

รูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

พรทิศา เสาวเรือง, ส.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่าง เดือน มกราคม 2566 ถึง กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการสร้างรูปแบบได้แก่ นายก อบจ. การบริหารส่วนตำบล, เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล, สมาชิก อบจ. การบริหารส่วนตำบล, ผู้นำชุมชน, ประชาชนชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) , พระภิกษุ, CareGiver ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key information) ในการสะท้อนสภาพปัญหา และการถอดบทเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทำการสุ่มเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของเคมมิสและแมกแทกการ์ต (Kemmis & McTaggart) จำนวน 3 วนรอบ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ของเครือข่ายสุขภาพและผู้นำชุมชนในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน มีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้ 1.) การเตรียมการก่อนการวิจัย โดยมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจในบริบทของชุมชน 2) การประชาสัมพันธ์ร่วมกับชุมชนเพื่อสะท้อนสถานการณ์งานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 3) การติดตามการดำเนินงานโดยเยี่ยมเสริมพลังเครือข่ายในงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตามหลัก Flood Model ประกอบด้วย 1) F: Function and cooperation team : คณะทำงานและความร่วมมือ 2) L : Learning and mutual understanding การเรียนรู้และความเข้าใจร่วมกัน 3) O : Originality and seek for Resource sharing มีความคิดริเริ่มและแสวงหาการแบ่งปันทรัพยากร 4) O : Openness care and social support การดูแลแบบเปิดกว้างและการสนับสนุนทางสังคม 5) D : Development Evaluation and empowerment การพัฒนา การประเมินผลและการเสริมพลัง

ผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า หลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมี ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: งานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

Email: Chutiporn289@gmail.com

Model for creating a network to support Caring for homebound and bedridden patients in the community Namtoam Hospital Khae Subdistrict Uthumphon Phisai District, Sisaket

Pornthiwa Saowiang, *B.P.H.*¹

Abstract

This research has the objective to study the development Model for creating a network to support care for bedridden patients in the community In the area of Ban Namtoam Hospital Khae Subdistrict UthumphonPhisai District Sisaket between January 2023 to September 2023, Sample groups used in developing the model creation process Subdistrict Administrator, Subdistrict Administrative Officer, Subdistrict Administrative Organization Member, Community leader, Community philosopher, Village health volunteers, monk, public health officer Important informant in reflecting the problem and lessons learned By community participation In the relevant population of 40 people by applying action research of Chemis and McTaggart's Tools used include: Use in-depth interviews in the Community Health Network Group Discussion Record Form and community leaders in the community and check data consistency.

The results of the research found that the model for creating a network to support care for bedridden patients in the community is an operating process. 1) Preparation before research A workshop was held to understand the community context, 2) Communicating with the community to reflect on the situation of caring for bedridden patients at home, 3) Follow up on operations by visiting to strengthen the network in caring for bedridden patients in the community according to the Flood Modle principles; F: Function and cooperation team, L: Learning and mutual understanding, O: Originality and seek for Resource sharing, O: Openness care and social support, D: Development Evaluation and empowerment.

The results of the evaluation of the developed model found that after operation The sample group had a mean difference in the physical health quality of life scores. Mental quality of life Quality of life in terms of social relationships Environmental quality of life and overall quality of life of dependent patients Higher than before the experiment with statistical significance at the 0.05 level.

KEYWORDS: Caring for homebound and bedridden patients in the community

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Ban Khok Health Promoting Hospital, Uthumphon Phisai District, Sisaket Province, Email: Chutiporn289@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้หลายประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งเป็นสังคมที่มีความต้องการการพึ่งพาจากประชากรโลก 6,070.6 ล้านคนในปี 2543 เป็น 7,851.4 ล้านคนในปี 2568 ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเห็นได้ชัด โดยปี 2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปี 2545 ปี 2550 2554 และ ปี 2557 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 10.7 12.2 และ 14.9 ปี 2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 เป็นผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 44.9 และเพศหญิง ร้อยละ 55.1 ในปี ไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัย อย่างสมบูรณ์ ที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี สูงขึ้นถึงร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด นับว่าอัตราการเข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ (Population Ageing)” เร็วมาก ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีเวลานับวันมากขึ้นที่จะเตรียมการเพื่อรองรับประชากรผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพเศรษฐกิจและสังคม อาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged society) คือการที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานลดน้อยลงเรื่อยๆจากนั้นจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2564 และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ประมาณปี 2574 จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ความต้องการดูแลเพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะประสบภาวะทุพพลภาพอย่างรุนแรง ส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้แต่มีข้อจำกัดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการต้องการดูแลระยะยาวตามนิยามสหประชาชาติ จากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน

6,394,022 คน ในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่าร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือผู้สูงอายุติดสังคมหรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ต้องการดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม

ตามโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยพ.ศ. 2557 เปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นเดี่ยวจากร้อยละ 28.9 เป็นร้อยละ 31.0 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีอยู่อย่างจำกัด อัตราเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 7.0 เป็นร้อยละ 6.3 ร้อยละ 5.5 และร้อยละ 4.5 ในปีพ.ศ. 2550, 2553, 2554 และ 2557 ตามลำดับ ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพังมากขึ้น เนื่องจากญาติหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องไปทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้ให้ครอบครัว โดยการประกอบอาชีพต่างๆ เช่น รับราชการ รับจ้าง หรือทำด้านการเกษตร ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้บางรายเกิดปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เช่นมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการเจ็บป่วย เกิดแผลกดทับ เกิดข้อติด เกิดการติดเชื้อ มีภาวะซึมเศร้า หลงลืม และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่างๆได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ่ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้สูงอายุ จำนวน 422 คน เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 77 คน และเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี อีก 2 ราย รวมเป็น 79 ราย โดยมี Care Giver 5 คน Care Manager 1 คน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ่ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผ่านมามีเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager: CM) เป็นผู้จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver: CG) ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในสัดส่วน 1 : 16 คน ตามชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึงพิงของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ปัญหาที่พบในกระบวนการดูแลอื่นๆเช่น ผู้ช่วยเหลือดูแล(CG)ไม่สามารถให้การดูแลได้ตามแผนการพยาบาล ญาติยังไม่มั่นใจในการดูแลของ Care Giver (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม:2565)

จากปัญหาในภาพรวมของการดำเนินงานที่ผ่านมา และผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น โดยให้ครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และครอบครัวมีความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์ งานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อศึกษาผลของการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ช่วงเดือน มกราคม 2566 ถึง กันยายน 2566

1.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการสร้างรูปแบบได้แก่นายกองการบริหารส่วนตำบล, เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล, สมาชิกกองการบริหารส่วนตำบล, ผู้นำชุมชน, ประชาชนชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.), พระภิกษุ, CG, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key information) ในการสะท้อนสภาพปัญหา และการถอดบทเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทำการสุ่มเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน ดังนี้

1. นายกองการบริหารส่วนตำบล 1 คน
2. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน
3. สมาชิกกองการบริหารส่วนตำบล 5 คน
4. ผู้นำชุมชน 5 คน
5. ประชาชนชุมชน 3 คน
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 15 คน

7. พระภิกษุ 2 รูป
8. Care Giver 5 คน
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน

2.กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาและประเมินผลเป็นผู้ที่ป่วยติดบ้านติดเตียง ทุกคนในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมด 79 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย

1.แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกต การพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะ มีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชน 2) ประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน อย่างไรก็ตาม

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 1) แนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน 2) ประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน และ3)การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายในการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน

2. แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแนวทางการสังเกต จะใช้ประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลง

และกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์ การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้ข้อมูลที่ต้องการและครอบคลุมทุกประเด็น

3.การประเมินผลใช้ แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการที่หลากหลายดังนี้

1. การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลง และกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ของผู้ร่วมกระบวนการ

1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นเจ้าของที่สาธารณสุขในพื้นที่

1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนที่ผู้ศึกษาเลือกมาเนื่องจากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้ศึกษาต้องการ

หรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่น ๆ ซึ่งมีขั้นตอนตั้งแต่การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบข้อมูลพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในบริบทอื่น

1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาข้อมูลจากกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการวางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งให้มีผู้ร่วมสนทนาประมาณ 6-12 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพองค์ประกอบของการสนทนาที่ถูกต้อง คือ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา การส่งเสริมบรรยากาศ ของสนทนาคุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและประเด็นการสนทนากลุ่ม

1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น โดยให้ครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และครอบครัวมีความพึงพอใจ

โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่ การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดการสร้างรูปแบบสนับสนุนการดำเนินงาน ที่เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการออกแบบปฏิทินกิจกรรมและงานที่มอบหมาย (Calendar of Activities and Assignments) คณะทำงานร่วมกันวางแผนเพื่อเขียนปฏิทินการปฏิบัติงาน โดยใส่เป้าหมายไปด้วยจนได้แผนปฏิบัติการ

1.6. เก็บรวบรวมข้อมูล จากตัวแทนบุคคลในครัวเรือนของ ผู้ที่ป่วยติดบ้านติดเตียงทุกคนในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ่ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมด 79 คน

ขั้นตอนในการวิจัย

การดำเนินการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1.ระยะวิเคราะห์ปัญหาข้อมูลสถานการณ์ โดย 1. ศึกษาบริบท (Context) ศึกษาข้อมูลการพัฒนา รูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน กำหนดขอบเขตของการวางแผนเพื่อนำไปทำแผนการดำเนินการ 2. ศึกษาสภาพความเป็นจริงปัจจุบัน (Current Reality) ประเมินการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ทำให้ทราบสถานการณ์ปัญหา จุดแข็ง จุดอ่อน ของชุมชน โดยผ่าน การแสดงความคิดเห็น 3. การกำหนดวิธีขึ้นการแก้ไขปัญหา กำหนดปฏิบัติการที่เป็นกุญแจสำคัญ (Key Actions Workshop) ระบุนโยบายปฏิบัติการที่ต้องทำ โดยการตั้งคำถามรวมศูนย์ ว่า เราจะพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน

ตำบลแซ่ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ อย่างไรก็ตาม 4. การออกแบบปฏิทินกิจกรรมและงานที่มอบหมาย (Carlander of Activities and Assignments) คณะทำงานร่วมกันวางแผนเพื่อเขียนปฏิทินการปฏิบัติงาน โดยใส่เป้าหมายไปด้วย จนได้แผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ตามรูปแบบ Flood Modle ดังนี้

- 1) F: Function and cooperation team : คณะทำงานและความร่วมมือ
- 2) L : Learning and mutual understanding การเรียนรู้และความเข้าใจร่วมกัน
- 3) O : Originality and seek for Resource sharing มีความคิดริเริ่มและแสวงหาการแบ่งปันทรัพยากร
- 4) O: Openness care and social suprot การดูแลแบบเปิดกว้างและการสนับสนุนทางสังคม
- 5) D: Development Evaluation and empowerment การพัฒนา การประเมินผลและการเสริมพลัง

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนาดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านบริบทชุมชน ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจพื้นฐาน ข้อมูลประชาชน อัตราป่วย จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านการดำเนินงานรูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ่ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ในการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อน

ผลการปฏิบัติ โดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาได้คำนึงถึงประเด็นจริยธรรมในการศึกษา โดยมีการขออนุญาตการศึกษา และเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการและโดยใจกว้าง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมศึกษาทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้ประเด็นในการสอบถามและการสนทนาก็มีการกลั่นกรองอย่างระมัดระวัง เพื่อไม่ให้เจาะลึกในประเด็นที่เป็นเรื่องส่วนตัวที่อาจทำให้เกิดความเสียหายแก่บุคคล การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นการนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม ในการอ้างอิงถึงชื่อกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดระยะเวลาในการวิจัย โดยการพิทักษ์สิทธิ์การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-088

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นคว้าข้อมูลสถานการณ์การดำเนินการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ่ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยผ่าน การแสดงความคิดเห็น โดยตั้งคำถามว่าสถานการณ์การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ่ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร พบว่า ขาดการรวมข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและไม่มีการแยกประเภทผู้ด้อยโอกาส ก่อนออกให้ความ

ช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาสและครอบครัวขาดที่อยู่อาศัย ขาดการ ติดตามเยี่ยมขาดการวางแผนทำให้ไม่ต่อเนื่อง ขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อ ที่เป็นรูปแบบชัดเจน กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย ขาดความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ และขาดการประสานข้อมูลของทีม ญาติ และผู้ดูแล ไม่สามารถทำการดูแลได้ ขาดกำลังใจ ท้อแท้ มีภาวะ ซึมเศร้า

ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่าย เพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแก้ง อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ตาม รูปแบบ Flood Modle ดังนี้

1) F: Function and cooperation team : คณะทำงานและความร่วมมือ โดยการคืนข้อมูลชุมชน นำไปสู่การทำประชาคมของภาคีเครือข่าย ภาคี เครือข่ายได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา ชุมชนได้ตระหนักและเห็น ความสำคัญของปัญหาเรื่อง ผู้สูงอายุ นำมาเป็นปัญหาที่ ต้องแก้ไขต่อไป มีการสื่อสารผ่าน Line group, โทรศัพท์ ใน ส่วนภาคีเครือข่ายมีความร่วมมือในการ ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีร่วมประชุมวางแผนจัดทำแผน สุขภาพเพื่อ แก้ปัญหาผู้สูงอายุ ได้มีการสนับสนุน งบประมาณในการ ดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เกิดมาตรการทางสังคม เช่น พระอาจารย์จากวัด คนใน ครอบครัวเป็นหลักในการดูแล ผู้ป่วย และทีมหมอ ครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยระบบ ให้คำปรึกษา รวมทั้ง จัดระบบส่งต่อ ที่มีคุณภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมโดยความ ร่วมมือของชมรมผู้สูงอายุ มี Care giver ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อเนื่องในชุมชน

2) L : Learning and mutual understanding การเรียนรู้และความเข้าใจร่วมกัน

โดยมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ผ่านการประชุม ประจำเดือน เพื่อให้มี ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย LTC อบรม อสม.เชี่ยวชาญให้มีความรู้และทักษะในการดูแล และติดตาม ผู้ป่วย LTC พัฒนาศักยภาพ Care giver ในการดูแลผู้ป่วย LTC โดยเรียนรู้หน้างาน On the job training มีการถ่ายทอดการใช้ CPG LTC ที่เอื้อต่อการ ใช้งานทุกวิชาชีพใน รพ.สต. และมีระบบให้คำปรึกษา ใน FCT ในทุกระดับ รพ . รพ .สต . อสม . เครือข่าย

3) O : Originality and seek for Resource sharing มีความคิดริเริ่มและแสวงหาการแบ่งปัน ทรัพยากร โดยการพัฒนาความเข้มแข็งของชมรม ผู้สูงอายุโดยมีกิจกรรม คือ มีกิจกรรมที่สอดคล้องกับฮีด 12 คอง 14 ของชุมชน โดยการร่วมกับวัด มีกิจกรรม พัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย สมานบำบัด SKT ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องสิทธิ ประโยชน์ของผู้สูงอายุ มี การส่งเสริมความรู้ด้าน เทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น ระบบสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์ ออนไลน์ มีโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ได้รับงบประมาณ สนับสนุนและดำเนินงานจาก องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ช่วย เพิ่มพูนความรู้ และทักษะชีวิตที่จำเป็น ในขณะที่เดียวกันก็เป็นพื้นที่ให้ ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพ โดย การถ่ายทอดภูมิความรู้ หรือประสบการณ์ที่ได้สั่งสมมาให้แก่บุคคลอื่น

4) O : Openness care and social suport การดูแลแบบเปิดกว้างและการสนับสนุนทางสังคม โดย รพ.สต. เกิดระบบการให้บริการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุติดบ้านติด เตียง โดยมีทีมสหวิชาชีพ มี CPG ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เข้าร่วมกันทั้ง CUP ในเรื่อง การดูแล ระบบให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อ มีการพัฒนา สมรรถนะ จนท. ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เกิด มาตรการทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยมีคน

ในครอบครัว เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย มีการเปิดกว้าง
 ทางการศึกษาหลายศาสตร์ ทั้งภูมิปัญญาชาวบ้าน และ
 ทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 ด้วยระบบให้ คำปรึกษา รวมทั้งจัดระบบส่งต่อ ที่มี
 คุณภาพ

5) D : Development Evaluation and
 empowerment การพัฒนาการประเมินผลและการ
 เสริมพลัง โดยการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การ
 เชื่อมโยงเพื่อประสานการทำงาน และการใช้ทรัพยากร
 ร่วมกัน นำเอาความรู้ ทักษะ หรือทัศนคติใหม่ที่เกิด
 จากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน เพื่อให้
 สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่จะยกระดับทักษะ
 ความสามารถในการทำงานได้เป็นอย่างดี พร้อมทั้งต้อง
 มีการปรับปรุงทักษะความรู้ให้ทันสมัยทันต่อการ
 เปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม โดยมี เครือข่ายการ
 เรียนรู้ที่สนับสนุนให้เกิดการแบ่งปัน ถ่ายโอนความรู้
 และกระจายความรู้ในองค์กร โดย เป็นความรู้ที่มี
 ประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน

การประเมินรูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อ
 สนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ใน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพ
 ชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน

รูปแบบการสร้างเครือข่าย	ก่อน (n=200) (S.D.)	หลัง (n=200) (S.D.)	\bar{d}	95%CI	t	p - value
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	33.18 (1.23)	22.85 (2.53)	2.06	9.85-10.79	43.8193	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	28.83 (0.99)	21.33 (2.42)	2.26	6.97-8.00	28.9809	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทาง สังคม	10 (1.64)	14.50 (0.62)	1.49	4.84-4.16	26.49	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	29.10 (1.81)	38.70 (1.27)	1.64	9.22-9.97	51.0888	<0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	6.36 (1.12)	9 (2.44)	0.68	2.48-2.79	33.6981	<0.001

เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม
 ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ตาม
 รูปแบบ Flood Modle

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี มี
 ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ของคุณภาพชีวิตด้าน
 สุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้าน
 สัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม
 และคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้สูงอายุและกลุ่ม
 เปราะบาง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม
 เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย
 พบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่าง มี
 ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 กาย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 2.06 คะแนน
 (95%CI=9.85-10.79) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น
 2.26 คะแนน (95%CI=6.97-8.00) คุณภาพชีวิตด้าน
 สัมพันธภาพทางสังคม เพิ่มขึ้น 1.49 คะแนน
 (95%CI=4.84-4.16) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม
 เพิ่มขึ้น 1.64 คะแนน(95%CI=9.22-9.97) คุณภาพ
 ชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้น 0.68 คะแนน (95%CI=2.48-
 2.79) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาข้อมูลสถานการณ์การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยผ่าน การแสดงความคิดเห็น โดยตั้งคำถามว่าสถานการณ์การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไรพบว่า ขาดการรวมข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและ ไม่มีการแยกประเภทผู้ด้อยโอกาส ก่อนออกให้ความช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและครอบครัวขาดที่อยู่อาศัย ขาดการติดตามเยี่ยมขาดการวางแผนทำให้ไม่ต่อเนื่อง ขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อ ที่เป็นรูปแบบชัดเจน กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ขาดความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ และขาดการประสานข้อมูลของทีม ญาติ และผู้ดูแล ไม่สามารถทำการดูแลได้ ขาดกำลังใจ ท้อแท้ มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษา สายใจ จารุจิตร, ราตรี ร่มารัม ศิลป์ และวรรณศิริ ประจันโน (2562) ศึกษาเรื่องรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาและความต้องการในการดูแลโดยรวมในระดับปานกลาง 2) ปัญหาและอุปสรรคของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การเยี่ยมบ้านไม่มีความต่อเนื่อง ไม่มีบริการรับ-ส่ง ผู้ป่วยขาดอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ขาดช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ขาดการป้องกันภาวะข้อติดแข็ง ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีผู้อื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลไม่ได้รับการ ประเมินและดูแลสุขภาพ และ 3) รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ควรเป็นรูปแบบที่มีการแก้ปัญหาและลดอุปสรรคต่างๆของการ

เยี่ยมบ้านดังกล่าว ร่วมกับมีการเสริมสร้างกำลังใจและพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ผลการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ตามรูปแบบ Flood Modle คือ 1) F: Function and cooperation team : คณะทำงานและความร่วมมือ 2) L : Learning and mutual understanding การเรียนรู้และความเข้าใจร่วมกัน 3) O : Originality and seek for Resource sharing มีความคิดริเริ่มและแสวงหาการแบ่งปันทรัพยากร 4) O : Openness care and social support การดูแลแบบเปิดกว้างและการสนับสนุนทางสังคม 5) D : Development Evaluation and empowerment การพัฒนา การประเมินผลและการเสริมพลัง สอดคล้องกับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของวรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญุฑธ ศรีภูวงษ์ และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์(2563) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เป็นภาคีเครือข่ายประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาคี บริการสุขภาพ ภาคี บริการชุมชน และภาคีบริการ สังคม ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องและ มีส่วนได้เสียในชุมชน เลือกมาแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 75 คน กระบวนการวิจัย มี 3 ระยะ คือ 1) เตรียมการและ วิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะปฏิบัติการพัฒนาด้วยวงจร PAOR ถอดบทเรียนและจัดกิจกรรม 2 รอบ และ 3) ระยะสรุป ประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมิน ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิง ปริมาณ ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) การเตรียมการ การตรวจคัดกรองและการจัดท

แผนการดูแล 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 3) กระบวนการ จัดระบบบริการ 4) นโยบายและดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง 5) การช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ผลลัพธ์ ภายหลังดำเนินกระบวนการพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังมีภาวะสุขภาพดี ขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด และภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับ อนุชา ลาวงค์ และคณะ (2564) ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังในชุมชน จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ชั้น ได้แก่ 1) ศึกษาและการประเมินสถานการณ์ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ 2) การประเมินศักยภาพ การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุและคืนข้อมูล 3) พัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4) ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านติดเตียงในชุมชน และ 5) ประเมินผลการ ดำเนินงานและเผยแพร่ข้อมูล หรือ NATIE Model มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับ มาก 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงที่มี ภาวะฟังฟัง โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 40.0 มีปัญหาด้าน สุขภาพร่างกายมาก และมีความต้องการด้านสุขภาพ โดยรวมด้านร่างกายมากที่สุด และ 3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมี การปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังกลุ่มที่ 2 จำนวน 12 คน หลังการพัฒนา พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง กลุ่มที่ 1 เพิ่มขึ้น จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และมี ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังกลุ่มที่ 2 ลดลงเหลือ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

3.ผลของการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของ คะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนในเขตโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอบึงนาราง จังหวัดศรีสะเกษ สูงกว่าก่อนการ

ดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี มีผลต่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนน ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพ ชีวิตโดยรวม ของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง สูงกว่า ก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่าง มีผลต่างค่าเฉลี่ยของ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลอง 2.06 คะแนน (95%CI=9.85-10.79) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น 2.26 คะแนน (95%CI= 6.97-8.00) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม เพิ่มขึ้น 1.49 คะแนน(95%CI=4.84-4.16) คุณภาพ ชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น 1.64 คะแนน(95%CI= 9.22-9.97) คุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้น 0.68 คะแนน (95%CI=2.48-2.79) ตามลำดับ สอดคล้องกับ ณิชชาล นาคกุล (2561) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุ ราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ทีมผู้ให้บริการพัฒนารู ปแบบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ ชัดเจนขึ้นโดยมีรูปแบบในการพัฒนา 5 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล 2) การพัฒนาระบบ การติดตามเยี่ยม 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายดูแลผู้ป่วย 4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 5) การสนับสนุนทางสังคมผลการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 135 ราย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้น พื้นฐานเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($w=-2.122$) และในส่วนของ การรับรู้ภาวะสุข ภาพ พบว่า หลังการพัฒนาแบบการดูแล ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะ สุข ภาพที่ดีกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($w=-8.024$) และสอดคล้องกับทิพย์รัตน์ กันทะ (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะฟังฟัง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน และศึกษา

ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงตำบลสวด ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559
ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็น
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลสวด ญาติผู้สูงอายุ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำ
ชุมชน ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวด
และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลสวด จำนวน 68 คน ซึ่งได้มาจากการ
เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็น
แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา
และสถิติ paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่า
การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด
อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ
ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) ระยะที่ 2 ขั้นการ
ปฏิบัติตามแผน (Do) ระยะที่ 3 ขั้นกำกับติดตามและ
ประเมินผล (Check) และระยะที่ 4 ขั้นปรับปรุงแก้ไข
ปัญหาและอุปสรรค (Action) การทดสอบความรู้อ
หลังจากการอบรมพัฒนา ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัยทางไกลโรค
สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1) การแสวงหาเครือข่ายในการสนับสนุนงาน
บริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ควรวิเคราะห์
กลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้เสีย ผู้เกี่ยวข้องให้กว้างและ
ครอบคลุมมากที่สุดเพื่อให้ได้เครือข่ายที่หลากหลาย
และครอบคลุมประเด็นปัญหา
- 2) การคืนข้อมูลให้พื้นที่ชุมชนเพื่อให้ทราบ
ปัญหา ซึ่งจะมีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยแก้ปัญหา
และ พัฒนาชุมชน
- 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
ดูแลผู้ป่วย ควรมีการพัฒนาต่อยอดเพิ่มขึ้น เช่น การ
จัดตั้งเป็นกลุ่ม ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นเครือข่ายที่
สามารถให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ดูแลซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาแบบการ
สร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริการผู้ป่วยติดบ้าน
ติดเตียงในชุมชน ที่มีบริบท แตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้
ทราบข้อจำกัดหรือจุดเด่นของ การจัดการเพื่อนำสู่
การพัฒนาการจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการศึกษาด้านการสนับสนุนงาน
บริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนของหน่วยงานที่
เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เอกชน
ศาสนา เพื่อการบูรณาการในการดูแลสุขภาพชุมชน ใน
รูปเครือข่ายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- เกียรติศักดิ์ วิจักษณกุลและ อารี บุตรสอน (2564).
การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริการผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโพน อำเภอ
วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
- ชไมพร แร่ทอง (2553). การประเมินผลโครงการพัฒนา
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข
เทศบาล 8 กองการแพทย์ เทศบาลนครอุดรธานี
จังหวัดอุดรธานี.
- ชนิดา สุ่มมาตย์ (2551). การพัฒนาแบบในการ
จัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนใน
ภาคอีสาน.[วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์].มหาสารคาม:
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ณิสาชล นาคกุล (2561). การพัฒนาแบบการดูแล
ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาล
นครสุราษฎร์ธานี.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาอายุ (2555). กระบวนการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบล
มาบแค อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม.
- พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ (2550). การดูแลและการพัฒนา
สุขภาพผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยประชากรและ
สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 16 มกราคม
2550, กระทรวง สาธารณสุข.

- ทิพย์รัตน์ กันทะ (2564). ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน.
- วรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์ และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ. (2563). ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม.
- รายงานผลการดำเนินงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอบุณฑลบุรี จังหวัดศรีสะเกษ, 2565.
- สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลป์ และวรรณศิริ ประจันโน (2562). ศึกษาเรื่อง รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล.
- สมศักดิ์ ชุมทรัพย์ (2552). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัชเกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม ลีระพันธ์ (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการ ดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเซมเบอร์รี่ จำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2551). อาหารทั่วไป และอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุมิตรา วิชา, ณัฏพันธ์ มานพ. สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจ พร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตร วงศ์, ธนฤกษ์ หมิ่นก้อนแก้ว, ธนัชพร มณีวรรณ (2560). รายงานผลการวิจัยการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า หรือชุมชนฮ่องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง.
- อนุชา ลาวงค์ และคณะ. (2564). ศึกษาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่น จังหวัดร้อยเอ็ด.
- Edwards RG (1996). The history of assisted human conception with special reference to endocrinology. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*; 104(3):183-204.
- Kemmis, S & McTaggart, R (1988). *The Action Research Planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University.