



การพัฒนารูปแบบการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

DEVELOPMENT OF INTERMEDIATE CARE FROM HOSPITAL TO COMMUNITY IN HEAITHCARE NETWORK, Roi-Et

Received: February 28, 2022

Revised: June 05, 2022

Accepted: June 06, 2022

วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์^{1*}, รุจิรา จันทร์หอม¹, เสฐียรพงษ์ สิวินา¹

Weerasak Rattanachairit^{1*}, Rujira Chanhorm¹, Satianpong Siwina¹

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีการคงที่ แต่ก็ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรชีวิตประจำวัน ที่ต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน และผู้ป่วยระยะกลางจำนวน 760 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โปรแกรม Nemocare และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) การประเมิน Barthel Index และความบกพร่องของร่างกาย โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย 2) การส่งต่อและสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemocare 3) โรงพยาบาลลูกข่ายประเมินสภาพผู้ป่วยและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย 4) การติดตาม กำกับ และประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Nemocare และ 5) คืนข้อมูลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 69.90 และได้รับการติดตามจนครบ 6 เดือนหรือ Barthel Index (BI) = 20 ร้อยละ 65.40

จากผลการศึกษานี้ ได้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสมกับบริบทและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติแล้วส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพ, ผู้ป่วยระยะกลาง, เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi - Et Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: teenoi655@hotmail.com



Abstract

Intermediate care patients involved treating patients who were clinically past critical and stable, but there were still some physical abnormalities and limitations in daily activities, which required medical rehabilitation services from a multidisciplinary team continuously from the hospital to the community. This research aims to; to develop and to assess of rehabilitation care for intermediate care patients from a hospital to community of health care network; Roi-Et. It was operated from October 2018-September 2019. This action research study was conducted a multidisciplinary team from 30 people in health care network; Roi-Et and 760 of intermediate care patients. Data were collected using an interview form, Nemocare program and descriptive statistics presented were the frequency, percentage, mean and standard deviation.

Results; Development of intermediate care for post-acute Patients were consisted of 1) assessment of Barthel Index and body defects by a node hospital 2) Referral and communication of patient information through a Nemocare program 3) Sub-node hospital was assessing the patient's condition and a medical rehabilitation plan according to patient's condition. 4) Monitoring and assessing health status and ability to perform daily activities and record information in Nemocare program; and 5) returning patient information. Of all admissions, 69.90% were improved. With these criteria combined, a total of 65.40% were Barthel index (BI) = 20.

This indicates that a development of intermediate care is appropriate for context and can be put into practice and then results in a better quality of life for target group.

Keywords: Rehabilitation Care, Intermediate Care, Healthcare Network Roi-Et.



บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (INTERMEDIATE CARE) หมายถึง จุดเชื่อมโยงการดูแลที่ลดความพิการและพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อเปลี่ยนภาวะเป็นพลังของสังคม จากจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องและเชื่อมโยงการบริการ ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการจัดระบบบริการ การดูแลสุขภาพระยะกลางเป็นการสร้างความต่อเนื่องของการบริการที่เกี่ยวข้องทั้งข้อมูลและบริการทางการแพทย์ในระยะเฉียบพลันกับบริการดูแลระยะยาว กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของการขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขโดยกำหนดเป้าหมายคือ มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน และให้มีแผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ได้มีการกำหนดโครงการที่รองรับแผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คือ ระบบบริการดูแลระยะกลาง โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง เริ่มต้นในกลุ่มผู้ป่วย Post-acute Stroke, Post-brain and Spinal Cord Injury มีการจัดทำแผนและดำเนินงานในพื้นที่ การสนับสนุนด้านวิชาการ แผนการวิจัย และการติดตามประเมินผล โดยเริ่มให้มีการดำเนินงานจนขยายขอบเขตการบริการและตอบสนองความต้องการของพื้นที่ จนบรรลุวัตถุประสงค์สำคัญไม่น้อยกว่าร้อยละ 10.00 ของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง⁽¹⁾

เช่นเดียวกับจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ดำเนินงานในลักษณะดังกล่าว ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้ร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสู่เครือข่ายชุมชน จากสถิติการร่วมทำการวางแผนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 58.42 ของผู้ป่วยทั้งหมด และโรคที่มีการติดตามเยี่ยมในชุมชนมากที่สุด คือโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 52.20 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยระยะกลางพบว่า เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากถึงร้อยละ 89.90 ขณะเดียวกันจากการประเมินตนเองและติดตามเยี่ยมเครือข่าย พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ การเชื่อมโยงข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่พบว่า ขาดความเชื่อมโยงของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการแต่ละระดับ ทั้งในเรื่องจำนวนครั้งของการติดตามเยี่ยมบ้าน ประวัติการรักษา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชุมชน จึงประสานงานกับทีมนักกายภาพบำบัดชุมชน ตลอดจนสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อผู้ป่วยแต่ละราย จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการติดตามเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด



(เป้าหมายร้อยละ 80.00) ปี พ.ศ.2561-2563 ผลงาน ร้อยละ 89.64, 85.99 และ 90.12 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการติดตามเยี่ยมในชุมชนที่พบภาวะแทรกซ้อน คือ เกิดแผลกดทับ ร้อยละ 2.10, 1.65 และ 0.75 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 5.00) เกิด Pneumonia ร้อยละ NA , 2.64 และ 0.67 (เป้าหมายร้อยละ 5.00) เกิด UTI ร้อยละ NA , 0.66 และ 0.22 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 5.00)⁽²⁾

นอกจากนั้นยังพบว่า ผลการติดตามและประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2563 มีผู้ป่วย Stroke HHC จำนวน 347, 350, 354, 403, 497 และ 581 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยระยะกลางจำนวน 252, 180, 189, 277, 226 และ 313 ราย และ ผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 204, 158, 179, 261, 222 และ 309 ราย ตามลำดับ⁽²⁾ โดยมีขั้นตอนการให้บริการเป็นระดับ คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ โดยผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่มที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล มีระบบการประสานส่งต่อของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานร่วมกันกับตึก/แผนกต่างๆ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การดูแลตามแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และมีการประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาใหม่ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่สถานะสุขภาพที่ดีขึ้น

จากประสบการณ์การดำเนินงานดังกล่าวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ผ่านมาได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่า ยังไม่มีการจัดทำเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก หรือแบบเยี่ยมบ้าน และการเลือกรูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในปัจจุบันมักขึ้นกับความสมัครใจ และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก รวมทั้งยังขาดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐานจากปรากฏการณ์ดังกล่าว พบว่า การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง มีการให้บริการที่ไม่เป็นระบบ ขาดความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน และไม่ครอบคลุม ทั้งคน เงิน วัสดุสิ่งของ และระบบข้อมูลสารสนเทศ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยระยะกลางที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจำนวนมาก ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยังไม่เหมาะสมเพียงพอด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ เช่น เกี่ยวกับการศึกษาการเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟู ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลในระยะเฉียบพลันยังมีจำกัด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูได้แก่ สถานะจำหน่าย การวินิจฉัยโรค ความบกพร่อง และโรคร่วม⁽³⁾

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นความสำคัญของวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง ดังนั้น ผู้วิจัยและทีมงานจึงได้พัฒนารูปแบบการ



บริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อประเมินผลการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบความร่วมมือทางเทคนิค (Technical Collaborative Approach)⁽⁴⁾ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ มักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมานผู้วิจัยได้กำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหา beforehand ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัย คือ การตกลง หรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้นๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้นและความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนวย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งตามกระบวนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Stringer⁽⁵⁾ และ MacDonald⁽⁶⁾ ดังนี้

ขั้นค้นหา (Look) ประชากรศึกษากลุ่มแรกเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ 1) ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง 2) เป็นผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และ 3) ยินดีและความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยระยะกลางหรือญาติ จำนวน 80 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผู้ป่วยระยะที่มารับบริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ขั้นคิด (Think) และขั้นปฏิบัติการ (Act) ประชากรศึกษาเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ปฏิบัติงานด้านการบริการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลเครือข่ายและ



กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ปฏิบัติงานด้านการบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลูกข่าย 2) เป็นบุคลากรสหวิชาชีพในระดับผู้ปฏิบัติงาน และ 3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน และระบบส่งต่อ เป็นระบบการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วยระยะกลางทั้งจากโรงพยาบาลกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรืออาจส่งผู้ป่วยจากบ้านเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดในเขตสุขภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความปลอดภัย ทั้งในระหว่างส่งต่อและปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ทั้งระหว่างส่งต่อและจนถึงปลายทางของโรงพยาบาลให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ดแม่ข่าย และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 19 แห่ง โดยผ่านโปรแกรม Nemocare

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (Six building blocks) ของกระทรวงสาธารณสุข 6 ประเด็นได้แก่ 1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ 4) สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เพื่อใช้ในการประเมินสถานการณ์ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

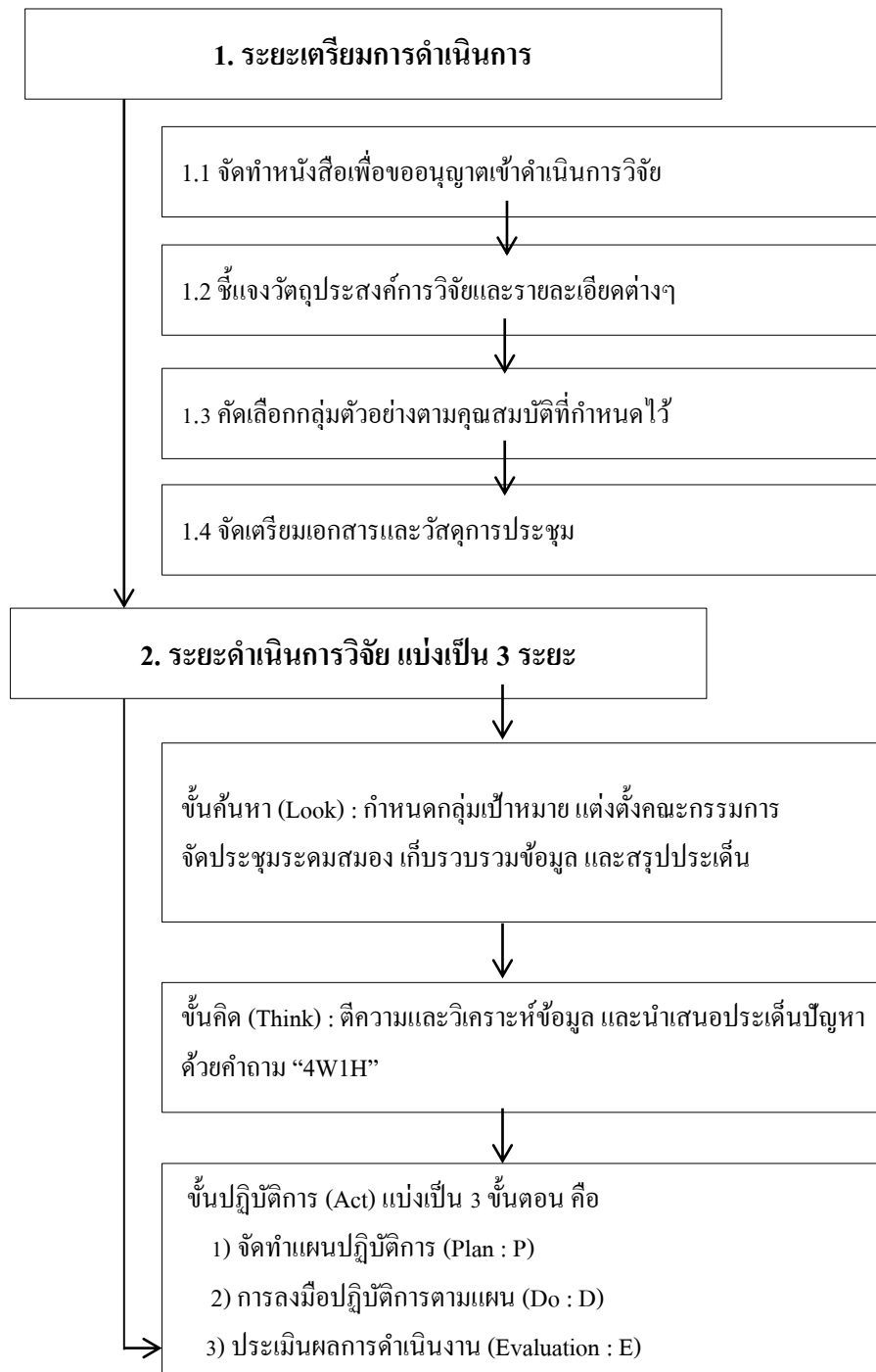
2. แบบสัมภาษณ์ความต้องการการบริการ และความพร้อมของบริการเพื่อรองรับการกลับสู่บ้านของผู้ป่วยระยะกลาง ที่พัฒนามาจากงานวิจัยของสุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาการศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การสำรวจแบบวันเดียว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟู จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ได้ค่าเท่ากับ 1.00



ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ



แผนภาพขั้นตอนการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วนแล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นต่างๆ
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Stata 14.0 ประกอบด้วย วิเคราะห์ลักษณะทางประชากร และสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัยโดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยตามแบบฟอร์มข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร และเมื่ออาสาสมัคร ทำความเข้าใจเรียบร้อยแล้ว และความยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้เซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform consent form) พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หรือการบริการที่ได้รับ และการเก็บรักษาความลับของข้อมูล ผลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องฯ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ ผลจากการศึกษานำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาโดยจะไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 107/2562

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง จากโรงพยาบาลผู้ชุมชนของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด มีขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางในระยะแรก มุ่งเน้นผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองและบาดเจ็บทางไขสันหลัง 5 ขั้นตอน (ARRER Model) ประกอบด้วย 1) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ จะมีการประเมิน Barthel Index และความบกพร่องของร่างกาย เพื่อวางแผนการรักษา โดยทีมสหวิชาชีพ (Barthel health Assessment; A) 2) โรงพยาบาลแม่ข่ายจะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemocare เพื่อติดตามดูแลและสื่อสารข้อมูลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ Barthel Index < 15 และ Barthel Index $\geq$ 15 ร่วมกับการมี Multiple Impairments (Node Hospital a Referral System on



Nemocare; R) 3) โรงพยาบาลลูกข่าย ประเมินสภาพผู้ป่วย และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง Nursing Care) หรือได้รับการฟื้นฟูเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน (ไม่รวมชั่วโมง Nursing Care) และในกรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางกาย และไม่ต้องการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก คือ ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 24 ครั้งภายใน 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้ ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือน (Rehabilitate by sub-node Hospital ; R) 4) ทีมสหวิชาชีพร่วมกันติดตาม และประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลการฟื้นฟูสภาพในโปรแกรม Nemocare เพื่อให้ทีมสุขภาพได้ใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Monitoring and Evaluation Health Status: E) และ 5) ถิ่นข้อมูลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความจำเป็น และขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ให้มาตรวจตามนัด ตามกำหนดการฟื้นฟูสภาพ และตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ (Data Retrieval on Visited: R)

2. การประเมินผลการพัฒนา พบว่า

2.1 การส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดถึงเครือข่ายสุขภาพอำเภอ พบว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงกันยายน 2562 มีจำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดไปยังเครือข่ายสุขภาพ 20 แห่ง จำนวนทั้งหมด 895 คน ไม่พบผู้ป่วยในชุมชน ร้อยละ 2.80 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมในชุมชน ร้อยละ 84.90 และตาย ร้อยละ 11.20

2.2 ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการดูแลโดยการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 760 คน มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 69.90 อาการแย่ลง ร้อยละ 13.70 อาการทรงตัว ร้อยละ 27.10 เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 11.50 ได้รับการเยี่ยมบ้านในชุมชน ร้อยละ 13.20 และผู้ป่วยได้รับการปรับสภาพฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือค่า Barthel Index (BI) = 20 ร้อยละ 65.40 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) หลังการพัฒนา

เครือข่ายสุขภาพ	Total cases	อาการผู้ป่วยโดยรวม				ผลการดำเนินงาน BI=20
		Improve	Worse	Stables	Complication	
1. อ.เมืองร้อยเอ็ด	123	98(12.9)	18(2.4)	16(2.1)	10(1.3)	93(12.3)
2. อ.เกษตรวิสัย	50	37(4.9)	9(1.2)	14(1.8)	4(0.5)	24(3.2)
3. อ.ปทุมรัตน์	24	19(2.5)	2(2.3)	3(0.4)	2(0.3)	17(0.2)
4. อ.จตุรพักตรพิมาน	54	28(3.7)	10(1.3)	21(2.8)	4(0.5)	26(3.4)
5. อ.ธวัชบุรี	48	26(3.4)	10(1.3)	20(2.6)	9(1.4)	21(2.8)
6. อ.พนมไพร	27	23(3.0)	3(0.4)	5(0.7)	6(0.8)	19(2.5)
7. อ.โพนทอง	39	31(4.1)	1(0.1)	18(2.4)	3(0.4)	38(5.0)
8. อ.โพธิ์ชัย	8	5(0.1)	1(0.1)	6(0.8)	1(0.1)	8(1.1)
9. อ.หนองพอก	18	11(1.4)	3(0.4)	5(0.7)	2(0.3)	10(1.3)
10. อ.เสลภูมิ	62	49(6.4)	8(1.1)	14(1.8)	8(1.1)	48(6.3)
11. อ.สุวรรณภูมิ	92	72(9.5)	8(1.1)	14(1.8)	2(1.3)	66(8.7)
12. อ.เมืองสรวง	18	13(1.7)	2(0.3)	4(0.5)	3(0.4)	8(1.1)
13. อ.โพนทราย	9	8(1.1)	2(0.3)	1(0.1)	2(0.3)	5(0.7)
14. อ.อาจสามารถ	52	37(4.9)	8(1.1)	9(1.8)	6(0.8)	34(1.5)
15. อ.เมยวดี	9	3(0.4)	2(0.3)	5(0.7)	1(0.1)	4(0.5)
16. อ.ศรีสมเด็จ	24	5(0.7)	0(0.0)	21(2.8)	1(0.1)	22(2.9)
17. อ.จังหาร	31	20(2.6)	6(0.8)	8(1.1)	3(0.4)	15(1.9)
18. อ.เชียงขวัญ	34	19(2.5)	6(0.8)	13(1.7)	7(0.9)	12(1.6)
19. อ.หนองฮี	11	7(0.9)	2(0.3)	3(0.4)	5(0.7)	6(0.8)
20. อ.ทุ่งเขาหลวง	27	20(2.6)	3(0.4)	6(0.8)	8(1.1)	21(2.8)
โดยรวม	760	531(69.9)	104(13.7)	206(27.1)	87(11.5)	497(65.4)

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย (1) การประเมิน Barthel Index และความบกพร่องของร่างกาย โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย (2) การส่งต่อและสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemocare (3) โรงพยาบาลลูกข่ายประเมินสภาพ



ผู้ป่วย และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย (4) การติดตาม กำกับและประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Nemocare และ (5) คืนข้อมูลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม มีอาการดีขึ้น (Improve) ร้อยละ 69.90 และได้รับการติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel Index (BI) = 20 ร้อยละ 65.40

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบผลเช่นเดียวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันในโรงพยาบาลสุรินทร์⁽⁷⁾ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจะตอบรับหรือปฏิเสธ แจกแบบสอบถาม และบันทึกการประเมินกิจวัตรประจำวัน น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว จำนวนวันนอนภาวะแทรกซ้อน ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล นักกายภาพบำบัดประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและตรวจประเมินด้านการเคลื่อนไหว เพื่อวางแผนให้การฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างนอนพักฟื้นในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายมีการติดตามเยี่ยมบ้านและมารับบริการในหน่วยงานเวชกรรมฟื้นฟูต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน แจกแผ่นพับและวีดิทัศน์ สื่อสำหรับญาติ และผู้ดูแล เพื่อนำไปทำต่อเนื่องที่บ้านหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และทบทวนความรู้สำหรับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้กำกับและส่งเสริมการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด และโทรศัพท์กำกับติดตามทุก 1 เดือน หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 6 เดือน (จำนวน 6 ครั้ง) และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลของญาติหรือผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งความรู้ความเข้าใจในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ดูแลหรือญาติครบ 24 สัปดาห์ และมารับการรักษาต่อเนื่อง ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความรู้ของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สอดคล้องกับการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งพบว่า การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เขตสุขภาพที่ 9 ทุกจังหวัดมีนโยบายในการสนับสนุนให้มีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยมีการสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือระบบข้อมูลข่าวสาร มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานถึงร้อยละ 92.30 สนับสนุนให้จัดเตรียมสถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ รวมไปถึงการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว ทันเวลา ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียด แต่มีแนวโน้มที่น่าจะดำเนินการได้ และขยายผลได้เร็วโดยไม่ประสบปัญหาด้านบุคลากรและงบประมาณ⁽⁹⁾



นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางในผู้สูงอายุตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่า การดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางในกลุ่มผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี บุคลากรให้การยอมรับนโยบาย และเห็นว่านโยบายมีความเป็นไปได้ในระดับดี ช่วยให้เกิดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ⁽¹⁰⁾ และมีระบบฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ติดตามบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในกลุ่มผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้รวดเร็ว และผู้ใช้งานมีความพึงพอใจ⁽¹¹⁾

ส่วนผลการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลโพธาราม ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ร้อยละ 95.0⁽¹²⁾ เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยเดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอัมพาตเฉพาะท่อนล่าง ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ Barthel ADL index ได้ 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับพยาบาลชุมชนได้ร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอีก 6 เดือนส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเองตามที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูให้โปรแกรมได้เป็นอย่างดี⁽¹³⁻¹⁴⁾ และเช่นเดียวกับกับผลการศึกษาของ Deutsch และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพในลักษณะผู้ป่วยในมีผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และระบบการเคลื่อนไหวที่ฟื้นตัวดีขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพในลักษณะผู้ป่วยในจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ในทำนองเดียวกันงานวิจัยที่ได้ศึกษาแบบ Prospective multicenter cohort study ซึ่งพบว่าประสิทธิภาพในการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคเพิ่มขึ้น⁽¹⁶⁾ ซึ่งให้เห็นว่าการให้บริการการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะกลางแห่งอื่นๆ ในประเทศไทย ทั้งนี้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบเข้มข้น ซึ่งเป็นการให้บริการที่พบในรูปแบบผู้ป่วยในเท่านั้น ผู้ป่วยจะมีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ซึ่งได้รับการดูแลรักษาที่เข้มข้นน้อยกว่า และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลความเครียด และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในบริการที่ได้รับในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนน การปรับตัวของญาติผู้ดูแลในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โปรแกรมการดูแลสามารถนำมาปรับใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแล และติดตามประเมินความเครียด และการปรับตัวหลังจำหน่าย 1 เดือนอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁷⁾



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ฐานข้อมูลออนไลน์ไม่มีคุณภาพ เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการรักษา และเป้าหมายที่ตั้งไว้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหาและพัฒนาฐานข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา

2. ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ดังนั้น ควรพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้กับผู้ดูแลในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง
ข้อเสนอสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

1. ควรพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ที่ได้มาตรฐานและใช้งานได้จริง
2. ควรถอดบทเรียนหรือศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อต่อยอดและพัฒนาคำแนะนำที่ผ่านมา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัย: การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์พัฒนางานสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2564. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2564.
3. รัชวรรณ สุขเสถียร. การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วย ใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. J Thai Rehabil Med. 2557; 24(2):37-43.
4. องอาจ นัยพัฒน์. การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ; 2551.
5. Stringer ET. Action Research (3rd). 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2007.
6. MacDonald, C. Understanding Participatory Action Research: A Qualitative Research Methodology Option. Canadian Journal of Action Research. 2012;13(2):34-50
7. สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์สังกัด กระทรวงสาธารณสุข การสำรวจแบบวันเดียว. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2555.



8. ปิยาภรณ์ หอมกลิ่น. ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ในหน่วยงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์.วารสาร Mahidol R2R e-Journal. 2564;8(3):74-82.
9. บุษรินทร์ พูนนอก. รายงานการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care). เขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์); 2563.
10. รัชพร ชื่นกลิ่น, นงนภัทร รุ่งเนย, นกัศ แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัย, ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย. การประเมินผลการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อ ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
11. ธนาวรรณ แสนปัญญา, ลักษณ์ ปภินวิชกุล, หัสยาพร อินทยศ, กฤติธิ์ อุดธรรมไชย. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางกลุ่มผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด. วารสาร โรงพยาบาลแพร่. 2564;29(2):15-33.
12. สุกัญญา ขงสว่าง, ธนาวรรณ สีนประเสริฐ, ปราณี เตชรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2558;34(3):236-47.
13. พชรฉัตร ภูมิสถาน. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนอกและเอวหักกดทับไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและการดูแลต่อเนื่องในระยะกลาง : กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวช สาร.2563;40(1):173-87.
14. ประธาน ศรีจุลฮาด. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอ ร่องคำจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(3):229-32.
15. Deutsch A, Granger CV, Heinemann AW, Fiedler RC, DeJong G, Kane RL, et al. Poststroke rehabilitation: outcomes and reimbursement of inpatient rehabilitation facilities and subacute rehabilitation programs. Stroke. 2006;37(6):1477-82.
16. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Riewpaiboon W, Zungsontiporn C. Rehabilitation service development for sub-acute and non-acute patients under the universal coveragescheme in Thailand. Journal of Health Science. 2015;24(3):493-509.
17. นันทกาญจน์ ปักยี่, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปริดา มั่นคง, สิทธิรัตน์ ถิลาจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแลความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. Rama Nurs J. 2559;22(1):65-80.