



รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแม่นนท์ เมืองอุดรธานี

ชลการ ทรงศรี ปร.ด.*

บทคัดย่อ

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพเป็นด่านแรกสำหรับประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการ 2 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์สุขภาพ มีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 11 คน เก็บข้อมูลโดยศึกษาเอกสารสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม และจากแฟ้มสุขภาพครอบครัวรายงานผลการดำเนินงานประจำปี ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 40 คน และประเมินความเหมาะสม ความสอดคล้องของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 11 คน ผู้ร่วมวิจัยได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจงทุกขั้นตอน ทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า ตรวจสอบจากสมาชิก นำมาจัดกลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สรุปผลวิจัยได้ดังนี้

สถานการณ์สุขภาพของประชาชน พบปัญหาสุขภาพมีผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้พิการและผู้ป่วยหอบหืด การดูแลสุขภาพของชุมชน เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยประชาชนจะซื้อยารับประทานเองหรือไปรับบริการคลินิกในหมู่บ้าน กรณีเจ็บป่วยรุนแรงจะพึ่งพาหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด ปัญหาอุปสรรคในการบริการสุขภาพคือพบผู้ป่วยบางรายไม่มารับการรักษาตามนัด การรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่วนปัญหาการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ยังไม่มีรูปแบบการบริการสุขภาพที่บ้านที่ชัดเจน ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ต้องการให้มีรูปแบบบริการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ชัดเจน นอกจากนี้ผู้ร่วมวิจัยมีความเห็นตรงกันว่า ครอบครัวและชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน รูปแบบการบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นได้แบ่งประเภทผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภทคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนและขาดผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถดูแลตนเองได้ และผู้ป่วยหลังกลับจากการรักษาโรงพยาบาล สำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน นอกจากเป็นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพแล้วยังต้องมีเครือข่ายในการให้บริการ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา บุคคลในครัวเรือน ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริการสุขภาพที่บ้านที่พัฒนาขึ้นโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก และมีความสอดคล้อง

ข้อเสนอแนะการวิจัย การทำความเข้าใจสถานการณ์สุขภาพและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพ โดยสมาชิกในชุมชน จะทำให้ชุมชนมีความรู้สึกรับรู้ของการเป็นเจ้าของสุขภาพ ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านต้องมีการศึกษาเพื่อการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพที่บ้าน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพเป็นด่านแรกสำหรับประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม หัวใจหลักของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคือ การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งสามารถมองปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม และเป็นการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและบริบทของชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมโดยให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพในชุมชน¹ มีบทบาทให้ความรู้แก่ประชาชนและสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ จากผลการประเมินการให้บริการสุขภาพในภาพรวมจังหวัดอุดรธานีพบว่าการจัดบริการสุขภาพที่บ้านในระดับปฐมภูมียังไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่แท้จริงของประชาชนในพื้นที่เท่าที่ควร² การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ คาดหวังว่าจะได้รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทและสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) พื้นที่ในการศึกษา คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนอง ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือเมือง จังหวัดอุดรธานี ทำการศึกษาในเดือน มกราคม 2556 ถึงเดือน ตุลาคม 2556

ขั้นตอนของการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะแรก ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนอง ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้เกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแทนผู้รับบริการ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้นำและองค์กรในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยโดยวิธีเจาะจงจำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับรูปแบบการบริการสุขภาพที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรค ในปัจจุบัน ความต้องการการบริการสุขภาพที่บ้าน และข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพ แฟ้มสุขภาพครอบครัว (Family Folder) และ แฟ้มสุขภาพชุมชน (Community Folder) แบบสรุปรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สัมภาษณ์แบบเจาะลึก และสนทนากลุ่ม บทบาทของผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละขั้นตอน ขออนุญาตบันทึกเสียงและวีดิทัศน์ในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลทำการวิเคราะห์ ปัญหา/ความต้องการ จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนอง เพื่อศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้อง สภาพแวดล้อม วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ สรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การจดบันทึกการสังเกต ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และแปลความหมายในภาพรวม และการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ทบทวนข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ว่าข้อมูลน่าเชื่อถือเพียงใด มีความหมายอย่างไร ความสัมพันธ์กับปรากฏการณ์อื่น ๆ และลักษณะของข้อมูลที่ได้อยู่ในระดับสถานการณ์ใดสมควรต้องเก็บเพิ่มเติมหรือไม่ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลสรุปตามประเด็น

ระยะที่สอง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนอง

ผู้ร่วมวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นผู้เกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแทนผู้รับบริการ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพของหน่วย



บริการปฐมภูมิ ผู้นำและองค์กรในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยโดยวิธีเจาะจงจำนวนจำนวน 40 คน การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องจำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยรูปแบบการดูแลสุขภาพฉบับยกย่องซึ่งในเล่ม ประกอบด้วย 4 บท คือ บทที่ 1 กลุ่มเป้าหมายการจัดการบริการสุขภาพที่บ้าน บทที่ 2 แนวทางการจัดการบริการสุขภาพที่บ้าน บทที่ 3 การจัดการบริการสุขภาพกับการเยี่ยมบ้าน และบทที่ 4 บทบาทของพยาบาลกับการบริการสุขภาพที่บ้าน ส่วนการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เครื่องมือเป็นแบบสอบถามข้อความรายการประเมิน ความเหมาะสม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert) มี 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการนำเอาคำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน มาแปลงเป็นคะแนน³

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) การประชุมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ คัดเลือกข้อมูล ที่วิเคราะห์และสรุป ได้แก่ ผู้ร่วมวิจัย สร้างความสนใจร่วมกัน และร่วมกันวางแผนในการจัดการบริการสุขภาพ กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการบริการ กำหนดผู้ให้บริการและกิจกรรมการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร่างรูปแบบการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และกลุ่มผู้ร่วมวิจัยสะท้อนกลับรูปแบบที่ยกย่อง เพื่อเสนอแนะเพิ่มเติมอีกครั้ง นำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับเพื่อให้ได้รูปแบบการที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น 2) การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามการประเมินรูปแบบ และรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ผู้วิจัยและทีมได้ยกย่องขึ้น พร้อมแบบสอบถามการประเมินรูปแบบไปขออนุญาตพบผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 11 คน ด้วยตัวเองตามวันเวลาที่นัดหมาย ชี้แจงการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นได้นัดหมายเพื่อทราบวันเวลาในการมารับแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วจึงดำเนินการต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ผลการพิจารณาประเด็นการประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบการจัดการบริการสุขภาพโดยสถิติค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ และความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ถนนที่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักในการดูแลคือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็ก 0 ถึง 5 ปี กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้พิการ โดยที่สอดคล้องกับภารกิจหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สำคัญ⁴ ภาวะสุขภาพของประชาชนพบปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา คือ ผู้พิการ และผู้ป่วยหอบหืด ส่วนการดูแลสุขภาพของชุมชนเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยารับประทานเองหรือไปหาหมอตตามคลินิกในหมู่บ้าน ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุจะพึ่งยาสมุนไพร กรณีเจ็บป่วยมากก็จะพึ่งพาหน่วยบริการปฐมภูมิคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ถนน และโรงพยาบาลอุดรธานี ปัญหาอุปสรรคในการบริการสุขภาพ พบผู้ป่วยบางรายขาดนัด ทำให้รับยาและรักษาไม่ต่อเนื่อง ปัญหาการจัดการดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่าที่ผ่านมาและในปัจจุบัน ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนสำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ปฏิบัติอยู่คือ ในกลุ่มปกติ มีการติดตามเยี่ยม ปีละ 1 ครั้ง สำหรับประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย และกลุ่มป่วยเรื้อรังเยี่ยมตามความจำเป็น สำหรับบุคลากรในการให้บริการสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งเป็นบุคลากรหลักในการให้การดูแลโดยที่สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁵ นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาร่วมดูแล ซึ่งทำให้เกิดการประสานงานในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย⁶ กิจกรรมในขณะเยี่ยมชมส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินการดูแลตนเองและการให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การป้องกันภาวะ



แทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ แตกต่างกันไปเป็นราย ๆ ไป ในผู้ป่วยที่ติดเตียง เน้นให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองเบื้องต้น สำหรับการประเมินผลดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการประเมินตามตัวชี้วัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีได้กำหนดให้และเกณฑ์การประเมินผลการติดตาม สอดคล้องกับเกณฑ์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี⁷ ปัจจัยของความสำเร็จในการจัดการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ผู้ร่วมวิจัยให้ข้อเสนอแนะคือ มีจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม ความรู้เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทุกภาคส่วนควรให้ความร่วมมือ เจ้าหน้าที่ทำงานเยี่ยมบ้านจะต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและสามารถให้การรักษเบื้องต้นได้ และทีมเยี่ยมบ้านควร ประกอบด้วย ผู้นำในชุมชนและอาสาสมัครต่าง ๆ ในชุมชนหรือจิตอาสา ร่วมด้วย และควรมีทีมทำงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับ ประพนธ์ วัฒนกิจ⁸ ที่พบว่าภาระบุให้มีผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพที่บ้านให้ชัดเจน จะสามารถกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบไว้ได้อย่างชัดเจน⁹ อันจะทำให้เกิดความคล่องตัวในการทำงานส่งผลให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเกิดความต่อเนื่อง

ด้านความต้องการและความคาดหวังต่อการจัดบริการ เรื่องการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นเรื่องทุกคนเห็นว่าเป็นความจริงที่จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ โดยจัดบริการให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม และบุคลากรที่ติดตามเยี่ยมควรจะมีความรู้และสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องได้ซึ่งควรเป็นแพทย์ พยาบาล นักกายภาพ เภสัช หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆที่สามารถให้ความช่วยเหลือในปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร ฝอยทอง¹⁰ ที่พบว่าประชาชนมั่นใจและต้องการตรวจกับบุคลากรแพทย์มากที่สุดหรือถ้าเป็นบุคคลอื่นๆ เช่น อสม. หรือจิตอาสา ควรได้ผ่านการอบรมความรู้ในเรื่องที่จะลงไปติดตามเยี่ยมสอดคล้องกับการศึกษาของโอริริตา¹¹ ที่พบว่าทักษะและประสบการณ์ที่ดีมีผลต่อการดูแลที่มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ในระดับสูงและยังสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศที่พบว่าคุณภาพการให้บริการผู้ให้บริการผู้ให้บริการต้องแสดงออกในลักษณะการให้การช่วยเหลือด้วยความกระตือรือร้นและพร้อมที่จะรับฟังปัญหาและข้อเสนอแนะจากผู้ป่วย^{12,13,14}

สำหรับปัจจัยของความสำเร็จของการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทุกภาคส่วนในชุมชนควรให้ความร่วมมือเริ่มจากกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการดูแลที่บ้านในกลุ่มเป้าหมาย โดยทีมดูแลสุขภาพที่บ้านทุกระดับควรเข้าใจวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน และวัฒนธรรม เพื่อนำสู่การจัดรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน สำหรับภาคส่วนที่กล่าวถึงควร ประกอบด้วย ผู้นำและองค์กรในชุมชน อาสาสมัคร จิตอาสา และสมาชิกในครอบครัว ร่วมดูแลด้วยโดยมีการพัฒนาศักยภาพของทีมทุกระดับให้สามารถให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่บ้าน สอดคล้องกับเพชรตะวัน ธนะรุ่ง และคณะ¹⁵ ที่พบว่าการบูรณาการภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพนั้นต้องมีการบูรณาการแนวคิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนโดยที่มีผู้นำพาขับเคลื่อนและการมีส่วนร่วมของสมาชิกและการสร้างเครือข่าย โดยมีความเชื่อมโยงกับองค์กรภายนอก และการพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ด้านสุขภาพจะทำให้เกิดความร่วมมือและเสริมพลังการดำเนินงานระหว่างองค์กร

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนองกระบวนการพัฒนา ในขั้นวางแผน (Planning) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนองกระบวน ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้มีการคืนข้อมูลด้านสุขภาพเบื้องต้นที่วิเคราะห์สรุปได้เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการในการวางแผนและการบริหารจัดการสุขภาพเป็นการตอบสนองร่วมกันของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการด้านสุขภาพด้านผู้ใช้บริการสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ข้อมูล ทำให้เกิดความเข้าใจถึง สภาพปัญหา ความต้องการและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการระดมพลังสมองเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา จนได้รูปแบบการบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับสภาพปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการจัดการบริการด้านสุขภาพอธิบายได้ว่าเป็นรูปแบบของการวิจัยที่ประกอบไปด้วย กระบวนการค้นคว้าทางสังคม (Social Investigation) การให้การศึกษ (Education) และการกระทำหรือการ



ปฏิบัติการ (Action) เพื่อให้สังคมได้มีส่วนร่วมในการสร้างความรู้และทำความเข้าใจกับสภาพการณ์ที่ปรากฏอยู่ รวมทั้งเปิดพื้นที่ให้เรียนรู้และแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างหลายฝ่าย เป็นการสร้างความรู้ให้กับสังคมได้อย่างเป็นรูปธรรมซึ่ง พันธุ์ทิพย์ งามสูตร¹⁶ กล่าวว่าการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีหลักการสำคัญที่ให้ความเคารพต่อภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น ตลอดจนระบบการสร้างความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา¹⁷ ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นแต่ละแห่งเข้าร่วมศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลรวมทั้งการหาประเด็นปัญหาเชิงพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนตน จะทำให้ได้ข้อมูลความเป็นจริง และได้แนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมหรือมีความพอดีกับบริบทของชุมชนท้องถิ่นนั้นและนอกจากนั้นยังทำให้มีการขับเคลื่อนมวลสมาชิกเข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นกระบวนการของผู้มีความรับผิดชอบร่วมกัน เรียนรู้ด้วยกันและแก้ไขปัญหากันไปพร้อมกัน ขั้นตอนการและขั้นตอนการสังเกตผลเป็นการหาความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากปฏิบัติภายใต้บริบทผลของการสังเกตจากการศึกษานี้พบว่าเจ้าหน้าที่แต่ละคนยังขาดความเข้าใจในบทบาทของตนเอง โดยเฉพาะผู้นำชุมชน และองค์กรในชุมชนขาดการสื่อสารการพูดคุยปัญหาอุปสรรคและแนวทางการปรับการปฏิบัติงานและพบว่าแต่ละหน่วยงานไม่ได้ทำแผนการออกปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกันทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในส่วนการออกปฏิบัติงานในลักษณะที่มียังไม่เกิดให้เห็นชัดเจนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัน พิสัยพันธ์¹⁸ พบว่าโครงสร้างการบริหารงานของศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นการจัดระบบงานยังขาดการบูรณาการ ระบบงานไม่มีความคล่องตัวและบุคลากรด้านสาธารณสุขขาดทักษะการทำงานเป็นทีม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการสุขภาพของประชาชนในส่วนการได้รับการที่บ้านผู้ป่วยและครอบครัวเองยังขาดความมั่นใจในความรู้และศักยภาพของบุคลากร โดยเฉพาะผู้ให้บริการที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสาธารณสุข สำหรับข้อเสนอแนะการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน ควรเป็นจัดการระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน และ

องค์กรในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรในชุมชนให้ดีขึ้น สอดคล้องกับชนิษฐา นันทบุตร¹⁹ ที่พบว่าประเด็นที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการปฏิรูปการจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อให้เป็นรูปธรรมคือการสร้างกลไกการทำงานร่วมกันกับองค์กรที่มีภารกิจที่ทับซ้อนอย่างชัดเจน และพัฒนาแนวปฏิบัติในการทำงานที่เหมาะสมและยังสอดคล้องกับอุไร หัตถกิจ²⁰ ที่พบว่ารูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรเป็นบริการที่ใกล้บ้านและเป็นที่พักของประชาชนได้ครอบคลุม ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆของการจัดการบริการสุขภาพ ซึ่งการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านนั้นจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตลอดจนชุมชน เข้าใจสภาพความเป็นอยู่ นำสู่การรักษาที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางมากขึ้น ขั้นตอนการทบทวนผล (Reflection) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นสังเกตการณ์ นำมาปรับปรุงรูปแบบเพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากขึ้น สอดคล้องกับ เกรสเวลล์²¹ ที่ได้สรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นการดำเนินการวิจัยที่มีการปฏิบัติร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องและเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (Dynamic Process) นำสู่การพัฒนาจากผลสะท้อนและสามารถปฏิบัติได้

3. รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนัก อุดรธานี รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบการจัดการบริการที่ทำให้ทีมสุขภาพมองเห็นผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และทีมสุขภาพสามารถในการช่วยเหลือแนะนำ และพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัวตามบริบทเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ นอกเหนือจากการพึ่งบริการจากบุคลากรด้านสุขภาพ สอดคล้องกับวิโรจน์ วรรณภีระ และชูชัย ศุภวงศ์^{22,4} ที่กล่าวว่าดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นรูปธรรมของการให้บริการที่ผสมผสาน เพื่อช่วยให้การดูแลต่อเนื่องเป็นองค์รวมและตอบสนองต่อปัญหาความต้องการของประชาชนได้อย่างสอดคล้อง ดังคำที่ว่า บ้านเป็นสวรรค์และเรือนตาย²² นอกจากนั้นการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านยังเป็นกระบวนการ



การทั้งที่เป็นการเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพประชาชนมุ่งหวังให้เกิดการกระตุ้นความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (Self-care) การพึ่งพากันเองภายในครอบครัว และระหว่างครอบครัว ในชุมชน ผู้ร่วมวิจัยมีการจำแนกประเภทกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เป็นประเภทเดียวเป็น 4 ประเภทคือ ผู้ป่วยเดี่ยวประเภท 1 หมายถึง ครอบครัวที่มีผู้ป่วยมีปัญหสุขภาพเล็กน้อยหรือเจ็บป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ดี หรือมีการเจ็บป่วยที่สามารถหายขาดได้ ผู้ป่วยเดี่ยวประเภท 2 หมายถึง ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรค ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยไม่ใช่โรคคุกคามชีวิต (not life threatening) ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ ผู้ป่วยเดี่ยวประเภท 3 หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีการดำเนินของโรคที่มากขึ้นตามพยาธิสภาพของโรค มีปัญหสุขภาพการเจ็บป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อน และบางครั้งไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้า หรือพร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยประเภทเดียว 4 หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคก้าวไกลจนกระทั่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ และเข้าสู่ระยะสุดท้ายหรือโรคที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งการรักษาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยได้สิ้นสุดลง มีเพียงการดูแลรักษาตามอาการของโรคเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและความไม่สบาย ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านที่กลุ่มผู้ร่วมวิจัยได้กำหนดในรูปแบบการจัดบริการคือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช นักสุขศึกษา นักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เช่น ผู้นำในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของการบริหารจัดการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่่นท์ โดยแบ่งหน้าที่ขอบเขตรับผิดชอบให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. แม่่นท์เป็นเจ้าภาพหลักในการรับผิดชอบรายหมู่บ้านและรายครอบครัว และแต่ละสาขาวิชาชีพมีหน้าที่ตามภารกิจโดยมีการระบุไว้ในคู่มืออย่างชัดเจน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทและสภาพของผู้ป่วย จากรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้น สามารถอธิบายได้ว่ากา

กำหนด กลุ่มเป้าหมาย ประเภทผู้ป่วย กิจกรรมและบทบาทของผู้ให้บริการทำให้การจัดบริการที่บ้านที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมจะสามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริงซึ่งสอดคล้องกับ ชูชัย ศุภวงศ์ ที่ได้รับว่าการดูแลสุขภาพที่บ้านทำได้ทั้งโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำครอบครัว หรือโดยทีมที่มาจากโรงพยาบาลมาร่วมให้บริการต่อเนื่องกับผู้ป่วยในบ้านของผู้ป่วย และสิ่งที่ควรทราบและหาคำตอบก่อนคือ จะดูแลผู้ป่วยประเภทใด มีความต้องการดูแลมากน้อยแค่ไหน บุคลากรประเภทใดบ้างที่ทำหน้าที่การดูแลกระบวนการดูแลและการประเมินผลควรเป็นอย่างไร และจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพสุขภาพ ได้ระบุคำตอบเหล่านี้ไว้อย่างชัดเจนในคู่มือที่แสดงไว้ในภาคผนวกของงานวิจัย ซึ่งจะนำสู่การนำรูปแบบสู่การปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม

การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง 11 คน พบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.51 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 โดยเรียงลำดับความเหมาะสมตามค่าคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบดังนี้คือ ด้านแนวคิดของคู่มือ ด้านเนื้อหาของคู่มือ ด้านการคัดเลือกผู้รับบริการสุขภาพที่บ้าน ด้านสภาพปัญหาและความจำเป็นของคู่มือ ด้านการประเมินผล ด้านกระบวนการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ด้านผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านและบทบาทของบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ อธิบายได้ว่ารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในบริบทของพื้นที่ที่ศึกษาได้โดยที่สามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ศึกษาและตอบสนองนโยบายด้านสุขภาพในระดับจังหวัดและระดับเขต กระทรวงซึ่งจะนำสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชนได้ที่สุดสอดคล้องกับภารกิจหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ควรมีการให้นโยบายการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ชัดเจน และรูปแบบของการให้บริการควรให้ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ



2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ประชาชนระดับตั้งแต่ระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน

3. การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยในพื้นที่อื่น ควรมีการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพและข้อจำกัดของบริบทพื้นที่

4. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

เอกสารอ้างอิง

1. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. การประเมินการบริหารจัดการการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2553.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาสถานบริการระดับปฐมภูมิ. งานพัฒนาคุณภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (เอกสารอัดสำเนา); 2553.
3. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2535.
4. ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (บรรณาธิการ). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ; 2552.
5. Songsri C. Role Performances of Registered Nurses in Primary Care Unit, Muang Udon Thani Province. Journal of nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2013; 31(2): 176-182.
6. Gabe M, Gill-Forney B. Reaching for the ideal in home care. Home Healthcare Nurse 1993; 11(6): 30-34.
7. คณะกรรมการการดูแลต่อเนื่องเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี. การดูแลต่อเนื่องเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. เอกสารอัดสำเนา; 2554.
8. ประพนธ์ วัฒนกิจ. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในประเทศไทย: นนทบุรี. การพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2542.
9. ธงชัย สันติวงษ์. การบริหารเชิงกลยุทธ์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิชย์; 2539.
10. อัมพร ฝอยทอง. ปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพศูนย์ส่งเสริมสุขภาพยั่งยืน โรงพยาบาลทองแสงชั้น จังหวัดอุดรธานี. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
11. Irurita, V. Factors affecting the quality of nursing care: The patient's perspective. International Journal of Nursing Practice; 1999.
12. Brown L. The experience of care: Patient perspective of care: Patient's perspective. Topic Clinic Nurse 1986; 8(2), 56-62.
13. Benner P, Wrubel I. The primary of caring. Topic Clinic 1989; 8(2): 56-62.
14. Aday LN, Anderson R. Development of indices of address to medical care. Ann Arbor: Health Administration Press; 1975.
15. Thanaroong P, Thrumikaborworn S, Vejpas C. Integration of Health Knowledge and Wisdom in Self-Reliant Communities. Journal of Nursing and Health Care 2014; 32(1): 194-203.
16. พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: สถาบันการพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
17. สำนักงานสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. ชุดวิชาการวิจัยชุมชน. กรุงเทพฯ: เอส อาร์ พรินติ้ง; 2545.
18. รติวัน พิสมัยพันธ์. รูปแบบและการพัฒนาการบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
19. นนทบุรี นันทบุตร และคณะ. โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
20. อุไร หัตถกิจ และคณะ. รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนกรณีศึกษาชุมชนภาคใต้. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
21. Cresswell JW. Research planning, conduction, and evaluation and quantitative Research. Upper Saddle River, New Jersey: Merrill Prentice- Hall; 2002.
22. วิโรจน์ วรรณภิระ. เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัว เขต 18 โรงพยาบาลกำแพงเพชร 23-24 มีนาคม พ.ศ. 2555. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2555.



The Home Care Model of Mae-Non Tambon Health Promoting Hospital, Muang Udon thani

Chonlakarn Songsri PhD*

Abstract

Primary health care is the first line for the health service for individual level, families and communities, focusing on holistic health care. This research aims to develop a model of primary health service where the participatory action research was conducted. The research consists of two stages. The 1st stage was to study health situation, participants consisted of 11 stakeholders. Data was collected by in-depth interview, focusing on group discussion, family folders and the annual report. The 2nd stage was to develop a home care service model by 40 stakeholders. The participation action was done in this step. Participants jointly organized home health care service model. The home health care model was verified by 11 experts. Participants at all stage were purposively recruited. The reliability of the qualitative data was checked by member checking and triangulation method. The data were grouped and analyzed by content analysis until it was saturated. The quantitative data at all stages were analyzed by the mean and standard deviation. The results were as follows: The situation of community health: There were the patients with chronic diseases with both diabetes and hypertension, followed by those with disabilities and asthma patients. The community health care: when they have a minor illness they always go to a health place in community or clinic. In the case of getting serious illness, they will get the services of the primary health care or province hospital. The barriers of health care services lack of continuity treatment with regard to the patient misses to follow the appointment. The home care service did not have the clear pattern. In the needs of the primary care service, most participants preferred to the home care services model, with a clear personnel to be used as a guideline for home health care. In addition, most participants have agreed that families' member and communities should be involved in home health care. The development of the home care service model through community participation was the model which was developed to arrange home health services, the patients were categorized into four types for home care service by participants as follows: the patients with end stage, chronic diseases with complication patients without a care giver, the patients with chronic disease without complications who can self-care, and patients who discharge from the hospital. The home health care providers also need to have the networks such as health volunteers, community leaders, volunteers or members of the household. The developed home care model in collaboration in developed was found at the high appropriate level. In terms of consistency, most of the experts agreed that the model of the home care service which was developed was appropriate and consistent.

Recommendations from the study are as follows: The understanding in community health and participate in solving health problems of community members make them to have sense of ownerships of their health. Effectiveness of home care service model should be further studied for improving and updating the model to suit for the health situation.

Keywords: the development of model, home care

* Registered Nurse, Boromarajonnani College of Nursing, Udon thani