



กรมการแพทย์
Department of Medical Services



คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567



สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567

ISBN (e-book) : 978-616-8322-98-7

ที่ปรึกษา พญ.ภัทรา อังสุวรรณ ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ผศ.นพ.วิษณุ กัมมรทิพย์ ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการบริหาร

พญ.วิชนี ธงทอง

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

พญ.ดลฤดี ศรีศุภผล
นพ.ศุภศิลป์ จำปานาค

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care)

กองบรรณาธิการ

นพ.ปิ่นไทย เทพมณฑา
พญ.ดวงจิตร์ สมิตินราเศรษฐ์
พญ.ภูริชา ชัยวิรัช
สุพรรณิการ์ แวอาราม
พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง
สมจิต รามสุข
ภคอร สายพันธ์
ศุภิพันธุ์ โสรัตน์ดา
มนีรัตน์ หัวหนองหาร
ไชยสิทธิ์ อีร์ชวา

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

จำนวนหน้า 73 หน้า

จัดทำและเผยแพร่

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2591-5455, 0-2591-4242
www.snmri.go.th

คำนำ

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หนึ่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ที่สำคัญ คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) ซึ่งช่วยปิดช่องว่างในการให้บริการ เชื่อมต่อบริการจากระยะเฉียบพลัน (Acute phase) สู่ระยะกลาง ก่อนเข้าสู่การดูแลต่อเนื่องในระยะยาว (Long term care) ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บสมอง การบาดเจ็บไขสันหลัง และกลุ่มกระดูกสะโพกหัก ได้รับการฟื้นฟูอย่างเข้มข้น (Intensive rehabilitation program) และควรได้รับโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ในช่วงเวลา 6 เดือนแรกอย่างเต็มประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะพึ่งพิง สามารถช่วยเหลือตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบกับนโยบายของกรมการแพทย์ที่มุ่งเน้นพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless comprehensive health care) ดังนั้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ จึงได้จัดทำคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Guideline for Intermediate care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567 เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ผู้จัดทำหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะมีประโยชน์แก่ทุกท่าน ที่ดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางไม่มากก็น้อย

ขอขอบคุณความร่วมมือเป็นอย่างดีจากทุกภาคส่วน ได้แก่ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย สภากายภาพบำบัด สมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีพบำบัดแห่งประเทศไทย สมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย รวมทั้ง ผู้แทนจากโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นำไปสู่ข้อเสนอแนะ สู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง

คณะบรรณาธิการ

ตุลาคม 2567

สารจากประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) หรือที่เรียกสั้น ๆ ติดปากว่า IMC เป็นหนึ่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งถือว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพ นับได้ว่าเป็นความชาญฉลาดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขในยุคที่ผ่านมาที่สามารถสร้างระบบการฟื้นฟูของประเทศไทยได้อย่างพลิกฝ่ามือ โดยไม่ต้องลงทุนอะไรเพิ่มเติมมากขึ้น เพียงปรับเปลี่ยนสถานะแวดล้อมเดิมให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นคุณภาพการกับประชาชนชาวไทย

ระบบ IMC นี้เริ่มต้นมาจากโครงการนำร่องบางกล้าโมเดล ที่มีการปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลบางกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กให้มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลศูนย์ โดยเริ่มต้นจากการรับย้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลหาดใหญ่มาฟื้นฟู โดยมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลหาดใหญ่หมุนเวียนมาดูแลผู้ป่วยและพัฒนาระบบ โครงการนี้สามารถเพิ่มอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลบางกล้า ลดความแออัดและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหาดใหญ่ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องเตียง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ลดภาระครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ทรัพยากรสาธารณสุขอย่างคุ้มค่า เกิดการพัฒนาคน พัฒนางาน ปิดช่องว่างของระบบ และได้ขยายผลเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทั่วประเทศ ไม่ว่าจะเป็น Intermediate ward, Intermediate bed ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูใกล้บ้าน

ปัจจุบัน IMC ครอบคลุมการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะข้อติด และกระดูกสะโพกหัก และอาจมีการขยายให้ครอบคลุมโรคอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต

ในคู่มือฉบับนี้ได้มีการปรับเกณฑ์ต่าง ๆ เช่น เกณฑ์ในการรับผู้ป่วยในแต่ละโรคให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น การแบ่งระดับของการดูแลตามศักยภาพของโรงพยาบาลพร้อมกำหนดกรอบทรัพยากรที่จำเป็นไว้ เช่น บุคลากร ขอบเขตการรักษาและฟื้นฟู อุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น สถานที่รองรับการบริการ เป็นต้น

หวังว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย และเกิดการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพและการส่งต่อผู้ป่วยของประเทศต่อไป

ผศ.นพ.วิษณุ กัมมทิตพิย์

ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

นายกสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

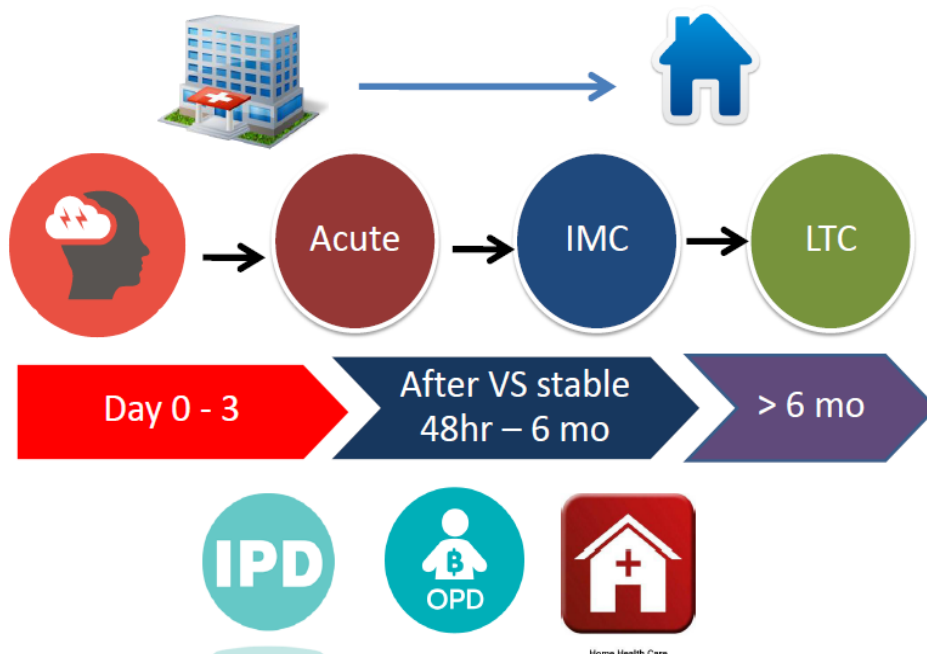
สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 คำนิยามสำคัญของงาน Intermediate care	4
บทที่ 3 แนวทางการดูแล Intermediate care	8
- แนวทางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง	8
- เกณฑ์รับผู้ป่วยเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในตามกลุ่มโรค	9
- เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน	12
- เกณฑ์มาตรฐานสำหรับการบริหารจัดการการดูแลระยะกลาง	13
- เกณฑ์มาตรฐานสำหรับการดูแลระยะกลางรูปแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ ward)	14
บทที่ 4 รูปแบบบริการ Intermediate care	17
บทที่ 5 บทบาทของเครือข่ายในการจัดบริการ Intermediate care	24
บทที่ 6 แนวทางการพัฒนาศักยภาพบริการ Specialized rehabilitation service	29
บทที่ 7 ตัวอย่างการดำเนินงานในพื้นที่ (Best Practices)	31
- IMC ชุมชน: ถอดบทเรียน รพ.สันทราย จ.เชียงใหม่	31
- IMC สู่ความยั่งยืน สร้างเครือข่ายนักฟื้นฟูฯ ชุมชน: ถอดบทเรียน จ.สระบุรี	39
- ระบบการส่งต่อข้อมูลและดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ “PRM Referral Network”: ถอดบทเรียน จ.ศรีสะเกษ	42
- IMC ward การพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง “Phunphin Intermediate care Ward Model”: ถอดบทเรียน รพ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี	43
บทที่ 8 การประเมินผลการดำเนินงาน Intermediate care	47
ภาคผนวก	49
ภาคผนวก 1 Care protocol สำหรับผู้ป่วย Acquired brain injury และ Spinal cord injury	50
ภาคผนวก 2 Care protocol สำหรับผู้ป่วย Fragility hip fracture	55
ภาคผนวก 3 แบบประเมิน Barthel index	60
ภาคผนวก 4 บัญชีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นสาขาโรคหลอดเลือดสมอง ด้าน rehabilitation post stroke (ตารางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบ IPD)	62
อภิธานศัพท์	69
บรรณานุกรม	72

บทที่ 1 บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทหลักที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนบนแผ่นดินไทย สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพทุกช่วงชีวิต การให้บริการในรูปแบบเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาฟื้นฟู ในเวลาที่เหมาะสม สามารถฟื้นตัวได้เร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ ลดอัตราการเสียชีวิต และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ

“Golden Period” นับเป็นหัวใจสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคระบบประสาท โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากระบบประสาทมีการฟื้นตัวตามธรรมชาติสูงที่สุดในระยะ 6 เดือนแรกภายหลังเกิดโรค หากแต่ในอดีต บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มิได้เชื่อมโยงกับบริการการรักษาเท่าที่ควร จึงทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการฟื้นฟูในช่วงระยะเวลาทองดังกล่าว และเสียโอกาสในการกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง “Intermediate care” (IMC) ได้พัฒนาขึ้นเพื่อปิดช่องว่างของระบบ เพื่อเชื่อมการดูแลจากระยะเฉียบพลัน (Acute) ก่อนเข้าสู่การดูแลระยะยาว (Long term care; LTC) โดยเชื่อมโยงเครือข่ายผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในพื้นที่ (รูปที่ 1) และพัฒนาระบบบริการในหลายรูปแบบ อาทิ การดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการเยี่ยมบ้าน รวมถึงบูรณาการการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและชุมชน เช่น การบริการในรูปแบบศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน

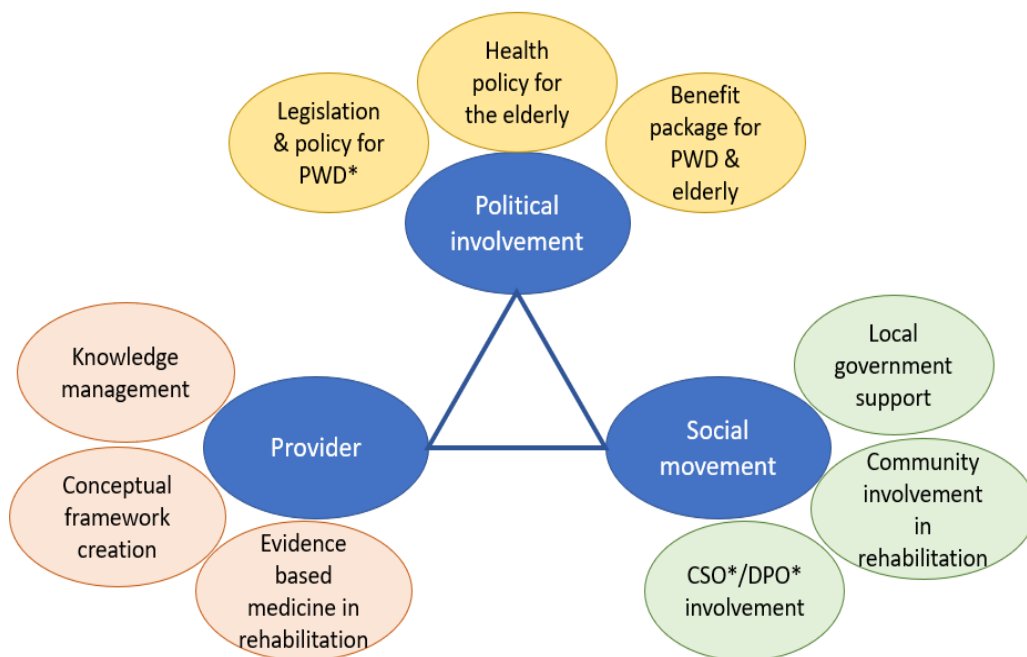


รูปที่ 1 ความเชื่อมโยงของการดูแลระยะเฉียบพลัน ระยะกึ่งเฉียบพลันหรือระยะกลาง และระยะยาว
จากสถานพยาบาลถึงชุมชน

ในระยะเริ่มต้นบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยใน 3 กลุ่มโรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การบาดเจ็บสมอง (Traumatic Brain Injury; TBI) และการบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury; SCI) อย่างไรก็ตาม ในปี 2565 ได้มีการขยายบริการให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป (Fragility Hip Fracture) ซึ่งเป็นภาวะที่อาจเกิดความพิการและต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพเช่นกัน และในอนาคตอาจมีการพิจารณาขยายบริการให้ครอบคลุมกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความพิการหากไม่ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องในระยะแรกของการเจ็บป่วย

ในปัจจุบัน มีหน่วยงานที่สามารถให้บริการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ทั้งรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน และคลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่น ในทั่วทุกเขตบริการสุขภาพ จากข้อมูลการสำรวจของสถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูฯ เมื่อ 31 กรกฎาคม 2566 พบการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยใน (รวม IMC ward และ IMC bed) จำนวนทั้งสิ้น 1,999 เตียง ทั่วประเทศ

การนำนโยบาย IMC สู่การปฏิบัติ



รูปที่ 2 องค์ประกอบหลักในการนำนโยบาย IMC สู่การปฏิบัติ

(CSO: Civil Society Organization, DPO: Disabled People's Organization, PWD: Persons with Disabilities)

Intermediate care ถูกนำไปสู่การปฏิบัติผ่านนโยบายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งช่วยให้มีการวางกรอบแผนการจัดสรรทรัพยากร ทั้งบุคลากร งบประมาณ และ ทรัพยากรทางการแพทย์ที่ชัดเจน

องค์ประกอบ 3 ด้านหลักที่ช่วยในการขับเคลื่อนนโยบาย IMC ไปสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน ได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบายการเมืองการปกครอง (Political involvement) ปัจจัยด้านการขับเคลื่อนทางสังคม (Social movement) และปัจจัยด้านผู้ให้บริการ (Provider)

ปัจจัยด้านนโยบายการเมืองการปกครอง (Political Involvement) หมายถึง การขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบายการดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ ซึ่งรวมทั้งการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นต้องมีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ (Provider) ซึ่งหมายรวมถึง การบริหารจัดการและความร่วมมือของเครือข่ายสหวิชาชีพ และการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การสร้างงานวิชาการเกี่ยวกับการดูแลระยะกลาง เพื่อให้เกิดการให้บริการที่วางอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำมาสู่ข้อเสนอแนะทางนโยบายที่ชัดเจน

ปัจจัยขับเคลื่อนการเคลื่อนด้านสังคม (Social Movement) หมายรวมถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม ทั้งในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายในกระทรวงอื่น ๆ และเครือข่ายองค์กร คนพิการในระดับชุมชนและระดับประเทศ

ความยั่งยืนของการดำเนินนโยบาย Intermediate care จำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนผ่าน 3 เสาหลักดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการดูแลทั้งมิติสุขภาพและมิติทางสังคม เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือผู้ป่วยและคนพิการมีสุขภาวะที่ดี

บทที่ 2 คำนิยามสำคัญของงาน Intermediate care

คำศัพท์	ความหมาย
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย การแพทย์	การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้นจนถึงขีดความสามารถสูงสุดที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ เช่น การฝึกการเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวัน การกระตุ้นกลืน การฝึกพูด การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ การทำกายอุปกรณ์เสริม/เทียม การดัดแปลงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ การปรับบ้านและสภาพแวดล้อม การให้คำปรึกษาและการเตรียมตัวก่อนฝึกอาชีพ ¹
การดูแลระยะกลาง หรือ การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ระยะกลาง	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วย* ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยพิจารณาจากผู้ป่วยที่มี Barthel index < 15 หรือมี Barthel index ≥ 15 ร่วมกับมี impairment อย่างน้อย 1 ด้าน โดยเป็นบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Approach) อย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่เริ่มเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูจนครบ 6 เดือน ทั้งนี้ ควรเข้าสู่กระบวนการดูแลระยะกลางเร็วที่สุดภายหลังการเจ็บป่วยและพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ <i>*กลุ่มผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (S06.1 - S06.9) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (S14.0, S14.1, S24.0, S24.1, S34.0, S34.1, S34.3, G82, A18.0 + M49.0*) และผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก (S72.0, S72.1, S72.2)</i>

¹ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ.2552 และ WHO World Report on Disability 2011

คำศัพท์	ความหมาย
บุคลากรด้านการฟื้นฟู	บุคลากรที่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมาย พยาบาลฟื้นฟูสภาพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นัก/ช่างกายอุปกรณ์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และนักฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน
ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฟื้นฟู	ผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการฟื้นฟูมีสภาวะร่างกายทางการแพทย์คงที่และสามารถทำตามคำสั่งได้
ผู้ป่วยที่อาการคงที่	ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทในด้านต่าง ๆ เช่น กำลังกล้ามเนื้อคงที่หรือดีขึ้น รวมถึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์ที่สำคัญและไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาภายใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
ความบกพร่อง (Impairments)	การลดลงหรือการสูญเสียโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติอื่น ส่งผลให้สมรรถนะในการทำกิจกรรมด้านต่างๆ ลดลง ได้แก่ - ด้านการเคลื่อนไหว (Mobility problem) - ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL problem) - ด้านระบบขับถ่าย (Bowel problem) - ด้านระบบปัสสาวะ (Bladder problem) - ด้านการสื่อความหมาย (Communication problem) - ด้านการกลืน (Swallowing problem) - ด้านการรับรู้ (Cognitive problem)
การประเมิน Barthel index	การประเมินสมรรถนะ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน Barthel index ฉบับภาษาไทย ที่มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน
การให้บริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน	การรับผู้ป่วยเข้าพักนอนในโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยสถานพยาบาลอาจจัดบริการได้ในรูปแบบ Intermediate ward หรือ Intermediate bed

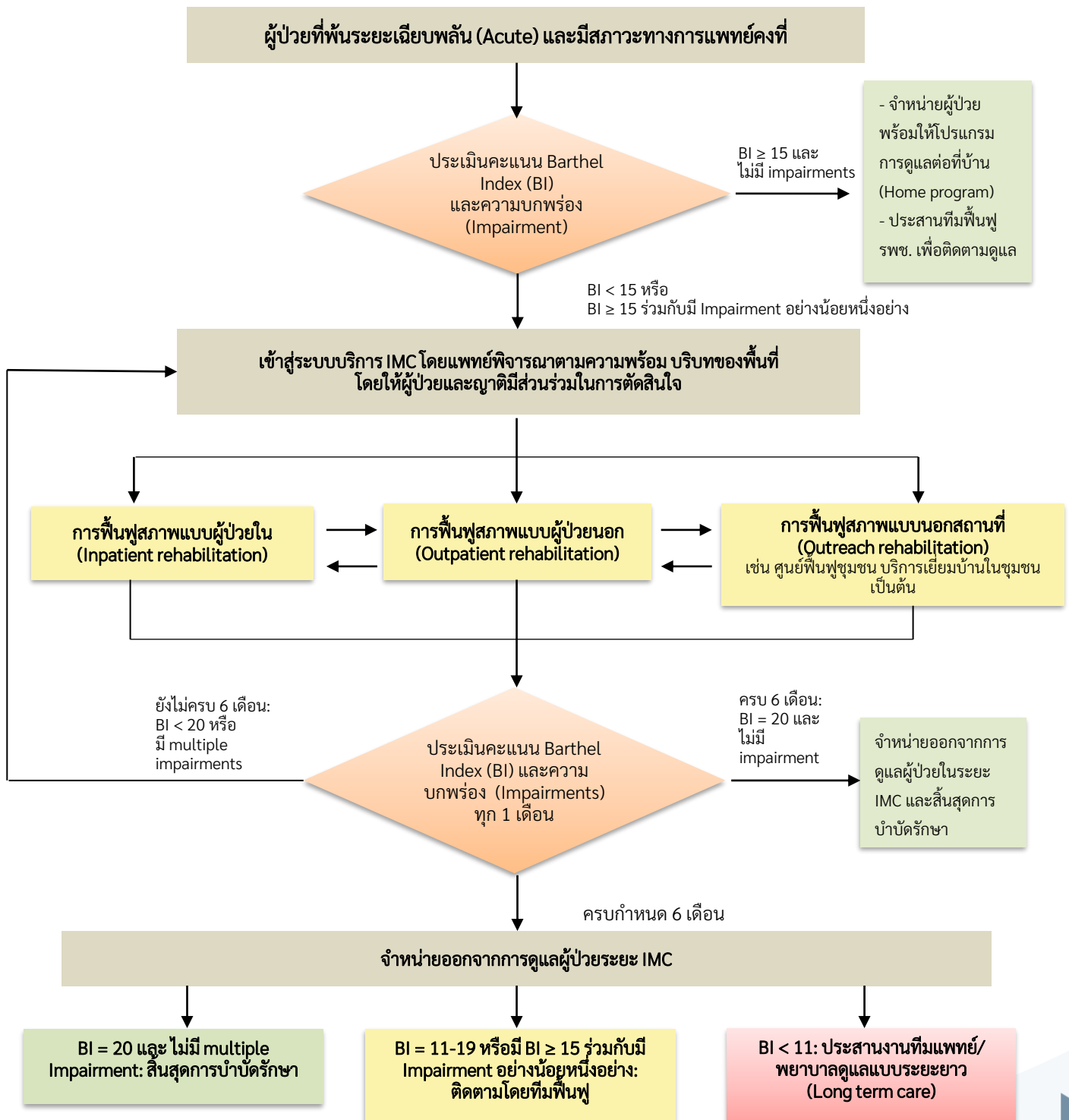
คำศัพท์	ความหมาย
Intermediate ward	หอผู้ป่วยที่จัดบริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่ม Intermediate care โดยมีจำนวนอย่างน้อย 6 เตียง และมีการให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพตามเกณฑ์มาตรฐานรูปแบบบริการผู้ป่วยใน (รายละเอียดในบทที่ 3) จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโปรแกรมความเข้มข้นตามศักยภาพและเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาจเป็นบริการ Intensive หรือ less-intensive rehabilitation program ทั้งนี้ ควรมีจำนวนวันนอน 14-30 วัน ขึ้นกับความเหมาะสมและเป้าหมายของการฟื้นฟู
Intermediate bed	การจัดบริการเตียงผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยกลุ่ม Intermediate care โดยสามารถจัดบริการร่วมกับผู้ป่วยประเภทอื่นในหอผู้ป่วยเดียวกัน และมีการให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพตามเกณฑ์มาตรฐานรูปแบบบริการผู้ป่วยใน (รายละเอียดในบทที่ 3) จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโปรแกรมความเข้มข้นตามศักยภาพและเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาจเป็นบริการ Intensive หรือ less-intensive rehabilitation program ทั้งนี้ ควรมีจำนวนวันนอน 14-30 วัน ขึ้นกับความเหมาะสมและเป้าหมายของการฟื้นฟู
โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในแบบเข้มข้น (Intensive inpatient rehabilitation program)	ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง การพยาบาลทั่วไป หรือ nursing care)
โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแบบ Less-intensive	ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง และอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง การพยาบาลทั่วไป หรือ nursing care)
การให้บริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก	การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไปกลับโดยผู้ป่วยเดินทางมารับบริการที่สถานพยาบาล โดยมีระยะเวลาการให้บริการอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง ความถี่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ รวมอย่างน้อย 30 ครั้ง ภายใน 6 เดือน ทั้งนี้ การปรับความถี่ของการให้บริการขึ้นกับระดับความบกพร่องและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

คำศัพท์	ความหมาย
การฟื้นฟูสภาพแบบนอกสถานพยาบาล (Outreach rehabilitation)	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้านหรือสถานที่ที่จัดไว้ในชุมชน โดยกลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการที่สถานพยาบาล โดยมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู (เช่น นักกายภาพบำบัด และ/หรือนักกิจกรรมบำบัด) ให้บริการ อย่างน้อย 45 นาที /ครั้ง ความถี่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ รวมอย่างน้อย 30 ครั้ง ภายใน 6 เดือน ทั้งนี้ การปรับความถี่ของการให้บริการขึ้นกับระดับความบกพร่องและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย (หมายเหตุ: สามารถบูรณาการบริการฟื้นฟูสภาพแบบนอกสถานพยาบาลร่วมกับบริการเยี่ยมบ้านในชุมชน)
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน	หน่วยบริการที่มีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในชุมชน โดยจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพ หรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมด้านฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ คนพิการสามารถเข้าถึงบริการภายในชุมชน
เกณฑ์รับผู้ป่วยเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในแบบเข้มข้น ในรูปแบบ IMC ward (Admission Criteria for Intensive Rehabilitation)	1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทในด้านต่าง ๆ เช่น กำลังกล้ามเนื้อคงที่หรือดีขึ้น รวมถึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์ที่สำคัญและไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาภายใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 2. คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Bathel Index) < 15 หรือ คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ≥ 15 และร่วมกับมี Impairment อย่างน้อยหนึ่งอย่าง 3. สามารถทำตามคำสั่งได้ 2 ลำดับ 4. ไม่มีภาวะดังต่อไปนี้ • การติดเชื้อ • หลอดเลือดดำอุดตันเฉียบพลัน • หัวใจ หรือระบบหายใจล้มเหลว • ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ (malignant hypertension)

บทที่ 3 แนวทางการดูแล Intermediate care

การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง หรือ Intermediate care ซึ่งมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง



เกณฑ์รับผู้ป่วยเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในตามกลุ่มโรค (Admission Criteria for inpatient rehabilitation program)

กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บสมอง (Acquired brain injury)

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) มาแล้วไม่เกิน 6 เดือน หรือวินิจฉัยบาดเจ็บสมอง (traumatic brain injury) ไม่เกิน 2 ปี
2. ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทคงที่ไม่มีอาการที่แย่งลง
3. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ ทุกข้อ
 - 3.1 ชีพจรขณะพัก ไม่ต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที และไม่สูงกว่า 100 ครั้งต่อนาที
 - 3.2 ความดันโลหิต
 - Systolic blood pressure มากกว่า 90 และไม่เกิน 180 mmHg
 - Diastolic blood pressure มากกว่า 60 และไม่เกิน 110 mmHg
 - 3.3 อัตราการหายใจ ไม่เกิน 22 ครั้งต่อนาที
 - 3.4 ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด วัดที่ปลายนิ้ว (SpO2) ไม่น้อยกว่า 96% ในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาก่อน
 - 3.5 อุณหภูมิร่างกาย ไม่เกิน 37.8 องศาเซลเซียส
4. ผู้ป่วยไม่มีภาวะทางอายุรกรรม/ศัลยกรรม และความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรคติดต่อที่ยังควบคุมไม่ได้
5. ผู้ป่วยมีศักยภาพในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - 5.1 การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง/บาดเจ็บสมองในครั้งนี ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในมาก่อน
 - 5.2 ผู้ป่วยเคยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในและมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในระหว่างการฟื้นฟูรอบนั้น และแพทย์พิจารณาแล้วแนะนำให้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องต่อไปอีกรอบ
 - 5.3 ผู้ป่วยที่แพทย์ฟื้นฟูประเมินแล้วว่ามีความพิการหรือปัญหาเฉพาะด้านที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน
 - 5.4 ผู้ป่วยที่มีศักยภาพต่ำ แต่แพทย์ประเมินแล้วว่าควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล (caregiver) ในการดูแลผู้ป่วย

6. มีปัญหาจำเป็นต้องได้รับการดูแลฟื้นฟู ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ กล่าวคือ

6.1 คะแนน Barthel Index <15 คะแนน (มีปัญหาการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน) หรือ

6.2 มีความบกพร่อง (impairment) เฉพาะด้าน ในรายการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ด้าน

6.2.1 ปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Activities daily living: ADL)

6.2.2 ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

6.2.3 การกลืน หรือมีความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารหรือน้ำลาย

6.2.4 ปัญหาด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ การรับรู้มิติสัมพันธ์ และความจำ

6.2.5 ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

6.2.6 ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

6.2.7 ปัญหาด้านการสื่อความหมาย

7. ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษา จะต้องมีความสามารถที่จะให้ความร่วมมือและเรียนรู้ได้ กล่าวคือ

7.1 กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องสามารถทำการทดสอบทำตามคำสั่ง 2 ขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง ยกเว้นผู้ที่มีปัญหาการสื่อสารภาษา (Aphasia) และ/หรือปัญหาด้านการวางแผนการเคลื่อนไหว (Apraxia)

7.2 กรณีผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องมี Rancho level of cognitive functioning scale ในระดับ V-VI (level V: confused, inappropriate, non-agitated response; level VI: confused, appropriated response)

กลุ่มโรคบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury)

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลัง (traumatic และ non-traumatic spinal cord injury) ไม่เกิน 2 ปี

2. ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทที่ ไม่มีอาการที่แย่งลง

3. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ ทุกข้อ

3.1 ชีพจรขณะพัก ไม่ต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที และไม่สูงกว่า 100 ครั้งต่อนาที

3.2 ความดันโลหิต

- Systolic blood pressure มากกว่า 90 และไม่เกิน 180 mmHg
- diastolic blood pressure มากกว่า 60 และไม่เกิน 110 mmHg

3.3 อัตราการหายใจ ไม่เกิน 22 ครั้งต่อนาที

3.4 ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด วัดที่ปลายนิ้ว (SpO₂) ไม่น้อยกว่า 96% ในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาก่อน

3.5 อุณหภูมิร่างกาย ไม่เกิน 37.8 องศาเซลเซียส

4. ผู้ป่วยไม่มีภาวะทางอายุรกรรม/ศัลยกรรม และความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรคติดต่อที่ยังควบคุมไม่ได้
5. ผู้ป่วยมีศักยภาพในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - 5.1 การป่วยด้วยโรคบาดเจ็บไขสันหลังในครั้งนี้ ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในมาก่อน
 - 5.2 ผู้ป่วยเคยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในและมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในระหว่างการฟื้นฟูรอบนั้น แพทย์พิจารณาแล้วแนะนำให้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องต่อไปอีกรอบ
 - 5.3 ผู้ป่วยที่แพทย์ฟื้นฟูประเมินแล้วว่าผู้ป่วยมีศักยภาพหรือปัญหาเฉพาะด้านที่จำเป็นที่จะได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน
 - 5.4 ผู้ป่วยที่แพทย์ประเมินแล้วว่าควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล (caregiver) ในการดูแลผู้ป่วย
6. มีปัญหาจำเป็นต้องได้รับการดูแลฟื้นฟู ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ กล่าวคือ
 - 6.1 คะแนน Barthel Index <15 คะแนน (มีปัญหาการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน) หรือ
 - 6.2 มีปัญหาที่สำคัญหรือความเสี่ยงพิเศษ ในรายการต่อไปนี้
 - 6.2.1 ปัญหา ADL
 - 6.2.2 ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว
 - 6.2.3 ปัญหาด้านการกลืน
 - 6.2.4 ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ
 - 6.2.5 ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ
7. ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษ จะต้องมีความสามารถที่จะให้ความร่วมมือและเรียนรู้ได้

กลุ่มโรคกระดูกสะโพกหัก (Fragility hip fracture)

1. ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลด้วยกระดูกสะโพกหัก จากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง จากการล้มในระดับที่น้อยกว่า หรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel Index <15 หรือ ≥ 15 แต่ยังมีพบปัญหาความลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างน้อย 1 ใน 4 ด้าน (ตามหัวข้อของ Barthel index) ต่อไปนี้
 - 2.1 การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้ (Transfer)
 - 2.2 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)
 - 2.3 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)
 - 2.4 การใช้ห้องน้ำ (toilet use)

เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน

1. ผู้ป่วยรับการฟื้นฟู ครบกำหนด 14-30 วัน
2. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นมากจนบรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูแล้ว
3. ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจนส่งผลให้ไม่สามารถรับการฟื้นฟูได้ เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ทำให้ไม่สามารถทำการฝึกต่อเนื่องได้

เกณฑ์มาตรฐานสำหรับการบริหารจัดการการดูแลระยะกลาง

โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ระดับ.....

- คัดกรองและลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ IMC (Registration)
- บริหารจัดการผู้ป่วย IMC ในพื้นที่ (Case manager)
- ให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการฟื้นฟู
- จัดบริการ Inpatient rehabilitation ตามศักยภาพของโรงพยาบาล

**สำหรับโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M2 ขึ้นไป ประเมินการให้บริการตาม Checklist โดยใช้เครื่องหมาย ✓

Checklist	รายละเอียด	มี	ไม่มี
1. การคัดกรองผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI, Fragility Hip Fracture	มีระบบในการคัดกรองผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI ภายในจังหวัดรายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำที่รอดชีวิตทุกราย		
2. การลงทะเบียน	โรงพยาบาลมีระบบทะเบียนผู้ป่วยเพื่อคัดกรองเข้ารับการบริหารฟื้นฟูสภาพ หมายเหตุ จำแนกผู้ป่วยเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่คะแนน BI < 15 หรือ คะแนน BI ≥ 15 ร่วมกับมี Impairment อย่างน้อยหนึ่งอย่าง		
3. การส่งต่อผู้ป่วย	โรงพยาบาลมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริหารฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องไปยังสถานพยาบาลปลายทาง		
4. การให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่	โรงพยาบาลมีระบบบริหารฟื้นฟูสภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ แบบผู้ป่วยในหรือ ผู้ป่วยนอก หรือ ในชุมชน หรือ ที่บ้าน		
5. การติดตามข้อมูลผู้ป่วย	โรงพยาบาลมีระบบติดตามหลังจำหน่ายตลอด 6 เดือน หรือหลังจาก BI = 20 โดยการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลลูกข่ายระดับ M และ F รวมทั้งในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ		
6. การรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน	โรงพยาบาลมีระบบรับปรึกษาหรือติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) ภาวะอะเฟเซีย (aphasia) ความผิดปกติในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (neurogenic bladder) เป็นต้น		
7. การให้การสนับสนุนทางวิชาการ	โรงพยาบาลมีระบบสนับสนุนด้านวิชาการการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลลูกข่าย		

สรุป

- ☐ ผ่าน หมายถึง มีการจัดบริการตามเกณฑ์ครบทุกข้อ
- ☐ ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง มีการจัดบริการอย่างน้อย 4 ข้อโดยต้องมีข้อ 1, 2, 3, 5 เป็นพื้นฐาน
- ☐ ไม่ผ่าน หมายถึง ไม่มีการจัดบริการพื้นฐานตามเกณฑ์ข้อ 1, 2, 3, 5

หมายเหตุ: และแผนการพัฒนา

.....

.....

เกณฑ์มาตรฐานสำหรับการดูแลระยะกลางรูปแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)

โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ระดับ.....

ประเมินเฉพาะ Intermediate bed หรือ ward เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ รพ.ดำเนินการ โดยใช้เครื่องหมาย ✓

Checklist	☐ Intermediate bed	☐ Intermediate ward	มี	ไม่มี
1. จำนวนและลักษณะเตียง	- มีเตียงที่สามารถจัดบริการฟื้นฟูได้อย่างน้อย 2 เตียง* และ - เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ยหนึ่งเตียง และ - มีเตียงที่มีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตรเพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก อย่างน้อย 1 เตียง	- มีการจัดหอผู้ป่วยที่มีเตียงอย่างน้อย 6 เตียงสำหรับการจัดบริการฟื้นฟู Intermediate care โดยเฉพาะ และ - มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) และเตียงเตี้ยอย่างละครึ่ง และ - มีเตียงที่มีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก อย่างน้อย 2 เตียง		
2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย	มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย		
3. บุคลากรขั้นต่ำ	- แพทย์ที่ได้รับมอบหมาย และ - พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 3 วัน หรือ 5 วัน) และ - นักกายภาพบำบัด	- แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่ได้รับมอบหมาย และ - พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน หรือ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) และ - นักกายภาพบำบัด และ - นักกิจกรรมบำบัด และ - นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช		

Checklist	☐ Intermediate bed	☐ Intermediate ward	มี	ไม่มี
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	- Problem list & plan และ - Team meeting report with goal setting และ - Activities protocol	- Problem list & plan และ - Team meeting report with goal setting และ - Activities protocol		
5. มีการจัดบริการฟื้นฟูต่อเนื่องหลังจำหน่าย				
5.1 ฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	- Physical therapy อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง ความถี่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ รวมอย่างน้อย 20 ครั้ง ภายใน 6 เดือน ทั้งนี้การปรับความถี่ของการให้บริการขึ้นกับระดับความบกพร่องและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และ/หรือ - Rehabilitation Nursing care* อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20	- Physical therapy อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง ความถี่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ รวมอย่างน้อย 20 ครั้ง ภายใน 6 เดือน ทั้งนี้การปรับความถี่ของการให้บริการขึ้นกับระดับความบกพร่องและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และ/หรือ - Occupational therapy (ถ้ามี) อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง ความถี่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ รวมอย่างน้อย 20 ครั้ง ภายใน 6 เดือน ทั้งนี้การปรับความถี่ของการให้บริการขึ้นกับระดับความบกพร่องและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และ/หรือ - Rehabilitation Nursing care* อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20		
5.2 การฟื้นฟูสภาพแบบนอกสถานพยาบาล (Outreach rehabilitation)	- มีการจัดบริการฟื้นฟูที่สถานที่ภายในชุมชน โดยบุคลากรด้านการฟื้นฟู (เช่น นักกายภาพบำบัด และ/หรือนักกิจกรรมบำบัด) อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง ความถี่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ รวมอย่างน้อย 30 ครั้ง ภายใน 6 เดือน ทั้งนี้การปรับความถี่ของการให้บริการขึ้นกับระดับความบกพร่องและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย หรือ - บูรณาการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการเยี่ยมบ้านในชุมชน (Home care & therapy) หรือ - เยี่ยมบ้านผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine) หรือ - ส่งต่อรับบริการในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน หรือหน่วยงานวัดกรรมคลินิกกายภาพบำบัด ที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. หรือคลินิกกายภาพบำบัดเอกชน			

Checklist	☐ Intermediate bed	☐ Intermediate ward	มี	ไม่มี
6. ยาและเวชภัณฑ์	○ ยาลดเกร็ง ได้แก่ Baclofen, Tizanidine (บัญชี ข) และ ○ ยาลดการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ เช่น Oxybutynin chloride หรือ Trospium chloride และ ○ ยาสวนอุจจาระขนาดน้อยกว่า 150 มล. เช่น enema ขนาด 20 มล. และ ○ สายสวนปัสสาวะด้วยตนเอง (self-catheter) สำหรับผู้ป่วย กระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติจากระบบประสาท (Neurogenic Bladder)			
7. อุปกรณ์เครื่องช่วย ความพิการ (Assistive devices)	○ Shoulder- Bobath sling และ ○ Hand splint และ ○ Adaptive device/Universal cuff และ ○ Plastic ankle foot orthosis (AFO) และ ○ Cane: One-point cane, tripod cane หรือ quad cane ○ Wheelchair			
สรุป ☐ ผ่าน หมายถึง ผ่านทุกข้อ ☐ ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-5 ส่วนข้อ 6-7 มีแผนการพัฒนา ☐ ไม่ผ่าน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-5 หมายเหตุ * Rehabilitation Nursing Care (การพยาบาลฟื้นฟู) เช่น การประเมิน การตั้งเป้าหมาย ให้คำปรึกษา แนะนำการดูแล การขับถ่าย การปรับสภาพบ้าน เป็นต้น ข้อ 5 มีการจัดบริการฟื้นฟูต่อเนื่องหลังจำหน่าย สามารถเลือกข้อ 5.1 หรือ 5.2 ใดอย่างหนึ่ง ข้อ 6 และ 7 สามารถประเมินภาพรวมในเครือข่ายจังหวัดได้ แผนการพัฒนา 1) ระบบบริการ (Service) 2) ระบบบริหารจัดการ (System) 3) โครงสร้าง (Structure) 				

บทที่ 4 รูปแบบบริการ Intermediate care

Intermediate care มีการให้บริการหลากหลายรูปแบบตามบริบทของผู้ให้บริการ และตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยระบบการให้บริการเน้นที่การคัดกรอง ประเมิน วางแผน ให้บริการและส่งต่อข้อมูลภายในจังหวัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการฟื้นฟู ระยะกลางอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ และมีรูปแบบบริการที่หลากหลายตามความพร้อมของผู้ให้บริการ ตามศักยภาพและตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ต่อเนื่องไปจนถึงในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านหรือในรูปแบบของ Community based rehabilitation (CBR) ซึ่งในช่วง 6 เดือน ของการให้บริการ อาจมีรูปแบบการบริการมากกว่า 1 รูปแบบตามความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการ (รูปที่ 3)

บุคคลที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการเชื่อมโยงการดูแล คือ care manager โดยมีบทบาทประสานจัดการ การดูแลและติดตามประเมินผลการฟื้นฟู ผู้ป่วยไปจนครบ 6 เดือน ร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการประสานการดูแลร่วมกับญาติหรือผู้ดูแล



รูปที่ 3 รูปแบบบริการหลักสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)

รูปแบบบริการ Intermediate care สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. รูปแบบผู้ป่วยใน (IPD rehabilitation)

ในผู้ป่วยที่มีค่ากลุ่มที่คะแนน BI < 15 หรือ คะแนน BI $\geq$ 15 ร่วมกับมี Impairment อย่างน้อยหนึ่งอย่าง ควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน โดยคำนึงถึงความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ โดยสามารถจัดบริการได้ในรูปแบบ Intermediate ward หรือ Intermediate bed ขึ้นกับความพร้อมของโรงพยาบาล โดย

Intermediate ward หมายถึง หอผู้ป่วยที่จัดบริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่ม Intermediate care โดยมีจำนวนอย่างน้อย 6 เตียง และมีการให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพตามเกณฑ์มาตรฐานรูปแบบบริการผู้ป่วยใน (บทที่ 3) จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโปรแกรมความเข้มข้นตามศักยภาพและเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาจเป็นบริการ Intensive หรือ less-intensive rehabilitation program ทั้งนี้ ควรมีจำนวนวันนอน 14-30 วัน ขึ้นกับความเหมาะสมและเป้าหมายของการฟื้นฟู

Intermediate bed หมายถึง การจัดบริการเตียงผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยกลุ่ม Intermediate care โดยสามารถจัดบริการรวมกับผู้ป่วยประเภทอื่นในหอผู้ป่วยเดียวกัน และมีการให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพตามเกณฑ์มาตรฐานรูปแบบบริการผู้ป่วยใน (บทที่ 3) จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโปรแกรมความเข้มข้นตามศักยภาพและเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาจเป็นบริการ Intensive หรือ less-intensive rehabilitation program ทั้งนี้ ควรมีจำนวนวันนอน 14-30 วัน ขึ้นกับความเหมาะสมและเป้าหมายของการฟื้นฟู

ระดับความเข้มข้นของบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่

- 1) Intensive rehabilitation program หมายถึง ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง การพยาบาลทั่วไป หรือ nursing care)
- 2) Less-intensive rehabilitation program หมายถึง ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง และอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง การพยาบาลทั่วไป หรือ nursing care)

2. การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD rehabilitation)

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไปกลับโดยผู้ป่วยเดินทางมารับบริการที่สถานพยาบาล โดยมีระยะเวลาการให้บริการอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง ความถี่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ รวมอย่างน้อย 30 ครั้ง ภายใน 6 เดือน ทั้งนี้ การปรับความถี่ของการให้บริการขึ้นกับระดับความบกพร่องและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

3. การฟื้นฟูสภาพแบบนอกสถานพยาบาล (Outreach program)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้านหรือสถานที่ที่จัดไว้ในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน คลินิกกายภาพบำบัดอบอุ่น เป็นต้น โดยกลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการที่สถานพยาบาล โดยมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู (เช่น นักกายภาพบำบัด และ/หรือนักกิจกรรมบำบัด) ให้บริการอย่างน้อย 45 นาที /ครั้ง ความถี่ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ รวมอย่างน้อย 30 ครั้ง ภายใน 6 เดือน (หรืออย่างน้อย 20 ครั้ง ภายใน 6 เดือน หากเป็นการให้บริการที่หน่วยนวัตกรรมคลินิกกายภาพบำบัด ที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. หรือคลินิกกายภาพบำบัดอบอุ่น) ทั้งนี้ การปรับความถี่ของการให้บริการขึ้นกับระดับความบกพร่องและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

การฟื้นฟูสภาพแบบนอกสถานพยาบาล (Outreach program) สามารถบูรณาการบริการฟื้นฟูร่วมกับบริการเยี่ยมบ้านในชุมชน หรือการฟื้นฟูสภาพที่บ้านผู้ป่วย ซึ่งดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการฟื้นฟูร่วมกับพยาบาล เจ้าหน้าที่ของ Primary care unit (PCU) หรือ รพ.สต. ในพื้นที่ รวมถึงโภชนาการ เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้มีการบูรณาการองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ

การให้บริการในแต่ละรูปแบบของ Intermediate care จะมีระดับความเข้มข้น ความถี่ในการให้บริการ บุคลากรผู้ให้บริการ และระบบสนับสนุนครุภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ ยา และหัตถการขึ้นพื้นฐานแตกต่างกันไปตามระดับของโรงพยาบาลในพื้นที่ (ตารางที่ 1)

มาตรฐานบริการ	บริการ	ระยะเวลา	ความถี่	บุคลากร	วัสดุอุปกรณ์/ครุภัณฑ์
1. การให้บริการแบบผู้ป่วยใน (IPD rehabilitation)	1.1 Intermediate ward โดยมีการให้บริการทั้งด้าน กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด แก้ไขการพูด เป็นต้น	Intensive rehabilitation program: อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/ สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง การพยาบาลทั่วไป หรือ nursing care)		แพทย์ พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักกายอุปกรณ์ หรือช่างกายอุปกรณ์	คูภาคผนวก 4: บัญชีเครื่องมือ แพทย์ที่จำเป็นสาขาโรคหลอดเลือดสมอง ด้าน Rehabilitation post stroke (ตารางการดูแลผู้ป่วยระยะ กลาง แบบ IPD)
	1.2 Intermediate bed: โดยมีการให้บริการทั้งด้าน กายภาพบำบัด และอาจให้บริการ กิจกรรมบำบัด และ/หรือแก้ไข การพูด โดยพยาบาลฟื้นฟูหรือ นักกายภาพบำบัด	Less intensive rehabilitation program: อย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง และอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง การพยาบาล ทั่วไป หรือ nursing care)		แพทย์ พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด	
2. การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD rehabilitation)	2.1 บริการในสถานพยาบาล โดยให้บริการฟื้นฟูสภาพแบบ ผู้ป่วยนอก	อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง	1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 30 ครั้ง ภายใน 6 เดือน	แพทย์ พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด	- บันไดเข้ามุม - ชุดแขวนพยางค์สำหรับออกกำลังกาย (suspension set) - ถูทรายออกกำลังกาย - quadricep board - เติงฝึกผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด - standard wheelchair - กระจกมีล้อเลื่อน (Mobile mirror)
	2.2 หน่วยนวัตกรรมคลินิก กายภาพบำบัด ที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. (คลินิกกายภาพบำบัดอบอุ่น)	อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง	1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 20 ครั้ง ภายใน 6 เดือน	นักกายภาพบำบัด	

มาตรฐานบริการ	บริการ	ระยะเวลา	ความถี่	บุคลากร	วัสดุอุปกรณ์/ครุภัณฑ์
					- จักรยานปั่นขา - จักรยานปั่นมือ - อุปกรณ์ฝึกมือ - อุปกรณ์ฝึกยืน-เดิน เช่น ราวฝึกเดิน เตี้ยงปรับยืน - ไม้เท้าฝึกเดิน 1 ปุ่ม 3 ปุ่ม walker เป็นต้น - อุปกรณ์/ครุภัณฑ์ทางกิจกรรมบำบัด เช่น ชุดฝึก Cognition Perception ชุดฝึกกลืน เป็นต้น
3. การให้บริการแบบนอกสถานพยาบาล (Outreach program) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาล และ รพ.สต.	3.1 บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน เป็นการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยบูรณาการองค์ความรู้จากทีมสหวิชาชีพ ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน มีการวางแผนการฟื้นฟู (care plan) ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยลดความพิการ รวมถึงการให้คำปรึกษา และการส่งต่อกรณีที่มีความจำเป็น	อย่างน้อย 45 นาที/ ครั้ง	อย่างน้อย 1 ครั้ง/ เดือน	แพทย์ และทีมสหวิชาชีพอย่างน้อย 2 วิชาชีพขึ้นไป เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น	- อุปกรณ์ออกกำลังกายที่บ้าน เช่น ลูกบอลฝึกแรงกำมือ ลูกทราย รอกติดเพดานฝึกกำลังแขน จักรยานปั่นอยู่กับที่ เป็นต้น - ราวพยุงเดิน - ไม้เท้า

มาตรฐานบริการ	บริการ	ระยะเวลา	ความถี่	บุคลากร	วัสดุอุปกรณ์/ครุภัณฑ์
	3.2 บริการฟื้นฟูสภาพที่บ้านผู้ป่วย	อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง	อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน	นักกายภาพบำบัด พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด	
	3.3 หน่วยนวัตกรรมคลินิก กายภาพบำบัด ที่ขึ้นทะเบียน กับ สปสช. (คลินิก กายภาพบำบัดอบอุ่น)	อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง	ความถี่ 1-3 ครั้ง/ สัปดาห์ อย่างน้อย 20 ครั้งภายใน 6 เดือน	นักกายภาพบำบัด	
	3.4 ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน โดยมีการทำงานเชื่อมโยงกับ รพ. ระดับ A S M F ในพื้นที่ เพื่อ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย IMC เช่น บริการกายภาพบำบัด ขั้นพื้นฐาน หรือรูปแบบ day care รวมถึงให้ยืม/จัดหา อุปกรณ์/Home modification บริการรถรับ-ส่ง				

ตารางที่ 1 มาตรฐานบริการแต่ละรูปแบบบริการ

23

มาตรฐานบริการ	บริการ	ระยะเวลา	ความถี่	บุคลากร	วัสดุอุปกรณ์/ครุภัณฑ์
	1. ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชนขนาดใหญ่ (เปิดให้บริการอย่างน้อย 4-5 วัน/สัปดาห์)	อย่างน้อย 45 นาที/ ครั้ง	อย่างน้อย 1 ครั้ง/ เดือน	แพทย์และทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เกสเซอร์ นักโภชนาการ เป็นต้น	
	2. ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชนขนาดเล็ก (เปิดให้บริการอย่างน้อย 1 วัน/สัปดาห์)	อย่างน้อย 45 นาที/ ครั้ง	อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน	พยาบาล หรือ นักวิชาการ สาธารณสุข ประจำศูนย์ อาสาสมัคร หรือ จิตอาสาที่ผ่าน การอบรมด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพ (ภายใต้การกำกับ ดูแล โดยนักกายภาพบำบัด หรือ นักกิจกรรมบำบัด)	

บทที่ 5 บทบาทของเครือข่ายในการจัดบริการ Intermediate care

ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง ตามหลักการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก หรือ Six building blocks สามารถแบ่งบทบาทการพัฒนาระบบระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	บทบาทการพัฒนา	
	พื้นที่	ส่วนกลาง
ระบบบริการ Intermediate care	- กำหนดบทบาทโรงพยาบาลแม่ข่าย ลูกข่ายในพื้นที่ - ตามรูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ - มีการแต่งตั้งผู้ประสานงานระดับเขตและระดับจังหวัดเพื่อประสานงานและติดตามข้อมูลการส่งต่อ - บูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น	กำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุน สื่อสารนโยบายให้ชัดเจนและกำกับติดตามการดำเนินงาน ภาพรวมระดับประเทศ
กำลังคนด้านสุขภาพ	วางแผนกรอบอัตรากำลังให้สอดคล้องกับบริการและวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว	
ระบบข้อมูลข่าวสาร	นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการลงทะเบียนผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลและจัดเก็บฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ	
เทคโนโลยีทางการแพทย์	จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ที่จำเป็น และเทคโนโลยี ที่เกี่ยวข้อง	
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	เชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ระบบการเบิกจ่ายบริการทางการแพทย์	
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	มีนโยบายและมีการสื่อสารในระดับเขตและระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรมในรูปแบบคณะกรรมการ	

ในระดับพื้นที่ สถานพยาบาลทุกระดับ ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ล้วนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งหย่อนไปกว่ากันในการให้บริการ Intermediate care

นอกจากนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการดูแลฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ ทั้งการดูแลทางการแพทย์และทางสังคม จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต (สปสช.เขต) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพพระตำหนักจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทุกระดับ เป็นต้น

บทบาทของหน่วยงานหลักและเครือข่ายในการจัดบริการ IMC มีดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

1. ให้บริการทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย IMC ซึ่งประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ประเมินปัญหา ประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน และประเมินการเข้าสู่ระยะ IMC วางแผนและตั้งเป้าหมายการฟื้นฟู จัดทำ team meeting และให้บริการฟื้นฟูทั้งรูปแบบผู้ป่วยใน และ/หรือผู้ป่วยนอก และ/หรือ บริการแบบนอกสถานพยาบาล และประสานส่งต่อระบบ long term care เมื่อสิ้นสุดการดูแลระยะกลาง รวมถึงการประเมินรับรองความพิการ และแนะนำการขึ้นทะเบียนตามสิทธิ
2. ให้บริการทางคลินิกที่มีความซับซ้อน เช่น การฟื้นฟูการกลืน cognitive rehabilitation กายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีความซับซ้อน เป็นต้น
3. พัฒนาศักยภาพของทีมผู้ให้บริการทั้งภายในสถานพยาบาล และในเครือข่าย รวมถึงสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น การจัดอบรม จัดระบบรับปรึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยให้สถานพยาบาลในเครือข่าย โดยอาจจัดระบบในรูปแบบ tele-consultation หรือ tele-medicine
4. จัดระบบข้อมูลภายในสถานพยาบาล และในเครือข่าย เพื่อให้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
5. ประสานงานกับภาคีเครือข่ายภายในจังหวัดเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาระบบบริการร่วมกัน

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

1. รับประสานส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ดำเนินการตามแผนการฟื้นฟู โดยอาจให้บริการฟื้นฟูในรูปแบบผู้ป่วยใน และ/หรือผู้ป่วยนอก และ/หรือ บริการแบบนอกสถานพยาบาล และประสานส่งต่อระบบ long term care เมื่อสิ้นสุดการดูแลระยะกลาง รวมถึงการประเมินรับรองความพิการ และแนะนำการขึ้นทะเบียนตามสิทธิ

2. ประสานงานและติดตามการดูแลร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน งานปฐมภูมิ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน หรือ รพ.สต. เพื่อบูรณาการการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน
3. พัฒนาระบบคลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับอำเภอ
4. ส่งปรึกษา รพช./รพท. กรณีผู้ป่วยมีความซับซ้อนที่เกินศักยภาพการดูแล หรือมีภาวะแทรกซ้อน
5. เก็บข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

1. รับประสานส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ดำเนินการตามแผนการฟื้นฟู โดยอาจให้บริการฟื้นฟูในรูปแบบ ผู้ป่วยนอก และ/หรือ บริการแบบนอกสถานพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน รวมถึง ให้บริการต่อเนื่องในระบบ long term care เมื่อสิ้นสุดการดูแลระยะกลาง
2. ค้นหาผู้ป่วยในชุมชนที่มีข้อบ่งชี้ในการรับบริการฟื้นฟู
3. ให้บริการเยี่ยมบ้านร่วมกับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน หรือบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชน
4. ประสานส่งต่อเพื่อขอประเมินรับรองความพิการ และแนะนำการขึ้นทะเบียนตามสิทธิ
5. ส่งปรึกษา รพช. กรณีผู้ป่วยมีความซับซ้อนที่เกินศักยภาพการดูแล หรือมีภาวะแทรกซ้อน
6. เก็บข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
7. ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนการบริการทางสังคม เช่น การปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน

1. รับประสานส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ดำเนินการตามแผนการฟื้นฟู โดยอาจให้บริการฟื้นฟูในรูปแบบ ผู้ป่วยนอก และ/หรือ บริการแบบนอกสถานพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน รวมถึง ให้บริการต่อเนื่องในระบบ long term care เมื่อสิ้นสุดการดูแลระยะกลาง โดยหากดำเนินการฟื้นฟูโดยแพทย์แผนไทย อาสาสมัครนักรับบาลชุมชน นักฟื้นฟูชุมชน ต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนักกายภาพบำบัด
2. ให้บริการเยี่ยมบ้านร่วมกับบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชน และ/หรือ รพ.สต.
3. ส่งปรึกษา รพ.สต. และ/หรือ รพช. กรณีผู้ป่วยมีความซับซ้อนที่เกินศักยภาพการดูแล หรือมีภาวะแทรกซ้อน

4. ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนการบริการทางสังคม เช่น การปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
5. เก็บข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

1. บูรณาการการดำเนินการร่วมกับบุคลากรทุกระดับในจังหวัด โดยตั้งคณะกรรมการ IMC ระดับจังหวัด
2. ประสานงานร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เช่น กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จังหวัด
3. สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงาน IMC ของจังหวัด เช่น กิจกรรมการประชุมบริหารจัดการ ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ออกเยี่ยมติดตาม สรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

1. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด
2. วางแผนการดำเนินงานกองทุน
3. ติดตามผลการดำเนินงานกองทุนฯ ร่วมกับ สสจ.
4. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ

คณะกรรมการ IMC ระดับจังหวัด

1. จัดทำแผนการดำเนินงาน IMC ระดับจังหวัด
2. ขับเคลื่อนการดำเนินการตามแผนงาน IMC
3. ทบทวนสรุปผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรค

สำหรับหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาล จำเป็นต้องมีบุคลากรด้านการฟื้นฟูที่ให้บริการอย่างเหมาะสมกับรูปแบบการให้บริการ

ตารางแสดงรายละเอียดบุคลากรที่ให้บริการ Intermediate care

วิชาชีพ	ระดับโรงพยาบาล						
	A	S	M1	M2	F1	F2	F3
1. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	/	/	/	/	*	*	
2. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	/	/	/	/	/	/	/
3. ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ (ในกลุ่ม fragility hip fracture)	/	/	/	/			
4. นักกายภาพบำบัด**	/	/	/	/	/	/	/
5. นักกิจกรรมบำบัด**	/	/	/	/			
6. นักแก้ไขการพูด	/	/					
7. นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์	/	/	/	/			
8. พยาบาลฟื้นฟูสภาพ** (หลักสูตร 4 เดือน)	/	/	/	/	/	/	/
9. พยาบาลฟื้นฟูสภาพ** (หลักสูตร 3-5 วัน)	/	/	/	/	/	/	/
10. นักสังคมสงเคราะห์	/	/	/	/	/	/	/
11. นักโภชนาการ	/	/	/	/	/	/	/
12. นักจิตวิทยา	/	/	/	/	/	/	/
13. เภสัชกร	/	/	/	/	/	/	/

หมายเหตุ:

*รพ.ระดับ F1,2 สามารถกำหนดกรอบอัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ถ้ามีบริการ IMC ward

**ควรกำหนดอัตรากำลัง IMC ให้ชัดเจน ในหน่วยงานเวชกรรมฟื้นฟูและเวชกรรมสังคม

บทที่ 6 แนวทางการพัฒนาศักยภาพบริการ

Specialized rehabilitation service

กลุ่มผู้ป่วย IMC ทั้ง 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง และกระดูกสะโพกหัก มักมีความบกพร่อง (impairments) ที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ การกลืน การสื่อความหมาย การรับรู้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะด้าน โรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพ ทั้งด้านการประเมินและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน โดยอาจจัดบริการเฉพาะด้านเป็น รพ.แม่ข่าย และลูกข่ายภายในเขตสุขภาพ และ/หรือภายในจังหวัดเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากรในพื้นที่ที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยมีแนวทางในการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ละด้านในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ดังนี้

ด้าน	รพศ. (ระดับ A/S)	รพท. (ระดับ M)	รพช. (ระดับ F)
1. Bladder evaluation	Bladder scan, bedside Cystometry, Urodynamic study	Bladder scan, bedside Cystometry, Urodynamic study	Bladder scan, bedside Cystometry*
2. Interventional Spasticity management	Nerve block, ultrasound-guided injection	Nerve block, ultrasound-guided injection	Nerve block*, ultrasound-guided injection*
3. Speech evaluation and therapy	บริการ speech therapy โดยนักแก้ไขการพูด Assistive technology for communication, Augmentative Alternative Communication (AAC)	บริการ speech therapy โดยนักแก้ไขการพูด Assistive technology for communication, Augmentative Alternative Communication (AAC)	บริการ speech therapy พื้นฐานโดยนักวิชาชีพสาขาอื่น ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่ได้รับการรับรอง
4. Swallowing rehabilitation	- Videofluoroscopy (VF) - Videoendoscopy (VE) - Neuromuscular electrostimulation (NMES) for swallowing training - surface EMG biofeedback for swallowing training	- Videofluoroscopy (VF) - Videoendoscopy (VE) - Neuromuscular electrostimulation (NMES) for swallowing training - surface EMG biofeedback for swallowing training	Basic swallowing training หากไม่มีนักกิจกรรมบำบัด อาจให้การดูแลโดยนักวิชาชีพอื่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่ได้รับการรับรอง

ด้าน	รพศ. (ระดับ A/S)	รพท. (ระดับ M)	รพช. (ระดับ F)
5. Perception and cognitive training	การประเมินด้วย Thai Cognitive-Perceptual Test (CPT) หรือ LOTCA	การประเมินด้วย Thai Cognitive-Perceptual Test (CPT) หรือ LOTCA	-
6. Advance rehabilitation technology**	- Transcranial magnetic stimulation (TMS) - Peripheral magnetic stimulation (PMS) - Functional electrostimulation - Virtual-based therapy - Electromyography - Multi-sensory therapy	- Transcranial magnetic stimulation (TMS) - Peripheral magnetic stimulation (PMS) - Functional electrostimulation - Virtual-based therapy - Electromyography - Multi-sensory therapy	- Peripheral magnetic stimulation (PMS) - Functional electrostimulation - Electromyography*
7. Advance mobility training**	- Robotic assisted gait training - Dynamic standing frame	- Robotic assisted gait training - Dynamic standing frame	-
8. Prosthetic and Orthotic services, assistive devices	- shoulder sling - hand splint - plastic ankle foot orthosis (AFO) - Knee-ankle-foot orthosis (KAFO) - transfer board - adjustable walker	- shoulder sling - hand splint - plastic ankle foot orthosis (AFO) - Knee-ankle-foot orthosis (KAFO) - transfer board - adjustable walker	- shoulder sling - hand splint - plastic ankle foot orthosis (AFO) - transfer board - adjustable walker

* กรณีมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

** สำหรับ รพ.ระดับ M เฉพาะกรณีที่มีแผนการพัฒนามุ่งเน้นเป็น specialized rehabilitation service เฉพาะด้าน เช่น specialized neurorehabilitation center, specialized spinal cord injury rehabilitation center, specialized swallowing rehabilitation center เป็นต้น

บทที่ 7 ตัวอย่างการดำเนินงานในพื้นที่ (Best Practices)

IMC สู่ชุมชน : ถอดบทเรียน รพ.สันทราย จ.เชียงใหม่

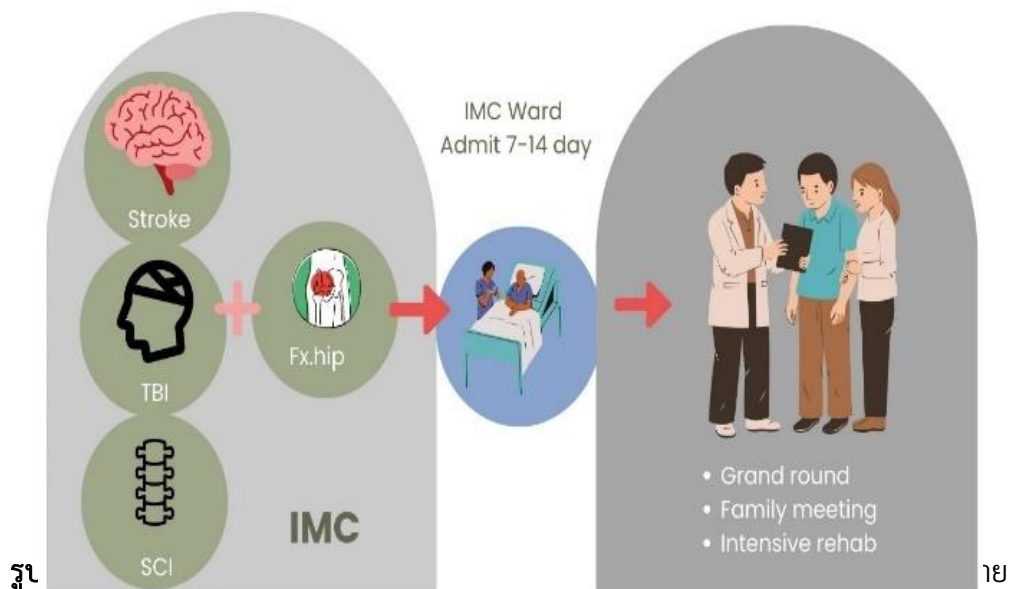
โดย พญ.ชลาทิพย์ ชี้อวัฒนะ
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลสันทราย

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มี service plan การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ตั้งแต่ปี 2561 จังหวัดเชียงใหม่ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางขึ้นมาตั้งแต่ปี 2562 โดยมีนโยบายการดูแลผู้ป่วยให้มีทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด เพื่อให้มีการดูแลและส่งต่อแบบไร้รอยต่อ

โรงพยาบาลสันทราย เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายขนาด M1 เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 7 อำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลแม่แตง โรงพยาบาลพร้าว โรงพยาบาลเชียงดาว โรงพยาบาลเวียงแหง โรงพยาบาลสะเมิง โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และมีพื้นที่รับผิดชอบ 12 ตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 13 แห่ง 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน และ 1 Primary care unit (PCU)

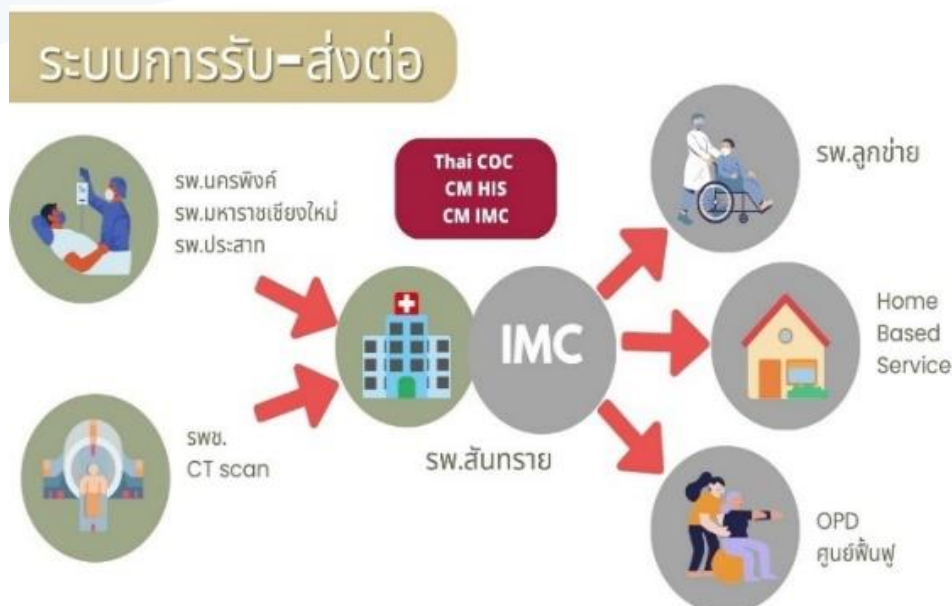
ระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ในโรงพยาบาลสันทราย ริเริ่มจาก นพ.วรวิทย์ ไชวชรกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ที่ได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยหลังจากพ้นระยะวิกฤติให้มีความสำคัญและการสนับสนุนให้เกิดระบบขึ้นในโรงพยาบาลตั้งแต่ ปี 2561 โดยมี พญ.ชลาทิพย์ ชี้อวัฒนะ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ได้เริ่มการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บสมอง และบาดเจ็บไขสันหลัง จนกระทั่งปี 2563 มีนโยบายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เปิดหอผู้ป่วยเฉพาะด้าน โดยใช้ชื่อว่า **Special ward** ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ผู้ป่วยระยะประคับประคอง ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 เตียง ซึ่งจัดเป็น IMC ward ขนาด 25 เตียง ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ให้การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางตามแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD IMC protocol) โดยมีการจัดสิ่งแวดล้อมใน รพ. ให้เหมาะสม ได้แก่ เว้นช่องว่างระหว่างเตียง เพื่อให้วีลแชร์สามารถเข้าถึงได้สะดวกและการเตรียมห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย มีการวางแผนการดูแลแบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ มีการจัดทำ Grand round และประชุม Team meeting โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูพยาบาล (ที่ผ่านการอบรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน หรือหลักสูตร 5 วัน) นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด

ทันตแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อวางแผน การจำหน่ายและส่งต่ออย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่เหมาะสมตามแผนการจำหน่ายอย่างต่อเนื่องถึงชุมชน (รูปที่ 4)



ระบบการส่งต่อการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

► โรงพยาบาลสันทรายเป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายขนาด M1 เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 7 อำเภอ โดยมีการรับการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤติแล้วจาก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ นอกจากนั้น ยังมีการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อส่งตรวจและให้การรักษาในระยะเฉียบพลัน ผ่านทางโปรแกรม Thai COC, CM-HIS และ CM-IMC ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สำหรับการดูแลระยะกลางจะได้รับการย้ายไปยัง Special ward (IMC ward) เพื่อให้เกิดการดูแลของสหวิชาชีพ มีการฝึกผู้ป่วยแบบ Intensive rehabilitation program มี Grand Round และ Family meeting อาทิตย์ละ 1 วัน มีระยะวันนอนเฉลี่ยอยู่ที่ 7-14 วัน หลังจากได้รับการทำ Discharge Planning ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาต่างอำเภอจะถูกส่งกลับไปดูแลต่อยังโรงพยาบาลที่ใกล้บ้าน สำหรับผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในอำเภอสันทราย จะมีการประเมินเพื่อให้ไปดูแลที่บ้าน ด้วยการดูแลแบบ Home based service โดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฝึกและสะดวกที่จะเดินทางมาฝึกแบบผู้ป่วยนอก จะมีการนัดมาฝึกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด และมีการติดตามอาการ และคะแนน Barthel index จนครบ 6 เดือน (รูปที่ 5)

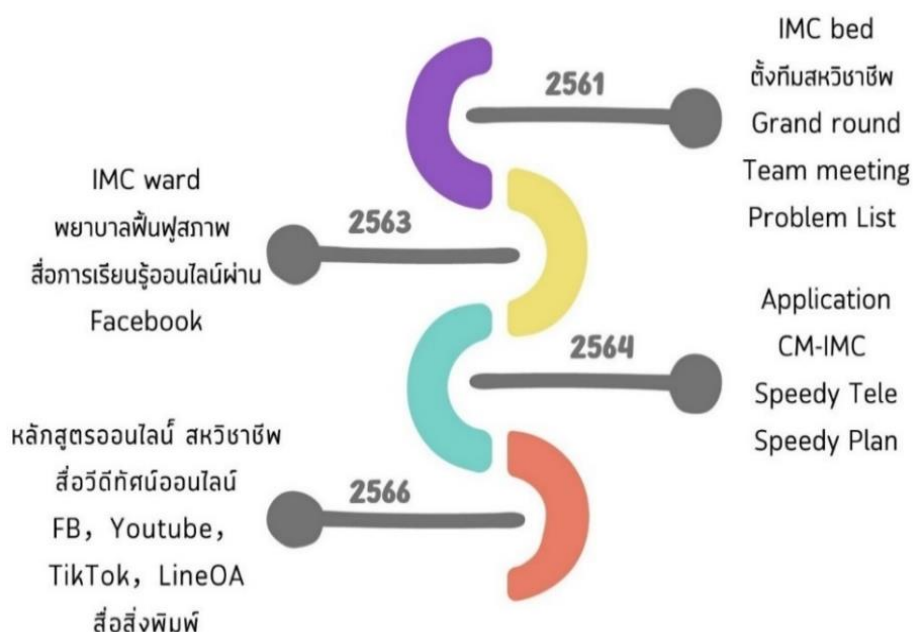


รูปที่ 5 แผนผังแสดงระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระยะกลาง

► **การเชื่อมโยงสู่ชุมชน:** อำเภอสนทราย มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชนทั้งหมด 3 แห่ง คือศูนย์ฟื้นฟูสภาพร่วมหลวง ศูนย์ฟื้นฟูสภาพบ้านท้อ และศูนย์ฟื้นฟูสภาพสันนาเม็ง โดยที่ร่วมหลวงและบ้านท้อเป็นศูนย์ฟื้นฟูฯ ที่จัดตั้งโดยโรงพยาบาลสนทราย มีเจ้าหน้าที่ นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดจากทางโรงพยาบาลสนทรายไปให้การฝึกผู้ป่วยระยะกลาง 2 วันต่อสัปดาห์ ส่วนที่สันนาเม็ง จัดตั้งโดยเทศบาลตำบลสันนาเม็ง มีการจ้างนักกายภาพบำบัด 3 คน และนักกิจกรรมบำบัด 2 คน เปิดให้บริการทุกวัน ผู้ป่วยระยะกลางที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและสามารถฝึกแบบผู้ป่วยนอกได้ จะพิจารณาส่งไปฝึกตามศูนย์ที่อยู่ใกล้บ้าน เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยและญาติ มีการติดตามผลโดยการนัดติดตามประเมินที่โรงพยาบาล และนัดติดตามผ่านการทำ Tele-medicine ระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัดที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์นั้น ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้

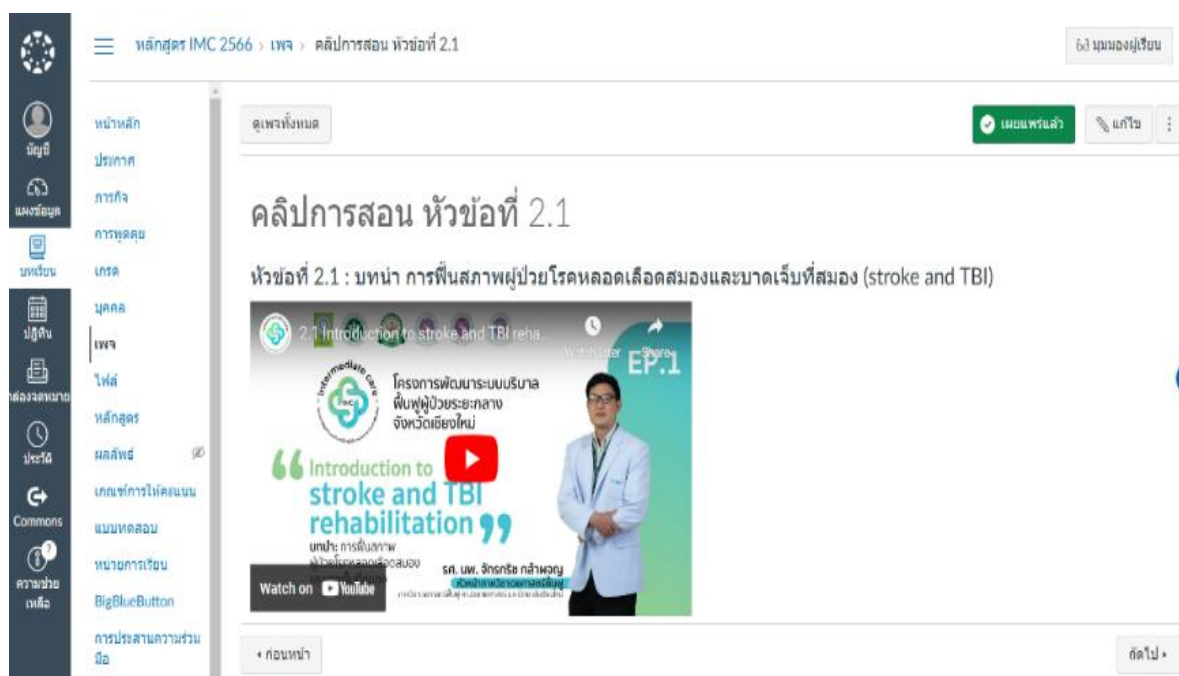
► **ดำเนินงานวิจัย “โครงการพัฒนารูปแบบบริการบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางระดับแม่ข่ายโรงพยาบาลสนทรายและเชื่อมโยงสู่เครือข่ายบริการโซนสองจังหวัดเชียงใหม่”** ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) แต่เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานในปี 2563 ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการดูแลติดตามจนครบ 6 เดือน เพียงร้อยละ 54.86 เนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต้องหยุดชะงัก บางพื้นที่ปิดการให้บริการตามรูปแบบปกติ ปรับเปลี่ยนการดูแลเป็นแบบทางไกล

หรือใช้เครื่องมือการสื่อสารและเทคโนโลยีเข้ามาทดแทน โครงการวิจัยนี้จึงพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ที่นำมาสนับสนุนการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางระดับแม่ข่าย โดยได้มีการออกแบบหลักสูตรอบรมเพิ่มพูนศักยภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบสื่ออิเล็กทรอนิกส์ E-Learning (รูปที่ 7) ทดแทนการอบรมในห้องประชุมร่วมกัน (on site) ให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยและพยาบาลที่ประจำอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเครือข่ายบริการโซนสอง ประกอบด้วย 7 อำเภอ และเผยแพร่สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์ และสื่อภาพบรรยายความรู้ที่ใช้เผยแพร่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพจ Facebook “ฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง รพ.สันทรายเชียงใหม่” เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางภายหลังการอบรม โดยใช้หลักสูตรพัฒนาศักยภาพฯ สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และร้อยละ 82.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางผ่านเกณฑ์คะแนนที่ร้อยละ 80 เมื่อประเมินความเป็นไปได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ในภาพรวม และการใช้เพจ Facebook ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมากกว่าครึ่งมีความพึงพอใจต่อเนื้อหาและวิดีโอในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ ยังมีการใช้แอปพลิเคชันที่พัฒนาโดยทีมการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วยโปรแกรม CM-IMC ซึ่งนำมาใช้ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล โปรแกรม Speedy Tele ซึ่งนำมาติดตามอาการและนัดหมายผ่านช่องทางนี้ได้ และโปรแกรม Speed Plan ซึ่งนำมาใช้เพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย แต่เนื่องจากโปรแกรมเหล่านี้ ยังอยู่ในช่วงการพัฒนาจึงทำให้มีข้อจำกัดในการใช้อยู่บ้าง ซึ่งต้องมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนต่อไป สำหรับปี 2566 โครงการวิจัยนี้ได้ดำเนินการต่อเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันมากที่สุด และพัฒนามาใช้ในทุकाเภอของจังหวัดเชียงใหม่ โดยขยายการพัฒนาหลักสูตรเพิ่มศักยภาพให้ครอบคลุมทั้งพยาบาลในหอผู้ป่วย พยาบาลประจำ รพ.สต. นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และ อสม. และจัดทำสื่อเพิ่มเติมสำหรับการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง และสื่อเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับสาธารณสุขในวงกว้างผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ (Social media) ได้แก่ Facebook, YouTube, TikTok, Line OA รวมถึงพัฒนาแอปพลิเคชันให้ใช้ได้แพร่หลาย และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับการใช้งานมากขึ้น



รูปที่ 6 Timeline การพัฒนารูปแบบการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

หลักสูตรการการเพิ่มพูนทักษะการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางสำหรับสหวิชาชีพ



รูปที่ 7 หลักสูตรการการเพิ่มพูนทักษะการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางสำหรับสหวิชาชีพ



รูปที่ 8 ตัวอย่างคลิปการสอนในแต่ละหัวข้อในโปรแกรม Canvas instruction

สื่อณรงค์สุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง



รูปที่ 9 สื่อวีดิทัศน์ที่เผยแพร่ผ่านช่องทาง YouTube channel



รูปที่ 10 ตัวอย่างสื่อสิ่งพิมพ์ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโรงพยาบาลสหทราย

- 1) ได้รับการสนับสนุนและเล็งเห็นความสำคัญจากผู้บริหาร เปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้ พัฒนางาน แม้จะมีข้อจำกัดในหลายๆ ด้าน อาทิเช่น สถานที่ บุคลากร และอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย
- 2) มีทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง ทำให้ระบบการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางได้รับการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลสหทรายมีบุคลากรจากทุกวิชาชีพ ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งมีการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วย ประชุม Grand Round และประชุม Team meeting ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ทุกสัปดาห์
- 3) มีโครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่ครอบคลุมไปถึงโรงพยาบาลในเครือข่าย 7 โรงพยาบาล เป็นระบบนำร่องที่สามารถนำไปใช้ได้ทั่วทุกอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ มีการผลิตสื่อวีดิทัศน์เพื่อเผยแพร่ความรู้และสร้างความตระหนักรู้ให้เกิดในวงกว้างผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีระบบการเรียนรู้ระยะยาวของบุคลากร ด้วยหลักสูตรออนไลน์
- 4) เป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบในการศึกษาดูงานให้กับหน่วยงานต่าง ๆ
- 5) มีการนำผลงานที่เกิดจากระบบการดูแลผู้ป่วยพัฒนาไปสู่งานคุณภาพ ซึ่งสามารถต่อยอดการพัฒนาต่อไปได้ในอนาคต

โอกาสพัฒนา

- 1) ระบบการบันทึกข้อมูลและส่งต่อให้มีความสะดวก เหมาะสม ถูกต้อง และใช้อย่างแพร่หลาย เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด
- 2) การพัฒนาเป็นพื้นที่ต้นแบบในการเรียนรู้ระบบการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดยการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางให้สามารถนำมาถ่ายทอดให้กับเครือข่ายได้ นำเทคโนโลยี มาช่วยเพื่อแบ่งเบาภาระงานของบุคลากร

IMC สู่ความยั่งยืน สร้างเครือข่ายนักฟื้นฟูฯ ชุมชน: ถอดบทเรียน จ.สระบุรี

โดย ภก.สุภาภรณ์ เทพพานิช
นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสระบุรี

จุดเริ่มต้นการดำเนินงาน

ในปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 4 มีผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 5,429 ราย ใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง 4,317 ราย กระดูกข้อสะโพกหัก 871 ราย โรคเบาหวาน 154 ราย และโรคเบาหวานไขสันหลัง 87 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ป่วยระยะกลางมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพในระยะ 6 เดือน โดยมีจำนวนครั้งและความถี่เพียงพอ ในปัจจุบันผู้ป่วยระยะกลางได้รับการกายภาพบำบัดแบบผู้ป่วยนอกได้เฉลี่ยเพียงแค่ 3 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือนจากเกณฑ์จำนวน 20 ครั้ง ผลของการเข้ารับบริการที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะกลายเป็นคนพิการหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมตั้งแต่ระดับครัวเรือนจนถึงระดับชาติ

การพัฒนาระบบบริการ IMC

จังหวัดสระบุรีตระหนักถึงความสำคัญในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางของสถานพยาบาลภาครัฐทุกระดับ จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ.2557 จนถึงปัจจุบัน โดยมีการจัดตั้ง ศูนย์ประสานงาน Intermediate care ประจำโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่งในจังหวัดสระบุรี สนับสนุนการปรับปรุง Intermediate ward ในโรงพยาบาลชุมชน และมีการจัดตั้งศูนย์ร่วมสุข จำนวน 74 แห่ง และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานศูนย์ร่วมสุขดีเด่น 27 แห่ง โดยเปิดให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมากยิ่งขึ้น พบว่าการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรสหวิชาชีพ โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด

ในปัจจุบันเนื่องจากจำนวนบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน จึงจำเป็นต้องจัดหาเครือข่ายสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยระยะกลางเบื้องต้นในชุมชนอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลสระบุรีจึงได้ดำเนินการนำร่องพัฒนาหลักสูตร “นักฟื้นฟูฯ ชุมชน” ร่วมกับสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ และจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพนักฟื้นฟูฯ ชุมชน จังหวัดสระบุรีขึ้น โดยใช้งบประมาณจาก

เงินบำรุงโรงพยาบาลสระบุรี (งบประมาณ Big Rock IMC ปี 2566 เขตสุขภาพที่ 4) และอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายนักกายภาพบำบัดจังหวัดสระบุรีในการคัดเลือก อสม. จากศูนย์ร่วมสุขดีเด่นจากแต่ละอำเภอเข้าร่วมการอบรมเงินบำรุงโรงพยาบาลสระบุรี (งบประมาณ Big Rock IMC ปี 2566 เขตสุขภาพที่ 4) และอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายนักกายภาพบำบัดจังหวัดสระบุรีในการคัดเลือก อสม. จากศูนย์ร่วมสุขดีเด่นจากแต่ละอำเภอเข้าร่วมการอบรม

หลักสูตรอบรมนักฟื้นฟูฯ ชุมชนนี้ ประกอบไปด้วยเนื้อหาภาคบรรยาย จำนวน 10 ชั่วโมง ฝึกปฏิบัติจำนวน 20 ชั่วโมง และเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน โดยมีนักกายภาพบำบัดในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยง จำนวน 20 ชั่วโมง รวมเนื้อหาทั้งภาคบรรยายและการฝึกปฏิบัติทั้งสิ้น 50 ชั่วโมง ซึ่งนักฟื้นฟูฯ ชุมชนที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าวจะได้รับใบประกาศนียบัตรผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรนักฟื้นฟูฯ ชุมชน โดยเขตสุขภาพที่ 4 ร่วมกับสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ซึ่งจังหวัดสระบุรี มีนักฟื้นฟูฯ ชุมชนที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าวทั้งสิ้น 159 คน โดยนักฟื้นฟูฯ ชุมชนทั้งหมดจะกระจายอยู่ตามศูนย์ร่วมสุขดีเด่นต่าง ๆ ในจังหวัดสระบุรี ทั้ง 13 อำเภอ โดยมีหน้าที่เป็น ผู้ให้บริการ ประสานงาน ส่งต่อข้อมูล และให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางภายใต้การดูแลของนักกายภาพบำบัดในศูนย์ร่วมสุข (ศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน) รวมถึงค้นหาผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนที่มีความต้องการรับอุปกรณ์ทางการแพทย์และการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมต่อการฟื้นฟูสภาพ โดยได้รับงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี

การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน และที่บ้านโดยนักฟื้นฟูฯ ชุมชนที่มีความรู้และทักษะฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นร่วมกับนักกายภาพบำบัด เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ เปลี่ยนภาระให้เป็นพลังของสังคมต่อไป

ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) ผู้บริหารเล็งเห็นถึงความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานอย่างชัดเจน รวมถึงสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินจัดกิจกรรมต่าง ๆ
- 2) มีระบบการให้บริการในเครือข่ายสหวิชาชีพระดับจังหวัดอย่างชัดเจนและครอบคลุม
- 3) มีระบบการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน เช่น โรงพยาบาลทุกระดับ สสจ. รพ.สต. ศูนย์ร่วมสุขดีเด่น ทั้ง 27 แห่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 4) ความร่วมมือกันระหว่างภาคีเครือข่ายนักกายภาพบำบัดในจังหวัด ที่ตระหนักถึงความสำคัญของของนักฟื้นฟูฯ ชุมชนในพื้นที่เป็นตัวช่วยสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเบื้องต้นในชุมชน

ความประทับใจ

“รู้สึกประทับใจในความทุ่มเทและความเต็มใจในการให้บริการผู้ป่วยในชุมชนที่มาใช้บริการที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน หรือการลงพื้นที่จัดบริการฟื้นฟูฯ ร่วมกับนักกายภาพบำบัดและทีมสหวิชาชีพ โดยที่นักฟื้นฟูฯ ชุมชนที่มาปฏิบัติงานที่ ศูนย์ร่วมสุขเหล่านี้ไม่มีค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน แต่ทุกคนมาด้วยใจที่อยากให้ผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนเข้าถึงบริการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ เปลี่ยนภาระให้เป็นพลังของสังคมต่อไป”



รูปที่ 11 การดำเนินงานเครือข่ายนักฟื้นฟูฯ ชุมชน จ.สระบุรี

ระบบการส่งต่อข้อมูลและดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ *PRM Referral Network*:

ถอดบทเรียน จ.ศรีสะเกษ

โดย พญ.เดือนฉาย โพธิ์งาม

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีสะเกษ



โรงพยาบาลศรีสะเกษและสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกันทดลองใช้การส่งต่อและดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ PRM พบว่า

ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในเรื่องระบบสามารถรองรับการใช้งานอุปกรณ์ได้หลายรูปแบบ เช่น computer, tablet, โทรศัพท์มือถือ เป็นต้น รองลงมาคือระบบมีความเหมาะสมในการใช้ต่อยอด ค่าความสื่อสารที่ชัดเจนเข้าใจง่ายและมีความทันสมัย และเป็นปัจจุบันของฐานข้อมูล อีกทั้งมีการควบคุมระดับการเข้าถึงข้อมูลตามสิทธิ์ของผู้ใช้งาน

» วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดการส่งต่อข้อมูลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยเฉพาะผู้ป่วย Intermediate Care 4 กลุ่มโรคทุกสิทธิการรักษา อย่างทั่วถึงระหว่างเครือข่าย บนระบบสารสนเทศที่สามารถเข้าถึงได้ทั้งจังหวัด นำไปสู่การพัฒนากระบวนการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและผู้พิการ โดยยึดหลัก

1 Seamless Comprehensive Care

2 Digital reform

3 Continuity of Rehabilitation Services

» แผนการพัฒนา

จังหวัดศรีสะเกษได้เริ่มนำ PRM Referral program มาใช้ในการ Refer back ผู้ป่วย Intermediate Care จากโรงพยาบาลแม่ข่ายสู่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เมื่อเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2563

Basic Function PRM Referral Network



- ประชุมเครือข่ายเตรียมความพร้อมการใช้งาน
- การเชื่อมต่อกับ HIS (Himpro)
- การพัฒนา Report ให้สอดคล้องกับ IMC
- การพัฒนาศักยภาพ Admin ในพื้นที่เพื่อการติดตามและประเมินผล

» ผลการดำเนินงาน



จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเพื่อฟื้นฟูระหว่างเดือนสิงหาคม 2563-ตุลาคม 2566 : 3,554 ราย

» แผนการพัฒนาค่อยๆ

- IMC-TeleRehabilitation ทั้งเขตสุขภาพที่ 10
- การเชื่อมโยงระบบ Reimbursement ของกองทุนฟื้นฟูร่วมกับ สปสช

IMC ward การพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง

“Phunphin Intermediate care ward Model”

: ถอดบทเรียน รพ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี

โดย พว.ธนวรรณ วรรณนุรักษ์
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุนพิน

เดิมในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ยังไม่มีระบบการดูแลหลังภาวะเฉียบพลันในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองบาดเจ็บ โรคไขสันหลังบาดเจ็บและกระดูกข้อสะโพกหัก ที่เป็นระบบอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยยังคงหลงเหลือความพิการและเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นจำนวนมาก อีกทั้ง รพศ. มีปัญหาเรื่องความแออัดของผู้ป่วย ในขณะที่ รพ.พุนพิน มีอัตราการครองเตียงค่อนข้างต่ำ ดังนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จึงเกิดเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ณ Intermediate care ward รพ.พุนพิน เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2561 นอกจากกลุ่ม IMC แล้ว รพ.พุนพิน ได้ขยายขอบเขตการดูแลเพิ่มเติม โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) กลุ่ม IMC ตามเกณฑ์การส่งต่อ Surat Thani Intermediate care Referral System
- 2) กลุ่ม Refer back เป็นผู้ป่วยใน 4 กลุ่มโรค แต่ไม่เข้าเกณฑ์ส่งต่อ IMC
- 3) กลุ่ม Admit for Rehabilitation เป็นผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ เน้นการฟื้นฟูทางระบบประสาท เป็นผู้ป่วยในเขต รพ.พุนพิน หรือจากอำเภอหรือจังหวัดข้างเคียงที่ติดต่อมายัง IMC ward ของ รพ.พุนพิน โดยตรง เช่น Old Cerebrovascular accident, Post operative Neurosurgery, Guillain-Barre Syndrome, Brain abscess และ Brain tumor

เป้าหมาย

เพื่อเพิ่มสมรรถภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน และลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย 4 กลุ่มโรคสำคัญ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ลดความแออัดของ รพศ. และเพิ่มอัตราการครองเตียงของ รพ.พุนพิน

กิจกรรมการพัฒนา

รพ.พุนพิน ได้ดำเนินการจัดตั้ง IMC ward จำนวน 12 เตียง และสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านกึ่งเฉียบพลันเชื่อมโยงการบริการระหว่างระยะ Acute Care และ Long Term Care อุดร่อยรั่วในการบริการ โดยมีกิจกรรมพัฒนาด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) Inter-hospital Integration พัฒนาความร่วมมือกับ รพศ. และ รพช. ในจังหวัด เกิดเป็นระบบส่งต่อ Surat Thani Intermediate care Referral System เชื่อมโยงกับระบบ Stroke Fast Track
- 2) Multidisciplinary team บูรณาการองค์ความรู้จากสหสาขาวิชาชีพในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย มี Activities protocol ที่ชัดเจน โดยจะมีพยาบาลเฉพาะทางฟื้นฟูสภาพทำหน้าที่เป็น case manager ประสานงานกับ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีแพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน มีทีมพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพดูแลต่อเนื่องตลอด 24 ชม. ได้รับการทำกายภาพบำบัดทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ และนัดกระตุ้นกลืนจากแพทย์แผนไทย มีนักโภชนาการ ทีมสุขภาพจิต งานทันตกรรม และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้การดูแลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และมีการส่งปรึกษาทีมผู้เชี่ยวชาญจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย รพ.สุราษฎร์ธานี
- 3) Health Resource Allocation จัดสรรทรัพยากรสุขภาพในพื้นที่ อ.พุนพิน จัดพื้นที่ภายในหอผู้ป่วยให้เหมาะสม หมุนเวียนอัตรากำลังพยาบาล นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. เครือข่าย
- 4) Academic Support จัดอบรมการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมพัฒนาสู่งานวิจัย และเปิดเป็นแหล่งศึกษาดูงาน
- 5) Community Collaboration มีคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระดับอำเภอ โดยมีตัวแทนจากทุก รพ.สต. ในพื้นที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะ Intermediate care และ Long term care
- 6) International Cooperation ได้รับความร่วมมือจาก Japan International Cooperation Agency (JICA) ส่งนักกิจกรรมบำบัดอาสาสมัครชาวญี่ปุ่นร่วมฟื้นฟู และให้คำแนะนำแก่บุคลากรในการดูแลผู้ป่วย

การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง:

ผู้ป่วย Intermediate care ward รพ.พูนพิณ ตามเกณฑ์การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงจะการใช้การประเมิน Barthel Index (BI) ที่มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน มีผลการดำเนินงานตั้งแต่ 24 กรกฎาคม 2561 – 31 สิงหาคม 2565 ดังนี้

กลุ่ม	ผลลัพธ์การดำเนินงาน	รายละเอียด
กลุ่ม IMC	มีคะแนน BI เพิ่มก่อนจำหน่าย เฉลี่ย 87.50% (เป้าหมาย $\geq 80\%$)	โดยมี BI เฉลี่ยก่อน admit 9 คะแนน และ BI เฉลี่ยก่อนจำหน่าย 14 คะแนน (เพิ่มขึ้น 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 45 จาก BI เดิม)
กลุ่ม Refer back	มีคะแนน BI เพิ่มก่อนจำหน่าย เฉลี่ย 87.49%	โดยมี BI เฉลี่ยก่อน admit 13 คะแนน และ BI เฉลี่ยก่อนจำหน่าย 17 คะแนน (เพิ่มขึ้น 4 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 60 จาก BI เดิม)
กลุ่ม Admit for Rehabilitation	คะแนน BI เพิ่มก่อนจำหน่าย เฉลี่ย 81.02%	โดยมี BI เฉลี่ยก่อน admit 6 คะแนน และ BI เฉลี่ยก่อนจำหน่าย 9 คะแนน (เพิ่มขึ้น 3 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 20 จาก BI เดิม)

• ผลลัพธ์การฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบาก (on NG tube) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (เป้าหมาย 95%) ปี 2564-2566 ดีขึ้น 81.25%, 92.3% และ 87.5% ตามลำดับ โดยในกลุ่มที่ดีขึ้นมี 43.75%, 61.53% และ 62.50% ที่สามารถถอดสายอาหารได้ ตามลำดับ

กลุ่ม	ผลลัพธ์		
	ดีขึ้น	คงเดิม	ถอดสายให้อาหารได้
กลุ่ม IMC	81.25%	18.75%	43.75%
กลุ่ม Refer back	92.3%	7.7%	61.53%
กลุ่ม Admit for Rehabilitation	87.5%	12.5%	62.5%

• ผลลัพธ์ด้านอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาล และ case mix index (CMI) ในปี 2560 เท่ากับ 77.87%/0.46 หลังเปิด IMC ward พบว่ามีอัตราการครองเตียงและ CMI เพิ่มขึ้นในปี 2561-2563 เท่ากับ 83.45%/0.49, 92%/0.63 และ 85.50%/0.81 ตามลำดับ แต่ลดลงในปี 2564-2565 เท่ากับ 17.71%/0.63 และ 35.95%/0.79 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส Covid-19 ทำให้ รพศ. มีการส่งต่อ Case IMC ลดลง

• ผลลัพธ์ด้านระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในของ Intermediate care ward เท่ากับ 98.20%

รางวัลและความสำเร็จ:

- 1) รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 โครงการประกวดคลิปวิดีโอที่สะท้อนแนวคิดการประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 20 ในแนวคิด Change and Collaboration for Sustainability 2562
- 2) รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 Oral presentation ในงาน HA Southern Regional forum (High tech High touch High trust in healthcare) 2562
- 3) รางวัลชนะเลิศอันดับ 1 โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการขับเคลื่อนงานวิชาการ สสจ.สุราษฎร์ธานี จากผลงาน CQI เรื่อง Intermediate care Model 2563
- 4) รางวัลชนะเลิศ จากผลงานเรื่อง Phunphin Intermediate care Model: Walk with Trust ก้าวเดินด้วยใจศรัทธาในการประชุม “มหกรรม Best Practice IMC” สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี สิงหาคม 2565
- 5) รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 1 ในการนำเสนอผลงานพัฒนาคุณภาพ (CQI) ประเภท โปสเตอร์ (Poster presentation) เรื่อง Phunphin Intermediate care Model: Walk with Trust ก้าวเดินด้วยใจศรัทธา ในการประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 ประจำปี กันยายน 2565
- 6) รางวัลชนะเลิศอันดับ 1 ในการประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่นด้านการแพทย์แผนไทย Best Practice การดูแลผู้ป่วย ระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เขตสุขภาพที่ 11 ประจำปี 2566

แผนการพัฒนายปี 2566

- 1) บูรณาการแพทย์แผนจีนร่วมทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย IMC
- 2) ให้บริการห้องดำรงชีวิตอิสระ (Independent living Room: IL) ฝึกจำลองการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
- 3) โครงการอบรมสร้าง Stroke alert & awareness ให้กับ อสม. และ caregiver (CG) ในชุมชน
- 4) การพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม และ R2R ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

บทที่ 8 การประเมินผลการดำเนินงาน Intermediate care

การวัดผลลัพธ์ของการให้บริการ IMC ตามวัตถุประสงค์ของการจัดบริการ IMC เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยข้อเสนอแนะในการวัดผล ดังนี้

1. ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (Process KPI)

- จำนวน IMC bed และ IMC ward ในแต่ละเขตสุขภาพ รวมทั้ง ระบุอัตราการครองเตียง
- จำนวนศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชนในแต่ละอำเภอ/จังหวัด/เขตสุขภาพ
- จำนวน รพ.ที่ได้รับการรับรอง Program specific certification ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพใน 4 กลุ่มโรค (Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury, Fragility hip fracture)
- ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพเข้ารับบริการทั้งบริการ IPD และ OPD และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน
- จำนวนครั้งที่ผู้ป่วย IMC เข้ารับบริการ OPD ฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางในช่วงระยะเวลา 6 เดือน

ตัวชี้วัดด้านการเข้าถึงบริการ

- ร้อยละของการเข้าถึงบริการ IMC ใน 4 กลุ่มโรค

คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบบริการ IMCหารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย 4 กลุ่มโรค (stroke, traumatic brain injury, spinal cord injury, Fragility hip fracture) ที่เข้าเงื่อนไขการเข้ารับบริการทั้งบริการ IPD และ OPD คูณ 100

- ร้อยละการส่งกลับผู้ป่วย (% refer back)

คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเข้าสู่ระบบบริการ IMC หารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย 4 กลุ่มโรค (stroke, traumatic brain injury, spinal cord injury, Fragility hip fracture) ที่เข้าเงื่อนไขการเข้ารับบริการ ทั้งบริการ IPD และ OPD คูณ 100

2. ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (Output KPI): ระดับความสามารถผู้ป่วยดีขึ้น

- ร้อยละของผู้ป่วย IMC ที่มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น

คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบบริการ IMC มีระดับ BI เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน หารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบบริการ IMC ทั้งหมด คูณ 100

- ร้อยละของผู้ป่วย SCI IMC ที่มีคะแนน Spinal Cord Independence Measure III (SCIM III) เพิ่มขึ้น

คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วย SCI ที่เข้าสู่ระบบบริการ IMC มีระดับ SCIM เพิ่มขึ้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย SCI ที่เข้าสู่ระบบบริการ IMC ทั้งหมด คูณ 100

3. ตัวชี้วัดประสิทธิผล (outcome KPI): วัดจากระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย IMC เช่น ประเมิน EQ5D, WHOQOL, SF-36 เป็นต้น

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1. Care protocol สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บสมอง (Acquired brain injury: ABI)

และกลุ่มบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury: SCI) ประกอบไปด้วย

- 1.1. ตัวอย่าง Problem list & plan for ABI and SCI
- 1.2. ตัวอย่าง Standing doctor order sheet for ABI and SCI
- 1.3. ตัวอย่าง Team meeting report for ABI and SCI
- 1.4. ตัวอย่าง Activity protocol for short stay intensive IPD rehabilitation program

ภาคผนวก 2. Care protocol สำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (Fragility hip fracture)

- 2.1. ตัวอย่าง Problem list & plan for fragility hip fracture
- 2.2. ตัวอย่าง Standing doctor order sheet for fragility hip fracture
- 2.3. ตัวอย่าง Team meeting report for fragility hip fracture

ภาคผนวก 3. แบบประเมิน Bathel index (BI)

ภาคผนวก 4. บัญชีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นสาขาโรคหลอดเลือดสมอง ด้าน Rehabilitation post Stroke
(ตารางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แบบ IPD)

ภาคผนวก 1

Care protocol สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บสมอง

(Acquired brain injury: ABI) และกลุ่มบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury: SCI)

1.1 Problem list & plan ABI and SCI

Problem list & Plan for For Intermediate care (สหวิชาชีพ)		ชื่อ.....ตึก..... HN..... AN.....		
Diagnosis ☐ Stroke..... ☐ Traumatic Brain Injury..... ☐ Spinal cord injury.....		Underlying disease • • •		
Problem list	Plan of management			
วันที่	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
☐ Hemiplegia ☐ Tetraplegia ☐ Paraplegia	☐ ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ ☐ ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ☐ Team meeting ตั้งเป้าหมายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ☐ วางแผนการให้บริการ ☐ ประเมิน assistive devices ที่จำเป็น: gait aids, wheelchair	☐ กระตุ้น ADL และ ambulation ☐ กระตุ้นญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ☐ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ☐ ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น พลัดตกหกล้ม การสำลัก เป็นต้น ☐ ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน ☐ Home program and D/C planning	☐ Exercise training ☐ Functional training ☐ Balance training ☐ Bilateral movement training ☐ Transfer training ☐ Ambulation training ☐ Wheelchair fitting and training ☐ Home program ☐ อื่นๆ.....	☐ ADL evaluation and training ☐ UE & Hand function evaluation and training ☐ OT Home program ☐ อื่นๆ
☐ Postural Hypotension	☐ ประเมินให้คำวินิจฉัยและกำหนด precaution ระหว่างฝึก ☐ Check CBC/Correct anemia	☐ พัน Elastic bandage ที่ขา ☐ พัน Abdominal binder ☐ ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ	☐ Check BP ก่อนยกหัวสูง ☐ Tilt table ☐ Reclining wheelchair	☐ Therapeutic position & positioning ☐ อื่นๆ
☐ Spasticity ☐ Contracture	☐ ประเมิน ROM ☐ พิจารณาให้ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen) ☐ ส่งปรึกษาฉีดยาลดเกร็ง ☐ Plastic AFO	☐ จัดทำนอนเพื่อป้องกันภาวะข้อติด	☐ ROM exercise ☐ Stretching exercise ☐ Strengthening exercise ☐ Physical modality	☐ Purposeful activity and/or Kinetic activity for normalized muscle tone ☐ UE splint & orthotic ☐ Therapeutic position & positioning ☐ อื่นๆ
☐ Shoulder subluxation ☐ Shoulder hand syndrome	☐ Shoulder sling ☐ Prednisolone (for shoulder hand syndrome)	☐ จัดทำนอน ทำนั่ง อย่างถูกต้อง ☐ หลีกเลี่ยงการดึง กดทับแขน ☐ เคลื่อนย้ายตัว อย่างถูกต้อง	☐ ROM exercise ☐ Strengthening exercise shoulder ☐ Positioning	☐ Shoulder sling ☐ Orthotic for shoulder ☐ Assistive & adaptive devices for shoulder care ☐ Purposeful activity and/or Kinetic activity for improve shoulder function ☐ Therapeutic position & positioning ☐ อื่นๆ

☐ Neuropathic pain	☐ วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง ☐ Neuropathic pain medication	☐ Patient education	☐ TENS ☐ Patient education	☐ UE splint & orthotic ☐ ADL evaluation and training
☐ Dysphagia	☐ พิจารณา on หรือ off NG-tube หรือ NG + oral feeding ตามผลประเมินการกลืน ☐ ประเมินสภาวะโภชนาการ	☐ ประเมินการกลืน ☐ ดูแลความสะอาดช่องปาก ☐ จัดท่า/ป้องกันการสำลัก ☐ ยกศีรษะสูงกว่า 60 องศา ขณะรับประทานอาหาร		☐ Swallowing screening and/ or Swallowing evaluation ☐ Swallowing rehabilitation ☐ Assistive & adaptive devices for feeding ☐ อื่นๆ
☐ Aphasia ☐ Dysarthria	☐ จำแนกประเภทของ aphasia motor/sensory/global	☐ ประเมินและให้คำแนะนำการสื่อสารเบื้องต้น ☐ ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น ☐ ฝึก oral motor exercise	☐ ประเมินและให้คำแนะนำการสื่อสารเบื้องต้น ☐ ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น ☐ ฝึก oral motor exercise	☐ Pre-speech training ☐ Assistive & adaptive devices for Communication ☐ ฝึก oral motor exercise ☐ Pre speech training
☐ Neurogenic bladder	☐ ตรวจหรือส่งประเมิน เช่น Cystometry, Urodynamic, Ultrasound เป็นต้น ☐ กำหนดวิธีการขับถ่ายปัสสาวะที่เหมาะสม เช่น Intermittent catheterization, indwelling catheter ☐ พิจารณายาที่จำเป็น เช่น anti-muscarinic agent ☐ กำหนด oral fluid ที่เหมาะสม	☐ ประเมิน post-void residual urine ☐ สอนการทำ Intermittent catheterization ☐ สอนการดูแล indwelling catheter ☐ สอนการทำ time voiding ☐ สอนการใช้ external collecting devices ที่เหมาะสม	☐ Toilet transfer training	☐ UE functional evaluation and training ☐ Device for self-intermittent catheterization ☐ อื่นๆ
☐ Neurogenic bowel	☐ ให้ยาระบายที่เหมาะสม ☐ Order สวนอุจจาระ	☐ ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ☐ สวนอุจจาระ ☐ กระตุ้น ambulation ☐ แนะนำการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง	☐ Toilet transfer training ☐ Active exercise ☐ Ambulation	☐ ADL evaluation and training ☐ UE functional evaluation and training ☐ Device for bowel management ☐ อื่นๆ
☐ Pressure injury stage, ตำแหน่ง	☐ Debridement ☐ Antibiotic ☐ Nutrition ☐ Prescribe cushion	☐ Assess risks/เลือกผ้าอ้อม หรือแผ่นรองซับที่เหมาะสม ☐ Dressing wound ☐ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	☐ Weight relief training/ shifting in bed and in wheelchair	☐ Fitting proper foam seat cushion ☐ Therapeutic position & positioning ☐ ADL evaluation and training ☐ อื่นๆ
☐ Cognitive deficits ☐ Agitation ☐ Hypo arousal/sleep disturbance	☐ Cognitive assessment	☐ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ☐ กระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	☐ กระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	☐ Cognitive evaluation and rehabilitation ☐ Sensory evaluation and rehabilitation ☐ Sensory – specific training ☐ อื่นๆ
☐ Home & Environmental modification	โดยสหสาขาวิชาชีพ			

1.3 Team meeting report for ABI and SCI

ชื่อผู้ป่วย HN AN วันที่.....

การวินิจฉัยโรค										
ประเด็นปัญหา	ระดับความสามารถปัจจุบัน (Functional level)					เป้าหมาย (Expected Goal)				
	Max. Assist	Mod. Assist	Min. Assist	Independent	NA	Max. Assist	Mod. Assist	Min. Assist	Independent	NA
1. Eating	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Grooming	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Dressing	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Bathing	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Toileting	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Bed mobility	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Transfer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sitting balance (static/dynamic)	☐ นั่งไม่ได้	☐ poor	☐ fair	☐ good				☐ poor	☐ fair	☐ good
9. Standing balance (static/dynamic)	☐ ยืนไม่ได้	☐ poor	☐ fair	☐ good				☐ poor	☐ fair	☐ good
10. Ambulation	☐ WC sitter ☐ walk with assist ☐ WC ambulator ☐ walk with gait aid ☐ walk independently					☐ WC sitter ☐ walk with assist ☐ WC ambulator ☐ walk with gait aid ☐ walk independently				
11. Swallowing	☐ NG feeding ☐ NG + oral feeding ☐ oral feeding (modified diet/ regular diet)					☐ NG feeding ☐ NG + oral feeding ☐ oral feeding (modified diet/ regular diet)				
12. Cognitive	☐ severe ☐ moderate ☐ mild					☐ severe ☐ moderate ☐ mild				
13. Bowel	☐ ใช้ยาระบาย/สวนอุจจาระ ☐ ใช้ diaper ☐ ถ่ายเองได้					☐ ใช้ยาระบาย/สวนอุจจาระ ☐ ใช้ diaper ☐ ถ่ายเองได้				
14. Bladder	☐ on Foley catheter ☐ CIC ☐ ใช้ condom/ diaper ☐ ควบคุมปัสสาวะได้					☐ on Foley catheter ☐ CIC ☐ ใช้ condom/ diaper ☐ ควบคุมปัสสาวะได้				
แผนการดูแลต่อเนื่อง										
15. โปรแกรมฟื้นฟูสภาพ	☐ admit IMC ward/bed ☐ นัดโปรแกรมฟื้นฟูแบบ OPD ☐ ส่งต่อ ศูนย์ฟื้นฟู ชุมชน/ รพช./ รพ.สต./ HHC (ระบุชื่อ) ☐ ส่งต่อทีม/ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ Home program ☐ นัดติดตามอาการที่ รพ.									
16. การเตรียม/ปรับสภาพบ้าน	☐ เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินเพิ่ม ☐ จำเป็นต้องปรับสภาพ: ในส่วน..... ☐ ประสานกองทุนฟื้นฟูพื้นที่จังหวัด ☐ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น (เตียงผู้ป่วย/ ที่นอนลม/ อุปกรณ์อื่นๆ ระบบ.....)									

ลงชื่อ (แพทย์) (นักกายภาพบำบัด)

..... (พยาบาลวิชาชีพ) (นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช)

..... (นักโภชนาการ) (แพทย์แผนไทย)

1.4 ตัวอย่าง Activity protocol for short stay intensive IPD rehabilitation program

เวลา	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
8.00 – 9.00	รับผู้ป่วย	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ
9.00 – 10.00					
10.00 – 11.00	กิจกรรม พยาบาลฟื้นฟู สภาพ	พยาบาล จิตเวช/ นักจิตวิทยา	นักโภชนาการ/ เภสัชกร	แพทย์แผนไทย	การพยาบาล เพื่อวางแผน จำหน่าย
11.00 – 12.00					
12.00 – 13.00	พักกลางวัน				
13.00 – 14.00	กายภาพบำบัด	กายภาพบำบัด	Team meeting	กายภาพบำบัด	Home program กายภาพบำบัด / กิจกรรมบำบัด
14.00 – 15.00					
15.00 – 16.00	กิจกรรมบำบัด	กิจกรรมบำบัด		กิจกรรมบำบัด	

หมายเหตุ : สามารถปรับเปลี่ยนรายการกิจกรรมได้ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามควรมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพด้วยตนเองที่หอผู้ป่วยร่วมด้วย

ภาคผนวก 2

Care protocol สำหรับผู้ป่วยกลุ่ม Fragility hip fracture

2.1 Problem list & plan for fragility hip fracture

PROBLEM LIST & CARE PLAN FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

Diagnosis: Underlying diseases: Premorbid status: ADL Ambulation..... ☐ Community ambulator ☐ Household ambulator ☐ Non-ambulator		ชื่อ-สกุล: อายุ:ปี หอผู้ป่วย: HN:AN:		หน้า 1
PROBLEM LIST		PLAN OF MANAGEMENT		
DATE	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
☐ Hip fracture	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ ☐ ตั้งเป้าหมายการฟื้นฟู (Goals setting) ☐ วางแผนการดูแลและการให้บริการฟื้นฟู ☐ สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ☐ ตรวจประเมินและให้อุปกรณ์ช่วยเดิน (Gait aids)/ wheelchair ☐ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ☐ การส่งต่อผู้ป่วย ☐ สื่อสารข้อมูลกับทีม	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินทางการพยาบาลฟื้นฟู ☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกจากเตียงโดยเร็ว (early mobilization) ☐ กระตุ้น Breathing exercise ☐ กระตุ้นญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล ☐ การป้องกันกระดูกหักเคลื่อน ☐ การป้องกันข้อเข่าเคลื่อนหลุด ☐ แนะนำการปรับบ้าน/สิ่งแวดล้อม (Home modification) ที่ปลอดภัย ☐ สื่อสารและประสานงานกับทีม	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด ☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกจากเตียงโดยเร็ว (early mobilization) ☐ Breathing exercise ☐ การสอนญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล ☐ ให้บริการกายภาพบำบัดตามปัญหา/ความบกพร่องที่พบ ☐ การป้องกันข้อเข่าเคลื่อนหลุด ☐ สื่อสารข้อมูลกับทีม	☐ ตรวจประเมิน impairment ☐ ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) ☐ ตรวจประเมินทางกิจกรรมบำบัด ☐ ตรวจประเมินความคิดความเข้าใจ ☐ การส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ☐ การสอนญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล ☐ ประเมินสภาพบ้านและแนะนำสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ให้บริการกิจกรรมบำบัดตามปัญหา/ความบกพร่องที่พบ ☐ สื่อสารข้อมูลกับทีม
☐ BADLs	☐ ประเมินและติดตาม ADLs ☐ ประเมินอุปสรรคการทำ ADLs ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเช่น ระดับความสูงของเก้าอี้ชักโครก ราวจับในห้องน้ำ เครื่องช่วยพยุงเดิน	☐ ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ในหอผู้ป่วย ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	☐ ADLs training (เน้น Toileting) ☐ Home program ☐ แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	☐ ADLs training (เน้น Toileting, Dressing) ☐ แนะนำการคัดกรองอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวัน ☐ แนะนำการปรับสภาพบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ☐ Home program
☐ Mobility & Transfer	☐ ประเมินและติดตามความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง ลงเก้าอี้ และรถเข็น ตลอดจนการขึ้นลงบันได ☐ ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม	☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหว (การลุกนั่ง การย้ายตัว) ด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ☐ ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม ☐ เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย	☐ ประเมินและฝึก Bed mobility (Functional mobility training) ☐ Sitting balance training ☐ ประเมินและฝึก transfer (bed « chair, bed « wc) ☐ Exercise training (เน้น LEs) ☐ Home program	☐ ประเมินและฝึก Bed mobility (Functional mobility training) ☐ Sitting balance training ☐ ประเมินและฝึก transfer (bed « chair, bed « wc) ☐ Exercise training (เน้น UEs) ☐ Home program
☐ Ambulation	☐ ประเมินและให้ gait aids ที่เหมาะสมหรือ wheelchair ☐ ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม	☐ ส่งเสริมการเคลื่อนไหว (การยืนเดิน) ในหอผู้ป่วย ด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ☐ เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย	☐ Exercise program (PRE, weight bearing, balance) ☐ Gait training ☐ แนะนำการใช้ gait aids ที่เหมาะสมหรือการใช้ wheelchair	
☐ Bowel & Bladder	☐ ประเมินและจัดการปัญหาการขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ ☐ การให้อาหาร/ยา/ ส่วนอุจจาระ ☐ การคายสลายปัสสาวะ	☐ ให้การพยาบาลระบบการขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ และติดตามอาการ ☐ กระตุ้นการเคลื่อนไหวบนเตียง ☐ เฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	☐ ประเมินและฝึก transfer to toilet ☐ แนะนำการปรับสภาพห้องน้ำเพื่อความปลอดภัยในการใช้งาน	☐ ประเมินและฝึก transfer to toilet ☐ แนะนำการปรับสภาพห้องน้ำเพื่อความปลอดภัยในการใช้งาน
☐ Pain	☐ ประเมินและจัดการความปวดแผลผ่าตัด หรือตำแหน่งกระดูกหัก (Adequate pain management) เน้นการให้ยา around-the-clock	☐ ประเมินติดตามความปวดแผลผ่าตัด หรือตำแหน่งกระดูกหัก ☐ Psychological support	☐ ประเมินและบำบัดความปวดด้วยเครื่องมือกายภาพบำบัด เช่น TENS, hotpack	
☐ Cognitive/ Perception	☐ ประเมินความคิดความเข้าใจ ☐ วินิจฉัยภาวะ Delirium ☐ การรักษา/แก้ไขสาเหตุภาวะ Delirium	☐ ประเมินความคิดความเข้าใจ ☐ ติดตามภาวะ Delirium		☐ ประเมินความคิดความเข้าใจ และฝึก (cognitive evaluation & training)

PROBLEM LIST & CARE PLAN FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

Remarks:		ชื่อ-สกุล: หน้า 2 อายุ: ปี หอผู้ป่วย: HN: AN:		
PROBLEM LIST	PLAN OF MANAGEMENT			
DATE	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
☐ Osteoporosis	☐ ให้การรักษาด้วยยากกลุ่ม Bisphosphonate ☐ Calcium, vitamin D ☐ แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม	☐ ติดตามการให้ยารักษา / ผลข้างเคียงการใช้ยา ☐ เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย ☐ ให้ความรู้อาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน	☐ Exercise program ☐ Fall prevention program (Strengthening, balance)	
☐ History of falling	☐ ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) ☐ การจัดการสาเหตุการหกล้ม ☐ ประเมินและปรึกษา กายภาพบำบัดร่วมดูแล (Fall prevention program) ☐ ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล เช่น จักษุแพทย์ (การมองเห็น), แพทย์โสตศอนาสิก (การได้ยิน), เกสเซอร์ (การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา),	☐ ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) ☐ การจัดการสาเหตุการหกล้ม ☐ ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ ☐ เฝ้าระวังการหกล้มที่หอผู้ป่วย	☐ ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) ☐ ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ ☐ Fall prevention program (Strengthening, balance)	
☐ Nutritional problem	☐ ประเมินภาวะโภชนาการ (เช่น Nutrition alert form: NAF) ☐ การรักษาภาวะทุพโภชนาการ ☐ ปรึกษานักโภชนาการ ☐ ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ	☐ ประเมินภาวะโภชนาการ เช่น Nutrition alert form: NAF ☐ การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ☐ ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ	☐ ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ☐ ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที	
☐ Complications 1) Delirium 2) UTI 3) Pressure injury 4) Pneumonia 5) joint stiffness 6) Fall	☐ วินิจฉัยโรค/ภาวะ ☐ การรักษาตามสาเหตุ ☐ ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล ☐ ติดตามและประเมินผลการรักษา ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ	☐ ติดตามและประเมินผลการรักษา ☐ การกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง ☐ การกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ☐ การพลิกตะแคงตัว ☐ การจัดท่าทางการนอนที่เหมาะสม ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ	☐ Early mobilization (eg. Bed mobility, upright activity, ADLs) ☐ Breathing exercise ☐ Range of motion exercise (ROME) ☐ Positioning with hip dislocation precaution ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ	☐ Early mobilization (eg. Bed mobility, upright activity, ADLs) ☐ การป้องกันการเกิดซ้ำ
☐ อื่นๆ				

หมายเหตุ : สถานพยาบาลที่ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด อาจมอบหมายให้บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ปฏิบัติแทนเบื้องต้น

ลงชื่อแพทย์ / ทีมที่ร่วมประเมิน

.....

2.2 Standing doctor order sheet for fragility hip fracture

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE) สำหรับผู้ป่วยรับใหม่

Underlying disease:		ชื่อ-สกุล:	
Premorbid status: ADL.....Ambulation..... ☐ Community ambulator ☐ Household ambulator ☐ Non-ambulator		อายุ:ปี หอผู้ป่วย: HN:AN.....	
PROGRESS NOTE	DATE	ORDER FOR ONE DAY	DATE
Onset of fracture: Side ☐ Right ☐ Left Location ☐ Femoral Neck ☐ Intertrochanteric ☐ Subtrochanteric Treatment ☐ Non-operative ☐ Skin traction ☐ Surgery ชนิดของการผ่าตัด ระบุ: ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement ☐ ตามด้วยโลหะ ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน หมายเหตุ: Refer back รพช. ได้เมื่ออาการคงที่หลังผ่าตัด คือ 1. หมดสายระบายเลือดออกแล้ว(ถ้ามี) 2. มีสัญญาณชีพปกติ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้ - PR 60-100/min - SBP 90-140 mmHg - DBP 60-90 mmHg - RR 12 -20/min - BT 36-38 °C		ใช้สำหรับผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ Admit ☐ ปรีกษานักกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและการยืนเดิน (Mobility, transfer & Ambulation) ☐ สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก ☐ NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) ☐ Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า ≤20% BW) ☐ Partial WB ได้ไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักได้บางส่วน ≤ 50% BW) ☐ Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่) ☐ ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน ☐ Walker ☐ Crutches ☐ Cane ☐ Wheelchair ☐ กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ☐ Posterior approach ให้นอนหงายขา ห้ามนั่งข้อสะโพกเกิน 90 องศา ห้ามหุบต้นขา ห้ามหมุนบิดต้นขาเข้าด้านใน ☐ Anterolateral approach ห้ามกางต้นขาในท่าบิดต้นขาออกนอก ☐ ปรีกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อ.. ☐ ADL training ☐ Cognitive training ☐ Home modifications ☐ ปรีกษานักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช ☐ ปรีกษานักโภชนาการ ☐ ปรีกษาทีม HHC/ COC เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน ☐ ลงชื่อแพทย์	☒ Record V/S ☒ Diet ☐ Regular ☐ High Protein ☐ ☐ Dressing wound (OD, BID) ☐ วันละ 1 ครั้ง ☐ วันละ 2 ครั้ง Medication: ☒ Calcium ☒ Vitamin D ☐ ☐ Activities for Rehab Program: 1. กิจกรรมทางการพยาบาล 1.1 ป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด 1.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับ / DVT 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง 1.6 ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1.7 จัดการความปวด 1.8 เฝ้าระวังการติดเชื้อ 1.9 Discharge care plan 2. จัด Program ออกกำลังกาย และนั่งแพทย์เมื่อ 2.1 BT ≥ 38°C 2.2 PR > 100 or <60/min 2.3 SBP ≥ 160 or < 90 mmHg DBP ≥110 or < 60 mmHg 2.4 มีอาการผิดปกติขณะหรือหลังการออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย วิงเวียน 2.5 มีอาการปวดมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้รับ 2.6 มีภาวะซึมเศร้าสับสนเฉียบพลัน ลงชื่อแพทย์

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

REFER BACK

FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE) สำหรับเตรียมผู้ป่วยส่งกลับ รพช.

Underlying disease:		ชื่อ-สกุล:		
Premorbid status: ADL..... Ambulation.....		อายุ:ปี หอผู้ป่วย:		
☐ Community ambulator ☐ Household ambulator ☐ Non-ambulator		HN:AN.....		
PROGRESS NOTE	DATE	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION
Onset of fracture: Side ☐ Right ☐ Left Location ☐ Femoral Neck ☐ Intertrochanteric ☐ Subtrochanteric Treatment ☐ Non-operative ☐ Skin traction ☐ Surgery ชนิดของการผ่าตัด ระบุ: ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement ☐ ตามด้วยโลหะ ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน หมายเหตุ: Refer back รพช. ได้เมื่ออาการคงที่ หลังผ่าตัด คือ 1. ถอดสายระบายเลือดออกแล้ว (ถ้ามี) 2. มีสัญญาณชีพปกติ โดยพิจารณาจาก เกณฑ์ ดังนี้ - PR 60-100/min - SBP 90-140 mmHg - DBP 60-90 mmHg - RR 12 -20/min - BT 36-38 °C		Admit ☐ Refer Back รพช. เพื่อ admit ดูแลหลัง ผ่าตัด (จนสามารถ Ambulate ได้ในกรณีผ่าตัด หรือ ญาติสามารถพร้อมดูแลที่บ้านในกรณีไม่ ผ่าตัด) ☐ ปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและการยืน เดิน (Mobility, transfer & Ambulation) ☐ สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก ☐ NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) ☐ Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า ≤20% BW) ☐ Partial WB ได้ไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักได้บางส่วน ≤ 50% BW) ☐ Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่) ☐ ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน ☐ Walker ☐ Crutches ☐ Cane ☐ Wheelchair ☐ ☐ บริหารขยับข้อต่อข้างที่หัก ☐ Hip ☐ Knee ☐ Ankle กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ☐ Posterior approach ให้นอนหงายขา ห้าม งอข้อสะโพกเกิน 90 องศา ห้ามทุบตันทา ห้ามหมุนบิดตันทาเข้าด้านใน ☐ Anterolateral approach ห้ามกางตันทาในท่าบิดตันทาออกนอก ☐ ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อ.. ☐ ADL training ☐ Cognitive training ☐ Home modifications ☐ ปรึกษาทีม HHC/ COC เตรียมการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน ☐ นัดติดตาม OPD ลงชื่อแพทย์		☒ Record V/S ☒ Diet ☐ Regular ☐ High Protein ☐ ☐ Dressing wound (OD, BID) ☐ วันละ 1 ครั้ง ☐ วันละ 2 ครั้ง Medication: ☒ Calcium ☒ Vitamin D ☐ ☐ Activities for Rehab Program: 1. กิจกรรมทางการพยาบาล 1.1 ป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด 1.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับ / DVT 1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง 1.6 ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1.7 จัดการความปวด 1.8 เผื่อระวังการติดเชื้อ 1.9 Discharge care plan 2. จัด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์เมื่อ 2.1 BT ≥ 38°C 2.2 PR > 100 or <60/min 2.3 SBP ≥ 160 or < 90 mmHg DBP ≥110 or < 60 mmHg 2.4 มีอาการผิดปกติขณะหรือหลังการออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย วิงเวียน 2.5 มีอาการปวดมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้รับ 2.6 มีภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า ลงชื่อแพทย์

2.3 Team meeting report for fragility hip fracture

**TEAM MEETING REPORT
FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)**

โรงพยาบาล : Team Meeting Report ครั้งที่ :วันที่ :เวลา :		ชื่อ-สกุล : อายุ :ปี หอผู้ป่วย : HN :AN :	
Diagnosis : onset of fracture : Underlying disease :		Premorbid status: ADLs..... Ambulation..... ☐ Community ambulator ☐ Household ambulator ☐ Non-ambulator	
สรุปประเด็น:			
Fracture		Side: ☐ Right ☐ Left Location: ☐ Femoral Neck ☐ Intertrochanteric ☐ Subtrochanteric Treatment: ☐ Non-operative ☐ with skin traction ☐ Surgery (Date.....) ระบุชนิดของกาผ่าตัด..... ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement ☐ เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement ☐ ตามด้วยโลหะ	
Problems		Goal / Plan of management	
☐ BADLs	☐ feeding ☐ grooming ☐ toileting * ☐ bathing ☐ dressing *	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist	
☐ Bed mobility & transfer	☐ bed mobility ☐ transfer (bed«»chair)* ☐ transfer (bed«»wc) *	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist	
☐ Ambulation : walk/ stairs	☐ walk ** ☐ stairs **	level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist level of assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist ☐ walk with gait aid (☐ walker ☐ Axillary crutches ☐ cane ☐) ☐ wheelchair	
☐ Bowel		☐ Bowel program ☐ ใช้ยาระบาย/หรือสวนอุจจาระ..... ☐ ควบคุมอุจจาระได้เอง	
☐ Bladder		☐ on foley's cath ☐ ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน ☐ Condom ☐ ควบคุมปัสสาวะได้เอง	
☐ การเตรียมบ้าน		☐ เตียงนอน ☐ ปรับห้องน้ำ (ราวจับ/ประตู/ชักโครก/พื้นห้องน้ำ) ☐ ปรับทางลาดเข้าบ้าน ☐ ราวจับในบ้าน	
แผนการดูแลต่อเนื่อง (โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ)			
แพทย์ (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ วางแผนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในอีกครั้ง/ต่อเนื่อง ☐ วางแผนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ☐ วางแผนการฟื้นฟูในชุมชน		
พยาบาล (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ☐ ส่งต่อ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ คำแนะนำ.....		
นักกายภาพบำบัด (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ☐ ส่งต่อ..... ☐ Home program ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน ☐ วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก ☐ วางแผนฝึกต่อเนื่องในชุมชน		
นักกิจกรรมบำบัด (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ☐ ส่งต่อ..... ☐ Home program ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน ☐ วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก ☐ วางแผนฝึกต่อเนื่องในชุมชน		
นักโภชนาการ (.....)	☐ นัดติดตามอาการ (F/U) ☐ ส่งต่อ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ คำแนะนำ.....		
คะแนนรวม Modified BI (20)		Admit	วันที่ประเมิน
		Discharge	วันที่ประเมิน

ภาคผนวก 3

แบบประเมิน Barthel index

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน
(Bathel Activities of Daily Living Index, BI)

ข้อแนะนำ

- เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่า หรือ ถามว่าทำได้หรือไม่
- เป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- เป็นการวัดระดับการพึ่งพิง หากต้องมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
- ถ้าหมดสติ ให้ 0 คะแนนทั้งหมด

	คะแนน
1 Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)	☐
☐ 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้	
☐ 1 ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือดัดเป็นสีกๆ ไว้ล่วงหน้า	
☐ 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	
2 Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)	☐
☐ 0 ต้องการความช่วยเหลือ	
☐ 1 ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3 Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)	☐
☐ 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น	
☐ 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้	
☐ 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย	
☐ 3 ทำได้เอง	
4 Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)	☐
☐ 0 ช่วยตัวเองไม่ได้	
☐ 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	
☐ 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	
5 Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)	☐
☐ 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	
☐ 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้	

- ☐ 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐ 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
- 6 Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ☐
- ☐ 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- ☐ 1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ☐ 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
- 7 Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ☐
- ☐ 0 ไม่สามารถทำได้
- ☐ 1 ต้องการคนช่วย
- ☐ 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
- 8 Bathing (การอาบน้ำ) ☐
- ☐ 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- ☐ 1 อาบน้ำเองได้
- 9 Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ☐
- ☐ 0 กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐ 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐ 2 กลั่นได้เป็นปกติ
- 10 Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ☐
- ☐ 0 กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐ 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- ☐ 2 กลั่นได้เป็นปกติ
- คะแนนรวม ☐ ☐

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

- คะแนนรวม ≥ 12 คะแนน เป็น กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้
- คะแนนรวม 5-11 คะแนน เป็น กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง
- คะแนนรวม ≤ 4 คะแนน เป็น กลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุใน: หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541. หน้า 85-86.

ภาคผนวก 4

บัญชีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นสำหรับสาขาโรคหลอดเลือดสมอง ด้าน Rehabilitation post stroke

(ตารางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แบบ IPD)

ดัดแปลงจาก บัญชีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นสำหรับประเทศไทย (Essential Medical Devices list) สาขาโรคหลอดเลือดสมอง โดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

Problem	Intervention		เครื่องมือแพทย์	การดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบ IPD		หมายเหตุ
				IMC bed	IMC ward	
Perceptual and cognitive function	ชุดประเมินและฝึกความคิด ความเข้าใจ (Cognitive assessment & intervention)		1. ชุดบัตรคำหมวดหมู่ต่าง ๆ เช่น ผลไม้, สัตว์, สี, ตัวเลข, จิ๊กซอว์รูปภาพร่างกาย เป็นต้น	++	++	ใน IMC bed ฝึกโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม, IMC ward ฝึกโดยนักกิจกรรมบำบัด
			2. บล็อกรูปทรงต่างๆ, กระดานปักหมุดหลากสี	++	++	
			3. ชุดอุปกรณ์ของใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น หวี, แปรงสีฟัน, นาฬิกา, ชุดเครื่องเขียน, เครื่องแต่งกาย เป็นต้น	++	++	
			4. ชุดจำลองสิ่งของในชีวิตประจำวัน เช่น โมเดลอาหาร, ผักผลไม้ปลอม, ตุ๊กตา, สัตว์, แบบจำลองอวัยวะร่างกายมนุษย์ เป็นต้น	++	++	
			5. แบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน เช่น LOTCA test	++	++	
Swallowing function (dysphagia)	Assessment	1. Basic swallowing assessment	1.1 อุปกรณ์ประเมินการกลืนเบื้องต้น เช่น ไม้กดลิ้น, ไม้พันก้านสำลี, laryngeal mirror เป็นต้น	++	++	*ทำหัตถการโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือแพทย์หู คอ จมูก
		2. Instrumental assessment	2.1 Videendoscope (VE) ได้แก่ fiberoptic evaluation of swallowing study (FESS)	-	+	
			2.2 Videofluoroscope (VF) ได้แก่ modified barium swallowing (MBS)	-	+	
			2.3 เครื่องวัดแรงดัน และกำลังลิ้น	+/-	+	
	Intervention	การฟื้นฟูการกลืนเบื้องต้น (Basic intervention)	1. ชุดอุปกรณ์ฟื้นฟูการกลืนเบื้องต้น เช่น ถังมือ, ไม้กดลิ้น, ไม้พันก้านสำลี, กระຈ, laryngeal mirror, ผ้าก๊อช เป็นต้น	++	++	สามารถใช้ในการฝึกพูดร่วมด้วย
			2. ชุดอุปกรณ์ดัดแปลง/อุปกรณ์ในการรับประทานอาหาร เช่น แก้วดัดขอบ (Nosey cup), ช้อนส้อมเสริมด้าม, จานดัดแปลง (plate guard)	+	++	

Problem	Intervention		เครื่องมือแพทย์	การดูแลผู้ป่วย ระยะกลาง แบบ IPD		หมายเหตุ
				IMC bed	IMC ward	
Activity of daily living (ADL, IADL) function	การฟื้นฟูกิจวัตรประจำวันเบื้องต้น (Basic intervention)		1. ชุดฝึกกิจวัตรประจำวัน (ADL training set) และชุดอุปกรณ์ฝึก IADL	+	++	
			2. อุปกรณ์ช่วยในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต (adaptive/ assistive device) เช่น ข้อเสริมด้าม, ที่คาดมือ เอนกประสงค์ (Universal cuff), อุปกรณ์ช่วยในการเขียนหนังสือ, reacher เป็นต้น	+	++	
			3. ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น โต๊ะทำกิจกรรม, เตียงสำหรับฝึก, โต๊ะทำกิจกรรมปรับระดับได้สำหรับผู้ใช้ล้อเข็น (Adjustable table)	+	++	
			4. เก้าอี้ถ่าย/อาบน้ำ (commode chair)	+	++	
Driving	การประเมินและฟื้นฟูการขับรถในสถานการณ์จำลอง (Assessment and simulation)		1. Driving simulator	-	-	
Speech, language, and communication	Assessment	การประเมินภาษาและการพูดแบบพื้นฐาน (Basic assessment)	1. อุปกรณ์ตรวจโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด เช่น กระจก, ไม้กดลิ้น, ไฟฉาย, laryngeal mirror, ฝักกือช เป็นต้น	+	+	ในกรณีไม่มีนักแก้ไขการพูดสามารถประเมินโดยนักกายภาพบำบัดหรือพยาบาลที่ผ่านการอบรม
			2. ชุดอุปกรณ์และแบบทดสอบมาตรฐานภาวะเสียการสื่อความหมาย	-	+/-	เช่น Thai Adaptive of the Western Aphasia Battery (WAB), Thai version of the short Boston Naming Test (T-BNT) เป็นต้น ประเมินโดยนักแก้ไขการพูด

Problem	Intervention		เครื่องมือแพทย์	การดูแลผู้ป่วย ระยะกลาง แบบ IPD		หมายเหตุ
				IMC bed	IMC ward	
Speech, language, and communication	Intervention	1.การแก้ไขการพูด ในผู้ป่วยที่มีปัญหา ทางภาษาและการ พูดแบบพื้นฐาน (Basic intervention)	1. ชุดบัตรภาพคำศัพท์ เช่น สิ่งของ, สัตว์ 2. ชุดจำลองสิ่งของในชีวิตประจำวัน เช่น สิ่งของ ผัก ผลไม้ 3. ชุดอุปกรณ์การสื่อความหมายเสริม และทางเลือก (Augmentative and alternative communication system) เช่น กระดานช่วยการสื่อสาร, บัตรภาพช่วยสื่อสาร เป็นต้น	+	+	ในกรณีไม่มีนักแก้ไข การพูดสามารถร่วม ฝึกโดยนัก กายภาพบำบัดหรือ พยาบาลที่ผ่านการ อบรม
		2.การแก้ไขการพูด ในผู้ป่วยที่มีปัญหา ทางภาษาและการ พูดด้วยเครื่องมือที่ ใช้เทคโนโลยี (Advance intervention)	1. เครื่องมือสื่อสารสำหรับการฝึก ทางไกล (telerehabilitation) เช่น คอมพิวเตอร์ กล้องวิดีโอ ไมโครโฟน ลำโพง เป็นต้น	+	+	ฝึกโดยนักแก้ไข การพูด
			2. เครื่องวิเคราะห์ลักษณะของเสียง และแก้ไขการพูดระบบคอมพิวเตอร์	-	+/-	
Weakness	ออกกำลังกายเพื่อการรักษา (Therapeutic exercise)		1. ชุดอุปกรณ์ออกกำลังกาย ประกอบด้วย ถุงน้ำหนัก (weight bag), ชุดดัมเบล (Dumbbell), ยางยืด ออกกำลังกาย (Resistance band), ลูกบอลโยคะ (Yoga gym ball), กระดานบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps board), อุปกรณ์บริหาร กล้ามเนื้อเหยียดแขน (sliding board), สเก็ตบอร์ด (skate board), ชุดช่วยพยุงออกกำลังกายไหล่และแขน (Shoulder suspension set) 2. เติงฝึกผู้ป่วยแบบปรับระดับได้ 3. เติงซัสเพนชั่น (Suspension unit) 4. หมอนรูปสามเหลี่ยม (Wedge)	+	++	
	Neuromodulation intervention		Transcranial magnetic stimulation (TMS), Peripheral magnetic stimulation (PMS), Transcranial electrical stimulation (TES)	-	+/-	เป็นเครื่องมือที่ สามารถใช้ร่วมกับ แพทย์เฉพาะ ทางด้านอื่น
	Neuromuscular electrical stimulation		เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Electrical stimulation)	+	++	
	ธาราบำบัด (Aquatic-based exercise)		1. สระน้ำ (Aquatic pool) 2. อุปกรณ์เสริม ประกอบด้วย ฟันลอย , แผ่นโฟม (kick board), เส้นโฟม (noodle), ท่วงยาง เป็นต้น	+/-	+	

Problem	Intervention	เครื่องมือแพทย์	การดูแลผู้ป่วย ระยะกลาง แบบ IPD		หมายเหตุ
			IMC bed	IMC ward	
Mobility and ambulation	Functional mobility training	1. ชุดครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ประกอบด้วย เหยียงฝึกผู้ป่วยแบบปรับ ระดับได้, เก้าอี้นั่งมีพนักพิง, เก้าอี้กลม มีล้อเลื่อนสำหรับผู้ฝึก (mobile stool) 2. เครื่องช่วยเดิน (Walking aids) 3. รถนั่งคนพิการ (Wheelchair) 4. เข็มขัดพยุงผู้ป่วย (Lift belt)	+	++	
	Conventional overground gait training	1. อุปกรณ์ต่างระดับ (steps) เช่น เก้าอี้ม้าเตี้ย, กล่องไม้เตี้ย 2. บันไดเข้ามุม (Corner staircase) 3. สายรัดพยุงปลายเท้า (Foot sling) 4. สิ่งกีดขวาง (Obstacles) เช่น บล็อก ไม้ เป็นต้น 5. คานฝึกเดินทรงตัว (Balance beam) 6. อุปกรณ์ให้สิ่งชี้้นำภายนอก (External cues) เช่น สติ๊กเกอร์ รอยเท้า, metronome, laser cane เป็นต้น	+	++	
	Basic balance training	1. ราวฝึกคู่ขนาน (Parallel bar) 2. กระจกมีล้อเลื่อน (Mobile mirror) 3. ตะกร้าพร้อมลูกบอลพลาสติก 4. เหยียงปรับย่น (Tilt table) 5. โต๊ะฝึกยืนทรงตัว (standing frame) 6. กระดานฝึกทรงตัว (balance board) 7. ลูกบอลออกกำลังกาย (Yoga gym ball) 8. แผ่นโฟมนิ่ม (Balance pad foam) 9. กรวยจราจร (Traffic cone) 10. คานฝึกทรงตัว (Balance beam) 11. สปริงบอร์ด (Trampoline) 12. ไม้ทิ่มเอียง (Wooden wedge)	+	++	
	Advance balance training	1. Perturbation treadmill	-	-	

Problem	Intervention		เครื่องมือแพทย์	การดูแลผู้ป่วย ระยะกลาง แบบ IPD		หมายเหตุ
				IMC bed	IMC ward	
Mobility and ambulation	Cardiovascular training		1. จักรยานนั่งปั่น (Stationary bicycle) 2. สู่เดินไฟฟ้า (Treadmill) 3. เครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจแบบพกพา เช่น pulse oximeter 4. ชุดอุปกรณ์ออกกำลังกายประกอบด้วย ถุงน้ำหนัก (Weight bag), ชุดดัมเบล (Dumbbell) ยางยืดออกกำลังกาย (Resistance band), ลูกบอลโยคะ (Yoga gym ball), กระดานบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps board) 5. เครื่องออกกำลังกาย (Weight training machine) 6. Mobile ECG monitoring*	+/-	+/-	*ภายใต้การดูแลของ อายุรแพทย์ หรือ แพทย์เวชศาสตร์ ฟื้นฟู
	Body-weight support training		1. ชุดอุปกรณ์พยุงน้ำหนักตัว (Body-weight support set) 2. ชุดอุปกรณ์พยุงน้ำหนักตัวพร้อมลู่วิ่งไฟฟ้า (Body-weight support treadmill set) 3. เครื่องหุ่นยนต์ฝึกเดิน (Gait robot) เช่น End effector, Exoskeleton	+/-	+/-	
Upper extremity incoordination and hand function	Assessment	ชุดประเมินการ เคลื่อนไหวร่างกาย ส่วนบน	1. ชุดประเมินการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ (Goniometer)	+	++	
			2. เครื่องมือประเมินความคล่องแคล่วของมือ*	+/-	+	*ตัวอย่างเช่น O'Coner Dexterity test, Purdue Pegboard test, Groove Pegboard test, Minnesota Rate of Manipulation test (MRMT), Box and Block test
			3. เครื่องมือประเมินกำลังกล้ามเนื้อ มือ เช่น Jamar dynamometer, Pinch gauge เป็นต้น	-	+	

Problem	Intervention		เครื่องมือแพทย์	การดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบ IPD		หมายเหตุ
				IMC bed	IMC ward	
Upper extremity incoordination and hand function	Intervention	1. การฟื้นฟูการเคลื่อนไหวแขนและมือเบื้องต้น (Basic intervention)	1.1 ชุดอุปกรณ์ฟื้นฟูการเคลื่อนไหวแขนและมือ* 1.2 ชุดอุปกรณ์ออกกำลังกายมือ ข้อมือ และแขน (Hand, wrist & arm exercise set) เช่น ถูน้ำหนัก (Weights), ดินน้ำมันบริหารกล้ามเนื้อมือ (Therapeutic putty), อุปกรณ์เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือและนิ้วมือ (Digiflex), กระดานปักหมุด เป็นต้น 1.3 กระจก (Mirror)	+	++	*เช่น กรวยฝักจับพร้อมฐาน (stacking cone), ลูกบอล, ตะกร้า, อุปกรณ์บริหารกล้ามเนื้อเหี่ยยดแขน (sliding board), สเก็ตบอร์ดบริหารแขน (skateboard), ชุดช่วยพยุงออกกำลังไหล่และแขน (shoulder suspension set) เป็นต้น
		2. การฟื้นฟูการเคลื่อนไหวแขนและมือด้วยเทคโนโลยี (Advance intervention)	2.1 เครื่องกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยกระแสไฟฟ้า เช่น Electrical stimulation	+/-	+	
			2.2 การฟื้นฟูการเคลื่อนไหวโดยหุ่นยนต์ (Robotic based therapy)* 2.3 เครื่องฝึกจำลองแบบของสิ่งแวดล้อมเสมือนจริง (Virtual reality-based therapy)*	-	+/-	*แนะนำภายใต้การประเมินของแพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู และ นักกิจกรรมบำบัด เพื่อประเมินข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการใช้ เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ high cost
Spasticity	การจัดท่าทางที่เหมาะสม Antispastic pattern position และ passive stretching		1. ชุดอุปกรณ์จัดทำท่าทางที่เหมาะสม ประกอบด้วย Foam rollers, foam wedges, pillows	+	++	
	การฉีดยาเพื่อลดภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง		1. Ultrasound scanner 2. Injection set ประกอบด้วย Teflon needle 3. เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า surface electrical stimulation	+/-	+/-	เฉพาะโรงพยาบาลที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
	อุปกรณ์ตาม (Assistive products for joint protection)		1. เทอร์โมพลาสติกและอ่างต้ม (Thermoplastic) 2. เครื่องเป่าลมร้อน (Heat gun) 3. ชุดเครื่องมือสำหรับจัดทำเครื่องตาม (Splint making set)	+/-	+/-	สำหรับโรงพยาบาลที่มีนักกิจกรรมบำบัด หรือนักกายอุปกรณ์ที่มีประสบการณ์

Problem	Intervention	เครื่องมือแพทย์	การดูแลผู้ป่วย ระยะกลาง แบบ IPD		หมายเหตุ
			IMC bed	IMC ward	
Pain	Injection	Injection set, musculoskeletal ultrasound	+/-	+	เฉพาะโรงพยาบาลที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
	Physical modalities	1. เครื่องกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยกระแสไฟฟ้าชนิด Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) 2. เครื่องกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้า (Electrical stimulation) 3. Therapeutic heat and cold ประกอบด้วย superficial heat ได้แก่ แผ่นความร้อน/ความเย็น (Heat/cold pack), Deep heat ได้แก่ เครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) หรือเครื่องรักษาด้วยคลื่นสั้น (Shortwave diathermy)	+	++	
Skin care and pressure injury prevention		1. ผลิตภัณฑ์ให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง 2. เบาะรองนั่ง 3. ที่นอนกระจายน้ำหนัก เช่น ที่นอนลม เป็นต้น 4. dressing wound set ประกอบด้วย สำลี, ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (Non-tooth forceps), ปากคีบมีเขี้ยว (Tooth forceps), ถ้วยใส่น้ำยา	+	++	

หมายเหตุ: ++ ต้องมี

+ ควรมี

- ไม่ควรมี

+/- มีหรือไม่มีก็ได้

อภิธานศัพท์

AAC	Augmentative Alternative Communication	ECG	Electrocardiography
ADL	Activities of daily living	EMG	Electromyography
AFO	Ankle foot orthosis	ES	Electrical Stimulation
AT	Assistive Technology	FESS	Fiberoptic evaluation of swallowing study
BI	Barthel Index	HA	Hospital Accreditation
BNT	Boston Naming Test	HHC	Home health care
BP	Blood Pressure	IADL	Instrumental activities of daily living
BT	Body temperature	IL	Independent Living
BW	Body weight	IMC	Intermediate care
CBC	Complete Blood Count	IPD	Inpatient department
CBR	Community based rehabilitation	JICA	Japan International Cooperation Agency
CG	Caregiver	KAFO	Knee-Ankle-Foot Orthosis
CIC	Clean intermittent catheterization	KPI	Key performance indicators
CMI	Case Mix Index	LE	Lower extremities
COC	Continuity of Care	LOS	Length of stay
CPT	Cognitive Perceptual Test	LOTCA	Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment
CQI	Continuous Quality Improvement	LTC	Long term care
CSO	Civil Society Organization	MBS	Modifed barium swallowing
CT	Computer Tomography	MMSE	Mini Mental State Examination
CVA	Cerebrovascular accident	MRMT	Minnesota Rate of Manipulation test
DBP	Diastolic blood pressure	NAF	Nutrition alert form
D/C	Discharge	NCM	Nurse care manager
DVT	Deep vein thrombosis		

อภิชานศัพท์

NG	Nasogastric	R2R	Routine-to-Research
NGO	Non-governmental Organization	SBP	Systolic blood pressure
NMES	Neuromusculoskeletal Electrical Stimulation	SCI	Spinal cord injury
NWB	Non-weight bearing	ST5	Stress test questionnaire - 5
OPD	Outpatient department	TBI	Traumatic brain injury
OT	Occupational Therapist	TENS	Transcutaneous electrical nerve stimulation
PCU	Primary care unit	TES	Transcranial electrical stimulation
PMS	Peripheral Magnetic Stimulation	TMS	Transcranial Magnetic Stimulation
PR	Pulse rate	UE	Upper Extremities
PRE	Progressive resistive exercise	UTI	Urinary tract infection
PRM	Physical and Rehabilitation Medicine	VE	Videoendoscope
PT	Physical therapist	VF	Videofluoroscope
PWD	Persons with Disabilities	VR	Virtual Reality
ROM	Range of motion	WAB	Western Aphasia Battery
ROME	Range of motion exercise	WB	Weight bearing
RR	Respiratory rate	W/C	Wheelchair

อภิธานศัพท์

พมจ.	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
รพช.	โรงพยาบาลชุมชน
รพท.	โรงพยาบาลทั่วไป
รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รพศ.	โรงพยาบาลศูนย์
วช.	สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สสจ.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด]
อปท.	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บรรณานุกรม

ลำดับ	ชื่อหนังสือ	ลิงค์/QR code	รูปหน้าปก
1	คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้บุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ โดย กบรส. และสถาบันสรีรเวชเพื่อการฟื้นฟู	 https://shorturl.asia/qs5X2	
2	คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้กระดูกสะโพกหัก (Guideline for Intermediate care in Hip Fracture (Fragility Fracture) โดย สถาบันสรีรเวชเพื่อการฟื้นฟู	 https://shorturl.asia/6tvz5	
3	คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลาง (Manual of Intermediate care Management in Neurological Patients) โดย สถาบันประสาทวิทยา	 https://shorturl.asia/ZxyWQ	
4	คู่มือแนวทางปฏิบัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Guideline for Intermediate care in elderly) โดย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	 https://shorturl.asia/AGWHR	
5	คู่มือแนวทางการดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate care in Community) โดย กรมอนามัย	 https://shorturl.asia/w4R9K	

บรรณานุกรม

ลำดับ	ชื่อหนังสือ	ลิงค์/QR code	รูปหน้าปก
6	มาตรฐานบริการฟื้นฟู สมรรถภาพ โดย สถาบันสรีรวิทยาเพื่อการ ฟื้นฟูฯ	 https://shorturl.asia/e61fa	
7	บัญชีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น สำหรับประเทศไทย (Essential Medical Devices list) สาขาโรคหลอดเลือดสมอง โดย สถาบันวิจัยและประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์	 https://shorturl.asia/X83fE	
8	คู่มือปฏิบัติงานกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพ ระดับจังหวัด โดย สปสช.	 https://shorturl.asia/eErpm	
9	คู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2564 โดย สปสช.	 https://shorturl.asia/VvYS8	

คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง

Guideline for Intermediate care

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567



“Intermediate care ถูกนำไปสู่การปฏิบัติผ่านนโยบายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งช่วยให้มีการวางกรอบแผนการจัดสรรทรัพยากร ทั้งบุคลากร งบประมาณ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ชัดเจน”

“ความยั่งยืนของการดำเนินนโยบาย Intermediate care จำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนผ่าน 3 เสา คือ เสาด้านนโยบายการเมืองการปกครอง (Political involvement) เสาด้านการขับเคลื่อนทางสังคม (Social movement) และเสาด้านผู้ให้บริการ (Provider) อย่างต่อเนื่องและเกิดการเชื่อมโยงการดูแลทั้งมิติสุขภาพและมิติทางสังคม เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือผู้ป่วยและ คนพิการมีสุขภาวะที่ดี”



จัดพิมพ์และเผยแพร่

สถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

www.snmri.go.th