ การติดเชื้อทางระบบปัสสาวะ ข้อติดแข็ง และเสียชีวิต จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้ทบทวนการให้บริการระยะเวลา 3 เดือน และวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาในวงจรที่ 2

**การพัฒนางจรที่ 2**

แผนการพัฒนาระบบบริการในวงจรที่ 2 เริ่มขึ้นเดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2565 โดยนักกายภาพบำบัดได้ดำเนินการเสนอแผนปฏิบัติงานนอกหน่วยบริการภายใต้โครงการ “กายภาพบำบัดสัมผัสชุมชน” ซึ่งในรายละเอียดแผนจะเป็นการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนื่องโดยการทำ

กายภาพบำบัด ซึ่งผู้ป่วยระยะกลางทุกรายที่กลับมารักษาที่โรงพยาบาลจะได้รับการทำกายภาพบำบัดทุกราย จากนั้นจัดทำแผนการออกเยี่ยมบ้านฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านทุกเดือน โดยมีการตรวจประเมินอาการและให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัดจากการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยภายใต้โครงการจนครบปีงบประมาณ 2565 (เดือนกันยายน พ.ศ. 2565) พบว่า ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยดีขึ้นโดยประเมินจากคะแนน Barthel index ที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดที่คนไข้และเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขสะท้อนกลับมายังผู้ให้บริการในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีญาติดูแล ผู้ป่วยไม่ได้รับยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีปัญหาทางช่องปาก ผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะกลางและไม่ได้รับการติดตามจากหน่วยบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ไปต่างพื้นที่หรือผู้ป่วยย้ายที่อยู่มาจากต่างพื้นที่ และการจัดเก็บข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้ประชุมทีมดูแลและร่วมกันจัดทำแนวทางการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยนั้นครอบคลุมและเป็นองค์รวมมากขึ้น จึงนำมาสู่การพัฒนาระบบบริการในวงจรที่ 3

**การพัฒนางจรที่ 3**

ในการพัฒนาระบบบริการวงจรที่ 3 ได้จำแนกแนวทางการพัฒนาออกเป็น 2 ระบบหลัก คือ การบริการภายในหน่วยบริการ และการบริการภายนอกหน่วยบริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ระบบบริการภายในโรงพยาบาล**

1. จัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการได้อย่างมีมาตรฐานและเฉพาะด้าน

2. ติดตามอาการผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับที่มีอาการเข้าเกณฑ์โรคที่เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง (spinal cord injury: SCI) ภาวะการบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury: TBI) และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปมีภาวะกระดูกสะโพกหัก

(fragility fracture) จากนั้นติดตามการยืนยันการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลทั่วไปแล้วคืนข้อมูลให้ผู้วิจัยเพื่อลดการพลาดการติดตามผู้ป่วยระยะพ้นวิกฤตและเพิ่มการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

3. จัดเตรียมพื้นที่ในตึกผู้ป่วยในเพื่อรองรับการส่งผู้ป่วยกลับมารักษาที่โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2 เตียง โดยผู้ป่วย IMC จะได้รับการบริการสุขภาพโดยสหวิชาชีพ

4. มีคลินิกผู้ป่วยระยะกลางให้บริการทุกวันพุธ และสามารถเข้ารับการบริการด้านกายภาพบำบัดและการแพทย์แผนไทยได้ในวันจันทร์-ศุกร์ ในเวลาราชการ

5. มีการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาล

#### ระบบบริการภายนอกโรงพยาบาล

1. จัดทำแผนการบริการนอกหน่วยบริการ ภายใต้โครงการ “เยี่ยมบ้านฟื้นฟูชุมชน” โดยมีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะกลาง และติดตามผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม (โรงพยาบาลทั่วไป) ด้วยอาการที่เข้าเกณฑ์โรคที่เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะกลาง หรือมีคะแนน Barthel index น้อยกว่า 75 คะแนน การออกเยี่ยมบ้านผู้วิจัยจะมีการประสานงานกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครในพื้นที่ผู้ป่วย เป็นต้น ทั้งนี้ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจะมีการรายงานแพทย์ผู้เกี่ยวข้องและวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ในกรณีที่ผู้ป่วยระยะกลางมีปัญหาทางช่องปากจะมีการบันทึกและส่งปรึกษาทันตแพทย์

3. สร้างเครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน โดยมีการดูแลจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือด้านการรับ-ส่ง ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องไปโรงพยาบาล รวมถึงการสนับสนุนทั้งด้านสุขภาพและกลับสู่สังคมในลำดับต่อไป

#### ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลมหาสารคามและได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย IMC ในโรงพยาบาลนาเชือก จำนวน 40 ราย (มีผู้ป่วยถูกคัดออกระหว่างการดำเนินงานจำนวน 4 ราย เนื่องจากเสียชีวิต 2 ราย และย้ายที่อยู่ 2 ราย) โดยได้รับการวินิจฉัยเป็น Stroke จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 95 และ Fragility fracture จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย  $62.72 \pm 13.09$  ปี เพศหญิง จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 และเพศชาย จำนวน 12 ราย (ตารางที่ 1) คิดเป็นร้อยละ 32.5 ผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.5 และปฏิเสธการรับบริการ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.5 ดังนั้นในการศึกษานี้ใช้จำนวนอาสาสมัครในการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยการใช้แบบประเมิน Barthel index 100 คะแนน ผลการวิเคราะห์ repeated measures ANOVA พบว่า คะแนนเฉลี่ย ของ Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 39.167 (baseline) เป็น 93.194 (เดือนที่ 6) (ตารางที่ 2) จากการเปรียบเทียบเป็นคู่ (post-hoc) ยืนยันว่ามีการเพิ่มขึ้นของคะแนน Barthel index อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในการวัดทุกเดือนเมื่อเทียบกับ baseline และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการเปรียบเทียบระหว่างเดือนต่อเนื่อง ยกเว้นการเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

| ข้อมูลพื้นฐาน                       | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------|-------|--------|
| จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ราย)            | 36    | 100.0  |
| โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)           | 34    | 94.4   |
| กระดูกสะโพกหัก (Fragility fracture) | 2     | 5.6    |
| เพศ                                 |       |        |
| ชาย                                 | 12    | 33.3   |
| หญิง                                | 24    | 66.7   |

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันระหว่างก่อนการฟื้นฟูและหลังฟื้นฟูในเดือนที่ 1 ถึงเดือนที่ 6

| เดือน       | คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน |    |         | 95%CI         |        |        |
|-------------|---|----|---------|---------------|--------|--------|
|             | T                                       | df | p       | Mean±SD       | Lower  | Upper  |
| BI Baseline | 15.102                                  | 35 | <0.001* | 39.167±16.117 | 33.902 | 44.432 |
| BI 1 month  | 20.209                                  | 35 | <0.001* | 52.083±13.061 | 46.851 | 57.315 |
| BI 2 months | 28.983                                  | 35 | <0.001* | 67.917±14.562 | 63.160 | 72.674 |
| BI 3 months | 28.358                                  | 35 | <0.001* | 80.278±17.593 | 74.531 | 86.025 |
| BI 4 months | 32.415                                  | 35 | <0.001* | 87.917±16.855 | 82.411 | 93.423 |
| BI 5 months | 37.046                                  | 35 | <0.001* | 90.833±15.239 | 85.856 | 95.811 |
| BI 6 months | 46.748                                  | 35 | <0.001* | 93.194±12.392 | 89.147 | 97.242 |

\* p<0.05

เทียบระหว่างเดือนที่ 5 กับเดือนที่ 6 (p<0.05) (ตารางที่ 3) ซึ่งบ่งชี้ว่าการฟื้นตัวของ ADL เริ่มเข้าสู่ภาวะคงที่ (plateau) ในช่วงปลายของการติดตามผล

ผลการวิเคราะห์ระดับความพิการด้วยคะแนน MRS พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่าง baseline กับเดือนที่ 1 (p>0.05) แต่เริ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับ baseline ในเดือนที่ 2 และเดือนถัดไปการฟื้นตัวอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 4) โดยคะแนน MRS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการเปรียบเทียบเดือนต่อเนื่องทุกคู่ ตั้งแต่เดือนที่ 1 ไปจนถึงเดือนที่ 6 (ตารางที่ 5)

จากการเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการประกอบด้วย ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ข้อ ข้อละ 10 คะแนน พบว่า ทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 9 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเป็นร้อยละ พบว่า มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก (ตารางที่ 6)

### วิจารณ์

จากข้อมูลพื้นฐานพบว่า ผู้ป่วย IMC ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งตามสถิติอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 3 ปีซ้อนหลังในโรงพยาบาลนาเชือก

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนน Barthel index (BI) ระหว่างก่อนการฟื้นฟูและหลังการฟื้นฟูเดือนที่ 1 ถึงเดือนที่ 6 ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA with post-hoc Bonferroni

| คู่เปรียบเทียบ               | Mean Differences±SD | 95%CI  |        | p-value |
|------------------------------|---------------------|--------|--------|---------|
|                              |                     | Lower  | Upper  |         |
| BI Base line vs. BI 1 months | 17.65±10.97         | -21.99 | -13.31 | <0.001* |
| BI 1 months vs. BI 2 months  | 17.50±12.01         | -22.25 | -12.75 | <0.001* |
| BI 2 months vs. BI 3 months  | 9.90±8.24           | -13.16 | -6.64  | <0.001* |
| BI 3 months vs. BI 4 months  | 8.20±6.13           | -10.64 | -5.76  | <0.001* |
| BI 4 months vs. BI 5 months  | 4.45±3.99           | -6.02  | -2.88  | <0.001* |
| BI 5 months vs. BI 6 months  | 2.40±3.82           | -3.92  | -0.88  | 0.001*  |

\* p<0.05

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและระดับความพิการ

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความพิการ (modified ranking score: MRS) ระหว่างก่อนรับการฟื้นฟูและหลังจำหน่ายในเดือนที่ 1 ถึงเดือนที่ 6

| ช่วงเวลาการบันทึก | Mean ± SD | 95%CI |       | p-value |
|-------------------|-----------|-------|-------|---------|
|                   |           | Lower | Upper |         |
| Baseline          | 4.48±0.60 | 4.32  | 4.64  | -       |
| เดือนที่ 1 (MRS1) | 4.26±0.77 | 4.05  | 4.47  | 0.075   |
| เดือนที่ 2 (MRS2) | 3.57±0.90 | 3.33  | 3.81  | <0.001  |
| เดือนที่ 3 (MRS3) | 2.39±1.25 | 2.05  | 2.74  | <0.001  |
| เดือนที่ 4 (MRS4) | 1.72±1.25 | 1.38  | 2.06  | <0.001  |
| เดือนที่ 5 (MRS5) | 1.09±1.13 | 0.78  | 1.39  | <0.001  |
| เดือนที่ 6 (MRS6) | 0.65±0.92 | 0.4   | 0.9   | <0.001  |

\* p<0.05

ตารางที่ 5 ผลการประเมินระดับความพิการด้วยสถิติ repeated measures ANOVA with post-hoc Bonferroni

| คู่เปรียบเทียบ        | Mean Differences±SD | 95%CI |       | ค่า p-value |
|-----------------------|---------------------|-------|-------|-------------|
|                       |                     | Lower | Upper |             |
| MRS Baseline vs. MRS1 | 0.20 ± 0.41         | 0.03  | 0.37  | 0.046       |
| MRS1 vs. MRS2         | 0.55 ± 0.63         | 0.30  | 0.80  | <0.001      |
| MRS2 vs. MRS3         | 0.65 ± 0.61         | 0.40  | 0.90  | <0.001      |
| MRS3 vs. MRS4         | 0.55 ± 0.45         | 0.37  | 0.73  | <0.001      |
| MRS4 vs. MRS5         | 0.35 ± 0.28         | 0.24  | 0.46  | <0.001      |
| MRS5 vs. MRS6         | 0.30 ± 0.23         | 0.21  | 0.39  | <0.001      |

\* p<0.05

ตารางที่ 6 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

| ข้อ | หัวข้อการประเมิน                    | Mean±SD  | ร้อยละ |
|-----|-------------------------------------|----------|--------|
| 1   | ความสะดวกในการรับบริการ             | 9.71±0.5 | 97.1   |
| 2   | ความรวดเร็วในการเข้าถึงการรับบริการ | 9.68±0.6 | 96.8   |
| 3   | คุณภาพของการฟื้นฟู                  | 9.84±0.4 | 98.4   |
| 4   | ความสุภาพของผู้ให้บริการ            | 9.79±0.5 | 97.9   |
| 5   | ความต่อเนื่องในการรับบริการ         | 9.89±0.4 | 98.9   |
|     | รวม                                 | 9.72±0.5 | 97.5   |

มีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคอาการบาดเจ็บไขสันหลัง และการบาดเจ็บสมอง สอดคล้องกับอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย NCDs ที่เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบการรายงานอุบัติการณ์ในสหรัฐอเมริกาที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึงร้อยละ 30-60 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคในกลุ่ม IMC<sup>(7)</sup> ในขณะที่ในยุโรปมีรายงานจำนวนผู้ป่วย IMC เป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 75<sup>(11)</sup> จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่วิจัยอำเภอหนองสูงสูงกว่าในอเมริกาและยุโรป อาจกล่าวได้ว่าเกิดจากการมีระบบเฝ้าระวังติดตามและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รวดเร็วทำให้พบผู้ป่วยระยะเฉียบพลันจำนวนมาก เช่น การใช้ระบบ stroke-fast track แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การเฝ้าระวังสำหรับ IMC อีก 3 โรค (traumatic brain injury, spinal cord injury and hip fracture) โดยเฉพาะ นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนกลุ่มผู้ป่วย IMC พบมากในเพศหญิงซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า มีจำนวนเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ซึ่งงานวิจัยของ Cocco และคณะ ในปี 2025 รายงานอุบัติการณ์ของ IMC โรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิง ร้อยละ 48 เพศชาย ร้อยละ 52<sup>(12)</sup> อย่างไรก็ตามพบว่า ในช่วงอายุที่มากขึ้นทำให้ผู้หญิงมีอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศชาย ในงานวิจัยนี้ผู้ป่วยมีอายุ 62-70 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hasst และคณะ ในปี 2012 ที่รายงานว่าสาเหตุของอุบัติการณ์สูงในเพศหญิงสูงอายุอาจสัมพันธ์กับภาวะหมดประจำเดือนซึ่งมีผลทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองลดลงและอาจนำมาซึ่งภาวะโรคหลอดเลือดสมองได้<sup>(13)</sup>

จากผลการเปรียบเทียบข้อมูลคะแนน BI ซึ่งแสดงระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพบว่า คะแนนเฉลี่ยเริ่มต้นที่ 39.167 (baseline) อยู่ในระดับที่มีความพึ่งพาคนอื่นมาก (severe dependency) หรือต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างมาก (very severe dependency) ตามเกณฑ์การแปลผลของ Barthel index ฉบับ 100 คะแนน หลังจากการฟื้นฟูต่อเนื่องพบว่า คะแนน BI เฉลี่ย

สุดท้ายที่ 93.194 (เดือนที่ 6) ซึ่งอยู่ในระดับที่พึ่งพาตนเองได้เพิ่มขึ้น (independent) หรือใกล้เคียงปกติ (minimal dependency) การเพิ่มขึ้นที่ชัดเจนนี้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง (clinically significant change) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติและลดภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลลงได้ ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระของผู้ดูแลได้มากขึ้น<sup>(14)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเปรียบเทียบระหว่าง เดือนที่ 5 กับเดือนที่ 6 ( $p = 0.001$ ) อาจกล่าวได้ว่า ระดับการฟื้นฟูผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะคงที่ (Plateau) เพื่อให้การตีความภาวะ Plateau มีความแม่นยำยิ่งขึ้น ควรพิจารณา การหาขนาดอิทธิพล (effect size) หรือ การดูค่าความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ระหว่างเดือนที่ 5 และ 6 และเปรียบเทียบกับขนาดอิทธิพล/ความแตกต่างของเดือนก่อนหน้า (เช่น เดือนที่ 4 กับ 5) การลดลงอย่างมากของขนาดอิทธิพลจะเป็นการสนับสนุนการเข้าสู่ภาวะ Plateau ได้ชัดเจนกว่าการอาศัยแค่ค่า p-value เพียงอย่างเดียว<sup>(15)</sup>

ผลการวิเคราะห์ระดับความพิการด้วย modified rankin scale (MRS) เป็นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางระบบประสาท แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการฟื้นตัวที่ดีมากขึ้นของผู้เข้าร่วมการศึกษา ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสามารถลดระดับความพิการและการพึ่งพาผู้อื่น จากผลการดำเนินงานพบว่า การที่คะแนน MRS เริ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตั้งแต่เดือนที่ 2 เป็นต้นไปเมื่อเทียบกับ baseline แสดงให้เห็นว่า การฟื้นฟูดังกล่าวสามารถเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้มากขึ้น นำไปสู่การลดระดับความพิการได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ใช้เวลาในการแสดงผลทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(16)</sup> คะแนน MRS ที่ลดลงหมายถึงการลดระดับการพึ่งพาผู้อื่น (เช่น จาก MRS 4 ไปเป็น MRS 3 หรือ 2) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญทางคลินิกอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระของผู้ดูแล

(clinical significance) ผลการเปรียบเทียบระหว่าง MRS baseline กับ MRS1 (ค่า p-Value = 0.046) แสดงให้เห็นว่า กระบวนการฟื้นฟูเริ่มเห็นผลตั้งแต่วางแรกของการเข้ารับการรักษา แม้ว่าค่าความแตกต่างเฉลี่ย (0.20) จะน้อยกว่าช่วงเวลาอื่น แต่ก็มีนัยสำคัญทางสถิติ การฟื้นตัวที่โดดเด่นที่สุดเกิดขึ้นในช่วง MRS1 เทียบกับ MRS2 และ MRS2 เทียบกับ MRS3 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างสูงถึง 0.55 และ 0.65 ตามลำดับ สิ่งนี้อาจบ่งชี้ว่า โปรแกรมการฟื้นฟูในช่วงกลางมีความเข้มข้นหรือผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาได้ดีที่สุดในช่วงเวลาดังกล่าว ดังนั้นการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดในการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างเป็นระบบสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดการพึ่งพาผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นประโยชน์ของการฟื้นฟูที่เข้มข้นในผู้ป่วยที่มีภาวะความพิการ

จากผลการประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความสะดวก ความรวดเร็ว คุณภาพบริการ ความสุขของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจโดยรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก (Mean = 9.7 ขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10) แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการมีทัศนคติเชิงบวกต่อคุณภาพบริการที่ได้รับอย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านคุณภาพการบริการและความสุขของผู้ให้บริการ ซึ่งได้คะแนนสูงที่สุด ผลลัพธ์ในลักษณะนี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่ชี้ว่าความสุภาพการสื่อสารที่ดี และการดูแลอย่างใส่ใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ<sup>(17)</sup> โดยเฉพาะในการให้บริการด้านสุขภาพหรือบริการที่มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคลากร งานวิจัยของ Donabedian ยังชี้ว่า “คุณภาพบริการด้านบุคลากร” เป็นองค์ประกอบสำคัญที่กำหนดคุณค่าการรับรู้ของผู้รับบริการ และมีบทบาทต่อการประเมินความพึงพอใจโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ การที่คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก อาจสะท้อนถึงมาตรฐานการบริการที่ชัดเจน การสื่อสารที่ดี และระบบบริการที่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(18)</sup> อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอเพื่อ

ตรวจสอบแนวโน้มความพึงพอใจ หากมีประเด็นที่พบว่าจะเน้นมีการลดลงในอนาคต จะช่วยให้หน่วยงานสามารถปรับปรุงกระบวนการบริการต่อไป

## สรุป

### 1. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วย IMC ในชุมชน

โดยการให้การบริการผู้ป่วยกลุ่ม IMC ให้ทั่วถึงและเป็นองค์รวมทั้งในและนอกหน่วยบริการ โรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 การดูแลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่การประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการให้ความรู้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ห่างไกลจากภาวะพลัดตกหกล้มอันเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะกระดูกข้อสะโพกหักได้ นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้ผู้ป่วยเผื่อระวังอาการแรกเริ่มของอาการโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงอุบัติเหตุต่างๆ ที่นำมาสู่การเกิดอาการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง และการบาดเจ็บบริเวณสมอง โดยเมื่อมีผู้ป่วยที่มีเกณฑ์ดังกล่าว หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จะส่งผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อตรวจและวินิจฉัยอย่างละเอียด จากนั้นเมื่อยืนยันผลตรวจแล้ว ผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่จะต้องรับการดูแลเป็นผู้ป่วยระยะกลาง โดยการพักฟื้นในตึกผู้ป่วยหญิงเป็นระยะเวลา 3-7 วัน โดยมีการส่งปรึกษานักโภชนาการประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารและให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยและวางแผนการฟื้นฟูผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพในลำดับต่อไป ทั้งนี้พบว่า ในการเยี่ยมบ้านมีผู้ป่วย จำนวน 3 รายที่ไม่ได้รับยาโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วย 1 ราย มีปัญหาด้านช่องปาก ผู้วิจัยจึงประสานการดูแลเพิ่มเติมกับกลุ่มงานเภสัชกรรม และทันตกรรมตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยในชุมชนที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่จำนวน 1 ราย ผู้วิจัยประเมินอาการและรายงานต่อทีมดูแลผู้ป่วยเพื่อเข้าระบบการดูแลต่อไป

## 2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการถอดบทเรียนผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและได้กำหนดให้เป็นรูปแบบการบริการผู้ป่วย IMC ทั้งในและนอกหน่วยบริการผ่านระบบ COCR9 และไลน์กลุ่มประสานงานเฉพาะผู้ป่วย IMC และมีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย IMC ในโรงพยาบาลขึ้นเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและเป็นองค์รวม นอกจากนี้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้มีการประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

## 3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกัน และลดภาวะความพิการในผู้ป่วย

ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย IMC พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ IMC ทั้งหมด 40 คน จำแนกเป็นผู้ป่วย Stroke จำนวน 38 ราย ร้อยละ 95 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีภาวะสะโพกหัก จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยนักกายภาพบำบัด จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยตั้งแต่ admit ในโรงพยาบาลมาเชื่อก เปรียบเทียบกับวันจำหน่าย และประเมินทุกเดือน จนครบ 6 เดือน พบว่า ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย IMC เพิ่มขึ้น โดยเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของคะแนน Barthel index ระยะเวลา 6 เดือน พบว่า มีคะแนนเพิ่มขึ้นตั้งแต่เดือนแรกอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนน Barthel index ระหว่างวันจำหน่ายผู้ป่วยและเดือนแรกหลังจำหน่ายพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงการฟื้นฟูตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนก่อนจำหน่ายช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตได้มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาผลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเชิงรุกเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า การทำกายภาพบำบัดเฉพาะรายจะช่วยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้นและลดภาวะ

ผู้ดูแลได้เร็วขึ้น<sup>(8)</sup> การศึกษาของณิรช วงศ์เจริญ ที่ศึกษาด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) โดยมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการเยี่ยมครั้งแรกและการเยี่ยมเดือนที่ 3 นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่า เมื่อเปรียบเทียบระดับความพิการก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเปรียบเทียบกับหลังจำหน่ายมีคะแนนระดับความพิการลดลงตั้งแต่เดือนแรกที่ได้รับการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าการฟื้นฟูและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแบบองค์รวมสามารถลดภาวะผู้ติดเตียงและความพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(19)</sup>

## 4. เพิ่มทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติพร้อมเชื่อมโยงการดูแลที่บ้านและชุมชน

ทั้งนี้การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร สหวิชาชีพ และชุมชนอย่างทั่วถึง ทำให้ต่อบัณฑิตประสงค์การดูแลผู้ป่วยอย่างเชื่อมโยงด้านสาธารณสุขและท้องถิ่นอย่างไร้รอยต่อจากการพัฒนาระบบบริการเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการบริการพบว่า ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการในระดับมาก เนื่องจากมีรูปแบบการบริการที่ชัดเจน เข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่หลากหลายจากสหวิชาชีพ

## กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณแพทย์หญิงทักษิณา จิตเรืองไฟโรจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้การสนับสนุนการจัดทำโครงการ ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย intermediate care (IMC) โรงพยาบาลนาเชือก รวมถึงเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือกทุกแห่ง ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. O'Brien MK, Lanotte F, Khazanchi R, Shin SY, Lieber RL, Ghaffari R, et al. Early prediction of poststroke rehabilitation outcomes using wearable sensors. *Phys Ther* 2024;104:pzad183.
2. Le Danseur M. Stroke Rehabilitation. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2020;32:97-108.
3. Brandstater ME, Shutter LA. Rehabilitation interventions during acute care of stroke patients. *Top Stroke Rehabil* 2002;9(2):48-56.
4. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2022; 39(2):39-46
5. Ju YW, Lee JS, Choi YA, Kim YH. Causes and trends of disabilities in community-dwelling stroke survivors: a population-based study. *Brain Neurorehabil* 2022; 15(1):e5.
6. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัย: การประเมินผลระบบการให้บริการ การดูแลระยะกลาง (intermediate care). นนทบุรี: สำนักงาน พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2562.
7. Buntin MB, Colla CH, Deb P, Sood N, Escarce JJ. Medicare spending and outcomes after postacute care for stroke and hip fracture. *Med Care* 2010;48(9):776-84.
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3<sup>rd</sup> ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
9. ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์, ประเสริฐพร จันท, สมลักษณ์ เพ็ชรมานะกิจ, เสาวลักษณ์ จันทเกษม-จิต, อำไพ อยู่วัลย์. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธล ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร* 2549;16(1):1-9.
10. Quinn TJ, Dawson J, Walters MR, Lees KR. Reliability of the modified Rankin scale: a systematic review. *Stroke* 2009;40(10):3393-5.
11. Murie-Fernández M, Laxe S. Comparison of stroke neurorehabilitation in Spain and in Europe. *Neurologia* 2018;35(5):354-5.
12. Cocco C, Siotto M, Guerrini A, Germanotta M, Falchini F, Cipollini V, et al. Gender differences in subacute post-stroke patients during rehabilitation: Functional, cognitive, and nutritional insights. *Neurol Int* 2025; 17(12):193.
13. Haast RA, Gustafson DR, Kiliaan AJ. Sex differences in stroke. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism* 2012;32(12):2100-7.
14. Mundt M, Stahmeyer K, von der Heiden B. Validation of the German Barthel index and reference values from a representative population survey. *Health Qual Life Outcomes* 2020;18(1):155.
15. Hagins M, Rundle K. Effect size in statistical reporting in rehabilitation research. *Phys Ther Rev* 2016;21(3-4):166-74.
16. Kwakkel G, Lannin NA, Borschmann KN, English C, Ali M. Time course of functional recovery after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Stroke* 2017; 48(5):1466-70.
17. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1988;64(1):12-40.
18. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
19. ณีรนุช วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชดาธนรัชต์, พิสิษฐ์ สมงาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนืองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2563; 6(04):61-71.

**Effect of the Development of Intermediate Care Service on Activities of Daily Living and the Level of Disability in a Community Hospital**

**Mallika Piromboon, M.Sc. (Physical Therapy)\*, Kukiattudpor, Ph.D. (Medical Sciences) \*\***

*\* Rehabilitation Department, Nachuak Hospital, Mahasarakham; \*\* Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Thailand*

*Journal of Health Science of Thailand 2026;35(2):289-300.*

**Corresponding author:** Mallika Piromboon, Email: chompoo.pn@gmail.com

**Abstract:** Transitional care in sub-acute stroke patients is crucial for patient performance prognosis. This study aimed to examine the effect of developing an intermediate care (IMC) service on activities of daily living and disability levels in community hospitals. This action research had four phases per cycle: (1) Planning, (2) Action, (3) Observation, and (4) Reflection. The research period was between October 2021 and January 2022. The research tools consisted of (1) the Barthel index (BI) Thai version, (2) the Modified Rankin Scale (MRS), and (3) the service satisfaction. The problems with the previous intermediate care service were reported as incomplete rehabilitation, discontinuous home health care, and a lack of integration of patient care by multidisciplinary teams. Therefore, the patient's healthcare was not covered. Descriptive and inferential statistics were applied to analyze data. Thirty-six patients were included, who consisted of stroke (n=34, 95%) and fragility fracture (n=2, 5%), aged >50 years. The BI score and MRS were compared at hospital discharge and monthly for 6 months. The BI score significantly increased from the first month ( $p<0.001$ ), while the MRS score declined in the first month during rehabilitation service care. As a result, it indicated that the development of the IMC services, which continuously provide holistic care, effectively improved patients' activities of daily living and decreased disability. Moreover, the service rates by the patients, caregivers, and multidisciplinary medical staff were highly satisfactory. This study could be broadly implemented in routine patient care for continuous care after discharge from a community hospital.

**Keywords:** intermediate care; community rehabilitation; physical therapy