การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Creating a network to support caring for home-bound and bed-bound patients in Tambon Non-Non, Warinchamrap District, Ubon Ratchathani Province

เกียรติศักดิ์ วิจักษณกุล[1] อารี บุตรสอน[2*]
Keattisak Wijaksanakul[1] Aree Butsorn[2*]

***Corresponding author: aree.b@ubu.ac.th.com**
(Received: July 19, 2022; Revised: September 13, 2022; Accepted: September 16, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุ คหบดีในและนอกชุมชน ประชาชนในเขตตำบลโนนโหนน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 50 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายก่อนและหลังโดยใช้สถิติ paired t-test ทำการศึกษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน กรกฎาคม 2564 การวิจัยใช้กระบวนการของ เคมมิส และ แมกทากาต (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ผลการวิจัยพบว่า การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คือ การใช้รูปแบบ ICSKVT Model ประกอบด้วย 1) Inspiration: แรงบันดาลใจ 2) Contribution: การมีส่วนร่วม 3) Social Responsibility: ความรับผิดชอบต่อสังคม 4) Kindness: ความเมตตา 5) Value: การให้คุณค่า และ 6) Trust: ความไว้เนื้อเชื่อใจ หลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 2.65 คะแนน (95%CI=1.56-3.74) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น 1.77 คะแนน (95%CI=0.67-2.87) และการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายเพิ่มขึ้น 1.97 คะแนน (95%CI=0.52-3.41) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การสร้างเครือข่าย การบริบาลผู้ป่วย ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง

[1]หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[1]M.P.H. in Public Health Program, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University
[2]วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2]College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

Abstract

This action research aimed to create a network to support caring for home-bound and bed-bound patients in Tambon Non-Non, Warinchamrap District, Ubon Ratchathani Province. The sample group consisted of representatives from local government organizations, community leaders, elderly families, wealthy people in and outside the community, people in the community, director of Tambon health promoting hospitals total of 50 people by purposive sampling. Data were collected through interviews and group discussions and analyzed by categorizing and using content analysis. The mean difference in satisfaction, quality of life, and networking participation before and after were compared using paired t-test. The study was conducted between February and July 2021. The research used the process of Kemmis & McTaggart (PAOR) with 3 cycles, each cycle consisting of 4 steps as follows: planning, implementation, observation, and reflection. The results showed that creating a network to support caring for home-bound and bed-bound patients in Tambon Non-Non, Warinchamrap District, Ubon Ratchathani Province is ICSKVT Model consists of 1) Inspiration 2) Contribution 3) Social Responsibility 4) Kindness 5) Value and 6) Trust. The results of the comparison of the mean difference in satisfaction, quality of life, and participation in networking found that after using the developed model, the sample group had different mean scores of satisfaction, quality of life, and participation in networking were statistically significantly higher than before the experiment at the .05 level. The sample group had a difference in mean scores of satisfaction increased by 2.65 points (95%CI=1.56-3.74), the quality of life of home-bound and bed-bound patients increased by 1.77 points (95%CI=0.67), and networking participation increased by 1.97 points (95%CI=0.52-3.41), respectively. Based on the results, the developed model was able to modify creating a network to support caring for home-bound and bed-bound patients in Tambon Non-Non, Warinchamrap District, Ubon Ratchathani Province achieved the goals set.

Keywords: Networking, Patient care, Home-bound patients, Bed-bound patients

1. บทนำ

แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งนอกจากจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแล้วยังมีอายุยืนขึ้นด้วย ซึ่งเพิ่มเพิ่มภาระการดูแลที่มากขึ้นตามไปด้วย[1] วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น โรคทางสมองและจิตเวช โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง และภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีปัญหาการมองเห็น และมีภาวะสมองเสื่อมที่พบมากขึ้น ส่งผลให้มีความต้องการผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อนและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงทางสุขภาพเหล่านี้[2] โดยทั่วไปสูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค และมีปัญหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมากขึ้น[3] การดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุของระบบงานสาธารณสุขในปีที่ผ่านมาพบว่าไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุมและต่อเนื่อง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักถูกทอดทิ้งจากญาติ ชุมชนและระบบการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนอยู่นิ่งๆ นาน ๆ ได้แก่ ภาวะข้อติดแข็ง แผลกดทับ ภาวะติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการ และอื่น ๆ กลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและมีอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุจากโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นเรื่อย ๆ

ปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูก และข้อเสื่อม เป็นต้น ในปี 2567 คาดว่าจะมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงจำนวนถึง 280,000 คน ขณะที่ครัวเรือนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง ทำให้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ 13[4] นำมาซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเมื่อต้องดำเนินกิจวัตรประจำวันโดยไม่มีคนดูแล โดยภาวะโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพนั้นเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุมากที่สุด[5] จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2563 พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว 1.3 ล้านครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 6 เป็นโรคสมองเสื่อม 651,950 คน และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง จำนวน 43,520 คน[6] และจากการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทยโดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALYs) เป็นตัวบ่งชี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสียสุขภาวะเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ[7] ในภาพรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนนน้อย ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบทั้งหมด 6,046 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 735 คน คิดเป็นร้อยละ 14.28 ของจำนวนประชากรทั้งหมด มีผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 23.26 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด มีผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงร้อยละ 17.41 และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ จำนวน 6 คน โดยมีอัตราส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 1:16 จากการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุล่าสุดในปี 2563 พบว่ามีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 171 คน และมีผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียงที่เข้ารับการบริบาลจำนวน 128 คน และมีผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียงระดับมากที่เข้ารับการบริบาล จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 1.90 ของผู้สูงอายุทั้งหมด[8] ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ลดการสูญเสียชีวิตและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัญหาที่เกิดพบในพื้นที่คือ การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนนน้อยยังแก้ปัญหาไม่ตรงจุด เนื่องจากมุ่งเน้นเฉพาะการรักษาโรคและการส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังขาดเรื่องการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ครอบคลุม และยังมีข้อจำกัดอีกหลายประการ เช่น นโยบายของรัฐบาลที่ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติจริงในพื้นที่ ที่กำหนดให้บริการการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในลักษณะของจิตอาสา ซึ่งในความเป็นจริงควรใช้การดูแลแบบมืออาชีพมีมาตรฐานและมีสมรรถนะ นอกจากนี้การกำหนดสัดส่วนในการผลิตผู้ดูแลผู้ป่วยหรือนักบริบาลผูกขาดไว้กับจำนวนบ้านทำให้หน่วยบริการหลายแห่งผลิตนักบริบาลตามจำนวนบ้านที่ตนเองรับผิดชอบ หลายแห่งมีการผลิตมากกว่าจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ทำให้ได้รับค่าตอบแทนไม่เพียงพอ และด้วยค่าตอบแทนที่เล็กน้อยจึงขาดความเอาใจใส่ผู้รับบริการอย่างจริงจัง

การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน จึงน่าจะหนึ่งในแนวทางในการ

แก้ปัญหาระบบงานงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้เป็นรูปแบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และอยู่บนฐานของความครอบคลุมของบริการสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ นำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ผ่านการดูแลโดยเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็งต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอ วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning; P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation; O) และการสะท้อนกลับ (Reflection; R)[9] ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2564 ถึง เดือน กรกฎาคม 2564 แบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง นำมาพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้จนถึงขั้นประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนนน้อย ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 คน ผู้แทนจากโรงพยาบาลวารินชำราบ จำนวน 1 คน ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ จำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขต รพ.สต.นาโหนนน้อย จำนวน 24 คน บุคลากรจากองค์การบริหารส่วนตำบลโนนโหนน จำนวน 1 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลโนนโหนน จำนวน 20 คน รวมทั้งหมด 50 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ ประกอบด้วย

1) แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตการสร้างเครือข่าย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการตรวจสอบความรู้ ทักษะการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน มีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 2) ประสบการณ์การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 3) แนวทางการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายในการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ประกอบด้วย การสังเกต ติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ การสังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่มกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

2) สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วีดีทัศน์การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เรื่องสั้นการสร้างเครือข่าย Role Model และ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในตำบลโนนโหนน จำนวน 45 คน ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ Rating Scale 3 ระดับ คือ พอใจมาก พอใจปานกลาง พอใจน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ พอใจมาก ให้ 3 คะแนน พอใจปานกลาง ให้ 2 คะแนน พอใจน้อย ให้ 1 คะแนน ทำการแปลผลเป็นค่าเฉลี่ยภาพรวม

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ

Rating Scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ทำการแปลผลเป็นค่าเฉลี่ยภาพรวม

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน ไม่เลย ให้ 1 คะแนน ทำการแปลผลเป็นค่าเฉลี่ยภาพรวม

2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้ นำมาหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า มีคะแนน IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตำบลเพียเก้า อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ชุด หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่าย เท่ากับ 0.84 และ 0.80 ตามลำดับ

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยใช้หลักการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation Techniques) ได้แก่ 1) ด้านข้อมูล (Data Triangulation) ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้มาจากหลายแหล่ง ในคำถามประเด็นเดียวกัน ซึ่งเก็บในช่วงเวลา สถานที่ ผู้ให้ข้อมูลและผู้รวบรวมข้อมูลที่ต่างกัน 2) ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) ตรวจสอบการเก็บข้อมูลที่หลากหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การประชุม การบันทึกภาคสนาม การสังเกต รวมถึงการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูลและเพิ่มความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของข้อมูลให้ครบถ้วน 3) ด้านผู้สืบค้น ผู้ศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การประชุม โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในลักษณะส่วนบุคล และการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจะทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่าย และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 50 คน จากแนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูลความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา

2.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ 49/2564 ข้อมูลต่าง ๆ จะเก็บเป็นความลับและถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม

3. ผลการวิจัย

การสร้างเครือข่ายรอบที่ 1 เป็นการรวบรวมบริบทและสถานการณ์ข้อมูลบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ร่วมแลกเปลี่ยนประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พ่อค้าคหบดีในและนอกชุมชน ประชาชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมจำนวนทั้งหมด 50 คน นำเสนอข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง นโยบายการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน เกิดแนวทางการดำเนินงาน คือ การรายงานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน การสร้างจิตสำนึกรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมร่วมกัน การระดมกำลังทั้งภายในพื้นที่และนอกพื้นที่ รอบที่ 2 กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่ม

เดิมในรอบที่ 1 เป็นการดำเนินการตามแนวทางที่ตั้งไว้ โดยเน้นที่การจัดตั้งเครือข่ายการบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่จะประสานงานในการสนับสนุนการบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงให้เกิดผล การจัดหานักบริบาลที่เพียงพอ การแบ่งหน้าที่การทำงาน การจัดหางบประมาณที่จำเป็น การสร้างคุณค่าและความเมตตากรุณาแด่เพื่อนมนุษย์ โดยเน้นการหาเครือข่ายผู้มีจิตศรัทธาในการร่วมสนับสนุนการบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงผ่านสื่อออนไลน์ รอบที่ 3 เป็นการประเมินผลการบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทีมวิจัยและผู้นำชุมชน เป็นการติดตามการบริบาลโดยนักบริบาลและคนในครอบครัวภายใต้การสนับสนุนของนโยบายพื้นฐานและงบสนับสนุนจากเครือข่าย จากกระบวนการดังกล่าวได้รูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

3.1 การพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี วงรอบที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

เริ่มจากการประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 1 วันที่ 6-7 เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2564 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 25 คน คหบดีในและนอกชุมชน จำนวน 4 คน ประชาชนในเขตตำบลโนนโหนน จำนวน 5 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมจำนวนทั้งหมด 50 คน เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กระบวนการเริ่มต้นจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยกิจกรรมการแนะนำตัว การจำชื่อเพื่อนในกลุ่ม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประสบการณ์การการให้ความช่วยเหลือ และแรงบันดาลใจในการให้การสนับสนุนการบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน จากนั้นต่อด้วยกระบวนการ Future Search Conference: FSC การมองอดีต เห็นปัจจุบัน และวาดภาพในอนาคตที่อยากให้งานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเกิดประโยชน์สูงสุด โดยร่วมกำหนดวิธีการและแนวทางการบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พร้อมการกำหนด Time Line ในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

การดำเนินงานระยะที่ 1 (Action1) การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี การสร้างเสริมพลังให้คนเกิดความช่วยเหลือคนอื่นผ่านกระบวนการเล่าสถานการณ์ทั่วไปและโยนคำถาม โดยนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสันร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเครือข่ายผ่าน 4 กิจกรรม คือ การนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณด้านการบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ตามสภาพการณ์ความเป็นจริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “เสวนา: ทำอย่างไรผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี”

กิจกรรมที่ 2 “จะเอางบประมาณจากไหน”

กิจกรรมที่ 3 “สร้างเครือข่าย” ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ประชาชน กลุ่มเครือข่ายในชุมชน กลุ่มเพื่อน กลุ่มพ่อค้า และกลุ่มนักธุรกิจ เพื่อการประสานงานเครือข่ายและออกแบบให้ความช่วยเหลือบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กิจกรรมที่ 4 “แนวทางการช่วยเหลือ” การจัดหาหรือพัฒนาผู้ดูแล (Care Giver) ให้มีจำนวนเพียงพอต่อการดูและหรือบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ฝึกทักษะและประสบการณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ตลอดจนกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานที่เหมาะสม รวมถึงสนับสนุนค่าตอบแทนที่เหมาะสมให้กับผู้ดูแลหรือบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน

การดำเนินงานระยะที่ 2 (Action2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จากการระดมสมองพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน พบประเด็นปัญหา คือ งบประมาณที่สนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่เพียงพอต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ขาดการมีส่วนร่วม ความเสียสละ การร่วม

รับผิดชอบของคนในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ดังนั้นจึงมีการออกแบบการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) และ ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection)

การสังเกตการณ์ปฏิบัติการ การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ว่ามีความเป็นไปในทิศทางใด พัฒนาการเป็นอย่างไร และทำการสะท้อนกลับเพื่อนำเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนากระบวนการวงรอบที่ 2

3.2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี วงรอบที่ 2 และวงรอบที่ 3

ผู้วิจัยได้ทำตามขั้นตอน PAOR ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) การสะท้อนกลับ (Reflection) มีการดำเนินการและผลลัพธ์ ดังนี้

การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 2 วันที่ 21-23 เดือน มิถุนายน พ.ศ.2564 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุ คหบดีในและนอกชุมชน ประชาชนในเขตตำบลโนนโหนน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 50 คน เริ่มจากการทบทวนการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ว่าได้ผลดีอย่างไร เกิดปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง พบมีเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนการบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่ที่เกิดจากความต้องการสนับสนุนให้มีผู้ดูแลในพื้นที่

การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 3 วันที่ 29-30 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุ คหบดีในและนอกชุมชน ประชาชนในเขตตำบลโนนโหนน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 50 คน มีการร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานโดยใช้กลไกการสร้างคุณค่า ความรับผิดชอบต่อสังคม และหลักพรหมวิหาร 4 คือ เมตตา กรุณา มุทิตา และ อุเบกขา เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพคุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน และเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสังคมชุมชนร่วมกัน มีการจัดตั้งกองทุนการบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ทำให้เกิดเครือข่ายสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรม

ผลลัพธ์ในวงรอบที่ 2 และ 3 ทำให้เกิดจำนวนเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 เครือข่าย คือ กลุ่มผู้สนับสนุนในพื้นที่ที่ประกอบด้วย ญาติ ผู้นำ และประชาชนในพื้นที่ และกลุ่มผู้สนับสนุนนอกพื้นที่ประกอบด้วย กลุ่มเพื่อน กลุ่มพ่อค้า กลุ่มนักธุรกิจ และผู้ที่มีความสมารถในการสนับสนุนการดำเนินงานกองทุน มีงบประมาณเพียงพอโดยได้จากภาคเอกชนเป็นหลัก เช่น องค์กรการกุศลจากประเทศมอลต้า ตระกูลวีอาริยะ เครือเซ็นทรัล ซึ่งมีปริมาณงบประมาณที่สูงมาก จนสามารถขยายเครือข่ายการบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไปในเขตบริการสุขภาพที่ 10 และเขตบริการสุขภาพอื่นๆ ทั่วประเทศ

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการดูแลตามความเหมาะสม โดยพบว่า หลังการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการบริบาลเพิ่มขึ้นจากก่อนการมีรูปแบบ 2.65 คะแนน (95%CI=1.56-3.74) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น 1.77 คะแนน (95%CI= 0.67-2.87) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายเพิ่มขึ้น 1.97 คะแนน (95%CI=0.52-3.41) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายก่อนและหลังการทดลอง

รายการประเมิน	ก่อน (n=45) $\bar{X}$ (SD)	หลัง (n=45) $\bar{X}$ (SD)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความพึงพอใจของผู้ป่วย	12.80(2.18)	15.45(2.39)	2.65	1.56-3.74	4.8561	<0.001
คุณภาพชีวิตผู้ป่วย	15.68(1.85)	17.45(1.70)	1.77	0.67-2.87	3.2107	0.002
การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่าย	19.48(1.82)	21.45(1.66)	1.97	0.52-3.41	2.7237	0.008

เกิดการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบของการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ของอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และเป็นที่ศึกษาดูงานจากทุกภูมิภาคในประเทศไทย และประเทศอื่น โดยมีการนำต้นแบบตำบลโนนโหนนไปประยุกต์ใช้ทั้งเขตบริการสุขภาพและพื้นที่อื่น โดยรูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาในงานวิจัย สรุปได้เป็น ICSKVT Model มีรายละเอียด ดังนี้ (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 รูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอ วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

1) แรงบันดาลใจ (Inspiration) หมายถึง การสร้างพลังอำนาจที่ใช้ในการขับเคลื่อนการคิดและเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน โดยอาศัยแรงจูงใจภายในจิตใจ เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการคิดและการกระทำในสิ่งที่พึงประสงค์ ไม่ว่าสิ่งที่ตนกระทำนั้นจะยากสักเพียงใด ก็พร้อมที่จะฝ่าฟันอุปสรรคทั้งหลายสู่ความสำเร็จที่ต้องการให้ได้

2) การมีส่วนร่วม (Contribution) หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชน ไม่ว่าปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกันและเข้า มาร่วมรับผิดชอบเพื่อดำเนินการพัฒนาสนับสนุนเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กระทำผ่านกลุ่มหรือองค์การ เพื่อให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

3) ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility) หมายถึง หน้าที่อันพึงกระทำของบุคคลที่จะเข้ามาร่วมดูแลสังคม ในที่นี้หมายรวมถึงการสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

4) ความเมตตา (Kindness) หมายถึง ความรักใคร่ปรารถนาดีอยากให้เขามีความสุข มีจิตอันแผ่ไมตรีและคิดทำประโยชน์แก่กลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

5) การให้คุณค่า (Value) หมายถึง การรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า มีศักยภาพและภูมิใจในตนเอง โดยการได้ช่วยเหลือบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ถือเป็นการสร้างคุณค่าในตัวเอง

6) ความไว้เนื้อเชื่อใจ (Trust) หมายถึง ความไว้เนื้อเชื่อใจที่มีต่อบุคคลอื่นว่า เขาจะปฏิบัติต่อเราด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต สามารถพึ่งพิงได้ รวมถึงการไม่เอารัดเอาเปรียบเรา โดยต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดกับผู้ที่เข้ามาร่วมเครือข่ายว่าสิ่งสนับสนุนได้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้สนับสนุน

4. อภิปรายผล

จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด[8] ร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจและสมรรถนะแห่งตนมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ทำให้ได้รูปแบบการสร้างเครือข่าย คือ การสร้างแรงบันดาลใจ การมีส่วนร่วม ความรับผิดชอบต่อสังคม ความเมตตา การให้คุณค่า และความไว้เนื้อเชื่อใจ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

สถานการณ์การบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนตำบลโนนโหนน พบว่า งบประมาณที่สนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 6,000 บาทต่อคนต่อปี เป็นงบประมาณที่ไม่เพียงพอในการดูแลบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จึงจำเป็นต้องหาแนวร่วมหรือผู้สนับสนุนหลักโดยการสร้างเครือข่ายการบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนร่วมกันของผู้ที่มีอุดมการณ์เดียวกันในการมุ่งการบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนที่เกิดการดูแลที่เป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ควรจะเป็นผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียที่ครบถ้วน จึงก่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ

รูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คือ ICSKVT Model เกิดมาจากการพัฒนาภายใต้บริบทของพื้นที่ มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกระบวนการอย่างครบถ้วน และเปิดโอกาสทุกส่วนได้เสนอแนวการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนได้รับบริการการดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ ศรีเกิน และคณะ ที่พบว่า กลุ่มองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว คือ หน่วยบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ถึงตติยภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ[10] สอดคล้องกับศึกษาของณิสาชล นาคกุล ที่มีการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี โดยมีรูปแบบในการพัฒนา 5 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล 2) การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย 4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 5) การสนับสนุนทางสังคม[11] ซึ่งการสร้างเครือข่ายโดยดึงผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่ายมาเกี่ยวข้องและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นหนึ่งในกิจกรรมที่งานวิจัยนี้ก็ใช้ในการพัฒนาเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับศึกษาของฐากูร ชัยสถาพร ที่กล่าวไว้ว่ากระบวนการสร้างเครือข่ายทางสังคมนั้นควรเริ่มด้วยการพูดคุย เพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่สมาชิกว่าสมาชิกจะได้ผลประโยชน์อย่างไรบ้าง บอกถึงข้อดี ข้อเสียในการสร้างเครือข่ายทางสังคม หลังจากนั้นต้องวางแผนระบบการทำงานอย่างชัดเจน กำหนดวิสัยทัศน์ในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน แบ่งหน้าที่งาน กระจายอำนาจแก่สมาชิก และมีนักการเมืองเข้ามาช่วยประสานงานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ให้มาช่วย ร่วมกันแก้ปัญหา และขับเคลื่อนเครือข่ายทางสังคมไปด้วยกัน[12] และสอดคล้องกับรูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า หรือชุมชนฮ่องห้า ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล (2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน (3) จัดระบบบริการสุขภาพระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีของ รพ.สต.ฮ่องห้า รพ.แม่ทะ และ รพ.ลำปาง (4) การกำหนดนโยบาย แผนงานโครงการ และงบประมาณจากเทศบาลน้ำโจ้ และ (5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละส่วนประกอบมีความเชื่อมโยงเพื่อประสานการทำงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน[13]

การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คือ แรงบันดาลใจ การมีส่วนร่วม ความรับผิดชอบต่อสังคม ความเสียสละ ความเมตตา การให้คุณค่า และ ความไว้เนื้อเชื่อใจ ดังนั้นการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน จำเป็นต้องคำนึงถึงประเด็นดังกล่าว โดยเฉพาะความไว้เนื้อเชื่อใจที่ต้องสร้างให้เห็นให้ได้ รวมไปถึงการสร้างแรงบันดาลใจของผู้ให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานที่หลากหลาย ครอบคลุมมีส่วนร่วมเพื่อการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ยั่งยืน

5. สรุปผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโหนน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้เกิดจากการพัฒนาภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน มีจุดเด่นจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เสนอความคิดเห็นอย่างอิสระ และพัฒนาบนพื้นฐานของข้อมูลจริงในพื้นที่ ทำให้รูปแบบดังกล่าวสามารถใช้ได้จริง และสามารถบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรประยุกต์ทฤษฎี หรือแนวทางอื่นในการสร้างนวัตกรรมใหม่ มาใช้ในการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนให้เกิดความยั่งยืนมากขึ้น

6. เอกสารอ้างอิง

1. Edwards RG. The history of assisted human conception with special reference to endocrinology. Exp Clin Endocrinol Diabetes.1996;104(3):183-204.
2. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2552.
3. ชนิตา สุ่มมาตย์. การพัฒนารูปแบบในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน.

[วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.

4. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชช์ เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม ลีระพันธ์. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเซมเบอรี่ จำกัด; 2561.
5. พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ. การดูแลและการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 16 มกราคม 2550, กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563 บทบาทภารกิจ. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 เมษายน 2565]. แหล่งข้อมูล: https://thaitgri.org/?p=39772
7. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. อาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ.กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, 2551.
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนโหน. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี, 2564.
9. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
10. อรวรรณ ศรีเกิน, มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง, พรรณิภา ไชยรัตน์. การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2562;1(2):39-54.
11. ณิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561; 28(3):36-50.
12. ฐากร ชัยสถาพร. แนวทางการสร้างเครือข่ายทางสังคม กรณีศึกษา ระบบทวิภาคีเพื่อยกระดับคุณภาพแรงงานไทย [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 เมษายน 2565]. แหล่งข้อมูล: http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc_pr/ndc_2560-2561/PDF/8388s/รวม.pdf
13. สุมิตรา วิชา, ณัชพันธ์ มานพ. สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, ธนกฤษ หมื่นก้อนแก้ว, ธนัชพร มณีวรรณ. รายงานผลการวิจัยการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า หรือชุมชนฮ่องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง; 2560.