บทความวิจัย

Development of Participation of the Network Partners for Intermediate Care from Hospital to Community: Thabo Crown Prince Hospital Network

Received: Jan 26, 2026
Revised: Apr 1, 2026
Accepted: Apr 7, 2026

Metta Suttipornphaisalkul, M.N.S.[1]
Todsaporn Tongyoy, Ph.D.[2*]

Abstract

Introduction: Intermediate care patients require continuous rehabilitation from a multidisciplinary team. However, current care model often lacks effective networks connecting hospitals and communities.

Research objectives: To develop collaboration among network partners to improve the quality of intermediate care from the hospital to the community.

Research methodology: A participatory action research was conducted from March to November 2025 in Thabo District, Nong Khai Province, Thailand. This study involved 55 participants in total: 15 intermediate care patients, 15 caregivers or relatives, and 25 healthcare providers. Research instruments included semi-structured interview guide, participation observation guideline, intermediate care plan, and the Barthel Index for Activities of Daily Living (ADL). Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: The development of network participation comprised five main components: screening and assessment system, an integrated care plan, team capacity development, an information system, and community participation. Collaborative network teams were established, consisting of a hospital team, a sub-district health promoting hospital team, and a community team. Following the implementation of this model, the mean Barthel Index for ADL score increased from 6.80 (SD = 2.90) to 11.40 (SD = 3.20).

Conclusions: Improving network partner collaboration for intermediate care from the hospital to the community enhanced patient functional outcomes and established effective networks.

Implications: This model should be expanded to other community hospitals. Additionally, an information system linking intermediate care patient data across the entire system should be developed, alongside long-term follow-ups exceeding six months to assess care sustainability.

Keywords: intermediate care, network partnership participation, participatory action research

[1]*Registered Nurse, Senior Professional Level, Email: Metta.suttiporn2@gmail.com*

[2*]*Corresponding author: Registered Nurse, Professional Level, Email: Todtong@kkumail.com*

[1-2]*Thabo Crown Prince Hospital, Nongkhai, Thailand.*

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน: เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

Received: Jan 26, 2026
Revised: Apr 1, 2026
Accepted: Apr 7, 2026

เมตตา สุทธิพรไพศาลกุล พย.ม.[1]
ทศพร ทองย้อย ปร.ด.[2*]

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยระยะกลางต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ แต่การดูแลในปัจจุบันยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 55 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยระยะกลาง 15 คน ผู้ดูแลหรือญาติ 15 คน และผู้ให้บริการทางสุขภาพ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง แนวทางการสังเกตการมีส่วนร่วม แผนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และแบบประเมิน Barthel ADL Index วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: การพัฒนาการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ ระบบคัดกรองและประเมิน แผนการดูแลแบบบูรณาการ การพัฒนาศักยภาพทีม ระบบสารสนเทศ และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดตั้งทีมเครือข่ายที่ประกอบด้วยทีมโรงพยาบาล ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมชุมชน ผลของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพบว่า คะแนนเฉลี่ย Barthel ADL Index ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 6.8 คะแนน (SD = 2.90) เป็น 11.4 คะแนน (SD = 3.20)

สรุปผล: การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพดีขึ้น และเกิดเครือข่ายความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการขยายผลการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่น รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระยะกลางทั้งระบบ และมีการติดตามผลระยะยาวเกิน 6 เดือนเพื่อประเมินความยั่งยืนของการดูแล

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

[1] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ Email: metta.suttiporn2@gmail.com*

[2*] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ Email: Todtong@kkumail.com*

[1-2] *โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ หนองคาย ประเทศไทย*

บทนำ

ปัจจุบันผู้ที่มีภาวะพร่องการเคลื่อนไหวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สาเหตุหลักเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งองค์การอนามัยโลก[1] รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลกและอันดับ 1 ในภูมิภาคเอเชีย[2] โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่ารถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงสุดถึงร้อยละ 84.16[3] ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury: TBI) และบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury: SCI) ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะพร่องการเคลื่อนไหว ข้อติดแข็ง และความพิการแทรกซ้อนตามมา

ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤติจะมีพยาธิสภาพหลงเหลือทำให้เกิดความพร่องทางร่างกายและการเคลื่อนไหว เช่น แขนขาอ่อนแรง ข้อติดแข็ง รวมถึงปัญหาด้านการรับรู้ การสื่อสาร และอารมณ์[4] ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาต และภาวะแทรกซ้อนรุนแรง[5] ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล[6] โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกที่ถือเป็นเวลาทอง (Golden period) ที่ร่างกายสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุด[7,8]

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)[5] ซึ่งหมายถึงผู้ที่พ้นภาวะวิกฤติมีอาการคงที่แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีผลการประเมิน Barthel ADL index น้อยกว่า 15 คะแนน หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนร่วมกับความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป กลุ่มผู้ป่วยนี้ต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)[9] มุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่เชื่อมโยงระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามและฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) อย่างต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในบริบทของประเทศไทย การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่เชื่อมโยงทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง และผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น[10] การได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการร่วมคิด ร่วมดำเนินกิจกรรม และร่วมประเมินผลส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีประสิทธิภาพ[11] นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในระดับพื้นที่[4] แต่ยังพบว่ามีงานวิจัยส่วนน้อยที่ศึกษากระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายแบบครบวงจรตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

การดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ที่ผ่านมายังไม่มีเกณฑ์ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ละรูปแบบ การให้บริการยังไม่เป็นระบบและขาดความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะกลางจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมเพียงพอ[12] ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแล การลดภาระของผู้ป่วยและครอบครัว และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

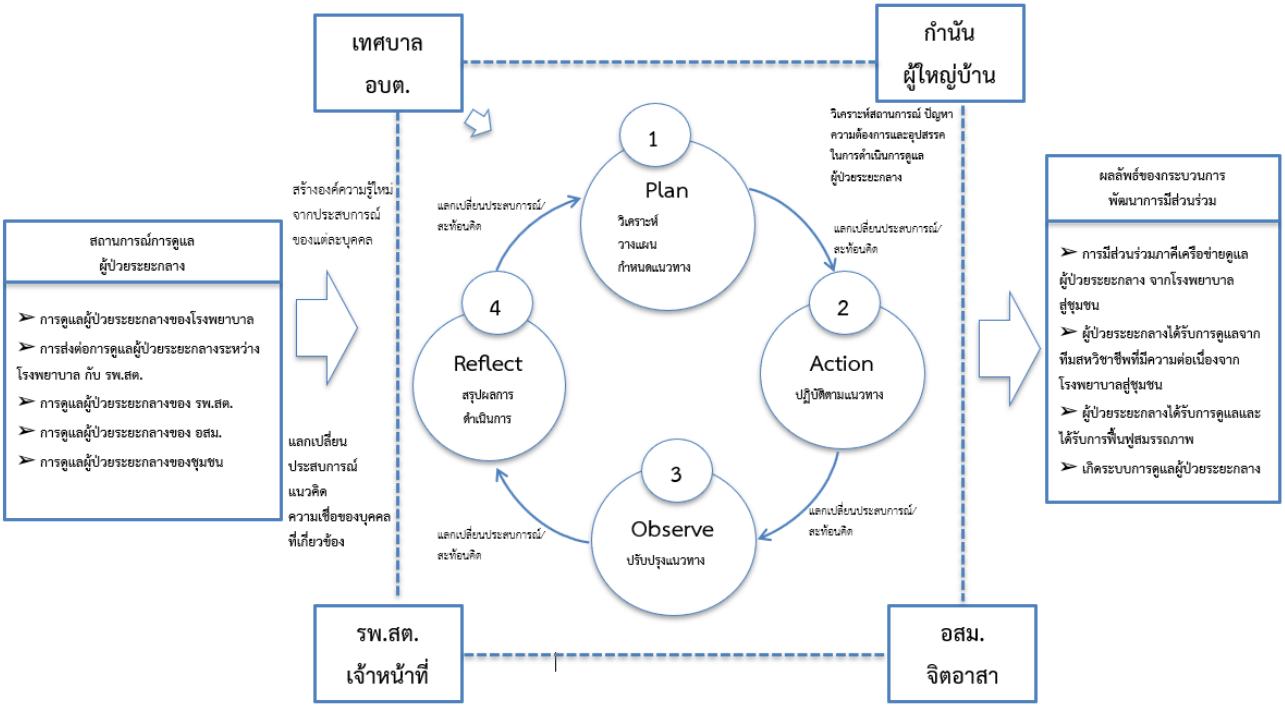
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

2. เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของ Kemmis & McTaggart[13] เป็นกระบวนการที่ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปัญหาผ่านการพัฒนากระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ ปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (2 วงรอบ) คือ ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความต้องการและอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ขั้นที่ 2 การวางแผน จัดการเสวนากลุ่ม และประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ขั้นที่ 3 ขั้นการนำแผนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางไปปฏิบัติ ขั้นที่ 4 ประเมินผล จัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และตั้งเป้าหมายกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอท่าบ่อทั้งหมด 10 แห่ง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 - เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เลือกผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง (Purposive selection) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ มีกลุ่มผู้ร่วมศึกษา 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยระยะกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บทางสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง และภายหลังกระดูกสะโพกหัก ที่พ้นระยะเฉียบพลันหรือหลังภาวะวิกฤติ และมีสภาวะทางการแพทย์คงที่

แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมินดัชนีบาร์เทล (Barthel ADL Index) ได้ค่าน้อยกว่า 15 คะแนน หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน ที่ต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) เป็นผู้ยินยอมเปิดเผยว่าตนเองมีปัญหาปวดสันหลังและต้องเข้ารับการผ่าตัด มีความเต็มใจให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ 4) มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และเกณฑ์คัดออกคือ 1) มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงหรือโรคทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตามความเป็นจริง และ 2) มีโรคร้ายแรงระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้จำนวน 15 คน

2. ญาติหรือผู้ดูแล หมายถึง บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ บุตรเขย สะใภ้ น้องสะใภ้ ของผู้ป่วยระยะกลางที่มีหน้าที่ในการดูแลการดำเนินชีวิตและสนับสนุนในทุกด้านของผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน จำนวน 15 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ เป็นผู้ยินยอมเปิดเผยว่าญาติมีปัญหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บทางสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง และภายหลังกระดูกสะโพกหัก พร้อมทั้งให้ความร่วมมือมีความเต็มใจในการศึกษาครั้งนี้ และเกณฑ์คัดออกคือ 1) ไม่สามารถรับข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมได้ และ 2) ขอถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการ

3. กลุ่มผู้ให้บริการทางสุขภาพ จำนวนทั้งหมด 25 คน ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าตึกผู้ป่วยใน หัวหน้าตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก หัวหน้าตึกพิเศษ 2) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 9 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 6 คน แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน และนักโภชนากร 1 คน 3) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นการสัมภาษณ์ที่ใช้ประเด็นคำถามกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับเส้นทางการเข้าสู่การป่วย แบบแผนการดูแลตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ประสบการณ์การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ความคาดหวังในการดูแล ปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับบริการ และวิถีชีวิตเมื่อกลับบ้าน

1.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลหรือญาติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้คำถามปลายปิดสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแล และใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย สาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษา ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล การได้รับข่าวสารด้านการดูแล และความต้องการความช่วยเหลือ

1.3 แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับระบบบริการและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การสนับสนุนของโรงพยาบาลด้านทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ โครงสร้างองค์กร นโยบาย และงบประมาณ รวมถึงแนวทางการดูแลตั้งแต่เข้ารับบริการจนจำหน่ายกลับบ้าน

1.4 แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เป็นแนวทางการสังเกตลักษณะทั่วไปในชุมชน สมาชิกชุมชน ความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมของครอบครัวผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสิ่งที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 แผนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตั้งแต่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้วิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพประชุมระดมสมองวางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และได้จัดทำเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ[14] ใช้ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน คะแนนเต็ม 20 คะแนน จำแนกเป็น กลุ่มที่ 1 พึ่งตนเองได้ (12 คะแนนขึ้นไป) กลุ่มที่ 2 ดูแลตนเองได้บ้าง (5 - 11 คะแนน) กลุ่มที่ 3 พึ่งตนเองไม่ได้ (0 - 4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจอบความตรงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลหรือญาติ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับทีมสหวิชาชีพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 1 ท่าน และพยาบาลชุมชน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .81, .80 และ .89 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .82, .81 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ COA No. NKPH 12.1 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม แบ่งเป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (สังเกตท่าทาง สีหน้า ปฏิกิริยาขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การแสดงความคิดเห็น การตรวจเยี่ยมกับแพทย์) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (สังเกตระบบการดูแล กิจกรรมของทีมสุขภาพ การปฏิบัติตัวของผู้ดูแล)

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะกลาง ญาติหรือผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ โดยนัดหมายล่วงหน้า มีการเตรียมชุดคำถามแนวกว้าง บันทึกย่อหรือบันทึกเสียงโดยขออนุญาต ใช้เวลาแต่ละครั้ง 45 - 60 นาที

3. การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ประชุมระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยระยะกลาง และทีมสหวิชาชีพ เพื่อสรุปสถานการณ์ นำเสนอข้อมูลปัญหาและอุปสรรค เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและสะท้อนคิด กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก วิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator)

4. การบันทึกภาคสนาม ทำทุกครั้งที่มีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต มีการจดบันทึก การบันทึกภาพและการบันทึกเทป โดยขออนุญาตผู้ร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

5. เก็บข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ก่อนการใช้การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Baseline) ในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และวัดหลังการใช้ เพื่อเปรียบเทียบผลของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การดำเนินการวิจัย

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เพื่อประเมินสถานการณ์และตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของข้อมูล มีกิจกรรมดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล แนวทางการดูแลที่มีอยู่ และแนวทางการพัฒนา ใช้เวลาคนละ 45 - 60 นาที

1.2 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะกลาง ที่โรงพยาบาล โดยเลือกแบบเจาะจง สัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหา ผลกระทบ สาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษา ใช้เวลาคนละ 45 - 60 นาที

1.3 การสัมภาษณ์ผู้ดูแลหรือญาติ สัมภาษณ์ถึงประเด็นปัญหา สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ผลกระทบต่อครอบครัว แนวทางการดูแลที่บ้าน และความต้องการ ใช้เวลาคนละ 45 - 60 นาที และผู้วิจัยหยุดเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลจนถึงจุดอิ่มตัวโดยไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

2. ระยะพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ระยะนี้ถือเป็นปฏิบัติการรอบที่ 1

ปฏิบัติการรอบที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบจากการป่วยเป็นผู้ป่วยระยะกลางและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข จัดประชุมระดมสมองเพื่อสร้างความตระหนักและหาแนวทางแก้ไข โดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากระยะวิเคราะห์สถานการณ์มานำเสนอและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์

ครั้งที่ 1 การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล มีผู้ร่วมประชุมระดมสมอง 12 คน ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลางที่กำลังเข้ารับการรักษา 1 คน ญาติหรือผู้ดูแล 1 คน ทีมสหวิชาชีพ 10 คน ซึ่งต้องมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมอย่างน้อย 1 คน[15] ได้ร่วมกันเลือกสถานการณ์เป็นต้นแบบ ระดมสมอง สะท้อนคิด วิเคราะห์ข้อมูล ร่วมวางแผนแนวทางการดูแลตั้งแต่มารับบริการจนจำหน่ายกลับบ้าน

ครั้งที่ 2 การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีผู้ร่วมประชุมระดมสมอง 12 คน ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลางที่กำลังเข้ารับการรักษา 1 คน ญาติหรือผู้ดูแล 1 คน ทีมสหวิชาชีพ 10 คน ประชุมแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแล แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล แจ้งการพิทักษ์สิทธิ และจัดตั้งทีมดูแลโดยสมาชิกต้องมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน

3. ระยะการนำการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนไปปฏิบัติ ระยะนี้ถือเป็นปฏิบัติการรอบที่ 2 โดยนำการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายไปปฏิบัติ มีกระบวนการดังนี้

3.1 การคัดเลือกผู้ป่วย เลือกผู้ป่วยระยะกลางที่มีภูมิลำเนาในอำเภอท่าบ่อ อายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสาร มารับบริการที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง จำนวน 15 คน

3.2 การประเมินผู้ป่วยระยะกลาง ประเมินครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถและศักยภาพ ปัญหาและความต้องการ รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ แฟ้มประวัติ แพทย์ พยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

3.3 การระบุปัญหา ทีมสหวิชาชีพร่วมกันพิจารณาข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ โดยพยาบาลประสานให้ทีมรับทราบ กำหนดข้อวินิจฉัยโดยอาศัยการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

3.4 วางแผนให้การดูแล ทีมสหวิชาชีพและผู้ร่วมวิจัยร่วมกำหนดแผน เชื่อมโยงความต้องการกับแหล่งบริการช่วยเหลือ นำแนวทางการดูแลมาปฏิบัติตามขั้นตอน โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ และปรับปรุงแผน

3.5 การปฏิบัติตามแผน ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3.6 การติดตามและประเมินผล ติดตามควบคุมกำกับให้การดูแลเป็นไปตามแผน พยาบาลผู้จัดการประเมินผู้รับผิดชอบแต่ละวัน จดบันทึกความก้าวหน้าและกิจกรรม ประสานงานกับทีมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

4. ระยะประเมินผล ติดตามประเมินผลโดยการเยี่ยมบ้านและประชุมระดมสมองครั้งที่ 3 ผู้วิจัยนำเสนอผลการติดตามเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์ สรุปจากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา นำเสนอผลการดำเนินโครงการ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น สรุปบทเรียนร่วมกันในแนวทางการมีส่วนร่วม รวมถึงปัญหาและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้และการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและรายได้ การวินิจฉัยโรค คะแนน Barthel ADL Index โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

1.1 กลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 15 คน พบว่าผู้ป่วยระยะกลางส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 60) เพศหญิง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 40) อายุเฉลี่ย 68.40 ปี (SD = 8.20) โดยมีอายุระหว่าง 45 - 82 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่กับคู่ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.30) เป็นหม้าย จำนวน 4 คน (ร้อยละ 26.70) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นประถมศึกษา จำนวน 12 คน (ร้อยละ 80) การวินิจฉัยโรคพบว่า โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จำนวน 9 คน (ร้อยละ 60) บาดเจ็บทางสมอง (Traumatic brain injury) จำนวน 3 คน (ร้อยละ 20) บาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 13.30) และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) จำนวน 1 คน (ร้อยละ 6.70)

1.2 กลุ่มผู้ดูแลหรือญาติ จำนวน 15 คน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 80) อายุเฉลี่ย 52.80 ปี (SD = 12.50) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร จำนวน 7 คน (ร้อยละ 46.70) คู่สมรส จำนวน 5 คน (ร้อยละ 33.30) และญาติ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 20) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นมัธยมศึกษา จำนวน 8 คน (ร้อยละ 53.30) อาชีพเกษตรกรรม จำนวน 6 คน (ร้อยละ 40)

2. สถานการณ์ปัญหาความต้องการและอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

2.1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลางปัจจุบัน พบว่าด้านระบบบริการ ขาดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับบริการแต่ละรูปแบบ การเลือกรูปแบบบริการขึ้นกับความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก และขาดระบบบริการที่ได้มาตรฐานและเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ด้านทรัพยากร พบว่าบุคลากรมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะกายภาพบำบัด อุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพยังไม่เพียงพอ และงบประมาณสำหรับการเยี่ยมบ้านมีข้อจำกัด

2.2 ปัญหาของผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า 1) ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อแข็งมาก เคลื่อนไหวไม่ได้ เคลื่อนไหวลำบาก มีอาการปวด และ 2) ปัญหาด้านจิตใจและสังคม รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว เกิดความวิตกกังวลเรื่องอนาคต และสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม

2.3 ปัญหาของผู้ดูแล พบว่า 1) ภาระการดูแล เช่น ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีอาการเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาพักผ่อน และ 2) ความรู้และทักษะในการดูแล ขาดความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่มั่นใจในเทคนิคการดูแล และไม่ทราบแหล่งความช่วยเหลือ

2.4 ปัญหาของทีมสหวิชาชีพ พบว่า 1) การติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. ยังไม่ราบรื่น ข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง และ 2) ระบบส่งต่อ ขาดข้อมูลการติดตามผลภายหลังจำหน่าย และการสื่อสารระหว่างระดับบริการไม่ชัดเจน

3. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

3.1 การสร้างความตระหนักและวางแผน (ปฏิบัติการรอบที่ 1)

การประชุมระดมสมองครั้งที่ 1 การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล มีผู้เข้าร่วม 12 คน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและยืนยันข้อมูลที่ผู้วิจัยนำเสนอ ผลการประชุมได้ข้อสรุปดังนี้ ปัญหาหลัก คือ การขาดความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ความต้องการ คือ ระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม และแนวทางแก้ไข คือ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่แข็งแกร่ง

การประชุมระดมสมองครั้งที่ 2 การสร้างแนวทางการมีส่วนร่วม จากการระดมสมองได้แนวทางการพัฒนา 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ระบบคัดกรองและประเมิน มีการจัดทำเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ชัดเจน 2) แผนการดูแลแบบบูรณาการ โดยการสร้างแผนการดูแลที่เชื่อมโยงทุกระดับ 3) การพัฒนาศักยภาพทีม มีการอบรมเสริมสร้างความรู้และทักษะ 4) ระบบสารสนเทศ โดยมีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล และ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

3.2 การนำแนวทางไปปฏิบัติ (ปฏิบัติการรอบที่ 2)

การจัดตั้งทีมเครือข่าย จัดตั้งทีมเครือข่ายประกอบด้วย 1) ทีมโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร กายภาพบำบัด 2) ทีม รพ.สต. ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และ 3) ทีมชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

การพัฒนาระบบและเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการคัดเลือกผู้ป่วย โดยพัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกตาม 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่ควรได้รับบริการผู้ป่วยใน (Barthel ADL Index < 5) กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ควรได้รับบริการผู้ป่วยนอก (Barthel ADL Index 5 - 11) และกลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่ควรได้รับการเยี่ยมบ้าน (Barthel ADL Index ≥ 12) 2) แผนการดูแลแบบบูรณาการ โดยการสร้างแผนการดูแลที่ประกอบด้วยแผนการรักษาทางการแพทย์ แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ แผนการพยาบาล แผนการสนับสนุนทางสังคม และแผนการติดตามระยะยาว และ 3) ระบบสารสนเทศ พัฒนาระบบบันทึกและติดตามผ่าน แฟ้มประวัติผู้ป่วยแบบครบวงจร ระบบการส่งต่อข้อมูล และแอปพลิเคชัน LINE สำหรับการสื่อสาร

การอบรมเสริมสร้างความรู้ โดยจัดการอบรมให้กับ 1) ทีมสหวิชาชีพ มีหัวข้อการอบรมคือหลักการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบบูรณาการ เทคนิคการประเมินและวางแผนการดูแล และการใช้เครื่องมือติดตามและประเมินผล 2) ผู้ดูแลและญาติ หัวข้อการอบรมคือ เทคนิคการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 3) อสม. และทีมชุมชน หัวข้อการอบรม คือ การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยระยะกลาง เทคนิคการสื่อสารและให้กำลังใจ การประสานงานกับทีมสุขภาพ

4. ผลของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

หลังจากใช้การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะกลางกับผู้ป่วยจำนวน 15 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 6.80 คะแนน

(SD = 2.90) และหลังการพัฒนาเท่ากับ 11.40 คะแนน (SD = 3.20) ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น 4.60 คะแนน

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะกลางผลการวิจัยพบว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อยังมีปัญหาหลายประการ ได้แก่ การขาดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย การขาดความเชื่อมโยงระหว่างระดับบริการ และการขาดระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในประเทศไทยคือการขาดความต่อเนื่องของการบริการและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน[4] การที่ยังไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญที่สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกที่เหมาะสมตามแนวคิดของ Intermediate care ขององค์การอนามัยโลก[1] ที่เน้นการจำแนกผู้ป่วยตามระดับความต้องการการดูแลและศักยภาพในการฟื้นฟู ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[5] ที่ระบุว่าการขาดมาตรฐานในการคัดเลือกและจำแนกกลุ่มผู้ป่วยเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

2. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ความสำเร็จของการพัฒนาในครั้งนี้สะท้อนถึงความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[13] ที่เน้นการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลร่วมกัน การที่ทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดปัญหาจนถึงการหาแนวทางแก้ไขทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และความมุ่งมั่นในการดำเนินงาน (Commitment) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งการพัฒนาระบบการดูแลแบบบูรณาการ การพัฒนาระบบการดูแลที่เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชนสอดคล้องกับแนวคิด Seamless care ที่เน้นการให้บริการที่ไม่มีรอยต่อระหว่างระดับการบริการ ตามที่กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[9] ได้กำหนดไว้ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การที่ได้พัฒนาเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยอย่างชัดเจนเป็นการแก้ไขปัญหาสำคัญที่พบในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ และช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ผลการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การที่ผู้ป่วยระยะกลางมีสมรรถภาพดีขึ้นโดยคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงประสิทธิผลของการดูแลแบบบูรณาการ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพสามารถปรับปรุงสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ[16] การที่ผู้ป่วยในกลุ่มที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ลดลง และกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้เพิ่มขึ้นให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Golden period ของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่อนุชัย พึ่งพระรัตนตรัย[7] ได้กล่าวไว้ว่าการฟื้นฟูในช่วง 6 เดือนแรกหลังการบาดเจ็บมีประสิทธิภาพสูงสุด การที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมเครือข่ายที่ประกอบด้วยทีมโรงพยาบาล ทีม รพ.สต. และทีมชุมชน ในช่วงเวลาทองนี้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างเต็มศักยภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มากำหนดเป็นนโยบายและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในระดับจังหวัด รวมทั้งจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะงบประมาณสำหรับการเยี่ยมบ้าน การจัดซื้ออุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้นอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 24]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)
2. World Health Organization. The Bloomberg initiative for global road safety [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 24]. Available from: https://www.who.int/thailand/activities/the-bloomberg-initiative-for-global-road-safety
3. Ruankham W, Noosorn N. Motorcycle accidents in Thailand: Epidemiology perspective. Journal of Health Sciences and Wellness 2019;23(1):146-60. (in Thai)
4. Rungnoei N, Chuenklin T, Kaeowichian N, Suthamchai B, Girdwichai W, Pannarunothai S. Factors influencing on the sustainability of intermediate care policy in Ministry of Public Health hospitals. Journal of Health Science of Thailand 2022;31(1):112-23. (in Thai)
5. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guideline for intermediate care for medical personnel in the health service development plan (service plan) [Internet]. 2020 [cited 2025 Nov 24]. Available from: https://www.uckkpho.com/guideline-for-intermediate-care/#google_vignette (in Thai)
6. Narongrat W, Ankhanit M. Effectiveness of seamless service system development in the care of rehabilitation for intermediate care in Roi Et Province network. Srinagarind Medical Journal 2022;37(6):45-56. (in Thai)
7. Phuengphrarattantrai A. Stroke patients and the golden period, part 1: the golden time for rehabilitation [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 24]. Available from: https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/ผู้ป่วย-stroke-กับ-golden-period/
8. Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, Ward NS, Wolf SL, Borschmann K, et al. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The stroke recovery and rehabilitation roundtable taskforce. International journal of stroke 2017;12(5):444-50.
9. Public Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guide for intermediate care (service plan) rehabilitation for medical personnel under the health service development plan. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
10. Buppatate S, Itthisukphokin S. Developing guidelines for home visiting of intermediate carepatients with the participation of families and community network. Academic Journal of Nursing and Health Sciences 2026;4(3):119-30. (in Thai)
11. Khemboobpa S. The development in network of intermediate care to long-term care system in Bandan district, Buri Ram province. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2022 ;16(3):939-56. (in Thai)

12. Thabo Crown Prince Hospital. Quality audit report on intermediate care; 2023. (in Thai)
13. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: Communicative action and public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The SAGE handbook of qualitative research. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2005. p. 559-603.
14. Jitapunkul S, Kamolratanak P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing 1994;23(2):97-101.
15. Hult A, Lundgren E, Jangland E. Patient representatives: crucial members of health-care working groups facing an uncertain role and conflicting expectations: a qualitative study. Health Expect 2021;24(4):1197-206.
16. Ponjuntow A, Sakunhongsophon S, Terathongkum S. Effects of rehabilitation program of joints on knowledge and practice of family caregivers and range of motion of stroke patients. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2019;6(1):52-67. (in Thai)