

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เขตเทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา

Intermediate Care for Patients Based on the WHO Innovative Care for Chronic
Conditions Framework with Community Participation
in Khao Rup Chang Municipality, Songkhla Province

รัตนวลี พลายด้วง^{1*}, วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย²

Rattanawalee Plaiduang^{1*}, Vorasith Sornsrivichai²

¹โรงพยาบาลสงขลา, ²สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹Songkhla Hospital, ²Public Policy Institute, Prince of Songkhla University

(Received: November 21, 2024; Revised: April 30, 2025; Accepted: May 12, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามกรอบแนวคิดนวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกจากการมีส่วนร่วมจาก 3 ระดับ ที่มีความเชื่อมโยงกัน ในเขต เทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา ดำเนินการ 2 วิธีคือ วิธีเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วย หรือผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองเขารูปช้างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน ใช้เครื่องมือ แบบสอบถามความคิดเห็นการได้รับการดูแลระยะกลาง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าเฉลี่ย ส่วนวิธี เชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคือ กลุ่มผู้ให้บริการทางสุขภาพ 15 คน เครือข่ายในชุมชน 9 คน และผู้บริหาร 8 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง ใช้ข้อคำถามแบบมีโครงสร้างเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง คือ ผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจอยู่ใน ระดับสูง ส่วนการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลระยะกลางแต่ละระดับ มีบทบาทที่ส่งเสริมกัน โดยผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ยอมรับความจริง ไม่สิ้นหวัง กล้าแสดงความคิดเห็น เตรียมความพร้อมและฝึกทักษะ โดยมีผู้ให้บริการ เครือข่ายในชุมชน และผู้บริหาร เห็นความสำคัญและสนับสนุน ภายใต้นโยบายและชุมชนที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารสร้างแรงจูงใจผ่านภาวะผู้นำ รับฟังปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมงาน และชุมชน เพื่อนำไปกำหนด นโยบาย ออกระเบียบ จัดสรรงบประมาณ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี เพื่อให้ทุกภาคส่วนสามารถบูรณาการ ทำงานร่วมกันได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นหน่วยบริการทางสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกันจัดทำแนวทาง การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้ชัดเจน เพื่อให้แต่ละภาคส่วนรับรู้บทบาทหน้าที่ และเข้ามามีส่วนร่วมได้เหมาะสม หวังผลให้เกิดสุขภาวะที่ดี ลดภาระการดูแลทางสุขภาพ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในชุมชน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การดูแลภาวะเรื้อรังองค์การอนามัยโลก

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail : rattanawaleeplaiduang@gmail.com)

Abstract

This mixed-method research used an explanatory stepwise approach to study, based on the World Health Organization's chronic care innovation framework, the situation of intermediate care in Khao Rup Chang Municipality of Songkhla Province, and this, from three interconnected levels of participation. At the micro level, quantitative research was used to collect data, using questionnaires from 63 patients and caregivers. Data were analyzed and interpreted. The average opinions demonstrate that patients and families were well informed, prepared, and motivated to care for patients, in the middle term, at a moderate to high level. Qualitative research was also used at the mid-level, with focus group discussions with 15 health care providers and 9 community networks, while at the macro level, in-depth interviews were conducted with 8 executives. A content analysis was performed.

As a conclusion, health care providers, community networks, and executives involved in Intermediate care should have roles that support each other. Providers, community networks, and executives fully recognize the importance of supporting them. To create a good environment so that all sectors can integrate and work together comprehensively and efficiently is essential, in order for the patients and their families can receive timely and relevant information, accept the truth, not lose hope, dare to express their opinions, prepare, and develop their skills. From a mid-term care system management perspective, the managers must listen to everyone (patients, families, health professionals) in order to determine policies, issue regulations, and to allocate budgets accordingly.

Therefore, public health service units and local administrative organizations should collaboratively develop guidelines for intermediate patient care, with clear community involvement. This will enable each sector to understand their roles and responsibilities and participate appropriately, aiming to achieve good health outcomes and reduce the burden of healthcare.

Keywords: Community Participation, Intermediate Care, WHO Innovative Care for Chronic Conditions Framework

บทนำ

ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงขึ้นและผลของความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น บางรายมีความบกพร่องทางกายทำให้เกิดข้อจำกัดการทํากิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความพิการ ทุพพลภาพ ภาวะแทรกซ้อน สามารถช่วยเหลือตัวเองและกลับมาใช้ชีวิตประจำวันปกติได้ จากรายงานการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บ (Burden of Disease) ประเทศไทยพบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ในเพศหญิง และอุบัติเหตุเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย (International Health Policy Development Office, 2560) ส่วนข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการของประเทศไทย ปี 2563 - 2565 พบผู้พิการที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นทุกปี มีจำนวน 1,032,455 ราย 1,054,786 ราย และ 1,094,101 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.7, 50.2 และ 50.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสาเหตุเกิดจากความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (Department of Empowerment Persons with Disabilities, 2022) นอกจากการป้องกันไม่ให้เกิด

โรคหรือการเกิดอุบัติเหตุแล้วนั้น การดูแลรักษาฟื้นฟูในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความพิการและการสูญเสียสุขภาพได้

การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) คือ การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤต และมีอาการคงที่ แต่มีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน การเพิ่มสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจเพื่อลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพนั้น (Public Health Administration Division Ministry of Public Health, 2019) การบริการทั้งด้านการแพทย์และสังคมจะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อความสำเร็จในการแก้ปัญหาสุขภาพแบบยั่งยืนโดยได้เสนอกรอบแนวคิดนวัตกรรมภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (Innovative Care for Chronic Conditions Framework: ICCC) คือ การดูแลสุขภาพเพื่อทำให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้น ด้วยการเชื่อมโยงการมีส่วนร่วม 3 ระดับ ซึ่งเป็นกรอบการทำงานที่มีความสัมพันธ์กันระหว่าง 1) ระดับจุลภาค (Micro Level) คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่จะได้รับการช่วยเหลือจาก 2) ระดับกลาง (Meso Level) คือ องค์กรสุขภาพและชุมชน และรับการสนับสนุนภายใต้ 3) ระดับมหภาค (Macro Level) สภาพแวดล้อมนโยบายเชิงบวกที่มีความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย มีกรอบกฎหมายสนับสนุน บุคลากรนโยบาย ผู้นำขับเคลื่อน สนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง พัฒนาและจัดสรรทรัพยากรบุคคล (WHO, 2002) เมื่อนำกรอบแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้แล้วพบว่า สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (Nuño, R., Coleman, Bengoa, & Sauto, 2012) รวมถึงประเทศไทยที่นำกรอบแนวคิด ICCC มาเป็นแนวทางแก้ปัญหาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมีความใกล้ชิดกับชุมชน (Limvingsiriwong & Nima, 2020)

จังหวัดสงขลาได้ดำเนินการระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปไปยังโรงพยาบาลชุมชน โดยกำหนดแนวทางการดำเนินงานให้มีทิศทางเดียวกันตั้งแต่ปี 2562 จนถึงปัจจุบัน และจากข้อมูล Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่า ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลสงขลาที่มีผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการบริการฟื้นฟูต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 69, 75 และ 81 ตามลำดับ (Songkhla Hospital, 2022) ในส่วนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา ได้จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อสนับสนุนการจัดบริการด้านการฟื้นฟู เช่น โครงการ “ศูนย์สร้างสุขชุมชน” กระจายในทุกพื้นที่ของจังหวัด และเทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เป็นการนำร่องการพัฒนาการบริการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในระดับชุมชน

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลระยะกลาง เช่น การศึกษาการพัฒนากระบวนการในการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสหสาขา เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมวางแผนการดูแลกับทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพ โดยเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน และให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทำให้สามารถช่วยเหลือได้ตรงกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Hirunkhro, 2018) ส่วนการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของจังหวัดอุทัยธานีพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชนมีส่วนช่วยในการดูแลจัดการปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Jannoi, Jansook, & Wimonmook, 2020)

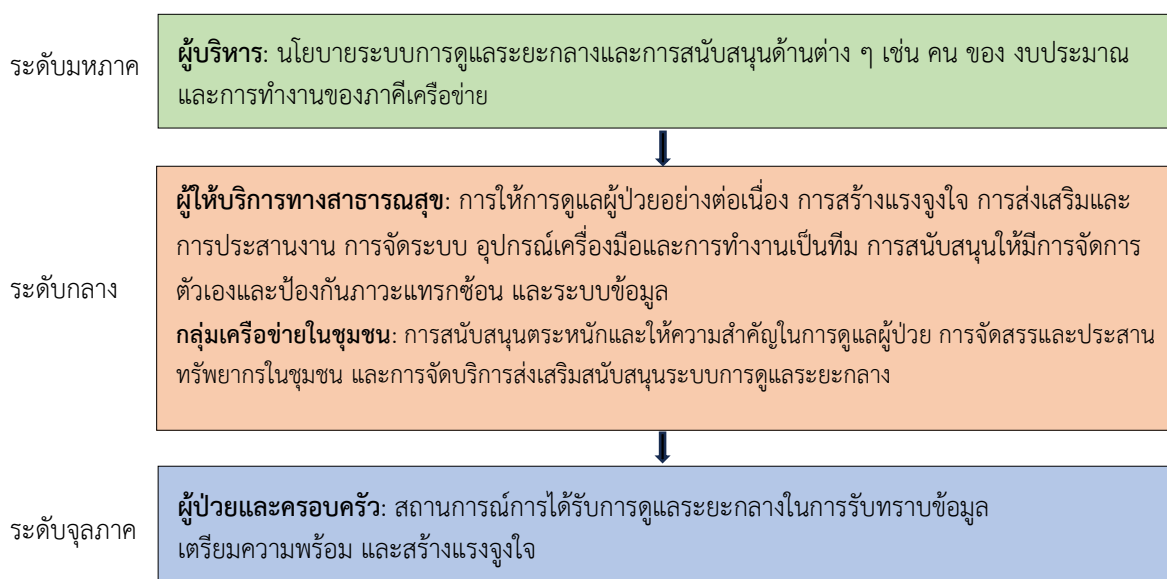
จากการทบทวนวรรณกรรมและตัวอย่างรูปธรรมดังกล่าวพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางด้วยการมีส่วนร่วมน่าจะทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ประสิทธิภาพ และการพัฒนาที่ยั่งยืนของระบบ ซึ่งในพื้นที่เทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลาเป็นชุมชนหนึ่งที่มีความสำคัญด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงได้ทำศึกษาการมีส่วนร่วมในชุมชนต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และความคิดเห็นด้านการมีส่วนร่วมของแต่ละระดับในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกจากพื้นที่เขตเทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยแบ่งออกเป็นชั้นหรือระดับ 3 ระดับ คือ ระดับจุลภาค กลาง และมหภาค เป็นกรอบทำงานที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและอ้างอิงถึงกันตั้งแต่ระดับการปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย ระดับองค์กรสุขภาพและชุมชน และระดับนโยบาย ตามลำดับ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) ใช้วิธีเชิงปริมาณนำวิธีเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึง เดือนมิถุนายน 2567

วิธีเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลหลัก (โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บทางสมอง การบาดเจ็บไขสันหลัง และกระดูกข้อสะโพกหัก) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลสงขลา ในช่วงมกราคม 2566 ถึงมิถุนายน 2566 โดยมีผู้ป่วยระยะกลางรวมจำนวน 178 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยระยะกลางในเขตเทศบาลเมืองเขารูปช้างจำนวน 75 คน (Songkhla Hospital, 2023)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลหลักที่สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตาม 4 กลุ่มโรคของผู้ป่วยระยะกลางมาจากประชากร 75 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ อยู่ใน ทม.เขารูปช้างตั้งแต่ ม.ค. 2566 – มิ.ย. 2567 และไม่มีปัญหาการรับรู้และสามารถสื่อสารกันเข้าใจได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 10% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา สถานพยาบาลที่เลือกใช้บริการเป็นประจำ ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว และอุปกรณ์ช่วยเหลือความบกพร่องที่อยากได้รับการช่วยเหลือ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับการดูแลระยะกลางแยกออกเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ การได้รับทราบข้อมูลมีคำถาม 8 ข้อ การเตรียมความพร้อมมีคำถาม 5 ข้อ และการได้รับแรงจูงใจมีคำถาม 7 ข้อ แต่ละข้อคำถามให้เลือกตามมาตราส่วน (Rating Scale) 6 ระดับ คือ ไม่เคยได้รับ ได้รับน้อยที่สุด ได้รับน้อย ได้รับปานกลาง ได้รับมาก และได้รับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านระดับชำนาญการถึงเชี่ยวชาญ คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลชุมชน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิธีวิจัยคุณภาพ และนักกายภาพบำบัดชุมชน หาค่าดัชนีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI เท่ากับ .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงนายกเทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง เพื่อเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และการสังเกตในพื้นที่เทศบาลเมืองเขารูปช้าง (ทม.เขารูปช้าง) โดยมีผู้ช่วยวิจัย 2 ท่านที่ผู้วิจัยได้ทำการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ และเครื่องมือวิจัยให้เข้าใจตรงกับผู้วิจัยแล้วลงเก็บข้อมูลใน 10 หมู่บ้านของ ทม.เขารูปช้าง ก่อนเก็บข้อมูลผู้ช่วยวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการศึกษา และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมซึ่งสามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็น ใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลความหมายค่าเฉลี่ยแต่ละประเด็น โดย 1.00 – 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด 1.81 – 2.60 หมายถึง น้อย 2.61 – 3.40 หมายถึง ปานกลาง 3.41 – 4.20 หมายถึง มาก และ 4.21 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด (Pisanbut, 2012)

วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ

พื้นที่การศึกษาวิจัย เขตเทศบาลเมืองเขารูปช้าง

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเกณฑ์คัดเลือก คือ ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับ การดูแลระยะกลางในพื้นที่ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงมิถุนายน 2567 แบ่งเป็น 1) ผู้ให้บริการทาง สาธารณสุขจำนวน 15 คน 2) เครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครทางสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้านผู้ป่วยรวมจำนวน 9 คน 3) ผู้บริหาร ได้แก่ นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองเขารูปช้างหรือตัวแทน ผู้อำนวยการงานกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ทม.เขารูปช้าง ผู้อำนวยการงานกองสวัสดิการสังคม ทม.เขารูปช้าง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 4 แห่ง ในเขต ทม.เขารูปช้าง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สงขลาหรือตัวแทน รวมจำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มี 3 รูปแบบ ดังนี้

1. แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions Guideline) ในกลุ่ม ผู้ให้บริการ 10 ข้อ เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมประสานงาน ระบบ ข้อมูล การได้และการรับการสนับสนุน ส่วนกลุ่มเครือข่ายในชุมชน 8 ข้อ เกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุนระบบการดูแล ระยะกลาง

2. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (In-depth Interview Guideline) สอบถามผู้บริหารเกี่ยวกับ นโยบายการดูแลระยะกลางและการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น คน ของ งบประมาณ และการทำงานของภาคีเครือข่าย 8 ข้อ

3. แบบการสังเกตแบบมีโครงสร้าง (Structured Observation Data Collection Form) 5 ข้อ ได้แก่ การให้บริการ ระบบส่งต่อข้อมูล อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมในชุมชน การช่วยเหลือของเครือข่ายในชุมชน ทำการสังเกตในหน่วยบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและชุมชน ทม.เขารูปช้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 3 แบบ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลชุมชน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิธีวิจัยคุณภาพ และนักกายภาพบำบัดชุมชน โดยมีแนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขและเครือข่ายในชุมชน แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบเก็บข้อมูลการสังเกตแบบมีโครงสร้าง หาค่าดัชนีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1.00, 1.00, .96 และ 1.00 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนลงพื้นที่ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลจากนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองเขารูปช้าง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา โดยการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข กลุ่มเครือข่ายในชุมชน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่นำสนทนา (Moderator) มีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน คนที่ 1 เป็นผู้บันทึก (Notetaker) คนที่ 2 ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยทั่วไป (Assistant) ใช้เวลาประมาณ 90 - 120 นาทีต่อกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยนัดผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์ ผู้ช่วยวิจัยช่วยบันทึกเสียงใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาทีต่อคน โดยก่อนเก็บข้อมูลทุกครั้งผู้วิจัยจะอธิบายชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ขออนุญาตบันทึกเสียงและภาพ เมื่อได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละประเด็น ผู้วิจัยจะสรุปความกลับกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อเป็นการยืนยันข้อมูล ความถูกต้อง และความเข้าใจที่ตรงกัน การสังเกตแบบมีโครงสร้าง ทุกครั้งในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งในโรงพยาบาลสงขลา สถานที่ในชุมชนเขตทม.เขารูปช้าง ผู้ช่วยวิจัยจะทำการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลการสังเกตแบบมีโครงสร้าง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่ตั้งไว้และข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) คือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นแล้ว ได้นำข้อมูลมาถอดเทปคำต่อคำ แล้วจัดหมวดหมู่ของประเด็นเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลที่เก็บได้ระหว่างแหล่งข้อมูลต่าง ๆ และวิธีเก็บข้อมูลต่าง ๆ เพื่อสะท้อนว่าข้อมูลที่ได้นั้นเป็นจริง และสรุปใจความสำคัญส่งกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องและความเข้าใจที่ตรงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แบบกำหนดทิศทางไว้ล่วงหน้า ตามแนวคิดของ Hsieh & Shannon (2005) โดยใช้ทฤษฎีหรืองานวิจัยเป็นแนวทางในการจัดทำรหัส (Code) และหัวข้อ (Category) จำกัดความเชิงปฏิบัติการตามประเด็นเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สรุปความตามประเด็น และเขียนคำบรรยายอย่างเป็นระบบตามเนื้อหาที่ปรากฏโดยละเอียด

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมวิจัย สถาบันนโยบายสาธารณะมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ IRB 008/66 ลงวันที่ 6 ต.ค. 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม

1.1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทั้งหมด 63 คน โดยมีโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ร้อยละ 88.89 (56 คน) การบาดเจ็บทางสมอง (TBI) ร้อยละ 7.94 (5 คน) การบาดเจ็บไขสันหลัง (SCI) ร้อยละ 1.58

(1 คน) และกระดูกข้อสะโพกหัก (Hip Fracture) ร้อยละ 1.58 (1 คน) ตามลำดับ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.31 (38 คน) อายุเฉลี่ย 62.89 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.74 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 28.57 (18 คน) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 20,001 บาท ถึง 30,000 บาท ร้อยละ 33.33 (21 คน) มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือหลังจากออกจากโรงพยาบาล เช่น รถเข็น อุปกรณ์ช่วยเดิน และเตียง

1.2. ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นการได้รับการดูแลระยะกลาง

ตาราง 1 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับการดูแลระยะกลางของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (n = 63)

ประเด็น	M	SD	แปลผล
ประเด็นที่ 1 การได้รับทราบข้อมูลของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	3.50	0.57	มาก
1. ลักษณะโรคหรือความเจ็บป่วย	3.60	0.58	มาก
2. วิธีการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและทางเลือกในการรักษา	3.65	0.60	มาก
3. ขั้นตอนการรักษาและวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	3.71	0.62	มาก
4. ความเข้าใจในขั้นตอนการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ	3.55	0.58	มาก
5. สิทธิผู้ป่วยหรือสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ	3.30	0.53	ปานกลาง
6. ช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือ	3.36	0.55	ปานกลาง
7. การแสดงความคิดเห็น แจ้งปัญหาของผู้ป่วยผู้ดูแล	3.31	0.54	ปานกลาง
8. การขอคำปรึกษาจากทีมผู้ให้บริการหรือชุมชน	3.52	0.58	มาก
ประเด็นที่ 2 การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	3.16	0.53	ปานกลาง
1. การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพเกี่ยวกับอาการความบกพร่อง	3.51	0.58	ปานกลาง
2. การรับมือกับภาวะฉุกเฉิน	2.88	0.45	ปานกลาง
3. การจัดการอารมณ์ของผู้ป่วย	2.92	0.47	ปานกลาง
4. การจัดการความเครียดของผู้ดูแล	3.15	0.50	ปานกลาง
5. การได้รับอุปกรณ์หรือการปรับสภาพบ้านที่เหมาะสม	3.33	0.54	ปานกลาง
ประเด็นที่ 3 การได้รับแรงใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	3.63	0.62	มาก
1. มีเป้าหมายและแรงใจในการรักษาฟื้นฟู	3.95	0.58	มาก
2. ได้รับการส่งเสริม ยอมรับ และความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่	3.60	0.60	มาก
3. ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมผู้ให้บริการหลังจากออกจากโรงพยาบาล	3.74	0.64	มาก
4. การติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมผู้ให้บริการหรือชุมชน	3.61	0.66	มาก
5. การมีกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว	3.44	0.68	มาก
6. การช่วยเหลือจากคนในชุมชน	3.53	0.55	มาก
7. ความพอใจกับการดูแลต่อเนื่อง	3.55	0.63	มาก

จากตาราง 1 ความคิดเห็นของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในภาพรวมเกี่ยวกับการได้รับการบริการการดูแลระยะกลาง ประเด็นที่ 1 การรับทราบข้อมูล และประเด็นที่ 3 การได้รับแรงใจอยู่ในระดับมาก ($M = 3.50$, $SD = 0.57$) และ ($M = 3.63$, $SD = 0.62$) ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่ 2 การเตรียมความพร้อมระดับปานกลาง ($M = 3.16$, $SD = 0.53$)

2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)

2.1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวนทั้งหมด 32 คน อายุเฉลี่ย 49.72 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 78.12 และมีระดับการศึกษาปริญญาตรี 16 คน คิดเป็นร้อยละ 50 แบ่งเป็นกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพจำนวน 15 คน กลุ่มเครือข่ายในชุมชน 9 คน และกลุ่มผู้บริหาร 8 คน

2.2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

2.2.1 ระดับจุลภาค การปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า

1) ทีมสหวิชาชีพช่วยสื่อสารข้อมูลให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ

“...เราจะแจ้งเขาว่าเขาไม่มีค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือบางอย่างเบิกได้ตามสิทธิการรักษาอยู่แล้ว ถ้าจำเป็นต้องใช้ ในส่วนที่เบิกไม่ได้ สามารถไปติดต่อเทศบาลเขาหรือช่างเขามีโครงการช่วยเหลืออยู่” (S15:FG)

2) ทีมสหวิชาชีพช่วยเตรียมความพร้อม ให้ความรู้ ฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

“เราจะสอนผู้ป่วยและญาติ ฝึกข้างที่อ่อนแรง ช่วยยับแขนขา ฝึกนั่ง ฝึกยืน เรียนรู้การใช้ข้างที่แข็งแรงช่วยทำกิจวัตรประจำวันตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละรายก่อน ประเมินญาติทำได้มั้ย ช่วยทำต่อที่บ้านเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย...แนะนำให้ฝึกที่บ้าน ต้องอาศัยเวลาในการฟื้นตัวจุดนี้ต้องบอกอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ” (S6:FG)

3) ทีมสหวิชาชีพร่วมกันสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

“เราจะดูว่าคนไข้เขายอมรับสภาพความบกพร่องที่เป็นอยู่ได้มั้ย ดูแวตาสีหน้า สังเกตการตอบกลับเวลาเราพูดคุยกับเขา สภาพจิตใจเขาพร้อมจะฝึกและมีกำลังใจในการที่จะพยายามทำให้ตัวเองดีขึ้นหรือป่าว ญาติคนดูแลคอยให้กำลังใจช่วยเหลือมัย ในรายที่กำลังใจดีส่วนใหญ่ฝึกง่ายเพราะเขามีปัญหาทางกายที่เราช่วยเขาได้ แต่ในรายที่ซึมเศร้าไม่มีกำลังใจดี ต้องหาวิธีพูดคุยอาจจะคุยแจ้งกับญาติถึงปัญหาของคนไข้เรื่องที่ดูเขาซึม ๆ ที่บ้านเป็นแบบนี้แลกละเปลี่ยนข้อมูลสิ่งที่มาของการไม่มีกำลังใจต่อให้สิ้นหวังของเขา” (S6:FG)

4) สมาชิกในชุมชน เช่น เพื่อนบ้านของผู้ป่วย หน่วยงานเอกชน และวัด ยินดีให้การช่วยเหลือจะเอื้อประโยชน์ ให้ความสำคัญร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะกลางและครอบครัว

“การช่วยเหลือจากเอกชน เซฟรอนสนับสนุนพวกส้วมเคลื่อนที่ ตัวพุงเช่า...จากวัด เช่น วัดเขาแก้ว ให้การสนับสนุน ทั้งงบประมาณช่วยเหลือคนยากไร้ เอื้อให้ใช้สถานที่ในการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย” (C4:FG)

2.2.2 ระดับกลาง พบว่า

องค์กรสุขภาพ

1) ประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลสงขลา และหน่วยบริการสุขภาพใน ทม. เขาหรือช่าง สร้างความต่อเนื่องการบริการจากหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิไปยังปฐมภูมิทั้งทางกายและคุณภาพชีวิต ตลอดจนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ทักษะการดูแล รวมทั้งแผนการเยี่ยมเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง

“มีการส่งต่อข้อมูลคนไข้ในระบบ COC link ประสานเคส ลงเยี่ยมบ้าน พี่ก็จะตอบกลับถ้ามีการลงเยี่ยมแล้ว ซึ่งจะมีทีม อสม.พยาบาล แพทย์ ลงเยี่ยม ในรายที่มีปัญหาก็จะมีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล มีนักกายภาพบำบัดเข้ามาลงเยี่ยมทั้งคนไข้ที่มีปัญหาอ่อนแรงแขนขา ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และพวกเขาก็จะดูแล...” (S3:FG)

2) ส่งเสริมการดูแลที่มีคุณภาพโดยการสนับสนุนและมีแรงจูงใจผ่านภาวะผู้นำ

“ผอ.มีงบให้ไปอบรมได้ถ้าสนใจ เรื่องกายภาพฟื้นฟูคนไข้ที่ว่ามันสำคัญ คนไข้หลายคนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพดี เดินเองได้ไม่เป็นภาระคนในบ้าน คนไข้เขาดีใจมัยได้...” (S7:FG)

3) จัดระบบและเตรียมความพร้อมต่อทีม ต้องมีความพร้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย สถานที่ รวมทั้งสิ่งสนับสนุน เช่น ข้อมูลแนวทางการดูแลรักษา ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย และทำงานเป็นสหวิชาชีพ

“...เทศบาลมีศูนย์ฟื้นฟู มีนักกายภาพ และมีการรับส่งผู้ป่วยถึงบ้าน... มีทีมเจ้าหน้าที่ของ รพ. แพทย์ Fam Med ...”(P4:DI)

4) ใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศ โดยต้องรวบรวมและจัดการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยให้เป็นระบบและเข้าถึงได้ง่าย สามารถส่งต่อข้อมูลเพื่อสื่อสารให้รับทราบแผนการรักษาและผลการดำเนินการร่วมกัน

“เราส่งข้อมูลมาพวกพี่รู้ได้เร็ว ออนไลน์มา... มีอุปกรณ์อะไรที่จำเป็นต้องใช้ ถ้าเกินความสามารถพี่แล้วก็แจ้งทีมขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลสงขลา”(S2:FG)

5) สนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง มีบุคคลต้นแบบ และพัฒนาศักยภาพคนในชุมชน เช่น อสม. จัดอาสาสมัครให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูและสามารถสื่อสารกันภายในชุมชนจะช่วยให้คนในชุมชนช่วยเหลือกันภายในชุมชนได้

“เรามี อสม. ที่ผ่านการอบรมผู้ช่วยนักกายภาพ ผ่านการอบรม CG เพิ่มศักยภาพในการช่วยดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย ซึ่งจัดโดยอบจ. เทศบาล และทีมรพ.สงขลา ซึ่งจะช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยได้เร็วขึ้นซึ่งต่างจากเดิมที่ดูแลได้แค่ทรงกับทรุด” (P4:DI)

ภาคีเครือข่ายในชุมชน

1) เพิ่มความตระหนักและลดการตีตรา การให้ความสำคัญ เห็นคุณค่า และมีการช่วยเหลือกันในชุมชน

“...คนในชุมชนเห็นความสำคัญกับเรื่องนี้มาก มีคนใช้บ้านไหนรีบแจ้งเลย บ้านนั้นมีคนใช้บ้านนี้ขอแพมเพิส เพราะเขาเห็นเทศบาลมีโครงการต่าง ๆ ช่วยคนใช้ ทั้งแจกแพมเพิสและทีมดูแลคนใช้ในพื้นที่เอง” (C1FG)

2) ส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านภาวะผู้นำและการสนับสนุนในพื้นที่ ทม.เขารูปช้าง นอกจากทีมผู้บริหารของ ทม.เขารูปช้างแล้ว ยังมีการสนับสนุนจากผู้นำศาสนาหรือจิตอาสาต่าง ๆ ร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้

“เจ้าอาวาสมีการสนับสนุนพวกพัคคม ข้าวสารอาหารแห้ง ที่ได้รับการทำบุญให้นำไปช่วยคนใช้ที่ลำบาก...บางทีคนในชุมชนก็มีการนำของที่ไม่ใช้งาน แล้วมาบริจาคช่วยเหลือคนในชุมชน” (C3:FG)

3) จัดสรรและประสานแหล่งทรัพยากร การระดมทุนเพื่อช่วยให้การทากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระดั่งชุมชนได้ดีขึ้น ซึ่งผู้นำและกลุ่มเครือข่ายสามารถเป็นแหล่งทรัพยากรที่มีค่าในการสนับสนุนทุนและทรัพยากรต่าง ๆ

“อุปกรณ์การช่วยเหลือที่ได้รับบริจาคจากคนในชุมชน เซฟรอนมีอุปกรณ์ออกกำลังกาย อบจ. ม.ราชภัฏบริจาคพวกราวฝึกเดิน ม.ทักษิณมาประดิษฐ์หมอนห่อตลอดแผลกดทับ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าอาวาสให้อาหารแห้ง ห้างโลตัสให้พัคคม คนในพื้นที่เองถ้ามีของที่เขาไม่ใช้แล้วก็นำมาบริจาคที่รพ.สต..”(P4:DI)

4) จัดบริการเสริมของชุมชนมีส่วนสำคัญในการให้บริการทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การปรับปรุงบ้าน จัดรถรับส่งผู้ป่วยไปรับบริการการบำบัดฟื้นฟูที่หน่วยบริการ

“เทศบาลมีโครงการหลายอย่าง...คนที่ไม่มีรถก็มีรถรับส่งไปฝึกที่ศูนย์ สะดวกกับคนใช้” (S5:FG)

ระดับมหภาค พบว่า

1) เสริมความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายด้วยการสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน ให้เข้ามาช่วยทำให้ผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะกลางได้รับบริการทั้งทางสุขภาพและทางสังคมที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม

“พื้นที่เรามีเจ้าหน้าที่สวมหมวกหลายใบ อย่างพี่...แก็เป็น สท. ดูแลทั้ง 10 หมู่ เป็นทั้ง อสม. CG และผู้ช่วยนักกายภาพ แก็ทำหลายอย่างก็เข้าใจ กว้าง รับรู้ข้อมูลและส่งข่าวสารให้ทีมรับรู้ได้เร็ว...(P7:DI)

2) สนับสนุนการใช้นโยบายทางกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่เอื้อต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะกลาง

“เรามีระเบียบของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพของท้องถิ่นในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และระเบียบการยืมคืนกายอุปกรณ์ของธนาคารกายอุปกรณ์ในลักษณะเงินมัดจำ กรณีคนที่ไม่มีเงินลำบากก็ใช้วิธีบุคคลค้ำประกัน เช่น ผู้นำชุมชน ผอ.กองสาธารณสุข หรือจะเป็นตัวผมเอง” (P1:DI)

3) บูรณาการนโยบายโดยการจัดทำนโยบายและแผนอย่างเหมาะสม มีกรอบการทำงานที่เป็นนโยบายเชิงบวกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการระยะกลางได้ แม้ว่าการดูแลกลางจะเป็นนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ส่วนการทำงานของเทศบาลหรือท้องถิ่นจะรับนโยบายจากกระทรวงมหาดไทย ทำให้นโยบายอาจมีความแตกต่างกัน แต่มีเป้าหมายการให้บริการแก้ไขปัญหาคความเดือดร้อนของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งช่วยส่งเสริมและสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้ เช่น นโยบายการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยของ ทม.เขารูปช้าง เพื่อลดความแออัดและเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสภาพให้แก่คนในชุมชน

“เรามั่นใจว่าคนกระทรวงนะครับ แต่ว่านโยบายของเราก็คงจะเป็นภาพกว้าง เรื่องของเรา ก็มีผู้ป่วยประเภท LTC และมีภาวะพึ่งพิง...และก็พยายามที่จะพัฒนาเพื่อให้การช่วยเหลือพี่น้องในชุมชน” (P1:DI)

4) ผู้นำมีการขับเคลื่อนโดยวิสัยทัศน์ที่ให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง สร้างการเชื่อมโยงไปสู่องค์กรอื่น ๆ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

“ทุกกิจกรรมหรือโครงการจะมีคณะกรรมการติดตามงานและรายงานความก้าวหน้า รวมถึงให้หน่วยงานภายนอกมาประเมินงาน เช่น จากทางมหาลัย ทบพทนโยบาย การสำรวจความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการในพื้นที่ซึ่งสามารถร้องเรียนและแจ้งความต้องการมาได้ ผลจากการช่วยเหลือคนในพื้นที่เรื่องนี้ เราได้รับคำชื่นชม”(P1:DI)

5) สนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง การจัดหาเงินทุนช่วยให้เข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและครอบคลุมทุกภาคส่วนของประชากร การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

“ผมจะให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ...จะเปิดให้ใช้งบเต็มที่ จะให้ใช้งบทั้งเชิงรุกและเชิงรับ...” (P1:DI)

6) พัฒนาและจัดสรรกำลังคน โดยที่หน่วยงานท้องถิ่นและสาธารณสุขพัฒนาหลักสูตรเพิ่มบุคลากรให้สามารถตอบสนองความต้องการของการดูแลระยะกลาง

“เรามีแนวคิดที่ว่า ถ้าเรามีตำแหน่งเป็นพนักงานของเทศบาลเลยดีมัย...จึงได้กำหนดกรอบดำเนินงานฟื้นฟูเป็นพนักงานเทศบาลเทียบเท่ากับราชการ...เขามีความก้าวหน้าในหน้าที่ที่รักษาคนไว้ได้” (P7:DI)

3. ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตในหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน ประเด็นที่ 1) การสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ส่วนใหญ่จะมีการให้ข้อมูลโดยตรง ด้วยการสื่อสารด้วยวาจาแก่ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล ให้ทราบปัญหาและแนวทางแก้ไข ส่วนการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพด้วยกัน ส่วนมากจะสื่อสารผ่านระบบข้อมูลของหน่วยงานทั้งการรับและส่งข้อมูล 2) ผู้ให้บริการมีการฝึกทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยยังรักษาตัวในหอผู้ป่วย การรับบริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาล ศูนย์ฟื้นฟูของ ทม.เขารูปช้าง รวมถึงขณะลงเยี่ยมบ้าน และยังมีมีการฝึกผ่านระบบ Telemedicine เรียกว่า Tele-rehab 3) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จะมีการเบิกอุปกรณ์ตามที่แพทย์พิจารณาว่าจำเป็นต้องใช้ เช่น ไม้เท้า Walker ตัวพยุงข้อไหล่ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ใน ทม.เขารูปช้างสามารถติดต่อประสานผ่านแอปพลิเคชัน KRC เพื่อยืมอุปกรณ์ เช่น เตียงนอน เบาะลม รถเข็นได้ โดย ทม.เขารูปช้าง มีสถานที่และบุคลากรด้านการฟื้นฟูเพื่อรองรับบริการผู้ป่วยในชุมชน 4) ระบบการติดตาม เยี่ยมบ้าน ดูแลต่อเนื่องจากทีมผู้ให้บริการสุขภาพตั้งแต่โรงพยาบาล โรงพยาบาลสงขลามีระบบนัดติดตามอาการผู้ป่วย หลังจำหน่าย เยี่ยมบ้าน ประสานการดูแลกับทีมหน่วยบริการในชุมชน คือ รพ.สต.เขาแก้ว เคหะ หมู่ใหญ่ สวนตุล รวมถึงศูนย์ฟื้นฟูของเทศบาล ส่วนทีมผู้ให้บริการในชุมชนมีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาล หรือได้รับแจ้งจากสมาชิกในชุมชนเอง และ 5) ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น รพ.สต. มีอุปกรณ์ช่วยเหลือที่ได้รับบริจาค มาจากภาคีเครือข่ายในชุมชน มีทีมลงเยี่ยมบ้าน มีการจัดทำวัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น หมอนหลอดดูดน้ำเป็นเบาะลม กันแผลกดทับ วัดเบาหวานที่อยู่ใน ทม.เขารูปช้าง แบ่งอาหารแห้ง สิ่งของเครื่องใช้ที่ได้รับมาจากการทำบุญมอบให้แก่ รพ.สต.เขาแก้ว โรงเรียนผู้สูงอายุของ ทม.เขารูปช้างมีกิจกรรมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่มีความพร้อมมาร่วมกิจกรรมได้

เช่น การหิวโหย โดนนำอาหารมารับประทานร่วมกัน ทำกิจกรรมออกกำลังกาย ร้องเพลง เล่นดนตรี มีการแลกเปลี่ยนให้ความรู้ และสอนอาชีพ

การอภิปรายผล

ในการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่เขต ทม.เขารูปช้าง จ.สงขลา ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกครั้งนี้ จากข้อมูลเชิงปริมาณด้านสถานการณ์การได้รับการดูแลระยะกลางจากความมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลในระดับจุลภาค และจากข้อมูลเชิงคุณภาพด้านความคิดเห็นของผู้ให้บริการและชุมชนในระดับกลาง และจากผู้บริหาร ซึ่งมีบทบาทในระดับมหภาค พบว่าการมีส่วนร่วมของ 3 ระดับที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน คือ การปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวระดับจุลภาค ซึ่งได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรสุขภาพและเครือข่ายชุมชนในระดับกลาง และมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นนโยบายเชิงบวกระดับมหภาคช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ผู้ป่วยที่ยังมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน สามารถเพิ่มสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจ ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและกลับสู่สังคมได้ โดยพบว่า

ระดับจุลภาค คือการปฏิสัมพันธ์ผู้ป่วยและครอบครัว มีประเด็นหลัก 3 ประเด็น คือ 1) การรับทราบข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ให้บริการอาจจะต้องเพิ่มการสื่อสารในส่วนของการให้บริการและสอบถามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น การรับทราบสิทธิประโยชน์และการได้แจ้งปัญหาทางกายและใจกับผู้ให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง เพราะบางครั้งอาจจะไม่ได้สื่อสารกับผู้ป่วย ซึ่งถ้าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา ย่อมส่งผลให้มีความร่วมมือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและสามารถจัดการกับความบกพร่องที่เกิดขึ้นได้ (Khiewchaum, Ngamkhum, & Makha., 2013) 2) การเตรียมความพร้อมและฝึกทักษะ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเตรียมความพร้อมและฝึกทักษะด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง ลดภาระการดูแล และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Choengsa-ard, 2019) กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมความพร้อมและฝึกทักษะอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ให้บริการต้องเน้นย้ำและคอยให้คำแนะนำช่วยเหลือด้านความบกพร่องทางร่างกาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนการฝึกทักษะในการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นเรื่องละเอียดอ่อน การเตรียมความพร้อมในการแก้ไขปัญหาต้องใช้เวลาและค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งควรมีสหวิชาชีพเฉพาะทาง เช่น นักจิตวิทยาร่วมในทีมผู้ให้บริการ และ 3) การได้รับแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างได้รับอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและมีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพ เมื่อผู้ป่วยเห็นคุณค่าจะทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการรับการฝึกสมรรถภาพ พยายามช่วยเหลือตัวเอง มีเป้าหมายเป็นแรงขับเคลื่อนจากภายใน จนสามารถต่อสู้กับความบกพร่องทางร่างกายที่เป็นข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ แม้ว่าจะมีปัญหาอุปสรรคทั้งจากร่างกายและความไม่พร้อมทางสังคม และเมื่อครอบครัวเข้าใจก็จะให้ความสำคัญและคอยสนับสนุนผู้ป่วย (Kvaal, Debesay, Bye, & Bergland, 2019) รวมถึงผู้ให้บริการและชุมชนให้ความสำคัญคอยช่วยเหลือดูแลติดตามอาการ เยี่ยมบ้าน จัดบริการในชุมชน ตลอดจนการช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น การบริจาคสิ่งของหรือการทำงานแบบจิตอาสาซึ่งจะเป็นการสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น ในการดูแลระยะกลางจึงจำเป็นต้องมีการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อม การสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและความต้องการ เพื่อผสานความร่วมมือกับทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพและชุมชน

ระดับกลาง การมีส่วนร่วมการดูแลระยะกลางในระดับกลางเน้นความเชื่อมโยงและการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรสุขภาพกับภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยสถานะและหน้าที่ของทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพที่มีหลายหลากหลายวิชาชีพ ควรมีบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และมีจิตอาสาของชุมชนช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการมากขึ้น ดังเช่น ทม.เขารูปช้างที่ได้กำหนดตำแหน่งนักกายภาพบำบัดขึ้นเพื่อให้สามารถทำงานประจำได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยการลด

ข้อจำกัดการขาดแคลนนักกายภาพบำบัด โดยมีองค์กรท้องถิ่นและเครือข่ายร่วมกันช่วยเหลือทำให้เพิ่มการเข้าถึง การฟื้นฟูและได้รับการอย่างมีประสิทธิภาพ (Thiemmanee, Sanadisai, & Maneesriwongkul, 2011) ผู้บริหาร ควรสนับสนุนกำลังคนและอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการ รายบุคคล ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการดูแลระยะกลางของหน่วยบริการสุขภาพตั้งแต่แรกส่วนใหญ่จะได้รับการดูแล ต่อเนื่อง แต่ในกรณีของผู้ป่วยที่หลุดออกจากระบบด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม หรือการค้นพบผู้ป่วยในชุมชน ชุมชนจะมีสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงระบบการดูแลระยะกลางได้ ในด้านกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มาจากการจัดสรรงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ส่วนใหญ่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ซึ่งเป็นนโยบายที่เป็น รูปธรรมชัดเจนมากกว่าการดูแลระยะกลาง ขณะที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดที่มาจาก การจัดสรรงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นมีวัตถุประสงค์ หลักในการแก้ปัญหาให้กับกลุ่มคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับ ทม.เขารูปช้างนั้นมีการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมในการจัดตั้งศูนย์กายภาพบำบัดที่มีนักกายภาพบำบัดทำงานตาม การกิจของเทศบาล โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพทั้งโรงพยาบาลและ รพ.สต.ในพื้นที่ มีการจัดอบรมหลักสูตรผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดเพื่อช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านการฟื้นฟู จัดให้มี ธาราคารกายอุปกรณ์ และพัฒนาแอปพลิเคชัน KRC เพื่อสนับสนุนระบบบริการที่รวดเร็ว โดยมีประชาชนทั่วไป ในชุมชน วัด หน่วยงานราชการ และภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการระดมทุนสนับสนุนหรือบริจาคสิ่งของและร่วม เป็นเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและครอบคลุม ทั้งยังทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมี กำลังใจและแรงขับเคลื่อนจากการให้ความสำคัญและลดการตีตราต่อค่า (Hirunkhro, 2018)

ระดับมหภาค การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในระดับมหภาคเน้นการมีนโยบายที่มีประสิทธิภาพ มีโครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล โดยการวางแผนพัฒนาจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนด นโยบายรวมถึงการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณนั้น ผู้ป่วยและครอบครัวควรแสดงความคิดเห็น ความต้องการ และข้อเสนอแนะเพื่อจะได้มีข้อมูลสำหรับการกำหนดนโยบายหรือข้อตกลงของท้องถิ่นที่ก่อให้เกิดประโยชน์และตรง กับความต้องการให้มากที่สุด โดยผู้มีอำนาจต้องเปิดโอกาสและรับฟังความคิดเห็น และความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว แล้วนำมากำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นเหล่านั้น (Tyagi, Koh, Luo, Tan, Hoening, Matchar et al., 2019) อย่างไรก็ตาม นโยบายด้านการดูแลระยะกลางในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่ชัดเจน โดยมักรวมอยู่ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวและคนพิการ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงระบบการดูแล ระยะกลางเพราะข้อจำกัดของจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านการฟื้นฟูที่ไม่เพียงพอ ทม.เขารูปช้างได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยจัด ให้มีเจ้าหน้าที่ด้านการฟื้นฟูภายใต้ระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมถึง การจัดสรรทรัพยากรในการพัฒนาโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ แสดงให้เห็นถึงการให้ ความสำคัญและสนับสนุนจากผู้ว่า ซึ่งการที่ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมนี้เองที่สร้างความเข้มแข็งให้กับ การดูแลระยะกลางในชุมชนและผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวจากโรคและกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ดังเดิม

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในพื้นที่ ทม.เขารูปช้าง จ.สงขลา จึงอาจไม่สามารถอนุมาน ไปยังพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างของบริบทได้ทั้งหมด แต่อาจประยุกต์ใช้เป็นตัวอย่างในระบบการดูแลระยะกลาง ในชุมชนได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในระดับกลาง หน่วยบริการทางสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกันจัดทำแนวทาง ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยชุมชนให้ชัดเจน เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักและรับทราบบทบาทหน้าที่ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้อย่างเหมาะสมและดึงศักยภาพของกลุ่มอาสาสมัครอื่น ๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ และครอบครัวต้นแบบที่มีประสบการณ์ มาร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง ในชุมชน โดยมีทีมหน่วยบริการทางสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา

2. ระดับกลาง หน่วยบริการทางสาธารณสุขควรพัฒนาระบบข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของหน่วยงานต่าง ๆ แบบไร้รอยต่อ และสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนผู้ดูแลในชุมชนในระดับจุลภาคได้เข้าถึงข้อมูลได้ตามความเหมาะสม

3. ระดับมหภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการทบทวนกฎหมายและกฎระเบียบที่เป็นข้อจำกัดการเข้าถึงการช่วยเหลือในกลุ่มเปราะบาง รวมถึงการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เอื้อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือครอบคลุมทั่วถึงมากที่สุด เช่น การจัดระบบบริการรถรับส่งให้กับผู้ป่วยไปฟื้นฟูที่หน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาในบริบทพื้นที่อื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหา จุดเด่นและจุดด้อย ตลอดจนบทเรียนของแต่ละพื้นที่ เพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและทำการศึกษาวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีความครอบคลุมภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบ (Model) และผลักดันให้เกิดเป็นต้นแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อไป

References

- Choengsa-ard, N. (2019). Development of quality for IMC by participation of Atsamat network Roi-Et province. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 1(1), 89-98. (in Thai)
- Department of Empowerment Persons with Disabilities. (2022). *Situation Regarding People with Disabilities: Department of Empowerment of Persons with Disabilities*. Retrieved March 20, 2023 from <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge/disabled-person-situation>. (in Thai)
- Hirunkhro, B. (2018). Development of a service system by participation of the community and multidisciplinary team through the home-based rehabilitation nursing program for patients with stroke. *Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University*, 25th Anniversary Academic Conference Edition, 36-45. (in Thai)
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1286.
- International Health Policy Development Office. (2010). *Burden of Disease Research Program Thailand*. Retrieved March 20, 2023 from <http://bodthai.net/download/> (in Thai)
- Jannoi, N., Jansook, N., & Wimonmook, R. (2020). A model of IMC in stroke patients, Uthai Thani province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 10(3), 438-456. (in Thai)
- Khiewchaum, R., Ngamkhum, S., & Makha, K. (2013). The effects of using a clinical nursing guideline for caregivers' preparation in caring for patients with traumatic brain injury. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 23(1), 15-29. (in Thai)
- Krejcie, R.V., & Morgan, DW. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Kvaal, L. A. H., Debesay, J., Bye, A., & Bergland, A. (2019). Health-care professionals' experiences of patient participation among older patients in intermediate care-At the intersection between profession, market and bureaucracy. *Health expectations : An international journal of public participation in health care and health policy*, 22(5), 921-930. doi.org/10.1111/hex.12896

- Limvingsiriwong, A., & Nima, S. (2020). Situation of health risk management from alcohol, tobacco and substance abuse of the community using the innovative chronic care conditions framework in Surat Thani province. *Journal of Health and Health Science*, 4(1), 1-15. (in Thai)
- Nuño, R., Coleman, K., Bengoa, R., & Sauto, R. (2012). Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICCF Framework. *Health Policy*, 105(1), 55–64. doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.10.006
- Pisanbut S. (2012). *Business Research*. 2nd Printing. Bangkok: S. Asia Press. Office of Agricultural Economics. Retrieved March 20, 2023 from <http://mslib.kku.ac.th/elib/multim/book/>. (in Thai)
- Public Health Administration Division Ministry of Public Health. (2012). *Manual for Intermediate Rehabilitation of Patients for Medical Personnel According to the Health Service System Development Plan*. Retrieved March 20, 2023 from <http://www.snmri.go.th/>. (in Thai)
- Songkhla Hospital. (2022). *Documents for Inspection and Supervision of Normal Cases Round 2*, fiscal year 2022, from <https://www.skhospital.go.th/>. (in Thai)
- Songkhla Hospital. (2023). *Report from the Songkhla Hospital Database*. Retrieved September 9, 2023, from <https://www.skhospital.go.th/>. (in Thai)
- Sutin, U., Paluangrit, T., Dangkrajang, S., Sutthinarakorn, W., Prasert, V.(2022). Problems and needs when caring for stroke patient at homes. *International Journal of Public Health Science*. 11(2), 695-705.
- Thiemmanee, R., Sanadisai, S., & Maneesriwongkul, W. (2011). The role of local government organizations in supporting continued treatment for elderly people with chronic diseases: A case study. *Nursing Research and Innovation Journal*, 17(3), 520-532. (in Thai)
- Tyagi, S., Koh, G. C. H., Luo, N., Tan, K. B., Hoenig, H., Matchar, D. B, et al. (2019). Dyadic approach to post-stroke hospitalizations: role of caregiver and patient characteristics. *BMC Neurol*. 19(1), 267. doi.org/10.1186/s12883- 019-1510-4.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Actions : Global Report* (WHO/MNC/CCH/02.01). World Health Organization. Retrieved March 20, 2023 form <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42500/>.