

การพัฒนากระบวนการ การดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน



รศ.ดร.รัชนี สรรเสริญ
และคณะ



ได้รับทุนอุดหนุนจาก

สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พ.ศ. 2554

การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

คณะผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ สรรเสริญ

หัวหน้าโครงการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.วรรณรัตน์ ลาวัณ

ผศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ

ผศ.ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล

ผศ.ดร. ยุวดี ลีลักษณ์วิระ

อาจารย์อโนชา ทศนาชนชัย

ผศ.ดร.สงวน ธานี

ผศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย

วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

อาจารย์จิรพรรณ โพธิ์ทอง

อาจารย์สมพร รักความสุข

ดร.ทองสวย สีทนนท์

อาจารย์ศพล เหลืองโสมนภา

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ

โรงพยาบาลนายายอามและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนายายอาม

นพ.ไพศาล สุขะสา

นางปัทมา รัตนธรรม

นางสาวปวีตรา สุทธิธรรม

นายสุพจน์ ชนะสิทธิ์

กันยายน 2554

สงวนสิทธิ์ตาม พ.ร.บ. ลิขสิทธิ์

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัว

และชุมชนเป็นฐาน

รัชนี้ สรรเสริญ และคณะ

ได้รับการสนับสนุนจาก

สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ(สสพ.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรว.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเรื่อง "การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน" ได้ขอค้นพบที่เป็นข้อมูล องค์ความรู้ บทเรียน และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญเกี่ยวกับการจัดระบบการดูแลคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับนำไปประกอบการพิจารณาการพัฒนาและผลักดันระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก แพทย์หญิงวชิรา รุ่งไพบุลย์ ผู้อำนวยการสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ที่ได้ให้คำปรึกษา และช่วยแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เป็นอย่างยิ่ง รวมทั้งสนับสนุน ให้กำลังใจ และเอาใจใส่เป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ทีมคณาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ความช่วยเหลือ ในกิจกรรมของงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หน่วยเวชปฏิบัติ ชุมชน พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ และบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน รวมถึงกลุ่มผู้บริหารองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มแกนนำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครดูแลคนพิการ/จิตอาสา กลุ่มคนพิการ ผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของอำเภอนายายอาม ที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

ท้ายสุด ขอขอบคุณสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายในการดำเนินการของโครงการวิจัยนี้

รชนี สรรเสริญ และคณะ

ชื่องานวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

คณะผู้วิจัย รัชณี สรรเสริญ และคณะ

ปีที่แล้วเสร็จ 2554

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการระบบการดูแลคนพิการ และพัฒนารูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า

สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของคนพิการ อำเภอนายายอาม มีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 444 คน จำแนกตามประเภทความพิการ ส่วนใหญ่ พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ร้อยละ 59.68 รองลงมาคือพิการทางการเรียนรู้ ร้อยละ 20.50 จากการสำรวจข้อมูลคนพิการจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 201 คน พบว่า คนพิการในอำเภอนายายอามส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.50 ส่วนใหญ่เรียนในโรงเรียนบุคคลทั่วไป ร้อยละ 95.10 คนพิการไม่ได้ประกอบอาชีพก่อนเกิดความพิการ ร้อยละ 33.20 อาชีพที่คนพิการทำก่อนเกิดความพิการเป็นอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25.90 เมื่อมีความพิการส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 72.30 ปัจจุบันคนพิการไม่มีรายได้ ร้อยละ 41.30 (ไม่รวมเบี้ยยังชีพ) สาเหตุของความพิการส่วนใหญ่ เป็นความพิการหลังกำเนิด ร้อยละ 66.70 ระยะเวลาที่มีความพิการน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 36.00 ส่วนใหญ่มีความพิการทางร่างกาย ร้อยละ 60.20 ระดับความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3 ร้อยละ 33.40

ความต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน คนพิการต้องการผู้ดูแล ร้อยละ 44.90 ผู้ให้การดูแลหลักมีเพียง 1 คน ร้อยละ 53.70 ผู้ดูแลหลักที่ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน คือ บิดามารดา ร้อยละ 37.50 กิจกรรมที่คนพิการได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเรื่องการเตรียมอาหาร ร้อยละ 59.00 คนพิการมีการร่วมทำกิจกรรมนอกบ้าน ร้อยละ 29.10 สิ่งที่คนพิการต้องการได้รับการดูแลเพิ่มเติมมี ร้อยละ 52.20 อุปกรณ์เสริมเพื่อช่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่ไม่ใช่ ร้อยละ 67.90 และอุปกรณ์เสริมที่ใช้มากที่สุดคือ ไม้เท้า ร้อยละ 11.10 รองลงมาเป็นรถเข็น ร้อยละ 10.50 สิ่งแวดล้อมภายในบ้านเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ร้อยละ 23.90 สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต คือ ห้องน้ำ ร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นเตียงนอน ร้อยละ 22.90

ระดับความคิดเห็นของคนพิการต่อการไปรับบริการจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สถานบริการปฐมภูมิ ในภาพรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.48, \bar{X}=2.64, \bar{X}=2.49$) การได้รับบริการจากครอบครัว ในภาพรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.92$) คนพิการมีความคิดเห็นต่อการได้รับบริการจากภาคประชาชนในภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=1.92$) คนพิการ ที่มีอายุ 6-15 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาตามประเภทของคนพิการ และไม่ได้รับการศึกษาจากครูที่ได้รับการอบรมด้านการสอนคนพิการ ร้อยละ 91.70 คนพิการส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอาชีพ ร้อยละ 91.90

การได้รับบริการทางด้านสังคม สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ คนพิการส่วนใหญ่รับทราบเกี่ยวกับสิทธิ สวัสดิการและความช่วยเหลือที่รัฐจัดให้ ร้อยละ 70.50 คนพิการส่วนใหญ่ได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ร้อยละ 92.50 ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการศึกษาในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 1.08) คนพิการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านอาชีพในภาพรวม อยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{X}$ = .67) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสังคมในภาพรวม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 1.29) คนพิการส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการ ร้อยละ 92.04 ศูนย์การเรียนรู้มีประโยชน์สำหรับคนพิการในระดับมาก ร้อยละ 66.67 สถานที่ที่ศูนย์การเรียนรู้ควรตั้งอยู่ที่องค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 64.18

การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (Collaborative Approach) จากหลายภาคส่วนที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ในลักษณะเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ของผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนทุกขั้นตอน ควบคู่ไปกับขั้นตอนการมอง การคิด และการปฏิบัติ (Look- Think-Act) ที่มีลักษณะเกี่ยวปฏิสัมพันธ์ (Spiral action) ภายใต้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic conditions: ICC) ซึ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยครอบครัว หุ้นส่วนในชุมชน และทีมสุขภาพเชิงรุกที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนพิการโดยตรง (Micro system) และเชื่อมโยงเข้ากับระบบของการดูแลสนับสนุนขององค์กรในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนพิการทางอ้อม (Meso system) กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบมี 4 ระยะ 7 ขั้นตอน คือ

ระยะที่ 1: ระยะเพาะเมล็ดต้นกล้า (ก่อร่างสร้างฐาน)

1. การสร้างความร่วมมือในการพัฒนา
2. การร่วมมองและสะท้อนปัญหา

ระยะที่ 2: ระยะรดน้ำพรวนดิน (หัวเลี้ยวหัวต่อ)

3. การร่วมคิดเพื่อการพัฒนา
4. การร่วมสร้างระบบที่พึงประสงค์

ระยะที่ 3: ระยะแต่งกิ่งใบและให้ปุ๋ย (พัฒนาต่อเนื่อง)

5. การร่วมประเมินและสะท้อนการปฏิบัติ
6. การร่วมแสวงหาและพัฒนาต่อ

ระยะที่ 4: ระยะผลิดอกออกผล (ปรับให้เข้าสู่วิถีของครอบครัวและชุมชน)

7. การเพิ่มพลังและสร้างความยั่งยืน

ผลการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานตำบลนาขายอาม อำเภอนาขายอาม ได้เกิดนวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ 3 นวัตกรรม คือ

นวัตกรรมที่ 1 รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

จากผลการสร้างและพัฒนารูปแบบระบบการดูแลคนพิการ ตำบลนาขายอาม อำเภอ
นาขายอาม จังหวัด จันทบุรี ได้รูปแบบการดูแลที่เรียกว่า ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ ณ ตำบลนาขายอาม
โดยกระบวนการ WE CAN DO by TIM ที่เกิดจากแนวคิดที่สำคัญของรูปแบบระบบการดูแลคน
พิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน 4 แนวคิด คือ 1) การดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ (Seamless
Continuing Care) 2) ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Strength) 3) ศักยภาพของชุมชน
(Community capacity) 4) การเรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย (Collaborative Learning to
Goal Success) และ 8 หลักการ สำคัญ คือ (1) บทบาทของครอบครัว (Family Role) (2) บทบาทของ
ภาคีเครือข่าย (Network Role) (3) การเข้าถึงบริการ (Access) (4) การประสานงานที่ไร้รอยต่อ
(Seamless co-ordination) (5) จัดเตรียมบริการที่เหมาะสม (Appropriate services) (6) การมีส่วนร่วม
ของครอบครัวและคนพิการ (Family and disabled people participation) (7) การเคารพในศักดิ์ศรีของ
คนพิการ (Respect) (8) ความรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำ (Accountability)

นวัตกรรมที่ 2 กระบวนการดำเนินการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นฐานใช้

กระบวนการ WE CAN DO by TIM ของเครือข่ายจิตอาสาแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน 3 คุณลักษณะ ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตั้งใจ มุ่งมั่น และความร่วมมือในการดูแลคนพิการ (W-Willing)
ขั้นตอนที่ 2 การร่วมค้นหา มองและสะท้อนปัญหา ความต้องการ (E-Exploration)
ขั้นตอนที่ 3 การรวมพลังร่วมคิดเพื่อการพัฒนา (C-Cognition)
ขั้นตอนที่ 4 การร่วมปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พึงประสงค์ (A-Acting)
ขั้นตอนที่ 5 การร่วมประเมินและให้ข้อสังเกตการปฏิบัติ (N-Notice)
ขั้นตอนที่ 6 การร่วมแสวงหาและพัฒนาต่อ (D-Decoration)
ขั้นตอนที่ 7 การสร้างความโดดเด่น ความต่อเนื่องและ ความยั่งยืนด้วยการเพิ่มพลัง (O-
outstanding)

ทั้ง 7 ขั้นตอน เป็นกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการที่เรียกว่า “WE CAN DO” การ
ดำเนินงานดังกล่าวประสบความสำเร็จได้เกิดจากทีมที่เป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่ายที่มาด้วยความ
สมัครใจ จากทุกภาคส่วนในพื้นที่ เป็นทีมของภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา ที่เรียกว่า “TIM” (TIM-Team
Approach/Inspiration and Mankind) มีคุณลักษณะเด่น คือ (1) ภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาต้องทำงานเป็นทีม
ในการดูแลคนพิการ (T-Team approach) (2) ทีมภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาต้องมีแรงบันดาลใจในการดูแล
คนพิการ (I-Inspiration) (3) ทีมภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาต้องมีความรู้สึกร่วมในการทำเพื่อมวล
มนุษยชาติ (M-Mankind)

นวัตกรรมที่ 3 ศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน (นวัตกรรมเพื่อคนพิการ)

จากการดำเนินงานส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนดูแลคนพิการผ่านทีมภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา
ได้ประสบความสำเร็จ ครอบครัวและชุมชน มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพ
ป้องกันความพิการ ฟื้นฟูและพัฒนาคนพิการ มีการปรับสภาพสิ่งแวดล้อม การจัดทำกายอุปกรณ์

เครื่องช่วยความพิการต่าง ๆ เพื่อเอื้อประโยชน์ในการฟื้นฟูและพัฒนาคนพิการ รวมทั้งการจัดตั้งอำนวยความสะดวกในบ้านและชุมชนของตนเอง การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน (Disabled people caring Learning center) ให้เป็นแหล่ง / แนวทางให้ชุมชนและครอบครัวได้ศึกษาเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อให้คนพิการที่ขาดโอกาสในการฟื้นฟูและพัฒนาในระบบต่าง ๆ ได้เตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะต่าง ๆ การประกอบอาชีพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อีกทั้งเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับกลุ่มผู้ดูแล จิตอาสา เยาวชนและประชาชนทั่วไปได้ศึกษาค้นคว้าความรู้ในการดูแลตนเอง ดูแลสมาชิกของครอบครัวและดูแลผู้อื่นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันความพิการ การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้มีหน่วยงานที่เข้าร่วมดำเนินการคือ (1) โรงพยาบาลนายายอาม (2) โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล (3) เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล (4) กลุ่มภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา

วัตถุประสงค์ของศูนย์การเรียนรู้

1. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพคนพิการ โดยมุ่งเน้นคนพิการเป็นศูนย์กลางการฟื้นฟูและพัฒนา
2. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานช่วยเหลือ ดูแล และพัฒนาศักยภาพคนพิการ
3. เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระและมีส่วนร่วมอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข
4. เพื่อพัฒนารูปแบบความเป็นหุ้นส่วนในการดูแลคนพิการในชุมชน

กระบวนการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ มีขั้นตอนของกระบวนการ คือ (1) ค้นหาความคิด (2) สร้างมิตรในงาน (3) สานต่อการจัดตั้ง (4) รับฟังการสะท้อนคิด (5) ขยายพันธมิตรเครือข่าย (6) ถ่ายทอดองค์ความรู้ (7) ร่วมพัฒนาการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

บทบาทของศูนย์การเรียนรู้ เป็นศูนย์รวมความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลคนพิการสำหรับผู้ดูแล และกลุ่มภาคีหุ้นส่วน จิตอาสา เป็นศูนย์กลางของกิจกรรม/บริการหลากหลายที่เป็นประโยชน์สำหรับคนพิการและผู้ดูแล บริการของศูนย์อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของคนในชุมชน และองค์กรท้องถิ่น

องค์ประกอบของศูนย์การเรียนรู้ ศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ขนาด สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ 2 ลักษณะ คือ ศูนย์การเรียนรู้ที่ตั้งอยู่ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นศูนย์ขนาดเล็ก “S” ส่วนอีกลักษณะหนึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดทำอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน/ท้องถิ่น ศูนย์ดังกล่าวเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดตั้ง และต้องการการพัฒนาที่ต่อเนื่องต่อไป

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ จาก “ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ” “กระบวนการ WE CAN DO by TIM” “เครือข่ายจิตอาสา” และ “ศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน” เป็นนวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลสุขภาพคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ณ ตำบลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญต่อคนพิการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลลัพธ์ดังกล่าวได้จากการสำรวจในกลุ่มคนพิการจำนวน 144 คน การ

เยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจำนวน 15 ราย และสนทนากลุ่มจำนวน 15 ราย ซึ่งครอบคลุมคนพิการทุกประเภทของความพิการ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ

1. ผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อคนพิการ พบว่า คนพิการมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ และบริการสุขภาพ มีความรู้และทักษะการดูแลตนเอง การฟื้นฟูทางกาย การพัฒนาจิตใจ การพัฒนาจิตวิญญาณ และคนพิการได้กลับเข้าสู่สังคม มีการดำรงชีวิตอิสระและคุณภาพชีวิตของคนพิการดีขึ้น

2. ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบต่อผู้ดูแลและครอบครัวคนพิการ พบว่า นวัตกรรมจากการพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกต่อผู้ดูแลและครอบครัว คือ (1) ความภาคภูมิใจ (2) ความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ (3) ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล (4) ความเครียดและการจัดการความเครียด และ (5) ความผูกพันและความเข้มแข็งในครอบครัว

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาดูแลคนพิการ จากการจัดเสวนาภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาจำนวน 110 ราย สัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ทั้งต่อกลุ่มจิตอาสาและชุมชน เกิดความภาคภูมิใจและความสุขที่ได้ช่วยเหลือ ได้รับการอบรมทำให้ทึ่ง มีความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ มีกิจกรรมการดูแลคนพิการ และ เกิดความผูกพันและเข้มแข็งในชุมชน

4. พยาบาลทีมเชิงรุกตำบลนายายอาม จากผลวิจัยดังกล่าว พบว่า ทีมสุขภาพเชิงรุกจาก หน่วยบริการทางด้านสุขภาพในพื้นที่ที่มีความภาคภูมิใจและสุขใจ ในการเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์ให้ มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด วิถีทำงาน และพฤติกรรมการทำงาน ได้พัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

5. ผลลัพธ์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ผู้นำและเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทของขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อ การดูแลคนพิการและความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างจริงจัง มีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและแผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบเชิงรุก ทำให้สามารถเข้าถึงปัญหา แก้ไขได้ตรงจุด

6. ความพึงพอใจในรูปแบบระบบการดูแลคนพิการ พบว่า มีมากขึ้นโดยพิจารณาจากพฤติกรรมการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับคนพิการ ครอบครัวและชุมชน และผลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มพบว่าส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด ในประเด็น เป็นประโยชน์โดยตรงต่อคนพิการ โดยทำให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว คนพิการ เป็นประโยชน์ต่อชุมชน และระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดปัญหาคนพิการ

สารบัญเรื่อง

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ข
สารบัญเรื่อง	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของวิจัย	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
นิยามตัวแปรในการวิจัย	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	8
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับคนพิการ	8
สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ	19
คุณภาพชีวิตคนพิการ	21
แนวคิด/ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ	25
รูปแบบและระบบการดูแลคนพิการ	29
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	38
รูปแบบการวิจัย	38
ประชากรและพื้นที่ต้นแบบ	38
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	38
เครื่องมือที่ใช้และการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4 การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน	49
ส่วนที่ 1 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาระบบ	49
ส่วนที่ 2 กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบ	51

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จและอุปสรรคที่พึงระวังใน การสร้างและพัฒนาระบบ	61
บทที่ 5 สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการ และประเมิน ผลกระทบทางสุขภาพจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดย ใช้ครอบครัวและชุมชน	65
บริบทของพื้นที่	65
สถานการณ์ปัญหาของคนพิการ	67
ความต้องการของคนพิการ	88
สถานการณ์ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการของผู้ดูแล และครอบครัว	89
สถานการณ์ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการของชุมชน	91
คุณภาพชีวิตคนพิการ	92
ระบบบริการดูแลคนพิการจากหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน	92
บทที่ 6 ผลการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน	93
ส่วนที่ 1 นวัตกรรมของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ	93
ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ	114
ส่วนที่ 3 ผลกระทบของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ	128
บทที่ 7 สรุปผลและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	130
สรุปผลการศึกษา	130
ผลการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน	134
ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ	137
ผลกระทบของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ	139
ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จและอุปสรรคที่พึงระวังในการสร้าง และพัฒนาระบบ	139
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์	141
สรุปบทเรียนจากการศึกษาวิจัย	144

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	149
ภาคผนวก	154
ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย	155
ภาพกิจกรรม	165

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1	จำนวนคนพิการในเขตอำเภอนายายอาม จำแนกตามประเภทความพิการ และสถานบริการ สาธารณสุขที่รับผิดชอบ	67
2	จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ที่พักอาศัย ค่าใช้จ่ายและการศึกษา	68
3	จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตาม อาชีพ และรายได้	69
4	จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตาม สาเหตุของความพิการ ระยะเวลาของความพิการ ประเภทของความพิการ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและโรคประจำตัว	70
5	จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตามความต้องการการช่วยเหลือ การดูแล ผู้ดูแล และอุปกรณ์การดำรงชีวิต	71
6	จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตามลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ และไม่เอื้อ ต่อการดำเนินชีวิตของคนพิการ	74
7	จำนวนและร้อยละของการรับบริการในสถานบริการ	75
8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการ จำแนกตาม การไปรับบริการจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (n= 12)	75
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการ จำแนกตาม การไปรับบริการจากโรงพยาบาลชุมชน (n= 15)	76
10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการ จำแนกตาม การได้รับบริการจากสถานบริการปฐมภูมิ (n= 28)	77
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการ จำแนกตาม การได้รับบริการจากครอบครัว (n= 131)	78
12	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการ จำแนกตาม การได้รับบริการสุขภาพจากภาคประชาชน (n= 142)	79
13	จำนวนและร้อยละของการได้รับบริการด้านการศึกษา (สำหรับเด็กอายุ 6-15 ปี หรือผู้ที่กำลังศึกษาอยู่) (n=12)	80

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่		หน้า
14	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคณพิการต่อการ ได้รับข้อมูลข่าวสารของคณพิการในด้าน การศึกษา (เฉพาะอายุ ไม่เกิน15ปี หรือผู้ที่กำลังศึกษาอยู่) (n=26)	81
15	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับข้อมูลข่าวสาร ของคณพิการในด้านอาชีพ (อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป) (n=121)	82
16	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับข้อมูลข่าวสาร ของคณพิการในด้านสังคม (n=131)	82
17	จำนวนและร้อยละของคณพิการจำแนกตามความต้องการศูนย์การเรียนรู้	83
18	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตรายด้านของคณพิการ นายชายมาก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลคณพิการโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน	92
19	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการได้รับบริการ สุขภาพจากภาคประชาชน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=133)	115
20	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตคณพิการก่อน และหลังการพัฒนา (n=144)	120

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	รูปแบบการมีส่วนร่วมในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	50
2	กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน	61
3	ขั้นตอนกระบวนการการดูแลคนพิการทางกายหรือ การเคลื่อนไหวในชุมชน	108

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการพัฒนากระบวนการดูแลคนพิการ โดยใช้ ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน	5
2	แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง	27
3	ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ ณ ตำบลนายายอามโดยกระบวนการ WE CAN DO by TIM	95

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

คนพิการ” เป็นบุคคลสำคัญกลุ่มเล็กๆกลุ่มหนึ่งในสังคมไทยที่นับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังเช่นรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี 2517 มีคนพิการประมาณร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 1.7 ในปี 2545 และเกือบร้อยละ 3 ในปี 2550 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละกว่า 1 แสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) สาเหตุของความพิการมีหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่ไม่เหมาะสม ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย จนเป็นบ่อเกิดของความอ้วนและโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ที่ส่งผลให้เกิดความพิการตามมา สาเหตุอีกประการหนึ่ง เกิดจากการขับขี่ยานพาหนะที่ไม่ปลอดภัย เช่น ขับขี่ในขณะมึนเมา ไม่รัดเข็มขัดนิรภัย และไม่สวมหมวกนิรภัย ส่งผลทำให้เกิดอุบัติเหตุจนเกิดความพิการได้ หรือกรณีเกิดความไม่พร้อมในขณะตั้งครรภ์และไม่ประสงค์จะมีบุตร ส่งผลให้เกิดความพิการประกอบกับในปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 7 เท่าตัว หรือ 7.6 ล้านคน ในปี 2552 คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่า อีก 15 ปีข้างหน้า หรือในปี 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน หรือ 2 เท่าของประชากรสูงอายุในปี 2552 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่อวัยวะและการทำหน้าที่ต่างๆ มีความเสื่อม จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและความพิการตามมาได้ง่าย ปัญหาเหล่านี้ทำให้เกิดความพิการกับกลุ่มประชาชนทุกวัย ได้และทวีความรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อตัวคนพิการเอง ครอบครัว และสังคมในอนาคต (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, 2550)

ปัจจุบันรัฐมีนโยบายให้ผู้ป่วย ผู้สูงอายุและคนพิการดูแลตนเองที่บ้าน ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยในชุมชน เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลและเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงเพื่อรับผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาล เป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน คือ ให้คนพิการได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมภายในครอบครัวที่อบอุ่นและมีศักยภาพในการดูแลอย่างเพียงพอ และชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้สภาพแวดล้อมในบริบทของท้องถิ่น เพื่อให้คนพิการสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพและมีความสุขตามอัตภาพ (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลคนพิการ พบว่า การดูแลคนพิการเป็นภารกิจยาวนานที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบ บางครั้งอาจเป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความพยายามอย่างต่อเนื่อง และปรับตัวตอบบทบาหน้าที่ของตนเอง ซึ่งหากไม่สามารถ

ปรับบทบาทหรือเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้ ก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อคนพิการ กล่าวคือ คนพิการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เกิดความพิการซ้ำซ้อน หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร จากการศึกษาทั้งในประเทศ และต่างประเทศพบว่า ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน มีความสำคัญมากต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ (Boyle D. et al., 2000; Lim, J. & Zebrack B. 2004; อโนชา ทัศนารณชัย, 2551) เนื่องจากการดูแล/ช่วยเหลือ/ส่งเสริมและสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนจะทำให้สุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางจิตวิญญาณ และทางสังคมดีขึ้น (Goode et al., 1998; Tang, & Chen, 2002; วรรณรัตน์ ลาวัณ, 2549) หากไม่ได้รับการดูแลดังกล่าวจะทำให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตไม่ดีตามมา อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวเกิดความเครียด มีปัญหาสุขภาพทั้งองค์รวม ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวตามมา (Briggs & Fisher, 2000 cited in Aoun, 2004; นันทวรรณ พุทธาวรรณ, 2545; วรรณรัตน์ ลาวัณ, 2549)

ดังนั้น ระบบการดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชน โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลจึงมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งต้องสอดคล้องกับสิทธิ กฎหมาย และกรอบการพัฒนา ที่สำคัญคือ มีลักษณะเป็นองค์รวม ผสมผสาน ครอบคลุมทุกมิติการดูแล (การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ) และต่อเนื่องเชื่อมโยง กล่าวคือ มีการแบ่งความรับผิดชอบและเชื่อมโยงบทบาทระหว่างครอบครัว ชุมชน สถานบริการแต่ละระดับ ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ อย่างชัดเจน ซึ่ง เป็นการประกันว่าคนพิการจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชนตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนที่ครบวงจรยังมีน้อย เช่น จากการศึกษาของ Leach et al (1993) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมอง จะเน้นเฉพาะการบำบัดรักษาหน้าที่ในการแก้ไขปัญหและการใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาของครอบครัวในการดูแลคนพิการ ซึ่งมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมองอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะยาวถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีปัญหาในการดูแลจะต้องมีการขอรับคำปรึกษาหรือการช่วยเหลือจากผู้ให้บริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากชุมชน หรือจากการศึกษาของ Stuart et al., (2009) เกี่ยวกับโปรแกรมการออกกำลังกาย โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน แต่ผู้เข้าร่วม จะมีเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง และผู้มีหน้าที่ด้านสุขภาพในท้องถิ่น (Gym Instructors) เท่านั้น ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เกี่ยวข้องเช่นกัน

จากมูลเหตุข้างต้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้คนพิการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาดังกล่าวจำเป็นต้องทำอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การสำรวจสถานการณ์ปัญหาความต้องการการดูแลคนพิการในครอบครัวและชุมชน เพื่อนำไปสู่การระดมความคิดเห็นและปรับปรุงแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่ดี เหมาะสม สามารถสนองตอบปัญหาความต้องการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพคนพิการ ครอบครัวและชุมชนให้สามารถพึ่งตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ อันจะก่อให้เกิดองค์ความรู้ที่สำคัญ นำไปใช้ในการจัดการความรู้ และผลักดันนโยบายการดูแลคนพิการต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก : เพื่อพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

วัตถุประสงค์รอง :

1. เพื่อประเมินสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการระบบการดูแลคนพิการ
2. เพื่อประเมินและสังเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพที่มีต่อคนพิการ ครอบครัว และชุมชน

จากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ

3. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังเป็นกรอบแนวคิดหลัก แผนปฏิบัติการสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2006-2011 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง โดยกำหนดกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC) ซึ่งมีแนวคิดว่าการดูแลภาวะเรื้อรังนั้นจะมีการปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction) ภายในโครงสร้างโดยมีจุดศูนย์กลางอยู่ร่วมกัน (Concentric Structures) และมีระบบล้อมรอบ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเล็ก (Micro System) ระบบกลาง (Meso System) และระบบใหญ่ (Macro System) โดยมีรายละเอียดคือ

จุดศูนย์กลางของการดูแล คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว และสมาชิกของชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรวมทั้งทีมสุขภาพ โดยล้อมรอบด้วยระบบเล็ก (Micro system) ซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว สมาชิกของชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแล และทีมสุขภาพ เกี่ยวกับการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ การเตรียมความพร้อม การมีส่วนร่วม และการได้รับการสนับสนุน ซึ่งระบบเล็กนี้จะเชื่อมโยงกับระบบกลางซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ หน่วยบริการด้านสุขภาพและชุมชน

ระบบสุดท้ายคือ ระบบใหญ่ ซึ่งเป็นการกำหนดนโยบายที่เน้นการชี้แนะ กระตุ้นให้ตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ควรมีนโยบายแบบบูรณาการทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และควบคุมภาวะเรื้อรังที่เชื่อมโยงกับโครงการอื่นๆ และหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ควรสนับสนุนนโยบายอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาและจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสม ปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนสร้างพันธมิตรเครือข่ายแบบเป็นหุ้นส่วนให้เข้มแข็งเพื่อช่วยกันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

2. แผนปฏิบัติการสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขององค์การอนามัยโลก

ปี ค.ศ.2006 - 2011

ปัจจุบันประชากรโลกเป็นคนพิการถึงร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการเพิ่มของประชากร และช่วงอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ตลอดจนการเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวมทั้งความพิการมากขึ้น จึงเกิดแนวโน้มความต้องการการบริการด้านสุขภาพและการฟื้นฟูมากขึ้น โดยในแผนปฏิบัตินี้ มุ่งเน้นให้คนพิการทุกคนมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มีความเท่าเทียมในสิทธิและโอกาส โดยมีพันธกิจและยุทธศาสตร์ ในการสร้างความตื่นตัว ในการให้ความสำคัญ และผลกระทบจากความพิการเอื้ออำนวยให้เกิดการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของบริการเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพสำหรับคนพิการและครอบครัว ส่งเสริมงานการฟื้นฟูคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน (CBR) ส่งเสริมการสร้าง การพัฒนาการกระจายของการบริการและเทคโนโลยี การช่วยเหลือ สนับสนุน พัฒนา การปฏิบัติ และการติดตาม เกี่ยวกับนโยบายการสร้างเสริมสิทธิและโอกาสในคนพิการ สร้างความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ และส่งเสริมเครือข่ายของภาคส่วนต่างๆ และหุ้นส่วน

3. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

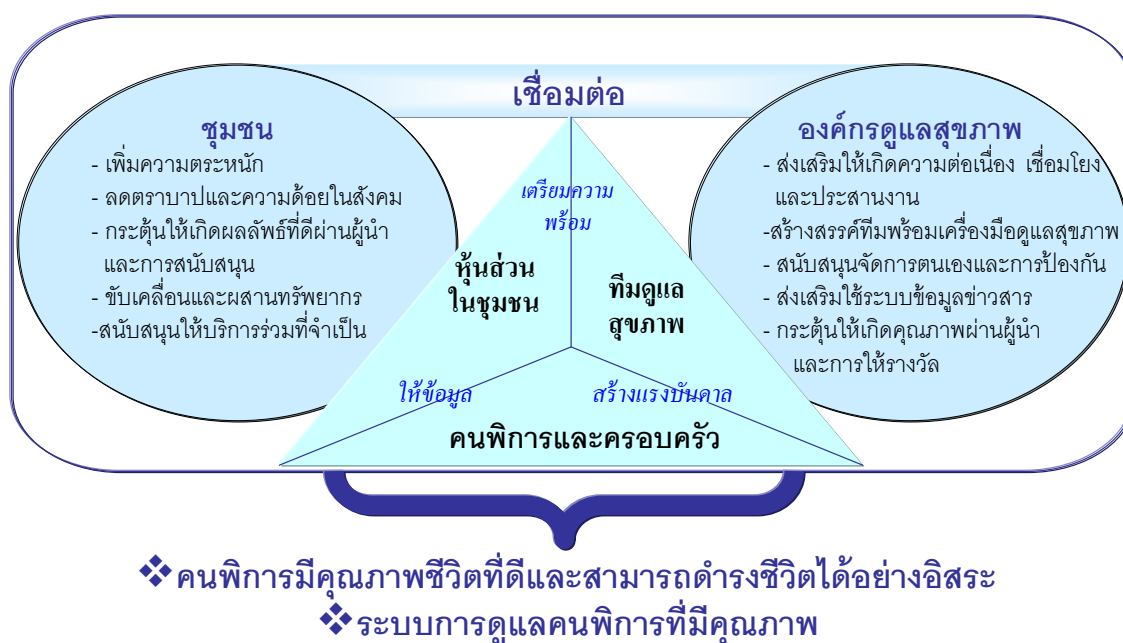
พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายที่กำหนดให้คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ มีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อเป็นทุนสำหรับการใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การส่งเสริมและการดำเนินงานด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการ กำหนดให้มีการจัดตั้งหน่วยงานในการพัฒนาและส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ การเพิ่มโอกาสในการทำงานของคนพิการ เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ เน้นการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการการส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้อาณัติของหน่วยงานที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation : CBR) เป็นโครงการหนึ่งในโครงการพัฒนาคนพิการขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) หมายถึง การเชื่อมโยงทุกส่วนในสังคม โดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา สังคม และการฝึกอาชีพ เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพ หรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสมรรถภาพดีขึ้น และเสริมพลังอำนาจของคนพิการให้สามารถดำรงชีวิตโดยอิสระได้ในสังคมและอยู่ร่วมกับสังคมได้ในทุกมิติ มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนทั่วไป โดยใช้ชุมชน ครอบครัว และทรัพยากรในชุมชน เปิดโอกาสให้คนพิการ ครอบครัวคนพิการ สมาชิกชุมชน ตลอดจนองค์กรหน่วยงาน

ต่าง ๆ ทั้งนอกและในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกกิจกรรม การดำเนินงานทั้งหมดไม่มีการแยกงานโครงการเป็นเอกเทศ แต่มุ่งผสมผสาน ขยายงานและกิจกรรมเกี่ยวกับคนพิการที่ชุมชนปฏิบัติมาแต่เดิม เพื่อให้การฟื้นฟู และการป้องกันความพิการในชุมชนนั้นมีความเข้มแข็ง เป็นที่ยอมรับ และได้รับการสนับสนุนจากชุมชนมากยิ่งขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังเป็นแนวคิดเริ่มต้นในการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ที่เน้นการพัฒนาทั้งระบบเล็ก (ครอบครัว) และการเชื่อมโยงระบบกลาง หน่วยบริการและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนชุมชนและกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการในระดับตำบลและอำเภอ หลังจากนั้นนำหลักการของแผนปฏิบัติการสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2006-2011 และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มาประยุกต์ใช้เป็นกระบวนการพัฒนาระบบ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายคุณภาพชีวิตคนพิการตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

นิยามตัวแปรในการวิจัย

คนพิการ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีความผิดปกติ หรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือจิตใจ ซึ่งกำหนดไว้ 5 ประเภท ดังนี้

1. คนพิการทางการมองเห็น
2. คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
3. คนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหว
4. คนพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม
5. คนพิการทางสติปัญญา หรือการเรียนรู้

ผู้ดูแลคนพิการ หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิง ที่รับผิดชอบหลักในการให้ความช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพคนพิการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ครอบครัว หมายถึง สมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับคนพิการหรือบุคคลที่เป็นญาติแม่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันแต่มีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ

ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน หมายถึง การจัดบริการการดูแลคนพิการที่มีลักษณะเป็นองค์รวม ผสมผสาน ครอบคลุมทุกมิติ และต่อเนื่อง โดยมีการแบ่งและเชื่อมโยงบทบาทระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการรับประกันว่าคนพิการจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชน

คุณภาพชีวิตคนพิการ หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งประเมินโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตคนพิการที่พัฒนามาจากขององค์การอนามัยโลก (1996) ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถ

ในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อ การดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนิน ชีวิต ได้แก่ การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้ อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือ ฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการ และข้อมูลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

2. ได้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ที่ประกอบด้วย องค์ประกอบของรูปแบบ กระบวนการดำเนินการ ตลอดจนผลลัพธ์ของรูปแบบที่มีดัชนีวัดความสำเร็จ อย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปใช้ได้

3. ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย การจัดรูปแบบระบบบริการการดูแลคนพิการทั้งด้านปัจจัยนำเข้า โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยคำนึงถึงการเข้าถึงคุณภาพชีวิต และการมีผู้ดูแลที่เหมาะสมกับคนพิการ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรม โครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับคนพิการ
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ประเภทคนพิการ
 - 1.3 นโยบาย/แผน/กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ
2. สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ
 - 2.1 อัตราการเกิด/การเพิ่มความพิการในประเทศไทย
 - 2.2 ปัญหาของคนพิการ
3. คุณภาพชีวิตคนพิการ
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ
4. แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ
 - 4.1 แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง
 - 4.2 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
5. รูปแบบและระบบการดูแลคนพิการ

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับคนพิการ

ความหมาย

“คนพิการ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด มีดังนี้

“การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” หมายความว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพ หรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือ ดำรงสมรรถภาพ หรือ ความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงาน หรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ

“การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต” หมายความว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการการส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า กระทรวง ทบวง กรม ส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่น และมีฐานะเป็นกรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจที่ตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติ หรือพระราชกฤษฎีกา หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

“องค์กรคนพิการแต่ละประเภท” หมายความว่า องค์กรสมาชิกระดับชาติตามประเภทความพิการที่ได้แจ้งชื่อไว้กับสำนักงานตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

“ผู้ดูแลคนพิการ” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่รับผิดชอบดูแลคนพิการหรืออุปการะคนพิการ

“ผู้ช่วยคนพิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งให้ความช่วยเหลือคนพิการเฉพาะบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

ประเภทคนพิการ

ตามกฎหมายกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ.2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 4 และมาตรา 20 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้คนพิการมี 5 ประเภท โดยแต่ละประเภทมีลักษณะดังนี้ (กลุ่มแผนและงบประมาณ สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2551)

1. คนพิการทางการมองเห็น ได้แก่

1.1 คนที่มีสายตาข้างที่ต่ำกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้วมองเห็นน้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไปจนมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือ

1.2 คนที่มีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

2. คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ได้แก่

2.1 คนที่ได้ยินเสียงที่ความถี่ 500 เฮิรตซ์ 1000 เฮิรตซ์ หรือ 2000 เฮิรตซ์ในหูข้างที่ต่ำกว่าที่มีความดังเฉลี่ย ดังต่อไปนี้

2.1.1 สำหรับเด็กอายุไม่เกิน 7 ปี เกิน 40 เดซิเบล ขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง

2.1.2 สำหรับคนทั่วไปเกิน 55 เดซิเบล ขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง

2.2 คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูดจนไม่สามารถสื่อความหมายกับคนอื่นได้

3. คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่

3.1 คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือ

3.2 คนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขนขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจาก แขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อ หรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างคนปกติได้

4. คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

5. คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญาหรือสมองจนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้

นอกจากนี้ กระทรวงศึกษาธิการ ได้พิจารณาเห็นว่าการจำแนกประเภทคนพิการตามความพิการเพื่อการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ ควรได้กำหนดบุคคลที่มีความบกพร่องที่ต้องการการศึกษาพิเศษไว้ 9 ประเภท คือ

1. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น หมายถึงบุคคลที่สูญเสียการเห็นระดับเล็กน้อยจนถึงระดับตาบอดสนิท

2. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน หมายถึง คนที่สูญเสียการได้ยินไม่สามารถรับฟังเสียงได้เหมือนคนปกติ ซึ่งอาจจะเป็นคนหูตึงหรือเด็กหูหนวกก็ได้

3. บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง คนที่มีพัฒนาการด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ ภาษา และสติปัญญาล่าช้ากว่าเด็กปกติ เมื่อวัดสติปัญญา โดยใช้แบบทดสอบมาตรฐานแล้วปรากฏว่ามีสติปัญญาดำกว่าเด็กปกติทั่วไป และมีความจำกัดทางด้านการปรับตัว ซึ่งภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาต้องเกิดก่อน อายุ 18 ปี

4. บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติบกพร่อง หรือสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ดีเท่าคนปกติ

5. บุคคลที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ หมายถึง คนที่มีความบกพร่องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตวิทยาในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือมากกว่าหนึ่งเรื่อง ทำให้มีปัญหาในการใช้ภาษา การฟัง การคิด การพูด การอ่าน การเขียนหรือการคิดคำนวณทางคณิตศาสตร์ ปัญหาดังกล่าวมิได้มีสาเหตุมาจากความบกพร่องทางร่างกายและการเคลื่อนไหว สายตา การได้ยิน ระดับสติปัญญา อารมณ์ และสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก

6. บุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา หมายถึง คนที่มีความบกพร่องในเรื่องการออกเสียงพูด เช่น เสียงผิดปกติ อัตราความเร็วและจังหวะการพูดผิดปกติ หรือคนที่มีความบกพร่องในเรื่องความเข้าใจ และหรือการใช้ภาษาพูด การเขียนและหรือระบบสัญลักษณ์อื่นที่ใช้ ในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งอาจเกี่ยวกับรูปแบบของภาษา เนื้อหาของภาษาและหน้าที่ของภาษา

7. บุคคลที่มีปัญหาทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ หมายถึง คนที่แสดงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากคนทั่วไป และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนนี้ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของผู้อื่น เป็นผลมาจากความขัดแย้งกับสภาพแวดล้อม หรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในตนเอง ซึ่งไม่สามารถเรียนรู้ ขาดสัมพันธภาพกับเพื่อนหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความเก็บกดทางอารมณ์โดยแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งบางคนมีความบกพร่องซ้ำซ้อนอย่างเด่นชัดอีกทั้งเกิดขึ้นเป็นเวลานาน

8. บุคคลออทิสติก (Autistic) ออทิสติก หรือ ออทิสซึม (Autism) มาจากรากศัพท์ภาษากรีก Auto (ออโต) ตัวเรา ออทิสซึม หมายถึง ภาวะของปัญหาทางจิตเวชที่มีความผิดปกติอย่างรุนแรง มีพัฒนาการที่ผิดปกติเกี่ยวกับอารมณ์ สังคม การสื่อความหมาย พฤติกรรม จินตนาการและจากปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีสาเหตุอันเนื่องมาจากการทำงานในหน้าที่บางส่วนของสมองที่ผิดปกติไป

9. บุคคลพิการซ้ำซ้อน หมายถึง คนที่มีสภาพความบกพร่องทางอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือความพิการมากกว่าหนึ่งประเภทในบุคคลเดียวกัน เช่น คนปัญญาอ่อนที่สูญเสียการได้ยิน คนปัญญาอ่อนที่ตาบอด

นโยบาย/แผน/กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ

แผนปฏิบัติการสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2006-2011 ปัจจุบัน ประชากรโลกเป็นคนพิการถึงร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการเพิ่มของประชากร และช่วงอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ตลอดจนการเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งความพิการมากขึ้น จึงเกิดแนวโน้มความต้องการการบริการด้านสุขภาพและการฟื้นฟูมากขึ้น โดยมีวิสัยทัศน์ คือ “คนพิการทุกคนมีชีวิตรอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มีความเท่าเทียมในสิทธิและโอกาส” และมีพันธกิจและยุทธศาสตร์ที่องค์การอนามัยโลก ทีมงานความพิการและการฟื้นฟู (Disability and Rehabilitation team: DAR) ดำเนินการดังนี้

1. สร้างความตื่นตัว ในการให้ความสำคัญและผลกระทบจากความพิการ
2. เอื้ออำนวยให้เกิดการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ
3. สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของบริการเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพสำหรับคนพิการ

และครอบคลุม

4. ส่งเสริมงานการฟื้นฟูคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน (CBR)
5. ส่งเสริมการสร้าง การพัฒนา การกระจายของบริการและเทคโนโลยีการช่วยเหลือ
6. สนับสนุน พัฒนา การปฏิบัติ การวัด และการติดตาม เกี่ยวกับนโยบายการสร้างเสริมสิทธิ

และโอกาสในคนพิการ

7. สร้างความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ
8. ส่งเสริมเครือข่ายของภาคส่วนต่าง ๆ และหุ้นส่วน

กลยุทธ์ และแผนการปฏิบัติ ประกอบด้วย

กลยุทธ์ที่ 1 ส่งเสริมให้มีระบบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับสากล ด้วยการปฏิบัติดังนี้

- 1.1 ระบุหุ้นส่วน และแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบรายงานข้อมูล
- 1.2 รวบรวมข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Good practice หรือ Best Practice
- 1.3 กำหนดกลุ่มแกนนำที่จะดำเนินงานด้านข้อมูล
- 1.4 ยกร่างรายงานระดับสากล และผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ
- 1.5 ดิพิมพ์ เผยแพร่ทั่วโลก ด้วยภาษาที่หลากหลาย

กลยุทธ์ที่ 2 ปกป้องและพิทักษ์สิทธิ โดยการกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว ตระหนักถึงความสำคัญ และผลกระทบที่เกิดจากความพิการ ประกอบด้วยการปฏิบัติดังนี้

2.1 พัฒนา เครือข่ายสารสนเทศ ที่ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

2.2 พัฒนา และเผยแพร่ข้อมูล เอกสารสิ่งพิมพ์ต่างๆอย่างกว้างขวาง

2.3 สร้างสื่อที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

กลยุทธ์ที่ 3 เอื้ออำนวยให้เกิดการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ประกอบด้วยการปฏิบัติดังนี้

3.1 เตรียมอภิธานศัพท์ เกี่ยวกับคำที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ และการฟื้นฟู

3.2 ให้แนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม ในวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการร่วมคิดร่วมทำกับ

3.3 หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องและที่เป็นหุ้นส่วน

กลยุทธ์ที่ 4 สนับสนุนให้แต่ละประเทศ ภูมิภาค และโลก ได้ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและครอบครัว ประกอบด้วยการปฏิบัติดังนี้

4.1 สนับสนุนให้รัฐสร้างเสริมช่องทางการเข้าถึงบริการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยบูรณาการการฟื้นฟูเข้าไปในการดูแลปฐมภูมิ และสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยเชื่อมโยงบริการ กับการฟื้นฟูคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน (CBR)

4.2 พัฒนาแนวทางการสร้างความเข้มแข็งในบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟู

4.3 พัฒนาและริเริ่มให้เกิดการวิจัยเชิงพัฒนาการเรียนรู้ของประเทศต่างๆ กระบวนทัศน์ใหม่ ๆ ในการดูแลทางการแพทย์ เพื่อคนพิการ เพื่อส่งเสริมโอกาสให้มีความรู้ และเสริมพลังอำนาจมากขึ้น

กลยุทธ์ที่ 5 ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วยการปฏิบัติดังนี้

5.1 พัฒนาแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน

5.2 สร้างการประจักษ์เชิงปฏิบัติการในประเทศและภูมิภาค เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน และแนวปฏิบัติการ

5.3 สนับสนุนให้รัฐริเริ่มที่จะใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน หรือเพิ่มความเข้มแข็งอย่างเป็นรูปธรรม

กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาผลิตและถ่ายทอดระบบบริการโดยใช้เทคโนโลยีช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตสำหรับคนพิการ ประกอบด้วยการปฏิบัติดังนี้

6.1 สนับสนุนให้แต่ละประเทศพัฒนานโยบาย เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตสำหรับคนพิการ

6.2 สนับสนุนให้แต่ละประเทศได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับต่างๆ ให้มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตคนพิการ โดยเฉพาะการผลิตอวัยวะเทียมและแขนขาเทียมสำหรับคนพิการ

6.3 ส่งเสริมการทำวิจัยเกี่ยวกับเทคโนโลยีและสนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยีช่วยเหลือ

กลยุทธ์ที่ 7 สร้างศักยภาพของผู้กำหนดนโยบายและบุคลากร ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ/การดูแลสุขภาพคนพิการ ประกอบด้วยการปฏิบัติดังนี้

7.1 บรรจบเตรียมเกี่ยวกับคนพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพลงในหลักสูตรที่พัฒนาบุคลากรในระดับต่างๆ

7.2 สนับสนุนให้แต่ละประเทศพัฒนาการฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับคนพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

กลยุทธ์ที่ 8 ให้มีการพัฒนานโยบายสาธารณสุขสำหรับคนพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ ประกอบด้วยการปฏิบัติ ดังนี้

8.1 มีส่วนร่วมในการเตรียมการประชุมระดับนานาชาติให้ครอบคลุมและบูรณาการในเรื่องการปกป้องพิทักษ์สิทธิ และความมีศักดิ์ศรีของคนพิการให้เกิดในผู้ปฏิบัติงานขององค์กรสหประชาชาติ

8.2 สนับสนุนให้มีการพัฒนานโยบายสาธารณสุขสำหรับคนพิการในทุกสาขาวิชาชีพ และทุกภาคส่วน ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ

กลยุทธ์ที่ 9 ส่งเสริมให้เกิดการสร้างเครือข่ายและภาคีหุ้นส่วน

9.1 จัดให้มีการพบปะ แลกเปลี่ยน รายงานและวางแผนการปฏิบัติงานด้านคนพิการและกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในกลุ่มเครือข่ายและภาคีหุ้นส่วน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแผนการดำเนินงานในอนาคต

9.2 จัดให้มีการพบปะเป็นประจำ เพื่อสร้างความเข้มแข็งและส่งเสริมตามวัตถุประสงค์ของ WHO ในด้านคนพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระหว่างตัวแทนขององค์กรสหประชาชาติ ตัวแทนแต่ละประเทศ ตัวแทนฝ่ายการศึกษา ผู้ที่ให้ความสนใจด้านคนพิการ องค์กรคนพิการ และองค์กรเอกชน (NGO)

9.3 พัฒนาเครือข่ายให้มีการเชื่อมโยงประสานความร่วมมือระหว่างศูนย์รวมเครือข่าย

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายที่กำหนดให้คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ มีสิทธิได้รับ

สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุน ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อเป็นทุนสำหรับการใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การส่งเสริมและการดำเนินงานด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการ กำหนดให้มีการจัดตั้งหน่วยงานในการพัฒนาและส่งเสริมการมีงานทำของคนพิการ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ การเพิ่มโอกาสในการทำงานของคนพิการ เป็นต้น ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. สิทธิของคนพิการในการเข้าถึง

สิทธิของคนพิการในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ (ตามมาตรา 20) ได้แก่

1.1 การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

1.2 การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ หรือแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสมในสถานศึกษาเฉพาะหรือในสถานศึกษาทั่วไป หรือการศึกษาทางเลือก หรือการศึกษานอกระบบ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม

1.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การให้บริการที่มีมาตรฐาน การคุ้มครองแรงงาน มาตรการเพื่อการมีงานทำ ตลอดจนได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ และบริการสื่อ สิ่งอำนวยความสะดวกเทคโนโลยี หรือความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อการทำงานและประกอบอาชีพของคนพิการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานประกาศกำหนด

1.4 การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองอย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ตลอดจนได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

1.5 การช่วยเหลือให้เข้าถึงนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม การพัฒนาและบริการอันเป็นสาธารณะ ผลิตภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือทางกฎหมาย และการจัดหาทุนความว่าต่างแก่ต่างคดี ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

1.6 ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารและเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสารสำหรับคนพิการทุกประเภท ตลอดจนบริการสื่อสารสาธารณะจากหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกำหนดในกฎกระทรวง

1.7 บริการล่ามภาษามือตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

1.8 สิทธิที่จะนำสัตว์นำทาง เครื่องมือ หรืออุปกรณ์นำทาง หรือเครื่องช่วยความพิการใดๆ ติดตัวไปในยานพาหนะหรือสถานที่ใดๆ เพื่อประโยชน์ในการเดินทางและได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก อันเป็นสาธารณะ โดยได้รับยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียม และค่าเช่าเพิ่มเติมสำหรับสัตว์ เครื่องมือ อุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยความพิการดังกล่าว

1.9 การจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ(แทนเบี้ยยังชีพ) กับคนที่จดทะเบียน ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

1.10 การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคนพิการ หรือจัดให้มีสวัสดิการอื่น ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

สำหรับผู้ช่วยคนพิการ ให้มีสิทธิได้รับการลดหย่อน หรือยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียมตาม ระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด และคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแล มีสิทธิได้รับการจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัย และการเลี้ยงดูจากหน่วยงานของรัฐ ในกรณีที่มีสถานสงเคราะห์เอกชนจัดที่อยู่และสวัสดิการให้ แล้ว รัฐต้องจัดเงินอุดหนุนให้แก่สถานสงเคราะห์เอกชนนั้น ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการ กำหนดในระเบียบ ส่วนผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การเลี้ยงดู การจัดการการศึกษา การส่งเสริมอาชีพและการมีงานทำ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อให้พึ่งตนเองได้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ นอกจากนี้คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมี สิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี หรือยกเว้นภาษีตามที่กฎหมายกำหนด องค์กรเอกชนที่จัดให้คนพิการได้รับ สิทธิประโยชน์ตามมาตรา 17 มีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี หรือ ยกเว้นภาษีเป็นร้อยละของจำนวนเงิน ค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายกำหนด

2. กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ตามมาตรา 23)

ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงาน เรียกว่า “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการ” เพื่อเป็นทุนสำหรับการใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การ ส่งเสริมและการดำเนินงานด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การศึกษา การประกอบอาชีพของคนพิการ รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรที่ เกี่ยวข้องกับคนพิการ โดยจัดสรรให้อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

3. สิทธิประโยชน์เพื่อคุณภาพชีวิตของคนพิการในปี 2553

พวงแก้ว กิจธรรม ผู้จัดการมูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย ระบุถึงปี 2553 กับ คุณภาพชีวิตของ คนพิการ เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2553 ระบุว่า ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และอนุ บัญญัติแห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติการจัด การศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 คนพิการได้รับสิทธิที่สำคัญอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งครอบคลุมวิถีชีวิต คนพิการ ตั้งแต่ เกิดจนตาย รวมอย่างน้อย 9 ประการ ได้แก่

3.1 เบี้ยความพิการ คนพิการทุกคนที่มีสมุด/บัตรประจำตัวคนพิการมีสิทธิลงทะเบียน ขอรับ “เบี้ยความพิการ” คนละ 500 บาท/เดือนได้ ซึ่งแต่เดิม เฉพาะคนพิการที่ไม่มีรายได้เท่านั้น จึงจะ

มีสิทธิได้รับ “เบี้ยยังชีพ” เดือนละ 500 บาท นอกจากนั้น คนพิการที่สูงอายุ หรืออายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับทั้ง “เบี้ยความพิการ” และ “เบี้ยผู้สูงอายุ” รวมเดือนละ 1,000 บาท

3.2 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ แต่เดิม คนพิการได้รับการบริการทางการแพทย์เพียง 13 รายการ ในปี 2553 นี้ คนพิการได้รับการบริการจำนวนรวมเป็น 2 เท่า คือ รวม 26 รายการ ได้แก่

- 1) การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์
- 2) การแนะแนว การให้คำปรึกษาและการจัดบริการเป็นรายกรณี
- 3) การให้ยาผลิตภัณฑ์เวชภัณฑ์ และหัตถการพิเศษอื่นๆ เพื่อการบำบัด ฟื้นฟู เช่น การฉีดยาลดเกร็ง การรักษาด้วยไฟฟ้า Hemo encephalography (HEG) เป็นต้น
- 4) การศัลยกรรม
- 5) การบริการพยาบาลเฉพาะทาง เช่น พยาบาลจิตเวช เป็นต้น
- 6) กายภาพบำบัด
- 7) กิจกรรมบำบัด
- 8) การแก้ไขการพูด (อรรถบำบัด)
- 9) พฤติกรรมบำบัด
- 10) จิตบำบัด
- 11) ดนตรีบำบัด
- 12) พลบำบัด
- 13) ศิลปะบำบัด
- 14) การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน
- 15) การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย
- 16) การบริการส่งเสริมพัฒนาการหรือบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม
- 17) การบริการทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เช่น นวดไทย ผ่าเข็ม เป็นต้น
- 18) การพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์ และสังคมบำบัด เช่น กลุ่มสนับสนุนการ เป็นต้น
- 19) การประเมิน และเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพหรือการประกอบอาชีพ
- 20) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว
- 21) การบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อในรูปแบบที่เหมาะสมกับความพิการ ซึ่งคนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้
- 22) การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ช่วยคนพิการ

23) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัวและชุมชน การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการให้บริการเชิงรุก

24) การฝึกทักษะการเรียนรู้ขั้นพื้นฐาน เช่น การฝึกทักษะชีวิต การฝึกทักษะการดำรงชีวิตสำหรับคนพิการ การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เป็นต้น

25) การบริการทันตกรรม เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น และ

26) การให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ

3.3 บริการจัดการศึกษา คนพิการทุกคนมีสิทธิเรียนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งการศึกษาขั้น

3.4 บริการจ้างงานคนพิการ ตามระเบียบใหม่ของกระทรวงแรงงาน ซึ่งเตรียมจะประกาศใช้ กำหนดให้สถานประกอบการของเอกชน และหน่วยงานของรัฐ ต้องรับคนพิการเข้าทำงาน ในอัตราส่วนจำนวนลูกจ้างทั้งหมด คาดว่า น่าจะเป็น 50 คน ต่อ คนพิการ 1 คน ทั้งนี้ หากสถานประกอบการไม่รับคนพิการเข้าทำงาน จะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือสนับสนุนการประกอบอาชีพอิสระให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ด้วยการให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงาน ฝึกงาน หรือให้การช่วยเหลือคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการอย่างสมเหตุสมผล ส่วนหน่วยงานราชการที่ไม่รับคนพิการเข้าทำงาน ไม่ต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนฯ แต่ต้องสนับสนุนการประกอบอาชีพอิสระให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการในลักษณะเดียวกัน

3.5 บริการสิ่งอำนวยความสะดวก หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องจัดสิ่งอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการ เช่น บริการในการเดินทาง บริการขนส่งสาธารณะ บริการข้อมูลข่าวสาร และบริการให้สัตว์นำทางเดินทางกับคนพิการ เป็นต้น ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่สถานประกอบการจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการสามารถนำไปลดหย่อนภาษีเงินได้

3.6 บริการเงินกู้ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิขอกู้เงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อการประกอบอาชีพอิสระได้ โดยกู้เป็นรายบุคคล คนละ ไม่เกิน 40,000 บาท หรือกู้เป็นกลุ่มเพื่อช่วยกันประกอบอาชีพ ไม่มีดอกเบี้ย แต่ต้องผ่อนส่งภายใน 5 ปี

3.7 บริการสวัสดิการสังคม คนพิการมีสิทธิได้รับสวัสดิการตามความเหมาะสมอย่างสมเหตุสมผล เช่น 1) ผู้ช่วยคนพิการ (สำหรับคนพิการระดับรุนแรง) ซึ่งผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐานของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์แล้ว 2) ค่าใช้จ่ายสำหรับจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกที่บ้าน หรือสถานที่พัก และ 3) สถานที่เลี้ยงดูสำหรับคนพิการไร้ที่พึ่ง เป็นต้น

3.8 บริการล่ามภาษามือ คนหูหนวกมีสิทธิขอบริการล่ามภาษามือได้ 5 กรณี ได้แก่ 1) การใช้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข 2) การสมัครงานหรือการติดต่อประสานงานด้านการประกอบอาชีพ 3) การร้องทุกข์ การกล่าวโทษ หรือเป็นพยานในชั้นพนักงานสอบสวนหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายอื่น 4) การเข้าร่วมประชุม สัมมนา หรือฝึกอบรม รวมทั้งเป็นผู้บรรยายโดยหน่วยงานภาครัฐ หรือ

องค์กรภาคเอกชนเป็นผู้จัดซึ่งมีคณพิการทางการได้ยื่นเข้าร่วมด้วย และ 5) บริการอื่นใดตามที่คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาภาษามือประกาศกำหนด

3.9 การลดหย่อนภาษีเงินได้ ผู้ดูแลคนพิการที่มีรายได้ และต้องเสียภาษีเงินได้ มีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษีเงินได้คนละ 60,000 บาท เริ่มตั้งแต่รายได้ของปี 2552

4. วิธีการรับบริการของคนพิการในปี 2553

คนพิการสามารถขอรับบริการทั้ง 9 ประการที่กล่าวในตอนต้น ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

4.1 วิธีรับเบี้ยความพิการ มี 2 ขั้นตอนได้แก่ 1) จดทะเบียนคนพิการ ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) หรือหน่วยงานที่ประกาศกำหนดเพื่อรับสมุด/บัตรประจำตัวคนพิการ (เฉพาะคนพิการที่ยังไม่เคยจดทะเบียนคนพิการ) และ 2) ลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ ที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือสำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร ซึ่งคนพิการมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ทั้งนี้ ถ้าลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการก่อนวันที่ 30 มกราคม 2553 จะเริ่มได้รับเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2553 ทุกคน

4.2 วิธีรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ ขั้นแรกต้องแจ้งรับบัตรทอง ท. 74 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน และแสดงบัตรขอรับบริการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ สถานพยาบาลที่ใดก็ได้

4.3 วิธีรับบริการจัดการศึกษา แจ้งรับบริการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระบบการศึกษา หรือการเข้าเรียนในสถานศึกษาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด โรงเรียนใกล้บ้าน หรือสถานศึกษา หรือสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาของจังหวัดต่างๆ หรือหน่วยงานที่ประกาศกำหนด

4.4 วิธีรับบริการจ้างงานคนพิการ คนพิการสามารถสมัครทำงานที่สถานประกอบการของเอกชน และหน่วยงานของรัฐที่ประกาศรับคนทั่วไปหรือรับคนพิการเข้าทำงาน รวมทั้งไปแจ้งรับบริการจัดหางานที่ศูนย์จัดหางาน ของกรมจัดหางาน กระทรวงแรงงานที่อยู่ใกล้บ้าน หรือแจ้งองค์กรด้านคนพิการที่บริการจัดหางานให้คนพิการ เช่น ศูนย์จัดหางานคนพิการพระมหาไถ่ พัทยา และมูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย เป็นต้น หรือสมัครงานที่หน่วยงานซึ่งประกาศกำหนด

4.5 วิธีรับบริการสิ่งอำนวยความสะดวก เมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินชีวิต เนื่องจากไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมในการรับบริการต่างๆ ตามสิทธิอย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป เช่น บริการในการเดินทาง บริการขนส่งสาธารณะ บริการข้อมูลข่าวสาร และบริการให้สัตวนำทางเดินทางกับคนพิการ เป็นต้น ให้แจ้งหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่รับผิดชอบ อบต. พมจ. สำนักงานเขต หรือศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร สภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย และมูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย เป็นต้น หรือแจ้งหน่วยงานที่ประกาศกำหนด เพื่อเสนอแนะให้จัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม ที่ ห้องน้ำ ทางลาด ที่จอดรถสำหรับคนพิการ รถเมล์ชานต่ำ เอกสารอักษรเบรลล์ และภาษามือ เป็นต้น

4.6 วิธีรับบริการเงินกู้ แจึงรับบริการกู้เงินเพื่อประกอบอาชีพที่ พมจ. ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร หรือหน่วยงานที่ประกาศกำหนด ทั้งนี้ จะต้องเตรียมเสนอโครงการและเหตุผลว่า จะนำเงินที่กู้ได้ไปทำอะไร

4.7 วิธีรับบริการสวัสดิการสังคม แจึงรับบริการผู้ช่วยคนพิการ ค่าใช้จ่ายสำหรับจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกที่บ้าน หรือสถานที่พัก หรือสถานที่เลี้ยงดูสำหรับคนพิการไร้ที่พึ่งที่ อบต. พมจ. สำนักงานเขต ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร หรือหน่วยงานที่ประกาศกำหนด

4.8 วิธีรับบริการล่ามภาษามือ แจึงรับบริการล่ามภาษามือที่ สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย อบต. พมจ. สำนักงานเขต ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร หรือหน่วยงานที่ประกาศกำหนด

4.9 วิธีรับบริการการลดหย่อนภาษีเงินได้ แจึงหน่วยงานของกรมสรรพากรที่ไปเสียภาษีเงินได้ หรือหน่วยงานที่ประกาศกำหนด

โดยที่ ปี พ.ศ. 2553 ยังเป็นเพียง “ปีทองฝั่งเพชรเม็ดเล็กๆ” จะต้องใช้เวลาเพื่อพัฒนาไปสู่ “ปีทองฝั่งเพชรเม็ดใหญ่” ฉะนั้น การให้บริการหลายอย่างอาจอยู่ในระหว่างรออนุมัติบัญญัติประกาศบังคับใช้ เตรียมแผนงานให้บริการ เตรียมจัดหน่วยงาน บุคลากร หรืองบประมาณ หรือเพิ่งเริ่มให้บริการ จึงยังอาจมีความไม่พร้อม ไม่สะดวก หรือมีประสิทธิภาพ และคุณภาพไม่เท่าที่ควร ฉะนั้น คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจในประเด็นเหล่านี้ และติดตามความคืบหน้าอยู่เสมอ

สถานการณ์ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ

อัตราการเกิด/การเพิ่มความพิการในประเทศไทย

ความพิการ ไม่ใช่เป็นความบกพร่องของสภาพทางกาย จิตใจ พฤติกรรม หรือสติปัญญาเท่านั้น แต่ความพิการ เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างสภาพทางกายหรือสุขภาพของบุคคลกับอุปสรรคจากภายนอก คนพิการเป็นบุคคลสำคัญกลุ่มหนึ่งในสังคมไทย ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก ประเมินการว่าจะมีจำนวนคนพิการถึง 600 ล้านคน ทั่วโลกและส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ ถึงปานกลาง (World Health Organization, 2008) สำหรับประเทศไทย จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี 2517 มีคนพิการประมาณร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.7 ในปี 2545 และเกือบร้อยละ 3 ในปี พ.ศ.2550 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละกว่า 1 แสนคน และพบความพิการในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 3.0 และ 2.7 ตามลำดับ) และร้อยละของประชากรที่พิการจะแปรผันตามอายุ โดยในกลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 0 – 24 ปี) มีร้อยละประชากรที่พิการน้อยที่สุด คือน้อยกว่าร้อยละ 1.0 ของเด็กและเยาวชนทั้งหมด และจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนใหญ่พบในอายุ 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 24.6) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ซึ่งสาเหตุของความพิการมีหลายปัจจัย ดังเช่น พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่ไม่เหมาะสม ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย จนเป็นบ่อเกิดของความอ้วนและโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจ และเกิดความพิการตามมา สาเหตุอีกประการหนึ่งเกิดจากการจับชีพาหนะที่ไม่ปลอดภัย เช่น จับขึ้นขณะมีลมมา ไม่รัดเข็มขัดนิรภัย และไม่สวมหมวกนิรภัย ส่งผลทำให้เกิดอุบัติเหตุจนพิการได้ หรือกรณีเกิดความไม่พร้อมในขณะตั้งครรภ์และไม่ประสงค์จะมีบุตร ส่งผลให้เกิดความพิการ ประกอบกับในปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 7 เท่าตัว หรือ 7.6 ล้านคนในปี 2552 คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่อวัยวะต่าง ๆ มีความเสื่อมลง จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและพิการในช่วงวัยสูงอายุลักษณะของความพิการที่พบคือ เป็นประชากรที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมร้อยละ 2.8 มีความลำบากในการดูแลตนเองหรือ ทำกิจวัตรส่วนตัว ร้อยละ 0.6 และประชากรที่มีลักษณะความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา ร้อยละ 2.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ได้ทวีความรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อตัวคนพิการเอง ครอบครัว และสังคมในอนาคต (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

สำหรับการเข้าถึงความช่วยเหลือหรือสวัสดิการของรัฐ พบว่า ประชากรที่พิการเกือบทุกคนได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 97.0) แต่ยังมีประชากรอีกร้อยละ 20.8 ที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยแต่ไม่มี และมีประชากรที่พิการที่อายุ 5 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 24.3 ที่ไม่ได้รับการศึกษา รวมทั้งมีประชากรพิการวัยแรงงานที่มีงานทำเพียงร้อยละ 53.30 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ส่วนในต่างประเทศ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพิการ จากการศึกษาของ Ebrahim et al. (2000) พบว่า การสูบบุหรี่ ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย และการดื่มจัด ในวัยกลางคน เป็นตัวทำนายที่สำคัญของความพิการทางการเคลื่อนไหว (Locomotor Disability) ในเวลาต่อมา และจากการศึกษาของ Jagger et al. (2007) พบว่า คนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีการศึกษา น้อยกว่า หรือเท่ากับ 9 ปี จะมีอุบัติการณ์และความสูงของความพิการทางการเคลื่อนไหว (mobility disability) ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีการหายป่วยที่ต่ำกว่าคนทั่วไป และยังพบว่า ความยากจนก็เป็นอีกสาเหตุที่ทำให้คนมีความผิดปกติหรือพิการ โดยพบว่า คนพิการโดยทั่วไปจะอยู่ท่ามกลางคนที่ยากจนที่สุดของกลุ่มคนที่ยากจน และการมีชีวิตร่วมกับความยากจน มีโอกาสที่จะเกิดความผิดปกติหรือสิ่งเลวร้ายเพิ่มมากขึ้นและกลายเป็นคนพิการ (Yeo, 2001) นอกจากนี้ ยังพบว่า ความรุนแรงของความพิการที่เพิ่มสูงขึ้นและอุบัติการณ์ของความพิการที่พบใหม่ จะเกี่ยวข้องกับสภาวะทางสังคม-เศรษฐกิจที่ไม่ดี (Grundy & Glaser, 2000) และพบว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะทำให้คนพิการที่พบใหม่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (70 ปีขึ้นไป) สามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (ADL) โดยไม่ต้องพึ่งพา โดยเฉพาะผู้ที่อายุน้อยกว่า จะกลับสู่สภาพเดิมได้เร็วกว่า (Hardy & Gill, 2005)

จากสถานการณ์ดังกล่าว จะพบว่า ความพิการที่เกิดขึ้น มีอยู่ในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในวัยที่มีอายุมากขึ้น ซึ่งวัยนี้ส่วนใหญ่จะเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่ายและถ้าได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องหรือต่อเนื่อง อาจเกิดความพิการตามมา ซึ่งการดูแลคนพิการจะมีระยะเวลาที่ยาวนานหรืออาจตลอดชีวิตของคนพิการก็ได้ การให้ความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดและในชุมชนอย่างครบวงจร จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้คนพิการมีชีวิตที่ดี มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

ปัญหาของคนพิการ

ในประเทศไทย จากข้อมูลของมูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย (2550) เกี่ยวกับสภาพปัญหาของคนพิการที่พบในแต่ละด้าน พบว่า ด้านอาชีพ แม้จะมีกฎหมายที่ส่งเสริมสิทธิของคนพิการ เช่น พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และกฎกระทรวงต่าง ๆ แต่การบังคับใช้ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และไม่มีบทลงโทษ เช่น กฎหมายระบุให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 200 คน ต้องรับคนพิการเข้าทำงานในอัตราส่วน ลูกจ้าง 200 คน ต่อคนพิการ 1 คน แต่สถานประกอบการส่วนใหญ่ยังไม่มีการดำเนินการ ปัญหาการมีงานทำของคนพิการ โดยมูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย ระบุว่า มี 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัญหาเกี่ยวกับกฎหมายที่จำกัดสิทธิคนพิการ ซึ่งปัจจุบันได้มีการปรับแก้ไขบ้างแล้ว 2) ปัญหาเกี่ยวกับเจตคติของคน โดยคนส่วนใหญ่มักคิดว่าคนพิการช่วยเหลือตัวเอง และทำงานไม่ได้ ทั้งคนพิการ พ่อแม่คนพิการ คนในครอบครัวคนพิการ รวมถึงคนในสังคมส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับคนพิการน้อยมาก และมักเชื่อว่าคนพิการช่วยเหลือตัวเองและทำงานไม่ได้ เพราะร่างกายหรือแขน ขาพิการ เป็นอัมพาต เดินไม่ได้ ตาบอด หูหนวก ปัญญาอ่อน หรือเป็นโรคจิต เป็นต้น นอกจากนั้น คนส่วนหนึ่งยังคิดว่า ความพิการเกิดจากคนพิการ พ่อแม่คนพิการ หรือคนในครอบครัวทำบาปทำกรรมไว้ ฉะนั้น ทุกคนที่เกี่ยวข้องต้องชดใช้กรรม โดยช่วยกันเลี้ยงดูคนพิการ การให้คนพิการทำงาน หรือการจ้างคนพิการทำงานเป็นบาปเป็นกรรม ก็เลยไม่มีใครจ้างคนพิการทำงาน 3) สภาพแวดล้อมในสังคมไม่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ เช่น สถานที่ทำงานไม่มีทางลาดและห้องน้ำสำหรับคนพิการ ไม่มีบริการขนส่งมวลชน เช่น รถเมล์ หรือรถไฟให้คนพิการใช้เดินทางได้ เป็นต้น สำหรับด้านการศึกษา พบว่า ยังไม่มีแผนจัดการศึกษาเฉพาะบุคคลของคนพิการแต่ละคน ส่วนด้านสังคม พบว่า เจตคติของคนพิการ ครอบครัว และสังคมที่มีต่อคนพิการยังเป็นในเชิงลบ เช่น ด้านกฎหมาย ยังมีกฎหมายหลายฉบับที่กำหนดให้คนพิการเป็นเสมือนคนไร้ความสามารถ เลือกปฏิบัติต่อคนพิการและมีข้อจำกัดต่อสิทธิของคนพิการ สำหรับปัญหาด้านสุขภาพ พบว่า การขาดความรู้ทั้งคนพิการ ครอบครัว และคนในสังคม ทำให้ไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จึงไม่มีการส่งเสริมคนพิการให้ได้รับบริการที่เหมาะสม คนทั่วไปยังคงให้การช่วยเหลือคนพิการในรูปแบบของการสงเคราะห์เงิน และสิ่งของ และในส่วนของสิ่งแวดล้อม พบว่า ถึงแม้จะมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่อคนพิการมากขึ้น เช่น ห้องน้ำ หรือในโรงพยาบาลมีการจัดทำทางลาดเพื่อสะดวกต่อการไปรับบริการ แต่ยังไม่ครอบคลุมในทุกประเภทของคนพิการ หรือมีเฉพาะบางแห่งเท่านั้น และเป็นส่วนน้อยที่จัดสิ่งอำนวยความสะดวกแก่คนพิการ

คุณภาพชีวิตคนพิการ

เมื่อบุคคลเกิดความพิการแล้ว แต่ยังสามรถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ อาจถือได้ว่า เป็นส่วนหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งตามแนวคิดของการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ (Independent Living ;

IL) หมายถึง การมีชีวิตอยู่เช่นเดียวกับคนทั่วไป มีโอกาสในการตัดสินใจในเรื่องที่กระทบต่อชีวิตตน สามารถเลือกดำเนินกิจกรรมตามที่ต้องการ หากจะมีข้อจำกัดก็เป็นข้อจำกัดเช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป เช่น กฎเกณฑ์ทางสังคม ดินฟ้าอากาศ เป็นต้น หัวใจของ IL อยู่ที่สามารถตัดสินใจชีวิตด้วยตัวเอง (Self-determination) มีสิทธิและโอกาสเลือกหนทางปฏิบัติเอง และมีอิสระที่จะประสบความสำเร็จหรือเรียนรู้จากความผิดพลาดของคนอื่น เช่นเดียวกับคนทั่วไป (<http://www.oknation.net/blog/print.php?id=232165,2551>) ซึ่งเป็นการดำเนินชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีเช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป

ความหมาย

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความหมายกว้าง ขึ้นอยู่กับว่าใครจะนิยามคุณภาพชีวิตว่าเป็นอย่างไร เช่น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1996) ให้นิยามคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคล ต่อตำแหน่งชีวิตของตนในบริบทของวัฒนธรรมและระบบความเชื่อต่างๆ ที่ดำรงชีวิตอยู่ และมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานต่างๆ และความวิตกกังวล เป็นแนวคิดที่กว้างและมีความซับซ้อน เกี่ยวข้องทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ ระดับของความเป็นอิสระ สังคมและสิ่งแวดล้อม หรือ อีกความหมายหนึ่ง คุณภาพชีวิต ถูกมองว่าเป็นโครงสร้างที่มีหลากหลายมิติ หมายถึง การรับรู้/ความรู้สึกรับรู้ของบุคคลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความผาสุกทางสังคม รวมทั้งองค์ประกอบด้านจิตใจ เช่น ความพึงพอใจ และองค์ประกอบด้านความรู้สึกรับรู้ เช่น ความสุข (Rubin, 2000)

สำหรับการประเมินหรือการวัดคุณภาพชีวิต เครื่องมือที่นำมาใช้ ควรจะมีความครอบคลุมในหลายมิติ เช่น เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาโดยทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1996) ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ประกอบด้วย

1. องค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical Domain) เป็นการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยใครๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ

2. องค์ประกอบด้านจิตใจ (Psychological Domain) เป็นการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึง ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) เป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่ามีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือที่เรียกว่าแบบวัด Euro QOL หรือ EQ-5D ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอรรถประโยชน์ (Utility) ทางอ้อมชนิดหนึ่งในหลาย ๆ ชนิด ที่ถูกนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยทั่วไป ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 มิติคือ 1) มิติการเคลื่อนไหว (Mobility) 2) มิติการดูแลตนเอง (Self-care) 3) มิติการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Usual Activity) 4) มิติความเจ็บปวดและความไม่สบาย (Pain/Discomfort) และ 5) ความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า (Anxiety/Depression) โดยในแต่ละมิติจะมีตัวเลือกให้คนพิจารณาประเมินเกี่ยวกับตนเองอยู่ 3 ระดับคือ ระดับ 1 ไม่มีปัญหา ระดับ 2 มีปัญหามาก และระดับ 3 มีปัญหาอย่างมาก (คู่มือการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2552) ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือสามารถประเมินมิติของสุขภาพได้หลายมิติโดยใช้เพียงเครื่องมือเดียว และทำให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างโรคได้ และการนำมาใช้ไม่ยุ่งยาก การคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ที่เป็นฉบับภาษาไทย มี 2 วิธีคือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ หรือโดยใช้ตารางสำเร็จรูป (ศิรินาถ ตงศิริ, 2552)

สรุป คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่ทุกคนต้องการให้เกิดขึ้น ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นคนปกติ หรือคนที่มีความพิการ โดยเฉพาะคนพิการไม่ว่าจะพิการน้อยหรือมากจนขยับร่างกายไม่ได้ทุกส่วน คนพิการก็ยังเป็นคนที่มีความรู้สึกนึกคิด มีความต้องการมีทุกข์ มีสุข เหมือนกับมนุษย์ทั่วไป ดังนั้นการประเมินหรือการวัดคุณภาพชีวิตของคนพิการ จึงมีความเกี่ยวข้องกับโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งเครื่องมือ ที่ใช้ในการประเมินหรือวัดคุณภาพชีวิตของคนพิการครั้งนี้ เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาโดยทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1996) มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนพิการ ได้แก่ (มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย, 2550)

1. สังคมขาดความรู้เรื่องคนพิการ โดยที่การเผยแพร่ความรู้เรื่องคนพิการยังมีน้อยมาก ดังนั้นทั้งคนพิการ ครอบครัว และคนในสังคม จึงไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จึงไม่มีการส่งเสริมคนพิการให้ได้รับบริการดังกล่าว คนทั่วไปยังคงให้

ช่วยเหลือคนพิการในรูปแบบของการสงเคราะห์เงิน และสิ่งของที่ใช้ดำรงชีวิตไปวันๆ

2. เจตคติของคนพิการ ครอบครัวและสังคมที่มีต่อคนพิการในเชิงลบ เมื่อไม่มีความรู้ที่ถูกต้องต่อคนพิการ จึงก่อให้เกิดเจตคติและการเลียดูในเชิงลบต่อคนพิการ ทั้งเจตคติของคนพิการต่อตนเองและเจตคติของคนในครอบครัว และสังคมต่อคนพิการ กล่าวคือ ต่างปล่อยให้คนพิการมีชีวิตไปเพื่อชดใช้กรรมจนกว่าจะตาย โดยไม่ส่งเสริมในเชิงของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

3. รัฐบาลไม่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างจริงจัง โดยที่คนพิการที่ถูกครอบครัวทอดทิ้งมีจำนวนมาก ดังนั้น รัฐบาลจึงต้องจัดสถานสงเคราะห์ให้บริการเลี้ยงดูคนพิการ ซึ่งไม่เพียงพอ ในภาวะที่มีงบประมาณ และบุคลากรจำกัด หน่วยงานต่างๆ ของรัฐบาลทั้งด้านการแพทย์ ศึกษา สังคม และอาชีพ จึงไม่ได้ให้บริการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ กว้างขวางและทั่วถึง มีเพียงคนพิการในเมืองใหญ่ซึ่งมีฐานะดีเท่านั้นที่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างใกล้เคียงกับคนทั่วไป

4. กฎหมายจำกัดสิทธิคนพิการ โดยที่คนส่วนใหญ่รวมทั้งคนที่กำหนดกฎหมายมีเจตคติเชิงลบต่อคนพิการ ในกฎหมายหลายฉบับจึงกำหนดให้คนพิการเป็นเสมือนคนไร้ความสามารถ และเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ ทั้งนี้ นอกจากจะไม่ส่งเสริมคนพิการให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไปแล้ว ยังจำกัดสิทธิของคนพิการ โดยเฉพาะการไม่รับคนพิการเข้าทำงานในหน่วยงานของภาครัฐ

5. สภาพการบังคับใช้กฎหมายส่งเสริมสิทธิของคนพิการไม่มีประสิทธิภาพ แม้จะมีกฎหมายที่ส่งเสริมสิทธิของคนพิการ เช่น พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และกฎกระทรวงต่างๆ แต่การบังคับใช้ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และไม่มียกโทษ เช่น กฎหมายระบุให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 200 คน ต้องรับคนพิการเข้าทำงานในอัตราส่วน ลูกจ้าง 200 คน ต่อคนพิการ 1 คน แต่สถานประกอบการส่วนใหญ่ยังได้ไม่ดำเนินการ

6. สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ โดยที่คนพิการบางประเภทมีข้อจำกัดในการเดินทาง เช่น คนตาบอดซึ่งใช้ไม้เท้าช่วยในการเดินทาง และคนพิการด้านร่างกายต้องเดินทางโดยใช้เก้าอี้เข็น ไม้เท้า และเครื่องช่วยเดิน เป็นต้น แต่สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปในปัจจุบัน ล้วนเป็นอุปสรรคที่ทำให้คนพิการไม่สามารถเดินทางได้ เช่น มีสิ่งกีดขวางบนทางเท้า ไม่มีทางลาดบนทางเท้าหรือทางเดินที่มีพื้นต่างระดับ ห้องน้ำไม่กว้างพอที่คนใช้เก้าอี้เข็นจะเข้าไปได้ บริการรถไฟฟ้าไม่มีลิฟต์ให้คนพิการขึ้น - ลงที่สถานี และทางขึ้นรถไฟแคบจนคนใช้เก้าอี้เข็นใช้บริการรถไฟไม่ได้ เป็นต้น สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อคนพิการดังกล่าว เป็นอุปสรรคสำคัญในการเดินทางของคนพิการ ทำให้คนพิการไม่สามารถไปรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาล ไม่สามารถไปหรือใช้ชีวิตที่โรงเรียน ไม่สามารถไปทำงาน รวมทั้งไม่สามารถไปเล่นกีฬา หรือท่องเที่ยวเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

7. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ คนตาบอดจำเป็นต้องรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้วยการฟังแทนการเห็น ในขณะที่คนหูหนวกจำเป็นต้องรับข้อมูลข่าวสารจากการดูแทนการฟัง เมื่อไม่มีบริการสิ่งอำนวยความสะดวก

ความสะดวก เช่น เอกสารอักษรเบรลล์ หรือหนังสือเสียง คนตาบอดจะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ในขณะเดียวกัน หากไม่มีล่ามภาษามือ หรือสัญญาณไฟแทนสัญญาณเสียง คนหูหนวกก็รับข้อมูลข่าวสารไม่ได้ นอกจากนั้นคนพิการด้านร่างกายระดับรุนแรง ก็อาจมีข้อจำกัดในการอ่านหนังสือ หรือใช้คอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สำคัญ สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตของคนพิการเป็นอย่างยิ่ง

แนวคิด/ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ

แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง โดยกำหนดกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC) ซึ่งกล่าวว่า การดูแลภาวะเรื้อรังนั้นจะมีการปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction) ภายในโครงสร้างโดยมีจุดศูนย์กลางอยู่ร่วมกัน (Concentric Structures) และมีระบบล้อมรอบ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเล็ก (Micro System) ระบบกลาง (Meso System) และระบบใหญ่ (Macro System) ดังภาพที่ 2 โดยมีรายละเอียดดังนี้

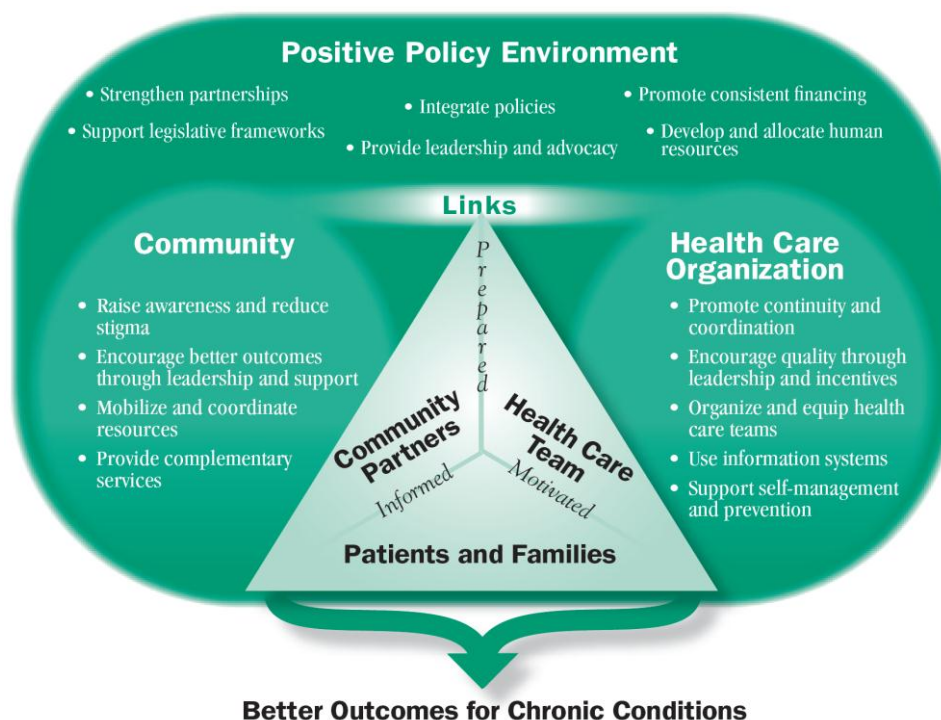
จุดศูนย์กลางของการดูแล คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว และสมาชิกของชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรวมทั้งทีมสุขภาพ โดยล้อมรอบด้วยระบบเล็ก (Micro System) ซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว สมาชิกของชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลและทีมสุขภาพเกี่ยวกับการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ การเตรียมความพร้อม การมีส่วนร่วม และการได้รับการสนับสนุน ซึ่งระบบเล็กนี้จะเชื่อมโยงกับระบบกลางซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ หน่วยบริการด้านสุขภาพ และชุมชน

ด้านชุมชน (Community) ชุมชนเป็นแหล่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ และการจัดการต่อปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง บทบาทของชุมชนประกอบด้วย 1) การสร้างความตระหนักและลดตราบาป/ความด้อยในสังคม โดยผู้นำชุมชน ต้องมีการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคให้เกิดขึ้นในชุมชน รวมทั้งการดำเนินการทางด้านการเมือง เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วย 2) การกระตุ้นให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีผ่านผู้นำและการสนับสนุนผู้นำท้องถิ่น หน่วยงาน นานาชาติ เช่น NGOs และการสนับสนุนจากกลุ่มต่าง ได้แก่ กลุ่มพัฒนาชุมชน/กรรมการสุขภาพ หรือกลุ่มพัฒนาหมู่บ้าน จะเป็นตัวที่ช่วยในการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการดูแลที่ดีขึ้น โดยมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย 3) การขับเคลื่อนและประสานทรัพยากร โดยผู้นำชุมชนจากระดับ ท้องถิ่น และหน่วยงานระดับชาติ (NGOs) กลุ่มสนับสนุนในชุมชน และกลุ่มสตรี เป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญ ในการระดมเงินทุน เพื่อให้มีทรัพยากรในการสนับสนุน การคัดกรอง การป้องกัน และการปรับปรุงการจัดการต่อภาวะที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และ 4) การสนับสนุนให้บริการร่วมที่จำเป็น ซึ่งท้องถิ่น และหน่วยงานระดับชาติ มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการจัดการและ

การป้องกันปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความเสี่ยง รวมทั้ง อบรมทักษะการให้บริการพื้นฐานเกี่ยวกับโรค หน่วยบริการสุขภาพและชุมชนต้องมีการทำงาน เชื่อมโยงกัน เพื่อลดการติดตามรักษา และการดูแลที่ไม่จำเป็นในระดับตติยภูมิ

ด้านหน่วยบริการสุขภาพ (Health Care Organization) เป็นส่วนสนับสนุนให้ทีมดูแลสุขภาพสามารถ ทำหน้าที่ได้ดีที่สุด เมื่อเชื่อมโยงกับ หุ่นส่วนในชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อ ผู้ป่วย ซึ่งบทบาทของหน่วยบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมความต่อเนื่อง และการประสานงาน ความร่วมมือกัน โดย มีการประสานงานความร่วมมือกันระหว่าง ผู้ให้การดูแล กับผู้ที่ทำงานดูแลสุขภาพ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีการรวบรวมองค์ความรู้ ข้อมูลและทักษะของทำงานดูแลสุขภาพ จากหลาย ๆ กลุ่ม และมีการกำหนด ผู้ประสานการดูแล ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุม และรับประกันผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยโดยตรง 2) สร้างสรรค์ทีมพร้อมเครื่องมือดูแลสุขภาพ โดยการจัดตั้งทีมดูแลสุขภาพ ต้องมา จากทำงานดูแลสุขภาพจากสหสาขาวิชาชีพ ทำงานประสานความร่วมมือ และร่วมรับผิดชอบผู้ป่วย ซึ่ง ทีมดูแลต้องมีองค์ความรู้ มีทักษะที่เฉพาะ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่าง ต่อเนื่อง และต้องยอมรับในบทบาทหน้าที่ของทีม และมีการปรับกระบวนการทัศน์ในการดูแลผู้ป่วย 3) การ สนับสนุนการจัดการตนเองและการป้องกัน โดยผู้ป่วย และผู้ดูแลต้องได้รับข้อมูล การกระตุ้น/การจูงใจ และการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อฝึกปฏิบัติการการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันและป้องกัน อาการแสดงที่เกิดขึ้นจากภาวะของโรค 4) ส่งเสริมการใช้ระบบข้อมูลข่าวสาร มีการรวบรวมและจัดการ ข้อมูลเกี่ยวกับ การระบาค การรักษา และผลลัพธ์ของการดูแล โดยมีเป้าหมายคือการใช้ระบบข้อมูล ข่าวสาร เพื่อวางแผนงานการดูแล การติดตามการรักษา และประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย และ 5) กระตุ้นให้เกิดคุณภาพผ่านผู้นำ และการให้รางวัล ซึ่งผู้นำเป็นผู้ที่มีอิทธิพลมาก ในการสนับสนุน ให้มีการ ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการให้สิ่งตอบแทน แก่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลสุขภาพ เพื่อ นำไปบริหารจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ระบบสุดท้ายคือ ระบบใหญ่ ซึ่งเป็นการกำหนดนโยบายที่เน้นการชี้แนะ กระตุ้นให้ตระหนักใน การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ควรมีนโยบายแบบบูรณาการทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และควบคุมภาวะเรื้อรังที่ เชื่อมโยงกับโครงการอื่นๆ และหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ควรสนับสนุนนโยบายอย่างต่อเนื่อง มีการ พัฒนาและจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสม ปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนสร้างพันธมิตรเครือข่ายแบบเป็นหุ้นส่วนให้เข้มแข็งเพื่อ ช่วยกันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง



ภาพที่ 2 แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO., 2002)

แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation : CBR) เป็นโครงการหนึ่งในโครงการพัฒนาคนพิการขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ที่บัญญัติขึ้นจากที่ประชุมระหว่างองค์กรต่างประเทศ 3 องค์กร ได้แก่ ILO, UNESCO และ WHO ใน ค.ศ.1994 (WHO, 2004) หมายถึง การเชื่อมโยงทุกส่วนในสังคม โดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา สังคม และการฝึกอาชีพ เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพหรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสมรรถภาพดีขึ้น และเสริมพลังอำนาจของคนพิการให้สามารถดำรงชีวิตโดยอิสระได้ในสังคมและอยู่ร่วมกับสังคมได้ในทุกมิติ มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนทั่วไป

การดำเนินงาน เน้นให้ความสำคัญกับการพัฒนาชุมชนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ทั้งในด้านการป้องกัน และการฟื้นฟูความพิการ โดยใช้ชุมชน ครอบครัว และทรัพยากรในชุมชน เปิดโอกาสให้คนพิการ ครอบครัวคนพิการ สมาชิกชุมชน ตลอดจนองค์กรหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งนอกและในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกกิจกรรม การดำเนินงานทั้งหมดไม่มีการแยกงานโครงการเป็นเอกเทศ แต่มุ่งผสมผสาน ขยายงานและกิจกรรมเกี่ยวกับคนพิการที่ชุมชนปฏิบัติมาแต่เดิม เพื่อให้การฟื้นฟู และการป้องกันความพิการในชุมชนนั้นมีความเข้มแข็ง เป็นที่ยอมรับ และได้รับการสนับสนุนจากชุมชนมากยิ่งขึ้น

เป้าหมายของ CBR ประกอบด้วย

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

2. การสร้างความเท่าเทียมกันของโอกาส

3. การให้คนพิการมีส่วนร่วมและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในสังคม

ลักษณะสำคัญของ CBR ประกอบด้วย

1. “เชิงรุก” เข้าถึงคนพิการในชุมชน โดยคนพิการและครอบครัว ตลอดจน ชุมชนต้องมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

2. “ตามความต้องการของชุมชน” เน้นการค้นหาและพัฒนาศักยภาพของคนพิการ ครอบครัว และชุมชน โดยสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูทั้งในระดับการวางแผนและการดำเนินงาน ร่วมกันคิด และร่วมกันทำ

3. “แสวงหาและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาของชุมชน” เทคโนโลยีพื้นบ้าน และทรัพยากรในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้ว พึ่งพิงทรัพยากรภายนอกน้อยที่สุด

4. “พอเพียง” ใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้อง เหมาะสม และประหยัด

ลักษณะกิจกรรมหรือโครงการที่เป็น CBR คือ

1. มีการสนับสนุนให้คนพิการและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมและเป็นหุ้นส่วนในทุกขั้นตอนของโครงการ (นับตั้งแต่เริ่มการออกแบบโครงการ)

2. มีการสนับสนุนให้ในชุมชนมีส่วนร่วม และเป็นหุ้นส่วนในโครงการ

3. มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Quality Of Life: QOL) และให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ (Independent Living: IL)

4. มีกิจกรรมที่บูรณาการในบริการอื่นๆ เน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยใช้ความต้องการคนพิการและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

5. มีความยืดหยุ่นเหมาะสมสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนแต่ละแห่ง

6. มีการเชื่อมโยงและการส่งต่อถึงระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของ CBR ประกอบด้วย

1. การสร้างความตระหนักในปัญหาความพิการและตระหนักในการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน

2. การประสานทรัพยากรเพื่อการพัฒนาและฟื้นฟูคนพิการ

3. การพัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะด้านให้แก่สมาชิกในชุมชน

4. การให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการทำโครงการ CBR ตั้งแต่การวางแผน การอำนวยการ การประเมินผล การปฏิบัติการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนา ตามแนวคิดที่เป็นหลักการบริหารการพัฒนาที่ยั่งยืน

5. ระบบการส่งต่อในชุมชน โดยควรเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนทุกมิติ เช่น สังคมสงเคราะห์ การฝึกอาชีพ บริการสุขภาพ การศึกษาเป็นต้นทุกระดับ เช่น ประเทศ จังหวัด ตำบล ชุมชน เป็นต้น

รูปแบบและระบบการดูแลคนพิการ

รูปแบบ/ระบบการดูแลคนพิการในประเทศและต่างประเทศ

ครอบครัว เป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของคนพิการ โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวถือเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือคนพิการให้มีชีวิตอยู่รอด หรือดำรงชีวิตอยู่เช่นเดียวกับคนทั่วไปตามสภาพที่ควรจะเป็น ซึ่งถ้าคนพิการเป็นเด็ก พ่อแม่ถือว่ามีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยรูปแบบที่ครอบครัวเข้าร่วมอาจแตกต่างกันไป เช่น การศึกษาของธิดา รัตน์ นงศ์ทอง (2546) ศึกษาเกี่ยวกับการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว (Individualized Family Service Plan; IFSP) ในเด็กหูหนวกแรกเกิด-6 ปี โดยเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นถึงปัญหา/ความต้องการในการดูแลตลอดกระบวนการ ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัวสำหรับเด็กหูหนวกแรกเกิด-6 ปี มีกระบวนการทั้งหมด 8 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนการให้ความรู้แก่ครอบครัว ขั้นตอนการค้นหาครอบครัว ขั้นตอนการพบปะพูดคุยครั้งแรก ขั้นตอนการตรวจประเมิน ขั้นตอนการเตรียมประสานงานจัดตั้งทีม ขั้นตอนการประชุมจัดทำแผน ขั้นตอนการเริ่มบริการ และขั้นตอนการทบทวนแผน และครอบครัวที่เข้าร่วมมีความพึงพอใจมากในกระบวนการจัดทำ IFSP เพราะทำให้แม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลูกหูหนวกมากขึ้น มีข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงลูกมากขึ้น ทำให้แม่มีแนวทางในการเลี้ยงลูก รู้วิธีในการสอนลูก ช่วยทำให้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกลดน้อยลงมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกมากขึ้น

สำหรับรูปแบบการดูแลคนพิการในชุมชน จากการศึกษาพื้นที่ที่มีการดำเนินการ เช่น

1. รูปแบบการดูแลคนพิการในชุมชน ของโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช(เอกวิธ จันทวันเพ็ญ, 2552) รูปแบบนี้ใช้แนวคิดการทำงานร่วมกันเป็นระบบเครือข่ายทั้งอำเภอในการดูแลคนพิการอย่างเป็นองค์รวม (Holistic care) เป็นการประสานความร่วมมือของทีมงานบุคลากรสาธารณสุขทั้งจากโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีอนามัย ให้บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการเชื่อมโยงระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน(Home Health Care) ที่เป็นรูปแบบชัดเจน เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางสาธารณสุข และภาคประชาชน เป็นการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และยังเป็นการเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้บริการ คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ ส่วนผู้รับบริการ ได้แก่ คนพิการจากโรคเรื้อรัง ในเขตอำเภอสิชล จำนวน 100 คน โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อให้เกิดการดูแลคนพิการอย่างต่อเนื่องและลดอุปสรรคการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนพิการที่บ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว 2) เพื่อให้ผู้ดูแลและคนพิการจากโรคเรื้อรัง มีความรู้และทักษะในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนพิการ อย่างถูกต้องและเหมาะสม สำหรับระยะเวลาดำเนินการ คือช่วงเดือน สิงหาคม 2551 – พฤษภาคม 2552 และมีวิธีการดำเนินงานโดยใช้แนวคิดของกระบวนการ PDCA เพื่อการพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข การดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีขั้นตอนคือ

- 1) รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วย โรคเรื้อรังและคนพิการ ในพื้นที่
- 2) จัดทำโครงการเพื่ออนุมัติ จากคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)
- 3) จัดให้มีการทบทวนความรู้ทางวิชาการเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนพิการ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนโดยการจัดรวมทั้งเครือข่ายสุขภาพ ที่โรงพยาบาลลือชา
- 4) กำหนดแนวทางการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยให้สามารถใช้ปฏิบัติได้จริง เช่น กำหนดการใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดให้กับคนพิการที่บ้าน
- 5) ฝึก ทบทวนทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วย แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้การดูแลคนพิการที่บ้าน ได้แก่ เรื่องการทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การดูดเสมหะ การฝึกกลืนเนื้อและข้อ ทุก 6 เดือน ถึง 1 ปี
- 6) คัดเลือกอาสาสมัครและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 1 คน จำนวน 100 คน เข้ารับการอบรมเรื่อง การดูแลผู้ป่วยพิการที่บ้าน และจัดให้มีการฝึกทักษะปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย ในเรื่องที่ต้องดูแลต่อที่บ้าน แล้วแต่กรณีผู้ป่วย เช่น การทำแผล การพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การฝึกกลืนเนื้อและข้อ และจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยและคนพิการประกอบ การอบรมโดยมีรายละเอียดประกอบด้วย การทำแผล การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยางและการพลิกตะแคงตัว การป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยมีพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ การทำอาหารผสม การปรุงอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยมีโภชนาการเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมี นักกายภาพบำบัดเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ ออกให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนพิการ ที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งกำหนดแผนการตรวจประเมิน และลงตรวจประเมินในพื้นที่ พร้อมติดตามประเมินข้อบกพร่องของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย โดยคณะกรรมการดำเนินงานตามโครงการที่แต่งตั้งจากคณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพอำเภอลือชา ตลอดจนจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนพิการในชุมชน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาการดีขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วย แกนนำชุมชน อสม. และผู้นำศาสนา

สำหรับตัวชี้วัดผลสำเร็จ ประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living; ADL) ระดับความพึงพอใจ ความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและคนพิการในชุมชนของอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้ป่วย และคนพิการ ผลการดำเนินงาน พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยและคนพิการมี ระดับคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับพื้นฐาน (Barthel ADL Index) หลังการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยและคนพิการในชุมชน คะแนนดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 64.58 ระดับความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและคนพิการในชุมชน ของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยและคนพิการ พบว่าความรู้ในเรื่องการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของคนพิการ อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 85.75 ทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยและคนพิการในระดับดี คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ

86.25 การปฏิบัติ มีทักษะการทำแผล การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยและคนพิการในระดับดี คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 87.75 ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยและคนพิการ มีความพึงพอใจต่อกระบวนการติดตามเยี่ยมบ้านคนพิการในชุมชนระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 92.75 ส่วนการประเมินผล เชิงคุณภาพ ประเมินจากการถอดบทเรียน ประสบการณ์การเรียนรู้จากพื้นที่จริง

รูปแบบการดูแลคนพิการนี้ เป็นรูปแบบที่ดีเนื่องจากการดูแลคนพิการเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคนพิการและมีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลที่ต่อเนื่อง

2. โครงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังและคนพิการในชุมชน จังหวัดภูเก็ต โดยสร้างแกนนำในการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งเริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม 2552 ถึง เดือนกันยายน 2553 ผลที่ได้รับคือ มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังและคนพิการในชุมชนจำนวน 126 คน หมอนวดพื้นบ้าน จำนวน 3 คน ผู้ป่วยเรื้อรังและคนพิการได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง จำนวน 356 คนและผู้ป่วยในชุมชน ยังได้รับการสนับสนุนที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ ผ้าอ้อมอนามัย และสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน ทำให้ญาติและผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังกล่าวดีขึ้น

รูปแบบนี้ เป็นการดูแลคนพิการจะเน้นไปที่การพัฒนาศักยภาพเฉพาะของแกนนำชุมชน(อสม.) เท่านั้น ยังขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการของครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนและการเชื่อมโยงการดูแลร่วมกัน

สำหรับในต่างประเทศ การดูแลคนพิการในครอบครัว มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตที่ดีต่อไปของคนพิการเช่นกัน จากการศึกษาของ Leach et al (1993) ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมอง พบว่า การทำบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาและการใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาของครอบครัวในการดูแลคนพิการที่ดี มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมองอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการดูแลคนพิการในชุมชน มีการศึกษาโดยใช้ APA-stroke หรือ Adaptive Physical Activity (Stuart et al., 2009) ซึ่งเป็นโปรแกรมการออกกำลังกาย โดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้เข้าร่วมที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการสอนให้ความรู้ด้านการออกกำลังกาย ดำเนินการโดยผู้มีหน้าที่ด้านสุขภาพในท้องถิ่น (Gym Instructors) โปรแกรมนี้ออกแบบเพื่อปรับปรุงสุขภาพระยะยาว และการทำหน้าที่ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ (ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย) กิจกรรม ประกอบด้วย การฝึกเดิน การสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของข้อ การทรงตัวและการทำหน้าที่ของหัวใจและทางเดินหายใจ สถานที่ในการดำเนินการ มีทั้งที่บ้านผู้ป่วย และโรงยิมในท้องถิ่น เมื่อติดตามผล 6 เดือนหลังโครงการ พบว่า ผลลัพธ์เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมในทางที่ดีขึ้น รวมทั้ง ผลกระทบที่เกิดจาก Stroke ลดลง อาการซึมเศร้า (Depressive Symptoms) ลดลง การมีส่วนร่วมของชุมชนสูงขึ้นในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมไม่มีการเปลี่ยนแปลง

รูปแบบนี้ จะเห็นได้ว่าเป็นการดูแลที่เน้นเฉพาะในครอบครัวคือเน้นเฉพาะผู้ดูแลและคนพิการ ส่วนในชุมชน เน้นเฉพาะผู้ให้บริการและคนพิการ เท่านั้น ยังไม่มีการเชื่อมโยงการดูแลคนพิการระหว่างครอบครัวและชุมชนเข้าด้วยกันอย่างครบวงจร

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดรูปแบบการฟื้นฟูสภาพ สำหรับคนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหวที่อยู่ในชุมชนจำแนกตามรูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพในสถานบริการ (Institutional - Based Care) เป็นการจัดหน่วยบริการเฉพาะสำหรับการฟื้นฟูสภาพในสถานบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลสำหรับคนพิการที่ต้องกลับไปอยู่ที่บ้านหลังพ้นภาวะวิกฤติ แต่ยังคงมีการฟื้นฟูสภาพ หลักสำคัญสำหรับรูปแบบนี้คือ การร่วมมือกันระหว่าง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์และผู้เชี่ยวชาญด้านฟื้นฟูสภาพอื่นๆ โดยบทบาทของผู้เชี่ยวชาญคือกำหนดขอบเขตการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสภาพในปัจจุบันของคนพิการ (Mc Coll et al., 2009) ซึ่งการจัดรูปแบบในลักษณะนี้มีมุมมองคนพิการตามแนวคิดแบบทางการแพทย์ (Medical model of disability) ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูคืนการทำหน้าที่ทางร่างกาย และแยกคนพิการออกจากสังคม เพื่อรักษาความพิการหรือลดระดับของความพิการ โดยปราศจากการพิจารณาถึงภาวะแทรกซ้อนทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม (WHO, 2001; Clifton, 2005) แบ่งเป็น

1.1 หน่วยฟื้นฟูสภาพแบบพักค้างคืน (Domiciliary Rehabilitation) ซึ่ง Roderick et al. (2001) ได้ทำการศึกษาการฟื้นฟูสภาพโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในกลุ่มคนพิการในระดับที่ไม่รุนแรงเกินไปที่จะป้องกัน โดยทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบระหว่างการดูแลแบบพักแรมและการดูแลกลางวันในโรงพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลความคุ้มค่าของรูปแบบการพักค้างคืนเพื่อฟื้นฟูสภาพ ให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพประสานงานกันและร่วมกันวางแผนกิจกรรมในเวลากลางวันทุกวันและทุก 2 สัปดาห์ ทบทวนการดูแลฟื้นฟูสภาพและการตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผลลัพธ์การเปรียบเทียบพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีสถานะการทำหน้าที่ (Functional status) การเคลื่อนไหว (Mobility) และคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ดีขึ้นแต่ไม่แตกต่างกัน และความคุ้มค่าทั้งสองรูปแบบพบว่าไม่แตกต่างด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าการทำหน้าที่และกิจกรรมทางด้านสังคมยังคงอยู่ในระดับที่ต่ำ จุดเด่นในการจัดรูปแบบการฟื้นฟูสภาพแบบพักค้างคืน เป็นการลดปัญหาและอุปสรรคในเรื่องการเดินทางมารับบริการ และเกิดความต่อเนื่องในการได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพตามปัญหาที่แท้จริง ความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับรูปแบบกลางวันพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่จุดด้อยในเรื่องของประสิทธิผลของปฏิบัติการที่จะปรับปรุงสภาพจิตและกิจกรรมทางสังคมที่ยังไม่เป็นตามความต้องการของคนพิการ

1.2 หน่วยฟื้นฟูสภาพแบบดูแลกลางวัน (Day-Hospital Care Rehabilitation) เป็นการจัดบริการการฟื้นฟูสภาพเฉพาะเวลากลางวัน ที่มุ่งเน้นเฉพาะสำหรับคนที่มีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติและกลับไปอยู่ที่บ้าน แต่ต้องการได้รับการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง Crotty et al (2008) และ Roderick et al (2001) ได้ศึกษาในกลุ่มคนพิการจากโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง โรคกระดูกและข้อ ที่มีความพิการในระดับที่ไม่รุนแรงเกินการป้องกันและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งอยู่บนพื้นฐาน a medical rehabilitation Model โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการร่วมกัน ใช้แนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (The client-centered) ผู้ป่วยและทีมจะร่วมกันพัฒนาการวางแผนการจัดการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะสำหรับบุคคล (Ehrlich-Jones et al., 2010) มีการบำบัดรักษาและให้ความรู้ทั้งแบบส่วนบุคคลและแบบกลุ่ม ใช้เวลาดำเนินการประมาณสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 1-3 ชั่วโมง ผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพในรูปแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยมีสถานะการทำหน้าที่ (Functional status) การเคลื่อนไหว (Mobility) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Strength) คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ดีขึ้น และระยะเวลาในการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง (Crotty et al., 2008) แต่การทำหน้าที่และกิจกรรมทางด้านสังคมยังคงต่ำอยู่ (Roderick et al., 2001) จุดเด่นของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพแบบนี้ คือ ความสะดวกและง่ายต่อการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การติดต่อกับสังคมและกิจกรรมกลุ่ม การใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ และการติดตามผลการรักษาของแพทย์ โดยกลุ่มโรงพยาบาลกลางวันได้รับบริการการฟื้นฟูสภาพมากกว่ากลุ่มที่บ้าน แต่จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้ให้คำแนะนำว่าบริการการฟื้นฟูสภาพคนพิการควรให้ความสำคัญกับการเข้าถึงที่บ้านมากกว่าในสถานบริการ (Crotty et al., 2008)

รูปแบบนี้ เป็นการดูแลคนพิการในสถานบริการที่เน้นความร่วมมือในการดูแลเฉพาะทีมดูแลด้านสุขภาพกับคนพิการเท่านั้น ซึ่งการวางแผนการดูแลควรมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน บทบาทที่ของการดูแลจะอยู่ที่ครอบครัวหรือผู้รับผิดชอบดูแลเป็นหลักและควรเชื่อมโยงการดูแลร่วมกับหน่วยงานในชุมชน เพื่อให้คนพิการได้รับการดูแลครอบคลุมในทุกด้าน

2. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพที่จัดในชุมชน ซึ่งหมายถึงการจัดบริการที่บ้าน วัด และสถานที่ต่าง ๆ ที่อยู่ในภายในชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่ โดยมีรูปแบบดังนี้

2.1 รูปแบบการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Home-Based Rehabilitation) หลักสำคัญ คือ ให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ (Stuart et al., 2009) โดยระบุความต้องการและเป้าหมายแต่ละคน การประสานงานและวางแผนการดูแลกับทีมและมีคู่มือการดูแล การอบรมความสามารถในการร่วมมือในรูปแบบการฟื้นฟูสภาพที่บ้านจัดแบ่งตามกลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่

2.1.1 รูปแบบการฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ ให้บริการฟื้นฟูสภาพคนพิการทุกระดับ ตั้งแต่คนพิการที่มีความพิการระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง เช่น การศึกษาของ Burton & Gibbon (2005) ที่ได้ทำการทดสอบการขยายบทบาททางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในด้านการให้การศึกษสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล การป้องกันและการใช้ทรัพยากรสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ โดยติดตามเยี่ยมหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 2 วัน เป็นเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ช่วยลดความรู้สึกแยกตัวจากสังคมแต่ไม่มีผลต่อการปรับปรุงของการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม

รูปแบบนี้ เน้นการให้ความรู้ในด้านต่างๆ และอยู่บนพื้นฐานแนวคิดทางการแพทย์ (Medical Model of Disability) ที่เน้นการแก้ไขสถานะการทำหน้าที่ทางร่างกายและแยกจากสังคม บทบาทในการฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่เป็นของพยาบาลวิชาชีพโดยเน้นที่บทบาทด้านการให้ความรู้เป็นสำคัญ

2.1.2 รูปแบบการฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นรูปแบบที่คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีความต้องการเป็นอย่างมาก เนื่องจากในชุมชนส่วนใหญ่มักขาดผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้การฟื้นฟูสภาพคนพิการ โดยเฉพาะคนพิการที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการและมีระดับความพิการที่รุนแรงโดยทั่วไป ทีมสหสาขาวิชาชีพจะประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตและการติดยา นักพูดบำบัด นักจิตวิทยา นักอาหาร และทีมสนับสนุนบริการซึ่งทำงานเหมือนกับทีมให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยในแต่ละพื้นที่อาจจะจัดทีมที่แตกต่างกันตามความพร้อมของบุคลากร การจัดการบริการเน้นตามปัญหาและระดับความต้องการของคนพิการ รูปแบบนี้อยู่บนพื้นฐานแนวคิดทางการแพทย์ (Medical model of disability) ที่เน้นการแก้ไขสถานะการทำหน้าที่ทางร่างกายและแยกจากสังคมเช่นกัน จากการศึกษาของ Bachman et al. (2008) ในเรื่องรูปแบบการจัดการดูแลสำหรับผู้ใหญ่ชาวลาตินที่เป็นโรคเรื้อรังและพิการ ผลของปฏิบัติการ the Brightwood Health Center เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์การดูแลสุขภาพสำหรับชาวลาตินที่มีความพิการและเป็นโรคเรื้อรังที่มีรายได้ต่ำ โดยมีทีมจัดให้มีการส่งเสริมการดูแลปฐมภูมิและพฤติกรรมสุขภาพและประสานงานการดูแล การบูรณาการพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพทางกาย การติดตามที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลและการเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล การให้ความรู้ทางสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ และการฝึกปฏิบัติกิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย ผลลัพธ์จากการศึกษาพบว่า ก่อนร่วมโปรแกรมผู้เข้าร่วมรายงานภาวะสุขภาพ ไม่สามารถเข้าถึงบริการตามความต้องการและมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับระบบบริการสุขภาพ แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม มีการปรับปรุงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น เข้าใจในการรักษาและการใช้ยาดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพในรูปแบบนี้ทำให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามความต้องการ มีความเข้าใจในการรักษาและการใช้ยา ทำให้สามารถปรับปรุงภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ นอกจากนี้ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

รูปแบบนี้ ถึงแม้จะเป็นการดูแลคนพิการในชุมชน แต่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล จะมีเฉพาะทีมดูแลด้านสุขภาพเท่านั้น ไม่มีการระบุถึงดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่เข้ามามีบทบาทร่วมด้วย

2.1.3 รูปแบบการฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยการบูรณาการ เป็นการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสภาพคนพิการโดยผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้เสียกับคนพิการทั้งหมด ได้แก่ คนพิการ ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขตำบล เจ้าหน้าที่จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นตัวแทนของคน

ที่มีภาวะโรคเรื้อรังและความพิการเพื่อช่วยขับเคลื่อนในการสนับสนุนทรัพยากรและกำลังคนในการฟื้นฟูสภาพ รูปแบบนี้อยู่บนพื้นฐานแนวคิดเชิงชีว-จิตสังคมของคนพิการ และสุขภาพ (Biopsychosocial Model) ที่ตระหนักในสำคัญของความพิการที่เกี่ยวข้องกันระหว่างบุคคลและสังคม ครอบคลุมบูรณาการทั้งรูปแบบความเป็นบุคคล หรือรูปแบบทางการแพทย์กับรูปแบบทางสังคมของคนพิการเข้าด้วยกัน โดยเน้นที่ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนพิการ รูปแบบนี้มีจุดเด่นที่ช่วยกระตุ้นให้สังคมและชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อคนพิการ เข้าใจปัญหาและสามารถสร้างเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือคนพิการได้ แต่มีจุดด้อยที่ในการบูรณาการ พบว่า คนพิการและครอบครัวขาดความร่วมมือหรือบางครั้งไม่มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาและความต้องการ ขาดการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในองค์การบริหารส่วนตำบลขาดงบประมาณ บุคลากรขาดความรู้และความสามารถในการวางแผนปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟู และขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (สุเวช ทรงอยู่สุข, 2550)

รูปแบบนี้ จะเห็นได้ว่า การดูแลคนพิการ เป็นความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในชุมชน และเกิดผลดีต่อคนพิการ แต่ความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวยังไม่ใช่ความร่วมมือที่แท้จริงหรือเป็นการแก้ปัญหาที่ตรงกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง จากปัญหาที่พบคือในบางครั้ง คนพิการและครอบครัวยังขาดความร่วมมือหรือบางครั้งไม่มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาและความต้องการและไม่มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2 รูปแบบการฟื้นฟูสภาพในสถานที่ต่างๆ ในชุมชน เป็นบริการนอกสถานที่สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถมารับบริการที่หน่วยบริการ หรือขาดโอกาสในการเข้าถึงจากสภาพความพิการหรือจากความห่างไกลของหน่วยบริการกับที่พักอาศัย โดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการระดับรุนแรงที่มีความต้องการทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเป็นอย่างมาก (Cox, Amsters, & Pershouse, 2001) ในรูปแบบนี้จะจัดบริการเป็นครั้งคราว มีการจัดตั้งพื้นที่เฉพาะหรือเป็นการชั่วคราวตามความสะดวกและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ โบสถ์ โรงเรียนในหมู่บ้าน หรือหน่วยเคลื่อนที่ เป็นต้น รูปแบบนี้อยู่บนพื้นฐานแนวคิดทางการแพทย์ (Medical Model of Disability) ที่เน้นการแก้ไขสภาวะการทำหน้าที่ทางร่างกายและแยกจากสังคมเช่นกัน เช่น จากการศึกษาของ Stuart et al. (2009) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังและมีความผิดปกติในการเดินจากอัมพาตครึ่งซีกระดับปานกลาง เพื่อศึกษาความปลอดภัย ความเป็นไปได้ และประสิทธิผลของโปรแกรม มีแพทย์เป็นผู้ตรวจประเมิน ครูที่โรงเรียนและนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ดูแลโปรแกรม กิจกรรม ประกอบด้วย การออกกำลังกายกลุ่มละ 9-13 คน เป็นเวลา 1 ชม. พร้อมให้กลับไปทำที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เน้นส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของข้อ การทรงตัวและการทำหน้าที่ของหัวใจและทางเดินหายใจ มีการติดตามทุก 6 เดือน ผลลัพธ์จากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า คุณภาพชีวิต ภาวะของผู้ดูแลและความเครียดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แต่ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น ขณะที่กลุ่มควบคุมลดลง

รูปแบบการดูแลนี้ เป็นการจัดบริการในชุมชน และคนพิการมีโอกาสในการเข้าถึงบริการมากขึ้น แต่การมีส่วนร่วมของการดูแล จะเห็นได้ว่ามีเฉพาะทีมสุขภาพ และเน้นการดูแลร่างกายเป็นสำคัญ ขาดการดูแลคนพิการอย่างเป็นองค์รวม ผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแล

2.3 รูปแบบการฟื้นฟูสภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Rehabilitation, CBR) เป็นการส่งเสริมการทำงานร่วมกันหรือการร่วมมือกันระหว่างผู้นำชุมชน คนที่มีความพิการ ครอบครัวและคนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่จะจัดโอกาสความเท่าเทียมสำหรับคนที่มีภาวะพิการทั้งหมดในชุมชน อยู่บนพื้นฐานแนวคิดเชิงชีว-จิตสังคมของคนพิการ และสุขภาพ (Biopsychosocial Model) ตระหนักในความสำคัญของความพิการที่เกี่ยวข้องกันระหว่างบุคคลและสังคม ครอบคลุมบูรณาการทั้งรูปแบบความเป็นบุคคลหรือรูปแบบทางการแพทย์กับรูปแบบทางสังคมของคนพิการเข้าด้วยกัน โดยเน้นที่ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของคนพิการ ซึ่งรูปแบบนี้จากการประเมิน พบว่า ยังมีจุดอ่อนที่ชุมชนส่วนใหญ่เมื่อร่วมกันดำเนินการยังขาดทักษะและความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและขาดความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุเวช ทรงอยู่สุข (2550) ในเรื่องแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวโดยองค์การบริหารส่วนตำบลตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ภาครัฐที่เกี่ยวข้องและเจ้าหน้าที่จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบคนพิการ ครอบครัว ผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพการแพทย์เป็นอันดับแรก โดยต้องการบริการการตรวจสุขภาพ การตรวจเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสภาพจิตใจ อุปกรณ์ช่วยเหลือ และการส่งต่อ แต่ปัญหาในองค์การบริหารส่วนตำบล คือด้านงบประมาณ บุคลากรปัญหาการขาดความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟู การวางแผน การบูรณาการความร่วมมือ คนพิการและครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาและความต้องการและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาของ Naylor et al. (2007) ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลโดยชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้ใหญ่ที่มีความพิการในระดับรุนแรงที่มีภาวะเสี่ยงสูง ผู้ใหญ่ที่อายุ 20-55 ปี ในกลุ่มพิการจากการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง กระดูกและกล้ามเนื้อ มะเร็งเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ข้อเสื่อม และโรคปอดอุดกั้น โดยใช้แนวคิดการจัดการดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive Care Management, CCM) มีพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ประสานงานในการดูแล กำหนดรูปแบบ กำหนดเนื้อหาความรู้และทักษะในการดูแลที่จำเป็นโดยแพทย์ ทีมสุขภาพและองค์กรชุมชนที่ให้บริการ วัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้และผลกระทบต่องานบริการ โดยใช้บ้านเป็นฐาน เปรียบเทียบกับการปฏิบัติการดูแลต่อประสบการณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก และอุปสรรคในการดูแลสุขภาพคนพิการที่มีความรุนแรง ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวมของการทำหน้าที่และการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะส่วนบุคคลดีขึ้น สมรรถนะทางสังคมดีขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่าง และพบว่า ระบบสนับสนุนที่เข้มแข็ง ได้แก่ ความสามารถของผู้ดูแล การสนับสนุนครอบครัวหรือเครือข่ายทางสังคม การได้รับบริการจากทีมสหสาขาวิชาชีพ การ

ปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับความพิการ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนบริการ คุณภาพบริการที่ดีและการสนับสนุนแหล่งเงินทุนช่วยให้เกิดความสำเร็จในงานฟื้นฟูสภาพมากยิ่งขึ้น

รูปแบบการดูแลคนพิการนี้ จะเห็นได้ว่าจุดเด่นของรูปแบบนี้คือคนในชุมชนมีความตระหนัก ให้ ความสำคัญ เกิดการยอมรับและรู้สึกมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพคนพิการมากขึ้น ช่วยให้คนพิการมี สมรรถนะทางสังคมและมีส่วนร่วมในสังคมได้มากขึ้น แต่ข้อด้อยคือ ชุมชนยังขาดความรู้ ทักษะเฉพาะ ทางเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพคนพิการ ระบบการประสานงานและการเชื่อมโยงในการจัดบริการ การวาง นโยบาย แผนงานและการกำหนดกิจกรรม การจัดสรรทรัพยากรระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ทั้งในรูป องค์กรหรือส่วนบุคคล ทำให้การดำเนินการไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์

3. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพแบบเครือข่าย (Network Rehabilitation Care Model) เป็นรูปแบบการ ดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน โดยหน่วยงาน องค์กร หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสภาพคนพิการมี การเชื่อมโยงการจัดบริการการฟื้นฟูสภาพให้มีความสอดคล้องและต่อเนื่อง แบ่งเป็น รูปแบบการฟื้นฟูสภาพ แบบเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ โดยแต่ละสถานบริการมีการจัดบริการการ ฟื้นฟูสภาพภายในหน่วยบริการของตนเอง และมีการเชื่อมโยงอาจจะเป็นการเชื่อมโยงภายในเครือข่ายแต่ละ ระดับ หรืออาจมีการเชื่อมโยงไปสู่ระดับอื่นๆ จุดเด่นของรูปแบบนี้คือ คนพิการจะได้รับบริการแบบต่อเนื่อง ครบวงจรโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะทำให้สามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนพิการ ได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม แต่ข้อด้อยคือ ความซับซ้อนของการจัดบริการในแต่ละระดับทำให้เชื่อมโยง กันได้ยาก ทำให้การจัดบริการไม่ครอบคลุมคนพิการได้ทั้งหมดในทุกระดับ โดยเฉพาะคนพิการที่ไม่ได้เข้ารับ บริการที่โรงพยาบาลจะไม่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพในรูปแบบนี้ได้

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลคนพิการ จะเห็นได้ว่า รูปแบบส่วนใหญ่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการ จะเน้นเฉพาะผู้ดูแลบางกลุ่มกับคนพิการ เช่น แก่นนำชุมชนกับคน พิการ ทีมสหสาขาวิชาชีพกับคนพิการ โรงพยาบาลวิชาชีพกับคนพิการ เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการดูแลที่ ให้ ความสำคัญกับครอบครัวและชุมชนที่มีลักษณะของการเชื่อมโยงการดูแลร่วมกันอย่างเป็นระบบยังมีน้อย รวมทั้งการดูแลยังไม่เป็นลักษณะที่เป็นองค์รวม ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการที่มีการเชื่อมโยงการดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้คนพิการได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคนพิการคือ สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดตามศักยภาพที่ควรจะเป็น ดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ มีการพึ่งพาน้อยที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ที่มุ่งเน้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานของพื้นที่ต้นแบบ

ประชากรและพื้นที่ต้นแบบ

ประชากรในการวิจัย คือ คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ ครอบครัว องค์กรในชุมชน สถานบริการ ปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ (บุคลากร ผู้นำ อาสาสมัคร เป็นต้น) ในพื้นที่ต้นแบบ

พื้นที่ต้นแบบเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีความเต็มใจและพร้อมที่จะให้คณะผู้วิจัยลงพื้นที่ดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการ และประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ซึ่งแต่ละระยะมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการ และประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน การวิจัยในระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal : PRA) ในการประเมินสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการของคนพิการ ผู้ดูแล ครอบครัว และความต้องการระบบการดูแลคนพิการ ตลอดจนประเมินผลกระทบจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) ในการกำหนดข้อตกลงร่วมกันของแผนการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน กิจกรรมการวิจัยในระยะที่ 1 มีทั้งหมด 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

กิจกรรมที่ 1.2 การประเมินสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการ และประเมินผลกระทบทางสุขภาพ จากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

กิจกรรมที่ 1.3 การจัดทำข้อเสนอแนะ และแผนการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน แต่ละกิจกรรมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นการประชุมระดมความคิดเห็น หรือการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความเห็น (Focus group) จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อสร้างความเข้าใจ ความร่วมมือ และกำหนดกลุ่มประชากรที่อาจได้รับผลกระทบ ซึ่งจะช่วยให้มองภาพในมุมกว้างของการดำเนินโครงการ ผู้ร่วมประชุมสัมมนาเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 40 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจงเลือก (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

- 1.1.1 ผู้รับบริการ ได้แก่ คนพิการ ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน
- 1.1.2 ผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร
- 1.1.3 ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น/ผู้นำ ทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล
- 1.1.4 ตัวแทนชุมชนที่อาจได้รับผลกระทบ
- 1.1.5 ผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักวิชาการ นักวิจัยด้านการดูแลคนพิการและพัฒนาระบบ

การประชุมใช้เวลา 1 วัน มีประเด็นสำคัญในการประชุม ดังนี้

- 1) ปัญหาความพิการและผลกระทบทางสุขภาพที่มีต่อคนพิการ ครอบครัวและชุมชน
- 2) กรอบแนวคิดการดำเนินโครงการ
- 3) เครือข่ายการดูแลคนพิการ
- 4) คณะทำงานดำเนินโครงการ (Steering groups)
- 5) แผนการศึกษา และตารางเวลาการดำเนินโครงการ

ผลที่คาดหวังจากกิจกรรมที่ 1 คือ ได้ข้อตกลงความร่วมมือและผู้รับผิดชอบการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีหุ้นส่วนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กิจกรรมที่ 1.2 การประเมินสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการ และประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นการประเมินเพื่อค้นหาข้อมูลพื้นฐาน ปัญหา และความต้องการระบบการดูแลคนพิการในปัจจุบันและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากคนพิการ ผู้ดูแล ชุมชนหากมีการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ประชากรในการศึกษาประกอบด้วย

1.2.1 กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ คนพิการ ผู้ดูแลหลักของคนพิการ (Primary caregiver) และครอบครัว ซึ่งครอบคลุมทุกกลุ่มอายุทุกประเภทของความพิการ ทั้งผู้ที่อาศัยในเขตเมือง เขตชนบท ทุกภูมิภาคทั่วประเทศ

1.2.2 กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร

1.2.3 กลุ่มชุมชน ได้แก่ ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น/ผู้นำ ตัวแทนชุมชน

ผลที่คาดหวังจากกิจกรรมที่ 2 คือ ได้ข้อมูลสารสนเทศพื้นฐาน ปัจจัยต่าง ๆ ทางสุขภาพที่ชัดเจนเพื่อเป็นหลักฐานสะท้อนภาพผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงในปัจจุบัน (Reality) ทั้งการแพร่กระจาย ขนาด ระยะเวลา ความรุนแรงของผลกระทบ ตลอดจนภาพการจัดบริการและความเสมอภาคทางสุขภาพ อันจะช่วยในการระบุกลุ่มที่อ่อนแอ ที่มีความเป็นไปได้ที่จะได้รับผลกระทบทางสุขภาพ และข้อมูลความคาดหวัง หรือผลกระทบทางสุขภาพที่อยากเห็นในอนาคต (The Ideal / Vision) เพื่อยกระดับสถานะทางสุขภาพของกลุ่มคนพิการให้ใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีสุขภาพดี ในประเด็นต่อไปนี้

1) ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของคนพิการ และครอบครัว ประกอบด้วย

1.1) ขนาด ความหนาแน่น การกระจาย ลักษณะทางประชากร ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

1.2) สภาพสิ่งแวดล้อม โครงสร้างต่าง ลักษณะทางภูมิศาสตร์

1.3) พฤติกรรมสุขภาพ การดูแล การสนับสนุนทางสังคม สถานภาพทางสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นต้น

1.4) ปัญหาของคนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัว

1.5) ความต้องการความช่วยเหลือของคนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัว

1.6) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลคนพิการ

2) ข้อมูลระบบบริการดูแลคนพิการทั้งหน่วยบริการสุขภาพและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วย

2.1) บริบท ทัศนนโยบาย/แผนงาน/โครงการ

2.2) ปัจจัยนำเข้า

2.3) กระบวนการ

2.4) ผลผลิต

2.5) ผลลัพธ์

3) ข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพต่อการจัดระบบบริการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย

3.1) ผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งคนพิการ ผู้ดูแล ชุมชน

3.2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนิน

กิจกรรมที่ 1.3 การจัดทำข้อเสนอแนะ แผนปฏิบัติการ และข้อกำหนดความร่วมมือกลุ่มเครือข่ายการพัฒนากระบวนการดูแลโดยคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นการ

ประชุมสัมมนาโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) และกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะที่ควรคำนึงถึงในการออกแบบ ตัดสินใจ และสังเคราะห์ (ร่าง) รูปแบบการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และสร้าง/กำหนดข้อตกลงความร่วมมือการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ผู้ร่วมประชุมสัมมนาเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 40 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจงเลือก (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

- 1.3.1 ผู้รับบริการ ได้แก่ คนพิการ ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน
- 1.3.2 ผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร
- 1.3.3 ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น/ผู้นำ ทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล
- 1.3.4 ตัวแทนชุมชนที่อาจได้รับผลกระทบ
- 1.3.5 ผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักวิชาการ นักวิจัยด้านการดูแลคนพิการและพัฒนาระบบ

การประชุมมีระยะเวลา 2 วัน ซึ่งมีประเด็นดังนี้

- 1) ข้อมูลการประเมินสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการ และประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการฯ
- 2) ข้อเสนอแนะการออกแบบ และสังเคราะห์การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการที่สะท้อนให้เห็นผลกระทบทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นทั้งในระยะยาว ระยะกลาง และระยะสั้นต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 3) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยและระบบการดูแลคนพิการที่บ้านที่พึงประสงค์
- 4) แผนปฏิบัติการการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการฯ (Action Plan)
- 5) ข้อกำหนดความร่วมมือกลุ่มเครือข่ายการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
- 6) ความร่วมมือเครือข่าย และกำหนดข้อผูกพัน (Commitment) การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการฯ

ผลที่คาดหวังจากกิจกรรมที่ 3 คือ

- 1) ได้รายงานข้อเสนอแนะในการออกแบบ ตัดสินใจ และสังเคราะห์การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
- 2) ได้ (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนที่มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และสอดคล้องกับบริบทสังคมไทยระบบการดูแลคนพิการที่บ้านที่พึงประสงค์ โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีหุ้นส่วนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 3) ได้แผนปฏิบัติการ (Action plan) การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการหรือ

โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ที่ระบุ หลักการและเหตุผล เป้าหมาย แนวทาง ผู้รับผิดชอบ บทบาท เครือข่ายความร่วมมือ งบประมาณ และแหล่งงบประมาณการดำเนินงานอย่างชัดเจน

4) ได้ข้อกำหนดการดำเนินงาน (TOR) หรือข้อผูกพัน (Commitment) ที่ระบุ ขอบเขตความรับผิดชอบ ระยะเวลา คุณสมบัติตาม ความรับผิดชอบ เพื่อควบคุม (Control) ให้เกิดการ กระทำ ที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายหรืออุดมการณ์ร่วมกันของกลุ่มในที่สุด

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อให้ได้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่สมบูรณ์สอดคล้องกับ ผู้รับบริการและบริบทของพื้นที่ต้นแบบ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค จุดเด่น จุดด้อยและข้อพึงระวังของการ พัฒนาระบบในอนาคต การวิจัยในระยะที่ 2 มี 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2.1 การสร้างและทดลองใช้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัว และ ชุมชนเป็นฐาน

กิจกรรมที่ 2.2 การติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

กิจกรรมที่ 2.3 การปรับปรุงรูปแบบระบบฯให้สอดคล้องตามบริบทในพื้นที่ต่างๆของ สังคมไทยทั้ง 3 กิจกรรมเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกขั้นตอน และดำเนินการ ควบคู่ไปในลักษณะเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Spiral action) ที่ต่อเนื่องกันจนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับชุมชน ต้นแบบ ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 2.1 การสร้างและทดลองใช้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน เป็นการสร้างและทดลองใช้ (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและ ชุมชนเป็นฐาน ที่สังเคราะห์ได้ในระยะที่ 1 มาดำเนินการใช้ให้เป็นรูปธรรมเพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนา ระบบที่สมบูรณ์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไปได้

แนวทางการสร้างและทดลองใช้ (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน ที่เน้นกิจกรรมเตรียมภาคีหุ้นส่วน ได้แก่ กลุ่มคนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัว กลุ่มหุ้นส่วน ในชุมชน และกลุ่มทีมดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดความพร้อม มีข้อมูล และแรงบันดาลใจในการดำเนินการ ระยะเวลาการทดลองใช้ 1 ปี ซึ่งระหว่างการทดลองใช้มีการสร้าง จัดทำ พัฒนา และรวบรวมสื่อที่ใช้ในระบบ การดูแลคนพิการ หรือชุดความรู้เพื่อการดูแลคนพิการในภาวะและบริบทต่างๆ เช่น คู่มือเสริมทักษะ หนังสือ เอกสาร แผ่นพับ CD, VDO, มาตรฐาน หลักสูตร อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ เป็นต้น

ผลที่คาดหวังจากกิจกรรม 2.1 คือ

1) ตัวอย่างรูปแบบระบบระบบบริการที่ดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและ

ชุมชนเป็นฐานที่สะท้อนภาพการทำกิจกรรม การประสานงาน การส่งต่อ บทบาทหน้าที่แต่ละส่วน
 อย่างเป็นรูปธรรม

2) ตัวอย่างแนวทาง/กลวิธีการพัฒนาศักยภาพ เพิ่มขีดความสามารถคนพิการ
 ผู้ดูแลคนพิการ อาสาสมัคร บุคลากรทางสุขภาพ และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
 ตลอดจนหุ้นส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนของแต่ละพื้นที่

3) ตัวอย่างการวางแผนเป้าหมายและการมีส่วนร่วมของภาคีหุ้นส่วนในพื้นที่
 บทบาท การมีปฏิสัมพันธ์ การประสานงาน การส่งต่อและการช่วยเหลือในพื้นที่

4) ตัวอย่างแนวทาง/กลวิธีการสร้างและพัฒนาเครือข่ายภาคีหุ้นส่วน ได้แก่ คน
 พิการ เครือข่ายผู้ดูแลคนพิการ และเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
 ตลอดจนเครือข่ายหุ้นส่วนในชุมชนที่เกี่ยวข้องของแต่ละพื้นที่

5) ตัวอย่างศูนย์การเรียนรู้การดูแลคนพิการในชุมชนที่เกิดจากการมีส่วนร่วม
 ของภาคีหุ้นส่วน

6) ตัวอย่างสื่อที่เหมาะสมสำหรับการดูแลคนพิการในภาวะและบริบทต่างๆ
 ทั้ง ชุดความรู้ หลักสูตรต่างๆ มาตรฐานการปฏิบัติงานของบุคลากรทางสุขภาพ อาสาสมัคร องค์กร
 ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นต้น

กิจกรรมที่ 2.2 การติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้

ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นการประเมินผลเชิงสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment
 Evaluation Research) ในพื้นที่นำร่อง ซึ่งมีแนวทางการประเมิน มีดังนี้

2.2.1 การประเมินก่อนเริ่มการทดลองใช้รูปแบบ เป็นการประเมินเบื้องต้น เพื่อ
 ศึกษาปัญหาและความต้องการของสังคม สำหรับการวางแผนรูปแบบ

2.2.2 การประเมินกระบวนการขณะทดลองใช้รูปแบบ เป็นการประเมินกระบวนการ
 ดำเนินงานการใช้ทรัพยากร ว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่

2.2.3 การประเมินผลผลิตเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองใช้รูปแบบ เป็นการประเมิน
 รูปแบบก่อให้เกิดผลหรือการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการหรือไม่ เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึง
 ประสงค์หรือไม่ อย่างไร

ผลที่คาดหวังจากกิจกรรมที่ 2.2 คือ ได้ข้อมูลปัญหา อุปสรรค จุดเด่น จุดด้อยของ
 รูปแบบ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่ต้องปรับแก้

กิจกรรมที่ 2.3 การปรับปรุงรูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชน
เป็นฐานให้สอดคล้องตามบริบทต่างๆในสังคมไทย เป็นการสัมมนาโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus
 group) เพื่อระดมความคิดจากกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยนำผลการประเมินการทดลองใช้
 (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในกิจกรรมที่ 2.2 มาวิพากษ์
 วิจารณ์ และสะท้อนความคิด เพื่อให้ได้บทเรียนสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และระบบการดูแลคน

พิจารณาโดยใช้กรอบครัวและชุมชนและข้อเสนอแนะแนวทางการสังเคราะห์รูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้กรอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ผู้ร่วมประชุมเป็นผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร นักวิชาการ นักวิจัย ผู้ปฏิบัติงาน ผู้นำชุมชน คนพิการ จำนวน 30 คน โดยเลือกผู้เข้าร่วมสัมมนาแบบเจาะจงเลือก (Purposive sampling) การประชุมมีระยะเวลา 1 วัน โดยสัมมนาตามผลการประเมินที่ได้

ผลที่คาดหวังจากกิจกรรม คือ

- 1) ได้ “รูปแบบการดูแลคนพิการโดยใช้กรอบครัวและชุมชนเป็นฐาน” ที่สมบูรณ์
- 2) ได้ข้อกำหนด บทบาท และการเชื่อมโยงประสานของเครือข่ายในระบบผู้ดูแลคนพิการ เช่น คนพิการ องค์กรดูแลสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตลอดจนองค์กรอื่นๆในชุมชน
- 3) ได้ข้อเสนอนโยบายการดำเนินงานจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น
- 4) ได้บทเรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสำหรับผู้เกี่ยวข้องในการนำไปใช้ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบรวบรวมข้อมูลเอกสาร
2. แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปและการบริการ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้กรอบครัวและชุมชนเป็นฐาน แบ่งออกเป็น 8 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามปลายปิดและมีปลายเปิดในบางข้อ ข้อที่ต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม มีจำนวน ๓๔ ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ข้อคำถามเกี่ยวกับความพิการ การดูแลและผู้ดูแล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับบริการสุขภาพของคนพิการ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 2.1 ข้อถามเกี่ยวกับการได้รับบริการสุขภาพจากสถานบริการ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 2 ข้อ และเป็นข้อคำถามแบบ rating scale จำนวน 15 ข้อ โดยกำหนด scale ดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่ได้รับบริการ
- 1 หมายถึง สภาพการรับบริการอยู่ในระดับน้อย
- 2 หมายถึง สภาพการรับบริการอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย
- 3 หมายถึง สภาพการรับบริการอยู่ในระดับค่อนข้างมาก
- 4 หมายถึง สภาพการรับบริการอยู่ในระดับมาก

9 หมายถึง ไม่ได้เกิดเหตุการณ์หรือไม่ได้อยู่ในภาวะ ที่ต้องได้รับการนั้น
 ส่วนที่ 2.2 การได้รับการบริการจากครอบครัว เป็นคำถามแบบ rating scale จำนวน 9 ข้อ โดยกำหนด scale ดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่ได้รับการบริการ
- 1 หมายถึง สภาพการรับบริการอยู่ในระดับน้อย
- 2 หมายถึง สภาพการรับบริการอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย
- 3 หมายถึง สภาพการรับบริการอยู่ในระดับค่อนข้างมาก
- 4 หมายถึง สภาพการรับบริการอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 2.3 การได้รับการบริการสุขภาพจากภาคประชาชน เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 2 ข้อ และเป็น rating scale จำนวน 8 ข้อ โดยกำหนด scale เช่นเดียวกับส่วนย่อยที่ 2.2

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับการบริการทางการศึกษาและข้อมูลข่าวสาร
 (สำหรับเด็กอายุ 6-15 ปี หรือผู้ที่กำลังศึกษาอยู่) ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดจำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับการบริการทางด้านอาชีพ (ถามคนพิการที่มีอายุ ตั้งแต่ 15 ขึ้นไป) เป็นแบบสอบถามปลายปิดจำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับการบริการทางด้านสังคมสวัสดิการและสิทธิประโยชน์
 เป็นแบบสอบถามปลายปิดจำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 1 ข้อ และเป็น rating scale 12 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถาม 3 ด้าน คือ ด้านการศึกษา (ถามเฉพาะ อายุ ไม่เกิน 15ปี หรือผู้ที่กำลังศึกษาอยู่) จำนวน 3 ข้อ ด้านอาชีพ จำนวน 3 ข้อ ด้านสังคมจำนวน 6 ข้อ โดยกำหนด scale เช่นเดียวกับส่วนย่อยที่ 2.2

ตอนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านคุณภาพชีวิต 1 (เฉพาะผู้ที่สามารถตอบได้ด้วยตนเอง)
 เป็นแบบสอบถาม rating scale จำนวน 41 ข้อ โดยกำหนด scale เช่น ดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น
- 1 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อยมาก
- 2 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย
- 3 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างมาก
- 4 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก

ตอนที่ 8 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านคุณภาพชีวิต 2 (ถ้าผู้พิการไม่สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน) เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่งใน 3 ข้อ มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

ตอนที่ 9 ความต้องการศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการ เป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 5 ข้อ

3. แนวทางการสนทนากลุ่มเฉพาะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการผสมผสานทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ดังนี้ (1) การทบทวนเอกสาร (Review literature) (2) การสำรวจ (Survey) (3) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (4) การสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group discussion) ซึ่งมีทั้งการประสานงานผ่านผู้ปฏิบัติงาน/ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ดำเนินการและการลงพื้นที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

1.1 การเก็บข้อมูลทุติยภูมิ เป็นการศึกษา ค้นคว้า ทบทวนเอกสารทั้งจากตำรา คู่มือ การดำเนินงาน ผลงานวิจัย และแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ และนำมาสรุปเป็นประเด็นเพื่อสังเคราะห์ข้อมูลการจัดรูปแบบบริการ

1.2 การเก็บข้อมูลปฐมภูมิ ประกอบด้วย

1.2.1 การสำรวจความคิดเห็นของคนพิการ ผู้ดูแล ผู้นำ ผู้บริหาร และบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยนักวิจัยลงพื้นที่ และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับบริการสุขภาพของคนพิการ แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับบริการทางการศึกษาและข้อมูลข่าวสาร แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับบริการทางด้านอาชีพ แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับบริการทางด้านสังคม สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านคุณภาพชีวิต 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านคุณภาพชีวิต 2 และความต้องการศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการ

1.2.2 การสนทนากลุ่มเฉพาะโดยเชิญคนพิการผู้ดูแล และบุคลากร ที่เกี่ยวข้องทุกตำบล

1.2.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกในคนพิการ ผู้ดูแล ผู้นำ ผู้บริหาร และบุคคลที่เกี่ยวข้องในบางรายที่ต้องการข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับบริการสุขภาพภาคประชาชนของคนพิการ และแบบสอบถามเกี่ยวกับด้านคุณภาพชีวิตสำหรับคนพิการ และแบบประเมินพลังอำนาจสำหรับทีมผู้ดูแล

2. แนวทางการสนทนากลุ่มเฉพาะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสำรวจความคิดเห็นของคนพิการ และทีมผู้ดูแล โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับบริการสุขภาพภาคประชาชนของคนพิการ และแบบสอบถามเกี่ยวกับด้านคุณภาพชีวิตสำหรับคนพิการ และแบบประเมินพลังอำนาจสำหรับทีมผู้ดูแล

2. การบันทึกการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลคนพิการโดยใช้กรอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบการได้รับการบริการโดยภาคประชาชน และคุณภาพชีวิตคน

พิการก่อนและหลังพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ pair t-test

3. สังเคราะห์รูปแบบการดูแลคนพิการ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การหาคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 8 ตอน ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการบริการสุขภาพของคนพิการ ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการทางการศึกษาและข้อมูลข่าวสาร ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการบริการทางด้านอาชีพ ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการบริการทางด้านสังคม สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ ตอนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร ตอนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านคุณภาพชีวิต 1 และตอนที่ 8 ความต้องการศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 11 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับคนพิการในด้านชุมชน ด้านผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จิตเวชและเด็ก จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มคนพิการในพื้นที่อำเภอบ้านบึงจำนวน 32 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติ Cronbach's Alpha พบว่าค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ .88

แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการบริการสุขภาพของคนพิการ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha เป็นรายด้านพบว่า ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 ด้านภาวะสุขภาพของคนพิการ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 ด้านการได้รับการบริการจากครอบครัว ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และการได้รับการบริการสุขภาพจากภาคประชาชน ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารการได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha ในภาพรวมค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 แยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการศึกษา ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 ด้านสังคม ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71

แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของคนพิการ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha ในภาพรวมค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 แยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .54 ด้านจิตใจค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และด้านสิ่งแวดล้อม ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ เท่ากับ .82

แบบประเมินพลังอำนาจที่ผู้ดูแล ใช้แบบประเมินของ รัชณี สรรเสริญ จินตนา วัชรสินธุ์
วรรณรัตน์ ลาวัง และปีนเรนศ กาศอุดม (2548) และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นในภาพรวม ได้ค่า
Cronbach's Alpha เท่ากับ .87

บทที่ 4

การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่เน้นการขับเคลื่อนเพื่อค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา (Problem solving) ซึ่งใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ของผู้มีส่วนได้เสียทุกขั้นตอน โดยดำเนินการควบคู่พร้อมๆ กันไปในลักษณะเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Spiral action) ของการมอง-คิด-ปฏิบัติ (Look-Think-Act) ที่ต่อเนื่องกันจนได้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่เหมาะสมกับชุมชนต้นแบบ

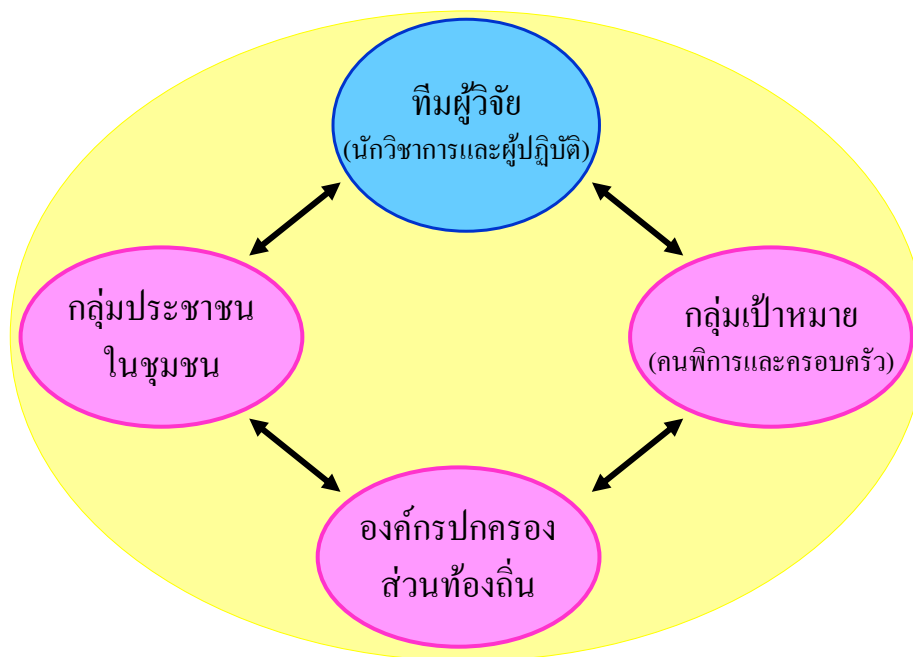
ในบทนี้จะนำเสนอการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการฯ เป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาระบบ
2. กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบ
3. ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคการสร้างและพัฒนาระบบ

ซึ่งรายละเอียดแต่ละส่วน มีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาระบบ

การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นโครงการวิจัยที่ประกอบด้วยบุคคลจากหลายภาคส่วน เข้ามาเกี่ยวข้อง รวมทั้งทีมนักวิชาการจากภายนอก ผู้ปฏิบัติการและนักพัฒนาในพื้นที่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (คนพิการ ครอบครัว และประชาชนในชุมชน) และองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่น ซึ่งแต่ละภาคส่วนมีโลกทัศน์ของการมองปัญหาของคนพิการและแนวทางการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันไปตามกรอบแนวความคิดที่แต่ละบุคคลยึดถือ ดังนั้นรูปแบบการมีส่วนร่วม (Collaborative Approach) ในการสร้างและพัฒนาระบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนจริงๆ จึงจำเป็นต้องอยู่กับผู้ปฏิบัติการในพื้นที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง และต้องผสานความร่วมมือสร้างการมีส่วนร่วมแบบเป็นหุ้นส่วนกับภาคส่วนหรือกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มคนพิการและครอบครัว กลุ่มประชาชน และองค์กรองค์กรส่วนท้องถิ่นในชุมชน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ภายใต้ฐานคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research: PAR) วิจัยครั้งนี้พิจารณาองค์ประกอบและบทบาทของภาคส่วนหรือกลุ่มต่างๆ ในภาคีหุ้นส่วน ดังนี้

1. ทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย ทีมงานนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญหลายสาขาวิชา และนักปฏิบัติในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยตรง มีบทบาทในการออกแบบกระบวนการทำงาน โครงการในภาพรวม ออกแบบกระบวนการเก็บข้อมูล ออกแบบเครื่องมือ จัดกระบวนการพัฒนาฯ ร่วมจัดกระบวนการเรียนรู้ ร่วมผลิตสื่อสาธารณะ ประเมินผลแบบเสริมพลัง รวบรวมรายงาน และสังเคราะห์รายงานวิจัย

2. กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย คนพิการ ผู้ดูแลและครอบครัว มีบทบาทของการให้ข้อมูล ร่วมแสดงความคิดเห็น และร่วมดำเนินการพัฒนาระบบ

3. กลุ่มประชาชนในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัคร ครู พระ และเครือข่ายประชาชนต่างๆ มีบทบาทของการให้ข้อมูล ร่วมให้ความคิดเห็น ร่วมดำเนินการพัฒนา และสนับสนุนการดำเนินงานของระบบเท่าที่ทำได้

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทของการให้ข้อมูล ร่วมให้ความคิดเห็น ประสานงานในพื้นที่และภาค ร่วมดำเนินการพัฒนา และสนับสนุนทรัพยากรการดำเนินงานของระบบเท่าที่ทำได้

ส่วนที่ 2 กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบ

กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในอำเภอนาขายอาม เปรียบได้กับกระบวนการปลูกต้นไม้ ซึ่งจำเป็นต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ของผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนทุกขั้นตอน ควบคู่กันไปกับขั้นตอนการมอง การคิด และการปฏิบัติ (Look- Think-Act) ที่มีลักษณะเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Spiral action) (Stringer, 2007) ภายใต้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic conditions: ICC) ซึ่งเน้นการพัฒนากระบวนการดูแลคนพิการโดยครอบครัว หุ้นส่วนในชุมชน และทีมสุขภาพเชิงรุกที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนพิการโดยตรง (Micro system) และเชื่อมโยงเข้ากับระบบของการดูแลสนับสนุนขององค์กรในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนพิการทางอ้อม (Meso system)

กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ 7 ขั้นตอน คือ

ระยะที่ 1: ระยะเพาะเมล็ดต้นกล้า (ก่อร่างสร้างฐาน)

1. การสร้างความร่วมมือในการพัฒนา
2. การร่วมมองและสะท้อนปัญหา

ระยะที่ 2: ระยะรดน้ำพรุนดิน (หัวเลี้ยวหัวต่อ)

3. การร่วมคิดเพื่อการพัฒนา
4. การร่วมสร้างระบบที่พึงประสงค์

ระยะที่ 3: ระยะแต่งกิ่งใบและให้ปุ๋ย (พัฒนาต่อเนื่อง)

5. การร่วมประเมินและสะท้อนการปฏิบัติ
6. การร่วมแสวงหาและพัฒนาต่อ

ระยะที่ 4: ระยะผลิดอกออกผล (ปรับให้เข้าสู่วิถีของครอบครัวและชุมชน)

7. การเพิ่มพลังและสร้างความยั่งยืน

ซึ่งแต่ละระยะมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1: ระยะเพาะเมล็ดต้นกล้า (ก่อร่างสร้างฐาน)

ในระยะนี้เป็นระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research phase) เป็นการเตรียมภาคีเครือข่ายให้มีความพร้อมเพื่อเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญและเป็นแกนหลักของการวิจัย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความร่วมมือในการพัฒนา และขั้นตอนที่ 2 การร่วมมองและสะท้อนปัญหาซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การสร้างความร่วมมือในการพัฒนา

ความร่วมมือในการพัฒนาระบบร่วมกันของทีมผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถือเป็นรากฐานที่สำคัญของการเกิดเป็น “ภาคีหุ้นส่วน” ที่เป็นแกนหลักของการดำเนินการ

พัฒนาระบบฯ และเป็นจุดเริ่มต้นของโครงการต่างๆในชุมชนว่าจะสามารถปฏิบัติงานเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพ

สิ่งสำคัญเหนือสิ่งอื่นใดของการสร้างความร่วมมือในการพัฒนาระบบฯคือ การเริ่มสร้างสัมพันธภาพที่ดี (Build-up Rapport) ระหว่างทีมผู้วิจัยกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มแกนนำชาวบ้าน รวมถึงเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพราะสัมพันธภาพที่ดีเปรียบเสมือนประตูแรก ที่จะเปิดรับการเปลี่ยนแปลงและเดินไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการฯ พร้อมๆกันบนพื้นฐานของความสามัคคี และความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของทีมผู้วิจัยกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียไม่เคยรู้จักกันมาก่อน ลำดับต่อมา ทีมผู้วิจัยต้องสร้างความไว้วางใจ เชื่อถือและเชื่อมั่นว่าทีมผู้วิจัยจะสามารถให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และให้คำปรึกษาในการพัฒนาระบบ ซึ่งทีมผู้วิจัยต้องแสดงถึงความรู้ ศักยภาพหรือความเชี่ยวชาญของทีม จากพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดี ความเข้าใจ และความเชื่อถือระหว่างทีม ผู้วิจัยกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการพัฒนาในอนาคต ซึ่งเป็นการเตรียมให้มีความพร้อมเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

กิจกรรมดำเนินการ: ทีมผู้วิจัยเริ่มศึกษาทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ การดูแลคนพิการ และระบบที่เกี่ยวข้องในภาพใหญ่ และข้อมูลพื้นฐานของชุมชน หลังจากนั้นจึงใช้ “การประชุมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ” เป็นกลไกในการสร้างความเข้าใจ ความเชื่อถือ การสื่อสารข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็น เปิดรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลแสดงความคิดเห็น และกระตุ้นความร่วมมือการพัฒนาฯในลักษณะของภาคีหุ้นส่วน ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมโดยเริ่มจากกลุ่มแกนนำในพื้นที่ก่อน และหลังจากนั้นจึงเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ทั้งนี้ใช้หลักการพัฒนาจากแกนสู่กลุ่ม จากกลุ่มสู่คนในชุมชน

ครั้งที่ 1 ประชุมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างทีมนักวิจัยกับเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานโครงการ และแกนนำในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่น แกนนำชุมชน ครู และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 42 คน

ครั้งที่ 2 ประชุมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างทีมนักวิจัยกับแกนนำ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ 1) กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ คนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัว 2) กลุ่มประชาชนในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัคร ประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบ 3) กลุ่มผู้บริหารส่วนท้องถิ่น/ผู้นำ ทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล และ 4) กลุ่มผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพและนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 126 คน

ผลการดำเนินกิจกรรม: จากการที่ทีมผู้วิจัยจัดกิจกรรมดังกล่าวทำให้เกิดการรู้จัก เข้าใจ และยอมรับกันระหว่างทีมผู้วิจัยกับภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นอกจากนี้ยังเป็นการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานที่ถูกต้องเกี่ยวกับคนพิการ (Inform) การเตรียมความพร้อมการพัฒนา (Prepare) และการกระตุ้นเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ (Motivate) ในกลุ่มภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการทันที ไม่มีรายใดปฏิเสธ และพร้อมที่จะขยายไปยัง

ผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญแก่นำระดับผู้บริหาร องค์กรต่างๆในชุมชน ตกลงร่วมกันในพัฒนาระบบการดูแลคนพิการในอำเภอนายายอามอย่างจริงจัง จนเกิดเป็น “บันทึกพินัยสัญญา” (MOU-Memorandum of Understanding) ซึ่งถือเป็นการก่อเกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) และกระบวนการเคลื่อนไหวในสังคม (Social movements) เพื่อการพัฒนาาร่วมกันอย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2: การร่วมมองและสะท้อนปัญหา

การศึกษาปัญหาและสะท้อนคิดพิจารณาปัญหา (Problem identification and diagnosis) ทั้งหมดเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาที่ทีมผู้วิจัยยึดถือปฏิบัติตลอดการวิจัย เนื่องจากการเข้าใจและร่วมยืนยันสถานการณ์คนพิการในลักษณะองค์รวมคือครอบคลุมทุกด้านและลึกซึ้ง เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจแก้ปัญหาเพื่อพัฒนาด้วยตนเอง ซึ่งเป็นจุดเน้นของการทำงานแบบภาคีหุ้นส่วน

กิจกรรมดำเนินการ: ทีมผู้วิจัยร่วมในกระบวนการเรียนรู้กับภาคีหุ้นส่วน ใช้หลักการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) ตั้งแต่ร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์สภาพความเป็นจริงของปัญหา ความต้องการของคนพิการ ผู้ดูแล ครอบครัว และความต้องการระบบการดูแลคนพิการ ตลอดจนกระทบจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการฯ โดยผสมผสานวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ประกอบด้วยเทคนิคที่หลากหลาย ดังนี้

1. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการในพื้นที่ (Review literature)
 2. สัมภาษณ์ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการกลุ่มคนพิการ (Survey) ทุกตำบลในเขตพื้นที่อำเภอนายายอาม จำนวน 201 คน
 3. สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกปัญหาและความต้องการในกลุ่มคนพิการและผู้ดูแล (In-depth interview) จำนวน 15 คน
 4. สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกปัญหา ความต้องการ และแนวทางการพัฒนาระบบในกลุ่มผู้ปฏิบัติและผู้นำชุมชน (In-depth interview) จำนวนกลุ่มละ 15 คน ซึ่งทีมผู้วิจัยร่วมประชุมวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้และปรับเครื่องมือที่ใช้ในระหว่างการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ภาพที่ชัดเจนที่สุดของชุมชนที่ศึกษา
- ภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญที่ทีมผู้วิจัยได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Exchange knowledge and experiences) ในกลุ่มคนพิการ ผู้ดูแล บุคลากรทางสุขภาพ ผู้นำท้องถิ่น แกนนำชุมชน ครู และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 70 คน เพื่อนำเสนอข้อค้นพบทั้งหมด ตลอดจนเปิดโอกาสภาคีหุ้นส่วนได้แสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ และช่วยกันวิพากษ์วิจารณ์ข้อมูลที่ได้ เพื่อยืนยันความถูกต้อง ขจัดความเป็นอคติส่วนตัวและความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ผลการดำเนินกิจกรรม: จากการที่ทีมผู้วิจัยร่วมเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพดังกล่าว เป็นการสร้างระบบข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับคนพิการในพื้นที่ (inform) เกิดเป็น

ข้อมูล สารสนเทศพื้นฐาน ปัจจัยต่างๆ ทางสุขภาพที่ชัดเจนหรือเป็นหลักฐานสะท้อนภาพผลกระทบอาจเกิดขึ้นจริงในปัจจุบัน สามารถนำมาอภิปรายกันต่อเพื่อการพัฒนาในภายหลังได้ ประกอบกับการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อระดมสมอง พิจารณาวิเคราะห์ และถกเถียงกันด้วยเหตุผล ทำให้ชุมชนตระหนักและยืนยันถึงปัญหาที่เกิดขึ้นภายในพื้นที่ ซึ่งชุมชนเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตลอดจนมีความสนใจเอาใจใส่ต่อเรื่องคนพิการ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมชุมชน (prepare) ในการพัฒนาอย่างเป็นหุ้นส่วน ถือเป็นการแสดงบทบาทผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ที่สำคัญ

อีกทั้งการที่ทีมผู้วิจัยได้ลงไปเก็บรวบรวมข้อมูลและเยี่ยมคนพิการและชุมชนต่างๆ ด้วยตนเอง ร่วมกับชุมชน แสดงถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน กระตุ้นให้ชุมชนเกิดกระบวนการขับเคลื่อน หรือความเคลื่อนไหว ความตื่นตัวมากขึ้น (motivate)

ระยะที่ 2: ระยะร่นนำพรวนดิน (หัวเลี้ยวหัวต่อ)

ระยะร่นนำพรวนดินเป็นระยะดำเนินการวิจัย (Research phase) เป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง ตั้งแต่กระบวนการวางแผน ตัดสินใจร่วมกัน (Planning stage) และร่วมดำเนิน โครงการและ กิจกรรมที่กำหนดไว้ (Implementation stage) ตาม (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนของภาคีเครือข่าย การดำเนินการ ในระยะนี้ จะเห็นภาพและสามารถระบุความชัดเจนได้ว่า ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร และอย่างไร ในแง่ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น โดยทั่วไปเป็นประเด็นการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในกระบวนการวิจัยในระยะนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อยคือ ขั้นตอนที่ 1 การร่วมคิดเพื่อการพัฒนา ขั้นตอนที่ 2 การร่วมสร้างระบบที่พึงประสงค์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 3: การร่วมคิดเพื่อการพัฒนา

การร่วมคิดเพื่อการพัฒนาเป็นการขับเคลื่อนเพื่อค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา (Problem solving) โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนข้อค้นพบกับคนในท้องถิ่นปัจจุบัน วิเคราะห์ปัญหา มองภาพอนาคต กำหนดเป้าหมายและแนวทางแก้ไขเป็นไปได้ ซึ่งถือเป็นหลักสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบเป็นหุ้นส่วน เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน จัดทำข้อเสนอแนะที่ควรคำนึงถึงในการออกแบบ ตัดสินใจ และสังเคราะห์ (ร่าง) รูปแบบการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการในพื้นที่จริงๆ

กิจกรรมดำเนินการ: ทีมผู้วิจัยยังคงยึดหลักการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการอำเภอนายายอาม ดังนี้

1. ทีมผู้วิจัยได้จัดประชุมสัมมนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยนำเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: A-I-C) มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 71 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจงเลือก (Purposive sampling) ประกอบด้วย 1) กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ คนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัว 2) กลุ่มประชาชนในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัคร ตัวแทนชุมชนที่อาจได้รับ

ผลกระทบ 3) กลุ่มผู้บริหารส่วนท้องถิ่น/ผู้นำ ทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล และ 4) กลุ่มผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพและนักสังคมสงเคราะห์ การประชุมครั้งนี้ทำให้ภาคีหุ้นส่วนมีโอกาสสะท้อนคิดปัญหาที่เกิดขึ้นอีกครั้ง กำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในอนาคต และร่วมวางแผนการแก้ไขปัญหาการดูแลคนพิการด้วยตนเอง

2. เมื่อได้ข้อตกลงเพื่อการพัฒนาร่วมกัน ทีมผู้วิจัยได้จัดประชุมสัมมนาอีกครั้งเพื่อสังเคราะห์ (ร่าง) รูปแบบการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการอำเภอนายายอาม โดยนำเทคนิคกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจงเลือก (Purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักวิชาการ นักวิจัยด้านการดูแลคนพิการและพัฒนาระบบ

ผลการดำเนินกิจกรรม: จากการที่ทีมนักวิจัยจัดประชุมสัมมนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้ภาคีหุ้นส่วน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ร่วมกันเสนอออกแบบและตัดสินใจการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน จนเกิดเป็นรายงานข้อเสนอแนะการพัฒนาฯ

ภายหลังการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้ (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนที่มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และสอดคล้องกับบริบทอำเภอนายายอามที่พึงประสงค์ ซึ่งมีแผนปฏิบัติการ (Action plan) การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการหรือโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่ระบุ หลักการและเหตุผล เป้าหมาย แนวทาง ผู้รับผิดชอบ บทบาท เครือข่ายความร่วมมืองบประมาณ และแหล่งงบประมาณการดำเนินงานอย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 4: การร่วมสร้างระบบที่พึงประสงค์

การเปลี่ยนแปลงที่พยายามจะเกิดขึ้นคือ การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากการทดลองใช้ (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่ได้จากการสังเคราะห์ร่วมกันมาดำเนินการใช้ให้เป็นรูปธรรม เพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนาระบบที่สมบูรณ์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไปได้

กิจกรรมดำเนินการ: แนวทางการทดลองใช้ (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการฯดังกล่าว ทีมผู้วิจัยยังคงเน้นการมีส่วนร่วมของกิจกรรมในลักษณะของภาคีหุ้นส่วน กล่าวคือ “เราทำ เขาทำ แต่ละกลุ่มขับเคลื่อนตามบทบาทของตัวเอง” ร่วมกับความพยายามในการระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ ทั้งกำลังคน กำลังแรง และกำลังความคิด เพื่อระบบการดูแลคนพิการที่ต้องการในอนาคต ซึ่งแต่ละกลุ่มภาคีหุ้นส่วนที่รับผิดชอบต่างดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมาย ดังนี้

1. กลุ่มคนพิการต้องรับผิดชอบ

1.1 เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ สร้างแรงจูง และให้กำลังใจกับตนเอง

1.2 เตรียมความพร้อมด้านความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับ

สภาพความพิการ เช่น การบริหารร่างกายด้วยตนเอง การควบคุมอาหาร การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เป็นต้น

1.3 หมั่นฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

1.4 เปิดรับข้อมูล ข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพและสิทธิประโยชน์ต่างๆ

2. กลุ่มผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว รับผิดชอบ

2.1 ทำความเข้าใจและยอมรับสภาพความพิการของคนพิการ

2.2 เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เสริมสร้างพลัง และให้กำลังใจกันภายใน

ครอบครัว

2.3 เตรียมความพร้อมด้านความรู้และฝึกทักษะการดูแลคนพิการที่สอดคล้อง

กับสภาพความพิการ เช่น การทำกายภาพบำบัด การเตรียมอาหาร การทำแผล การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลด้านจิตใจ เป็นต้น

2.4 จัดระบบการจัดการการดูแลในครอบครัว เช่น เตรียมผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง หรือหมุนเวียนการดูแลภายในครอบครัว

2.5 จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการ

2.6 ดูแลให้คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมภายในครอบครัวและชุมชน

3. กลุ่มหุ้นส่วนในชุมชน รับผิดชอบ

3.1 สร้างทัศนคติที่ดี เข้าใจ และยอมรับคนพิการในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของ

ชุมชน

3.2 เริ่มจัดตั้งกลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครดูแลคนพิการ หรือ “กลุ่มจิตอาสา” ที่

ประกอบด้วยบุคคลจากหลายฝ่ายในชุมชน ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ครู พระ

3.3 ดำเนินกิจกรรมการช่วยเหลือ โดยร่วมคิดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ครอบคลุมทุกด้านของการดูแลคนพิการที่บ้าน หรือเป็นองค์กรรวม ตัวอย่างเช่น เชิญชวนบ้านเพื่อนำการดูแลและให้กำลังใจคนพิการ ปรับปรุงสภาพบ้านให้เหมาะสม รวมถึงสงเคราะห์คนพิการที่ยากไร้

3.4 จัดกิจกรรมในชุมชนที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของคนพิการ เช่น จัดกิจกรรมลอยกระทง กิจกรรมทางด้านศาสนา เป็นต้น

3.5 ระดมทุนสาธารณะเพื่อนำไปจัดกิจกรรมการดูแลคนพิการ

3.6 คิดและพัฒนานวัตกรรมด้านการดูแลคนพิการ เช่น อุปกรณ์การออกกำลังกาย ฝึกเดินเตียงสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น

4. ทีมสุขภาพในชุมชน รับผิดชอบ

4.1 สร้างทีมสุขภาพเชิงรุกที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักพัฒนาชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อป้องกันความพิการและดูแลคนพิการในชุมชน

4.2 เตรียมความพร้อมคนพิการรายใหม่และสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการดูแลและอำนวยความสะดวกในการรับรองความพิการ

4.3 ให้คำปรึกษา สนับสนุนและช่วยเหลือการจัดกิจกรรมการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

5. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รับผิดชอบ

5.1 สร้างความตระหนัก ทักษะที่ดี และยอมรับคนพิการในชุมชนว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องให้ความสำคัญและดูแลเป็นพิเศษ

5.2 กำหนดนโยบาย จัดทำแผนของชุมชนด้านการดูแลคนพิการ และร่วมกับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ

5.3 ดูแลและอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมในชุมชน

5.4 สนับสนุนและเอื้ออำนวยในการดูแลคนพิการสำหรับญาติและครอบครัว เช่น การขึ้นทะเบียนคนพิการ การจ่ายค่าเบี้ยยังชีพโดยจัดส่งถึงบ้าน การจัดรถรับ-ส่งกรณีไปโรงพยาบาล การจัดสรรอุปกรณ์ (รถเข็น สามขา) ในรายที่จำเป็น รวมถึงมอบเครื่องยังชีพในกลุ่มผู้ยากไร้

5.5 จัดกิจกรรมและประสานทรัพยากรในชุมชนเพื่อป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพของคนพิการแบบองค์รวม

5.6 จัดกิจกรรมในชุมชนที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของคนพิการ

5.7 จัดสิ่งแวดล้อมทั้งในหน่วยงานและสาธารณะให้เอื้อต่อการดำรงชีพของคนพิการ

5.8 สร้างรูปแบบการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารและสิทธิประโยชน์ให้คนพิการและครอบครัว

6. ทีมผู้วิจัย รับผิดชอบ ช่วยเหลือ สนับสนุนเชิงวิชาการ และให้คำปรึกษาตามที่กลุ่มภาคีหุ้นส่วนแจ้งความต้องการและร้องขอ ซึ่งมีเทคนิคที่หลากหลาย ตัวอย่างเช่น จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้และทักษะ กิจกรรมเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงาน และจัดทำพัฒนา และรวบรวมสื่อที่ใช้ในระบบการดูแลคนพิการหรือชุดความรู้เพื่อการดูแลคนพิการในภาวะและบริบทต่าง ๆ เช่น คู่มือเสริมทักษะ หนังสือ เอกสาร แผ่นพับ CD, VDO, มาตรฐานหลักสูตร อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ เป็นต้น

ผลการดำเนินกิจกรรม: จากการที่ทีมนักวิจัยและภาคีหุ้นส่วนร่วมจัดกิจกรรมตามหน้าที่ความรับผิดชอบใน (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการฯ ทำให้เกิดระบบการดูแลคนพิการโดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐานอย่างเป็นรูปธรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานในทุกภาคีหุ้นส่วน ซึ่งรายละเอียดผลลัพธ์การดำเนินงานจะกล่าวต่อไปในบทที่ 6 ผลการพัฒนาระบบ

ระยะที่ 3: ระยะแต่งกิ่งใบและให้ปุ๋ย (พัฒนาต่อเนื่อง)

ในระยะนี้เป็นระยะประเมินผลและปรับปรุงโครงการ (Evaluation and improving phase) เป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะติดตาม ประเมินและสะท้อนการดำเนินโครงการ (Monitoring stage) เพื่อช่วยสนับสนุนให้ภาคีหุ้นส่วนเกิดความชัดเจน ทั้งแนวคิด เป้าหมาย วิธีการทำงาน และผลลัพธ์ของโครงการร่วมกัน ตลอดจนทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น ในแง่มุมการรวมพลังที่เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ อันจะนำไปช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง สอดคล้องกับเป้าหมาย สามารถกำหนดกระบวนการพัฒนาปรับปรุงร่วมกัน แนวทางการแสวงหาความช่วยเหลือ (Improving stage) เพื่อระบบที่ยั่งยืนต่อไปในอนาคต ในระยะนี้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อยคือ 1) การร่วมประเมินและสะท้อนการปฏิบัติ และ 2) การแสวงหาและปรับปรุง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 5: การร่วมประเมินและสะท้อนการปฏิบัติ

การร่วมประเมินและสะท้อนการปฏิบัติ เป็นขั้นตอนของการติดตามและประเมินผลภายในโครงการที่ยึดแนวทางการประเมินผลเชิงสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment evaluation research) มาประยุกต์ใช้ ทั้งนี้ นอกจากจะเป็นการติดตามสะท้อนผลแล้ว ยังช่วยกระตุ้นพลังและกำลังใจในการดำเนินงานพัฒนาควบคู่ไปด้วย

กิจกรรมดำเนินการ: ทีมผู้วิจัยร่วมกับภาคีหุ้นส่วนประเมินและสะท้อนการปฏิบัติตาม (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานใน 3 ระยะ ดังนี้

1. การประเมินเมื่อเริ่มการทดลองใช้รูปแบบ เป็นการประเมินทบทวนความเข้าใจเรื่องเป้าหมาย และแนวทางปฏิบัติ รวมถึงการวางแผนรูปแบบวิธีการทำงาน โดยการจัดประชุมร่วมกับภาคีหุ้นส่วนในพื้นที่เพื่อทบทวนเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งภาคีหุ้นส่วนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ทบทวนความเป็นไปได้ในบทบาทของตนเองอีกครั้ง

2. การประเมินกระบวนการขณะทดลองใช้รูปแบบ เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินงาน และการใช้ทรัพยากร ว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ โดยการร่วมลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานและการจัดประชุมทบทวนกิจกรรมร่วมกับภาคีหุ้นส่วนในพื้นที่ ซึ่งเป็นอีกครั้งที่ภาคีหุ้นส่วนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและทบทวนความเหมาะสมของการดำเนินการ

3. การประเมินผลผลิตเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองใช้รูปแบบ เป็นการประเมินรูปแบบก่อให้เกิดผลหรือการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการหรือไม่ เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร โดยการจัดเวทีนำเสนอและอภิปรายผลการดำเนินการ วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง แต่ละกิจกรรมของแต่ละพื้นที่ร่วมกัน ตลอดจนวางแผนอนาคตโครงการ ร่วมกัน

ผลการดำเนินกิจกรรม: จากการที่ทีมนักวิจัยร่วมประเมินและสะท้อนการปฏิบัติเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอทำให้ภาคีหุ้นส่วน เกิดการเรียนรู้ร่วมกันทุกฝ่าย จนเกิดเป็นข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติสำคัญในการดำเนินงานพัฒนาระบบฯต่อไป

นอกจากนี้ในระหว่างการประชุมทุกครั้งทีมผู้วิจัยยังได้เสริมพลัง (Empowerment) ให้กับภาคีหุ้นส่วนทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) และกระบวนการเคลื่อนไหวในสังคม (Social movements) อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 6: การแสวงหาและพัฒนาต่อ

การแสวงหาและพัฒนาต่อ เป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่งในการที่จะปรับแต่งหรือการเสริมจุดแข็ง และปรับปรุงจุดด้อยให้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการ ได้เข้ารูปมากขึ้น (Model shaping) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานในอนาคตต่อไป

กิจกรรมดำเนินการ: ทีมผู้วิจัยและภาคีหุ้นส่วนยังคงร่วมกันดำเนินการแสวงหาและปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญในการดำเนินงานพัฒนาระบบ ซึ่งแต่ละกลุ่มภาคีหุ้นส่วนร่วมขับเคลื่อน ดังนี้

1. กลุ่มคนพิการและครอบครัว เพิ่มการเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลคนพิการที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล
2. กลุ่มจิตอาสา ขยายการดำเนินกิจกรรมช่วยเหลือของกลุ่ม ทั้งกิจกรรมในขณะเยี่ยมบ้านและกิจกรรมช่วยเหลืออื่นๆ โดยเน้นให้สอดคล้องกับความต้องการรายบุคคลมากขึ้น และเพิ่มการคิดและพัฒนานวัตกรรมด้านการดูแลคนพิการมากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับสถานะคนพิการและงบประมาณ ตลอดจนจัดให้มีการประชุมกลุ่มจิตอาสาเป็นประจำทุกเดือน
3. ทีมสุขภาพในชุมชน ปรับและจัดระบบการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการสู่ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลคนพิการให้มีประสิทธิภาพ
4. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เริ่มการเพิ่มโอกาสการศึกษาให้คนพิการ ส่งเสริมอาชีพและรายได้คนพิการและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเริ่มการจัดตั้ง “ศูนย์การเรียนรู้เพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” ขึ้นในชุมชน
5. ทีมผู้วิจัย เน้นให้คำแนะนำ คำปรึกษา และหาแหล่งประโยชน์จากภายนอกมาสนับสนุนการดำเนินงานของระบบตามที่กลุ่มภาคีหุ้นส่วนร้องขอ

ผลการดำเนินกิจกรรม: จากการที่ทีมนักวิจัยและภาคีหุ้นส่วนร่วมพัฒนารูปแบบระบบการดูแลคนพิการ ทำให้เกิดระบบการดูแลคนพิการโดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทอำเภอหนองหานมากขึ้น

ระยะที่ 3: ระยะผลดอกออกผล (ปรับให้เข้าสู่วิถีของครอบครัวและชุมชน)

ระยะผลดอกออกผล เป็นการขึ้นชมกับศักยภาพของชุมชน เสริมพลังการทำงาน และปรับระบบที่เกิดขึ้นใหม่ให้เข้าสู่วิถีของครอบครัวและชุมชนปกติ เพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงาน ซึ่งระยะนี้มี 1 ขั้นตอนคือ 7) การเพิ่มพลังและสร้างความยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 7 : การเพิ่มพลังและสร้างความยั่งยืน

การเพิ่มพลังและสร้างความยั่งยืน เป็นขั้นตอนลำดับสุดท้ายที่จะเพิ่มพลัง เสริมความมั่นคง และความยั่งยืนของกลุ่มและระบบที่เกิดขึ้น ประกอบกับผสมผสานให้สอดคล้องกับระบบเดิมที่มีอยู่ของครอบครัวและชุมชน

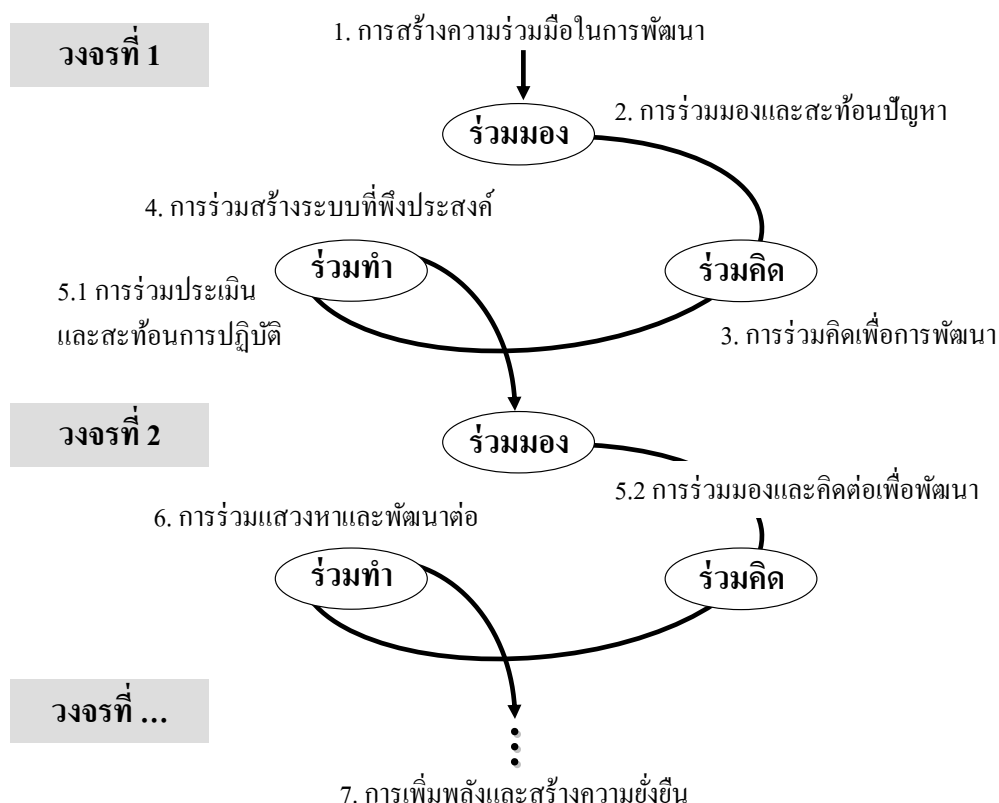
กิจกรรมดำเนินการ: ทีมผู้วิจัยได้จัดสัมมนาเพื่อพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังอำนาจในการทำงานของกลุ่มภาคีหุ้นส่วน ได้แก่ กลุ่มจิตอาสา กลุ่มผู้ปฏิบัติ ผู้นำท้องถิ่น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 75 คน ซึ่งมีกิจกรรมย่อย ดังนี้

1. กลุ่มภาคีเครือข่ายแต่ละพื้นที่ร่วมนำเสนอข้อสรุปผลการดำเนินงาน แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยกันให้ข้อเสนอแนะ และชื่นชมในผลงานของแต่ละพื้นที่
2. ทีมผู้วิจัยสรุปสาระองค์ความรู้ที่ได้ เสริมความเข้าใจในระบบ ชื่นชมความสำเร็จ และจัดกิจกรรมกลุ่มเสริมพลังการดำเนินงาน
3. กลุ่มภาคีเครือข่ายและทีมผู้วิจัยร่วมกันกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการระบบ การดูแลคนพิการในพื้นที่เพื่อให้สอดคล้องกับระบบเดิมที่มีอยู่

ผลการดำเนินกิจกรรม: ชุมชนเกิดการเรียนรู้จากผู้อื่น มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำงาน และมีแนวทางในการพัฒนาดำเนินการของตนเอง การเรียนรู้ร่วมกันนั้น เป็นวิธีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มหรือเป็นทีมโดยมีเป้าหมายพื้นฐานอันเดียวกัน เกี่ยวกับการทำงานให้สำเร็จ ในกระบวนการทำงานนี้จะเกิดการเรียนรู้อย่างร่วมมือกัน ไม่ใช่การเรียนรู้อย่างแข่งขัน เป็นการเรียนรู้ที่มีพลัง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของความรู้ ความเชื่อ เจตคติ และทักษะของสมาชิกอื่น ๆ ได้ หากนักการศึกษา มีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ได้สอดคล้องกับความต้องการ ความพร้อมและความสนใจ ได้ พบปะแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในบรรยากาศที่พึงพอใจ และเป้าหมายของกลุ่มที่กำหนดโดยกลุ่มไว้ อย่างชัดเจนเข้าใจตรงกัน จะทำให้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มนี้ช่วยช่วยให้สมาชิกสนใจเข้าร่วมกิจกรรม และผูกพันที่จะเรียนรู้พัฒนาตนเอง พัฒนาความรู้ และดำเนินงานร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้ตามเป้าหมาย

อำเภอนายายอามมีระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและสอดคล้องกับระบบเดิมที่มีอยู่แล้ว

กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชน สามารถสรุปตามลักษณะเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Spiral action) ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จและอุปสรรคที่พึงระวังในการสร้างและพัฒนาระบบ

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการสร้างและพัฒนาระบบ

1. ปัจจัยด้านโครงสร้าง ระบบ และกลไกการบริหารจัดการ

1.1 การสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลคนพิการ ร่วมกับการเสริมแรงบันดาลใจและพลังในการดำเนินการ โดยชุมชน (motivate) จนเกิดเป็น **ปฏิกิริยาทางสังคม (Social interaction)** และกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social movements) และนำไปสู่ความร่วมมือในการพัฒนาอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม ดังจะเห็นได้จากการที่ทุกภาคส่วนกำหนดให้การดูแลคนพิการเป็นหนึ่งในวาระที่สำคัญของอำเภอ และยินดีลงนามใน “บันทึกพันทสัญญา” (MOU-Memorandum of Understanding) เป็นลายลักษณ์อักษร

1.2 การสร้างความพร้อมทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ (prepare) ในการดำเนินการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมแบบเป็นหุ้นส่วน จนนำไปสู่ “ภาคีหุ้นส่วน” ที่มีความเข้มแข็ง ทั้งภายใน ภายนอกองค์กร

1.3 การให้ข้อมูล ข่าวสาร และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจน (Inform) เรื่องที่

เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการให้กับภาคีหุ้นส่วน โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง และหลักฐานที่เชื่อถือได้จากกระบวนการประเมินอย่างมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

1.4 การพัฒนาศักยภาพตามปัญหาและความต้องการของกลุ่มภาคีหุ้นส่วนอย่างเป็นระบบชัดเจน และต่อเนื่อง จะทำให้การดูแลคนพิการเป็นไปในแนวทางที่ถูกต้อง

1.5 การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ในระหว่างการพัฒนากระบวนการ
ตลอดเวลา

1.6 การเพิ่มอำนาจการตัดสินใจและศักยภาพในการแก้ปัญหาของคนในชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาจากล่างขึ้นบน (Bottom-up approach)

1.7 ระบบการส่งต่อในชุมชน เชื่อมโยงกันทุกภาคส่วนทุกมิติ ทั้งภาคประชาชน และภาครัฐ

2. ปัจจัยด้านบุคลากรและชุมชน

2.1 ทุกคนที่เป็นสมาชิกภาคีเครือข่ายได้รับการสร้างความตระหนักในปัญหา ความพิการและตระหนักในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2.2 สมาชิกในครอบครัวและชุมชนได้รับการพัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะด้านตามความต้องการ

2.3 ผู้ประสานงาน (Coordinator) ที่มีคุณลักษณะของการเป็นผู้นำ จะทำให้สามารถเชื่อมต่อ (Connecting) และประสานความร่วมมือ (Coordination) เครือข่ายการดูแลที่ชัดเจนระหว่างคนพิการ ครอบครัว ทีมสุขภาพ และองค์กรผู้สนับสนุน ซึ่งในการวิจัยนี้คือพยาบาลชุมชนในหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ประสานที่สำคัญ

2.4 ผู้นำในชุมชน (Community leader) ที่มีวิสัยทัศน์ ความตระหนัก เห็นความสำคัญกับการพัฒนางานการดูแลคนพิการในพื้นที่ จะทำให้การดำเนินการพัฒนาระบบเป็นไปอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2.5 ทีมสุขภาพ (Health care team) ที่เป็นความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ จะทำให้มีความหลากหลายในการดำเนินงาน

2.6 วัฒนธรรมท้องถิ่นที่นำไปสู่การสร้างทีมงานที่เป็นหุ้นส่วน องค์กรแห่งการเรียนรู้ และมีความเข้มแข็งเป็นแบบอย่างของการพัฒนา

3. ปัจจัยด้านทรัพยากร

3.1 การระดมทุนส่งเสริมและสนับสนุนจากภายในและภายนอกอย่างสม่ำเสมอ

4. ปัจจัยด้านการออกแบบกิจกรรมบริการ

4.1 การเตรียมความพร้อม สร้างความตระหนักของทุกภาคส่วนในชุมชนก่อนดำเนินการ

4.2 การให้บริการ “แบบองค์รวม” เน้นตอบสนองปัญหาและความต้องการ

ครอบคลุมทุกด้านของคนพิการ และครอบครัว

4.4 การประยุกต์องค์ความรู้ และข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานในการตัดสินใจ
พิจารณาออกแบบและปรับกิจกรรมบริการ

4.5 การจัดบริการแบบบูรณาการในแนวราบและแนวดิ่งต่อเนื่องจากโรงพยาบาล
สู่ชุมชน

4.6 การบริการแบบเชิงรุก เน้นการเข้าถึงและประสานให้คนพิการ ครอบครัว
และหุ้นส่วนในชุมชน

5. ปัจจัยด้านการจัดการความรู้

5.1 การสนับสนุนและผลักดันให้ชุมชนเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ระหว่างกลุ่ม

5.2 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ระหว่างอำเภอ และท้องถิ่น
5.3 การประเมินตนเองเพื่อวิเคราะห์หาจุดเด่น จุดด้อย และนำมาปรับปรุงการ
ปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น

6. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการฟื้นฟูสภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBR)

6.1 การสร้างความรู้ความเข้าใจในปัญหาความพิการและความตระหนักในการมี
ส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลคนพิการ

6.2 การใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาของชุมชน และทรัพยากรในท้องถิ่นมาใช้ในการ
พัฒนาและฟื้นฟูคนพิการ

6.3 การพัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะด้านให้แก่สมาชิกในชุมชน

6.4 การให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการทำโครงการ CBR
ตั้งแต่การวางแผน การอำนวยการ การประเมินผล การปฏิบัติการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนาตาม
แนวคิดที่เป็นหลักการบริหารการพัฒนาที่ยั่งยืน

6.5 การจัดกิจกรรมที่สอดคล้องตามความต้องการของคนพิการ ครอบครัวและ
ชุมชน

อุปสรรคที่พึงระวัง

1. เตรียมความพร้อมน้อยในการแสดงบทบาท
2. การขาดขวัญและกำลังใจของเครือข่ายจิตอาสาที่เนื่องจากภาระงาน ความเครียด
และความเหนื่อย
3. ความล้าสมัยในรอบและแนวทางปฏิบัติในระบบการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพ
คนพิการ รวมถึงความไม่ชัดเจนและไม่เข้าใจบทบาทของภาคีหุ้นส่วน
4. ขาดการประสานงานระหว่าง หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

5. ขาดแคลนบุคลากรในทีมสุขภาพในการทำงานต่อเนื่องในพื้นที่
6. ความไม่ทัดเทียมในการจ่ายค่าตอบแทน/ขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรในพื้นที่
7. ความไม่ต่อเนื่องของการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน
8. ระดับความคาดหวังของคนพิการและครอบครัว
9. การจัดบริการที่ไม่ส่งเสริมการพึ่งตนเองของคนพิการอย่างแท้จริง โดยสร้างความเคยชินของคนพิการในการรอรับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ
10. ความไม่แน่นอนของการเมืองท้องถิ่นที่ส่งผลต่อการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
11. ขาดความเชื่อมต่อของระบบข้อมูลสารสนเทศของแต่ละหน่วยงานในพื้นที่ และปรับฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน
12. การจัดทำตัวชี้วัดที่ชัดเจน ตามความเป็นไปได้ของเป้าหมายสูงสุดแต่ละระยะของคนพิการแต่ละคน ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การช่วยเหลือตนเอง (Functional outcome) จิตสังคม (Psychosocial outcome) เป็นต้น

ปัจจัยที่ทำให้งานประสบความสำเร็จ

เงื่อนไขความสำเร็จ การพัฒนาระบบฯ

1. หน่วยบริการ : มีนโยบายชัดเจน ความพร้อมทั้งบุคลากร และอุปกรณ์
2. เป้าหมายการดำเนินการ : มองคนพิการเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนา
3. ผู้นำ : มีวิสัยทัศน์สนับสนุนและผลักดันให้งานเด่นชัดเป็นรูปธรรม
4. นโยบาย และแผนงาน : เป็นลายลักษณ์อักษร ระบุกลุ่มเป้าหมายชัดเจน
5. ผู้รับผิดชอบ : มีเจ้าภาพร่วม ในการรับผิดชอบ
6. ทีมเชิงรุกสุขภาพ : เข้าใจในปรัชญาการดูแลคนพิการ มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง มีความมุ่งมั่นทุ่มเทจริงจัง มีพฤติกรรมบริการที่เอื้ออาทร ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ และทักษะ ได้รับการกระตุ้นและเสริมพลังให้มีจิตบริการภายในทีม มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้

การออกแบบบริการ : ระดมทุนสนับสนุนทั้งทุนทางสังคม ทางปัญญาและทางเศรษฐกิจจากภาคีที่เกี่ยวข้อง

1. ยึดหลักองค์รวมตอบสนองปัญหาและความต้องการของคนพิการ ครอบครัวและชุมชน
2. ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐาน ในการบริการ
3. เน้นบริการเชิงรุก ที่บูรณาการเข้ากับงานต่างๆ
4. เชื่อมโยงเครือข่ายการดูแล ทั้งครอบครัว ชุมชนและหน่วยบริการ
5. พัฒนาระบบสารสนเทศที่ครบวงจร

บทที่ 5

สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการ และการ ประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชน

บริบทของพื้นที่

บริบทของพื้นที่อำเภอนาขายอาม ประกอบด้วย ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ลักษณะทางประชากร
ลักษณะทางสังคม ลักษณะทางเศรษฐกิจและอาชีพ เป็นต้น

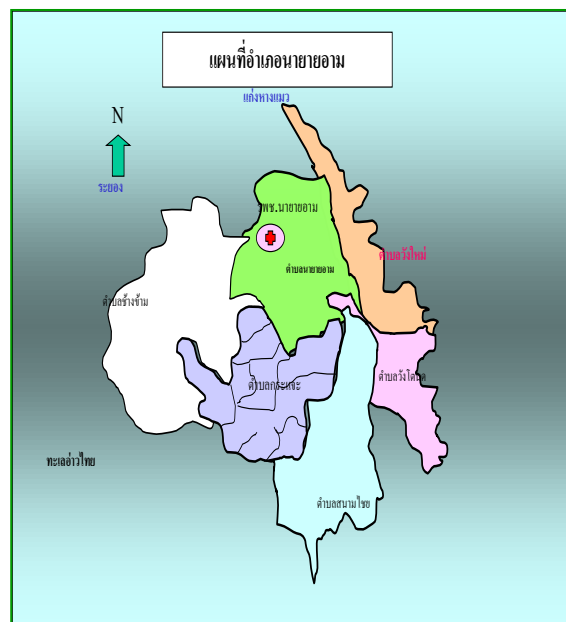
1. ด้านภูมิศาสตร์และภูมิประเทศ อำเภอนาขายอามมีพื้นที่ขนาด 261.31 ตร.กม. พื้นที่ทั่วไปเป็นที่
ราบลุ่มมีคลองวังโตนด คลองพังราด ไหลผ่าน พื้นที่ทางภาคใต้ติดกับอ่าวไทย มีภูเขาสลับเนินเป็นแห่งๆ มี
ภูเขาสำคัญคือ เขาทะลาย ซึ่งเป็นเทือกเขาที่ใหญ่ และมีไม้มีค่าขึ้นอยู่ทั่วไป เป็นอำเภอที่ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตก
ของจังหวัดจันทบุรี อยู่ห่างจากตัวจังหวัด 45 กม. มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี

ทิศใต้ ติดต่อกับอ่าวไทย

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอแกลง จังหวัดระยอง



สภาพภูมิอากาศ มีลักษณะอากาศร้อนชื้น เนื่องจากมีสภาพเป็นสวนและอยู่ใกล้ทะเล มีภูเขาสลับ ลักษณะอากาศไม่ร้อนจัด ไม่หนาวจัด ในฤดูฝน ฝนจะตกตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม



2. ด้านประชากร จำนวนประชากรทั้งหมด 31,980 คน เพศชาย 15,534 คน เพศหญิง 16,446 คน จำนวนหลังคาเรือน 11,469 หลังคาเรือน

3. ลักษณะทางสังคม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ประชากรส่วนใหญ่เป็นคนพื้นเมืองเดิม ภาษาที่ใช้เป็นภาษาไทยกลาง ด้านการปกครอง แบ่งการปกครองเป็น 6 ตำบล 66 หมู่บ้าน ดังนี้

3.1 ตำบลนายายอาม	จำนวน	15 หมู่บ้าน
3.2 ตำบลวังโตนด	จำนวน	10 หมู่บ้าน
3.3 ตำบลกระเจ๊ะ	จำนวน	10 หมู่บ้าน
3.4 ตำบลช้างข้าม	จำนวน	13 หมู่บ้าน
3.5 ตำบลสนามไชย	จำนวน	8 หมู่บ้าน
3.6 ตำบลวังใหม่	จำนวน	10 หมู่บ้าน

4. ด้านเศรษฐกิจและอาชีพ ประชากรในอำเภอนายายอาม ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ปลูกพืชเศรษฐกิจที่สำคัญ เช่น ทุเรียน เงาะ ลำไย สับปะรด พริกไทย ยางพารา พื้นที่ส่วนใหญ่ที่อยู่ใกล้ทะเล ประชากร มีอาชีพทำการประมงและทำนาเกลือ ซึ่งทำรายได้ให้แก่เกษตรกรเป็นอย่างดี

5. ด้านการศึกษาและศาสนา อำเภอนายายอาม มีโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษาพื้นฐาน 22 แห่ง เป็นโรงเรียนระดับประถมศึกษา 20 แห่ง ระดับมัธยมศึกษา 2 แห่ง สังกัดสำนักงานการศึกษาเอกชน 1 แห่ง วัด 24 แห่ง สำนักสงฆ์ 8 แห่ง และที่พักสงฆ์ 15 แห่ง

6. ด้านการสาธารณสุข มีสถานพยาบาลสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาล 1 แห่ง คือโรงพยาบาลนายายอาม สถานีอนามัย 6 แห่ง

7. ด้านข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลคนพิการที่ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ ในอำเภอนายายอาม รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนคนพิการในเขตอำเภอนายายอาม จำแนกตาม ประเภทความพิการ และสถานบริการ
สาธารณสุขที่รับผิดชอบ

สถานบริการ	จำนวนคน พิการทั้งหมด	ประเภทความพิการ				
		ทางกายหรือ การเคลื่อนไหว	ทางการสื่อ ความหมาย	ทางการ มองเห็น	ทางการ เรียนรู้	พฤติกรรม ผิดปกติ
สอ.นายายอาม	32	19	3	1	7	2
สอ.ช้างข้าม	63	23	9	1	29	1
สอ.กระแจะ	86	42	25	1	10	8
สอ.สนามไชย	41	23	3	3	7	5
สอ.วังโตนด	55	35	3	1	10	6
สอ.วังใหม่	84	77	0	2	5	0
สอ.คลองลาว	31	19	2	3	5	2
รพ.นายายอาม	52	27	1	3	18	3
รวม	444 (100.00 %)	265 (59.68%)	46 (10.36%)	15 (3.38%)	91 (20.50%)	27 (6.08%)

จากตารางที่ 1 อำเภอนายายอาม มีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 444 คน จำแนกตามประเภทความพิการ ส่วนใหญ่ พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว 265 คน (ร้อยละ 59.68) รองลงมาคือพิการทางการเรียนรู้ 91 คน (ร้อยละ 20.50) น้อยที่สุดคือพิการทางการมองเห็น 15 คน (ร้อยละ 3.38)

สถานการณ์ ปัญหาของคนพิการ

จากการสำรวจข้อมูลคนพิการจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 201 คน สรุปผลนำเสนอเป็น 7 ตอน ดังนี้
ตอนที่ 1 ข้อมูลทางประชากรและสังคมของคนพิการ รายละเอียดดังตารางที่ 2-6 ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ที่พักอาศัย ค่าใช้จ่ายและ การศึกษา

ลักษณะทางประชากรและสังคมของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	201	100.00
หญิง	83	41.30
ชาย	118	58.70
ช่วงอายุ	201	100.00
น้อยกว่า 25 ปี	25	12.40
ผู้ใหญ่ตอนต้น (25 – 44)	56	27.90
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (45 – 59)	65	32.30
ผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 74)	37	18.40
ผู้สูงอายุตอนปลาย (75 ขึ้นไป)	18	9.00
สถานภาพสมรสในปัจจุบัน	201	100.00
โสด	98	48.50
คู่	72	36.00
หม้าย	25	12.50
หย่า	6	3.00
สถานะทางสังคม	201	100.00
หัวหน้าครอบครัว	62	31.00
สมาชิกในครอบครัว	139	69.00
สถานที่พักอาศัย	201	100.00
บ้านตนเอง	125	62.20
บ้านเช่า	2	6.00
บ้านบิดา-มารดา	43	21.40
อื่นๆ	21	10.40
บุคคลที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนตัว/ ค่าใช้จ่ายในการรักษา	201	100.00
ตนเอง	54	26.90
บิดามารดา	57	28.40
คู่สมรส	26	12.90
บุตร	21	10.40
การศึกษา	201	100.00
ไม่ได้เรียน	59	29.00
ประถมศึกษา	119	59.50
มัธยมศึกษา	10	5.00
ประกาศนียบัตร	2	1.00
อื่นๆ	11	5.50

ลักษณะทางประชากรและสังคมของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของโรงเรียนที่ได้รับการศึกษา (เฉพาะที่ได้รับการศึกษา)	142	100.00
โรงเรียนบุคคลทั่วไป	135	95.10
โรงเรียนสำหรับคนพิการ	7	4.90

จากตารางที่ 2 พบว่า คนพิการในตำบลนายายอามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.70 เพศหญิง ร้อยละ 41.30 ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ร้อยละ 32.30 รองลงมาเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ร้อยละ 27.90 ส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 48.5 รองลงมาก็คือ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 36.00 มีสถานะทางสังคมเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 69.0 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 31.00 ส่วนใหญ่มีบ้านเป็นของตนเอง ร้อยละ 62.20 รองลงมาก็คืออาศัยอยู่กับบ้านบิดามารดา ร้อยละ 21.40 ส่วนบุคคลที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนตัว/ ค่าใช้จ่ายในการรักษาคนพิการส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ร้อยละ 28.40 รองลงมาก็คือรับผิดชอบโดยตนเอง ร้อยละ 26.90 ด้านการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.50 รองลงมาก็คือ ไม่ได้เรียน ร้อยละ 29.00 ประเภทของโรงเรียนที่คนพิการเข้าศึกษา ส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนบุคคลทั่วไป ร้อยละ 95.10

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตาม อาชีพ และรายได้

ลักษณะทางประชากรและสังคมของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพที่ทำก่อนเกิดความพิการ	201	100.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	66	33.20
เกษตรกรรม	43	21.20
ค้าขาย	16	7.80
รับจ้าง	51	25.90
นักเรียน/นักศึกษา	14	6.70
อื่นๆ	11	5.20
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน	201	100.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	143	72.30
อาชีพเดิม	39	19.00
เปลี่ยนอาชีพใหม่	16	7.70
อื่นๆ	3	1.00
รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน	201	100.00
น้อยกว่า – 1,000 (รวมเบี้ยยังชีพด้วย)	80	39.80
1,001-5,000	28	13.90
5,001-10,000	12	6.00
ไม่มีรายได้ (ไม่ได้รวมเบี้ยยังชีพ)	81	41.30

ลักษณะทางประชากรและสังคมของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว	201	100.00
น้อยกว่า – 1,000	10	4.60
1,001-5,000	83	41.80
5,001-10,000	56	28.10
10,000 ขึ้นไป	19	9.20
ไม่ระบุ	33	16.30
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	201	100.00
ไม่มีรายได้	3	0.50
ไม่เพียงพอ	102	51.80
เพียงพอ/ไม่มีเงินออม	75	37.80
เพียงพอ/มีเงินออม	21	9.80

จากตารางที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่คนพิการไม่ได้ประกอบอาชีพก่อนเกิดความพิการ ร้อยละ 33.20 อาชีพที่คนพิการทำก่อนเกิดความพิการเป็นอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25.90 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 25.90 เมื่อมีความพิการส่วนใหญ่ยังคงไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 72.30 อาชีพที่คนพิการประกอบส่วนใหญ่เป็นอาชีพเดิมร้อยละ 19.0 รองลงมากคนพิการเปลี่ยนอาชีพใหม่ร้อยละ 7.70 สำหรับรายได้ต่อเดือนในปัจจุบันพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ร้อยละ 41.30 (ไม่รวมเบี้ยยังชีพ) รองลงมามีรายได้ น้อยกว่า 1000 บาท (รวมเบี้ยยังชีพ) ร้อยละ 39.80 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 41.80 รองลงมามีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 28.10 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 51.80 รองลงมาคือ มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม ร้อยละ 37.80

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตาม สาเหตุของความพิการ ระยะเวลาของความพิการ ประเภทของความพิการ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและโรคประจำตัว

ลักษณะทางประชากรและสังคมของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุของความพิการ	201	100.00
พิการแต่กำเนิด	67	33.30
พิการหลังกำเนิด	134	66.70
ระยะเวลาที่มีความพิการ	201	100.00
น้อยกว่า 10 ปี	72	36.00
10- 20 ปี	30	15.00
21 -30 ปี	45	22.50
มากกว่า 30 ปี	54	26.50

ลักษณะทางประชากรและสังคมของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของความพิการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	237	100.00
การมองเห็น	20	10.00
การได้ยิน	17	8.50
การพูดและภาษา	17	8.50
ทางร่างกายหรือสุขภาพ	121	60.20
ทางพฤติกรรมหรืออารมณ์	19	9.50
ออทิสติก	1	0.50
สติปัญญา	33	16.40
ทางการเรียนรู้	9	4.50
ระดับความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน	201	100.00
ระดับ 1	25	12.40
ระดับ 2	22	10.90
ระดับ 3	67	33.30
ระดับ 4	38	18.90
ระดับ 5	49	24.40
การมีโรคประจำตัว	201	100.00
ไม่มี	113	56.20
มี	88	43.80

จากตารางที่ 4 พบว่า สาเหตุของความพิการส่วนใหญ่ เป็นความพิการหลังกำเนิด ร้อยละ 66.70 รองลงมาเป็นความพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 33.30 ระยะเวลาที่มีความพิการส่วนใหญ่ น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 36.00 รองลงมาคือมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 26.50 ประเภทของความพิการ ส่วนใหญ่คือพิการทางร่างกายหรือสุขภาพ ร้อยละ 60.20 รองลงมาคือพิการทางสติปัญญา ร้อยละ 16.40 ระดับความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3 ร้อยละ 33.30 รองลงมาอยู่ในระดับ 5 ร้อยละ 24.40 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.20

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตามความต้องการการช่วยเหลือ การดูแล ผู้ดูแล และอุปกรณ์การดำรงชีวิต

ลักษณะทางประชากรและสังคมของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน	201	100.00
ไม่ต้องการ	109	53.10
ต้องการ	92	44.90
จำนวนผู้ให้การดูแลหลัก	201	100.00
ไม่มี	73	36.30

ลักษณะทางประชากรและสังคมของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
1 คน	108	53.70
2 คน	15	7.50
4 คน	5	2.50
จำนวนผู้ให้การดูแลรอง	201	100.00
ไม่มี	122	64.30
1 คน	60	30.30
2 คน	7	2.20
3 คน	7	2.20
4 คน	5	1.10
ผู้ดูแลหลักที่ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ตอบได้มากกว่า 1 คน)	216	100.00
บิดา/มารดา	81	37.50
พี่/น้อง	65	30.10
สามี/ภรรยา	31	14.40
บุตร	24	11.10
อื่นๆ	15	6.90
สถานที่พักของผู้ดูแลหลักที่ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน	201	100.00
ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกัน	6	5.00
อยู่บ้านเดียวกัน	115	95.00
ผู้ดูแลรองที่ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	235	100.00
บิดา/มารดา	65	27.70
พี่/น้อง	81	35.50
สามี/ภรรยา	41	17.40
บุตร	32	13.60
อื่นๆ	16	6.80
กิจกรรมที่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	268	100.00
ทุกอย่าง	22	18.80
เตรียมอาหาร	69	59.00
ป้อนอาหาร	2	1.70
ทำความสะอาดร่างกาย	19	16.20
การขับถ่าย	10	8.50
เคลื่อนไหวกาย	15	12.80

ลักษณะทางประชากรและสังคมของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
เคลื่อนย้าย	14	12.00
สื่อสารกับผู้อื่น	23	11.40
การหลับนอน	6	5.10
การทำกิจกรรมนอกบ้าน	34	29.10
การให้กำลังใจ	41	35.00
อื่นๆ	13	11.00
สิ่งที่ต้องการได้รับการดูแลเพิ่มเติม	201	100.00
ไม่มี	86	47.80
มี	115	52.20
อุปกรณ์เสริมเพื่อช่วยในการดำรงชีวิตที่ใช้อยู่เป็นประจำ	190	100.00
ไม่ใช้	129	67.90
รถเข็น	20	10.50
ไม้เท้า	21	11.10
แขน/ขาเทียม	12	6.30
เครื่องช่วยฟัง	2	1.10
อื่นๆ	6	3.20
การได้รับอุปกรณ์เสริม	61	100.00
จัดซื้อเอง	19	31.10
ได้รับการสนับสนุนจาก รพ.	24	39.40
ได้รับการสนับสนุนจากที่อื่นๆ	18	29.50
ต้องการอุปกรณ์ที่ช่วยในการดำรงชีวิตที่ต้องการเพิ่มเติม	201	100.00
ไม่ต้องการ	153	76.10
ต้องการ	48	23.90

จากตารางที่ 5 พบว่าความต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่ไม่ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 53.10 ต้องการผู้ดูแล ร้อยละ 44.90 จำนวนผู้ให้การดูแลหลักมีเพียง 1 คน ร้อยละ 53.70 ส่วนจำนวนผู้ดูแลรอง ส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 64.30 รองลงมาคือ มีผู้ดูแลรอง 1 คน ร้อยละ 30.30 โดยผู้ดูแลหลักที่ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่คือ บิดามารดาร้อยละ 37.50 รองลงมาคือ พี่น้อง ร้อยละ 30.10 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จะอยู่บ้านเดียวกันกับคนพิการ ร้อยละ 95.00 ผู้ดูแลรองที่ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่เป็นพี่น้อง ร้อยละ 35.50 รองลงมาคือ บิดา/มารดาและพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ร้อยละ 27.70 กิจกรรมที่คนพิการได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเรื่องการเตรียมอาหาร ร้อยละ 59.00 รองลงมาคือ การให้กำลังใจกับคนพิการ ร้อยละ 35.00 และร่วมทำกิจกรรมนอกบ้าน ร้อยละ 29.10 สิ่งที่คนพิการต้องการได้รับการดูแลเพิ่มเติม ร้อยละ 52.20 อุปกรณ์เสริมเพื่อช่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่ไม่ใช่

ร้อยละ 67.90 อุปกรณ์เสริมที่ใช้มากที่สุดคือ ไม้เท้า ร้อยละ 11.10 รองลงมาเป็นรถเข็นร้อยละ 10.50 แหล่งที่สนับสนุนอุปกรณ์เสริม ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจาก รพ. ร้อยละ 39.40 รองลงมาคือจัดซื้อเอง ร้อยละ 31.10 ส่วนใหญ่คนพิการไม่ต้องการอุปกรณ์ที่ช่วยในการดำรงชีวิตเพิ่มเติม ร้อยละ 76.10 คนพิการที่ต้องการอุปกรณ์ที่ช่วยในการดำรงชีวิตเพิ่มเติม ร้อยละ 23.90

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตาม ลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและสิ่งที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของคนพิการ

ลักษณะทางประชากรและสังคมของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
สิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต	201	100.00
ไม่มี	153	76.10
มี	48	23.90
ห้องน้ำ	24	50.00
ทางเดิน	10	20.80
เตียงนอน	11	22.90
อื่นๆ	3	6.30
การรับรู้ข้อมูลในชุมชนเกี่ยวกับการมีสิ่งทีเอื้ออำนวยความสะดวก	201	100.00
สะดวกแก่คนพิการ		
ไม่รับรู้ว่ามีสิ่งอำนวยความสะดวก	168	83.60
รับรู้ว่ามีสิ่งอำนวยความสะดวก	33	16.40
สิ่งทีเอื้ออำนวยความสะดวกสะดวกแก่คนพิการที่มีอยู่ในชุมชน	52	100.00
ทางลาด	13	25.00
ห้องน้ำ	21	40.40
โทรศัพท์สาธารณะ	15	28.80
อื่นๆ	3	8.80
สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกในชุมชนที่คนพิการต้องการเพิ่มเติม	201	100.00
ไม่มี	152	75.60
มี	49	24.40

จากตารางที่ 6 พบว่า ส่วนใหญ่สิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ร้อยละ 76.10 สิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ร้อยละ 23.90 และสิ่งที่เป็นอุปสรรค ส่วนใหญ่เป็นห้องน้ำ ร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็นเตียงนอน ร้อยละ 22.90 ข้อมูลในชุมชนเกี่ยวกับการมีสิ่งทีเอื้ออำนวยความสะดวกแก่คนพิการ ส่วนใหญ่ไม่รับรู้ว่ามีสิ่งอำนวยความสะดวก ร้อยละ 83.60 ส่วน สิ่งทีเอื้ออำนวยความสะดวกแก่คนพิการที่มีอยู่

ในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นด้านห้องน้ำ ร้อยละ 40.40 รองลงมาเป็นด้านโทรศัพท์สาธารณะ ร้อยละ 28.80 และคนพิการต้องการสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกในชุมชนเพิ่มเติม ร้อยละ 24.40

ตอนที่ 2 ด้านการได้รับบริการสุขภาพของคนพิการ แบ่งเป็น 3 ส่วนย่อย คือ

2.1 การได้รับบริการสุขภาพจากสถานบริการในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา รายละเอียดดังตารางที่ 7-10 ดังนี้

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของการรับบริการในสถานบริการ

การไปรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
การไปรับบริการด้านสุขภาพจากสถานบริการของรัฐบาลหรือเอกชน		
ไม่เคย	60	30.20
เคย	139	69.80

จากตารางที่ 7 พบว่า คนพิการส่วนใหญ่เคยได้รับบริการสุขภาพจากสถานบริการของรัฐบาลหรือเอกชนร้อยละ 69.80 และไม่เคยได้รับบริการร้อยละ 30.20

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการ จำแนกตามการไปรับบริการจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (n= 12)

การไปรับบริการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การเดินทางไปใช้บริการได้อย่างสะดวก	2.93	.97	ดี
2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นอุปสรรคต่อการไปรับบริการ	2.49	1.33	ดี
3. การได้รับความสะดวกเมื่อไปรับบริการ	3.12	.94	ดีมาก
4. การได้รับบริการที่มีความรวดเร็ว	2.90	1.19	ดี
5. ไปรับบริการได้ตลอดเวลาเมื่อเจ็บป่วย	3.07	1.00	ดีมาก
6. ค่ารักษาพยาบาลเป็นอุปสรรคต่อการไปรับบริการ	2.19	1.65	ดี
7. การได้รับการดูแลรักษาอย่างดีหรือถูกต้องตามสภาพปัญหา	3.57	.83	ดีมาก
8. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเอาใจใส่และเข้าใจปัญหาสุขภาพ	3.43	.89	ดีมาก
9. เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจเป็นอย่างดี	3.32	.82	ดีมาก
10. การไปรับบริการตามนัด	3.40	1.09	ดีมาก
11. การได้รับการติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่	1.43	1.50	พอใช้
12. การได้รับบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ	3.41	.89	ดีมาก
13. การไม่มีภาวะอาการแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล เช่น แพ้ยา ติดเชื้อ	3.27	1.08	ดีมาก
14. ความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	3.41	.89	ดีมาก
15. การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความพิการ	1.53	1.58	พอใช้
ภาพรวม	2.48	.85	ดี

จากตารางที่ 8 พบว่าระดับความคิดเห็นของคนพิการต่อการไปบริการจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.48$, S.D. = .85) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความ คิดเห็นอยู่ในระดับดี ถึงดีมาก เรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับการดูแลรักษาอย่างดีหรือถูกต้องตามสภาพปัญหา ($\bar{X}=3.57$, S.D.= .83) รองลงมา คือเรื่องเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเอาใจใส่และเข้าใจปัญหาสุขภาพ ($\bar{X}=3.43$, S.D.= .89) และเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับพอใช้คือ เรื่องการได้รับการติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ ($\bar{X}=1.43$, S.D.= 1.50)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการ จำแนกตามการไปรับบริการ จากโรงพยาบาลชุมชน (n= 15)

การไปรับบริการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การเดินทางไปใช้บริการได้อย่างสะดวก	3.23	1.02	ดีมาก
2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นอุปสรรคต่อการไปรับบริการ	2.32	1.25	ดี
3. การได้รับความสะดวกเมื่อไปรับบริการ	3.44	.79	ดีมาก
4. การได้รับบริการที่มีความรวดเร็ว	3.00	.98	ดี
5. ไปรับบริการได้ตลอดเวลาเมื่อเจ็บป่วย	3.49	.72	ดีมาก
6. ค่ารักษาพยาบาลเป็นอุปสรรคต่อการไปรับบริการ	2.09	1.59	ดี
7. การได้รับการดูแลรักษาอย่างดีหรือถูกต้องตามสภาพปัญหา	3.36	.70	ดีมาก
8. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเอาใจใส่และเข้าใจปัญหาสุขภาพ	3.36	.75	ดีมาก
9. เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจเป็นอย่างดี	3.37	.87	ดีมาก
10. การไปรับบริการตามนัด	3.61	.89	ดีมาก
11. การได้รับการติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่	2.12	1.68	ดี
12. การได้รับบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ	3.37	.84	ดีมาก
13. การไม่มีอาการแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล เช่น แพ้ยา ติดเชื้อ	3.35	.92	ดีมาก
14. ความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	3.41	.71	ดีมาก
15. การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความพิการ	1.72	1.60	พอใช้
ภาพรวม	2.64	.36	ดี

จากตารางที่ 9 พบว่า คนพิการมีความคิดเห็นต่อการไปบริการจากโรงพยาบาลชุมชนในภาพรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.64$, S.D. = .36) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการไปบริการจากโรงพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับดี ถึง ดีมาก โดยเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดการไปรับบริการตามนัด ($\bar{X}=3.61$, S.D. = .89) รองลงมา ไปรับบริการได้ตลอดเวลาเมื่อเจ็บป่วย ($\bar{X}=3.49$, S.D. = .72) และเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับพอใช้คือ การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความพิการ ($\bar{X}=1.72$, S.D. = 1.60)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการ จำแนกตามการได้รับการบริการ
จากสถานบริการปฐมภูมิ (n= 28)

การไปรับบริการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การเดินทางไปใช้บริการได้อย่างสะดวก	2.82	1.31	ดี
2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นอุปสรรคต่อการไปรับบริการ	1.86	1.43	พอใช้
3. การได้รับความสะดวกเมื่อไปรับบริการ	3.50	.88	ดีมาก
4. การได้รับการบริการที่มีความรวดเร็ว	3.39	.92	ดีมาก
5. ไปรับบริการได้ตลอดเวลาเมื่อเจ็บป่วย	2.89	1.42	ดี
6. ค่ารักษาพยาบาลเป็นอุปสรรคต่อการไปรับบริการ	1.86	1.53	พอใช้
7. การได้รับการดูแลรักษาอย่างดีหรือถูกต้องตามสภาพปัญหา	3.54	.88	ดีมาก
8. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเอาใจใส่และเข้าใจปัญหาสุขภาพ	3.46	.88	ดีมาก
9. เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจเป็นอย่างดี	3.32	1.02	ดีมาก
10. การไปรับบริการตามนัด	1.50	1.92	พอใช้
11. การได้รับการติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่	1.18	1.54	พอใช้
12. การได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ	3.50	.88	ดีมาก
13. การไม่มีอาการแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล เช่น แพ้ยา ติดเชื้อ	3.06	1.52	ดี
14. ความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	3.54	.88	ดีมาก
15. การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความพิการ	.50	1.29	ไม่ดี
ภาพรวม	2.49	.61	ดี

จากตารางที่ 10 พบว่า คนพิการมีความคิดเห็นต่อการไปบริการจากสถานบริการปฐมภูมิ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}= 2.49$, S.D. = . 61) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการไปบริการจากสถานบริการปฐมภูมิ อยู่ในระดับดีมาก โดยเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับการดูแลรักษาอย่างดีหรือถูกต้องตามสภาพปัญหา และความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ($\bar{X}= 3.54$, S.D. = .88) รองลงมาคือ การได้รับความสะดวกเมื่อไปรับบริการ และการได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ($\bar{X}= 3.50$, S.D. = .88) และเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับไม่ดีคือ การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความพิการ ($\bar{X}= .50$, S.D. = 1.29)

2.2 การได้รับการบริการจากครอบครัว รายละเอียดดังตารางที่ 11 ดังนี้

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการ จำแนกตามการได้รับ
บริการจากครอบครัว (n= 131)

การได้รับบริการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ครอบครัวดูแลด้วยความเอาใจใส่	3.38	.86	ดีมาก
2. ครอบครัวดูแลอย่างสม่ำเสมอ	3.35	.89	ดีมาก
3. ครอบครัวดูแลด้วยความรักและความเต็มใจ	3.38	.86	ดีมาก
4. เมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจจะได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว	3.16	1.02	ดีมาก
5. การได้รับคำชมเชย/ให้กำลังใจ จากคนในครอบครัว	2.99	1.15	ดี
6. สมาชิกในครอบครัวมีการจัดแบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแล	2.84	1.23	ดี
7. ครอบครัวสนับสนุนและส่งเสริมให้ช่วยเหลือตนเองในสิ่งที่สามารถทำได้	3.09	1.01	ดีมาก
8. การไม่มี/ไม่เคยมี ภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากความบกพร่องจากการดูแล เช่น ข้อติดแข็ง เป็นแผลกดทับ การสำลัก ฯลฯ	3.21	1.29	ดีมาก
9. ความพึงพอใจในการให้การดูแลจากสมาชิกในครอบครัว	3.37	.81	ดีมาก
ภาพรวม	2.92	.73	ดี

จากตารางที่ 11 พบว่า คนพิการมีความคิดเห็นต่อการได้รับบริการจากครอบครัว ในภาพรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.92$, S.D. = .73) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการได้รับบริการจากครอบครัว อยู่ในระดับดีมาก โดยเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือครอบครัวดูแลด้วยความเอาใจใส่และครอบครัวดูแลด้วยความรักและความเต็มใจ ($\bar{X} = 3.38$, S.D. = .86) รองลงมา คือความพึงพอใจในการให้การดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = .81) และเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับดีคือ สมาชิกในครอบครัวมีการจัดแบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแล ($\bar{X} = 2.84$, S.D. = 1.23)

2.3 การได้รับบริการสุขภาพจากภาคประชาชน คนพิการทราบเรื่องการมีกลุ่มอาสาสมัคร อสม. / จิตอาสา สำหรับดูแลคนพิการในชุมชน ร้อยละ 66.30 และไม่ทราบเรื่องร้อยละ 19.90 และทราบเรื่องการมีชมรม / ศูนย์ / องค์กรที่เป็นเครือข่ายในการดูแลช่วยเหลือคนพิการในชุมชน ร้อยละ 45.60 ไม่ทราบ ร้อยละ 31.10 และคนพิการ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับบริการสุขภาพจากภาคประชาชน รายละเอียดดังตารางที่ 12 ดังนี้

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการ จำแนกตามการได้รับการบริการ
สุขภาพจากภาคประชาชน (n= 142)

การได้รับการบริการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การได้รับการจากช่วยเหลือจาก อสม. /จิตอาสา /องค์กรเอกชน หรือชมรมต่างๆ	1.77	1.44	พอใช้
2. เพื่อนบ้าน / อสม./จิตอาสาให้คำปรึกษา แนะนำ	1.75	1.45	พอใช้
3. เพื่อนบ้าน / อสม./จิตอาสาให้การช่วยเหลือโดยไม่ต้องการสิ่งตอบแทน	1.94	1.43	พอใช้
4. เพื่อนบ้าน/อาสาสมัครพูดคุยและให้กำลังใจในการดำรงชีวิตเมื่อท้อแท้	1.97	1.39	พอใช้
5. การได้รับความช่วยเหลือในด้านพาหนะการเดินทางจากเพื่อนบ้านเมื่อต้องการไปรับบริการด้านสุขภาพ	1.71	1.57	พอใช้
6. การได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง	1.91	1.45	พอใช้
7. การได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอ	1.98	1.40	พอใช้
8. ความพึงพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับ	2.23	1.42	ดี
ภาพรวม	1.92	1.25	พอใช้

จากตารางที่ 12 พบว่า คนพิการมีความคิดเห็นต่อการได้รับการบริการจากภาคประชาชนในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ =1.92, S.D.= 1.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าความพึงพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับมีความคิดเห็นอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.23, S.D.= 1.42) สำหรับในข้ออื่นๆ ส่วนใหญ่ความ อยู่ในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.71- 1.98

ตอนที่ 3 การได้รับการบริการด้านการศึกษา (สำหรับเด็กอายุ 6-15 ปี หรือผู้ที่กำลังศึกษาอยู่)

การได้รับการบริการด้านการศึกษา ด้านการใช้สื่อหรืออุปกรณ์พิเศษทางการศึกษาสำหรับคนพิการ เช่น เครื่องช่วยฟัง อักษรเบรลล์ คนพิการมีความเห็นว่า ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์พิเศษทางการศึกษา ร้อยละ 91.70 (11 คน) จำเป็นต้องใช้แต่ไม่ได้ใช้ ร้อยละ 8.30 (1คน) และคนพิการ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับการบริการด้านการศึกษา ร้อยละเอ็ดดั่งตารางที่ 13 ดังนี้

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของการได้รับบริการด้านการศึกษา (สำหรับเด็กอายุ 6-15 ปี หรือผู้ที่กำลังศึกษาอยู่) (n=12)

การได้รับบริการ	ไม่ได้รับ		ได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การได้รับทุนการศึกษา	10	83.30	2	16.70
2. การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การศึกษา เช่น สมุด หนังสือ ชุดนักเรียน	7	58.30	5	41.70
3. การได้รับการศึกษาจากครอบครัว หรือผู้ดูแลสอนหนังสือที่บ้าน	7	58.30	5	41.70
4. การได้รับการศึกษาตามประเภทของคนพิการ	11	91.70	1	8.30
5. การได้รับการศึกษาจากครูที่ได้รับการอบรมด้านการสอนคนพิการ โดยเฉพาะ	11	91.70	1	8.30
6. การได้รับการอำนวยความสะดวกในการไปศึกษาที่สถานศึกษาของท่าน	7	58.30	5	41.70

จากตารางที่ 13 พบว่าคนพิการได้รับบริการด้านการศึกษาสำหรับเด็กพิการที่มีอายุ 6-15 ปี หรือผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาตามประเภทของคนพิการและการไม่ได้รับการศึกษาจากครูที่ได้รับการอบรมด้านการสอนคนพิการ ร้อยละ 91.70 รองลงมา ไม่ได้รับทุนการศึกษา ร้อยละ 83.30 ส่วนบริการด้านการศึกษาที่ได้รับมากที่สุดคือ การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การศึกษา เช่น สมุด หนังสือ ชุดนักเรียน การได้รับการศึกษาจากครอบครัว หรือผู้ดูแลสอนหนังสือที่บ้าน และ การได้รับการอำนวยความสะดวกในการไปศึกษาที่สถานศึกษาของเด็กพิการ มีเพียงร้อยละ 41.70

ตอนที่ 4 การได้รับบริการทางด้านอาชีพ

การได้รับบริการทางด้านอาชีพ คนพิการส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอาชีพ ร้อยละ 91.90 ไม่ได้รับการส่งเสริมอาชีพจากรัฐอย่างเป็นระบบตั้งแต่ขั้นตอนการผลิตจนถึงการจำหน่าย การได้รับเงินทุนสำรองในการประกอบอาชีพจากหน่วยงานของรัฐบาลหรือเอกชน คิดเป็นร้อยละ 95.50 และ 96.10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่คนพิการยังไม่ทราบเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมหรือฝึกอบรมอาชีพเพื่อส่งเสริมการมีรายได้ในชุมชน ร้อยละ 64.10 ไม่ได้รับการได้รับการสนับสนุนเครื่องมือหรืออุปกรณ์สำหรับการประกอบอาชีพ และไม่ได้รับบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดหางานให้คนพิการคิดเป็นร้อยละ 98.90 และ 94.50 ตามลำดับ

ตอนที่ 5 การได้รับบริการทางด้านสังคม สวัสดิการและสิทธิประโยชน์

การได้รับบริการทางด้านสังคม สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ คนพิการส่วนใหญ่รับทราบเกี่ยวกับสิทธิ สวัสดิการและความช่วยเหลือคนพิการที่รัฐจัดให้ ร้อยละ 70.50 ไม่ทราบเกี่ยวกับรัฐบาลมีนโยบายให้รับคนพิการเข้าทำงานในหน่วยงานต่างๆ ร้อยละ 57.80 การได้รับสิทธิประโยชน์ที่จัดไว้ให้สำหรับคน

พิการ ส่วนใหญ่ได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ร้อยละ 92.50 ได้รับค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 58.60 ไม่ได้รับการลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟหรือรถประจำทาง ร้อยละ 98.00 สิทธิประโยชน์ที่ได้รับอยู่มีความเหมาะสม ร้อยละ 56.10 ส่วนช่องทางที่สะดวกที่สุดในการรับเบียร์ยังชีพคือเจ้าหน้าที่นำมาให้ที่บ้าน ร้อยละ 78.50 รองลงมาคือ โอนเงินเข้าบัญชี ร้อยละ 8.20 และตนเอง/ญาติไปรับที่ อบต. ร้อยละ 7.70 เบียร์ยังชีพที่ได้รับไม่เหมาะสม ร้อยละ 50.80 ปัจจุบันได้รับเบียร์ยังชีพตรงเวลา ร้อยละ 75.80 เบียร์ยังชีพที่ได้รับส่วนใหญ่นำไปใช้ในเรื่องอาหาร ร้อยละ 55.20 รองลงมาเป็นค่ายา ค่ารักษา ร้อยละ 10.30 และให้ครอบครัวไว้ใช้จ่าย ร้อยละ 9.30

กิจกรรมที่ได้เข้าร่วมตั้งแต่มีความพิการ ส่วนใหญ่คือการไปทำบุญ ร้อยละ 52.60 รองลงมาเป็นการร่วมกิจกรรมวันสำคัญ ร้อยละ 44.40 และท่องเที่ยว ร้อยละ 33.20 ผู้ที่พาไปทำกิจกรรมดังกล่าว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัว ร้อยละ 57.40 รองลงมาเป็นเจ้าของพื้นที่หน่วยงาน ร้อยละ 33.60

ด้านกองทุนออมทรัพย์เพื่อคนพิการในชุมชน คนพิการส่วนใหญ่ทราบว่ามีการกองทุน ร้อยละ 41.20 และต้องการให้ชุมชนจัดตั้งกองทุนออมทรัพย์/กองทุนเพื่อช่วยเหลือคนพิการ ร้อยละ 83.70

ตอนที่ 6 การได้รับข้อมูลข่าวสาร

การได้รับข้อมูลข่าวสารของคนพิการจากช่องทางต่าง ๆ เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย คือ โทรศัพท์ ร้อยละ 33.10 อาสาสมัครในชุมชน ร้อยละ 30.60 เพื่อน/เพื่อนบ้าน ร้อยละ 21.40 การบอกเล่าจากญาติ/บุคคลในครอบครัว ร้อยละ 21.00 เสียตามสาย/หอกระจายข่าว ร้อยละ 20.90 ศูนย์ข้อมูลข่าวสารในชุมชน ร้อยละ 11.70 วิทยุ ร้อยละ 10.80 และทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 2.00 และคนพิการมีความคิดเห็นต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆ รายละเอียดดังตารางที่ 14 - 16 ดังนี้

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารของคนพิการในด้าน การศึกษา (เฉพาะอายุ ไม่เกิน 15 ปี หรือผู้ที่กำลังศึกษาอยู่) (n=26)

ข้อมูลข่าวสารด้านการศึกษา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การได้รับข้อมูลการสนับสนุนทุนสำหรับใช้จ่ายในการศึกษา	1.04	1.51	น้อย
2. การได้รับคำแนะนำเรื่องการศึกษาและสถานศึกษาที่เหมาะสมสำหรับคนพิการ	1.19	1.44	น้อย
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการด้านการศึกษาจากแหล่งคนในชุมชนเดียวกัน	1.00	1.23	น้อย
ภาพรวมด้านการศึกษา	1.08	1.26	น้อย

จากตารางที่ 14 คนพิการมีความคิดเห็นต่อการการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการศึกษาในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.08$, S.D. = 1.26) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน และมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 -1.19

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารในด้านอาชีพ (อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป) (n=121)

ข้อมูลข่าวสารด้านอาชีพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การได้รับข้อมูลข่าวสารการฝึกอาชีพที่ศูนย์ฝึกอาชีพอาชีพสำหรับคนพิการ	.76	1.12	น้อยมาก
2. การได้รับข้อมูลข่าวสารการจัดหางานให้คนพิการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	.70	1.09	น้อยมาก
3. การได้รับการแนะนำ / สอน ในเรื่องการประกอบอาชีพอย่างเหมาะสมกับความพิการ	.57	1.05	น้อยมาก
ภาพรวมด้านอาชีพ	.67	.99	น้อยมาก

จากตารางที่ 15 พบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านอาชีพในภาพรวม อยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{X} = .67$, S.D. = .99) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับน้อยมาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง .57 - .76

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของคนพิการต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารในด้านสังคม (n=131)

ข้อมูลข่าวสารด้านสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การได้รับข้อมูลแนะนำการดำรงชีวิตในสังคม	1.15	1.19	น้อย
2. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมสำคัญของชุมชน	1.66	1.44	น้อย
3. การได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมคนพิการ	1.33	1.35	น้อย
4. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการ	1.60	1.32	น้อย
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการขอสนับสนุนอุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยเหลือความพิการ	1.15	1.30	น้อย
6. การได้รับเอกสาร/คำแนะนำวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1.01	1.28	น้อย
ภาพรวมด้านสังคม	1.29	1.06	น้อย

จากตารางที่ 16 พบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสังคมในภาพรวม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.29$, S.D.=1.06) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.01 - 1.66

ตอนที่ 7 ความต้องการศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการ รายละเอียดดังตารางที่ 17 ดังนี้

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตามความต้องการศูนย์การเรียนรู้

ความต้องการ	จำนวน (n= 201)	ร้อยละ
ควรมีศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการในชุมชน	185	92.04
ประโยชน์ของศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการอยู่ใน		
ระดับมาก	134	66.67
ระดับมากที่สุด	67	33.33
สถานที่ตั้งศูนย์การเรียนรู้		
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	129	64.18
หมู่บ้าน	37	18.41
วัด	35	17.41
ศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการควรมีกิจกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การฝึกอาชีพของคนพิการและผู้ดูแล	141	70.15
การให้คำปรึกษาทางด้านสิทธิต่างๆของคนพิการ	136	67.66
การสอนการทำกายภาพบำบัดด้วยตนเอง	126	62.69
การอบรมผู้ดูแล	113	56.22
การพัฒนาศักยภาพของคนพิการ	105	52.24
เป็นแหล่งเผยแพร่ ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ	110	54.73
ผู้ที่ควรมีหน้าที่รับผิดชอบศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น / เทศบาล	158	78.61
อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.)	78	38.81
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	67	33.33
คณะกรรมการเฉพาะกิจ	45	22.39

จากตารางที่ 17 พบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าควรมีศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการ ร้อยละ 92.04 ศูนย์การเรียนรู้มีประโยชน์ในระดับมาก ร้อยละ 66.67 สถานที่ที่ศูนย์การเรียนรู้ควรตั้งอยู่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 64.18 รองลงมาควรตั้งอยู่หมู่บ้าน ร้อยละ 18.41 ศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการควรมีกิจกรรม การฝึกอาชีพของคนพิการและผู้ดูแล ร้อยละ 70.15 การให้คำปรึกษาทางด้านสิทธิต่างๆของคนพิการ ร้อยละ 67.66 การสอนการทำกายภาพบำบัดด้วยตนเอง ร้อยละ 62.69 และผู้ที่ควรมีหน้าที่รับผิดชอบศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการควรเป็น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/เทศบาล ร้อยละ 78.61 รองลงมาเป็น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 38.81 และกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 33.33

สถานการณ์ปัญหา และความต้องการของคนพิการ (จากการสัมภาษณ์)

การประเมินสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการระบบการดูแลคนพิการจากคนพิการ ผู้ดูแล ครอบครัว อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานดูแลคนพิการ ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนในอำเภอนายายอาม สามารถจำแนกสถานการณ์ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการได้ตามสภาพ

ปัญหาทางด้านสุขภาพ สภาพปัญหาด้านการใช้ชีวิตและการอยู่ร่วมกันในสังคม สภาพปัญหาทางการศึกษา และสภาพปัญหาด้านอาชีพ เศรษฐกิจ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. สภาพปัญหาทางด้านสุขภาพ คนพิการในอำเภอนายายอามมีปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดความพิการ โดยส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนพิการโดยตรง ที่ทำให้เกิดปัญหาการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านการฟื้นคืนสภาพ ปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ ปัญหาการคัดกรองในระยะเริ่มแรกของความพิการ ปัญหาการป้องกันความเสี่ยงของคนพิการ และปัญหาด้านการได้รับการดูแลเฉพาะทางตามความพิการ มีรายละเอียดคือ

1.1. ปัญหาการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตตามปกติ ความพิการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย กับกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

ก. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย จะมีอาการร่างกายอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ เช่น เดินไม่ได้ ทำให้ไปไหนมาไหนไม่ได้ ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจเป็นคำพูดหรือสื่อสารกับผู้อื่นได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พูดคุยไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เพื่อช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

“พิการเดินไม่ได้ ทำให้ไปไหนมาไหนไม่ได้ รู้สึกเบื่อๆเหมือนกัน อยากไปไหนมาไหนได้”

(คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากโรคเรื้อรังหลายโรค, 9 ธันวาคม 2552)

ข. กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ได้แก่ คนพิการสามารถใช้มือซ้ายตัดอาหารทานเองได้ แขนและขาขวาไม่มีแรง คนพิการใช้มือซ้ายจับมือขวาทำให้ดูได้ ไม่สามารถเดินได้ แต่สามารถเคลื่อนไหวโดยวิธีขยับไปหาผู้อื่นได้ พูดไม่รู้เรื่องเนื่องจากสมองบางส่วนตาย บางคนพูดได้เป็นคำๆ ผู้ดูแลต้องให้การดูแล เช่น ทำความสะอาดร่างกาย เตรียมอาหาร ฯลฯ บางครั้งผู้ป่วยจะเอะอะโวยวาย มีการใช้มือทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลจึงขังในบ้าน และบางคนถูกล่ามโซ่

“พอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ก็ต้องเป็นภาระของครอบครัวของลูกชายที่อาศัยอยู่ด้วย ลูกชายต้องลำบากมากคอยดูแลเรา (ไม่พูดต่อแล้ว น้ำตาซึมๆ) แต่ลูกชายก็ดีมาก เช้ามาอาบน้ำให้ หาข้าวไว้ให้กินอย่างดี ก่อนไปทำงาน กลับมาก็อาบน้ำให้ เวลาไม่สบาย หรือต้องไปตรวจตามนัด ลูกชายก็จะพาขึ้นรถยนต์ส่วนตัวมาส่ง”

(คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากโรคเรื้อรังหลายโรค, 9 ธันวาคม 2552)

1.2. ปัญหาด้านจิตใจ ความพิการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทางด้านจิตใจต่อคนพิการเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความรู้สึกและอาการแสดงออกหลายประการ เช่น เครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ การขาดกำลังใจ เกิดความน้อยใจที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่เท่าเทียมกับคนอื่น (รู้สึกเหมือนตนเองถูกปฏิบัติเหมือนวัว ควาย) บางครั้งไม่อยากมีชีวิตอยู่

“ลูกสะใภ้ไม่ค่อยพูดด้วย ตนเองก็เครียด คิดว่าเขคงไม่ชอบดูแลเรา”

(คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากโรคเรื้อรังหลายโรค, 9 ธันวาคม 2552)

1.3. ปัญหาด้านการฟื้นฟูสภาพ คนพิการปฏิเสธการฟื้นฟูสภาพ เช่น บางรายปฏิเสธการใส่หูฟัง ขาดความรู้ในการฟื้นฟูสภาพตนเอง ไม่มีคนพาไปทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ไม่ได้ฟื้นฟูร่างกายท่อนล่าง ขาดเครื่องช่วยเหลือ เช่น รถเข็น ไม่ทำ นอกจากนี้คนพิการบางคนญาติไม่มีเวลาพาไปตรวจและรับรองความเป็นคนพิการ

“ตั้งแต่เป็นมาก็ดูแลตนเองเท่าที่ทำได้ ไม่ได้ฟื้นฟูร่างกายท่อนล่างเลย”

(คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากโรคเรื้อรังหลายโรค, 9 ธันวาคม 2552)

“ไม่ได้กายภาพหรือบริหารอะไรหรอก ไม่มีคนพาไปทำ ไปเองก็ไม่ได้ลำบาก”

(คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากแขนขาอ่อนแรงซีกขวา, 9 ธันวาคม 2552)

1.4. ปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ คนพิการที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น จากการตัดขา จะมีอาการกล้ามเนื้อกระดูกต้องกินยาตลอด แต่ญาติไม่สามารถไปรับยาที่โรงพยาบาลและบางทีโรงพยาบาลไม่มียาคือ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาและเกิดการแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ไม่สามารถควบคุมการมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรงเคลื่อนไหวด้วยตนเองไม่ได้ สภาพแวดล้อมอากาศเปลี่ยนแปลงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบ เหนื่อยต้องรีบส่งโรงพยาบาลโดยด่วน

“ที่เป็นตอนนี้กล้ามเนื้อกระดูกต้องกินยาตลอด และต้องซื้อยากินเองเพราะวันนัดที่โรงพยาบาลใหญ่นัดตรงกับเวลาที่ต้องทำงาน และที่โรงพยาบาลนี้ก็ไม่มียาคือนี้”

(คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากขาซ้ายขาด อายุ 68 ปี, 9 ธันวาคม 2552)

1.5. ปัญหาการคัดกรองความพิการในระยะเริ่มแรก ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความพิการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลแก้ไขความผิดปกติได้ล่าช้า เช่น ออทิสติก กว่าที่ผู้ดูแลจะทราบความผิดปกติเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น

1.6. ปัญหาการป้องกันความเสี่ยงของคนพิการ คนพิการนอกจากมีความพิการในอวัยวะต่างๆ แล้ว ยังมีภาวะเสี่ยงจากความพิการนั้นอีกด้วย ได้แก่ คนพิการทางสติปัญญาที่เป็นเด็กผู้หญิงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น การมีประจำเดือน การมีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ เพราะคนพิการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ และเริ่มออกนอกบ้านไปไกลๆ โดยไม่รู้ตัว หรือคนพิการทางร่างกายที่มีปัญหาทางการหายใจและการได้รับอาหารทางสายยาง มีความเสี่ยงจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น กรณีไฟดับทำให้เครื่องช่วยหายใจไม่ทำงานอาจเกิดอันตรายได้ การให้อาหารทางสายยางเมื่อกลับบ้าน ครอบครัวต้องเตรียมอาหารเอง แต่กังวลกลัวว่าสารอาหารจะไม่พอ ส่วนการทำร้ายร่างกายตนเอง คนพิการมักใช้มีดตีหน้าตนเองวันละหลายครั้งจนเลือดออกบริเวณจมูกเวลาไม่ได้ทานยา หลังจากรักษาทานยาแล้วยังมีการตีหน้าอยู่บ้างวันละ 2-3 ครั้ง

1.7. ปัญหาด้านการไม่ได้รับการดูแลเฉพาะทางตามความพิการ ไม่มีการดูแลปัญหาเฉพาะเกี่ยวกับคนพิการ

2. สภาพปัญหาด้านอาชีพ เศรษฐกิจ ปัจจุบันคนพิการในอำเภอนายายอามส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 72.30 ประกอบอาชีพเดิมร้อยละ 19.00 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ร้อยละ 41.30 ผู้ที่มีรายได้ได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน คิดเป็น ร้อยละ 39.80 และรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,001 บาท – 5,000 บาท ต่อเดือนสภาพ ร้อยละ 41.80 ปัญหาด้านอาชีพ เศรษฐกิจของคนพิการในอำเภอนายายอาม แบ่งออกได้ ดังนี้

2.1. การสูญเสียอาชีพและขาดรายได้ คนพิการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ สูญเสียอาชีพเดิมที่เคยทำมาก่อนได้ คนพิการบางคนเป็นหัวหน้าครอบครัว เคยมีอาชีพประจำ แต่เมื่อมีความพิการทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ ทำให้ขาดรายได้ที่เคยได้และบางคนชราภาพมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วย

2.2. การลดประสิทธิภาพในการทำงาน คนพิการบางคนยังทำงานได้เช่นเดิม แต่ประสิทธิภาพการทำงานลดลงเนื่องจากสูญเสียการทำงานที่ของอวัยวะ เช่น ยกแขนไม่ได้ หรือขาขาด 1 ข้างเดินไม่คล่อง

2.3. ปัญหาขาดการสนับสนุนทางอาชีพ คนพิการบางคนมีความต้องการทำอาชีพเสริม แต่ไม่ทราบวิธีการ ไม่มีผู้สนับสนุนให้คำปรึกษาเรื่องการทำอาชีพ ไม่มีหน่วยงานดูแลโดยเฉพาะ

2.4. ปัญหาผลกระทบอาชีพของคนในครอบครัว เมื่อมีคนพิการอยู่ในครอบครัว จำเป็นต้องมีคนดูแลทำให้คนในครอบครัวบางคนต้องเปลี่ยนอาชีพ เพื่อให้สามารถดูแลคนพิการได้ เช่น ต้องลาออกจากงานมาประกอบอาชีพทำสวน

2.5. ปัญหาการเงินภายในครอบครัว เนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอ บางครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเพียงคนเดียว ทำให้เกิดผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ไม่มีเงินสำรองในยามฉุกเฉิน

3. สภาพปัญหาด้านการศึกษา สภาพการณ์ปัจจุบันเด็กพิการที่อยู่ในวัยเรียน มีโรงเรียนดูแลเด็กพิการ 1 แห่ง ที่ตำบลกระแจะ มีการจ้างครูสำหรับเด็กพิการโดยองค์การบริหารส่วนตำบล 2 แห่งที่ ตำบลกระแจะ และตำบลช้างข้าม แต่คนพิการส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาตามประเภทของคนพิการ ร้อยละ 95.10 ไม่ได้รับการดูแลเป็นพิเศษในสถานศึกษา การส่งเข้าโรงเรียนเด็กพิเศษได้รับการดูแลไม่ดี จึงไม่ได้เรียน ร้อยละ 58.30 ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการไปศึกษาที่สถานศึกษา ร้อยละ 58.30 สรุปปัญหาทางด้านการศึกษาของคนพิการได้ ดังนี้

3.1 การไม่ได้รับการศึกษาตามประเภทของคนพิการ เช่น การเรียนรู้ภาษามือ ในคนพิการที่เป็นใบ้ สื่อสารโดยใช้การอ่านปาก คนที่มีปัญหาด้านสติปัญญาและการรับรู้ไม่มีโอกาสได้เรียนในโรงเรียนเฉพาะทาง ในกลุ่มคนพิการที่พูดไม่ค่อยรู้เรื่อง ความจำสั้น ไม่สามารถเข้าเรียนได้

3.2 ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้าไปศึกษาที่สถานศึกษา เช่น เด็กพิการอายุ 10 ปี ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ไม่สามารถเดินได้ ระยะทางจากบ้านไปโรงเรียนค่อนข้างไกล ทำให้ไม่มีโอกาสเข้าศึกษา

3.3 การไม่ได้รับการดูแลเฉพาะเป็นพิเศษในสถานศึกษา เช่น เด็กพิการที่ไม่สามารถนั่งเรียนหรือทำกิจกรรมบางอย่างได้เหมือนคนอื่น ๆ ทำให้เกิดความกังวลเกรงว่าครูที่โรงเรียนจะไม่ดูแลได้ไม่ดีเท่าตนเอง จึงเรียนได้แค่ครึ่งวัน

4. สภาพปัญหาด้านการใช้ชีวิตและการอยู่ร่วมในสังคม คนพิการในอำเภอนายายอามส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง ร้อยละ 62.20 รองลงมาเป็นบ้านของบิดา-มารดา ร้อยละ 20.50 สถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 69.00 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 31.00 และผู้ดูแลหลักที่ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันของคนพิการ เป็นคนที่อยู่บ้านเดียวกัน ร้อยละ 95.00 ซึ่งส่วนใหญ่พี่-น้องหรือบุตร จากข้อมูลดังกล่าวเมื่อศึกษาเชิงลึกพบปัญหาด้านการใช้ชีวิตและการอยู่ร่วมในสังคม ดังนี้

4.1. ปัญหาการเป็นภาระของครอบครัว และชุมชน คนพิการคิดว่าตนเองเป็นภาระให้กับครอบครัวของลูกชาย แต่ลูกชายจะดูแลดีมาก คนพิการต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ไม่มีคนอื่นช่วย ทำให้ต้องเป็นผู้ดูแลคนเดียว

4.2. ปัญหาครอบครัวและชุมชนไม่เห็นความสำคัญและไม่เอาใจใส่คนพิการ

4.2.1 ในครอบครัวลูกสะใภ้ไม่ค่อยพูดคุย และคิดว่าลูกสะใภ้ไม่ยอมดูแลตนเอง พี่น้องรังเกียจไม่ยอมรับ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (คุณป้าสมใจ วังโดนด พิการเดินไม่ได้จากโรคเรื้อรัง, 9 ธันวาคม 2552)

4.2.2 ในชุมชนไม่ค่อยยอมรับคนพิการ มองว่าคนพิการมีความแตกต่างจากคนปกติทั่วไป ชุมชนไม่สนใจ ต่างคนต่างอยู่แบบตัวใครตัวมัน ขาดการเยี่ยมจากผู้อื่น ความสนใจของชุมชนไม่พอ (ผู้นำบางส่วน) โดดเดี่ยว ไม่มีคนสนับสนุน

“อยู่ที่บ้านไม่ค่อยมีปัญหา พี่น้องรับได้หมด แต่ในชุมชนไม่ค่อยยอมรับคนพิการ”

(คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากขาซ้ายขาด อายุ 68 ปี, 9 ธันวาคม 2552)

4.3. ปัญหาไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม รู้สึกด้อยในสังคม สังคมมองไม่เหมือนคนปกติ ไม่ชอบออกนอกสังคม แยกจากสังคม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับสังคม บางครั้งมักจะถูกเด็กๆสะแวกนั้น เรียกว่าไอ้เป่

“รู้สึกขาดกำลังใจ ไม่เท่าเทียมคนอื่นเขา มองเราเหมือนวัว ควาย....”

(จากการสนทนากลุ่มคนพิการ ,25 พฤศจิกายน 2552)

4.4. ปัญหาการขาดความร่วมมือ ทั้งจากคนพิการ ครอบครัว และชุมชนด้วยตนเอง เช่น คนพิการและญาติไม่ให้ความร่วมมือในการที่ผู้ดูแลจะเข้าไปเยี่ยม ปิดตัวเอง ไม่ยอมรับความช่วยเหลือ

5. ปัญหาการรับบริการสุขภาพของคนพิการในสถานบริการระดับต่างๆ คนพิการในอำเภอนายายอามไปรับบริการด้านสุขภาพจากสถานบริการของรัฐบาลหรือเอกชน ร้อยละ 69.80 ส่วนใหญ่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 40.90 โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 28.70 ปัญหาการไปรับบริการสุขภาพของคนพิการ

เกิดจากปัญหาสภาพความพิการที่ทำให้คนพิการไม่สามารถเดินทางไปรับบริการได้สะดวก และปัญหาจากสถานบริการที่ไม่เอื้ออำนวยหรือมีช่องทางพิเศษสำหรับคนพิการ

“ตนเองเดินไม่ได้ ไปโรงพยาบาลลำบากหน่อย เพราะต้องมาถึง รพ พระปกเกล้า ซึ่งอยู่ไกล ลูกมาส่งทุกวันไม่ได้ และถ้าจะมาก็ต้องหยุดงานมาส่งด้วย”

(คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากโรคเรื้อรังหลายโรค, 9 ธันวาคม 2554)

“มีปัญหาเรื่องบริการที่ซ้ำมาก ไปก็ต้องคอยนาน เราก็ปวดขา นั่งไม่สะดวก ยังต้องต่อคิวร่วมกับคนปกติอื่นๆ ซึ่งร่างกายก็ไม่ค่อยดี แต่ก็ต้องคอย”

(คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากขาซ้ายขาด อายุ 68 ปี, 9 ธันวาคม 2552)

ความต้องการของคนพิการ

คนพิการ มีความต้องการ ดังนี้

1. ความต้องการของคนพิการต่อครอบครัว คนพิการต้องการให้ครอบครัวยอมรับและเข้าใจคนพิการ มีความรู้และทักษะในการดูแลคนพิการ และพาไปร่วมกิจกรรมในสังคม
2. ความต้องการของคนพิการต่อชุมชน คนพิการต้องการให้ชุมชนยอมรับคนพิการ ให้โอกาสโดยจัดกิจกรรมในชุมชนที่เอื้อต่อคนพิการ จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคนพิการ จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนที่มีแหล่งข้อมูลและเป็นสถานที่ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการ และมีเพื่อนบ้านช่วยดูแลคนพิการเป็นครั้งคราว
3. ความต้องการของคนพิการต่อหน่วยบริการ คนพิการต้องการให้หน่วยบริการมีระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง มีทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก มีการเยี่ยมดูแลที่บ้าน มีช่องทางพิเศษสำหรับคนพิการ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการรับบริการของคนพิการ เช่น ห้องน้ำ ทางลาด เป็นต้น นอกจากนี้คนพิการมีความต้องการอุปกรณ์เสริมที่ใช้ตามความพิการ ส่วนใหญ่มีความต้องการ รถเข็น ไม้เท้า เครื่องช่วยเดิน หูฟัง แว่นสายตา ฯลฯ
4. ความต้องการของคนพิการด้านอาชีพ คนพิการต้องการมีอาชีพหลักและอาชีพเสริม พร้อมมีตลาดในการจำหน่ายสินค้าและผลิตภัณฑ์

“อยากได้ความรู้เกี่ยวกับอาชีพอยู่กับบ้านหรือจัดกิจกรรมเฉพาะคนพิการบ้าง”

(คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวขาซ้ายขาด อายุ 68 ปี, 9 ธันวาคม 2552)

5. ความต้องการด้านสังคม คนพิการต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ได้รับเบี้ยยังชีพที่เหมาะสม จากเดิม 500 บาท มีข้อเสนอแนะว่าควรเป็น 1,000 บาท
6. ความต้องการด้านการศึกษา คนพิการต้องการได้รับการศึกษาเฉพาะคนพิการ การได้รับโอกาสทางการศึกษาและการช่วยเหลือสนับสนุนในการเดินทางไปศึกษา ทราบข่าวสารข้อมูลถึงคนพิการโดยตรงให้มีโรงเรียนสำหรับคนพิการ อำเภอละ 1 แห่ง ให้มีครูอาสาเพื่อให้คนพิการได้รับการศึกษา ได้รับอุปกรณ์สนับสนุนด้านการเรียนการศึกษา และอุปกรณ์ส่งเสริมด้านพัฒนาการ และมีศูนย์การดูแล/เรียนของเด็กพิเศษ

“อยากให้ กศน. หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ ช่วยค้นหาคนพิการที่อยากรู้หนังสือ ให้ได้เรียนหนังสือ หรือ อาชีพเช่น คนที่อยากเรียนเรื่องการใช้คอมพิวเตอร์ และเครื่องเทคนิคต่างๆ โดยจัดโรงเรียนสำหรับคนพิการในพื้นที่ หรือให้ โรงเรียนในพื้นที่จัดบริการให้(รับ)คนพิการเข้าเรียน เป็นต้น”

(จากการสนทนากลุ่มคนพิการ, 25 พฤศจิกายน 2552)

สถานการณ์ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการของผู้ดูแล และครอบครัว

ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและอยู่กับคนพิการมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลคนพิการ แต่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลคนพิการซึ่งมีปัญหาที่ซับซ้อนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้การดูแลคนพิการ ส่วนใหญ่จะต้องดูแลคนพิการเป็นระยะเวลายาวนาน ช่วยเหลือคนพิการในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ครอบครัวช่วยกันดูแลและช่วยกันหาข้อมูลในการดูแลด้วยตนเอง ทำให้ส่งผลต่อสุขภาพในทุกด้านของผู้ดูแลและครอบครัว ได้แก่ ภาวะผิดปกติ/โรคแฝง เช่น ความดันโลหิต ปวดเมื่อยตามร่างกาย ภาวะทางจิตใจ ได้แก่ ท้อแท้ เครียดที่ต้องดูแลคนพิการเป็นเวลานาน

“เครียดแต่เครียดไม่ได้ต้องทน เพราะเป็นลูก ถ้าไม่โหดก็ ไม่รู้จะทำอย่างไร”

(มารดาคนพิการทางสติปัญญาและการรับรู้ อายุ 38 ปี 9 ธันวาคม 2552)

ภาวะทางสังคม ได้แก่ ไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพราะไม่มีผู้แบ่งเบาภาระ มีภาวะทางจิตวิญญาณ และไม่มีเป้าหมายในชีวิตของตนเอง

“สังคมทุกวันนี้ตัวใครตัวมัน ต้องดูแลลูกเอง ถ้าของหมดต้องไปซื้อของที่ตลาดก็ไปไม่ได้”

(มารดาเด็กพิการจาก Spinal Muscular Atrophy อายุ 3 ขวบ, 9 ธันวาคม 2552)

“พี่น้องไม่ยอมรับ รังเกียจ ไม่สนใจ ในชุมชนก็พูดถึงไม่ดีนักหรอก”

(มารดาคนพิการทางสติปัญญาและการรับรู้ อายุ 38 ปี, 9 ธันวาคม 2552)

2. ปัญหาด้านวิธีการดูแลคนพิการ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความพิการที่เกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลและครอบครัวเหล่านี้จะขาดความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแลคนพิการดังกล่าว เกิดความไม่มั่นใจในการดูแล และขาดที่ปรึกษา/ผู้ให้คำแนะนำในการดูแลคนพิการ

“ถ้าน้อง.....กลับบ้านและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แล้วไฟลุกตัดก็ทำให้น้อง....ลำบาก อยากทำให้น้อง.....ให้ดีที่สุด จะกังวลเรื่องอาหารทางสายยางที่เมื่อกลับบ้านไปต้องเตรียมอาหารเอง อยากทำให้ลูกเอง แต่กลัวว่าสารอาหารจะไม่พอ”

(มารดาเด็กพิการจาก Spinal Muscular Atrophy อายุ 3 ขวบ , 9 ธันวาคม 2552)

“ชอบหนีออกไปร้านค้าและขอยาสูบที่ร้านค้า ทำให้ต้องล่ามโซ่ไว้ที่บ้านเวลาที่แม่ออกไปทำธุระนอกบ้าน”

(มารดาคนพิการทางสติปัญญาและการรับรู้ อายุ 38 ปี, 9 ธันวาคม 2552)

3. ปัญหาด้านอาชีพและเศรษฐกิจ จากความบกพร่องหรือไม่สามารถทำหน้าที่ทางร่างกายได้ทำให้คนพิการต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องใช้เวลาในการดูแลคนพิการ ส่งผลให้ไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ และทำให้ขาดรายได้ ในการนำมาใช้จ่ายในครอบครัวและดูแลคนพิการ

“น้อง..... ก็เป็นมะเร็ตต่อน้ำเหลือง ถ้าต้องฉายแสงแม่ก็จะทำงานไม่ได้ รายได้ก็จะไม่มี รอขายผลไม้อาจจะได้เป็นรายปี

(มารดาเด็กพิการจาก Spinal Muscular Atrophy อายุ 3 ขวบ, 9 ธันวาคม 2552)

“แม่มีอาชีพรับจ้าง เวลาไปรับจ้างต้องเอาลูกไปด้วย และลูกชนมาก แม่พุดรู้เรื่องบ้างแต่ชนมาก (เดินสี่ขาอยู่ในไร่พริก) แม่ทำงานได้น้อยอาจกระทบต่อรายได้”

(มารดาผู้ดูแลเด็กพิการทางสติปัญญา อายุ 10 ปี, 9 ธันวาคม 2552)

4. ความต้องการของผู้ดูแล ผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้การดูแลคนพิการ มีความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้การดูแลคนพิการมีประสิทธิภาพ ดังต่อไปนี้

4.1 ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของคนพิการ ผู้ดูแลและครอบครัวมีความต้องการให้มีระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการดูแลจัดระบบพี่เลี้ยงโดยครอบครัวและชุมชนร่วมมือกัน ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลและฟื้นฟูสภาพคนพิการ ต้องการการส่งเสริมกำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจ จัดตั้งชมรมกลุ่มคนพิการเพื่อแบ่งเบาภาระ จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนเป็นแหล่งข้อมูล และเป็นสถานที่ฟื้นฟูสภาพคนพิการ

“อยากให้มีความคิดหรือคนอื่นมาช่วยในยามจำเป็น”

(มารดาเด็กพิการจาก Spinal Muscular Atrophy อายุ 3 ขวบ, 9 ธันวาคม 2552)

4.2 ความต้องการด้านอาชีพ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องการให้มีการสนับสนุนการทำอาชีพหลักและอาชีพเสริมสำหรับคนพิการและผู้ดูแลร่วมด้วย พร้อมมีตลาดในการจำหน่าย

“อยากให้มีงานที่สามารถทำได้ที่บ้านในระหว่างที่ต้องดูแลน้อง.....ที่บ้าน ที่เคยทำมานั้นคือทำดอกไม้จันทน์ ก็ทำทิ้งไว้ จะได้เงินก็ต่อเมื่อขาย ที่ผ่านมาก็ไม่ได้ขาย ก็แจกเขาไปหมด”

(มารดาเด็กพิการจาก Spinal Muscular Atrophy อายุ 3 ขวบ, 9 ธันวาคม 2552)

4.3 ความต้องการด้านสังคม ต้องการให้มีการสนับสนุนช่วยเหลือให้คนพิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคม เช่น การพาออกไปนอกบ้านเพื่อทำบุญ หรือกิจกรรมท่องเที่ยวเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด เนื่องจากบางครั้งผู้ดูแลและครอบครัวขาดทุนทรัพย์และมีอุปสรรคในเรื่องการดูแล หรือการเดินทาง

“ตั้งแต่เดินไม่ได้ ไม่ได้ออกไปเที่ยวไหนเลย ลูกเขาก็ไม่ค่อยว่าง รรหาไม่สะดวก อยากไปเปิดหู เปิดตาข้างนอกบ้าง”

(คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากโรคเรื้อรังหลายโรค, 9 ธันวาคม 2552)

“อยากให้ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน มีน้ำใจกับลูกบ้าน ตรงไปตรงมา อยากให้มีความยืดหยุ่นแก่ลูกบ้าน มีกองทุนกู้ยืมที่จะยืมมาใช้จ่ายลูกเงินเพื่อที่ไฟไม่ถูกตัด อยากให้มีการยืดหยุ่นเรื่องการจ่ายค่าไฟบ้าง และอยากได้รับการสนับสนุนด้านอาหารพองอย่างน้อยเดือนละ 1 แพค เพื่อใช้ในยามฉุกเฉิน ถ้าอาหารที่เตรียมเองทำไม่ได้”

(มารดาเด็กพิการจาก Spinal Muscular Atrophy อายุ 3 ขวบ , 9 ธันวาคม 2552)

4.4 ความต้องการด้านการศึกษา ผู้ดูแลและครอบครัวต้องการให้มีการสนับสนุนและช่วยเหลือคนพิการในด้านข้อมูลข่าวสารและจัดการศึกษาเฉพาะให้กับคนพิการแต่ละประเภท การสนับสนุนด้านการเดินทางไปศึกษา และการดูแลระหว่างการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ปกครองหลายรายได้นำเด็กพิการไปเข้าสถานศึกษาแต่มีปัญหาการเดินทาง ค่าใช้จ่าย และเมื่ออยู่ในสถานศึกษาได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวไม่อยากส่งเด็กพิการไปศึกษาต่อ

สถานการณ์ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการของชุมชน

ปัญหาของชุมชนในการดูแลคนพิการเกิดจากการไม่ตระหนักและไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาของคนพิการ ทำให้ไม่มีการกำหนดนโยบายและแผนการดูแลคนพิการ คนในชุมชนไม่เข้าใจวิธีการ/กิจกรรมการดูแลคนพิการ ไม่ได้จัดกิจกรรมทางสังคมที่ให้โอกาสคนพิการเข้าร่วมหรือบางแห่งที่มีการจัดกิจกรรมบ้างแต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องและไม่มีการติดตามผล เช่น การฝึกอาชีพไม่มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกแก่คนพิการ เช่น ห้องน้ำ ทางลาด โทรศัพท์ ฯลฯ ขาดการเชื่อมโยง/ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน

“ชุมชนไม่สนใจ ต่างคนต่างอยู่แบบตัวใครตัวมัน ไม่มีใครมาเยี่ยมขณะที่ป่วย ไม่ใส่ใจ เช่น คุณปู่ซึ่งขาไม่ดีเดินไม่คล่อง เดินออกไปปากซอย เมื่อรถคนรู้จักวิ่งผ่านไปยังไม่เคยรับไปส่งลงปากซอยเลย ”

(มารดาเด็กพิการจาก Spinal Muscular Atrophy อายุ 3 ขวบ , 9 ธันวาคม 2552)

ความต้องการระบบการดูแลคนพิการของชุมชน ในชุมชนส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการด้วยเช่นกัน แต่ชุมชนไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ และไม่มีการประสานความร่วมมือกัน ทำให้ไม่สามารถดำเนินการ และชุมชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการควรเกิดขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับชุมชน และมีหน่วยบริการเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหน่วยบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องการให้มีการจัดบริการ/กิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลคนพิการและผู้ดูแลการพัฒนาให้แกนนำมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลคนพิการ การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนที่มีแหล่งข้อมูล และเป็นสถานที่ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการ

คุณภาพชีวิตคนพิการ

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตคนพิการ รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตรายด้านของคนพิการนายอาม

ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

คุณภาพชีวิตรายด้าน	$\bar{X}$	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
คุณภาพชีวิตรายข้อ1 (สุขภาพทั่วไป)	2.51	1.11	ปานกลาง
ด้านสุขภาพกาย	2.48	.54	ไม่ดี
ด้านสุขภาพจิต	2.79	.72	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.38	.58	ไม่ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	2.66	.67	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.56	.58	ปานกลาง

จากตารางที่ 18 พบว่า คนพิการในอำเภอนายอามมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.56, SD = .58) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 2.79, SD = .72) รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$ = 2.66, SD = .67) และคุณภาพชีวิตที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับไม่ดีคือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X}$ = 2.38, SD = .58)

ระบบบริการดูแลคนพิการจากหน่วยบริการสุขภาพและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน

ในอำเภอนายอามยังไม่มีการจัดระบบการดูแลคนพิการ คนพิการส่วนใหญ่ไปรับบริการทางด้านสุขภาพทั่วไป โดยไม่มีการดูแลที่เป็นเฉพาะด้านสำหรับคนพิการแต่ละประเภทที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 40.9 โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 28.7 และหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 19.3 สภาพปัญหาของการไปรับบริการที่สถานบริการทั้ง 3 ระดับดังกล่าวส่วนใหญ่มีความคล้อยคลึงในด้านปัญหาของอุปสรรคและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และปัญหารองลงมาได้แก่ ปัญหาการรักษาพยาบาล การได้รับการติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ และการได้รับการฟื้นฟูสภาพตามความพิการ โดยพบปัญหาและความต้องการคือ

1. ปัญหาของหน่วยบริการ โรงพยาบาลมีผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ขาดความชำนาญเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสุขภาพคนพิการโดยตรง เช่น พยาบาลเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสภาพ นักกายภาพบำบัด รวมทั้งไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เช่น ช่องทางด่วนสำหรับคนพิการ ทางลาด และไม่มีระบบที่ชัดเจนและต่อเนื่อง

2. ความต้องการของหน่วยบริการ เจ้าหน้าที่ในสถานบริการทางสุขภาพที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการดูแลคนพิการ มีความต้องการอบรมเฉพาะทางสำหรับเจ้าหน้าที่ และต้องการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทั้งภายในและนอกหน่วยบริการ เพื่อให้คนพิการได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ และผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ

บทที่ 6

ผลการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

การนำเสนอผลการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานตำบลนาขายอาม อำเภอนาขายอาม จังหวัดจันทบุรี แบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 นวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ

ส่วนที่ 3 ผลกระทบของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ

ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 นวัตกรรมของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ

จากการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในตำบลนาขายอาม ตลอดระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน ก่อให้เกิดนวัตกรรมที่จะนำไปสู่การพัฒนาเพื่อคนพิการอย่างยั่งยืน 3 นวัตกรรม ประกอบด้วย

นวัตกรรมที่ 1 รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ)

นวัตกรรมที่ 2 กระบวนการดำเนินการ การดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นฐาน กระบวนการ WE CAN DO by TIM ของเครือข่ายจิตอาสา

นวัตกรรมที่ 3 ศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน
ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละนวัตกรรม ดังนี้

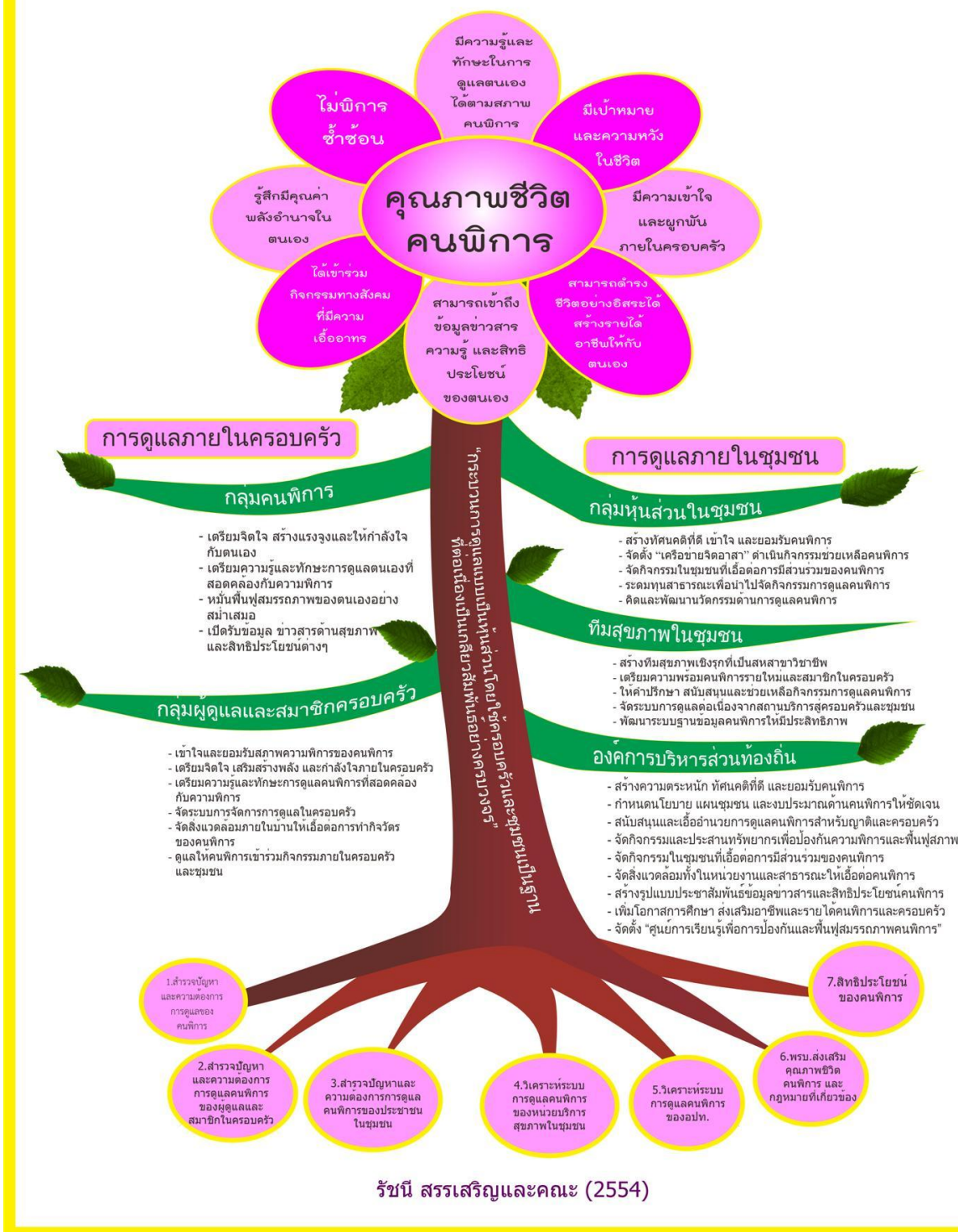
นวัตกรรมที่ 1 รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

จากผลการสร้างและพัฒนารูปแบบระบบการดูแลคนพิการ ตำบลนาขายอาม อำเภอนาขายอาม จังหวัดจันทบุรี ตามกรอบแนวคิดบูรณาการ จากกรอบนวัตกรรมการดูแลคนพิการขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) การดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (WHO, 2002) โดยเน้นการดูแลที่มีการปฏิสัมพันธ์กัน ภายในโครงสร้างที่มีจุดศูนย์กลางอยู่ร่วมกัน และมีระบบล้อมรอบ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเล็ก (Micro system) ระบบกลาง (Meso system) และระบบใหญ่ (Macro system) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้มุ่งพัฒนาระบบการดูแลคนพิการในส่วนของระบบเล็ก คือ การปฏิสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันระหว่างคนพิการและครอบครัว ทีมดูแลเชิงรุกจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนการดูแลแบบเป็นหุ้นส่วนจากภาคประชาชน เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีขึ้น ซึ่งปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวจะมีประสิทธิภาพได้ต่อเมื่อ คนพิการต้องเป็นผู้ที่มีความตั้งใจในการ

ดูแลตนเอง สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างจริงจัง คนพิการและสมาชิกครอบครัว ทีม/เจ้าหน้าที่สุขภาพ และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนแกนนำ/จิตอาสาซึ่งเป็นหุ้นส่วนชุมชนต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้องอย่างเพียงพอ (Informed) ได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ที่ทันสมัย และมุ่งทำงานเชิงรุก (Prepared proactive practice team) ได้รับการกระตุ้น/ให้กำลังใจและจูงใจ(Motivate)ในการร่วมกันดูแลคนพิการ นอกจากนี้ได้นำเอาความรู้เกี่ยวกับรูปแบบเชิงสังคมและการอยู่ร่วมกันมาคิดร่วมด้วยเพื่อนำไปสู่การปรับนโยบาย การระดมทรัพยากร แหล่งประโยชน์ในสังคม และระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ผลลัพธ์ของรูปแบบระบบการดูแลคนพิการครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญใน 3 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นแรก มุ่งเน้นผลลัพธ์การดูแลที่ดีหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวคนพิการ (Patient Outcome) ได้แก่ การได้รับบริการจากภาคประชาชน และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ส่วนประเด็นที่สอง มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในตัวญาติผู้ดูแล (Caregiver outcome) ได้แก่ การสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับญาติ/ทีมผู้ดูแล ให้มีความสามารถในการดูแลคนพิการ มีทักษะ/ความสามารถในการจัดการ/เผชิญปัญหา ความเครียดจากการดูแล และประเด็นที่สาม มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับหุ้นส่วนชุมชน (Community partner outcomes) ได้แก่ ภาาภิเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ ซึ่งสรุปรูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่สะท้อนภาพการทำกิจกรรม การประสานงาน การส่งต่อ บทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนอย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมทั้งด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบ หรือการเปลี่ยนแปลงโดยนำเสนอ ดังนี้

รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
 “ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ ณ อ.นายายอาม โดยกระบวนการ WE CAN DO by TIM”



ภาพที่ 3 ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ ณ ตำบลนายายอาม โดยกระบวนการ WE CAN DO by TIM

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบระบบการดูแลคนพิการ

แนวคิดที่สำคัญของรูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 4 แนวคิด คือ

1. การดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ (Seamless Continuing Care) คือ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอด episode หรือ course ของการเจ็บป่วยด้วยความเนียนที่ไร้รอยต่อ การประสานการดูแลระหว่างสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ครอบครัว ชุมชน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างแนบสนิท บูรณาการการดูแลตามการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์ทางเลือก หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างกลมกลืน และมีการจัดการความรู้ระหว่างทีมการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (Lee, A.,1998)

2. ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Strength) คือ การที่สมาชิกของครอบครัวมีการปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสุขและมีความมั่นคงแข็งแรง ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัวสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารทางบวก สมาชิกมีความใกล้ชิดผูกพันกัน สามัคคี-ภรรยา พ่อแม่-ลูก มีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน มีวิธีการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเอาไว้ มีการใช้เวลาร่วมกันอย่างมีคุณภาพ มีการผูกพันอุทิศตัวต่อ ครอบครัว ห่วงใยและเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว มีบรรยากาศความอบอุ่น นอกจากนี้สมาชิกสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีการถ่ายทอดด้านจิตวิญญาณ สามารถแก้ไขวิกฤติการณ์หรือความเครียดได้อย่างสร้างสรรค์ สามารถยืดหยุ่นปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง มีส่วนร่วมในชุมชน และสามารถดำรงชีวิตด้วยความผาสุกร่วมกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเต็มศักยภาพ

3. ศักยภาพของชุมชน (Community capacity) คือ ชุมชนมีลักษณะที่มีการรวมกลุ่ม มีการประชุมปรึกษากัน ช่วยกันคิด ช่วยกันทำเพื่อให้กิจกรรมต่างๆ ลุล่วงไปด้วยดี มีหน่วยนำที่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มได้ทุกระดับ มีตัวแทนกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม โดยกลุ่มต้องมีทักษะ ความสามารถสูง (Skills) การจูงใจ (Motivations) ความรู้ (Knowledge) และทัศนคติ (Attitudes) รู้วิธีทำงานเป็นอย่างดี ทำงานได้ถูกต้อง และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกตามสมควร กลุ่มมีความคิดเห็นที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับนโยบายของทางราชการที่จำเป็นต่อการลงมือปฏิบัติ เพื่อสร้างนวัตกรรมให้ประสบผลสำเร็จ (Wandersman et al, 1987)

ศักยภาพชุมชนจะมีมากน้อยเพียงใด จะเกี่ยวข้องกับปัจจัย 4 ประการ ที่สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่ทว่าแต่ละปัจจัยมีความแตกต่างเฉพาะตัวแยกจากกัน ได้แก่ (1) ความผูกพันกับ ชุมชน (Community attachment) อธิบายถึงความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์และทางจิตใจที่ผู้อยู่อาศัยในชุมชนนั้นมีต่อชุมชนของตนเอง (2) การคิดริเริ่ม (Initiative) อธิบายถึงระดับความกระตือรือร้นของสมาชิกในชุมชนต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน (3) การรับรู้ความสามารถ (Efficacy) อธิบายถึงการประสบความสำเร็จที่ผ่านมาในอดีตของสมาชิกในชุมชนในการร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนให้ก้าวหน้า (4) ภาวะ

ผู้นำ (Leadership) อธิบายถึงควมมีประสิทธิผลและทักษะการสร้างความสะดวกคล่องในชุมชนของผู้นำชุมชน ปัจจัยเหล่านี้จะถูกวัดในลักษณะการรับรู้ (Perceptions) ในที่นี้มองความพร้อม (Readiness) ว่าเป็นลักษณะการรู้คิดทางปัญญา (Chilenski, Greenberg, & Feinberg, 2007 : 349 – 350)

4. การเรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย (Collaborative Learning to Goal Success)

คือ กระบวนการเรียนรู้ที่สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันและกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกที่สอดคล้องกันพอคืออย่างลึกซึ้ง โดยผ่านความร่วมมือกัน (Cooperation) และเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม โดยทุกคนจะต้องเคารพในสิทธิและความโดดเด่นในความสามารถของสมาชิกแต่ละคน เพื่อสร้างความสำเร็จตามเป้าหมายในการทำงานซึ่งช่วยสร้างความเข้าใจระหว่างกันในกลุ่มมากขึ้น สมาชิกแต่ละคนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามส่วน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิก จึงเป็นแหล่งความรู้และประสบการณ์ร่วมกัน มีการสะท้อนข้อมูลอย่างสร้างสรรค์ กระตุ้นให้คิด ได้มุมมองใหม่ ๆ มีการยอมรับ และให้อารมณ์ในบรรยากาศที่เป็นกันเองมาก ช่วยให้การแก้ปัญหาง่ายขึ้นทำให้ทำงานสนุก สร้างความรับผิดชอบต่อตนเองและกลุ่ม จึงทำให้ได้เพื่อนและเครือข่ายในการทำงานใหม่ (Myers, J., 1991).

การเรียนรู้ร่วมกันนั้น เป็นวิธีการเรียนรู้เป็นกลุ่ม หรือเป็นทีม หรือเป็นคู่ โดยมีเป้าหมายพื้นฐานเดียวกัน เกี่ยวกับการทำงานให้สำเร็จ ในกระบวนการทำงานนี้จะเกิดการเรียนรู้อย่างร่วมมือกัน ไม่ใช่การเรียนรู้อย่างแข่งขัน เป็นการเรียนรู้ที่มีพลัง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของความรู้ ความเชื่อเจตคติ และทักษะของสมาชิกอื่น ๆ ได้

หลักการของระบบการดูแลคนพิการ

รูปแบบของระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 8 หลักการ สำคัญ คือ

1. บทบาทของครอบครัว (Family Role) หมายถึง ระบบ / กิจกรรมที่จัดขึ้นต้องให้ครอบครัวเป็นผู้ให้บริการในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการในระยะยาว โดยคำนึงถึง
 - 1.1 ความสมดุลของการยึดเหนี่ยวระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว และคนพิการ การยึดเหนี่ยวหมายถึงการมีความรู้สึกใกล้ชิดแนบแน่นทางอารมณ์กับอีกบุคคลหนึ่ง การมีการยึดเหนี่ยวต่อกันน้อยเกินไปหรือมากเกินไปต่างก็ก่อให้เกิดปัญหาต่อตัวบุคคลและปัญหาในความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวในระยะยาว ดังนั้นจึงต้องมีความสมดุลระหว่างการต่างคนต่างอยู่ (Separateness) และการมีความเป็นอยู่ร่วมกัน (Togetherness) จะช่วยให้การดูแลคนพิการในครอบครัวเป็นไปอย่างมั่นคงและต่อเนื่อง
 - 1.2 ความยืดหยุ่นในครอบครัวหมายถึงความสามารถในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจ บทบาท และกฎระเบียบเมื่อมีความจำเป็น ในครอบครัวที่มีความยืดหยุ่น จะมีการใช้ภาวะผู้นำอย่างเป็นประชาธิปไตย ลดความเป็นเผด็จการลง และมีความยุติธรรมในการตัดสินใจ งานที่ต้องทำ

ในครอบครัวไม่ได้จำกัดที่อายุหรือเพศ ทุกคนในครอบครัวสามารถช่วยเหลือกันหรือทำแทนกันได้ในช่วงเวลาที่ครอบครัวเผชิญกับความยากลำบาก

1.3 การสื่อสารในครอบครัวเป็นกุญแจสำคัญในการสร้าง ให้การสนับสนุน คงรักษา หรือทำลายครอบครัว ควรมีการฟังอย่างเอาใจเขามาใส่ใจเรา การฟังอย่างตั้งใจ(Listening skills) มีทักษะการพูด (Speaking skills) คือ พูดตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม พูดความจริงการเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) เกี่ยวข้องกับการแบ่งปันความรู้สึกของตนเองและความสัมพันธ์ ความชัดเจน (Clarity) คือ การสื่อสารได้ชัดเจนเป็นที่เข้าใจได้ง่าย การติดตามอย่างต่อเนื่อง (Tracking) เป็นการจดจ่ออยู่กับประเด็นนั้นความเคารพและความห่วงใย (Respect and regard) ควรให้เวลาในการพูดคุยกัน และมีทักษะในการรับฟังและการพูดที่ก่อให้เกิดความเข้าใจอันดี

2. บทบาทของภาคีเครือข่าย (Network Role) หมายถึง กระบวนการทางสังคมอันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน โดยสมัครใจ มีเป้าหมายร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารประสบการณ์ แล้วพัฒนาไปสู่การวางแผนร่วมกัน และดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกันโดยที่สมาชิกของเครือข่ายมีความเป็นอิสระ เท่าเทียม หรือเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน ภายใต้พื้นฐานการเคารพสิทธิ เชื่อถือ เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน

เครือข่าย จะแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ เครือข่ายแบบผสมผสาน ซึ่งเกิดจากการรวมกันระหว่างสมาชิกที่แตกต่างกันในสถานภาพ เช่น ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ ข้าราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน เป็นต้น ส่วนอีกเครือข่าย เกิดจากการรวมกันระหว่างสมาชิกหรือหน่วยงานที่มีสถานภาพเดียวกัน เช่น อาชีพเดียวกัน องค์กรลักษณะเดียวกัน เป็นต้น

3. การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง ข้อมูลและบริการที่จัดให้ต้องมีคุณภาพที่ดีและครอบคลุมทุกประเภทของกลุ่มคนพิการ ทุกคนสามารถเข้าถึงได้

4. การประสานงานที่ไร้รอยต่อ (Seamless co-ordination) หมายถึงต้องมีการประสานบริการต่างๆ สำหรับคนพิการและผู้ดูแลโดยจัดให้เหมาะสมกับโครงสร้างของบริการที่มีอยู่เดิม โดยเอาสุขภาพและภาคส่วนต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่เป็นตัวตั้ง จัดลำดับความสำคัญของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง หาวิธีการที่จะเชิญชวนและทำงานร่วมกับภาคส่วนดังกล่าวอย่างเนียนสนิท เพื่อเป้าหมายคุณภาพชีวิตของคนพิการ

5. จัดเตรียมบริการที่เหมาะสม (Appropriate services) หมายถึง การจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของความพิการ และบริบทของครอบครัวและชุมชน

6. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและคนพิการ (Family and disabled people participation) หมายถึงกิจกรรม หรือบริการที่จัดให้คนพิการ และผู้ดูแลนั้นเป็นบริการที่สนับสนุน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจให้การดูแลคนพิการ

7. การเคารพในศักดิ์ศรีของคนพิการ (Respect) หมายถึง บริการที่จัดให้แก่คนพิการและครอบครัวต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีและเอกลักษณ์ในความเป็นบุคคล

8. ความรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำ (Accountability) หมายถึง ความรับผิดชอบต่อรูปแบบการช่วยเหลือที่จัดทำนั้นต้องมั่นใจว่านำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพแก่คนพิการและครอบครัว

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในรูปแบบระบบการดูแล คนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน กลุ่มบุคคล องค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในรูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ได้ดำเนินงานในรูปแบบของ “ภาคีเครือข่ายแบบเป็นหุ้นส่วน” ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มบุคคลต่างๆดังนี้

1. ภาคประชาชน บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับรูปแบบระบบการดูแลคนพิการ ประกอบด้วย

1.1. คนพิการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ประเภทคือ

1.1.1 คนพิการทางการมองเห็น

1.1.2 คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย

1.1.3 คนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหว

1.1.4 คนพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม

1.1.5 คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้

1.2 ญาติผู้ดูแล/ ครอบครัว/ สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวคนพิการ ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล คนพิการ

1.3 กลุ่มจิตอาสา ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่สมัครใจ ช่วยเหลือดูแลคนพิการในชุมชน

1.4 แกนนำในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งช่วยเหลือคนพิการในชุมชน

2. ภาครัฐ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบคุณภาพชีวิตของคนพิการ ประกอบด้วย

2.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้บริหาร และผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับการดูแลคนพิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรบริหารส่วนตำบล และเทศบาล

2.2 สถานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน

3. ภาคเอกชน ได้แก่ หน่วยงาน หรือองค์กรเอกชนต่างๆ ที่ช่วยเหลือคนพิการ

นวัตกรรมที่ 2 กระบวนการดำเนินการ การดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นฐาน กระบวนการ WE CAN DO by TIM) ของเครือข่ายจิตอาสา

กระบวนการดำเนินการการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นฐาน กระบวนการดูแลคนพิการที่ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนของอำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี สร้างและ

พัฒนาขึ้น เรียกว่า **“WE CAN DO by TIM”** ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลต่อเนื่องที่เป็นเกลียวปฏิสัมพันธ์แบบครบวงจร โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอนและ 3 คุณลักษณะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตั้งใจ มุ่งมั่น และความร่วมมือในการดูแลคนพิการ (W-Willing)

หมายถึง การทำพันธะสัญญาตกลงความร่วมมือกันระหว่างภาคีเครือข่าย ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือระหว่าง **“ภาคีหุ้นส่วนในพื้นที่”** ที่เป็นแกนหลักของการดำเนินการพัฒนาระบบฯ ให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ความเข้าใจพื้นฐาน ที่ถูกต้องเกี่ยวกับคนพิการ (Inform) การเตรียมความพร้อมการพัฒนา (Prepare) และการกระตุ้นเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ (Motivate) ในการร่วมมือกันดูแลคนพิการ

ขั้นตอนที่ 2 การร่วมค้นหา มองและสะท้อนปัญหา ความต้องการ (E-Exploration) หมายถึง

การร่วมกันสำรวจ และวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ ของคนพิการ การดูแลคนพิการ ของผู้ดูแล ชุมชน ตลอดจนวิเคราะห์ระบบการดูแลคนพิการ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในชุมชน โดยใช้เทคนิค กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการร่วมด้วย ซึ่งควรได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- 2.1 สำรวจปัญหาและความต้องการการดูแลของคนพิการ
- 2.2 สำรวจปัญหาและความต้องการการดูแลคนพิการของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว
- 2.3 สำรวจปัญหาและความต้องการการดูแลคนพิการของประชาชนในชุมชน
- 2.4 วิเคราะห์ระบบการดูแลคนพิการของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน
- 2.5 วิเคราะห์ระบบการดูแลคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2.6 สร้างความเข้าใจในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.

2550 และกฎหมายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

- 2.7 สร้างความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ของคนพิการ

ขั้นตอนที่ 3 การรวมพลังร่วมคิดเพื่อการพัฒนา (C-Cognition) หมายถึง การรวมพลังของผู้ที่

เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมวางแผน กำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหา และสนองตอบ ความต้องการการดูแลของคนพิการ และครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

ขั้นตอนที่ 4 การร่วมปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พึงประสงค์ (A-Acting) หมายถึง ภาคี

เครือข่ายรวมพลังกัน ร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ ในการดูแลคนพิการในชุมชน โดยจำแนกการดูแลตามประเภท ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

4.1 ครอบครัว

- 4.1.1 สร้างเข้าใจและยอมรับสภาพความพิการของคนพิการ
- 4.1.2 จัดให้มีผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรอง
- 4.1.3 ฝึกหาความรู้และทักษะในการดูแลคนพิการที่สอดคล้องกับสภาพความพิการ
- 4.1.4 จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการ

- 4.1.5 มีระบบการจัดการการดูแลภายในครอบครัว
- 4.1.6 มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภายในครอบครัว
- 4.1.7 จัดให้คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมภายในครอบครัวและทางสังคม

4.2 คนพิการ

- 4.2.1 แสวงหาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองตามสภาพความพิการ
- 4.2.2 หาโอกาสได้เข้าถึงข้อมูล/ข่าวสารด้านสิทธิประโยชน์ และการดูแลสุขภาพ
- 4.2.3 สร้างแรงจูงใจและกำลังใจให้กับตนเอง
- 4.2.4 หมั่นฟื้นฟูสภาพของตนเอง

4.3 หุ่นส่วนภาคีเครือข่ายประชาชน

- 1.3.1 สร้างความตระหนัก ทักษะที่ดี เข้าใจ เข้าถึงและยอมรับต่อคนพิการ
- 1.3.2 ร่วมกันสร้างเครือข่ายชมรมจิตอาสาที่เข้มแข็งดูแลช่วยเหลือคนพิการ
- 1.3.3 จัดกิจกรรมทางสังคมในชุมชนที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของคนพิการ

4.4 ทีมบริการสุขภาพเชิงรุก

- 4.4.1 สร้างทีมการดูแลเชิงรุก
- 4.4.2 เตรียมความพร้อมคนพิการรายใหม่
- 4.4.3 จัดกิจกรรมการดูแลเชิงรุกเพื่อป้องกันความพิการ
- 4.4.4 จัดกิจกรรมสนับสนุนการดูแลคนพิการโดยครอบครัวและชุมชน
- 4.4.5 เยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพคนพิการ/เพิ่มความสามารถการดูแลตนเองของคน

พิการและศักยภาพของผู้ดูแล

- 4.4.6 พัฒนาระบบข้อมูลการดูแลคนพิการให้มีประสิทธิภาพ
- 4.4.7 จัดระบบการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลคนพิการ
- 4.4.8 จัดระบบการดูแลต่อเนื่องจากครอบครัวชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ

4.5 เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

4.5.1 กำหนดนโยบายและแผนการดูแลคนพิการให้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร
สร้างความตระหนักและทัศนคติที่ดีของชุมชนต่อคนพิการ

4.5.2 มีรูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่ให้คนพิการและครอบครัวเข้าถึง ข้อมูล
ข่าวสารและสิทธิประโยชน์

4.5.3 จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อคนพิการทั้งในหน่วยงานและที่สาธารณะต่างๆ

4.5.4 จัดกิจกรรมและประสานทรัพยากรในชุมชนเพื่อการป้องกันความพิการ และ
ฟื้นฟูสภาพ คนพิการ

4.5.5 จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน / เพิ่มโอกาสการศึกษาให้กับคนพิการ

4.5.6 จัดกิจกรรมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมคนพิการในชุมชน

4.5.7 สร้างภาคีเครือข่ายการดูแล คนพิการในชุมชน

4.5.8 จัดระบบการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลคนพิการ / จัดกิจกรรมที่เสริมการพัฒนาศักยภาพ ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ

4.5.9 ส่งเสริมอาชีพ-รายได้คนพิการ

ขั้นตอนที่ 5 การร่วมประเมินและให้ข้อสังเกตการปฏิบัติ (N-Notice) หมายถึง กลุ่มที่เกี่ยวข้องนำรูปแบบการดำเนินงานที่ร่วมกันพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการตรวจสอบกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเก็บข้อมูลทุกระยะด้วยวิธีการ สัมภาษณ์เจาะลึก สันทนากลุ่ม และสะท้อนการปฏิบัติตามข้อสังเกต เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้เหมาะสมต่อไป การประเมินระบบ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

5.1 การประเมินความก้าวหน้าของระบบ (formative evaluation) เป็นการประเมินผลระหว่างพัฒนาระบบทั้งกระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค จุดเด่นจุดด้อย และนำผลที่ได้ไปพัฒนา ปรับปรุงแก้ไขระบบให้มีความเหมาะสมและสามารถใช้ได้จริงภายใต้บริบทของชุมชน

5.2 การประเมินผลสรุปของระบบ (summative evaluation) เป็นการประเมินผลหลังการดูแลคนพิการในภาพรวม ดำเนินการหลังสิ้นสุดการดำเนินการใช้รูปแบบระบบ ซึ่งแบ่งเป็นการประเมินตามกลุ่มเป้าหมายดังนี้

5.2.1 การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับคนพิการ มีตัวชี้วัดที่สำคัญดังนี้

- 1) คุณภาพชีวิตคนพิการ
- 2) ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้ตามสภาพคนพิการ
- 3) มีเป้าหมายและความหวังในชีวิต
- 4) รู้สึกมีคุณค่า/พลังอำนาจในตนเอง
- 5) ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่มีความเอื้ออาทร
- 6) มีความเข้าใจและผูกพัน ภายในครอบครัว
- 7) สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และสิทธิประโยชน์ของตนเอง
- 8) สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระได้/สร้างรายได้-อาชีพให้กับตนเอง

5.2.2 การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว/ทีมผู้ดูแลคนพิการ มีตัวชี้วัดสำคัญดังนี้

- 1) ญาติ/ทีมผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลคนพิการประกอบด้วย ความรู้ ทักษะในการดูแล และความมั่นใจในการดูแล
- 2) มีทักษะ/ความสามารถในการจัดการการดูแลคนพิการ
- 3) ความสามารถเผชิญปัญหา ความเครียดจากการดูแล
- 4) มีพลังอำนาจในตนเองในการดูแลคนพิการ
- 5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

5.2.3 การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับชุมชน มีตัวชี้วัดที่สำคัญคือ มีภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการอย่างเข้มแข็ง

ขั้นตอนที่ 6 การร่วมแสวงหาและพัฒนาต่อ (D-Decoration) หมายถึง กลุ่มที่เกี่ยวข้องร่วมกันแสวงหาและพัฒนาระบบต่อเนื่อง โดยปรับให้เข้าสู่วิถีของครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่งในการที่จะปรับแต่งในการเสริมจุดแข็งและปรับปรุงจุดด้อยทั้งในส่วนของ กระบวนการดำเนินงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อให้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการฯ ได้เข้ารูปมากขึ้น (Model shaping ระบบมีความเหมาะสม และสามารถใช้ได้จริงภายใต้บริบทของชุมชนและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานในอนาคตต่อไป

ขั้นตอนที่ 7 การสร้างความโดดเด่น ความต่อเนื่องและ ความยั่งยืนด้วยการเพิ่มพลัง (O-outstanding) หมายถึง ชุมชนโดยภาครัฐทั้งเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องเพิ่มพลังเพื่อให้กลุ่มที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสร้างความยั่งยืน ซึ่งเป็นขั้นตอนลำดับสุดท้ายที่จะเสริมความมั่นคง และความยั่งยืนของกลุ่มและระบบที่เกิดขึ้นซึ่งมีกิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้

7.1 การพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังอำนาจในการทำงานของกลุ่มภาคีหุ้นส่วน ได้แก่ กลุ่มจิตอาสา กลุ่มผู้ปฏิบัติ ผู้นำท้องถิ่น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

7.2 จัดให้กลุ่มภาคีเครือข่ายแต่ละพื้นที่ร่วมกันนำเสนอข้อสรุปผลการดำเนินงาน แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยกันให้ข้อเสนอแนะ และชื่นชมในผลงานของแต่ละพื้นที่

7.3 ร่วมกันสร้างความเข้มแข็งให้กับทีมภาคีหุ้นส่วน โดยกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการระบบการดูแลคนพิการในพื้นที่เพื่อให้สอดคล้องกับระบบเดิมที่มีอยู่

7.4 สร้างศูนย์การเรียนรู้ทั้งในส่วนของหน่วยงานภาครัฐและ/หรือในพื้นที่ชุมชนตามความต้องการของชุมชน เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับการดูแลคนพิการของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

จากที่กล่าวมาข้างต้น เป็นกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการที่เรียกว่า **“WE CAN DO”** ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจะประสบความสำเร็จได้นั้นจะต้องเกิดจากทีมที่เป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่ายที่มาด้วยความสมัครใจ จากทุกภาคส่วนในพื้นที่ทั้งจากภาคประชาชน ภาครัฐ และอาจมีภาคเอกชนร่วมด้วยก็จะยิ่งเพิ่มความมั่นคงให้การดำเนินงานในพื้นที่มากยิ่งขึ้น ทีมควรมีคุณลักษณะเด่นอย่างน้อย 3 ประการคือ **“TIM”**

คุณลักษณะเด่นของภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา (TIM-Team Approach/Inspiration and Mankind)

คุณลักษณะที่ 1 ภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาต้องทำงานเป็นทีมในการดูแลคนพิการ (T-Team approach)

รูปแบบของทีม ทีมที่จัดตั้งมีลักษณะเป็น “เครือข่ายหุ้นส่วนแบบผสมผสาน” ที่เกิดจากกระบวนการทางสังคมที่มีการสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงทุกส่วนในชุมชน ระหว่างกลุ่มบุคคลจาก

ภาคประชาชน ภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งสมาชิกแตกต่างกันในสถานภาพประกอบด้วย จิตอาสา ญาติ ผู้ดูแล คนพิการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก บุคลากรด้านสุขภาพ ครู เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระ กลุ่มต่างๆและองค์กรการกุศลในชุมชน ทุกคนที่เป็นสมาชิกของภาคีหุ้นส่วนมาด้วยความสมัครใจ มีเป้าหมายร่วมกัน

เป้าหมายของ การดำเนินงาน

1. ดูแลคนพิการทั้งมิติการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการดูแลคนพิการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality of Life: QOL) และให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ (Independent Living: IL)
2. สร้างความเท่าเทียมกันของโอกาสในการดำรงชีวิตในสังคมของคนพิการ
3. ให้คนพิการมีส่วนร่วมและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในครอบครัวและชุมชน
4. สร้างความเข้มแข็งของภาคีหุ้นส่วนของครอบครัวและชุมชนในการดูแลคนพิการ

ลักษณะสำคัญการทำงานเป็นทีมของภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา

การดำเนินงานของภาคีหุ้นส่วนเน้นให้ความสำคัญกับการดูแลคนพิการ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการดูแลคนพิการ โดยใช้ชุมชน ครอบครัว และทรัพยากรในชุมชน เปิดโอกาสให้คนพิการ ครอบครัว สมาชิกชุมชน ตลอดจนองค์กรหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งนอกและในชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกกิจกรรม การดำเนินงานทั้งหมดไม่มีการแยกงาน โครงการเป็นเอกเทศ แต่มุ่งผสมผสาน ขยายงานและกิจกรรมเกี่ยวกับคนพิการ เพื่อให้การฟื้นฟู และการป้องกันความพิการในชุมชนอย่างเข้มแข็ง เป็นที่ยอมรับ สมาชิกภาคีมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารประสบการณ์ แล้วพัฒนาไปสู่การวางแผนร่วมกันและดำเนินกิจกรรมการดูแลคนพิการร่วมกัน โดยที่สมาชิกของเครือข่ายมีความเป็นอิสระ เท่าเทียม หรือเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน ภายใต้พื้นฐานการเคารพสิทธิ เชื้อถือ เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ดำเนินการ

1. ดำเนินงานลักษณะ “เชิงรุก” ที่เข้าถึงคนพิการในชุมชน โดยวิธีการต่างๆตามความเหมาะสม เช่น การเยี่ยมดูแลคนพิการที่บ้าน
2. ค้นหาและพัฒนาศักยภาพสอดคล้องกับ “ความต้องการ” ของคนพิการ ครอบครัว จิตอาสา และภาคีหุ้นส่วนชุมชน
3. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็น “หุ้นส่วน” ในการดูแลคนพิการที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพความพิการทั้งในระดับการคิดริเริ่ม การวางแผนและการดำเนินงาน และการประเมินผล ตลอดจนการการปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาการดำเนินงาน
4. ดำเนินงานมุ่ง “แสวงหาและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรและภูมิปัญญาของชุมชน”

ผลักดันให้ชุมชนใช้เทคโนโลยีพื้นบ้าน และทรัพยากรในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้วในการช่วยเหลือและดูแลคนพิการ

5. ดำเนินงานที่เน้น “พอเหมาะพอเพียง” ในการดูแลคนพิการ เช่น ใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้องเหมาะสม และประหยัด พึ่งพิงทรัพยากรภายนอกน้อยที่สุด

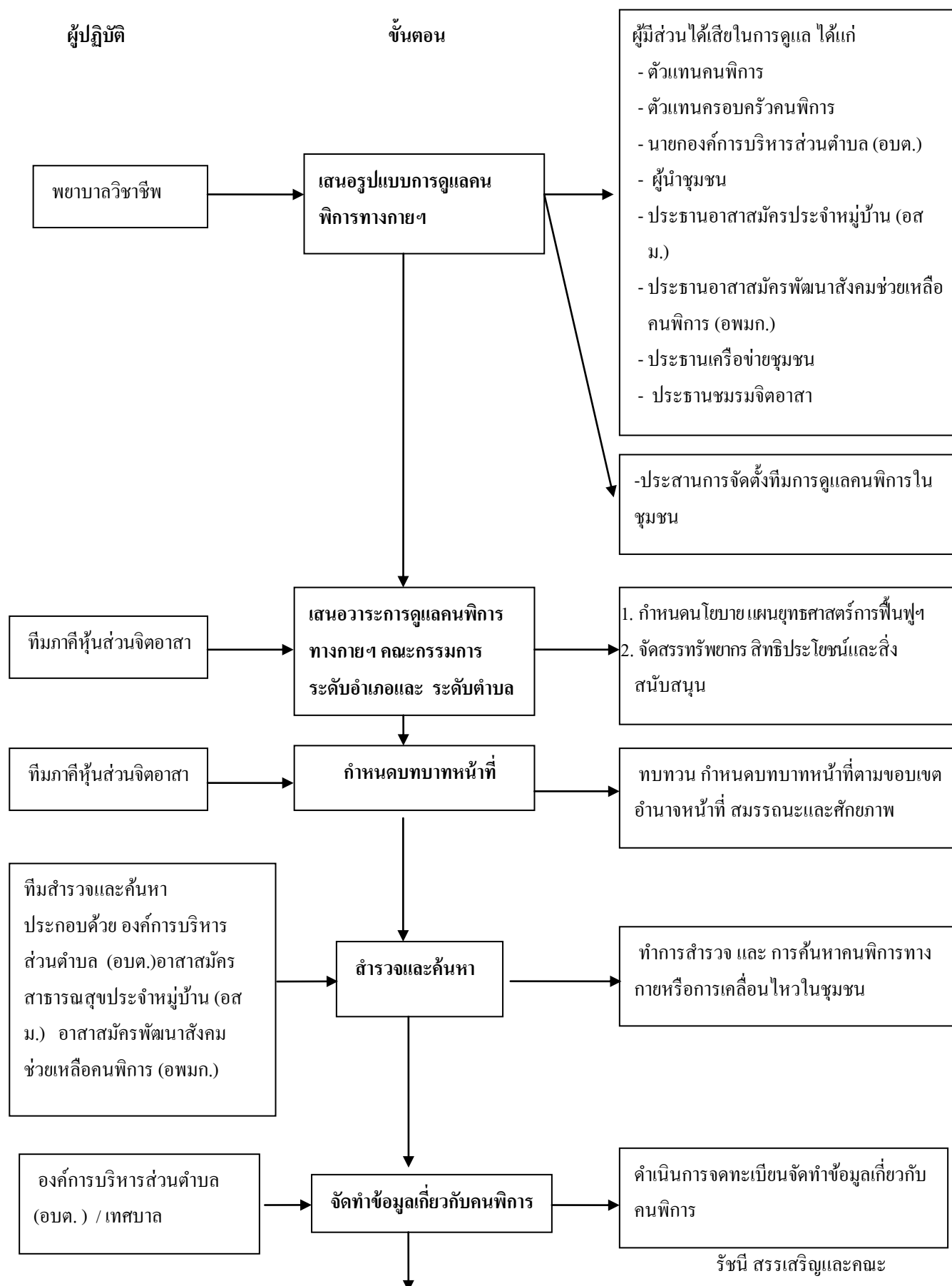
6. กิจกรรม/โครงการที่ดำเนินการมี “ความยืดหยุ่น เหมาะสม สอดคล้อง” กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน

7. ร่วมกันสร้างระบบการดูแล “ต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน” ระหว่างภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีการเชื่อมโยงและการส่งต่อถึงระดับอำเภอ และจังหวัด

สืบเนื่องจากตำบลต่าง ๆ ภาวรวมของอำเภอมีคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจำนวนมากที่สุด ดังนั้นกลุ่มภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาแต่ละตำบล จึงได้ดำเนินการเน้นการดูแลคนพิการดังกล่าวเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ตำบลนาขายอามซึ่งเป็นพื้นที่หลักในการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการก็ได้ดำเนินการดูแลครอบคลุมคนพิการทุกประเภทที่พบในพื้นที่ ตามขั้นตอนการดำเนินงาน ตามแผนภูมิที่ 3 ดังนี้

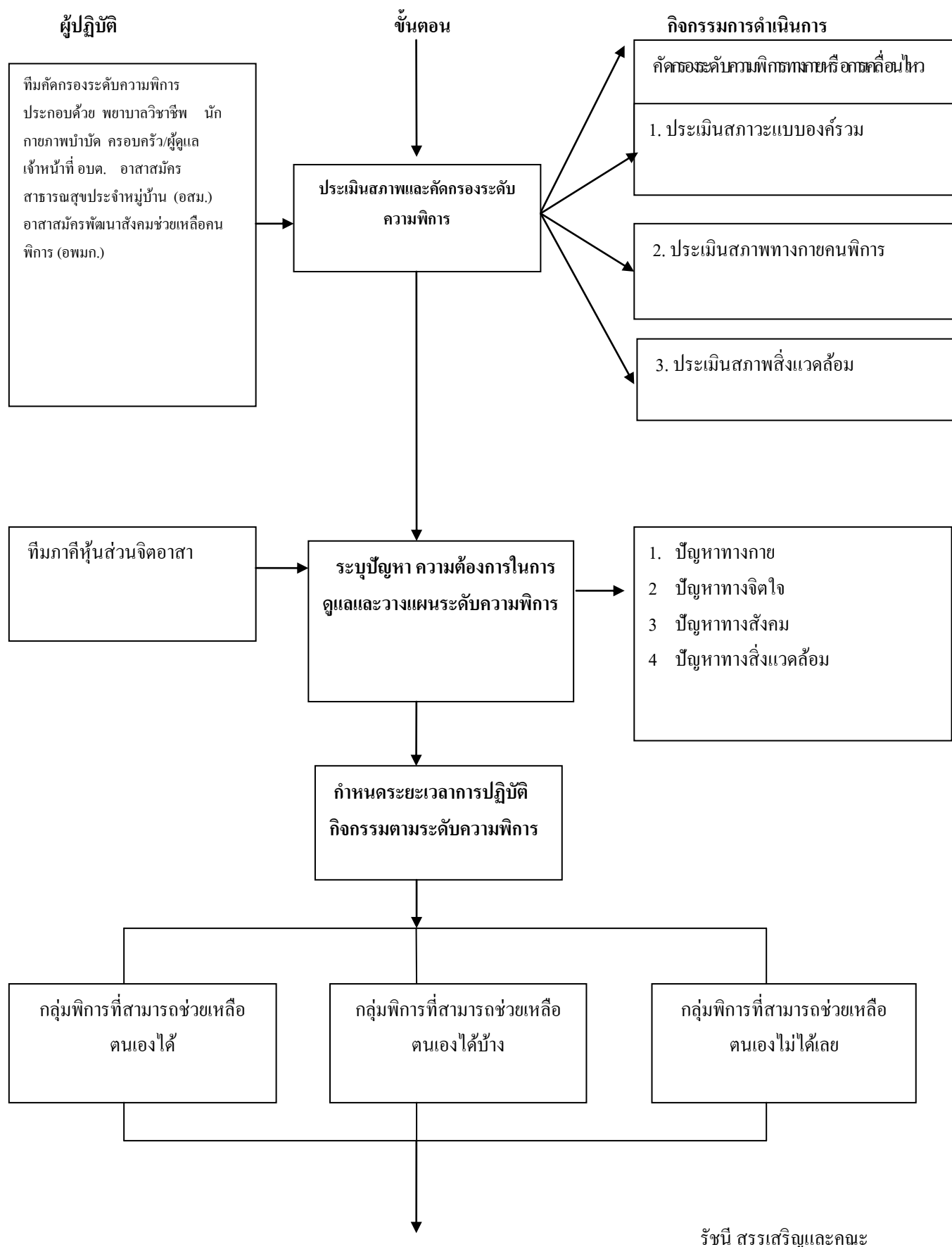
ขั้นตอนกระบวนการการดูแลคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

(Flow chart of rehabilitation model of physically disabled person in community)



ขั้นตอนกระบวนการการดูแลคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน (ต่อ)

(Flow chart of rehabilitation model of physically disabled person in community)



รวดเร็วและมั่นคง ถือว่าเป็นวิถีชีวิตที่งดงาม แรงบันดาลใจของแต่ละคนย่อมแตกต่างกันตามพื้นฐานของแต่ละคน แรงบันดาลใจเป็นสิ่งที่สามารถสร้างได้ด้วยตนเอง หรือการหาบรรยากาศกับคนรอบข้าง แรงบันดาลใจ เกิดจาก **“แรงผลักดัน (Drive)”** และ **“แรงจูงใจ (Motivation)”** พลังทั้งสองแรงจะทำให้เกิด ความกระตือรือร้น สนุก รู้สึกตัวเองมีค่ามากขึ้นเมื่อทำงานได้สำเร็จ

การสร้างทีมภาคีหุ้นส่วนให้ประสบความสำเร็จนั้น ผู้ริเริ่มหรือผู้นำการจัดตั้งทีมควรเริ่มจาก ค้นหาบุคคลในชุมชนทั้งภาคประชาชนและภาครัฐ ที่มีแรงบันดาลใจที่ต้องการช่วยเหลือสังคมด้วย วิธีการต่างๆ เช่น การพูดคุย การสังเกต เป็นต้น และชักชวนบุคคลดังกล่าวเข้าร่วมในกลุ่มภาคีหุ้นส่วน สำหรับกลุ่มภาคีหุ้นส่วนที่อำเภอนายายอาม ผู้วิจัยได้ค้นหาโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่า ทุกคนที่ได้เข้าร่วมทีมเป็นบุคคลที่มี **แรงผลักดัน** ที่จะทำงานจิตอาสาชัดเจน เช่น เป็นคนพิการแต่ช่วยเหลือตนเองได้และมีฐานะทางเศรษฐกิจดีจึงอยาก แบ่งปัน เป็นผู้ให้ บางคนมีสมาชิกในครอบครัวเป็นคนพิการ เห็นความทุกข์ของผู้อื่นจากประสบการณ์ของตนเอง จึงอยากช่วยแบ่งเบาความทุกข์ให้ บางคนเกิดจากความชอบและรักที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น เป็นต้น ส่วน **แรงจูงใจ** ที่สมาชิกของทีมมี เกิดจากการที่ผู้วิจัยได้แลกเปลี่ยนความคิด และความรู้สึกว่า **“ความเป็นผู้ให้ เป็นชีวิตที่มีคุณค่า” “ทำเพื่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว” “ไม่มีความดีใดที่มนุษย์ทำแล้วไม่มีความสุข (ปิติใจ เบิกบานใจ)” “ควรฝันที่จะพอ ไม่ใช่ฝันที่จะมี แล้วจะทำให้ชีวิตมีความสุข”** การปฏิบัติเป็นตัวอย่าง ทำให้เกิดแรงบันดาลใจ จากคำกล่าวของสมาชิกทีมว่า **“อาจารย์เป็นคนที่ดีอื่นแท้ ๆ ยังตั้งใจและมุ่งมั่นมา ช่วยเหลือดูแล แล้วพวกเขาเป็นคณานายายอามจะอยู่เฉยได้อย่างไร”** เป็นต้น และทั้งหมดนี้คือแรงบันดาลใจที่เกิดขึ้นในแต่คนของภาคีหุ้นส่วนที่นายายอาม

คุณลักษณะที่ 3 ทีมภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาต้องมีความรู้สึกร่วมในการทำเพื่อมวลมนุษยชาติ (M-Mankind) ผู้วิจัยได้ให้ข้อคิด ปรับเจตคติ และแลกเปลี่ยนความรู้สึก ปลุกจิตสำนึกภาคีหุ้นส่วนให้ ตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ เพื่อประพฤติปฏิบัติตนเป็นคนดี และมีคุณค่าต่อสังคมว่า **“ทุกคนคือ มนุษย์เท่าเทียมกัน”** มนุษย์ที่สมบูรณ์ เกิดมาพร้อมวัยครบ 32 ประการเท่าเทียมกัน ต่างกันอย่างเดียวคือ มนุษย์จะมีภูมิปัญญา มีความรัก ความเมตตาไม่เท่ากัน แต่ถ้ามมนุษย์ผู้นั้นเกิดมาไม่ครบ 32 ประการแล้ว ผู้ที่เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ควรมีความรัก ความเมตตา และการปฏิบัติตนต่อเขาให้มากยิ่งขึ้น ต้องคำนึงถึง **“สิทธิความเสมอภาคของบุคคล”** เป็นสิ่งที่สำคัญ จากความตระหนักถึงสิทธิความเสมอภาคของบุคคล และความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของคนพิการทุกประเภท ให้ทัดเทียมกับบุคคลธรรมดา ทั้งด้าน การศึกษา อาชีพ และการดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีคุณค่า จึงควรมาทำกิจกรรมร่วมกันช่วยเหลือกัน เดิม สิ่งที่เขาหาช่วยให้แก่กัน เรียนรู้ร่วมกันอย่างเอื้ออาทรและช่วยให้คนพิการพบเห็นศักยภาพของตนเอง เห็นคุณค่าของตนเองที่ยังสามารถช่วยเหลือคนอื่นได้ จนเป็นแรงผลักดันให้สามารถก้าวข้ามขีดจำกัด ลืมความพิการ ลุกขึ้นมาใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าในสังคมได้อย่างมีความสุข ขณะที่คนไม่พิการและคนด้อย โอกาสที่ได้เห็นเพื่อนที่ลำบากกว่าก่อให้เกิดสภาวะสะเทือนใจ และนำมาเป็นพลังในการผลักดันให้มีการใช้ชีวิตอย่างคุ้มค่าต่อไป

ผู้วิจัยได้ให้ข้อคิดและจงใจให้ทำความดีเพื่อมวลมนุษย์ โดยเฉพาะกับกลุ่มที่ด้อยโอกาสดังเช่น คนพิการ การสร้างความคิด ต้องเริ่มทำตั้งแต่วันนี้ เราที่จะมีความดีที่ได้ทำเป็นระยะเวลานาน เพราะหากเรามีข้อจำกัดสิ่งหนึ่ง ที่ทำให้ความดีของเรามีข้อจำกัดตามไปด้วย คน เราเลือกทุกสิ่งไม่ได้ก็จริง ชีวิต ถูกลิขิตมาแล้ว แต่มีสิ่งหนึ่งที่สามารถเปรียบคุณค่าชีวิตของคนได้ ไม่ได้ดูจากความรวย หรือความจน ไม่ได้ดูจากสุข หรือทุกข์ แต่วัดกันตรงที่ว่า **“คุณมีความดีที่ทำ มากพอแล้วหรือยัง ?”** ดังนั้น ความดีที่ต้องเร่งทำ คือ รู้จักให้เกียรติ เห็นอกเห็นใจให้คำหรือคุณค่า หรือให้ค่าของความเป็นมนุษย์กับคนรอบข้างที่ด้อยโอกาสดกว่า

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ สร้างสรรค์เจตคติและค่านิยมอันดีงามของสังคมต่อเพื่อนมนุษย์ โดยเคารพในความหลากหลาย ส่งเสริมพัฒนาที่ยั่งยืน ผ่าน **“การเสียสละอันสูงสุด คือการเสียสละความดีของตนเอง มอบให้เพื่อนมนุษย์ทุกคน”** และ **“มุ่งมั่นกับสิ่งที่ตนเสียสละ”** คือ การให้ที่ผู้รับมีความสุขทุกครั้งเมื่อเราเป็นเพียงแต่ผู้ให้ เลิกคิดถึงสิ่งที่จะต้องแลกเปลี่ยน เพราะผลตอบแทนที่เราได้รับมันอยู่ที่ใจเราแล้วไม่มีวันจางหาย เช่น ผู้วิจัยจะบอกทีมภาควิชาว่า การสละเวลาที่เดินทางไปเยี่ยมดูแลคนพิการ ให้กำลังใจคนพิการและครอบครัว จงมอบความเสียสละความดีงามของเราในทุก ๆ ครั้ง การเสียสละเงินทอง สิ่งของที่จำเป็น ก็จะเป็นการให้แบบไม่มีที่สิ้นสุด จะต้องคิดอย่างเดียวว่าจะทำเพื่อคนส่วนรวมทั้งโลกใบนี้ เพื่อที่จะได้รับความเมตตาและความรักเหมือนกันหมด การเสียสละความดีงาม ดังกล่าวนั้น ยังคงดำรงอยู่เป็นความ ปิติ เบิกบานในจิตใจ เป็นนิรันดร์

นวัตกรรมที่ 3 ศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน (นวัตกรรมเพื่อคนพิการ)

จากการดำเนินงานส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนดูแลคนพิการผ่านทีมภาควิชาส่วนจิตอาสา ได้ประสบความสำเร็จ ครอบครัวและชุมชน มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความพิการฟื้นฟูและพัฒนาคนพิการ มีการปรับสภาพสิ่งแวดล้อม การจัดทำกายอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการต่าง ๆ เพื่อเอื้อประโยชน์ในการฟื้นฟูและพัฒนาคนพิการ รวมทั้งการจัดตั้งอำนวยความสะดวกในบ้านและชุมชนของตนเอง

ดังนั้น การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน (Disabled people caring Learning center) จึงเป็นแหล่ง / แนวทางให้ชุมชนและครอบครัวได้ศึกษาเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อให้คนพิการที่ขาดโอกาสในการฟื้นฟูและพัฒนาในระบบต่าง ๆ ได้เตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะต่าง ๆ การประกอบอาชีพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อีกทั้งเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับกลุ่มผู้ดูแล จิตอาสา เยาวชนและประชาชนทั่วไปได้ศึกษาค้นคว้าความรู้ในการดูแลตนเอง ดูแลสมาชิกของครอบครัวและดูแลผู้อื่นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันความพิการ

การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ดังกล่าวเป็นอีกหนึ่งนวัตกรรมจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ได้ดำเนินการจัดตั้งที่ตำบลนาขายอามเป็นแห่งแรก เพื่อให้เป็นศูนย์ต้นแบบในการดำเนินการขยายไปสู่ตำบลอื่นๆ ของอำเภอนาขายอามต่อไป

หน่วยงานที่เข้าร่วมดำเนินการ

1. โรงพยาบาลนาายาอาม
2. โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล
3. เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล
4. กลุ่มภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา

วัตถุประสงค์ของศูนย์การเรียนรู้

1. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพคนพิการโดยมุ่งเน้นคนพิการเป็นศูนย์กลางการฟื้นฟูและพัฒนา
2. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานช่วยเหลือ ดูแล และพัฒนาศักยภาพคนพิการ
3. เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระและมีส่วนร่วมอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข

4. เพื่อพัฒนารูปแบบความเป็นหุ้นส่วนในการดูแลคนพิการในชุมชน

กระบวนการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้การดูแลคนพิการในชุมชน โดยมีปรัชญาที่สำคัญคือ สร้างบรรยากาศของศูนย์ฯ ให้เป็นเสมือนบ้านอันอบอุ่นแก่คนพิการ ผู้ดูแล จิตอาสา ประชาชนทั่วไป บุคลากรทางด้านสุขภาพ นักวิชาการ และนักวิจัยที่มาเรียนรู้ในขอบข่ายงานของศูนย์ฯ

กระบวนการดำเนินการเพื่อการจัดตั้งศูนย์ฯ ให้เกิดความสมบูรณ์แสดงถึงควมมีชีวิตชีวา ความมีพลังที่เป็นพลวัตรอย่างต่อเนื่องจนได้ภาพรวมที่ยั่งยืนถึงลักษณะงาน โครงสร้าง ความคาดหวัง ผู้เกี่ยวข้องที่มีต่อศูนย์ฯ นั้น สามารถสรุปขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาศูนย์ฯ ได้ ดังนี้

1. ค้นหาความคิด
2. สร้างมิตรในงาน
3. สานต่อการจัดตั้ง
4. รับฟังการสะท้อนคิด
5. ขยายพันธมิตรเครือข่าย
6. ถ่ายทอดองค์ความรู้
7. ร่วมพัฒนาการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

รายละเอียดในการดำเนินการในแต่ละขั้นตอนสรุปได้ ดังนี้

1. ค้นหาความคิด ผู้วิจัยได้ศึกษาความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ทั้งในประเทศ และต่าง ประเทศ สืบหาข้อมูลความต้องการและความจำเป็นในการใช้ศูนย์การเรียนรู้การดูแลคนพิการจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในอำเภอนายาอาม จนได้มติดความต้องการของชุมชนแต่ละตำบลว่ามีความต้องการที่จะให้มีศูนย์การเรียนรู้ฯ สำหรับตำบลนายาอามซึ่งเป็นศูนย์การเรียนรู้ต้นแบบได้กำหนดสถานที่ตั้งที่องค์การบริหารส่วนตำบลนายาอาม

2. สร้างมิตรในงาน การดำเนินการจัดการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ ที่ตำบลนาขายอาม เริ่มจากการสร้างทีมงานที่มีความเข้าใจกันฉันท์มิตร สร้างบรรยากาศแห่งการร่วมงานที่เอื้ออาทร ส่งผลต่อการคิดริเริ่ม และการคิดทางบวกที่สมาชิกมีส่วนร่วมตลอดระยะเวลาที่มีการจัดตั้งศูนย์ กระบวนการสร้างมิตรในการทำงานเป็นสิ่งยืนยันถึงการสร้างเสริมพลังอำนาจระหว่างกันภายในทีมที่ร่วมก่อตั้ง ล้วนทำให้เกิดการแก้ปัญหาได้อย่างทะลุและเกิดความเป็นสุขในการทำงาน ร่วมบูรณาการความคิด ความรับผิดชอบและดำเนินการตามภารกิจดังกล่าว โดยรวมพลังที่จะทำให้ศูนย์คงอยู่ และดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องเพื่อคุณภาพชีวิตของคนพิการในตำบลนาขายอาม

3. สถานต่อการจัดตั้ง การสถานต่อการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ เป็นขั้นตอนสำคัญของการเริ่มงานอย่างเป็นรูปธรรม ทีมวิจัยได้รวมพลังความคิดและการทำงานโดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.1 ประสานงานกับองค์กรบริหารส่วนตำบลนาขายอาม เพื่อขอสนับสนุนสถานที่ และเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

3.2 ประสานกับโรงพยาบาลนาขายอาม เพื่อเชื่อมต่อเครือข่ายข้อมูล

3.3 จัดหาครุภัณฑ์ วัสดุต่าง ๆ เพื่อใช้ในการดำเนินงานของศูนย์ ให้ดำเนินงานไปได้ โดยการสนับสนุนครุภัณฑ์จากองค์กรบริหารส่วนตำบลนาขายอามและวัสดุสิ่งพิมพ์ต่างๆ จากโครงการวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

4. รับฟังการสะท้อนคิด หลังจากทีมวิจัยได้ดำเนินการเกี่ยวกับโครงสร้างด้านกายภาพของศูนย์การเรียนรู้เรียบร้อยแล้ว จึงได้ดำเนินการเพื่อรับฟังการสะท้อนความคิดจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อทราบถึงความต้องการการใช้บริการของศูนย์การเรียนรู้อย่างแท้จริง ซึ่งจากกระบวนการระดมความคิดเพื่อพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ฯ ได้ข้อสรุปขอบข่ายงานและบทบาท ของศูนย์การเรียนรู้ฯ

5. ขยายพันธมิตรเครือข่าย เป็นเป้าหมายสำคัญที่ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในจุดเริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน ทีมวิจัยได้มีการสร้างพันธมิตรและเครือข่าย โดยขยายการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ฯ ไปยังตำบลอื่นๆ อีก 5 ตำบล และให้ตำบลนาขายอามเป็นพี่เลี้ยงตำบลอื่นในการดำเนินการต่อไป

6. ถ่ายทอดองค์ความรู้ เป็นขั้นตอนของการนำรูปแบบบริการและระบบเครือข่ายไปดำเนินการทดลองปฏิบัติ และวางแผนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกันเพื่อนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการของอำเภอนาขายอามต่อไป และเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่จะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

7. ร่วมพัฒนาการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นขั้นตอนของการดำเนินงานของศูนย์การเรียนรู้ฯ ที่มุ่งสู่การให้บริการตามภารกิจที่กำหนด ทั้งแก่ คนพิการ ผู้ดูแลจิตอาสา ประชาชน ทีมสุขภาพ นักวิชาการ นักวิจัย นิสิต นักศึกษาที่จะต้องขยายพันธกิจให้ครอบคลุมเอื้อประโยชน์ต่อทั้งสถานบริการสุขภาพ สถาบันการศึกษาให้มีพลังความสามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเองและ

คนพิการได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ ซึ่งจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพคนพิการ โดยภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา และผู้ดูแลที่บ้านที่เป็นรูปธรรมต่อไป

บทบาทของศูนย์การเรียนรู้

1. เป็นศูนย์รวมความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
2. เป็นศูนย์ถ่ายทอดประสบการณ์ดูแลคนพิการสำหรับผู้ดูแล และกลุ่มภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา
3. เป็นศูนย์กลางของกิจกรรม/บริการหลากหลายที่เป็นประโยชน์สำหรับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ
4. บริการของศูนย์อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของคนในชุมชน และองค์กรท้องถิ่น

องค์ประกอบของศูนย์การเรียนรู้

ศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ขนาด ตามข้อเสนอแนะของภาคีหุ้นส่วน ซึ่งแต่ละขนาดมีองค์ประกอบภายในศูนย์ที่แตกต่างกัน ดังนี้

องค์ประกอบ	ขนาดของศูนย์		
	S-เล็ก	M-กลาง	L-ใหญ่
1. สถานที่			
1.1 มุมการเรียนรู้	✓	✓	✓
1.2 ห้องการเรียนรู้		✓	✓
1.3 อาคารการเรียนรู้			✓
2. สื่อการเรียนรู้			
2.1 ชุดการเรียนรู้สำหรับคนพิการและครอบครัว	✓	✓	✓
2.1.1. ด้านการฟื้นฟู (คู่มือการดูแลตนเองของคนพิการ คู่มือการดูแลคนพิการ CD ภาพประกอบ Practice guideline)			
2.1.2. ด้านสังคม (ประโยชน์และสิทธิต่างๆ Practice guideline)			
2.2 บอร์ดเสริมการเรียนรู้และพลังใจ	✓	✓	✓
2.3 อุปกรณ์สาธิต เช่น เตียงผู้ป่วยจำลอง อุปกรณ์กายภาพอุปกรณ์เตรียมอาหาร เมนูอาหารต่างๆ เป็นต้น		✓	✓
2.4 ห้องฝึกอบรม			✓
3. กิจกรรม			
3.1 ขึ้นทะเบียน / ต่อบันทึก	✓	✓	✓
3.2 ประชุมกลุ่ม/เครือข่าย		✓	✓
3.3 บริการฟื้นฟูสภาพคนพิการ			✓
3.4 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์		✓	✓

สำหรับศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชนที่ตำบลนายายอาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการในรูปแบบขนาด “S” เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดตั้ง และต้องการการพัฒนาที่ต่อเนื่องต่อไป

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ

จาก “ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ” “กระบวนการ WE CAN DO by TIM” “เครือข่ายจิตอาสา” และ “ศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน” เป็นนวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลสุขภาพคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ณ ตำบลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญต่อคนพิการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตาม (Follow up) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มคนพิการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายหลังจากที่กลุ่มภาคีหุ้นส่วนตำบลนายายอามได้ดำเนินการตามรูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่สมบูรณ์ 3 เดือน (เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2554) การนำเสนอผลลัพธ์ดังกล่าว นำเสนอตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามลำดับต่อไปนี้

- 2.1. ผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อคนพิการ
- 2.2. ผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อญาติผู้ดูแลและครอบครัว
- 2.3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาดูแลคนพิการ
- 2.4. ผลลัพธ์ต่อทีมสุขภาพเชิงรุก
- 2.5. ผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2.6 ความพึงพอใจในรูปแบบระบบการดูแลคนพิการ

รายละเอียดผลลัพธ์ที่สำคัญดังนี้

2.1 ผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อคนพิการ คนพิการถือว่าเป็นผู้รับประโยชน์ที่แท้จริงในการดำเนินงานพัฒนาระบบ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อคนพิการโดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณได้ดำเนินการสำรวจและการสอบถามในกลุ่มคนพิการจำนวน 144 คน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพได้ดำเนินการศึกษาเอกสารรายงานต่างๆ การเยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจำนวน 15 ราย และสนทนากลุ่มจำนวน 15 ราย ซึ่งครอบคลุมคนพิการทุกประเภทของความพิการ ผลการประเมินแบ่งออกเป็น 9 ประเด็น คือ

- 2.1.1. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ และบริการสุขภาพ
- 2.1.2. ความรู้และทักษะการดูแลตนเอง
- 2.1.3. การฟื้นฟูทางกาย
- 2.1.4. การพัฒนาจิตใจ
- 2.1.5. การพัฒนาจิตวิญญาณ
- 2.1.6. การกลับเข้าสู่สังคม
- 2.1.7. การดำรงชีวิตอิสระ และ

2.1.8. คุณภาพชีวิตของคนพิการ

มีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ และบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในตำบลนายายอาม พัฒนาแนวทางการส่งข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิประโยชน์และบริการต่างๆ ให้แก่คนพิการด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การแจ้งข่าวโดยตรงกับคนพิการหรือครอบครัวที่บ้านหรือทางโทรศัพท์ การแจ้งผ่านทีมจิตอาสาหรือทีมสุขภาพเชิงรุก การแจ้งผ่านประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย หอกระจายข่าว เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อการเข้าถึงที่ง่ายขึ้นของคนพิการ

สำหรับความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ของคนพิการ จากการศึกษาข้อมูลทะเบียนคนพิการ ตำบลนายายอามทั้งหมด 103 ราย พบว่า คนพิการในพื้นที่ทุกคน (ร้อยละ 100) ได้รับการขึ้นทะเบียน มีความเสมอภาค ได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น เครื่องอุปโภค บริโภค เช่น ข้าวสาร อาหารแห้ง และได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งเทศบาลและ อบต. อำนวยความสะดวกในการจัดส่งเบี้ยดังกล่าวถึงบ้านของคนพิการ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จากบันทึกสรุปการเยี่ยมบ้านคนพิการพบว่า คนพิการทั้งหมด (ร้อยละ 100) ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากระบบที่กำลังพัฒนาขึ้น โดยได้รับการประเมินปัญหา และฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะรายที่บ้าน โดยทีมสุขภาพเชิงรุกที่ประกอบไปด้วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักพัฒนาชุมชน ร่วมกับการเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมสร้างกำลังใจและให้ความช่วยเหลือจากทีมจิตอาสาดูแลคนพิการ

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์จากแบบสอบถามการได้รับบริการสุขภาพจากภาคประชาชน พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.74$, S.D. = .50) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบ คนพิการมีคะแนนการได้รับบริการสุขภาพจากภาคประชาชนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{132} = 6.90$, $p = .000$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการได้รับบริการสุขภาพจากภาคประชาชน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=133)

ตัวแปร	จำนวน	$\bar{X}$	S.D	ค่า t	df	p
การได้รับบริการสุขภาพจากภาคประชาชน						
- ก่อน	133	1.97	1.25	-6.90	132	.000
- หลัง	133	2.74	.50			

* $p < .05$ ** $p < .01$

สำหรับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม คนพิการสะท้อนข้อมูลของการเข้าถึงว่า รู้สึกถึงการได้รับโอกาส มีสิทธิเท่าเทียมคนอื่นในสังคม ได้รับความเป็นธรรมจากสังคม และมองว่าสังคมเอื้ออาทร ไม่แบ่งชนชั้น ซึ่งมีตัวอย่างการเข้าถึงที่คนพิการได้รับ ประกอบด้วย

- 1) เบี้ยยังชีพคนละ 500 บาท
- 2) การแนะนำดูแลในการพัฒนาตนเอง
- 3) การทำกายภาพบำบัด
- 4) กายอุปกรณ์เพื่อฟื้นตัวได้เร็วขึ้น เช่น เตี้ยงฝึกกายภาพด้วยตนเอง และราวหัดเดิน
- 5) การพัฒนาความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เช่น การปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม
- 6) เครื่องอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต
- 7) ผ่านการฟื้นฟูด้านอาชีพ
- 8) ข้อมูลข่าวสาร
- 9) มีช่องทางในการติดต่อขอรับความช่วยเหลือมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การมีรถ

รับส่งไปโรงพยาบาล

- 10) การดูแลเอาใจใส่มากขึ้นจาก อบต.และเทศบาล

2.1.2 ความรู้และทักษะการดูแลตนเอง คนพิการในพื้นที่ สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ทุกคน ผ่านการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลตนเองรายกลุ่ม ประกอบด้วย การสังเกตภาวะผิดปกติของตนเอง การดูแลตนเองแบบองค์รวม การส่งเสริมสุขภาพจิต การเสริมพลังอำนาจตนเอง และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากทีมจิตอาสาเป็นรายบุคคล สำหรับกลุ่มที่ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้จะได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นของแต่ละรายบุคคล แต่ทั้งนี้จะเน้นในกลุ่มพิการทางการมองเห็น ทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งผลของการเรียนรู้ ได้ส่งเสริมให้คนพิการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น แต่ทั้งนี้ผลการดูแลตนเองแต่ละรายจะมีการเปลี่ยนแปลงมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากสมาชิกในครอบครัวด้วย

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มคนพิการเกี่ยวกับความรู้และทักษะการดูแลตนเองตามสภาพความพิการภายหลังการพัฒนา พบว่า คนพิการส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามและร่วมทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการอบรมว่าจะต้องทำอะไร ทำอย่างไร และสามารถทำตามได้หรือไม่ ในประเด็นของการสังเกตอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลตนเอง สำหรับทักษะการดูแลตนเองของคนพิการ เช่น การทำกายภาพด้วยตนเอง การฝึกนั่ง ยืน หรือเดิน เป็นต้น คนพิการสามารถสาธิตให้เห็นได้ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของที่อยู่อาศัย ตัวอย่างบทสนทนา

“เค้าสอนเยอะจ๊ะ กายภาพพอๆ อาหารการกินเออ ระวังเรื่องหวาน มัน เค็ม แล้วทำยังไงไม่ให้เครียดแบบเนี้ย ก็จำได้นะแล้วก็เอามาใช้ แต่บางทีเราก็อบต้อบ้าง ลูกก็คอยมาบอกว่าจำที่พยาบาลสอนได้ไหม พอบอกว่าจำได้ ลูกมันก็ให้บอกว่ายังงี้ พอบอกเสร็จมันกลับบอกว่า ก็จำได้นี่นาแต่จะดี้อ เราเลยเถียงไม่ได้ คนเรานั้นต้องค่อยๆ ปรับใช้” (คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 66 ปี)

2.1.3 การฟื้นฟูของคนพิการ สำหรับการฟื้นฟูสภาพของคนพิการ จากการศึกษาข้อมูลทะเบียนคนพิการตำบลนาขายของโรงพยาบาลนาขาย พบว่า คนพิการในพื้นที่ทุกคน (ร้อยละ 100) ไม่เกิดความพิการซ้ำซ้อน ซึ่งผลการประเมินที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนมากที่สุดคือการฟื้นฟูของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ในพื้นที่ โดยคนพิการมีอากรทางคลินิกดีขึ้น เช่น อาการของโรค ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการพูด เป็นต้น มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

สำหรับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มคนพิการสะท้อนข้อมูลของการฟื้นฟูของคนพิการมีตัวอย่าง ดังนี้ ตัวอย่างบทสนทนา

“จิตอาสาเข้ามาทำเตียงฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองให้ดู ทำราวหัดเดินด้วย แล้วก็สอนว่าต้องฝึกยังไง ผมก็ทำอย่างที่สอน ก็จะพยายามนะ ตอนนี้ก็ช่วยตัวเองได้มากขึ้น จากที่นั่งไม่ได้ ก็นั่งได้ ตอนนี้ก็เริ่มเดินได้บ้างแล้ว”

(คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 67 ปี)

“ใครจะเชื่อ คนที่นอนกับเตียง จะรอดไม่รอด ทำสิบๆ ถ้าพูดกันหยาบๆก็ต้องคอยให้เมีย เช็ดขี้เช็ดเยี่ยวให้ ที่ลุกขึ้นมา ทำอะไรได้เอง แล้วยังทำงานได้อีก ก็เพราะไอ้ที่เค้าทำกันนี้แหละ กายภาพพอ เยี่ยมเอง ให้กำลังใจอีก มันดีนะช่วยคนพิการได้”

(คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 46 ปี)

2.1.4 การพัฒนาจิตใจของคนพิการ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มคนพิการเกี่ยวกับสภาพจิตใจภายหลังการพัฒนาฯ พบว่า กำลังใจและการดูแลที่ได้รับจากคนในครอบครัว และสังคม ทำให้คนพิการมีคุณค่าในตนเอง มีพลังอำนาจ มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป และรู้สึกว่ามีความสุขกับชีวิตมากขึ้น ซึ่งสามารถยกตัวอย่างความรู้สึกของคนพิการได้ดังนี้

- 1) ดีใจที่มีคนดูแลมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกน้อยใจน้อยลง
- 2) มีกำลังใจในการต่อสู้กับสภาพปัจจุบันที่เป็นอยู่
- 3) กำลังฝึกกายภาพตัวเอง พยายามช่วยเหลือตนเองมากขึ้น จะได้ลดภาระคนอื่น
- 4) ได้รับกำลังใจจากการที่มีคนมาเยี่ยม ชุมชนให้ความสำคัญรู้สึกว่าคุณค่าขึ้น
- 5) รู้สึกอบอุ่นเมื่อมีคนไปเยี่ยมเยียน
- 6) รู้สึกปลอดภัยมากขึ้นเหมือนกับสังคมไม่ทอดทิ้งคนพิการ
- 7) ความภาคภูมิใจกับชุมชนบ้านเรา

ตัวอย่างบทสนทนา

“เราเคยน้อยใจ เสียใจว่าทำไมต้องเป็นแบบนี้ ทำให้คนในบ้านลำบาก ดูเราก็ต้องดู งานก็ต้องทำไหนจะถูกอีก แต่พอเห็นที่เค้าพยายามทำตามทีอาจารย์สอนมา ก็รู้สึกว่าเค้ายังไม่ถ้อยเลย ก็รู้มีกำลังใจฝึก จะรู้สึกสักครั้ง มันมีพลังอะไรยังเงี้ย” (คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 55 ปี)

“วันนั้นมีคนมาเยี่ยมเยียน เค้าไม่โอ้อะไรและไม่ดูเรานะที่เราติดกับแม่ แต่พูดให้เราคิดว่า

“ปัญหาเป็นของตนเอง ต้องช่วยตัวเองก่อน หากเกินความสามารถจึงขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น” มันเหมือนเกิดพลังของตัวเองให้เต็มที่จะช่วยเหลือตนเองก่อน ไม่ทอดทิ้งในความพิการของตนเอง”

(คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 33 ปี)

2.1.5 การพัฒนาจิตวิญญาณของคนพิการ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มคนพิการเกี่ยวกับการพัฒนาจิตวิญญาณภายหลังการพัฒนาฯ พบว่า คนพิการเข้าใจในสัจธรรมของชีวิตมากขึ้น เกิดเป็นความหวัง เป้าหมาย และหลักยึดในการดำรงชีวิต ซึ่งสามารถยกตัวอย่างความรู้สึกของคนพิการได้ดังนี้

- 1) พระมาช่วยให้เข้าใจในชีวิตมากขึ้น
- 2) พอมีธรรมะในใจ ก็เหมือนมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ
- 3) พอมีคนมาช่วยก็ทำให้มีความหวังว่าต่อไปชีวิตจะดีขึ้น เป้าหมายคงไม่ไกลเกินเอื้อม

ไกลเกินเอื้อม

2.1.6 การกลับเข้าสู่สังคมของคนพิการ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มคนพิการเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในสังคมภายหลังการพัฒนาฯ พบว่า คนพิการกล้าและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เนื่องจากรู้สึกได้รับการยอมรับและพยายามไม่เป็นภาระกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งสามารถยกตัวอย่างความรู้สึกของคนพิการได้ดังนี้

- 1) มีการพบปะกับผู้ที่มีประสบการณ์เหมือนกัน มีเพื่อนมากขึ้น
- 2) มีเครือข่ายคนพิการบ้านเรา
- 3) ได้ร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ
- 4) เห็นความร่วมมือร่วมใจของชุมชน ก็ทำให้อยากไป
- 5) กิจกรรมที่จัดก็ดีเอื้อให้คนพิการเข้าร่วมได้
- 6) รู้สึกว่าตอนนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

ตัวอย่างบทสนทนา

“เมื่อก่อนเวลาใครมาเยี่ยมเค้าก็มองแปลกๆ เลยไม่กล้าไปไหนอยากอยู่แต่ในบ้าน พอมีพยาบาลมา อาจารย์ก็มา เค้าก็คุยดี สายตามันดูไม่รังเกียจ รู้สึกตัวเองไม่ใช่ตัวประหลาด เริ่มอยากออกไปข้างนอกบ้างแล้ว พอวันนั้นलयกระทงจิตอาสาเค้ามารับไป ก็ไปกับเค้า มันรู้สึกดีนะ ใครก็เห็นความสำคัญ ตอนนี้เลยกล้าไปไหนมาไหน ไม่กลัวแล้ว สุขามาก”

(คนพิการแต่กำเนิด อายุ 40 ปี)

2.1.7 การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ การพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เน้นการดูแลคนพิการบนแนวคิดของการเคารพตัวเอง การมีโอกาสดูแลตนเองทางสังคม และการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งคนพิการได้รับการเสริมศักยภาพหรือฟื้นฟูทั้งด้านกาย ใจ อารมณ์ และ สังคม ครอบคลุมทั้งด้านอาชีพ เศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ การช่วยเหลือต่างๆ จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มพบว่า คนพิการรู้สึกว่าคุณค่า ขอบรับในตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

เนื่องจากการพัฒนาทำให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียม รวมทั้งการยอมรับและเปิดโอกาสจากครอบครัว และสังคม ในส่วนประเด็นความสามารถในการเลือกและตัดสินใจดำรงชีวิตได้อย่างอิสระเหล่านั้น ส่วนมาก ยังไม่เกิดขึ้นเองทั้งหมดแต่จะมีส่วนร่วมกันในการตัดสินใจระหว่างคนพิการกับครอบครัว จะมีบางราย เท่านั้นที่มีความโดดเด่นในการดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ดังกรณีตัวอย่าง

คุณดำรงค์ กลีบแก้ว เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวเนื่องจากอุบัติเหตุ ทำให้ไม่สามารถดูแลตัวเองได้เลย แต่ภรรยาก็คอยอยู่เคียงข้างและดูแลไม่ทิ้งไปไหนมานานกว่า 9 ปี จนเมื่อเกิดโครงการ พัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานขึ้น ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลคนพิการ มีกลุ่ม จิตอาสา อบต.และเทศบาล เข้ามาสนับสนุน ทำให้มีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เขาวางแผนว่าต้องเดินให้ได้ เชื่อกันว่าทำได้ จนกลับมาเดินได้และกล้าที่จะออกมาสู่สังคม ภายหลังฟื้นฟูสภาพจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คุณดำรงค์ ตัดสินใจว่าจะทำงานหาเงินมาดูแลครอบครัวให้ได้ ซึ่งปัจจุบันคุณดำรงประกอบอาชีพขี่มอเตอร์ไซด์รับจ้างมี รายได้วันละ 200-300 บาท มาช่วยแบ่งเบาภาระภรรยา อีกทั้งคุณดำรงยังออกเยี่ยมคนพิการร่วมกับทีมจิตอาสา พยาบาล เพื่อเป็นกำลังใจให้คนพิการคนอื่นในชุมชนได้หลุดพ้นหรือมองข้ามความพิการเหมือนตนเอง

คุณวินัย อยู่เกิด พิการด้วยโรคโปลิโอตั้งแต่เมื่อสมัยยังเป็นเด็ก ต่อสู้ชีวิตด้วยตนเอง และ บอบช้ำกับสังคมที่ไม่เปิดรับคนพิการ ทำให้เค้านับถือตัวเองจากสังคมมาโดยตลอด จนเมื่อเริ่มมีทีมจิตอาสาเกิดขึ้น เค้ามองว่า “จะมีใครที่อยากจะช่วยดูแลคนพิการด้วยใจจริง เพราะที่ผ่านมายังไม่เคยได้รับการเหลียวแลจากหน่วยงานใด จริงจังเลย” แต่เมื่อได้สัมผัสถึงกิจกรรมและเห็นการทำงานของอาสาสมัครจิตอาสา ที่ทำเพื่อคนพิการด้วยความจริงใจ อีกทั้งการทำงานของอาสาสมัครนี้ก็เป็นประโยชน์ต่อคนพิการในชุมชน จึงให้เกิดแรงบันดาลใจ เปลี่ยนทัศนคติ เชื่อมั่นว่าเค้าน่าเป็นอีกคนหนึ่งที่สามารถทำเพื่อคนอื่น และตัดสินใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครเพื่อช่วยดูแลคนพิการอีกทาง หนึ่งด้วย ปัจจุบันคุณวินัยเป็นรองประธานชมรมจิตอาสาตำบลนายายอาม ที่ทำหน้าที่คอยให้กำลังใจ ประคองจิตใจคน อุบัติการณ์ต่างๆ และช่วยเหลือคนพิการอย่างแข็งขัน อีกทั้งยังมอบทรัพย์สินส่วนตัวเพื่อพัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชน ต่อไป

2.1.8 คุณภาพชีวิตของคนพิการ จากผลลัพธ์ที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าคนพิการในตำบลนายายอาม สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความรู้และทักษะการดูแลตนเองตามสภาพความพิการ มีการฟื้นฟูสภาพทางกายที่ดีขึ้น เห็นคุณค่าในตนเอง จิตใจเข้มแข็ง สามารถรับรู้พลังอำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้น มีเป้าหมายและความหวังในชีวิต พร้อมทั้งจะกลับเข้าสู่สังคม และสามารถดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตคนพิการ พบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.63$, S.D. = .30) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบคนพิการมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{143} = 1.20$, $p = .23$) รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตคนพิการก่อนและหลังการพัฒนา (n=144)

คุณภาพชีวิตคนพิการ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p
ก่อน	144	2.56	.58	-1.20	143	.23
หลัง	144	2.63	.30			

* $p < .05$ ** $p < .01$

2.2 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบต่อผู้ดูแลและครอบครัวคนพิการ จากการเยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ดูแลคนพิการจำนวน 15 ราย และสนทนากลุ่มผู้ดูแลคนพิการจำนวน 25 ราย พบว่า นวัตกรรมจากการพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกต่อผู้ดูแลและครอบครัวอย่างชัดเจน สามารถสรุปได้ 5 ประเด็น คือ

2.2.1 ความมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง

2.2.2 ความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ

2.2.3 ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล

2.2.4 ความเครียดและการจัดการความเครียด

2.2.5 ความผูกพันและความเข้มแข็งในครอบครัว

รายละเอียดมี ดังนี้

2.2.1 ความมีคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง จากคำพูดชมเชย การแสดงออกซึ่งการยอมรับ และแรงใจจากภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความสำคัญของตนเอง ความมีคุณค่า ศักดิ์ศรีของมนุษย์ อีกทั้งมีความภาคภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยชีวิตคนในครอบครัวให้สามารถเริ่มต้นชีวิตใหม่ได้ เหมือนคนปกติทั่วไป มีความสุขกับการได้มีโอกาสดูแลสมาชิกครอบครัวให้ผ่อนคลายได้ ได้ทำบุญกุศลที่ยิ่งใหญ่ตามกำลังความสามารถ ดังตัวอย่างบทสนทนา

“ภูมิใจมากค่ะ ถือว่าได้ทำบุญกุศลที่ยิ่งใหญ่ คนอื่นเค้าบอกว่า ถ้าเป็นผู้หญิงคนอื่นมันทิ้งไปแล้ว ไม่น่าจะดูแลขนาดนี้หรอก ก็ไม่เคยคิดมาก่อนว่าตนเองจะทำได้ขนาดนี้ ยิ่งตอนนี้ทำอะไรได้มากขึ้น บางทีคิดว่าเราก็กึ่งเหมือนกันนะ”

(ผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 44 ปี)

“อาจารย์บอกให้พยายามหาข้อดีของการเป็นผู้ดูแล คิดบวกเข้าไว้ ก็กลับมานั่งมองลูกเขาเป็นผู้มีความทุกข์ เดือดร้อน เราไปช่วยเขา ผ่อนทุกข์ให้ ยังดีนะที่เขามีเราที่ให้ความช่วยเหลือ ถ้าไม่มีจะยังงัย โชคดีแล้วที่ไม่เป็นมากกว่านี้ ยังช่วยตัวเองได้บ้าง ก็ช่วยได้เลยสุขใจ ดีใจ ภาคภูมิใจนะ”

(ผู้ดูแลคนพิการทางสติปัญญา อายุ 40 ปี)

2.2.2 ความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อม โดยผ่านการอบรมเป็นรายกลุ่มเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลคนพิการแต่ละระดับความพิการโดยทั่วไป และดูแลคนพิการแยกตามประเภทความพิการสอดคล้องตามความต้องการ

และความจำเป็นของคนพิการแต่ละราย และผู้วิจัยได้มีการติดตามผลการอบรมในขณะเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล ซึ่งก็พบว่าผู้ดูแลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลคนพิการในครอบครัวของตนเองได้ ซึ่งผู้ดูแลสะท้อนว่า ได้รับรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการที่ไม่เคยรู้มาก่อน แต่ทั้งนี้หากเป็นไปได้ อยากให้มีการเพิ่มเติมความรู้เป็นระยะๆ ดังตัวอย่างบทสนทนา

“ไปอบรมมา อาจารย์ก็สอนหลายอย่าง ทั้งสังเกตอาการ กายภาพให้ เตรียมอาหารที่เหมาะสม ตอนแรกก็ว่ายาก พอลองเอามาทำดูก็ทำได้ ช่วยได้เยอะทั้งเราทั้งคนพิการเลย หากเป็นไปได้อยากให้อาจารย์ได้มาอบรมความรู้ให้เป็นระยะๆ”

(ผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 48 ปี)

2.2.3 ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล พบว่า การดำเนินงานของโครงการ ได้ช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้พิการได้รับการดูแลฟื้นฟูจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้แล้ว เพราะการที่คนพิการได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เป็นเครื่องช่วยผ่อนแรงในการดูแล ทั้งยังลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลคนพิการ ดังตัวอย่างบทสนทนา

“ตอนนี้ดีขึ้นในส่วนของการดูแล ได้รับการช่วยเหลืออุปกรณ์ในการบริหารกาย รู้สึกดีมากกว่ามีคนมาช่วยแบ่งเบาภาระ ช่วยกันดูแลคนพิการ ทั้งภาคส่วนต่างๆในชุมชนก็ช่วยเหลือกันดีมาก แต่ภาระเดิมมีมาก ได้รับการแก้ไขบางส่วนก็ถือว่าดีมากแล้วแหละ”

(ผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 56 ปี)

2.2.4 ความเครียดและการจัดการความเครียด จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลสะท้อนว่า มีความเครียดลดน้อยลงเพราะ ได้เรียนรู้วิธีการจัดการทั้งจากการอบรมและการเยี่ยมบ้านที่มีพระสงฆ์มาพร้อมกับทีมจิตอาสา อีกทั้งขณะเมื่อมีปัญหา ยังมีช่องทางติดต่อผู้ให้คำปรึกษาทั้งพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ทำให้สามารถจัดการกับความเครียดลงไปได้บ้าง แต่ทั้งนี้การดูแลคนพิการเป็นภาระที่หนักและยาวนาน ดังนั้นจึงทำให้การจัดการทั้งหมดยังเป็นไปได้ยาก ดังตัวอย่างบทสนทนา

“โอย มันผ่านอะไรมาเยอะ นานมาก จนตอนนี้รู้แก่มาก มันเหมือนหาทางออกไม่เจอ พอมีกิจกรรมเข้ามาก็ช่วยได้นะ คนที่บ้าน คนป่วยนะเขาดีขึ้น อารมณ์ดีขึ้น เราไปฟังมาก็รู้จักอารมณ์บ้าง เป็นเมื่อก่อนเหรอบ้านแตกไปแล้ว แต่มันยากนะทำได้บ้างไม่ได้บ้าง แต่จะพยายามทำต่อไปเพราะดีกับตัวเอง”

(ผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 52 ปี)

“เราก็ผู้ชายนะ บางทีหงุดหงิดไม่รู้จะทำยังไง มันบ่อยไปก็ไม่มีไหนนะ ร้องให้ก็ไม่ได้อะ พอมิโครงการนี้ก็รู้ว่าจะไปเล่าให้ใครฟังได้ โทรไปถามจิตอาสาว่าต้องจัดการยังไงก็ได้รับคำตอบ และการช่วยเหลือ ทำให้รู้สึกดีขึ้นมาก”

(ผู้ดูแลคนพิการทางจิต อายุ 55 ปี)

2.2.5 ความผูกพันและความเข้มแข็งในครอบครัวคนพิการ ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ ผู้ดูแลได้สะท้อนภาพความผูกพันที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและความเข้มแข็งของครอบครัวดังนี้

1) การยอมรับซึ่งกันและกันในครอบครัว ผู้ดูแลสะท้อนให้เห็นว่า คนพิการก็ยอมรับข้อจำกัดสภาพของตนเอง ในฐานะคนได้รับการดูแล ส่วนผู้ดูแลก็ยอมรับในตัวคนพิการและเข้าใจความรู้สึกมากขึ้น

“เมื่อก่อนลุงจะบอกป๊าว่า ไม่ใช่หมอนี่ไม่ใช่พยาบาลซักหน่อยจะมาช่วยอะไร แต่พอวันนั้นอาจารย์มาพร้อมทีมจิตอาสาเยี่ยม และชมป๊า บอกป๊าทำดี เค็มมอง ยอมรับมากขึ้น ตอนนั้นก็กลับไปบอกใครๆว่า ป๊าเก่ง ป๊าดูแลดี ป๊าช่วยให้แกมีชีวิตใหม่”

(ผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 62 ปี)

“ตอนนี้ฉันไม่เคยเรียกคนในบ้านไม่ดีเลย เข้าใจความรู้สึกเค็มมากขึ้น ก็ตั้งแต่อาจารย์ให้เล่นเกมปิดตาแล้วให้คนพิการจูง โคนปิดตาแค่ 5 นาทีเอง ตอนนั้นรู้สึกเหมือนอยากฆ่าตัวตายเลย เพราะอยู่ในโลกมืดทำอะไรเองก็ไม่ได้เลย เข้าใจคนพิการเลยว่าเป็นยังไง ตั้งแต่นั้นมาก็ยอมรับเค็มมากขึ้น ที่เคยเรียกว่า ใ้อบอด ก็ไม่เคยเรียกอีกเลย”

(ผู้ดูแลคนพิการทางสายตา อายุ 48 ปี)

2) การสื่อสารทางบวก โดยการแสดงออกอย่างเปิดเผยทั้งการยิ้ม การมองด้วยแววตาทื่ออบอุ่น การพูดคุย และการสัมผัสที่นุ่มนวลหรือการกอดที่อบอุ่น

“เมื่อก่อนเงินที่จะพูดที่จะกอดเค้า เพราะบ้านเราไม่เคยทำมาก่อน พอไปฟังมา อาจารย์บอกว่า เวลาจะเริ่มทำอะไรก็ยิ้มก่อน มองเค้าด้วยความรัก ความเมตตา สัมผัสมือที่นุ่มนวลบ้าง ส่วนคำพูดให้พยายามบอกความรู้สึกดีๆ กันให้มาก ส่วนไอ้ที่รู้สึกไม่ดีก็ต้องบอกไป แต่ต้องบอกในตอนอารมณ์ดีๆ ไม่ต้องไปว่าเค้า พอชินก็ค่อยกอด ตอนแรกก็ทำยาก ต่อมาพอเริ่มจับมือ โอบไหล่ มันก็กล้าจะกอดแล้ว เค้าก็บอกฉันว่า ชอบคุณนะที่ดูแลเค้าดี เค้ารู้สึกมีความสุข”

(ผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 55 ปี)

3) การยึดเหนี่ยว จากการจัดกิจกรรมในชุมชน และสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจและยอมรับคนพิการมากขึ้น โดยเฉพาะคนพิการกับผู้ดูแลใช้เวลาร่วมกันมากขึ้น มีความรู้สึกใกล้ชิด แนบแน่นทางอารมณ์ไปร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดด้วยกัน ทำให้รู้สึกใกล้ชิดมากขึ้นและมีความสุขมากขึ้น

2.3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาดูแลคนพิการ ภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา กลุ่มบุคคลผู้มีความเสียสละทั้งกำลังกาย กำลังใจ หรือกำลังทรัพย์ในการช่วยเหลือ ดูแลคนพิการในตำบลนายายอามอย่างเป็นรูปธรรม ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

“จุดแข็งของการบริการ จริงๆน่าจะเป็น จิตอาสา ที่เราดูแลเป็นเครือข่ายซึ่งสามารถดูแลได้มากกว่าสุขภาพกายกับใจเท่านั้น เรายังรวมไปถึงการแก้ปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย เพราะเป็นเครือข่ายในชุมชนจริงๆที่สามารถแก้ปัญหาในบางปัญหาที่เราไม่สามารถแก้ไขได้ พอมีทีมนี้เข้ามาเราก็สามารถแก้ไขได้มากขึ้น ก็มาจากแนวคิดโครงการที่อาจารย์รชนีอยากให้ดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานตรงนั้นแหละค่ะ”

(พยาบาลทีมเชิงรุกตำบลนายายอาม/สนทนากลุ่ม)

จากการจัดเสวนาภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาจำนวน 110 ราย สัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ทั้งต่อกลุ่มจิตอาสาและชุมชน สามารถสรุปได้ ประเด็นคือ 1) ความภาคภูมิใจและความสุขที่ได้ช่วยเหลือ 2) ความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ 3) กิจกรรมการดูแลคนพิการ และ 4) ความผูกพันและเข้มแข็งในชุมชน

2.3.1 ความภาคภูมิใจและความสุขในการเป็นสมาชิกภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา “ความภาคภูมิใจและความสุขที่เกิดจากการให้” เป็นคำจำกัดความที่บอกเล่าความรู้สึกของผู้ที่เป็นสมาชิกภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา เนื่องจากได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยชีวิตคนในชุมชน โดยเฉพาะผู้พิการที่ด้อยโอกาสมากกว่า ให้มีพลัง สามารถเริ่มต้นชีวิตใหม่ อยู่ในสังคมได้เหมือนคนปกติทั่วไป ทั้งยังเป็นการได้ทำบุญตามกำลังความสามารถของตน ซึ่งสามารถยกตัวอย่างได้ดังนี้

- 1) รู้สึกว่าชีวิตตัวเองมีสาระมากขึ้น มีคุณค่าไม่ได้อยู่ไปวันๆ
- 2) ช่วยเหลือคนพิการให้มีอารมณ์ดี ได้เห็นรอยยิ้ม ได้เห็นคนพิการมีความสุขเมื่อเราเข้าไปดูแล เราก็เป็นสุข
- 3) ถึงไม่มีเงินบริจาค แต่ก็ได้ทำบุญตามกำลังความสามารถ

2.3.2 ความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ ภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาทุกคนได้รับการอบรมเพื่อเตรียมความพร้อม ผ่านการอบรมเป็นรายกลุ่มใหญ่ภาพรวมในเรื่องสถานการณ์ปัญหาความต้องการของคนพิการ และบทบาทหน้าที่ของจิตอาสา หลังจากนั้นได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยแยกกลุ่มย่อยในประเด็นต่างๆ ของการดูแลคนพิการตามปัญหาความต้องการ และความจำเป็นในการดูแลคนพิการประเภทต่าง ๆ ซึ่งได้ข้อมูลจากการทำประชาคม ได้แก่ การประเมินอาการสำคัญ เทคนิคการเยี่ยมบ้าน การออกกกำลังกายและกายภาพบำบัด อาหารสำหรับผู้ป่วย การเสริมพลังอำนาจ การส่งเสริมสุขภาพจิต การดูแลตนเอง และการส่งต่อ ภายหลังจากการอบรมและการทำกิจกรรม กลุ่มจิตอาสาได้รับการติดตามประเมินแบบเสริมพลังอำนาจ ทั้งด้านความรู้ ทักษะปัญหา อุปสรรคที่เผชิญขณะไปเยี่ยมคนพิการ ซึ่งผู้ดูแลสะท้อนว่า ได้รับความรู้เกี่ยวกับคนพิการ และการดูแลคนพิการที่มีประโยชน์มาก แต่ทั้งนี้ยังมีความต้องการความรู้เพิ่มเติม เนื่องจากบางครั้งไม่สามารถตอบคำถามคนพิการและครอบครัวได้หมด ซึ่งสามารถยกตัวอย่างได้ดังนี้

- 1) ได้รับความรู้เกี่ยวกับคนพิการแต่ละประเภท ทำให้เข้าใจคนพิการ
- 2) ได้พูดคุย และการดูแลคนพิการที่เราไม่เคยรู้มาก่อน
- 3) ได้รับความรู้ และได้ฝึกปฏิบัติการประเมินสภาพความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 4) ได้ฝึกทักษะการทำงานกับชุมชน
- 5) ต้องการฝึกเพิ่มเติมการประเมินสุขภาพจิต และการช่วยคนพิการทางจิต

2.3.3 ทีมภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาที่มีพลังอำนาจในตนเองและกลุ่มเพิ่มขึ้น ภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาได้รับการเสริมพลังอำนาจจากทีมผู้วิจัยเป็นระยะๆ หลังจากเสร็จสิ้นการพัฒนาระบบ ทีมภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาได้ดำเนินการดูแลคนพิการด้วยตนเอง ทีมได้เสริมพลังอำนาจภายในกลุ่ม และกลุ่มมีความเข้มแข็งสามารถดำเนินการ คิคริเริ่ม ประชุมวางแผน ดำเนินการและประเมินผลโดยศักยภาพของกลุ่มเองเป็นอย่างดี ซึ่งถือว่าทีมภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา มีพลังอำนาจในตนเอง และภายในกลุ่ม เพิ่มขึ้นมาจากก่อนพัฒนาระบบ จากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.51$, $S.D. = .45$)

2.3.4 กิจกรรมการดูแลคนพิการที่ได้ดำเนินการเพื่อชุมชน ภาคีหุ้นส่วนจิตอาสดำเนินการสนับสนุนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณและครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพโดยมีการเยี่ยมดูแลคนพิการต่อเนื่องและกำหนดเป้าหมายที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการตามศักยภาพและสภาพความพิการ ดังตัวอย่างกิจกรรมที่ดำเนินการ คือ

- 1) ด้านสุขภาพกาย (เช่น กระตุ้น แนะนำ ช่วยเหลือในการทำกายภาพบำบัด)
 - 1.1) แนะนำเรื่องการดูแลร่างกายทั่วไป เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร
 - 1.2) การรักษาความสะอาดคนพิการ และการติดตามประเมินผลการดูแลตนเอง
 - 1.3) แนะนำเรื่องการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย แนะนำ/สาธิตการทำกายภาพบำบัดแนะนำการพลิกตัวเองบ่อยๆ
 - 1.4) ช่วยประสานงานให้คนพิการได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพร่างกาย
- 2) ด้านจิตใจ
 - 2.1) ไปเยี่ยมสม่ำเสมอทำให้คนพิการคิดว่าไม่ถูกทอดทิ้ง
 - 2.2) พุดคุย ถามไถ่ความเป็นอยู่คนพิการและครอบครัว
 - 2.3) รับฟังปัญหา และให้คำแนะนำปรึกษาเท่าที่ทำได้ โดยไม่ตัดสินใจให้
 - 2.4) ช่วยผ่อนคลายความเครียด โดยพุดคุยเรื่องทั่วไป ไม่เครียด และพยายามหาเรื่องสนุกมาพุดคุยขณะเยี่ยมบ้าน
 - 2.5) ชื่นชมคนพิการที่สามารถช่วยตนเองหรือช่วยงานบ้านได้
 - 2.6) ให้กำลังใจผู้ดูแล อย่าท้อ และมีทีมจิตอาสาเป็นกำลังใจ
- 3) ด้านสังคม
 - 3.1) ระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อช่วยเหลือคนพิการ
 - 3.2) สนับสนุนสิ่งของปัจจัยที่จำเป็น เช่น กายอุปกรณ์ เครื่องออกกำลังกาย และทำอุปกรณ์เสริมให้คนพิการ
 - 3.2) ปรับปรุงสภาพบ้านลักษณะทางกายภาพให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของคนพิการ เช่น จัดหา ขอบริภาควัสดุก่อสร้าง ร่วมสร้างบ้านผู้พิการ
 - 3.3) ให้ความช่วยเหลือแนะนำแหล่งช่วยเหลือทางการเงิน และจัดกิจกรรม

ระดมเงินช่วยเหลือคนพิการ

3.4) ช่วยดูแลช่วยเหลือโดยการพาไปพบแพทย์

3.5) แจ่งข่าวสารภายในหมู่บ้าน บริการและสิทธิประโยชน์ต่างๆ จากโรงพยาบาล ผู้ใหญ่บ้าน หรือ อบต.

3.6) จัดกิจกรรมในชุมชนโดยให้คนพิการและ ครอบครัวมีส่วนร่วม และนำคนพิการมาร่วมกิจกรรมในชุมชน

3.7 แนะนำแนวทางการประกอบอาชีพ

4) ด้านจิตวิญญาณ

4.1 นิมนต์พระร่วมทีมเยี่ยม คนพิการ ได้มีโอกาสทำบุญ

4.2 พระให้คติเตือนใจหรือเทศนาให้คนพิการและผู้ดูแลมีเครื่องยึดเหนี่ยวระลึกถึงบาปบุญ คุณโทษ

4.5) ช่วยให้คนพิการมีความหวังในชีวิตตามสภาพจริง

4.6) ช่วยสร้างความยึดเหนี่ยวระหว่างคนพิการและสมาชิกในครอบครัว

2.4 ผลลัพธ์ต่อทีมสุขภาพเชิงรุก จากผลวิจัยดังกล่าวพบว่าทีมสุขภาพเชิงรุกจาก หน่วยบริการทางด้านสุขภาพในพื้นที่ที่มีความเข้าใจในปรัชญาการดูแลคนพิการ มีความรู้ความสามารถที่จำเป็นในการดูแลคนพิการ แต่ละระดับ ของแต่ละประเภท

2.4.1 มีความภาคภูมิใจและสุขใจ การเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์ให้สามารถมีชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป มีคุณภาพชีวิตที่ดีและความสุข โดยเฉพาะที่ได้เห็นทุกภาคส่วนร่วมมือกัน เกิดความภาคภูมิใจ และคุณค่าของตนเองในการทำงาน

2.4.2 ปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด วิธีทำงาน และพฤติกรรมการทำงาน ทีมสุขภาพ เชิงรุกมีความมุ่งมั่น ทุ่มเท จริงจัง มีพฤติกรรมบริการที่เอื้ออาทร อบอุ่น มีมนุษยสัมพันธ์ดี ให้เกียรติ ยอมรับซึ่งกันและกันและมีวิธีการประสานงาน สื่อสารที่ดี การออกแบบบริการดูแลสุขภาพคนพิการเน้นการบริการเชิงรุกชัดเจนเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ทำให้สามารถเข้าถึงปัญหา แก้ไขได้ตรงจุด ส่งผลให้ปัญหาในชุมชนน้อยลง

2.4.3 พัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ ทีมสุขภาพเชิงรุกได้รับการเตรียมความพร้อมในการนำทีมดูแลคนพิการ รวมถึงทักษะที่สำคัญอื่น เช่น AIC การสร้างเครือข่าย เป็นต้น

2.4.4 เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ความชำนาญและความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ จากการที่ได้ร่วมทีมกับ สหวิชาชีพ เห็นคุณค่าของตนเอง และผู้อื่น เป็นการประสานประโยชน์ร่วมกัน

2.4.5 เกิดงานเด่นและนวัตกรรมที่สอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการในพื้นที่ เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน มีความคุ้มค่าในการดำเนินงาน

2.4.6 การทำงานของหน่วยงานดีขึ้น การบริหารจัดการที่สร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับอำเภอ โรงพยาบาล ท้องถิ่น ชุมชน และคนพิการและครอบครัว มีการดำเนินงานที่มีทิศทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม

2.5 ผลลัพธ์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.5.1 ผู้นำและเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้าใจและตระหนักถึง ความสำคัญและบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อ การดูแลคนพิการ ความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างจริงจัง

2.5.2 มีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและแผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการผสมผสานกิจกรรมเรื่องการดูแลคนพิการ และการจัดสรรงบประมาณเข้าไปในแผนและนโยบายของตำบล มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีสาระการดูแลคนพิการ อย่างน้อยปีละ 1 แผน ส่วนในปีงบประมาณใหม่ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการวางแผนนโยบายของเทศบาลและตำบลคือ การนำข้อมูลผู้พิการและครอบครัว สภาพปัญหาของผู้พิการ แผนชุมชน นำมาประกอบการพิจารณาจัดทำแผน โดยให้เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้นที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ดังตัวอย่างบทสนทนา

“ก่อนพัฒนาระบบฯ “เรื่องผู้พิการนั้น มองว่าเป็นปัญหาใหญ่เกินกว่าที่ชุมชนจะดูแลฝ่ายเดียวโดยลำพังได้ ต้องเป็นระดับอำเภอก็จะทำได้จึงไม่ทราบว่าจะทำแผนอย่างไร”

(นายกอบต.และปลัดอบต. / สันทนากลุ่ม)

“หลังพัฒนาระบบฯ ได้กำหนดนโยบายและทำแผนร่วมกันกับหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในตำบล โดยมีนโยบายที่กำหนดให้ประเด็นการฟื้นฟูผู้พิการเป็นวาระของตำบลในทุกเดือนของการประชุม มีเป้าหมายในการส่งเสริมให้คนพิการในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ และได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมกับความพิการ และความจำเป็น โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง”

(ปลัดอบต./สันทนากลุ่ม)

2.5.3 ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบเชิงรุก ทำให้สามารถเข้าถึงปัญหา แก้ไขได้ตรงจุด ได้กำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ และมีความคาดหวังที่ต้องการจะปรับกระบวนการทำงานให้ครอบคลุมทุกประเด็นที่จะนำไปสู่ การที่คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการบริการทางสุขภาพการศึกษา ส่งเสริมอาชีพ และรายได้ให้กับคนพิการและสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างบทสนทนา

“คาดหวังให้คนพิการในตำบลไม่ต้องการอะไรมากกว่าคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นคือ กินดีอยู่ดี มีผู้ดูแล ให้การศึกษา ให้ได้รับการบริการและส่งเสริมอาชีพให้เขา”

“ควรมุ่งเน้นให้คนในครอบครัวได้รับการอบรมอาชีพ ให้ทุนทำอาชีพ มีงานทำ”

(นายกองค์การบริหารส่วนตำบล / สันทนากลุ่ม)

“เอ้าพาทาจารย์รัชนิเขาลงไปในพื้นที่ อาจารย์สอนให้มองข้อมูลพื้นที่ของเราเอง

แล้วเราก็นำมาคิดวิเคราะห์ และวางแผนร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้อง แล้วค่อยๆพัฒนา”

(พัฒนากร อบต.สนามชัย)

“อาจารย์รัชนิลมา Set ระบบ แต่เราต้องร่วมกันทำเอง น่าจะยั่งยืน โดยให้อาจารย์สนับสนุนทางวิชาการ หนูคุยกับปลัดว่าเราจะเดินไปกับชาวบ้าน ถ้าเราปล่อยให้อิตอาสาทำเองทั้งหมดในตอนนี้ไม่ได้ เพราะโครงการเพิ่งเกิดได้หนึ่งปี เขายังไปไม่ถูก เราต้องการวิชาการคอยช่วยและกำลังใจช่วย ถ้าลงพื้นที่จริงๆ พวกจิตอาสา กับ อสม.ยังต้องมีเจ้าหน้าที่ลงไปด้วย พอลงพื้นที่ได้ปัญหาอะไรมา ก็จะเสนอไปทางเครือข่ายคือ พี่ๆ พี่ๆก็อาจปรึกษาอาจารย์ถ้าจำเป็น”

(พัฒนากร อบต.สนามชัย)

2.6 ความพึงพอใจในรูปแบบระบบการดูแลคนพิการ ความพึงพอใจของคนพิการต่อระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานมีมากขึ้น โดยพิจารณาจากปฏิกิริยา การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับคนพิการ ครอบครัวและชุมชน และผลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

2.6.1 เป็นประโยชน์โดยตรงต่อคนพิการที่โดยทำให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

2.6.2 คนพิการได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพ การดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง การฝึกด้านอาชีพ ได้รับเรื่องอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตทำให้ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และมีความพึงพอใจอย่างยิ่ง ส่วนด้านจิตใจ ได้รับกำลังใจจากการที่มีคนมาเยี่ยม ชุมชนให้ความสำคัญรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าขึ้นเกิดพลังอยากใช้ศักยภาพสูงสุด ของตนเองในการช่วยเหลือตนเอง ไม่ทอดทิ้งในความพิการของตนเอง เกิดความเข้าใจว่าปัญหาเป็นของตนเอง ต้องช่วยตัวเองก่อน หากเกินความสามารถจึงขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

2.6.3 เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว คนพิการ

ทั้งคนพิการและผู้ดูแลรู้สึกถึงความสำคัญของตนเอง ความมีคุณค่า ศักดิ์ศรีของมนุษย์ เกิดความผูกพัน เข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลเอาใจใส่คนพิการด้วยความรักเมตตาและเข้าใจคนพิการมากยิ่งขึ้น และในทางกลับกันคนพิการรู้สึกเข้าใจภาระของผู้ดูแล และครอบครัวมากยิ่งขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลคนพิการในครอบครัว และช่วยเหลือเพื่อนบ้าน ในรูปแบบของภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา ทำให้ครอบครัวคนพิการกับเพื่อนบ้านมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การช่วยเหลือเกื้อกูลในกิจกรรมอื่นๆ ของชุมชน อย่างเข้มแข็งด้วย

2.6.4 เป็นประโยชน์ต่อชุมชน คือชุมชน เห็นความสำคัญของคนพิการให้ความเข้าใจและให้การยอมรับมากขึ้นและทำให้ชุมชนทั้งหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาชนร่วมมือกันอย่างเข้มแข็งในการกำหนดนโยบาย วางแผน และช่วยเหลือดูแลคนพิการในพื้นที่ทั้งด้านสุขภาพ อาชีพ การศึกษา และการนำคนพิการเข้าสู่สังคม ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น การเสริมศักยภาพด้านต่างๆให้ครอบครัว ชุมชน ผู้ดูแล และคนพิการ

2.6.4 ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดปัญหาคนพิการ ผลจากการใช้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน พบว่า ช่วยป้องกันการเกิดความพิการจากโรคเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 100 จากจำนวนคนพิการ 144 ราย (จากการสุ่ม) และคนพิการทั้งหมดในตำบลนายายอามไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความซ้ำซ้อนใดๆ

ส่วนที่ 3 ผลกระทบของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ

3.1 การขยายเครือข่าย ขยายรูปแบบไปยังตำบลอื่น จากการที่ตำบลนายายอามได้มีระบบการดูแลคนพิการที่ใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน มีภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาที่เข้มแข็ง ผู้วิจัยจึงให้ตำบลนายายอามเป็นต้นแบบและเป็นแม่ข่ายในการดูแลคนพิการที่มีคุณภาพ และจัดให้มีการถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์สู่ตำบลอื่นๆ จึงเกิดขึ้นความร่วมมือและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของเครือข่ายทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอ โดยเฉพาะการช่วยเหลือเกื้อกูลกันด้านข่าวสารข้อมูล การเยี่ยมบ้านคนพิการและครอบครัว การช่วยเหลือด้านเครื่องใช้-อุปกรณ์ที่มีอยู่ในชุมชน อาทิเช่น การให้ยืมเตียงแก่ผู้ป่วย ผู้พิการ หรือ ผู้ประสบอุบัติเหตุ ที่ต้องได้รับการดูแลเตียง เพราะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นต้น อีกทั้งยังมีการสร้างเครือข่ายระหว่างตำบล มีการเสริมแรงกระตุ้นให้ซึ่งกันและกันในการดำเนินงาน ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง

“โครงการของอาจารย์รัชนี้ เริ่มตั้งแต่ตำบลนายายอามจนขยายไปทั่วทุกพื้นที่ของอำเภอ

นายายอาม เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจ โดยเฉพาะพยาบาลมีความเสียสละ ทีมจิตอาสาที่เสียสละ ต้องทำร่วมกันทำนอกเวลา อีกอย่างท้องถิ่นที่นี่ดีมาก ผมไปดูหลายๆ ที่ผมชื่นชมมาก”

(สาธารณสุขอำเภอ นายายอาม/สัมภาษณ์)

“ขณะนี้ตำบลในอำเภอนายายอามทุกตำบล มีทีมจิตอาสา ที่มีทั้งเจ้าหน้าที่ คนพิการ ผู้ดูแล อสม. พระ ช่วยกันอย่างขันแข็ง เสียสละ ทำความดีเหมือนที่อาจารย์รัชนี้ สอน นำปลื้มใจจริงๆ”

(แกนนำชุมชน/สนทนากลุ่ม)

การสร้างเครือข่ายจิตอาสาในระดับอำเภอ มีผลกระทบที่สำคัญอีกประการหนึ่งจากการพัฒนารูปแบบระบบ คือการเกิดการรวมตัวของทีมจิตอาสาแต่ละตำบล เป็นทีมใหญ่ระดับอำเภอ ซึ่งมีสมาชิกจำนวน 80 คน และมีการเลือกคณะกรรมการดำเนินการระดับอำเภอ และมีการกำหนดโครงสร้างระบบ กลไก และบทบาทของกรรมการ สำหรับการดำเนินงานการดูแลคนพิการโดยครอบครัวและชุมชนร่วมกันอย่างชัดเจน เกิดภาคีเครือข่ายจิตอาสาที่เข้มแข็งในระดับอำเภอนายายอาม ซึ่งสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3.2 ความเข้มแข็งของชุมชน ผลกระทบของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ สะท้อนภาพความสามัคคีและความเข้มแข็งของที่เกิดขึ้นภายในชุมชนดังนี้

3.2.1 การยอมรับซึ่งกันและกันในชุมชน ชุมชนเปิดโอกาสและให้การยอมรับคนพิการมากขึ้น ว่าเป็นสมาชิกที่สำคัญของตำบลนายายอาม

3.2.2 การสื่อสารทางบวก การเยี่ยมบ้าน พบปะพูดคุยกับคนพิการและครอบครัวอย่างเปิดเผยด้วยวาจาและท่าทางที่เป็นมิตรและเอื้ออาทร แสดงถึงการสื่อสารทางบวกที่เชิงสร้างสรรค์ของคนภายในชุมชนที่มีให้แก่กัน

3.2.3 การยืดหยุ่น การจัดกิจกรรมเพื่อคนพิการในชุมชน ทำให้มีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้คนในชุมชนกับคนพิการได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น ลดช่องว่างในสังคม

3.2.4 การคิดถึงประโยชน์ส่วนรวม การรวมกลุ่มเครือข่ายของคนในชุมชนดังเช่นกลุ่มจิตอาสาเป็นกลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง และทำงานเป็นทีม แสดงถึงความสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวม ไม่นิ่งดูเฉย ช่วยเหลือด้วยความสมัครใจ/เต็มใจ เสียสละเวลาและทรัพย์สินเพื่อส่วนรวม เพื่อประโยชน์ต่อคนในชุมชนในระยะยาว ดังตัวอย่างการสนทนากลุ่ม

“อย่างกรณีที่เราอุทธรณ์งบประมาณลงไปเพื่อให้เกิดจิตอาสาตามโครงการ ดร.รัชนีนั้น เราได้อาสาสมัครที่มีความรู้ เสียสละเพื่อส่วนรวม ไปถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ดูแล และช่วยดูแลคนพิการที่บ้าน เกิดประโยชน์กับคนในตำบลดีมาก”

(นายก อบต./สนทนากลุ่ม)

3.3 เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงานกับประชาชน ผลจากการพัฒนารูปแบบระบบฯที่สำคัญประการหนึ่งคือ การเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ กับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเดิมคนพิการและครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกเชิงลบกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐกับการดูแลสุขภาพคนพิการ แต่หลังจากได้พัฒนารูปแบบระบบฯทำให้เจตคติของประชาชนเปลี่ยนไป ดังข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

“การดูแลคนพิการเป็นผลงานเด่นของอำเภอ โครงการอาจารย์รัชนีจะเห็นภาพของโรงพยาบาลที่ทำงานตรงนี้ก็สามารเชื่อมต่อกับ อบต. และชุมชนได้มาก สัมพันธภาพดีมาก เหนียวแน่นขึ้น ประชาชนรู้สึกดีและยอมรับเจ้าหน้าที่ ซึ่งแตกต่างไปจากเดิมในทางที่ดีขึ้นจนเห็นได้ชัด มันเกินความคาดหมายค่ะ”

(พยาบาลทีมเชิงรุกตำบลนายายอาม/สนทนากลุ่ม)

บทที่ 7

สรุปผลและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ที่มุ่งเน้นพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานของพื้นที่ต้นแบบโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยเลือกพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินการแบบเจาะจงเลือก (Purposive Sampling) คือ อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีความเต็มใจและพร้อมในการร่วมดำเนินการ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ สมาชิกครอบครัวคนพิการ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครองค์กรในชุมชนทั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ต้นแบบ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการประเมินสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการ และประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และ ระยะที่ 2 เป็นการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่เน้นการขับเคลื่อนเพื่อค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา (Problem solving) ซึ่งใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ของผู้มีส่วนได้เสียทุกขั้นตอน ดำเนินการควบคู่พร้อมๆ กันไปในลักษณะเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Spiral action) ของการมอง-คิด-ปฏิบัติ (Look- Think-Act) ที่ต่อเนื่องกันจนได้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่เหมาะสมกับชุมชนต้นแบบ การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ ประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบของผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ ผู้มีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) ทีมผู้วิจัย เป็นทีมงานนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญหลายสาขาวิชา และนักปฏิบัติในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยตรง มีบทบาทในการออกแบบกระบวนการทำงานโครงการฯ ในภาพรวม (2) กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย คนพิการ ผู้ดูแลและครอบครัว มีบทบาทของการให้ข้อมูล ร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมดำเนินการพัฒนาระบบ (3) กลุ่มประชาชนในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัคร ครู พระ และเครือข่ายประชาชนต่าง ๆ มีบทบาทของการให้ข้อมูล ร่วมให้ความคิดเห็น (4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทในการให้ข้อมูล ร่วมให้ความคิดเห็น ประสานงานในพื้นที่และภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมดำเนินการพัฒนา และสนับสนุนทรัพยากรการดำเนินงานของระบบ

2. กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบ สรุปได้เป็น 4 ระยะ 7 ขั้นตอน คือ

ระยะที่ 1: ระยะเพาะเมล็ดต้นกล้า (ก่อร่างสร้างฐาน) เป็นการเตรียมภาคีเครือข่ายให้มีความพร้อมเพื่อเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ

ขั้นตอนที่ 1: การสร้างความร่วมมือในการพัฒนาระบบร่วมกันของทีมผู้วิจัยและ

ภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถือเป็นรากฐานที่สำคัญของการเกิดเป็น “ภาคีหุ้นส่วน” (partnership network) ที่เป็นแกนหลักของการดำเนินการพัฒนาระบบ ซึ่งเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี (Build-up Rapport) ระหว่างทีมผู้วิจัยกับกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย โดยมีกิจกรรมตั้งแต่ทีมผู้วิจัยศึกษาทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ การดูแลคนพิการ และระบบที่เกี่ยวข้องในภาพรวม และข้อมูลพื้นฐานของชุมชน หลังจากนั้นจึงใช้ “การประชุมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ” เป็นกลไกในการสร้างความเข้าใจ ความเชื่อถือ การสื่อสารข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็น เปิดรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลแสดงความคิดเห็น และกระตุ้นความร่วมมือการพัฒนาในลักษณะของภาคีหุ้นส่วน ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมโดยเริ่มจากกลุ่มแกนนำในพื้นที่ หลังจากนั้นจึงเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ทั้งนี้ใช้หลักการพัฒนาจากแกนสู่กลุ่ม จากกลุ่มสู่คนในชุมชน โดยดำเนินการ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ประชุมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างทีมนักวิจัยกับเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงาน โครงการ และแกนนำในพื้นที่ มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 42 คน และครั้งที่ 2 ประชุมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างทีมนักวิจัยกับแกนนำ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ คือ คนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัว กลุ่มประชาชนในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัคร ประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบ กลุ่มผู้บริหารส่วนท้องถิ่น/ผู้นำ ทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล ตลอดจนกลุ่มผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพและนักสังคมสงเคราะห์ มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 126 คน

ผลการดำเนินกิจกรรม: ทำให้เกิดการรู้จัก เข้าใจ และยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างทีมผู้วิจัยกับภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานที่ถูกต้องเกี่ยวกับคนพิการ (inform) การเตรียมความพร้อมการพัฒนา (prepare) และการกระตุ้นเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ (motivate) ในกลุ่มภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการทันที ไม่มีรายใดปฏิเสธ และพร้อมที่จะขยายไปยังผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง แกนนำระดับผู้บริหาร องค์กรต่างๆ ในชุมชน ตลอดจนร่วมกันในพัฒนาระบบการดูแลคนพิการในอำเภอนายายอามอย่างจริงจัง จนเกิดเป็น “บันทึกพินิจสัญญา” (MOU-Memorandum Of Understanding) ซึ่งถือเป็นการก่อเกิดปฏิริยาทางสังคม (Social interaction) และกระบวนการเคลื่อนไหวในสังคม (Social movements) เพื่อการพัฒนาร่วมกันอย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2: การร่วมมองและสะท้อนปัญหา เป็นการศึกษาปัญหาและสะท้อนคิด

พิจารณาปัญหา (Problem Identification and Diagnosis) ทั้งหมด **กิจกรรมดำเนินการ:** ทีมผู้วิจัยร่วมในกระบวนการเรียนรู้กับภาคีหุ้นส่วน ใช้หลักการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) ตั้งแต่วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์สภาพความเป็นจริงของปัญหา ความต้องการของคนพิการ ผู้ดูแล ครอบครัว และความต้องการระบบการดูแลคนพิการ ตลอดจนผลกระทบจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการฯ โดยผสมผสานวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ประกอบด้วยเทคนิคที่หลากหลาย

ผลการดำเนินกิจกรรม: จากการที่ทีมผู้วิจัยร่วมเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพดังกล่าว เป็นการสร้างระบบข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับคนพิการในพื้นที่ (inform) เกิดเป็น

ข้อมูล สารสนเทศพื้นฐาน ปัจจัยต่างๆ ทางสุขภาพที่ชัดเจนหรือเป็นหลักฐานสะท้อนภาพผลกระทบอาจเกิดขึ้นจริงในปัจจุบัน ทำให้ชุมชนตระหนักและยืนยันถึงปัญหาที่เกิดขึ้นภายในพื้นที่ ซึ่งชุมชนเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตลอดจนมีความสนใจเอาใจใส่ต่อเรื่องคนพิการ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมชุมชน (prepare) ในการพัฒนาอย่างเป็นหุ้นส่วน ถือเป็นการแสดงบทบาทผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ที่สำคัญ และกระตุ้นให้ชุมชนเกิดกระบวนการขับเคลื่อน หรือความเคลื่อนไหว ความตื่นตัวมากขึ้น (motivate)

ระยะที่ 2 : ระยะร่นนำพรวนดิน (หัวเลี้ยวหัวต่อ) เป็นระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) เป็นขั้นตอนที่ดำเนินการร่วมกันของทีมวิจัยและภาคีเครือข่าย ตั้งแต่กระบวนการวางแผน ตัดสินใจ ร่วมกัน (Planning Stage) และร่วมดำเนินโครงการและกิจกรรมที่กำหนด (Implementation Stage) ตาม (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนของภาคีเครือข่าย การดำเนินการ ในระยะนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย (ขั้นตอนที่ 3 และ 4)

ขั้นตอนที่ 3 การร่วมคิดเพื่อการพัฒนา เป็นการขับเคลื่อนเพื่อค้นหาวิธีการแก้ไข ปัญหา (Problem Solving) โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนข้อค้นพบกับคนในท้องถิ่นปัจจุบัน วิเคราะห์ปัญหา มอง ภาวณาคต กำหนดเป้าหมาย และแนวทางแก้ไข **กิจกรรมดำเนินการ:** ทีมผู้วิจัยยังคงยึดหลักการวิเคราะห์ ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) ในการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ อำเภอนายายอาม โดย - ทีมผู้วิจัยได้จัดประชุมสัมมนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และนำเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: A-I-C) มาใช้ในการดำเนินการมีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 71 คน การประชุมนี้ทำให้ภาคีหุ้นส่วนมีโอกาสสะท้อนคิดปัญหาที่เกิดขึ้นอีกครั้ง กำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ในอนาคต และร่วมวางแผนการแก้ไขปัญหาการดูแลคนพิการด้วยตนเอง ทีมผู้วิจัยได้จัดประชุมสัมมนาอีกครั้งเพื่อสังเคราะห์ (ร่าง) รูปแบบการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการอำเภอนายายอาม โดยนำเทคนิคกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 12 คน

ผลการดำเนินกิจกรรม : ทำให้ภาคีหุ้นส่วน เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ร่วมกันเสนอ ออกแบบ และตัดสินใจการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน จนเกิดเป็นรายงานข้อเสนอแนะการพัฒนาฯ ภายหลังการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้ (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนที่มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และสอดคล้องกับ บริบทอำเภอนายายอามที่พึงประสงค์ ซึ่งมีแผนปฏิบัติการ (Action Plan) การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ หรือ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่ระบุ หลักการและเหตุผล เป้าหมาย แนวทาง ผู้รับผิดชอบ บทบาท เครือข่ายความร่วมมือ งบประมาณ และแหล่งงบประมาณการดำเนินงานอย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 4 การร่วมสร้างระบบที่พึงประสงค์ เป็นการทดลองใช้ (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการดังกล่าว ทีมผู้วิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของกิจกรรมในลักษณะของภาคีหุ้นส่วน กล่าวคือ “เราทำ เขาทำ แต่ละกลุ่มขับเคลื่อนตามบทบาทของตัวเอง” ร่วมกับความพยายามในการระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ ทั้งกำลังคน กำลังแรง และกำลังความคิด เพื่อระบบการดูแลคนพิการที่ต้องการ ในอนาคต ซึ่งแต่ละกลุ่มภาคีหุ้นส่วนที่รับผิดชอบ ต่างดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมาย

ผลการดำเนินกิจกรรม: ตามหน้าที่ความรับผิดชอบใน (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการฯ ทำให้เกิดระบบการดูแลคนพิการโดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐานอย่างเป็นรูปธรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานในทุกภาคีหุ้นส่วน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งคนพิการ ผู้ดูแล ครอบครัว องค์กรภาครัฐ และภาคประชาชน

ระยะที่ 3 : ระยะแต่งกิ่งใบและให้ปุ๋ย (พัฒนาต่อเนื่อง) เป็นระยะประเมินผลและปรับปรุงโครงการ (Evaluation and Improving Phase) ระยะนี้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย (ขั้นตอนที่ 5 และ 6)

ขั้นตอนที่ 5 การร่วมประเมินและสะท้อนการปฏิบัติ เป็นขั้นตอนของการติดตามและประเมินผลภายในโครงการที่ชี้แนะทางการประเมินผลเชิงสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment Evaluation Research) มาประยุกต์ใช้ และช่วยกระตุ้นพลังและกำลังใจในการดำเนินงานพัฒนาควบคู่ไปด้วย **กิจกรรมดำเนินการ:** ทีมผู้วิจัยร่วมกันกับภาคีหุ้นส่วนประเมินและสะท้อนการปฏิบัติตาม (ร่าง) รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานใน 3 ระยะ (1) การประเมินเมื่อเริ่มการทดลองใช้รูปแบบ (2) การประเมินกระบวนการขณะทดลองใช้รูปแบบ (3) การประเมินผลผลิตเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองใช้รูปแบบ

ผลการดำเนินกิจกรรม ทำให้ภาคีหุ้นส่วน เกิดการเรียนรู้ร่วมกันทุกฝ่าย จนเกิดเป็นข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติสำคัญในการดำเนินงานพัฒนาระบบฯ ต่อไป ในระหว่างการประเมินทุกครั้งทีมผู้วิจัยยังได้เสริมพลัง (Empowerment) ให้กับภาคีหุ้นส่วน ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) และกระบวนการเคลื่อนไหวในสังคม (Social movements) อย่างต่อเนื่อง **ขั้นตอนที่ 6 : การแสวงหาและพัฒนาต่อ** เป็นขั้นตอนปรับแต่งหรือการเสริมจุดแข็ง และปรับปรุงจุดด้อยให้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการฯ ได้เข้ารูปมากขึ้น (Model shaping) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานในอนาคต **กิจกรรมดำเนินการ:** ทีมผู้วิจัยและภาคีหุ้นส่วนยังคงร่วมกันดำเนินการแสวงหาและปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติสำคัญในการดำเนินงานพัฒนาระบบฯ ซึ่งแต่ละกลุ่มภาคีหุ้นส่วนร่วมขับเคลื่อน

ระยะที่ 4: ระยะผลิดอกออกผล (ปรับให้เข้าสู่วิถีของครอบครัวและชุมชน) เป็นการชื่นชมกับศักยภาพของชุมชน เสริมพลังการทำงาน และปรับระบบที่เกิดขึ้นใหม่ให้เข้าสู่วิถีของครอบครัวและชุมชนปกติ เพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงาน ซึ่งระยะนี้มี 1 ขั้นตอนคือ **ขั้นตอนที่ 6**

ขั้นตอนที่ 6 การเพิ่มพลังและสร้างความยั่งยืน ของกลุ่มและระบบที่เกิดขึ้น **กิจกรรมดำเนินการ:** ทีมผู้วิจัยได้จัดสัมมนาเพื่อพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังอำนาจในการทำงานของกลุ่มภาคีหุ้นส่วน ได้แก่ กลุ่มจิตอาสา กลุ่มผู้ปฏิบัติ ผู้นำท้องถิ่น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 75 คน

ผลการดำเนินกิจกรรม ชุมชนเกิดการเรียนรู้จากผู้อื่น มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำงาน และมีแนวทางในการพัฒนาดำเนินการของตนเอง การเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีเป้าหมายพื้นฐานอันเดียวกัน เกี่ยวกับการทำงานให้สำเร็จ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของความรู้ ความเชื่อ เจตคติ และทักษะของสมาชิกอื่น ๆ

ผลการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

ผลการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ณ ตำบลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ประกอบด้วย (1) นวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ (2) ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ (3) ผลกระทบของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ สรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ)

ณ ตำบลนายายอามโดยกระบวนการ WE CAN DO by TIM โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 4 แนวคิด คือ 1) การดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ (Seamless Continuing Care) 2) ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Strength) 3) ศักยภาพของชุมชน (Community capacity) 4) การเรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย (Collaborative Learning to Goal Success) 8 หลักการ คือ 1) บทบาทของครอบครัว (Family Role) โดยคำนึงถึง ความสมดุลของการยึดเหนี่ยวระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัวและคนพิการ การความยืดหยุ่นในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว 2) บทบาทของภาคีเครือข่าย (Network Role) 3) การเข้าถึงบริการ (Access) 4) การประสานงานที่ไร้รอยต่อ (Seamless co-ordination) 5) จัดเตรียมบริการที่เหมาะสม (Appropriate services) 6) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและคนพิการ (Family and disabled people Participation) 7) การเคารพในศักดิ์ศรีของคนพิการ (Respect) 8) ความรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำ (Accountability)

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในรูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

เป็นการดำเนินงานในรูปของ “ภาคีเครือข่ายแบบเป็นหุ้นส่วน” ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มบุคคลต่าง ๆ คือ ภาคประชาชน ได้แก่ คนพิการ ญาติผู้ดูแล/ครอบครัว/ สมาชิกในครอบครัว กลุ่มจิตอาสา แกนนำในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งช่วยเหลือคนพิการในชุมชน ภาครัฐ ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ภาคเอกชน

กระบวนการดำเนินการการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นฐาน

กระบวนการดูแลคนพิการที่ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนของอำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี สร้างและพัฒนาขึ้น เรียกว่า “WE CAN DO by TIM” ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลต่อเนื่องที่เป็นเกลียวปฏิสัมพันธ์แบบครบวงจรโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอนและ 3 คุณลักษณะ ดังนี้คือ

1.1 การสร้างความตั้งใจ มุ่งมั่น และความร่วมมือในการดูแลคนพิการ (W-Willing)

หมายถึง การทำพันธะสัญญาดกลความร่วมมือกันระหว่างภาคีเครือข่าย ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

1.2 การร่วมค้นหา มองและสะท้อนปัญหา/ความต้องการ (E-Exploration)

หมายถึง การร่วมกันสำรวจ และวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ ของคนพิการ การดูแลคนพิการ ของผู้ดูแล ชุมชน ตลอดจนวิเคราะห์ระบบการดูแลคนพิการ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในชุมชน โดยใช้เทคนิค

กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการร่วมด้วย ซึ่งควรได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพ

1.3 การรวมพลังร่วมคิดเพื่อการพัฒนา (C-Cognition) หมายถึง การรวมพลังของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมวางแผน กำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหา และสนองตอบความต้องการการดูแลของคนพิการ และครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

1.4 การร่วมปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พึงประสงค์ (A-Acting) หมายถึง ภาเกื้อเครือข่ายรวมพลังกัน ร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ ในการดูแลคนพิการในชุมชน โดยจำแนกการดูแลตามประเภท ของผู้ที่เกี่ยวข้อง

1.5 การร่วมประเมินและให้ข้อสังเกตการปฏิบัติ (N-Notice) หมายถึงกลุ่มที่เกี่ยวข้องนำรูปแบบการดำเนินงานที่ร่วมกันพัฒนามาใช้อย่างต่อเนื่อง ดำเนินการตรวจสอบกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเก็บข้อมูลทุกกระยะด้วยวิธีการ สัมภาษณ์เจาะลึก สทนทนากลุ่ม และสะท้อนการปฏิบัติตามข้อสังเกต เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้เหมาะสมต่อไป การประเมินระบบ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินความก้าวหน้าของระบบ (formative evaluation) และการประเมินผลสรุปของระบบ (summative evaluation)

1.6 การร่วมแสวงหาและพัฒนาต่อ (D-Decoration) หมายถึง กลุ่มที่เกี่ยวข้องร่วมกันแสวงหาและพัฒนากระบวนการต่อเนื่องโดยปรับให้เข้าสู่วิถี ของครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่งในการที่จะปรับแต่งในการการเสริมจุดแข็งและปรับปรุงจุดด้อยทั้งในส่วน ของ กระบวนการดำเนินงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการฯ ได้เข้ารูปมากขึ้น (Model shaping ระบบมีความเหมาะสมและสามารถใช้ได้จริงภายใต้บริบทของชุมชนและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานในอนาคตต่อไป

1.7 การสร้างความโดดเด่น ความต่อเนื่องและ ความยั่งยืนด้วยการเพิ่มพลัง (O-outstanding) หมายถึงชุมชนโดยภาครัฐทั้งเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถาน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องเพิ่มพลังเพื่อให้กลุ่มที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสร้างความยั่งยืน ซึ่งเป็นขั้นตอนลำดับสุดท้ายที่จะเสริมความมั่นคง และความยั่งยืนของกลุ่มและระบบที่เกิดขึ้น

คุณลักษณะเด่นของภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา (TIM-Team Approach/Inspiration and Mankind)

1) **ภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาต้องทำงานเป็นทีมในการดูแลคนพิการ (T-Team approach)**
รูปแบบของทีม มีลักษณะเป็น “เครือข่ายหุ้นส่วนแบบผสมผสาน” ที่เกิดจากกระบวนการทางสังคมที่มี การสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงทุกส่วนในชุมชน ระหว่างกลุ่มบุคคลจากภาคประชาชน ภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งสมาชิกแตกต่างกันในสถานภาพประกอบด้วย จิตอาสา ญาติผู้ดูแล คนพิการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก บุคลากรด้านสุขภาพ ครู เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระ กลุ่มต่างๆและองค์กรการกุศลในชุมชน ทุกคนที่เป็นสมาชิกของภาคีหุ้นส่วนมาด้วยความสมัครใจ มีเป้าหมายร่วมกัน

2) ทิมาภคิหุ้่นส่วนจิตอาสาต้องมืแรงแบนดาลใจในการดูแลคนพิการ (I-Inspiration)

การประสบความสำเร็จ ส่วนหนึ่งก็ขึ้นอยู่กับ **“แรงแบนดาลใจ”** ที่เป็นพลังขับเคลื่อน แรงแบนดาลใจจึงเหมือนเป็นไฟที่ลุกโชติ สร้งความหวังให้กับมนุษย์ ช่วยให้การดำเนินชีวิตมีเป้าหมายที่ชัดเจน และ มุ่งไปสู่ความสำเร็จได้อย่างรวดเร็วและมั่นคง จึงถือว่าเป็นวิถีชีวิตที่งดงาม แรงแบนดาลใจของแต่ละคนย่อมแตกต่างกันตามพื้นฐานของแต่ละคน แรงแบนดาลใจเป็นสิ่งที่สามารถสร้างได้ด้วยตนเอง หรือการหาบรรยากาศกับคนรอบข้าง แรงแบนดาลใจ เกิดจาก **“แรงแปลก (Drive)”** และ **“แรงแจจใจ (Motivation)”** พลังทั้งสองแรงแจจะทำให้เกิดความกระตือรือร้น สนุก รู้สึกตัวเองมีค่ามากขึ้นเมื่อทำงานได้สำเร็จ

3) ทิมาภคิหุ้่นส่วนจิตอาสาต้องมืความรู้สึกร่วมในการทำเพื่อมวลมนุษยชาติ (M-Mankind)

ผู้วิจัยได้ให้ข้อคิด ปรับเจตคติ และแลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วม ปลุกจิตสำนึกภคิหุ้่นส่วนให้ตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ เพื่อประพฤติปฏิบัติตนเป็นคนดี และมีคุณค่าต่อสังคมว่า **“ทุกคนคือมนุษย์เท่าเทียมกัน”** การปฏิบัติตนต่อเขา ต้องคำนึงถึง **“สิทธิความเสมอภาคของบุคคล** จูงใจให้ทำความดีเพื่อมวลมนุษยชาติ โดยเฉพาะกับกลุ่มที่ด้อยโอกาสดัง เช่นคนพิการ **“คุณมีความดีที่ทำ มากพอแล้วหรือยัง ?”** สร้งสรรค์เจตคติและค่านิยมอันดีงามของสังคมต่อเพื่อนมนุษย์ โดยเคารพในความหลากหลาย สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ผ่าน **“การเสียสละอันสูงสุด คือการเสียสละความดีของตนเองมอบให้เพื่อนมนุษย์ทุกคน”** และ **“มุ่งมั่นกับสิ่งที่ตนเสียสละ”**

2. ศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน (นวัตกรรมเพื่อคนพิการ)

การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน (Disabled People Caring Learning Center) เป็นแหล่ง / แนวทางให้ชุมชนและครอบครัวได้ศึกษาเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อให้คนพิการที่ขาดโอกาสในการฟื้นฟูและพัฒนาในระบบต่างๆ ได้เตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะต่างๆ การประกอบอาชีพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อีกทั้งเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับกลุ่มผู้ดูแล จิตอาสา เยาวชนและประชาชนทั่วไปได้ศึกษาค้นคว้าความรู้ในการดูแลตนเอง ดูแลสมาชิกของครอบครัวและผู้ดูแลผู้อื่นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันความพิการ ศูนย์การเรียนรู้ดังกล่าวเป็นอีกหนึ่งนวัตกรรมจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ได้ดำเนินการจัดตั้งที่ตำบลนาขายอามเป็นแห่งแรก เพื่อให้เป็นศูนย์ต้นแบบในการดำเนินการขยายไปสู่ตำบลอื่นๆของอำเภอนาขายอามต่อไป **หน่วยงานที่เข้าร่วมดำเนินการ:** ได้แก่ โรงพยาบาลนาขายอาม โรงพยาบาลสร้งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มภคิหุ้่นส่วนจิตอาสา

วัตถุประสงค์ของศูนย์การเรียนรู้

1. เพื่อเสริมสร้งศักยภาพคนพิการ โดยมุ่งเน้นคนพิการเป็นศูนย์กลางการฟื้นฟูและพัฒนา
2. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานช่วยเหลือ ดูแล และพัฒนาศักยภาพคนพิการ
3. เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระและมีส่วนร่วมอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข
4. เพื่อพัฒนารูปแบบความเป็นหุ้นส่วนในการดูแลคนพิการในชุมชน

กระบวนการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ฯ:

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้การดูแลคนพิการในชุมชน โดยมีปรัชญาที่สำคัญคือ สร้างบรรยากาศของศูนย์ฯให้เป็นเสมือนบ้านอันอบอุ่นแก่คนพิการ ผู้ดูแล จิตอาสา ประชาชนทั่วไป บุคลากรทางด้านสุขภาพ นักวิชาการ และนักวิจัยที่มาเรียนรู้ในขอบข่ายงานของศูนย์

ขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาศูนย์ฯได้ดังนี้

1. การค้นหาความคิด
2. การสร้างมิตรในงาน
3. การสานต่อการจัดตั้ง
4. การรับฟังสะท้อนความคิด
5. การขยายพันธมิตรเครือข่าย
6. การถ่ายทอดองค์ความรู้
7. การร่วมพัฒนาการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

บทบาทของศูนย์การเรียนรู้

1. เป็นศูนย์รวมความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
2. เป็นศูนย์ถ่ายทอดประสบการณ์ดูแลคนพิการสำหรับผู้ดูแล และกลุ่มภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา
3. เป็นศูนย์กลางของกิจกรรม/บริการหลากหลายที่เป็นประโยชน์สำหรับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ
4. บริการของศูนย์อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของคนในชุมชน และองค์กรท้องถิ่น

องค์ประกอบของศูนย์การเรียนรู้ฯ: ศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการ แบ่งออกเป็น 3 ขนาด คือ ขนาดเล็ก S ขนาดกลาง M ขนาดใหญ่ L ตามข้อเสนอแนะของภาคีหุ้นส่วน ซึ่งแต่ละขนาดมีองค์ประกอบภายในศูนย์ฯที่แตกต่างกัน ทั้งด้านสถานที่ สื่อการเรียนรู้ และ กิจกรรม สำหรับศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชนที่ตำบลนาขายอาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการในรูปแบบขนาด “S”

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ

จาก “ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ” “กระบวนการ WECANDO by TIM” “เครือข่ายจิตอาสา” และ “ศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน” เป็นนวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลสุขภาพคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ณ ตำบลนาขายอาม อำเภอนาขายอาม จังหวัดจันทบุรี ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญต่อคนพิการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมาย คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตาม (Follow up) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มคนพิการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายหลังจากที่กลุ่มภาคีหุ้นส่วนตำบลนาขายอามได้ดำเนินการตามรูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่สมบูรณ์ 3 เดือน (เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2554) ผลลัพธ์ดังกล่าวสรุปได้ ดังนี้

ผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อคนพิการ แบ่งออกเป็น 8 ประเด็นคือ 1) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ และบริการสุขภาพ 2) ความรู้และทักษะการดูแลตนเอง 3) การฟื้นฟูทางกาย 4) การพัฒนาจิตใจ 5) การพัฒนาจิตวิญญาณ 6) การกลับเข้าสู่สังคม 7) การดำรงชีวิตอิสระ 8) คุณภาพชีวิตของคนพิการ

ผลลัพธ์การพัฒนาระบบต่อผู้ดูแลและครอบครัวคนพิการ

จากการเยี่ยมบ้านสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ดูแลคนพิการจำนวน 15 ราย และสนทนากลุ่มผู้ดูแลคนพิการจำนวน 25 ราย พบว่า นวัตกรรมจากการพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกต่อผู้ดูแลและครอบครัวอย่างชัดเจน สามารถสรุปได้ ประเด็นคือ 1) ความภาคภูมิใจ 2) ความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ 3) ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล 4) ความเครียดและการจัดการความเครียด และ 5) ความผูกพันและความเข้มแข็งในครอบครัว

ผลลัพธ์การพัฒนาระบบต่อภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา

ภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาในกลุ่มบุคคลผู้มีความเสียสละทั้งกำลังกาย กำลังใจ หรือกำลังทรัพย์ในการช่วยเหลือ ดูแลคนพิการในตำบลนายายอามอย่างเป็นรูปธรรม จากการจัดเสวนาภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาจำนวน 110 ราย สัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ทั้งต่อกลุ่มจิตอาสาและชุมชน สามารถสรุปได้ ประเด็นคือ 1) ความภาคภูมิใจและความสุขที่ได้ช่วยเหลือ 2) ความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ 3) กิจกรรมการดูแลคนพิการ และ 4) ความผูกพันและเข้มแข็งในชุมชน

ผลลัพธ์ต่อทีมสุขภาพเชิงรุก พบว่าทีมสุขภาพเชิงรุกจาก หน่วยบริการทางด้านสุขภาพในพื้นที่ที่มีความเข้าใจในปรัชญาการดูแลคนพิการ มีความรู้ความสามารถที่จำเป็นในการดูแลคนและมี ความภาคภูมิใจและสุขใจ มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด วิธีทำงาน และพฤติกรรมการทำงาน มีการพัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดงานเด่นและนวัตกรรม การทำงานของหน่วยงานดีขึ้น

ผลลัพธ์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำและเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้าใจและตระหนัก ถึงความสำคัญและบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการดูแลคนพิการ ความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างจริงจัง มีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและแผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการผสมผสานกิจกรรมเรื่องการดูแลคนพิการ และการจัดสรรงบประมาณเข้าไปในแผนและนโยบายของตำบล **ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบเชิงรุก**

ความพึงพอใจในรูปบบระบบการดูแลคนพิการ พบว่าส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้ เป็นประโยชน์โดยตรงต่อคนพิการที่โดยทำให้คน

พิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว คนพิการ ผู้เป็นประโยชน์ต่อชุมชน ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดปัญหาคนพิการ

ผลกระทบของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ

1. การขยายเครือข่าย ไปยังตำบลอื่น จากการทำตำบลนายายอามได้มีระบบการดูแลคนพิการที่ใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน มีภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาที่เข้มแข็ง ผู้วิจัยจึงจึงให้ตำบลนายายอามเป็นต้นแบบและเป็นแม่ข่ายในการดูแลคนพิการที่มีคุณภาพ และจัดให้มีการถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์สู่ตำบลอื่นๆ จึงเกิดขึ้นความร่วมมือและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของเครือข่ายทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอ โดยเฉพาะการช่วยเหลือเกื้อกูลกันด้านข่าวสารข้อมูล การเยี่ยมบ้านคนพิการและครอบครัว การช่วยเหลือด้านเครื่องใช้-อุปกรณ์ที่มีอยู่ในชุมชน อาทิเช่น การให้ยืมเตียงแก่ผู้ป่วย ผู้พิการ หรือ ผู้ประสบอุบัติเหตุ ที่ต้องได้รับการดูแลคนเดียว เพราะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นต้น อีกทั้งยังมีการสร้างเครือข่ายระหว่างตำบล มีการเสริมแรงกระตุ้นให้ซึ่งกันและกันในการดำเนินงาน ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. ความเข้มแข็งของชุมชน ผลกระทบของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ สะท้อนภาพความสามัคคีและความเข้มแข็งของที่เกิดขึ้นภายในชุมชน คือ การยอมรับซึ่งกันและกันในชุมชน การสื่อสารทางบวก การยึดเหนี่ยว การจัดกิจกรรมเพื่อคนพิการในชุมชน การคิดถึงประโยชน์ส่วนรวมเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงานกับประชาชน

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จและอุปสรรคที่พึงระวังในการสร้างและพัฒนาระบบ

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการสร้างและพัฒนาระบบ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านโครงสร้าง ระบบ และกลไกการบริหารจัดการ การสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลคนพิการ ร่วมกับการเสริมแรงบันดาลใจและพลังในการดำเนินการ โดยชุมชน (motivate) จนเกิดเป็นปฏิริยาทางสังคม (Social interaction) และกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social movements) และนำไปสู่ความร่วมมือในการพัฒนาอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม ดังจะเห็นได้จากการที่ทุกภาคส่วนกำหนดให้การดูแลคนพิการเป็นหนึ่งในวาระที่สำคัญของอำเภอ และยินดีลงนามใน “บันทึกพินัยสัญญา” (MOU-Memorandum of Understanding) เป็นลายลักษณ์อักษร การสร้างความพร้อมทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ (prepare) การให้ข้อมูล ข่าวสาร และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจน (inform) อย่างแท้จริง การพัฒนาศักยภาพตามปัญหาและความต้องการของกลุ่มภาคีหุ้นส่วนอย่างเป็นระบบ การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ในระหว่างการพัฒนากระบวนการตลอดเวลา การเพิ่มอำนาจการตัดสินใจและศักยภาพในการแก้ปัญหาของคนในชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาจากล่างขึ้นบน (bottom-up approach)

2. **ปัจจัยด้านบุคลากรและชุมชน** ทุกคนที่เป็นสมาชิกภาคีเครือข่ายได้รับการสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของปัญหาของคนพิการและตระหนักในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลคนพิการ

3. **ปัจจัยด้านทรัพยากร** ภาคีเครือข่ายได้มีการระดมทุนทางปัญญา ทุนทางสังคม และทุนทรัพย์ในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลคนพิการ ทั้งจากครอบครัว ชุมชนและภายนอกชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

4. **ปัจจัยด้านการออกแบบกิจกรรมบริการ** การเตรียมความพร้อม สร้างความตระหนักของทุกภาคส่วนในชุมชนก่อนดำเนินการ โดยการให้บริการ “แบบองค์รวม” เน้นตอบสนองปัญหาและความต้องการครอบคลุมทุกด้านของคนพิการ และครอบครัว การประยุกต์องค์ความรู้ และข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานในการตัดสินใจพิจารณาออกแบบ และปรับกิจกรรมบริการ การจัดการบริการแบบบูรณาการในแนวราบและแนวดิ่งต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การบริการแบบเชิงรุก เน้นการเข้าถึงและประสานให้คนพิการ ครอบครัว และหุ้นส่วนในชุมชน

5. **ปัจจัยด้านการจัดการความรู้** การสนับสนุนและผลักดันให้ชุมชนเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินตนเองเพื่อวิเคราะห์หาจุดเด่น จุดด้อย และนำมาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น

6. **ปัจจัยความเข้มแข็งของ CBR** ประกอบด้วยการสร้างความรู้ความเข้าใจในปัญหาความพิการ การใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาของชุมชน และทรัพยากรในท้องถิ่นมาใช้ในการพัฒนาและฟื้นฟูคนพิการ การพัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะด้านให้แก่สมาชิกในชุมชน การให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการทำ CBR ตั้งแต่การวางแผน การอำนวยการ การประเมินผล การปฏิบัติการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนา ตามแนวคิดที่เป็นหลักการบริหารการพัฒนาที่ยั่งยืน การจัดกิจกรรมที่สอดคล้องตามความต้องการของคนพิการ ครอบครัวและชุมชน

ปัจจัยที่ทำให้การใช้ระบบการดูแลคนพิการประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย

1. หน่วยบริการทั้งของสถานบริการสุขภาพและอปท. มีนโยบายและแผนที่ชัดเจนในการดูแลคนพิการ
2. สร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนและประชาชนเข้าใจและเห็นความสำคัญของการดูแลคนพิการ
3. ทีมเชิงรุกสุขภาพและอปท. ตลอดจนทีมจิตอาสา : **เข้าใจในปรัชญาการดูแลคนพิการ** มีความรู้ความสามารถ มีความมุ่งมั่นทุ่มเทจริงจัง มีพฤติกรรมดูแลที่เอื้ออาทร ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์
4. ทีมเชิงรุกสุขภาพและอปท. ตลอดจนทีมจิตอาสา ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมด้าน **ความรู้ และทักษะ** ได้รับการกระตุ้นและเสริมพลังให้มีจิตบริการภายในทีม มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้
5. **การออกแบบบริการการดูแล** : ระดมทุนสนับสนุนทั้งทุนทางสังคม ทางปัญญาและทางเศรษฐกิจจากภาคีที่เกี่ยวข้อง **ยึดหลักองค์รวม** ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐาน ในการบริการ

6. การจัดให้มีการจัดการความรู้ ที่เป็นระบบ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานอย่างชัดเจน สนับสนุนและผลักดันให้ชุมชนเกิด กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาชนในอำเภอ และตำบล

อุปสรรคที่พึงระวังในการใช้ระบบการดูแลคนพิการ ประกอบด้วย

1. การเตรียมความพร้อมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่เพียงพอ ทำให้ไม่เข้าใจในบทบาทของตนเอง
2. การขาดขวัญและกำลังใจของเครือข่ายจิตอาสาที่เนื่องจากการะงาน ความเครียดและความเหนื่อย ในการเสียดสดูแลคนพิการ จะทำให้จิตอาสาเกิดความท้อถอย และมีส่วนร่วมลดน้อยลง
3. การ ขาดแคลนบุคลากรของทีมสุขภาพและอปท. ในการทำงานแบบเชิงรุกที่ประสานกันแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่องในพื้นที่
4. ความไม่ต่อเนื่องของการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน จะทำให้กิจกรรมบางอย่างหยุดชะงัก และส่งผลถึงการเข้าถึงบริการของคนพิการไม่ครอบคลุมได้
5. การขาดความเชื่อมต่อของระบบข้อมูลสารสนเทศของแต่ละหน่วยงานในพื้นที่ และปรับฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน จะทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนางานอย่างครบวงจร
6. การจัดทำตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ไม่ชัดเจน ตามความเป็นไปได้ของเป้าหมายสูงสุดแต่ละระยะของคนพิการแต่ละคน ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การช่วยเหลือตนเอง (functional outcome) จิตสังคม (psychosocial outcome) จะทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ที่แท้จริงได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่น

การนำผลการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน กระบวนการ WE CAN DO by TIM การสร้างภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา การสร้างศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน ไปใช้ประโยชน์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรได้พิจารณาดังนี้

1.1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากภาครัฐและภาคประชาชนสามารถนำผลรูปแบบระบบการดูแลคนพิการดังกล่าวไปใช้ได้แต่ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานตามท้องถื่นการอนามัยโลกได้ระบุไว้ในประเด็น “ความยืดหยุ่น เหมาะสม สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนแต่ละแห่ง ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะ มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีทุนทางสังคมที่แตกต่างกัน”

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การส่งเสริม สนับสนุนระบบการดูแลคนพิการด้วยการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในอำเภอนายายอาม ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยให้ตำบลนายายอามเป็นพี่เลี้ยงสำหรับตำบลอื่น ๆ และพื้นที่ใกล้เคียง

1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน ควรจัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนความสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละตำบล เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนาระบบการดูแลคนพิการด้วยการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานให้ดียิ่งขึ้น พร้อมทั้งเผยแพร่องค์ความรู้ที่ได้สู่สาธารณชน

1.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ และภาคประชาชน ร่วมกันจัดสร้างศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการในชุมชน ซึ่งในระยะเริ่มต้นอาจจัดตั้งเป็นมุมการเรียนรู้ และขยายเป็นศูนย์การเรียนรู้ตามศักยภาพ ความพร้อม และทรัพยากรที่มีในชุมชน เพื่อเป็นแหล่งทรัพยากรของชุมชน แหล่งค้นคว้า แหล่งถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่ การพึ่งตนเองของชุมชนในด้านการดูแลคนพิการได้

1.5 โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้บริการดูแลคนพิการ ควรปรับระบบบริการให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลคนพิการด้วยการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และต้องให้ความสำคัญกับการให้ ความรู้ ทักษะและข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่คนพิการและครอบครัว (Inform) เตรียมความพร้อมคนพิการ ครอบครัว และชุมชน (Prepare) ตลอดจนการกระตุ้น / จูงใจ / ให้กำลังใจและสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ (Motivate) อย่างต่อเนื่อง

1.6 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องผลักดันให้งานด้านคนพิการเป็นหนึ่งในวาระที่สำคัญของระดับอำเภอ

1.7 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องให้ความสำคัญกับคนพิการเท่าเทียมกับคนปกติ ในการจัดสวัสดิการต่าง ๆ ควรทำมากกว่าการทำหน้าที่จ่ายเบี้ยยังชีพ สวัสดิการที่ควรเพิ่มเติม เช่น การจัดอบรมให้ความรู้แก่คนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัว และคนในชุมชน การดูแลรักษาสุขภาพอนามัย และการดูแลคนพิการ การพาคนพิการออกสู่สังคม

1.8 ควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลคนพิการ ทั้งในระดับบุคคล (Individual Empowerment) ได้แก่ ตัวคนพิการ ผู้ดูแล เพื่อเป็นการสนับสนุนให้คนพิการได้มีการแสดงออกที่จะสามารถพึ่งตนเองได้ อันนำไปสู่ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self esteem) ผู้ดูแลได้มีกำลังใจ สังคมได้เห็นคุณค่าและเป็นการลดความเครียดในการดูแล การเสริมสร้างพลังอำนาจในชุมชน (Community Empowerment) โดยเน้นให้คนพิการ ผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน ด้วยความสามัคคีเกื้อกูล มีการจัดการที่เหมาะสม โดยให้คนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัว ชุมชนได้มีโอกาสในการตัดสินใจและเลือกหนทางในการแก้ปัญหาในระบบการดูแลคนพิการโดยชุมชน (Self of community) เพื่อเสริมความเข้มแข็งของระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

1.9 ควรมีการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลคนพิการ (Caregiver Center) เพื่อเป็นแหล่งรวมในการให้ความรู้/ฝึกทักษะ จัดอบรมญาติ ฝึกอบรมบุคลากร และเป็นแหล่งรวมเครื่องมือ อุปกรณ์ นวัตกรรมในการดูแล

1.10 ทีมจิตอาสา ควรได้รับการเสริมศักยภาพในด้านต่าง ๆ เช่น (1) ความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับหลักจิตวิทยาขั้นพื้นฐาน การให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับบริบท โดยเฉพาะผู้พิการทางจิต ผู้พิการที่มีภาวะอารมณ์แปรปรวน ผู้พิการทางปัญญาที่มีการรับรู้สั้น หรือ มีพัฒนาการช้า (2) การประเมินสภาพของผู้พิการทั้งทางกาย ใจ อารมณ์ สังคมและปัญญา และสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลืออำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ ทั้งกาย ใจ อารมณ์ สังคมและปัญญา ได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการ และ ความ เป็นจริงของแต่ละคน

1.11 ร่วมกันผลักดันให้งานด้านคนพิการเป็นหนึ่งในวาระที่สำคัญของระดับตำบล

2. ข้อเสนอเชิงนโยบายและการทำงานของระบบสนับสนุนส่วนกลาง

2.1 ควรให้การสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการด้วยการใช้ครอบครัวและชุมชน เป็นฐานในพื้นที่อื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงกัน เพื่อให้สามารถมาร่วมเรียนรู้จากอำเภอนายายอามได้ ควรสนับสนุนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือ การถอดบทเรียนของชุมชนต่าง ๆ ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน หรือ ใช้แนวคิดเดียวกันในการทำงานพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ เพื่อทำความเข้าใจในบริบทเฉพาะของแต่ละแห่งและนำไปสู่การสร้างความรู้ที่ขึ้นกับบริบท (Context-dependent knowledge)

2.2 ควรพิจารณาให้การสนับสนุนการพัฒนาความยั่งยืนของระบบการดูแลคนพิการ ณ อำเภอนายายอาม ในระยะต่อไป โดยมุ่งเน้น การพัฒนาศักยภาพทีมงานของบุคลากรด้านสุขภาพ ทีมจิตอาสา และ การสนับสนุนการต่อยอดของระบบ ต่าง ๆ ตลอดจนระบบการสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในด้านความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลคนพิการอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของระบบการดูแลทั้งในสถานบริการและในครอบครัว ชุมชน

2.3 ควรพิจารณาให้การสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการดูแลคนพิการอย่างเป็นรูปแบบ

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรพัฒนาระบบการดูแลคนพิการของโรงพยาบาลนายายอามและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอนายายอาม ให้สอดคล้องกับระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชน เป็นฐาน ที่มีความเข้มแข็งในระดับหนึ่งแล้วของชุมชน เพื่อให้การดูแลคนพิการมีความต่อเนื่องและสอดคล้องซึ่งกันและกัน

3.2 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เน้นการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยรวม จึงควรมีการพัฒนาแบบการดูแลเฉพาะประเภทของความพิการ เช่น การพัฒนาแบบการดูแลคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว เพื่อให้สอดคล้องกับระบบใหญ่

3.3 เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลคนพิการ จึงควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในด้านความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลคนพิการอย่างมีคุณภาพ

3.4 ควรศึกษาดูตามเพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามระบบการดูแลคนพิการด้วยการใช้ชุมชนเป็นฐานของอำเภอนายายอาม เพื่อประเมินความก้าวหน้า ความยั่งยืน และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการต่อเนื่องของระบบ

สรุปบทเรียนจากการศึกษาวิจัย

จากการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มที่เกี่ยวข้องที่เข้าร่วมในการดำเนินงานหลายกลุ่มแต่ละกลุ่มได้บทเรียน ดังนี้

1. **ทีมผู้วิจัย** เป็นทีมงานนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญหลายสาขาวิชา ทั้งด้านการศึกษา พยาบาลที่มีอาจารย์จากหลายสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การพยาบาลชุมชน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การพยาบาลเด็ก การพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานวิจัยทั้งในเรื่องที่เกี่ยวกับคนพิการ เกี่ยวกับการดูแลภาวะสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยตรง ที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการกับคนพิการโดยตรง ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล จากการดำเนินการร่วมกันระหว่างอาจารย์พยาบาลที่เป็นฝ่ายวิชาการ กับบุคลากรที่เป็นฝ่ายบริการ ส่งผลให้เกิด

1.1 มีการออกแบบกระบวนการทำงาน โครงการในภาพรวม ออกแบบกระบวนการเก็บข้อมูล ออกแบบเครื่องมือ จัดกระบวนการพัฒนา การร่วมกันศึกษาปัญหา สถานการณ์ของคนพิการในอำเภอนายายอาม ร่วมจัดกระบวนการเรียนรู้ ร่วมผลิตสื่อสาธารณะ ร่วมประเมินผลแบบเสริมพลัง การรวบรวมรายงาน และสังเคราะห์รายงานวิจัย

1.2 จากการที่ทีมวิจัยมีการศึกษาปัญหา สถานการณ์ และความต้องการของคนพิการ ตลอดจนผลกระทบทางด้านสุขภาพ ทั้งเชิงคุณภาพโดยการทำ การสัมภาษณ์เจาะลึก และเชิงปริมาณโดยการใช้แบบสอบถามถาม ส่งผลให้ทีมวิจัยได้เข้าใจ ลักษณะทางประชากรและสังคมของคนพิการ บริการสุขภาพที่คนพิการได้รับจากสถานบริการระดับต่าง ๆ การได้รับบริการช่วยเหลือจากภาคประชาชน การได้รับบริการด้านการศึกษา การได้รับบริการทางด้านสังคม สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ ทำให้ทีมวิจัยตระหนักและเห็นความสำคัญของคนพิการมากขึ้น เข้าใจในปัญหาและความลำบากของคนพิการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การประกอบอาชีพการยอมรับจากสังคม และช่องว่างของระบบการดูแลคนพิการในอำเภอนายายอามที่แท้จริง (Gap of system)

1.3 จากข้อมูลดังกล่าวเป็นปัจจัยนำเข้าที่ทีมวิจัยนำมาใช้ในการดำเนินการสร้างและพัฒนา ระบบร่วมกับการนำความรู้ทางทฤษฎีไปปฏิบัติจริง ซึ่งพบว่ากรอบแนวคิด ICCC สามารถใช้เป็นกรอบนำ

ทางในการดำเนินงานได้จริง แต่ต้องค้นหาวิธีที่เหมาะสม ภายใต้วัฒนธรรมและบริบทของชุมชนจึงจะดำเนินการได้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้กระบวนการ WE CAN DO BY TIM

1.4 ทีมวิจัยได้เรียนรู้ว่า การสร้างความเป็นหุ้นส่วนของชุมชนที่สำคัญ คือ การที่ต้องทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีแรงบันดาลใจในการที่จะช่วยเหลือคนพิการอย่างจริงจัง ทั้งบุคลากรภาครัฐและภาคประชาชน จึงทำให้เกิดทีมจิตอาสาที่ให้การดูแลคนพิการอย่างต่อเนื่อง

1.5 ความสำเร็จของการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานอยู่ที่พลังของทีมจิตอาสาที่มีความรู้สึกเป็นหุ้นส่วนในการปฏิบัติงาน จิตอาสาที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับความพิการ เช่น บางคนที่มีความพิการ หรือบางคนที่มีประสบการณ์การดูแลคนพิการ จะเกิดแรงบันดาลใจได้รวดเร็วในการที่จะมีจิตอาสมากกว่าคนที่ไม่มีประสบการณ์ตรง

1.6 การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในพื้นที่ที่ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 1 ปี 6 เดือนจึงจะเห็นผลความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม การแสดงออกถึงความจริงใจ ความมุ่งมั่น ความต่อเนื่องในการดำเนินการของทีมวิจัย เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ดึงดูดใจและกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ ประชาชน และตัวคนพิการเอง

1.7 การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานแบบเสริมพลังอำนาจของทีมวิจัย ส่งผลให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบเกิดการเรียนรู้ และคิดต่อยอดในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่น คิดประดิษฐ์กายอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดูแลคนพิการ รวมทั้งอุปกรณ์อื่น ๆ โดยใช้ภูมิปัญญาและวัสดุในชุมชน

2. คนพิการ ผลจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน คนพิการได้เรียนรู้ ดังนี้

2.1 จากการพัฒนาระบบ ทำให้คนพิการได้รับการพัฒนาศักยภาพครบทุกมิติทั้งด้านความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การฝึกด้านอาชีพ ได้รับเครื่องอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต ทำให้ความเป็นอยู่ดีขึ้น ด้านจิตใจ คนพิการได้รับกำลังใจจากการที่มีคนมาเยี่ยม ชุมชนให้ความสำคัญรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าขึ้นเกิดพลังอยากใช้ศักยภาพสูงสุดของตนเองในการช่วยเหลือตนเอง ไม่ทอดทิ้งในความพิการของตนเอง

2.2 คนพิการมีความเข้าใจว่าปัญหาความพิการเป็นของตนเอง ต้องช่วยตัวเองก่อน หากเกินความสามารถจึงขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

2.3 ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ทำให้คนพิการที่ได้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลคนพิการมากขึ้น ประเมินได้จากปฏิกิริยาของคนพิการ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับคนพิการ และผลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด

2.4 คนพิการรู้สึกเข้าใจภาระของผู้ดูแล และครอบครัวมากยิ่งขึ้น

2.5 คนพิการเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น ลดปมด้อยของตนเองในการอยู่ที่บ้านและชุมชน

3. ทีมบริการสุขภาพเชิงรุก (บุคลากรทางด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ได้เรียนรู้

3.1 ได้ปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลคนพิการ โดยให้ความสำคัญของการดูแลคนพิการเชิงรุกในชุมชนมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากการกำหนดนโยบายการดูแลคนพิการ มีการทำแผนปฏิบัติการเพื่อคนพิการ และมีการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจน และอีกประการหนึ่งบุคลากรทั้งสองกลุ่มได้สมัครเป็นจิตอาสา

3.2 ทีมเชิงรุกมีแนวทางและรูปแบบการดูแลคนพิการตามบทบาทหน้าที่ตนเองที่ชัดเจนขึ้น

3.3 ทีมเชิงรุก ได้คิดต่อยอดการทำงานโดยพัฒนาระบบเครือข่ายการทำงานในรูปแบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ที่เป็นรูปธรรมระหว่างทีมเชิงรุกของแต่ละตำบล

3.4 การทำงานแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพและ อปท. ในการดูแลคนพิการมีรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น

3.5 ทีมเชิงรุกเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารประสบการณ์ระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพ และ อปท. ทำให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3.6 ผู้นำทั้งสององค์กรได้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ กระบวนการคิด วิธีการ และพฤติกรรมการทำงาน มีความมุ่งมั่น ทุ่่มเท จริ่งจ้ง มีพฤติกรรมบริการที่เอื้ออาทร อบอุน มีมนุษยสัมพันธ์ดี ให้เกียรติ ยอมรับซึ่งกันและกัน และมีวิธีการประสานงาน การสื่อสารที่ดี ร่วมมือกัน ออกแบบบริการดูแลสุขภาพคนพิการเน้นการบริการเชิงรุกชัดเจนเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ทำให้สามารถเข้าถึงปัญหา แก้ไขได้ตรงจุด ส่งผลให้ปัญหาในชุมชนน้อยลง และมีความเข้าใจในตัวคนพิการมากขึ้น

4. ประชาชนในชุมชน ผลจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประชาชนในชุมชน ได้เรียนรู้ ดังนี้

4.1 จากผลของการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้คนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อคนพิการ ความสัมพันธ์กันมากขึ้น และเกิดความเข้มแข็งภายในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ดูแลคนพิการ

4.2 ประชาชนในชุมชน ได้เรียนรู้ว่า ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นการเปิดโอกาสให้คนพิการออกสู่สังคม และให้การยอมรับคนพิการ ว่าเป็นสมาชิกที่สำคัญของตำบลนายายอามมากขึ้น มีการสื่อสารและพูดคุยกับคนพิการมากขึ้น

4.3 ประชาชนในชุมชนเห็นความสำคัญของคนพิการ มีการจัดกิจกรรมเพื่อคนพิการในชุมชน เปิดโอกาสให้คนในชุมชนกับคนพิการได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น เป็นการลดช่องว่างในสังคม

4.4 ประชาชนในชุมชนเห็นประโยชน์ของระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชน

เป็นฐาน ทำให้เกิดการรวมกลุ่มเครือข่ายของคนในชุมชน เป็นกลุ่มจิตอาสา เป็นกลุ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง และทำงานเป็นทีม แสดงถึงสำนึกรับผิดชอบต่อส่วนรวม ช่วยเหลือคนพิการด้วยความเต็มใจ เสียสละทั้งเวลาและทรัพย์สินเพื่อเพื่อนพิการ

4.5 ผลจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ กับประชาชนในพื้นที่ จากเดิมคนพิการและครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกเชิงลบกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐกับการดูแลสุขภาพคนพิการ หลังจากได้พัฒนารูปแบบระบบฯ ทำให้เจตคติของประชาชนต่อเจ้าหน้าที่เปลี่ยนไป มีความรู้สึกดีและยอมรับเจ้าหน้าที่มากขึ้น

5. ผู้บริหารและทีมงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานผู้บริหารและทีมงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เรียนรู้

5.1 ผู้บริหารและทีมงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ โดยมองเห็นปัญหาในการดูแลคนพิการว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทของขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่อการดูแลคนพิการมากขึ้น ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างจริงจังโดยมีการกำหนดให้ประเด็นการฟื้นฟูคนพิการเป็นวาระของตำบลในการประชุมทุกเดือน มีการกำหนดแผน พัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยผสมผสานกิจกรรมเรื่องการดูแลคนพิการ และการจัดสรรงบประมาณเข้าในแผน

5.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เรียนรู้ ว่าการจัดทำแผนการดูแลคนพิการต้องมีการนำข้อมูลของผู้พิการและครอบครัว สภาพปัญหาของผู้พิการ แผนชุมชน นำมาประกอบการพิจารณาจัดทำแผน และต้องเป็นแผนที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม

5.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เรียนรู้ว่าต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเชิงรุกจึงจะทำให้เข้าถึงปัญหาแก้ไขได้ตรงจุด ต้องมีการส่งเสริมอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับคนพิการและสมาชิกในครอบครัว ได้รับบริการทางสุขภาพ การศึกษาเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

5.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จากเดิมที่มองว่าเรื่องคนพิการเป็นปัญหาใหญ่เกินกว่าที่ชุมชนจะดูแลฝ่ายเดียวโดยลำพังได้ ต้องเป็นระดับอำเภอจึงจะทำได้ จึงไม่ทราบว่าจะทำแผนให้การดูแลอย่างไร เมื่อได้เรียนรู้ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จึงปรับเปลี่ยนมุมมองปรับกระบวนการทำงานเป็นในลักษณะการมีส่วนร่วมของภาคีหุ้นส่วน

6. ครอบครัวคนพิการ ผลจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานครอบครัวคนพิการได้เรียนรู้ ว่า

6.1 คนพิการมีความสำคัญเท่าเทียมกับคนปกติ มีการรับฟังปัญหา การพูดคุยกับคนพิการ การนำคนพิการออกสู่สังคม เช่นพาไปเที่ยว ไปวัดร่วมทำบุญ เอาใจใส่ต่อคนพิการมากขึ้น ไม่มองคนพิการว่าเป็นตราบาปของครอบครัว

6.2 รูปแบบของภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา ทำให้ครอบครัวคนพิการกับเพื่อนบ้านมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน นำไปสู่การช่วยเหลือเกื้อกูลในกิจกรรมอื่นๆ ของชุมชน อย่างเข้มแข็ง

7. **ผู้ดูแลคนพิการ** ผลจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผู้ดูแลคนพิการ ได้เรียนรู้ว่า

7.1 ผู้ดูแลเข้าใจคนพิการมากขึ้นทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ และการดูแลคนพิการของผู้ดูแลดีขึ้น

7.2 ผู้ดูแลคนพิการ ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล และช่วยเหลือคนพิการได้ดีมากยิ่งขึ้น

7.3 ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการร่วมกับทีมจิตอาสา ทำให้ได้รับความรู้และประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลคนพิการมากขึ้น

7.4 ทีมจิตอาสาได้เชื่อมพุดคุยกับคนพิการและผู้ดูแลทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นทั้งผู้ดูแล และคนพิการ

บรรณานุกรม

- กลุ่มแผนและงบประมาณ สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2551). *คู่มือการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (Early Intervention: EI) เด็กพิการสำหรับโรงเรียนเฉพาะความพิการและศูนย์การศึกษาพิเศษ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
- คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. (2552). *โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็ม.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ.2550-2554*. เข้าถึงได้จาก <http://www.oppd.opp.go.th>
- ธิดารัตน์ นงศ์ทอง. (2546). *แผนบริการเฉพาะครอบครัว : กรณีศึกษาเด็กหูหนวกแรกเกิด – 6 ปี*. ปรินซ์นิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทวรรณ พุทธวรรณ. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง*. ปรินซ์นิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤมล พุกขศิลป์ และ พัทธรา หาญเจริญกิจ. การจัดการความรู้ = Knowledge management”. *รังสิตสารสนเทศ*, 6(1): 60-71.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. (2550, 27 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 124 ตอน 61 ก. หน้า 8-24. เข้าถึงได้จาก <http://kormor.obec.go.th/act/act063.pdf>
- มูลนิธิคนพิการไทย. <http://www.tddf.or.th/tddf/about/files/tddf48.doc>
- รัชณี สรรเสริฐ จินตนา วัชรสินธุ์ วรรณรัตน์ ลาวัจ และปิ่นนเรศ กาศอุดม (2548). *สถานการณ์ปัญหา ความต้องการและพลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในภาคตะวันออก*. รายงานการวิจัย รัชปกรณ์ นิภานนท์. (ม.ป.ป). *สถานภาพคนพิการกับการดำรงตำแหน่งผู้พิพากษา*. วันที่เข้าค้นข้อมูล 7 มกราคม 2553, เข้าถึงได้จาก <http://www.nrru.ac.th/knowledge/laws018.asp>
- วรรณรัตน์ ลาวัจ. (2549). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก*. วารสารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศิรินาถ ดงศิริ. (2552). *รายงานวิจัยการวัดน้ำหนักอรรถประโยชน์ของคุณภาพชีวิตในรูปแบบต่างๆ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขในประเทศไทย*. วันที่เข้าค้นข้อมูล 4 กรกฎาคม 2553, เข้าถึงได้จาก <http://www.hitap>.

net/backoffice/report/reports_display2.php?id=209

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *การสำรวจความพิการพ.ศ. 2550*. ม.ป.ท.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. 2553. *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี
- สุเวช ทรงอยู่สุข. (2550). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยองค์การบริหารส่วนตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อโนชา ทักษานชัย. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ. (2552). *บทเรียนความสำเร็จ เรื่อง : การดูแลผู้พิการในชุมชน*. บทเรียนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการประจำ (เขตชนบท) เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสหัส จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- Bachman, S. S., Tobias, C., Master, R. J., Scavron, J., & Tierney, K. (2008). A Managed Care Model for Latino Adults With Chronic Illness and disability : Results of the Brightwood Health Center Intervention. *Journal of Disability Policy Studies*, 18(4), 197-204.
- Boyle D et al. (2000). Caregiver quality of life after autologous bone marrow transplantation. *Cancer Nursing*, 23:193-203.
- Briggs & Fisher. (2000) in Aoun, S. (2004). *The social impact of caring for terminally ill people in Australia*. Retricved November 15, 2004. from [http://www.pallcare.org.au/publications/caregiving report.pdf](http://www.pallcare.org.au/publications/caregiving%20report.pdf)
- Burton, C., & Gibbon, B. (2005). Expanding the role of the stroke nurse : a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 640-650.
- Chilenski, S.M., Greenberg, M.T. and Feinberg, M.E. (2007). Community readiness as a multidimensional construct. *Journal of Community Psychology*, 35(3), 347 – 365.
- Clifton, D. W. (2005). *Physical Rehabilitation's Role in Disability Management : Unique Perspectives for Succes*. St. Louis, Missouri: Elseier Saunders.
- Cox, R. J., Amsters, D. I., & Pershouse, K. J. (2001). The need for a multidisciplinary outreach service for people with spinal cord injury living in the community. *Clinical Rehabilitation*, 15, 600–606.
- Crotty, M., Giles, L. C., Halbert, J., Harding, J., & Miller, M. (2008). Home versus day rehabilitation: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 37, 628–633.
- Ebrahim, S., et al. (2000). Locomotor disability in a cohort of British men: the impact of lifestyle

- and disease. *International Epidemiological Association*, 29, 478-486.
- Ehrlich-Jones, L., Mallinson, T., Fischer, H., Bateman, J., Semanik, P. A., Spring, B., et al. (2010). Increasing physical activity in patients with arthritis: a tailored health promotion program. *Chronic Illness*, 6, 272-281.
- Grundy, E., & Glaser, K. (2000). Socio-demographic differences in onset and progression disability in early old age: a longitudinal study. *Age and Ageing*, 29, 149-157.
- Goode KT Haley WE, Roth DL, Ford GR. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: A stress process model. *Health Psychology*, 17:190-198.
- Goode, K.T. et al. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: A stress process model (Electronic version). *Health Psychology*, 17(2), 190-198.
- Hardy, S. E., & Gill, T. M. (2005). Factors Associated With Recovery of Independence Among Newly Disabled Older Persons. *Arch Intern Med*, 165, 106-112
- Hawranik, P and Strain, L. (2000). *Health of informal caregivers: Effects of gender, employment and use of home care services*. Winnipeg: Prairie Health Centre of Excellence.
- International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and the World Health Organization. (2004). *CBR : a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities*. joint position paper. This article is available from: http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/ability/download/otherpubl_cbr.pdf
- Jagger, C., et al. (2007). Educational differences in the dynamics of disability incidence, recovery and mortality: Findings from the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *International Journal of Epidemiology*, 36, 358-36
- Leach, L. R., Franks, R. G., Boumans, D. E. and Farmers, J. (1993). Family functioning, social support and depression after traumatic brain injury. *Brain Injury*. 8(7), 599-606
- Lee, A. (1998). Seamless health care for chronic diseases in a dual health care system: managed care and the role of family physicians. *Journal of Management in Medicine*, 12(6), 398-402.
- Lim, J. & Zebrack B. (2004). Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2:50. This article is available from: <http://www.hqlo.com/content/2/1/50>

- McColl, M. A., Shortt, S., Godwin, M., Smith, K., Rowe, K., O'Brien, P., et al. (2009). Models for Integrating Rehabilitation and Primary Care: A Scoping Study. *Arch Phys Med Rehabil* .90, 1523-1531.
- Myers, John. (1991). *Cooperative Learning*. (July). (Online) Available from :
<http://www.city.londonmet.ac.uk/deliberations/collab.learning/panitz2.html>
- Naylor, M. D., Knoble, S. R., Robinson, K. M., Bowles, K. H., & Maislin, G. (2007). Community-Based Care Model for High-Risk Adults with Severe Disabilities. *Home Health Care Management Practice*, 19, 255-266.
- Oknation. (2551). การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ (*Independent Living*). วันที่เข้าค้นข้อมูล 9 เมษายน 2553, เข้าถึงได้จาก <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=232165>
- Panitz, Ted. (1996). *A Definition of Collaborative vs Cooperative Learning*. Retrieved May 25, 2002, Available from <http://www.city.londonmet.ac.uk/deliberations/collab.learning/panitz2.html>
- Roderick, P., Low, J., Day, R., Peasgood, T., Mullee, M. A., Turnbull, J. C., et al. (2001). Stroke Rehabilitation After Hospital Discharge: A Randomized Trial Comparing Domiciliary and Day-Hospital Care. *Age and Ageing*, 30, 303-310.
- Rubin, R. R. (2000). Diabetes and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*, 13, 21
- Stringer, E. T. (2007). *Action Research*. Los Angeles: Sage Publications.
- Stuart, M., et al. (2009). Community-Based Adaptive Physical Activity Program for Chronic Stroke: Feasibility, Safety, and Efficacy of the Empoli Model. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 23 (7), 726-734.
- Wandersman, A., Florin, P., Friedmann, R., and Meier, R. (1987). Who participates, who does not, and why? An analysis of voluntary neighborhood associations in the United States and Israel. *Sociological Forum*, 2, 534 – 555.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring And Generic Version of The Assessment*. Geneva: Switzerland.
- World Health Organization (WHO). (2001). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF* (Original). Geneva: Switzerland.
- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report*. This article is available from
<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccglobalreport.pdf>
- World Health Organization. (2005). *Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006 – 2011*.

This article is available from www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf

World Health Organization. (2008). *Disability and rehabilitation*. Retrieved January 7, 2010, from http://www.euro.who.int/violenceinjury/20080519_1

Yeo, R. (2001). *Chronic Poverty and Disability*. Background Paper Number 4, Chronic Poverty Research Centre.

ภาคผนวก

เครื่องมือในการวิจัย

ID ...

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

โครงการ “การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน”

.....

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 9 ตอน ดังต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการให้บริการสุขภาพของคนพิการ
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการให้บริการทางการศึกษาและข้อมูลข่าวสาร
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการให้บริการทางด้านอาชีพ
- ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการให้บริการทางด้านสังคม สวัสดิการและสิทธิประโยชน์
- ตอนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร
- ตอนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านคุณภาพชีวิต
- ตอนที่ 8 ความต้องการศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการ

ผู้สัมภาษณ์.....วันที่.....

ชื่อ/สกุล ผู้ให้ข้อมูล.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

☐ คนพิการ☐ ผู้ดูแล

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของคนพิการ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและ/ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1.1 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

1.2 ปัจจุบันท่านอายุ ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)

1.3 บ้านเลขที่.....หมู่.....ต. อ.นายายอาม จ.จันทบุรี เบอร์โทรศัพท์.....

1.4 สถานภาพสมรสในปัจจุบัน

☐ โสด☐ คู่☐ หม้าย☐ หย่า

1.5 สถานะทางสังคม

☐ หัวหน้าครอบครัว☐ สมาชิกในครอบครัว

1.6

.....

1.34

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการให้บริการสุขภาพของคนพิการ แบ่งเป็น 3 ส่วนย่อย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องของข้อความที่ตรงกับแหล่งที่ท่านไปรับบริการ

ส่วนย่อยที่ 2.1 การให้บริการสุขภาพจากสถานบริการ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2552)

2.1.1 ท่านเคยไปรับบริการด้านสุขภาพจากสถานบริการของรัฐบาลหรือเอกชน

☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบในส่วนย่อยที่ 2.2 หน้าถัดไป) ☐ เคย

2.1.2 สถานบริการที่ท่านไปรับบริการ (ให้ลงเลขเรียงลำดับที่ไปใช้บริการ ตามความถี่เริ่ม

จากบ่อยที่สุด = 1)

☐ 1) โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ☐ 2) โรงพยาบาลชุมชน ☐ 3) สถานบริการปฐมภูมิ
☐ 4) โรงพยาบาลเอกชน ☐ 5) คลินิก ☐ 6) อื่นๆ

คำชี้แจง จากคำถามต่อไปนี้ เป็นการถามเกี่ยวกับการให้บริการจากสถานบริการทั้งภาครัฐและ

ภาคเอกชน ขอให้

ตอบเฉพาะในสถานบริการที่ท่านเคยได้รับการบริการในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ที่ตรงกับความเป็นจริง

ถ้าท่านเลือก หมายเลข 0 หมายถึง ไม่ได้รับบริการ

ถ้าท่านเลือก หมายเลข 1 หมายถึง สภาพการรับบริการอยู่ในระดับน้อย

ถ้าท่านเลือก หมายเลข 2 หมายถึง สภาพการรับบริการอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย

ถ้าท่านเลือก หมายเลข 3 หมายถึง สภาพการรับบริการอยู่ในระดับค่อนข้างมาก

ถ้าท่านเลือก หมายเลข 4 หมายถึง สภาพการรับบริการอยู่ในระดับมาก

ถ้าท่านเลือก หมายเลข 9 หมายถึง ท่านไม่ได้เกิดเหตุการณ์หรือไม่ได้อยู่ในภาวะ ที่ต้องได้รับ
บริการนั้น

ข้อคำถาม	สถานบริการของรัฐ			สถานบริการเอกชน	
	SWG./SWH.	SWB.	หน่วยปฐมภูมิ/สอ.	SW.เอกชน	คลินิก
1. ท่านสามารถเดินทางไปใช้บริการได้อย่างสะดวก					
2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นอุปสรรคต่อการไปรับบริการ					
3. ท่านได้รับความสะดวกเมื่อไปรับบริการ					
.....					
15. ท่านได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความพิการของท่าน					

ส่วนย่อยที่ 2.2 การได้รับบริการจากครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องของข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่มี/ ไม่เคย	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. ครอบครัวดูแลท่านด้วยความเอาใจใส่					
2. ครอบครัวดูแลท่านอย่างสม่ำเสมอ					
3. ครอบครัวดูแลท่านด้วยความรักและความเต็มใจ					
4.					
.....					
9. ท่านพึงพอใจในการให้การดูแลจากสมาชิกในครอบครัว					

ส่วนย่อยที่ 2.3 การได้รับบริการสุขภาพจากภาคประชาชน

1. ชุมชนของท่านมีกลุ่มอาสาสมัคร อสม. / จิตอาสา สำหรับดูแลคนพิการ

☐ ไม่ทราบ

☐ ไม่มี

☐ มี

2. ในชุมชนของท่านมีชมรม / ศูนย์ / องค์กรที่เป็นเครือข่ายในการดูแลและการช่วยเหลือผู้พิการ

☐ ไม่ทราบ

☐ ไม่มี

☐ มี

ข้อความ	ไม่มี/ ไม่เคย	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. ท่านเคยได้รับการจากช่วยเหลือจาก อสม. / จิตอาสา / องค์กรเอกชน หรือชมรมต่างๆ					
2. เพื่อนบ้าน / อสม./จิตอาสาให้คำปรึกษาแนะนำ					
3. เพื่อนบ้าน / อสม./จิตอาสาให้การช่วยเหลือท่านโดยไม่ต้องการสั่งตอบแทน					
4.					
.....					
10. ท่านพึงพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับ					

* (จิตอาสา คือบุคคล/กลุ่มคน จากทุกภาคส่วนที่มีจิตที่จะช่วยเหลือโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการบริการด้านการศึกษา(สำหรับเด็กอายุ 6-15 ปีผู้ที่กำลังศึกษาอยู่)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องของข้อความที่ตรงกับสภาพของท่านมากที่สุด

3.1 ท่านได้รับทุนการศึกษา

☐ ไม่ได้รับ

☐ ได้รับ

3.2 ท่านได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การศึกษา เช่น สมุด หนังสือ ชุดนักเรียน

☐ ไม่ได้รับ

☐ ได้รับ

3.3

.....

3.7 ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกในการไปศึกษาที่สถานศึกษาของท่าน

☐ ไม่ได้รับ

☐ ได้รับ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการบริการทางด้านอาชีพ (ถามคนพิการที่มีอายุตั้งแต่ 15 ขึ้นไป)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องของข้อความที่ตรงกับสภาพของท่านมากที่สุด

4.1 ท่านเคยได้รับการฝึกอาชีพ ☐ ไม่เคย

☐ เคย ระบุอาชีพ สถานที่ และเวลาที่ฝึก.....

4.2 ท่านต้องการฝึกอบรมเกี่ยวกับอาชีพที่เหมาะสมเพิ่มเติม

☐ ไม่ต้องการ

☐ ต้องการ ระบุ.....

4.3

.....

4.7 ท่านได้รับการบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดหางานให้คนพิการ

☐ ไม่ได้รับ

☐ ได้รับ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านการได้รับการบริการทางด้านสังคม สวัสดิการและสิทธิประโยชน์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและ/ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

5.1 ท่านรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ สวัสดิการและความช่วยเหลือคนพิการที่รัฐจัดให้

☐ ไม่ทราบ

☐ ทราบ

5.2 ท่านทราบว่ารัฐบาลมีนโยบายให้รับผู้พิการเข้าทำงานในหน่วยงานต่างๆ

☐ ไม่ทราบ

☐ ทราบ

5.3

.....

5.13 ถ้าต้องการ ท่านต้องการให้กองทุนที่จัดตั้งขึ้นช่วยเหลือหรือสนับสนุนท่านในเรื่องใด

โปรตระกูล

ตอนที่ 6 การได้รับข้อมูลข่าวสาร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องของข้อความที่ตรงกับสภาพของท่านมากที่สุด

1. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับคนพิการจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ให้เรียงลำดับ)

- ☐ 1) บอกเล่าจากญาติ/บุคคลในครอบครัว ☐ 2) เพื่อน/เพื่อนบ้าน ☐ 3) อาสาสมัครในชุมชน
☐ 4) ศูนย์ข้อมูลข่าวสารในชุมชน ☐ 5) เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว ☐ 6) วิทยุ
☐ 7) โทรทัศน์ ☐ 8) อินเทอร์เน็ต ☐ 9) อื่นๆ.....

ข้อความ	ไม่มี/ ไม่เคย	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก
ด้านการศึกษา (ถามเฉพาะอายุ ไม่เกิน 15 ปี หรือผู้ที่กำลังศึกษาอยู่)					
6.1 ท่านเคยได้รับข้อมูลการสนับสนุนทุนสำหรับใช้จ่ายในการศึกษา					
6.2					
6.3					
ด้านอาชีพ (ถามอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป)					
6.4 ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารการฝึกอาชีพที่ศูนย์ฝึกอาชีพอาชีพสำหรับคนพิการ					
6.5					
6.6					
ด้านสังคม					
6.7 ท่านเคยได้รับข้อมูลแนะนำการดำรงชีวิตในสังคม					
6.8 ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมสำคัญของชุมชน					
6.9					
6.10					
6.11					
6.12					

ตอนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านคุณภาพชีวิตของคนพิการ (เฉพาะผู้ที่สามารถตอบได้ด้วยตนเอง)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องของข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่มี เหตุการณ์ นี้เกิดขึ้น	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
7.1 ท่านพอใจกับสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป					
7.2 ท่านคิดว่าความพิการเป็นปัญหาในการดำรงชีวิตของท่าน					
7.3					
7.4					
7.5					
.....					
7.41 ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ชีวิตความเป็นอยู่)					

ตอนที่ 8 ความต้องการศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและ/ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

9.1 ท่านคิดว่าในชุมชนควรมีศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการหรือไม่

☐ ไม่จำเป็นต้องมี ☐ ควรมี

9.2 ศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการจะเกิดประโยชน์ต่อคนพิการมากน้อยเพียงใด

☐ น้อยที่สุด ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด

9.3

.....

9.5 ใครบ้างควรมีหน้าที่รับผิดชอบศูนย์การเรียนรู้สำหรับคนพิการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 5.1 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ☐ 5.2 อบต./เทศบาล

☐ 5.3 คณะกรรมการเฉพาะกิจ ☐ 5.4 อสม.

☐ 5.5 อื่นๆ

.....

ดำเนินการวิจัยโดย

ศูนย์พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพ ภาคตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

โรงพยาบาลบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

แบบสรุปกิจกรรม AIC and interviews การดูแลคนพิการ อ. นายายอาม

ประเด็น : สภาพการดำรงชีวิตของคนพิการในอำเภอนายายอาม (ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านอาชีพ ด้านการศึกษา และด้านสิ่งแวดล้อม)

ขั้นที่ 1. การทำความเข้าใจสภาพปัญหาความจำเป็นในการดำรงชีวิตของคนพิการ

- สภาพปัญหาคนพิการในทุกด้านตามประเด็นที่กำหนดไว้
- ตามการรับรู้ของผู้พิการปัญหาด้านอาชีพ เศรษฐกิจ
- ปัญหาด้านการศึกษา
- ปัญหาการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมกับสังคม
- ตามการรับรู้ของญาติหรือผู้ดูแล.....
-
- สรุปภาพรวมทั้งหมดจากทุกกลุ่มที่มองสภาพปัญหาคนพิการ
- สรุปภาพรวมทั้งหมดจากทุกกลุ่มที่มองปัจจัยที่กำหนด/มีผลต่อการมีสุขภาพ

- การให้และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (ถามครอบครัว, health care system, social policy)
- สภาพปัญหาของงานบริการ
- งานบริการที่ดำเนินการ (ปัจจุบันมีบริการอะไรที่คนพิการได้รับ หรือจัดให้)

ขั้นที่ 2 การทำความเข้าใจสถานการณ์หรือข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นสำหรับคนพิการ (ทั้ง 4 ด้าน ด้านอาชีพ ด้านการศึกษา ด้านสังคม ด้านสุขภาพ)

- คนพิการ
- การเดินทางรับบริการ
-
- ขั้นตอนการให้บริการ กฎระเบียบ
- ด้านอื่นๆ

ฉบับที่

แบบสอบถามทีมผู้ดูแลคนพิการ

ในโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและ/ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

- 1.1 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- 1.2 ปัจจุบันท่านอายุ ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)
- 1.3 บ้านเลขที่.....หมู่.....ต..... อ.นายายอาม จ.จันทบุรี โทรศัพท์.....
- 1.4 สถานภาพสมรสในปัจจุบัน
☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า
- 1.5 สถานะทางสังคม
☐ หัวหน้าครอบครัว ☐ สมาชิกในครอบครัว
- 1.6 สำเร็จการศึกษาชั้นสูงสุดระดับ
☐ ไม่ได้รับการศึกษา (ข้ามไปตอบข้อ 10)
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ ประกาศนียบัตร
☐ปริญญาตรี หรือสูงกว่า ☐ อื่นๆ ระบุ
- 1.7 บทบาทในชุมชน
☐ คนพิการ ☐ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.)
☐ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ☐ สมาชิก อบต. ☐ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ระบุ.....
☐ ประชาชนในชุมชน ☐ อื่นๆ ระบุ
- 1.8 ระยะเวลาที่เข้าร่วมในทีมการดูแลคนพิการเป็นเวลา.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังอำนาจที่ผู้ดูแล

คำชี้แจงให้ผู้ดูแลพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ตรงกับความรู้สึกหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ระดับความรู้สึก					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ เช่น อาบน้ำหรือเช็ดตัว ป้อนอาหาร						
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ เช่น ความผิดปกติของปัสสาวะ ความผิดปกติของการหายใจ						
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกายอย่างถูกต้องและเพียงพอ						
4.						
5.						
6.						
24. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้ สักการบูชาพระพุทธรูป หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพ นับถือ การได้พบลูกหลานหรือเพื่อนที่รักและ ผูกพัน เป็นต้น						

.....ด้วยความขอบคุณอย่างสูง และขออนุโมทนาบุญในการดูแลคนพิการนี้แก่ทุกท่าน
จงประสบสุขตลอดไป.....

ภาพกิจกรรม

โครงการ

การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ
โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

ศูนย์พัฒนาจัดการธรรมการดูแลสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ระยะที่ 1: การประเมินสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการ และประเมินผลกระทบทาง
สุขภาพจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชน

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชน
เป็นฐาน



ประชุมสร้างความเข้าใจระหว่างแกนนำกับเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานโครงการ
วันที่ 23 พฤศจิกายน 2552 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลนายนาม



กิจกรรมการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างแกนนำ และผู้เกี่ยวข้อง
วันที่ 25 พฤศจิกายน 2552 ณ ศาลาประชาคมอำเภอนายาม จังหวัดจันทบุรี

กิจกรรมที่ 1.2 การประเมินสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการระบบการดูแลคนพิการ และประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน



เก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้พิการ
วันที่ 9 ธันวาคม 2552 ทุกตำบลในเขตพื้นที่อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

กิจกรรมที่ 1.3 การจัดทำข้อเสนอแนะ แผนปฏิบัติการ และข้อกำหนดความร่วมมือกลุ่มเครือข่ายการพัฒนา
พัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน



ประชุมแก้ไขและวางแผนการใช้เครื่องมือวิจัยก่อนลงพื้นที่จริง
วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2553
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กิจกรรมที่ 2.1: การสร้างและทดลองใช้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

รูปแบบการดูแลคนพิการทางด้านจิตใจ



ญาติเตรียมสร้างห้องขังสำหรับคน
พิการทางด้านจิตใจ



รูปแบบการดูแลคนพิการทางกายหรือการด้อยไหว
และทางสติปัญญา





จัดให้มีการจัด
กิจกรรมของ
กลุ่มจิตอาสา
ผู้ดูแลผู้พิการ
พร้อมด้วย
สมาชิก อบต.
ช้างข้าม
โดยการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้



วางแผนเยี่ยมบ้านรายหมู่บ้าน



ติดตามเยี่ยมบ้านคนพิการ



เพิ่มพูนความรู้

กิจกรรมที่ 2.2: การติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

