

การจัดการความรู้และสังเคราะห์

แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:

ประสบการณ์การทำงาน สร้างเสริมสุขภาพคนพิการ





การจัดการความรู้และสังเคราะห์
แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:

ประสบการณ์การทำงาน สร้างเสริมสุขภาพคนพิการ



การจัดการความรู้ และสังเคราะห์
แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:

ประสบการณ์การทำงาน สร้างเสริมสุขภาพคนพิการ

พิมพ์ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2553
ISBN: 978-974-299-157-9

บรรณาธิการบริหาร แพทย์หญิงลัดดา ดำริการเลิศ

บรรณาธิการฝ่ายวิชาการ แพทย์หญิงวัชรา ธีวโบลย์
นางสาวแพรว เอี่ยมน้อย
นางสาววิภาสิริ บุญช่วย

ผู้เขียน แพทย์หญิงวัชรา ธีวโบลย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
แพทย์หญิงพรณิพัทธ์ วิบุลการ สถาบันราชานุกูล
นายชาติชาย มุกสง คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นางสาวแพรว เอี่ยมน้อย สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ

จัดพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)

สนับสนุนและเผยแพร่ โครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ประสานงาน วรณพร บุญเรือง

ออกแบบ วัฒนสินธุ์ สุวรรตนาพันธ์

พิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินต์แอนด์พับลิชชิง จำกัด
โทรศัพท์ 0 2903 8257-9

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2951 1286 <http://www.hsri.or.th>

โครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
<http://www.hph.moph.go.th>

คำนำ

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์
ผู้จัดการโครงการสนับสนุนนโยบาย รพ.สต. สสส.
รองประธานคณะกรรมการอำนวยการ
รพ.สต. และ อสม.

ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้แถลง
นโยบายต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2551 โดยที่
นโยบายด้านสาธารณสุข รัฐบาลมุ่งเน้นในการปรับปรุงระบบ
บริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยการ
ยกระดับสถานื่อนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(รพ.สต.) และส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นให้เข้ามาร่วมผลิต
บุคลากรสาธารณสุข เพื่อกลับไปทำงานในท้องถิ่น รวมถึงการ
พัฒนาบทบาท อสม. ให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้น

นโยบายด้านสาธารณสุขดังกล่าว ได้รับการขานรับจากผู้คน
ในแวดวงสุขภาพอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะนักวิชาการ นักวิจัย
ระบบบริการสาธารณสุขและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน
สถานื่อนามัย เพราะการพัฒนา รพ.สต. เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ
ในการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่เปลี่ยนจากงานรักษา
พยาบาลแบบตั้งรับ มาเน้นการส่งเสริมให้มีการสร้างสุขภาพ
เชิงรุกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะมีผลทำให้ระบบ
บริการสุขภาพในภาพรวม มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลดปริมาณผู้ป่วย

ที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ลดลง ลดภาระค่าใช้จ่าย และเวลาในการเดินทางของประชาชน อีกทั้งเป็นการประหยัดงบประมาณของชาติในระยะยาว ที่สำคัญคือ ลดทุกภาวะของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเห็นได้ชัด

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข **นายวิทยา แก้วภราดัย** ได้นำนโยบายด้านสาธารณสุข ดังกล่าวมาสู่การปฏิบัติ โดยได้มอบหมายให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งกลไกทางราชการรองรับนโยบาย รพ.สต. อีกทั้งได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 408/2552 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2552 แต่งตั้งคณะทำงานติดตามและสนับสนุนนโยบาย รพ.สต. ต่อมารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข **นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์** ได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 858/2553 ลงวันที่ 23 เมษายน 2553 แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข และได้ถือเอานโยบาย รพ.สต. เป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายด้านสาธารณสุข ดังกล่าว เป็นไปตามหลักการและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงได้สนับสนุนให้มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติงานของ รพ.สต. ขึ้น โดยเอกสารวิชาการชุดนี้สังเคราะห์และเรียบเรียงจากผู้ที่ปฏิบัติงานจริงใน รพ.สต. โรงพยาบาล (รพช./รพท./รพศ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) รวมทั้งนักวิชาการจากกรมวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องใน

กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนนโยบายรัฐบาลให้ปรากฏผลเป็นจริงในการสร้างสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในที่สุด

จึงขอขอบคุณบรรณาธิการและกองบรรณาธิการทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้ด้วย อนึ่ง สสส. มีแผนในการผลิตคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติงานของ รพ.สต. ออกมาทั้งหมด ประมาณ 9 ฉบับ โดยทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ต่อไป

คำนำ

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ความสำคัญกับการวิจัยและพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศ โดยเป็นแผนงานวิจัยหนึ่งที่ทำให้การสนับสนุนมาอย่างต่อเนื่อง มีสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) เป็นกลไกสำคัญ เมื่อรัฐบาลมีนโยบายในการยกฐานะสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สวรส. และเครือข่ายฯ ได้สนับสนุนด้านวิชาการในการพัฒนาและดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวอย่างเต็มที่ โดยเน้นการพัฒนากำลังคนและระบบการจัดบริการเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยชี้ขาดคุณภาพบริการ ที่จะสร้างความยอมรับของประชาชนต่อ รพ.สต. ในที่สุด

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยทีมนักวิชาการสาขาต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว โดยมีการสรุปบทเรียนและกรณีตัวอย่าง (good practice) การจัดบริการสำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน ทั้งนี้คาดหวังว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. จะสามารถใช้ในการศึกษาหาความรู้ด้วย

ตนเอง และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของชุมชนได้อีกทาง
หนึ่ง ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่กระทรวงสาธารณสุข
กำลังเร่งดำเนินงาน

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.) ที่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนการผลิตเอกสารฉบับนี้
ขอขอบคุณความทุ่มเทเสียสละของนักวิชาการที่เกี่ยวข้องทุกท่าน
จนทำให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพชิ้นนี้ และสุดท้าย ขอขอบคุณ
บุคลากร รพ.สต. ทุกท่านที่จะได้มีส่วนช่วยกันพัฒนาสุขภาพของ
ประชาชนในชุมชนให้ดีขึ้นตามนโยบายของรัฐบาล

สารบัญ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากนโยบายสู่ปฏิบัติ	11
เกริ่นนำ : บริการสุขภาพคนพิการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	21
บทที่ 1 การทำความเข้าใจ “ความพิการ” และ “สุขภาพ” ในมุมมองของคนพิการ	23
บทที่ 2 การทำงานค้นหาคนพิการ และสภาพปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ	47
บทที่ 3 การทำงานที่สร้างหลักประกันการดูแลที่ต่อเนื่อง	69
บทที่ 4 การทำงานอย่างบูรณาการ และการสร้างสุขภาพแบบองค์รวม	85
บทที่ 5 การประสานงานเพื่อการส่งต่อให้ได้รับบริการ ตามความจำเป็น	103
บทที่ 6 การสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน	115
บทที่ 7 บทสรุป: เมื่อ รพ.สต. ทำงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ	129
ภาคผนวก	137

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนโยบายสู่การปฏิบัติ

นายจรินทร์ ลักษณะวิศิษฎ์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ภาพลักษณ์ใหม่ของสาธารณสุขไทย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขมีความภาคภูมิใจ เพราะเป็นนิมิตหมายใหม่ของระบบบริการสาธารณสุขที่จะปรับ “ภาพลักษณ์ใหม่ของการบริการ” ตามนโยบายของกระทรวงฯ ด้วยการปรับมาตรฐานการบริการสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนได้มีสุขภาพที่ดีภายใต้การเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยเริ่มจากยกระดับสถานีนามัยซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดและรับรู้ปัญหาความต้องการของประชาชนมากที่สุด ขึ้นมาเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” ปรับรูปแบบใหม่ของการบริการให้สมกับเป็น “ทัพหน้าของกระทรวงสาธารณสุขในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของประชาชน”

แค่เปลี่ยนความคิด...ภาพลักษณ์ก็เปลี่ยน

การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เพื่อรองรับนโยบายฯ อันนำไปสู่เป้าหมายสุดท้ายที่กระทรวงฯ

ต้องการคือประชาชนมีสุขภาพที่ดีโดยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง บุคลากรจำเป็นต้องปรับกระบวนทัศน์ทางความคิดให้ไปในทิศทางเดียวกับหลักแนวคิดการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นผู้นำนโยบายของกระทรวงฯ ไปสู่การปฏิบัติ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกลไกสำคัญทำหน้าที่แปลงนโยบายให้เกิดขึ้นได้จริงในพื้นที่ด้วยการบริหารจัดการตามแนวคิดใหม่

2. บริหารจัดการภายใต้ความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลฯ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหลายๆ ภาคส่วน เช่น ผู้แทนจากผู้รับบริการ ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนจากภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน บุคลากรของหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ฯลฯ ซึ่งคณะกรรมการจะมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการตัดสินใจด้านบริหารจัดการ เช่น ร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมวางแผนปฏิบัติการให้สามารถดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ และร่วมระดมทรัพยากรเพื่อการสนับสนุนการดำเนินงาน

3. รับผิดชอบภารกิจ 5 ด้าน คือ ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ควบคุมป้องกันโรค พัฒนาสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภค

4. เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพโดยทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงถึงการมีส่วนร่วม ระหว่างประชาชน ครุวัตรเรือนชุมชน โดยดึงให้มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อนำไปสู่

“การสร้างสุขภาพแนวใหม่” ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย ใจ สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข

5. ยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็น “ผู้นำด้านสุขภาพประชาชน” โดยสามารถสร้างงาน / แผนงานได้เอง “หยุดระบบสั่งการจากเบื้องบน”

พื้นที่การทำงาน

รพ.สต. มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) อย่างชัดเจน โดยใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (home ward) ซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับการดำเนินงานด้านจิตสังคม

จากแนวคิด...สู่การปฏิบัติ

หลักแนวคิดใหม่ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าให้ความสำคัญของ “การสร้างสุขภาพแนวใหม่” “การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเอง” “การให้บริการเชิงรุก” จึงกำหนดลักษณะการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

1. การบริการเชิงรับ (การบริการในโรงพยาบาลฯ) ซึ่งเป็นการบริการที่ยังคงต้องทำอยู่ เช่น

1.1 การตรวจวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้นตามศักยภาพของหน่วยงาน

1.2 การให้การปรึกษา ให้คำแนะนำ สุขศึกษาแก่ผู้รับบริการและครอบครัว

1.3 การบริการต่อเนื่อง และติดตามผลการรักษา

1.4 การส่งต่อตามระบบ โดยมีการประสานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้รับบริการที่มีใบส่งต่อ

แต่ให้ปรับมาตรฐานการให้บริการให้เป็นไปตามเกณฑ์ 3 ดี กล่าวคือ

- **บรรยากาศดี** การสร้างบรรยากาศที่ดีด้วยการปรับโฉมพื้นที่ ภูมิทัศน์ให้ดูสะอาดสบาย สะอาด สวยงาม จัดมุมให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ

- **บริการดี** การให้บริการทางการแพทย์ โดยคำนึง 4 เรื่องคือ

- ลดเวลาการรอคอยทุกจุดบริการ เช่น รอการตรวจ การรับยา ฯลฯ
- การจัดคิวควรกำหนดระยะเวลาที่ต้องรอโดยประมาณ ให้ผู้รับบริการรับทราบเบื้องต้น อาจจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้มีจิตอาสาเป็นผู้ให้การต้อนรับตามความเหมาะสม
- จุดให้บริการ ควรมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน แก่ผู้รับบริการและหรือครอบครัว
- มีระบบส่งต่ออย่างเป็นรูปธรรม

- **บริหารจัดการดี** ปรับระบบการบริหารจัดการที่ดี มีระบบประกันคุณภาพ มีผู้รับฟังความคิดเห็น สามารถสร้างการมีส่วนร่วม

ของประชาชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน ในการพัฒนาระบบงานที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีความยั่งยืน ความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ

2. การบริการเชิงรุก (การบริการในครอบครัว ชุมชน) การบริการเชิงรุกนั้นนับว่าเป็นจุดเน้นที่สำคัญของการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการที่จะเป็นด่านแรกทำให้ประชาชนรู้ เข้าใจและเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ตลอดจนในรายที่เจ็บป่วยแล้วจะเป็นการช่วยดึงครอบครัว ญาติเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย ดังนั้นการบริการเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาทำงานร่วมกัน อาจทำได้หลายรูปแบบ บางกิจกรรมสามารถยกให้อาสาสมัครสาธารณสุขหรือญาติเครือข่ายเป็นหลักได้ ดังนี้

2.1 เริ่มจากปรับความคิดของประชาชนจากที่คอยพึ่งพิงระบบสาธารณสุขในเรื่องการรักษาความเจ็บป่วย มาเป็นพึ่งตนเองด้วยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพตัวเองก่อนที่จะเจ็บป่วย **“สร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ”** โดยอาจทำในรูปแบบการประชุมประชาคม ดึงเครือข่ายต่างๆ มาร่วมกันกำหนดเป็นแผนสุขภาพตำบลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เป็นต้น

2.2 จัดทีมเยี่ยมบ้านซึ่งประกอบด้วย บุคลากรของหน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้มีจิตอาสา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อ

- การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care)
- การเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังที่บ้าน (Home Ward Round) โดยใช้บ้านเปรียบเสมือนเป็น Ward เพียงที่บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย เน้นครอบครัวเป็นหลักในการดูแลพยาบาลเวชปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยเป็นผู้ให้คำแนะนำ ประเมินอาการเป็นระยะๆ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วมและประสานข้อมูลการดูแลกับทีมงาน

2.3 ร่วมกันจัดกิจกรรมให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนได้รับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว การอบรม ฯลฯ การรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น รณรงค์ให้มีการใช้จักรยาน รณรงค์ไม่ให้กินหวาน มัน เค็ม เป็นต้น

2.4 เสริมสร้างวัฒนธรรมสร้างสุขภาพในชุมชน เช่น การงดดื่มสุราในวันพระ วัดปลอดเหล้า เป็นต้น

2.5 มีระบบส่งต่อและประสานแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น มาสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น อุปกรณ์ช่วยคนพิการ

4 หัวใจหลัก.....ร่วมประสานสู่ความสำเร็จ

การดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจของ 4 หัวใจหลักที่จะพร้อมดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุดท้ายคือ “การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง” ดังนี้

หัวใจดวงที่ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีความพร้อมในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นบุคลากรที่มีทัศนคติที่ดียอมรับการเปลี่ยนแปลงและเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน บุคลากรนี้ควรประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพซึ่งมีจุดเด่นของศักยภาพที่แตกต่างกันเพื่อการทำงานที่ครอบคลุมทุกมิติ นอกจากนั้นควรเป็นผู้มีสัมพันธภาพที่ดีและมีความใกล้ชิดกับประชาชน สามารถทำให้ประชาชนมีความไว้วางใจ เชื่อใจ กล้าเข้าหา และรับรู้ได้ถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน มี**แผนปฏิบัติการที่ดี** ที่จะส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุตามแผนงาน/นโยบายของหน่วยงานและกระทรวงฯ **งบประมาณ** ควรจัดสรรให้ครอบคลุมงานทุกด้านอย่างพอเพียง และมีการบริหารจัดการที่ดี เช่น มีการระดมทุนจากภาคีเครือข่ายต่างๆ มาร่วมดำเนินการ **สถานที่** ควรมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการ หรือเกิดความเชื่อมั่นในการบริการ

หัวใจดวงที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากแนวคิดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้จะเป็นผู้มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญในการร่วมพัฒนาสุขภาพ

ประชาชน “ผู้นำด้านสุขภาพประชาชน” โดยเป็นทีมร่วมจัดทำแผนสุขภาพตำบลเพราะอยู่ใกล้ชิดและรับรู้ปัญหาของประชาชนได้เป็นอย่างดี

หัวใจดวงที่ 3 แผนสุขภาพตำบล ซึ่งถือว่าเป็นเข็มทิศวางแผนการทำงานร่วมกันว่าควรจะไปทิศทางใด ดังนั้นทุกตำบลควรจัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวบรวมปัญหาความต้องการ ข้อคิดเห็นที่ได้จากหลาย ๆ ฝ่ายมาเป็นฐานในการร่วมตัดสินใจ และจัดทำแผนฯ ด้านส่งเสริมสุขภาพของตำบลจะได้ตรงกับความต้องการของพื้นที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อจะส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือดูแลสุขภาพตนเอง

หัวใจดวงที่ 4 การจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล เป็นอีกหนึ่งตัวชี้วัดที่แสดงถึงความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะแสดงให้เห็นถึงความสามารถที่ทำให้พื้นที่ตระหนักเห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในตำบล กองทุนสุขภาพตำบลประกอบด้วยแหล่งงบประมาณ 2 แหล่งคือ งบประมาณจาก สปสช. และงบประมาณจากองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.)

ระบบสนับสนุน

- สามารถเข้าถึงระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ
- มีระบบการปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่ายตลอดเวลา
- มีระบบเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

บุคลากรปฏิบัติงาน

- มีความรู้และทักษะในการให้บริการผสมผสาน และมีทักษะที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่
- มีศักยภาพในการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม
- มีศักยภาพในการทำงานเชิงรุกในชุมชน
- มีศักยภาพในการใช้ และจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ เข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์

การทำงานต้องควบคู่กับขวัญและกำลังใจ

ผู้ปฏิบัติงานที่มีขวัญและกำลังใจที่ดีย่อมมีความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจ และมีความมั่นใจในการทำงาน การสร้างขวัญและกำลังใจสามารถทำได้ ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ควรมีแผนพัฒนาบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายทั้งระยะสั้นและระยะยาวเพื่อให้มีความสามารถรองรับกับงานที่จะดำเนินการ รวมถึงการให้ทุนเรียน ฯลฯ

2. จัดให้มีการเสริมแรงเพื่อสร้างแรงจูงใจ เช่น การส่งประกวด อสม. ดีเด่นระดับตำบล การประกาศเกียรติคุณแก่ผู้ทำประโยชน์ให้ตำบล ฯลฯ

การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องอยู่บนพื้นฐานของขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขที่ผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของปัญหา ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นดังนี้

- **ดำเนินการเชิงรุก** โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งสามารถวิเคราะห์เพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพได้

- **บริการอย่างต่อเนื่อง สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา** โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่าย และหากมีกรณีฉุกเฉิน ก็มีระบบบริการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

- **มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม** โดยมีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่นในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น รวมทั้งสามารถเชื่อมต่อกับโครงสร้างหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ +

เกริ่นนำ : บริการสุขภาพคนพิการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นับเป็นงานในรูปแบบใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดขึ้น โดยถือว่าเป็นบริการปฐมภูมิของระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากการดำเนินงานที่บุกเบิกขึ้นมาใหม่ จึงยังขาดองค์ความรู้ที่ใช้ในการดำเนินงานให้ประสบผลอยู่มาก การจัดการองค์ความรู้จากระบบบริการปฐมภูมิเดิม ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดคือสถานีอนามัย และศูนย์บริการสุขภาพชุมชน จึงมีความจำเป็นในระยะเริ่มแรก โดยเฉพาะการจัดการองค์ความรู้จากเรื่องเล่า ที่ได้จากการทำงานปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่บุกเบิกงานเชิงรุกด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิ และนำเอาประสบการณ์และข้อค้นพบจากการทำงานจริงในชุมชนมาเล่าให้เห็นภาพของการทำงาน

ในการทำงานชุมชน ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการวางแผนเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลอย่างเร่งด่วน และเป็นระบบที่ต่อเนื่อง ทีมบริการปฐมภูมิมักมีเป้าหมายการดูแลสุขภาพที่ต้องเน้น คือ กลุ่มคนจน คนทุกข์คนยาก คนป่วย และคนพิการ

จะเห็นได้ว่า “คนพิการ” อาจมิได้มีแต่ความพิการ แต่อาจมีโรคเรื้อรังหรืออาการแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย อีกทั้งยังมักเป็นคนยากจน และอาศัยตามพื้นที่ชายขอบของชุมชน จึงเป็นเป้าหมายของการทำงานเชิงรุกของทีมบริการปฐมภูมิในชุมชน การทำงานเชิงรุกเท่านั้น จึงจะเปิดโอกาสให้ทีมงานได้ใกล้ชิดกับชาวบ้านมากขึ้น และสามารถค้นพบ เข้าใจปัญหา จนถึงให้ความช่วยเหลือดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังทำให้สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพได้อย่างกว้างขวางอีกด้วย +

บทที่ 1

การทำความเข้าใจ
“ความพิการ” และ “สุขภาพ”
ในมุมมองของคนพิการ





"คิด..รับรู้..
ให้ความหมายกับความพิการ
ในมุมมองของคนพิการเอง
เป็นด่านแรกที่สำคัญ
ของผู้ให้บริการ"

การทำความเข้าใจ “ความพิการ” อย่างที่คนพิการเอง

คิดและรับรู้ รวมทั้งให้ความหมายกับความพิการของตนเอง เป็นด่านแรกที่สำคัญมากสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพราะส่วนใหญ่ความพิการที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพรับรู้และเข้าใจ มักจะมาจากการจัดจำแนกและการให้ความหมายจากมุมมองทางการแพทย์และทางกฎหมายเป็นสำคัญ ขณะที่ในชีวิตประจำวันของคนพิการที่เขาดำรงอยู่ เขาย่อมมีความคิดความเชื่อและแบบแผนของวิถีชีวิตปฏิบัติ หรือที่เรียกว่าวัฒนธรรมสุขภาพที่มาจากมุมมองของเขาเอง และอาจจะแตกต่างจากที่คนอื่นมองก็ได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพจะตอบสนองความเป็นมนุษย์และความมีตัวตนของคนพิการได้แค่ไหน จึงขึ้นอยู่กับทำความเข้าใจวิถีคิดและมุมมองของคนพิการเองอย่างมาก

การทำความเข้าใจ “ความพิการ” ผ่านมุมมองทางสังคม

“ความพิการ” อาจถูกอธิบาย ให้ความหมาย หรือสร้างคำจำกัดความ ผ่านมุมมองที่แตกต่างหลากหลาย ได้แก่

- มุมมองเชิงสงเคราะห์ (Charitable model of disability) มองความพิการเป็นเรื่องความผิดปกติ สูญเสีย ด้อยโอกาสของบุคคล ที่ควรได้รับความสงสาร

เห็นใจ และสงเคราะห์ช่วยเหลือให้อยู่รอดในสังคม แนวคิดนี้แม้จะเกื้อกูลกันอยู่บ้าง แต่ก็มักจะปิดบังหรือจำกัดโอกาสที่มนุษย์จะได้ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ หรือในบางกรณีอาจเป็นการจำกัดหรือละเมิดสิทธิความเป็นมนุษย์ของกันและกันไปโดยไม่รู้ตัว

- มุมมองทางการแพทย์ หรือ medical model of disability อธิบายว่า ความพิการ เป็นผลผลพวงของการมีพยาธิสภาพของโรคหรือการบาดเจ็บ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ก่อให้เกิดร่องรอยที่เป็นความบกพร่อง (impairment) ของอวัยวะหรือร่างกาย ซึ่งส่งผลให้มีการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (disability) จนหมดโอกาสหรือกลายเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม (handicapped) ดังนั้นมุมมองนี้จึงเห็นว่าความพิการเป็นปัญหาของบุคคล การแก้ไขปัญหาก็เน้นที่การจัดบริการส่วนบุคคลให้เพียงพอ
- มุมมองทางสังคม หรือ social model of disability อธิบายว่า ความพิการ เกิดจากการที่สภาพแวดล้อมและเงื่อนไขต่างๆ ในสังคม ไม่มีการจัดการอย่างเหมาะสม จึงไม่ตอบสนองต่อความแตกต่างหลากหลายของมนุษย์ ดังนั้นจึงมองว่าความพิการเป็นปัญหาทางสังคม การแก้ปัญหาก็ให้ความสำคัญกับการจัดการกับสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขต่างๆ ทางสังคม
- มุมมองแบบบูรณาการ bio-psycho-social model of

disability อธิบายว่า ความพิการเป็นองค์ประกอบหนึ่งของภาวะสุขภาพของบุคคล ที่เป็นผลรวมของสภาพและการทำงานของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล และการมีโอกาสร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายต่อตนเอง ภายใต้บริบทแวดล้อมหนึ่งๆ ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นมุมมองที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพความสามารถของบุคคล เท่าเทียบกับการร่วมกันจัดการสภาพแวดล้อม ทัศนคติ และเงื่อนไขทางสังคมให้เอื้อต่อการอยู่ร่วมกันอย่างสมดุลของมนุษย์ที่มีความแตกต่างหลากหลาย

ทั้งนี้ ในสังคมที่ให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนและการพิทักษ์สิทธิขั้นพื้นฐาน มักอาศัยเงื่อนไขทางกฎหมายเป็นเครื่องมือกำหนดสิทธิและการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล อย่างเช่น สังคมไทย มีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ที่ในมาตรา 4 ได้อธิบายความหมายคนพิการ ว่าหมายถึง คนที่มีข้อจำกัดของความสามารถในการดำรงชีวิต เช่น การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การเดินหรือเคลื่อนที่ไปไหนมาไหนด้วยตนเอง การสื่อสารกับผู้อื่น ตลอดจนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมตามวัยและสถานะของตน ซึ่งข้อจำกัดนี้ เกิดจากการมีความบกพร่องของร่างกาย อารมณ์ หรือสติปัญญา หรือการมีภาวะบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

บางอย่าง ซึ่งเป็นการกำหนดจากมุมมองที่เป็นบูรณาการ แต่การจำแนกความพิการเป็นประเภทต่างๆ ยังคงตั้งอยู่บนมุมมองด้านการแพทย์ คือตามลักษณะความบกพร่องของการทำงานของร่างกาย เพื่อง่ายต่อการประเมินและวินิจฉัยความพิการ (ตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ 29 พฤษภาคม 2552) ซึ่งแบ่งได้เป็น 6 ประเภท คือ

1. ความพิการทางการเห็น ได้แก่ คนตาบอด คนสายตาลือราง
2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่ คนหูหนวก คนหูตึง คนพูดไม่ได้
3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ คนเป็นอัมพาต แขนขาขาด
4. ความพิการทางจิตหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก ได้แก่ บุคคลที่มีภาวะจิตเวชเรื้อรัง บุคคลออทิสติก
5. ความพิการทางสติปัญญา ได้แก่ บุคคลที่เป็นดาวน์ซินโดรม
6. ความพิการทางการเรียนรู้

คนพิการแต่ละประเภท อาจมีระดับความรุนแรงของความพิการแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการช่วยตนเองได้ ระดับความรุนแรงจะเป็นตัวสะท้อนความจำเป็นในการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพ อุปกรณ์เครื่องช่วย ผู้ช่วยเหลือ และการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน

สุขภาวะ กับ ความพิการ

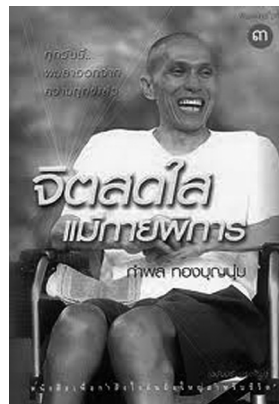
ความหมายสุขภาพที่บุคลากรทางการแพทย์คุ้นเคยมักเกี่ยวโยงกับความเจ็บป่วยหรือการมีโรคภัยไข้เจ็บที่มักสัมพันธ์กับความผิดปกติทางกายที่เห็นได้ หรือการสูญเสียการทำงานที่เป็นปกติของระบบอวัยวะ แต่ในทางสังคมและวัฒนธรรมนั้น ถือว่าความหมายของสุขภาพและการเจ็บป่วยไม่ได้มีที่มาจากความผิดปกติทางกายเพียงอย่างเดียว แต่กระบวนการทางสังคมยังมีส่วนสำคัญในการสร้างความหมาย หรือกำหนดสถานะของความเจ็บป่วย (สุขภาพ) และบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย (เจ้าของสถานะสุขภาพนั้นๆ) ในสังคมอีกด้วย ซึ่งในบางกรณีเปรียบได้กับการตีตราทางสังคม (Social stigmatization) จนอาจสร้างความรังเกียจเคียดแค้นที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ด้วย ในบางกรณีการตัดสินของสังคมผ่านความหมายเชิงลบของโรคภัยไข้เจ็บนี้ อาจสร้างความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยมากกว่าการเป็นโรคเสียอีก (ชาติชาย มุกสง, 2550)

อีกมุมมองหนึ่งมีการให้ความหมาย “สุขภาวะ” ว่าเป็นความสามารถที่จะเข้าถึงและควบคุมปัจจัยพื้นฐาน ทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ เพื่อที่จะดำรงไว้หรือส่งเสริมชีวิตให้อยู่ในระดับที่มีความพึงพอใจ การให้ความหมายในมุมมองนี้ทำให้การอธิบายความหมายสุขภาพะเป็นไปในลักษณะสุขภาวะของกลุ่มคน ที่ไม่ใช่แค่ความเป็นกลุ่มคนที่มารวมกันตามเงื่อนไขทางภูมิศาสตร์เท่านั้น หากรวมถึงกลุ่มคนที่รวมกันบนเงื่อนไขทางสังคมด้วย เช่น ชนกลุ่มน้อย กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มคนพิการ หรือกลุ่มนักโทษในเรือนจำ

เป็นต้น ในมุมมองนี้เห็นว่า สุขภาวะเป็นกระบวนการหรือวิถีที่ กำลังดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมหนึ่งๆ ไม่ใช่เป้าหมายที่มนุษย์จะต้องดันดันไปให้ถึง การที่คนเราจะมีสุขภาวะได้จึงต้องมีทั้งโอกาสที่เท่าเทียมกัน และมีความสามารถและ/หรือตัวช่วยที่จะเข้าถึง บริการพื้นฐานและทรัพยากรที่จำเป็น

เทพินทร์ พัทธนากรักษ์ (2546, หน้า38-39) ได้ชี้ว่าการให้ความหมาย “สุขภาวะ” ของแต่ละคนยังแตกต่างกันไปตาม ประสบการณ์ความรู้ของแต่ละบุคคล กลุ่มบุคคล หรือสังคมอีกด้วย และยังเปลี่ยนแปลงไปได้ตามเวลาและสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ ทำให้อาจมีการนิยามออกมาในลักษณะต่างๆ กัน ได้แก่ การไม่เจ็บป่วย ความแข็งแรง ความสามารถกระทำตามบทบาท ความรู้สึกเป็นสุขหรือสมดุล และการมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี เป็นต้น จะเห็นว่าในมุมมองนี้มีมิติของประสบการณ์ความรู้สึกของปัจเจกบุคคลด้วย ซึ่งอาจตรงกับมิติสุขภาวะทางด้าน “จิตวิญญาณ” ที่มีความเป็นนามธรรม เป็นการเรียนรู้และรับรู้ หรือเข้าถึงได้โดยตัวเองเท่านั้น

ในกรณีการเข้าถึง “สุขภาวะทางจิตวิญญาณ” ของคนพิการ อาจทำความเข้าใจได้ผ่านประสบการณ์ชีวิตการเป็นคนพิการอัมพาตแขนขาทั้งสองข้าง ของ กำพล ทองบุญน่ม (2546) ในหนังสือชื่อ “จิตสโล ไม่กายพิการ” ซึ่งในตอนหนึ่งเขาเล่าว่า



...เหตุการณ์ทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับตัวผม ไม่ว่าจะเป็นความทุกข์ก็ดี หรือความคิดก็ดี ล้วนแต่มาให้ศึกษาทั้งนั้น มาเป็นอารมณ์ให้ปฏิบัติ มาสอนธรรมะ มาแจกแจงปัญญาให้ผม มาเพื่อทดสอบจิตใจ ผมก็มีหน้าที่สอให้ผ่าน

...ผมจึงถือว่าเป็นการเปลี่ยนชีวิตใหม่ คือเปลี่ยนจากจิตที่พิการ มาเป็นจิตที่ไม่พิการ หรือเปลี่ยนจากจิตที่เคยเป็นทุกข์ มาเป็นจิตที่ไม่เป็นทุกข์ เป็นการเปลี่ยนทางจิตที่มีไ้กาย โดยมี “ความรู้สึกตัว” เป็นผู้ที่เปลี่ยนชีวิตใหม่ให้กับผม... ทุกวันนี้ ผมลาออกจากความทุกข์แล้ว..

วิธีการทำความเข้าใจ “ความพิการ”

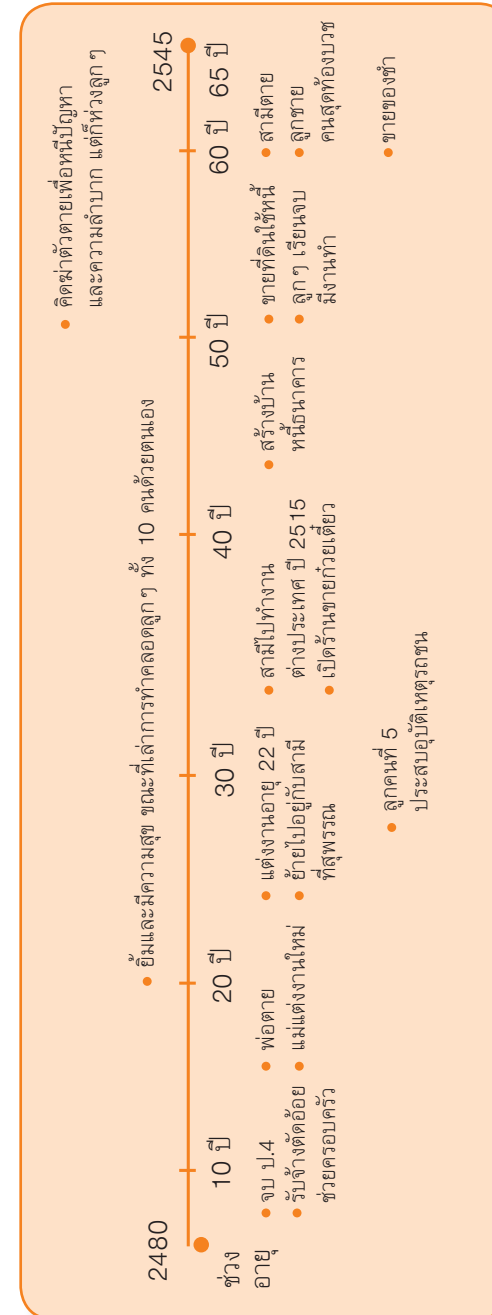
วิธีการทำความเข้าใจมุมมองของคนพิการที่เป็นไปได้ น่าจะเป็นการทำ “ประวัติชีวิต” ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับคนพิการโดยตรง ให้เขาสามารถสะท้อนมุมมองที่เขามีต่อชีวิตเขาแต่ละช่วง ได้อย่างอิสระ สามารถบอกเล่าความรู้สึกนึกคิดผ่านการเล่าประวัติชีวิตของตนเอง การลงเียมคนพิการที่บ้านและชวนพูดคุยถึงประวัติชีวิตของคนพิการ จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการเข้าถึงความต้องการที่แท้จริงของคนพิการ นอกจากนั้นประวัติครอบครัวและเครือญาติ สภาพบริบทแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการพึ่งพากันในครอบครัวก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจด้วย บางกรณีอาจเป็นคนใกล้ชิดที่เป็นผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะคนพิการที่เป็นผู้สูงอายุ

หรือเด็ก หรือคนพิการทางจิต และสติปัญญา ซึ่งก็ควรใช้การสังเกตและการตรวจสอบข้อมูลจากหลักฐานอื่น หรือบุคคลที่สามด้วย ในกรณีคนหูหนวกอาจใช้ภาษาท่าทางร่วมกับการเขียนเป็นเครื่องมือช่วยการสื่อสาร หากมีล่ามภาษามือ (ซึ่งอาจติดต่อขอความร่วมมือได้จากพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์จังหวัด ศูนย์การศึกษาพิเศษ หรือโรงเรียนสอนคนหูหนวก หรือสมาคมคนหูหนวกประจำจังหวัด) ก็จะช่วยให้การสื่อสารง่ายขึ้นมาก

การทำประวัติชีวิต คือ เครื่องมือที่ทำให้เห็นรายละเอียดชีวิตของผู้คน สว่างความเข้าใจในเรื่องราวชีวิตของชาวบ้าน และเกิดมุมมองที่เห็นมิติของความเป็นมนุษย์มากขึ้น ได้เรียนรู้และเข้าใจชาวบ้านมากขึ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ, 2551)

แนวทางการทำประวัติชีวิต

- ใครคือกลุ่มเป้าหมาย ในที่นี้คือ คนที่เราต้องการไปเรียนรู้ชีวิต เช่น คนจน คนทุกข์ คนป่วย หมอพื้นบ้าน คนเฒ่าคนแก่ ผู้นำทางการ และผู้นำธรรมชาติ
- การสัมภาษณ์ประวัติชีวิต เน้นการถามคำถามผ่านรูปธรรมเรื่องราวในชีวิตของผู้คน ด้วยคำถามปลายเปิดถามคำถามที่เน้นอารมณ์ความรู้สึก ความคิดเห็นไม่มุ่งเน้นการวินิจฉัยโรค ถามเพื่อให้รู้จักและเข้าใจชาวบ้านมากกว่าค้นหาปัญหาหรือสาเหตุปัญหา
- การเขียนเส้นชีวิต จะช่วยให้ผู้สัมภาษณ์เกิดการเชื่อมโยงรายละเอียดชีวิตของผู้ที่ไปสัมภาษณ์



ตัวอย่างการทำประวัติชีวิต ด้วยการจดบันทึกเส้นชีวิต (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ, 2551)

เรื่องราวของ “ตาเคน” พิการขาหักต้องใส่เหล็กตามไว้ทั้งสองข้าง แต่ด้วยความยากจนเลยต้องทำงานหนักจนหี้อที่ฝังอยู่ในขาแทงออกมาเป็นแผลเรื้อรังต้องรักษากันนาน และแถมยังมีปัญหาตาพิการจากอุบัติเหตุแกล้งอดลูกโป่งระเบิดตามมา ซึ่งถือว่าเป็นความพิการซ้ำซ้อน แต่ตาเคนกลับมองความพิการของตัวเองว่า เป็นแค่เพียงการสูญเสียแขนขาไปข้างเดียวไม่ได้เป็นความพิการ เพราะยังมีตาอีกข้างหนึ่งเหลือไว้ให้ อีกทั้งยังทำหน้าที่ในครอบครัวได้เป็นปกติ

ที่มา: เพ็ญประภา ขามธาตุ.

“ประตูที่ถูกปิดมานาน” เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 4 การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ระบบบริหารโดยชุมชน. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548



เรื่องราวของ “พนอ”
แม่ตาบอดเลี้ยงลูกสองคน

“...ฉันเองไม่เคยรู้สึก อับอายกับการถูกมอง แต่จะ ดีที่สุด อยากถูกมองอย่าง เข้าใจ อยากให้มองว่าคนตาบอด ก็เป็นคนๆ หนึ่งในสังคม เขาไม่ได้ทำอะไรเพียงแค่มองไม่เห็นเท่านั้น คนตาบอดก็เหมือนคนปกติที่ มองไม่เห็น มีผิดชอบชั่วดีเหมือนคนตาดี มีดีมีเลวเหมือนกัน อยู่ที่ว่าคนเราทำดีหรือไม่ดีเหมือนกัน และเขาสามารถ เรียนรู้ได้ ใช้ส่วนที่มีมาเติมส่วนที่ขาดได้...”

ที่มา: วีระศักดิ์ จันทร์สงแสง

“เดินรำในความคิด”, 2549 น.70

รูปประกอบจาก

<http://www.oknation.net/blog/kondee007/2009/04/21/>

entry-1



ความพิการทางการเห็น ตามที่ระบุในคู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ ที่ออกตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 อาจหมายถึงความผิดปกติหรือความบกพร่องทางการเห็น ที่ครอบคลุม 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ตาบอด หมายถึง การมีสายตาข้างที่ด้อยที่สุด เมื่อใช้แว่นตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับต่ำกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่างหรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

2. ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การมีสายตาข้างที่ด้อยที่สุดเมื่อใช้แว่นตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ไปจนถึงต่ำกว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา ลงไปจนถึง 10 องศา

เรื่องราวของ “ไบเฟิร์น” จากการบอกเล่าของ

ย่า “...เคยคิดว่า มีหลานยายเขาก็ไม่มีแม่ ก็ทุกข์พออยู่แล้ว นี่หลานย่าพอมารู้ว่าหูหนวก ก็ทุกข์เพิ่มขึ้นอีก ตัวย่าเองเลี้ยงลูกมาคนเดียว ยังต้องมาเลี้ยงหลานแบบนี้อีก มารับรู้สิ่งที่เรียกว่าเป็นภาระ สภาพจิตใจในตอนนั้นก็สับสน คนรอบข้างบางทีก็กดดัน เรามีจุดด้อยอยู่แล้วก็ทำให้คิดมาก หาทางออกไม่ได้ เคยคิดจะฆ่าตัวตายพร้อมกัน กะว่าจะเอายามากิน

แล้วก็นอนหลับไปเลย ทั้งย่าและหลานยายหลานย่า เพราะสิ่งที่ห่วงที่สุดคือหลานยายและหลานย่าคนนี้ ลูกเขาก็สบายแล้ว...”



ที่มา: โอปอล์ ประภาวดี. “ดาวบางดวง”
บริษัท เบญจผล จำกัด กรุงเทพฯ: มกราคม 2550

ความพิการทางการได้ยิน ตามที่ระบุในคู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการที่ออกตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 อาจหมายถึงความผิดปกติ หรือความบกพร่องทางการได้ยิน ที่ครอบคลุม 2 ลักษณะ ดังนี้

1. หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางทางการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1000 เฮิรตซ์ และ 2000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

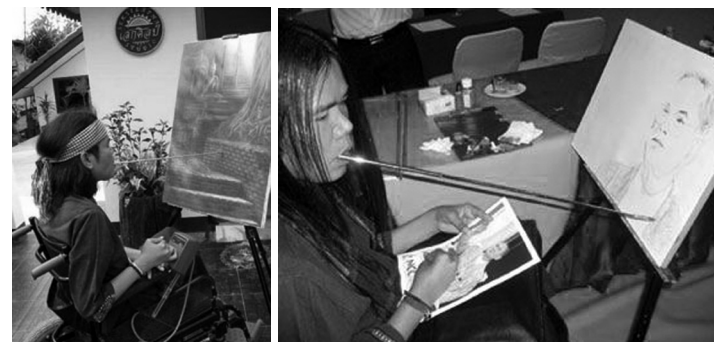
2. หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในทางการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1000 เฮิรตซ์ และ 2000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยิน ที่ความดังของเสียงตั้งแต่ 90 เดซิเบล จนถึง 40 เดซิเบล

ส่วน**ความพิการทางการสื่อความหมาย** หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

เรื่องราวคำบอกเล่าจาก “ศิลปินวาดภาพด้วยปาก”

“...ชีวิตใน ‘บ่วงพันธนาการ’ ที่ไม่ใช่เพียงแค่ความพิการแขนขาที่ตึงเราไว้ให้อยู่กับที่ แต่หากยังเป็นการยึดตรึงให้ต้องหยุดอยู่ภายใต้สายตา คำนิยม คำพูดของผู้คนในสังคม แล้วเราจะก้าวพ้นสู่ความเป็นอิสระได้อย่างไร... กระบวนการสร้างงานศิลปะ อาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการก้าวสู่ความเป็นอิสระ จากพันธนาการทางใจ ที่ต้องเริ่มก่อนอิสระทางกาย พลังที่ใช้ในการสร้างงานศิลปะ จะมาจาก

พลังภายในที่อาจหมายถึงความศรัทธาเชื่อมั่นในตัวเองของเราเอง ที่ถูกดึงออกมาด้วยการใช้แรงบันดาลใจจากภายนอก ที่หมายถึง ‘ธรรมชาติ’ ซึ่งดูจะเป็นกลางที่สุด เมื่อเทียบกับ ‘สภาวะทางสังคม’ อื่น ๆ...และ....ผลงานศิลปะ เป็นเพียงสัญลักษณ์ของใจผมเท่านั้น ...”



คนพิการวาดภาพด้วยปาก

ความพิการทางการเคลื่อนไหวและทางร่างกาย ตามคู่มือการตรวจประเมิน และวินิจฉัยความพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 อาจหมายถึง ความผิดปกติหรือความบกพร่อง ที่ครอบคลุม 2 ลักษณะดังนี้

1. ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมี

ความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

2. ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

เรื่องราวชีวิตกับโรคจิตเภทของ คุณพงษ์ศักดิ์ แสงโพธิ์ศิริ ผู้พิการทางจิตดีเด่นประจำปี 2550 ของสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า “โรคจิตเภทที่ผมเป็นอยู่นั้นเกิดจากความไม่รู้เท่าทันโรค แต่จากการได้รักษาและศึกษาโรค ทำให้เกิดความเข้าใจ และสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างภาคภูมิใจ มีครอบครัวที่อบอุ่นอยู่อย่างปกติสุข สังคมยอมรับ ก็เป็นเพียงเท่านั้นที่ผมต้องการและมีความสุขที่สุด”

ความพิการทางจิตหรือพฤติกรรม ตามที่ระบุในคู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ ที่ออกตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 หมายความว่า การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

ในขณะที่ **ความพิการออทิสติก** หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง และความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุสองปีครึ่ง ทั้งนี้ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่นๆ เช่น แอสเพอเกอร์ (Asperger)

สำหรับการทำความเข้าใจถึงความหมายของความพิการและสุขภาพ ที่คนพิการทางจิตคิดและรับรู้ เป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิต้องตระหนักไว้เสมอ เพราะส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ จะมองความพิการทางจิตเป็น

เพียงอาการจิตเวชที่มีการจำแนกและให้ความหมายจากทางการแพทย์และทางกฎหมายเป็นสำคัญ ดังนั้นต้องเปลี่ยนมุมมองจากการดูแลเฉพาะอาการความเจ็บป่วยทางจิต ไปสู่การมีบทบาทหน้าที่ที่ดำเนินได้ในชีวิตประจำวันของคนพิการทางจิตด้วย

เรื่องราวชีวิต “น้องเอิร์ธ” จากคำบอกเล่าของคุณยาย

“ยายพาน้องเอิร์ธไปทำบุญตักบาตรวันวิสาขบูชาหลายคนในวัดมองดูน้องเอิร์ธด้วยความสงสัยเพื่อนบ้านคนหนึ่งบอกว่าหน้าตาแปลกกว่าพี่น้องยายก็บอกว่าเขาเป็นเด็กช้ากว่าปกติ แต่ถ้าได้รับการฝึกฝนก็จะเหมือนเด็กทั่วไป ยายพาน้องเอิร์ธไปไหว้พระ น้องเอิร์ธก็ทำได้ กราบและไหว้สวยงามและไหว้ญาติผู้ใหญ่ด้วย ทุกคนชม กอด จูบ ลูบศีรษะ น้องเอิร์ธยิ้มแยมเล่นกับเด็กข้างเคียงทั่วไปได้แต่ชักชวนว่าเด็กคนอื่น ให้ทำอะไรทำได้ ถ้าทำไม่ได้ยายจะจับมือเขาทำ น้องเอิร์ธจะสงบเมื่อพระสวดมนต์ ยกมือไหว้เรียบร้อยจนทุกคนชม ยายจะพาน้องเอิร์ธออกสู่สังคมภายนอกบ่อยๆ เช่น พาไปงานรื่นเริง ให้น้องเอิร์ธขึ้นเวที น้องเอิร์ธจะเต้นและร้องเมื่อได้ยินเสียงเพลง เสียงดนตรีเหมือนเด็กทั่วไป บางครั้งพาไปออกกำลังกายในตอนเช้าหรือเย็น ปรากฏว่ามีคู่สามีภรรยา ชักชวนให้น้องเอิร์ธ

วิ่งตามแล้วชมว่า “เก่งมาก” เมื่อน้องเอิร์ธวิ่งตามและให้รางวัลเป็นแรงเสริมโดยการตบมือ ลูบศีรษะ กอด น้องเอิร์ธมีความสุขทุกครั้งที่ได้ออกกำลังกายหรือแม้แต่การเล่นกับเพื่อนในบริเวณหมู่บ้านก็จะวิ่งเล่น และขี่จักรยานอย่างมีความสุข มีการแบ่งปันของเล่นให้แก่อันและกันด้วย”

ความพิการทางสติปัญญา ตามที่ระบุในคู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ ที่ออกตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม อันเนื่องมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นพบก่อนอายุ 18 ปี



เด็กดาวนซินโดรม
ร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ
และญาติ

น้องเอิร์ธเป็นตัวอย่างของปฏิกิริยาของคนทั่วไป ซึ่งอาจรวมทั้งพ่อแม่และคนในครอบครัว ที่เห็นเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาครั้งแรก จะรู้สึกว่าเป็นเด็กไม่เหมือนเด็กโดยทั่วไป และเข้าใจ

ว่าความบกพร่องของเด็กทำให้เด็กไม่สามารถพัฒนาได้เหมือนเด็กคนอื่น บางครั้งเชื่อว่าเด็กก้าวร้าว ไม่รู้เรื่อง ทำให้เกิดความหวาดกลัว มองเด็กและครอบครัวด้วยสายตาหวาดกลัว หลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กอยู่ร่วมกับเด็กคนอื่น รวมทั้งครอบครัวอาจรู้สึกกังวล อาย สับสน ไม่เข้าใจความบกพร่อง ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้ และการฝึกฝนให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันและมีกิจกรรมทางสังคมได้เช่นเดียวกับเด็กคนอื่น

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เป็นภาวะที่มีพัฒนาการบกพร่องเนื่องจากข้อจำกัดด้านสติปัญญา การเรียนรู้ และการปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวัน ในปัจจุบันมีการใช้คำว่า “บกพร่องทางสติปัญญา” แทนคำว่า “ปัญญาอ่อน” เพื่อให้เกิดความยอมรับผู้ที่บกพร่องทางสติปัญญามากขึ้น ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง ภาวะที่มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย มีพฤติกรรม การปรับตัวบกพร่อง เช่น การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตภายในบ้าน การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทางสังคม การควบคุมตนเอง การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน การใช้เวลาว่าง การมีสุขอนามัย การใช้ทรัพยากรในชุมชนและการทำงาน ซึ่งมีอาการก่อนอายุ 18 ปี

สำหรับ **ความพิการทางการเรียนรู้** หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็น

ผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุ และระดับสติปัญญา

ทั้งนี้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จะเป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและออกใบรับรองความพิการ เพื่อประกอบคำขอสิทธิบัตรประจำตัวคนพิการตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เว้นแต่นายทะเบียนกลาง หรือนายทะเบียนจังหวัดแล้วแต่กรณี เห็นว่าบุคคลนั้นมีสภาพความพิการที่สามารถมองเห็นได้โดยประจักษ์จะไม่ต้องให้มีการตรวจวินิจฉัยเพื่อออกเอกสารรับรองก็ได้ ดังนี้

- ประเภทความพิการทางการเห็น ได้แก่
 - ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง
 - ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
 - ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง
- ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่
 - หูหนวก เนื่องจากไม่มีหูทั้งสองข้าง
- ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่
 - แขนขาดตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
 - ขาขาดตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง



ตัวอย่างความพิการเชิงประจักษ์

(รูปประกอบจากคู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการตาม
พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550)



บทที่ 2

การทำงานค้นหา
คนพิการ และสภาพปัญหา
ความต้องการด้านสุขภาพ





"จากค้นหา..เข้าใจสภาพปัญหา
ความต้องการ..สู่การจัดบริการที่เหมาะสม
ตามความต้องการจำเป็น"

การค้นหาคณพิการ

องค์ประกอบที่จะช่วยให้ค้นพบและให้การช่วยเหลือ
คนพิการได้ โดยไม่ยากนัก ได้แก่

- **แนวร่วมช่วยค้นหาคณพิการ** ซึ่งไม่ได้หมายถึงเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขที่ให้บริการปฐมภูมิเท่านั้น แต่อาจเป็นอาสาสมัคร
ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์ด้านคนพิการ (อพมก.) สมาชิกองค์การ
บริหารส่วนตำบล (อบต.) และคนพิการด้วยกัน หรือแม้กระทั่ง
ชาวบ้านในชุมชน เป็นต้น ที่อาจเชิญมาร่วมเป็นเครือข่ายในการ
ช่วยค้นหาคณพิการได้ ดังตัวอย่าง เช่น

“...เราจะขอ อสม. เข้ามาช่วยค้นหาคณพิการราย
ใหม่ โดยปูพื้นฐานความรู้เรื่องความพิการและ
การฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ค่อนข้างเน้นหนักผู้พิการ
ทางกาย ทางอื่นยังไม่เด่นชัด พอให้ความรู้ไปแล้ว
คนในชุมชน อสม. เมื่อพบคนพิการก็มาแจ้ง
เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะมา
ปรึกษาเราอีกที ซึ่งเป็นอีกทางในการค้นหารายใหม่”

ที่มา: ประสพการณ์โรงพยาบาลหล่มสักกับเครือข่าย รพ.สต.

ในเวที “ถอดบทเรียนประสบการณ์
การทำงานดูแลสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ”
31 กรกฎาคม 2553 ณ โรงแรมริชมอนด์



อาสาสมัครเยี่ยมบ้านคนพิการ คนพิการออกค้นหาและเยี่ยมกันเอง

“...ใช้เครือข่ายที่เราเคยอบรม 182 หมู่บ้าน มีการสอนไว้กับ อสม. เรื่องการจำแนกประเภทความพิการ ปรากฏว่ามีคนพิการมาจดทะเบียน อาจเป็นเพราะว่าเราค้นหาได้เยอะ เขารู้ว่าเป็นพิการจึงพามาจดทะเบียน... เรื่องคัดกรองคนพิการทางสายตา เริ่มโดยคัดกรองต่อกระจก เบาหวานขึ้นตา ร่วมกับคลินิกเบาหวานคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา หากทาง รพ.สต. ช่วยประสานจะสามารถค้นพบรายใหม่ได้มากขึ้นมาก”

ที่มา: ประสพการณ์โรงพยาบาลวชิรพยาบาลกับเครือข่าย
รพ.สต. ในเวที “ถอดบทเรียนประสบการณ์
การทำงานดูแลสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ”
31 กรกฎาคม 2553 ณ โรงแรมริชมอนด์

• **องค์ความรู้** เพื่อช่วยในการประเมินคัดกรองความพิการ ได้แก่ คู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ ตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

• **ข้อมูลเบื้องต้นในพื้นที่** เช่น ข้อมูลการจดทะเบียนคนพิการของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ข้อมูลการขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพของ อบต. เป็นต้น

“...ก่อนอื่นเราต้องหาข้อมูลก่อนว่า มีคนตาบอด ในจังหวัดของเราอยู่ที่ไหนบ้าง อยู่หมู่บ้านไหนบ้าง เลขที่บ้านอะไร ซึ่งข้อมูลพวกนี้ ก็จะไปขอกับ หน่วยงานราชการที่เขาทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการ ซึ่งก็มีหลายหน่วยงานที่มีข้อมูล อย่างเช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เทศบาล ศูนย์การศึกษาพิเศษ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือตามงานแสดงนิทรรศการของคนพิการ หรืออีกทางเลือกหนึ่ง คือ ส่งแบบสอบถามไปให้องค์กรการบริหารส่วนตำบลที่อยู่ในจังหวัด เป็นคนช่วยส่งแบบสอบถามไปหาคนพิการโดยตรง...”

ที่มา: ลุงจุ่น ชายตาบอด อายุ 50 ปี แก่นนำคนตาบอด
จาก คุยกับผู้รู้ เรื่อง แสงสว่างในความมืด,
สถาบันสร้างเสริมการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข 2550 น. 4

กรณีศึกษา: พลัฟการันคาคนพิการ

“ตาครอง” ชายพิการมือและเท้าทั้งสองข้างถูกด้วยโรคเรื้อน ตาขวาถูกควักออก ขณะที่ตาซ้ายขุ่นมัวด้วยต้อหินมองเห็นได้เพียงเงาเงา เป็นคนไข้ที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองน้ำแดง จ.นครราชสีมา อาศัยอยู่กับยายสาว ภรรยา เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้เล่าถึงกระบวนการทำงานว่า

ขั้นแรก เริ่มด้วยการโทรศัพท์ไปยังโรงพยาบาลปากช่องนานา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนของอำเภอเพื่อประสานงานในเรื่องนี้ “คุณต้องนำตัวคนไข้มาให้หมอตรวจก่อน ตอนนี้หมอที่รับผิดชอบเรื่องนี้ ให้พาคนไข้มาในตอนบ่าย นะคะ ยื่นบัตรด้านหน้าเหมือนการตรวจโรคทั่วไป อ้อ...อย่าลืมนำทะเบียนบ้านและบัตรประชาชนมาด้วย ...ถ่ายเอกสารมาด้วยนะคะ จะได้ไปยื่นเรื่องที่ประชาสงเคราะห์อำเภอในวันนั้นได้เลย”

หลังจากนั้น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้ประสาน ผู้พิการจากบ้านไปโรงพยาบาล จนได้รับเอกสารรับรองความพิการจากแพทย์ที่โรงพยาบาล ก็ไปยื่นหลักฐานจดทะเบียนคนพิการที่ว่าการอำเภอ โดยมีเจ้าหน้าที่สงเคราะห์รับเรื่องและนัดมารับสมุดผู้พิการอีกสองเดือนถัดไป

บัตรผู้พิการของตาครองได้มีส่วนช่วยให้สุขภาพ

และความเป็นอยู่ของแกดีขึ้นหลายประการ เช่น ได้ทำบัตรสุขภาพผู้พิการ ซึ่งสามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้โดยไม่เสียเงิน และยังได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือนจากองค์กรบริหารส่วนตำบล แม้จะเป็นเงินเพียงแค่นี้ก็ช่วยบาทที่มีค่าสำหรับชีวิตที่ขัดสนของตายายคุณนี้...

ที่มา: จุไรวัลย์ สุนทรวรรณ “หากไม่มีวันนั้น” เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 3 ระบบบริการสุขภาพชุมชนกับการทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548

กรณีศึกษา: อาสาสมัครคนพิการ

ลุงเชียว เป็นผู้พิการที่อาสาช่วยเหลือผู้พิการด้วยกัน โดยการทำหน้าที่คอยค้นหาคนพิการ ที่บางครั้งก็มีชาวบ้านมาบอกให้แกไปช่วย หลังจากนั้นก็รวบรวมข้อมูลคนพิการ และนำไปให้หมอวินิจฉัย พร้อมทั้งออกเอกสารรับรองความพิการ แล้วจึงพาไปจดทะเบียนคนพิการที่ประชาสงเคราะห์จังหวัด หากคนพิการไม่สามารถเดินทางได้ก็จะนำหลักฐานไปขอจดทะเบียนแทนเพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิต่าง ๆ

ที่มา: ศักดิ์เกษม ทอดคำ. “บัวในตม” จาก เรื่องเล่างานคือความดี (ชุดที่ 8) ในความพิการมีความหวัง. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

จากการณีของ “ลุงเขียว” คนพิการที่อาสาช่วยเหลือคนพิการด้วยกันโดยการทำหน้าที่คอยค้นหาคนพิการ ซึ่งบางครั้งก็มีชาวบ้านมาบอกให้แกไปช่วย หลังจากนั้นแกก็รวบรวมข้อมูลคนพิการและนำไปให้หมอวินิจฉัยว่าพิการ แล้วจึงนำไปจดทะเบียนคนพิการที่ประชาสงเคราะห์จังหวัดให้ จนได้รับสิทธิ

ลุงเขียวยังเป็นรองประธานชมรมคนพิการระดับอำเภอ และคอยจัดกิจกรรมเกี่ยวกับคนพิการในชุมชน และช่วยงานของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิในเรื่องคนพิการมาตลอด ในมุมมองของลุงเขียวซึ่งแกเป็นคนพิการคนหนึ่งจึงรู้ซึ่งถึงความยากลำบากของคนพิการ จึงพยายามเข้ามาช่วยเหลือให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิที่ควรมีควรได้ก่อน เมื่อมีบัตรคนพิการก็จะทำให้ได้รับสิทธิต่างๆ เช่น การรักษาพยาบาลฟรี เงินช่วยเหลือประจำปี เงินยังชีพรายเดือน เงินกู้ยืมสำหรับประกอบอาชีพ รวมถึงโอกาสในการประกอบอาชีพด้วยการได้รับโควต้าสลากกินแบ่งจากกองสลากเพื่อคนพิการมาจำหน่าย ถือว่าเป็นพลังแห่งเครือข่ายของงานบริการปฐมภูมิ ที่แฝงซ่อนอยู่ในชุมชน

นอกจากนี้การให้คนพิการได้มีบทบาทช่วยเหลือกันเองยังจะทำให้การรวมตัวกันของคนพิการมีความเข้มแข็งขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังมีความสะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพราะเขาจะรับผิดชอบและจดจ่อกับงานที่เกี่ยวกับคนพิการไม่เหมือนกับเจ้าหน้าที่บริการปฐมภูมิที่ทำงานหลายด้าน การให้คนพิการมาช่วยเหลืองานด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับคนพิการในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับการพิจารณาและหาทางจัดระบบงาน ให้เกิดช่องทางที่คนพิการสามารถเข้ามาร่วมหรือเป็นภาคีเครือข่ายในการทำงานด้วยกันกับเจ้าหน้าที่ทั้งงานเชิงรับ เช่น การจดทะเบียนคนพิการ และงานเชิงรุกคือการส่งเสริมสุขภาพของคนพิการ

การค้นหาค้นหาคนพิการทางจิตหรือพฤติกรรม

การค้นหาค้นหาคนพิการทางจิตในชุมชน เพื่อให้เขาเข้าถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการได้รับสิทธิสวัสดิการตามกฎหมายระบุ เป็นงานที่ท้าทายมากสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ จากงานวิจัยของ ปัญญาดี สาทิพจันทร์ (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545) ได้ให้ความสำคัญกับการค้นหา คัดกรอง และประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างมาก ดังนั้นทำอย่างไรที่การค้นหาผู้ป่วยโรคจิตทั้งใหม่หรือเก่าให้เข้าถึงสิทธิการบริการสุขภาพ และการประเมินความพิการทางจิตที่มีข้อกำหนดให้จิตแพทย์หรือแพทย์เป็นผู้ออกหนังสือรับรองความพิการนั้นๆ

คงต้องเริ่มจากแกนนำสุขภาพในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีอยู่มากกว่าแสนคนทั่วประเทศ ที่ดูแลประชาชนในหมู่บ้าน หรือประชาชนที่รวมตัวกันเป็นชมรม/เครือข่ายจิตอาสาที่ทำหน้าที่ค้นหาคนพิการทางจิต ดังตัวอย่างที่อสม.ท่านหนึ่งเล่าไว้ใน “โลกใหม่ของแต่น” (รัตนา เสนาหนอก

จากเรื่องเล่า จินตนาการสุขภาพใหม่ ปีที่ 1 ฉบับสมบูรณ์
 นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2552: 143-148)

“...วันนั้นพี่ อสม. เขาลงปฏิบัติงานหยอดทรายอะเบทในชุมชน เพราะมีการระบาดของไข้เลือดออก พบว่าบ้านหลังหนึ่งถูกปิดบ้านไว้มาตลอดห้าปี โดยมีคนวิกลจริตอาศัยอยู่ในบ้านกับน้องสาวซึ่งมีอาชีพรับจ้างทั่วไป พ่อแม่เสียชีวิตหมดแล้ว อสม.ท่านนั้นจึงมาขอคำปรึกษาเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อลงประเมินที่บ้านและวางแผนดูแลคนพิการทางจิตรายนี้ จากนั้นก็ประสานงานส่งต่อรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น แล้วยังประสานงานกับพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เพื่อให้การช่วยเหลือสวัสดิการทางสังคมอีกด้วย...”



โดยสรุปการค้นหาคนพิการทางจิต และสภาพปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ที่ช่วยให้คนพิการเข้าถึงบริการสุขภาพ แล้วส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชน ต้องเริ่มจากสามขั้นก่อน คือ

- **ขั้นแรก** การมองคนพิการทางจิตเป็น *มนุษย์* ไม่ใช่ “คนบ้า” หรือ “ผีบ้า” เพื่อลดความกลัว ความกังวล เพราะพวกเขาเป็นมนุษย์เหมือนๆ เรา

- **ขั้นที่สอง** การทำงานเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ เนื่องจากคนพิการทางจิตกลุ่มหนึ่งมีแนวโน้มที่จะแยกตัวจากสังคมด้วยความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง หรือความอับอายของญาติจึงต้องปิดบัง ตลอดจนสังคมที่มีความอคติและเลือกปฏิบัติ ทำให้พวกเขาต้องถอยตนเองไปอยู่ในมุมมืดๆ/สลั้วของสังคมเพื่อลดการถูกรังเกียจ/ซ้ำเติม

- **ขั้นที่สาม** การทำงานเชื่อมโยงกับคนหรือหน่วยงานที่อยู่ในชุมชน ทั้งนอกและในระบบบริการสุขภาพ

การทำงานค้นหาคนพิการทางสติปัญญา

โดยทั่วไปภาวะบกพร่องทางสติปัญญาพบได้ ร้อยละ 1 - 3 ของประชากร ซึ่งคาดการณ์ได้ว่า น่าจะมีผู้บกพร่องทางสติปัญญาทุกระดับประมาณ 600,000 คน ทั้งนี้จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2544 พบผู้พิการทางสติปัญญาประมาณ 130,954 คน และเป็นผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่อายุน้อยกว่า 14 ปี จำนวน 22,549 คน แต่มีจำนวนผู้บกพร่องทางสติปัญญาในกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี เพียงจำนวน 10,340 รายที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ (ข้อมูลจากระบบประกันสุขภาพ)

ด้านการศึกษา จากข้อมูลสำนักบริหารการศึกษาศึกษาพิเศษกระทรวงศึกษาธิการ ในปี พ.ศ. 2552 พบมีเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญาในโรงเรียนการศึกษาศึกษาพิเศษ 7,091 คน จากเด็กทั้งหมด 13,494 คน ในศูนย์การศึกษาศึกษาพิเศษส่วนกลางและเขตพื้นที่

แบบคัดกรองพัฒนาการเด็ก

ส่วนที่ 2 คำชี้แจง

จงขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง ได้ หรือ ไม่ได้ ช่องใดช่องหนึ่งเท่านั้น
ให้ผู้ตรวจสอบพัฒนาการทดสอบจากตัวเด็กเท่านั้น ยกเว้นข้อที่อนุญาตให้ถามจากแม่ หรือผู้ดูแลเด็ก

อายุ 12 เดือน

	ได้	ไม่ได้
1. จับเด็กยืนแล้วปล่อยมือ เด็กยืนอยู่ได้อย่างน้อย 2 วินาที (นับ 1-2)		
2. ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้หยิบของชิ้นเล็กขนาดเท่าเมล็ดถั่ว		
3. เด็กหันมองคนในบ้านได้อย่างน้อย 2 คน เมื่อถูกถาม เช่น "ไหนยาย...." "ไหนแม่...." (อาจถามจากแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก)		
4. พูดได้เป็นคำ เช่น พ่อ แม่ มา ไป หรือพูดตามได้แม้จะไม่ชัด (อาจถามจากแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก)		
5. บอกความต้องการ โดยใช้ท่าทาง หรือเสียง ยกเว้นเสียงร้องไห้ (อาจถามจากแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก "เวลาเด็กต้องการอะไร เขาทำอะไร")		
คะแนนรวม		

หมายเหตุ คะแนนรวม หมายถึง รวมคะแนนของช่อง "ได้" คิดข้อละ 1 คะแนน
ถ้าได้ 3 คะแนน หรือต่ำกว่า ให้สงสัยมีการพัฒนาการล่าช้า

ตัวอย่างแบบคัดกรองพัฒนาการเด็ก

อ้างอิง <http://www.dmh.moph.go.th/test/cesd/child/>

จำนวน 1,002 คน จากเด็กที่พิการทั้งหมด 4,955 คน และใน
ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด จำนวน 6,151 คน จาก
จำนวนเด็กพิการทั้งหมด 36,107 คน

จะเห็นว่าจำนวนผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่เข้าถึงบริการ
สุขภาพ มีจำนวนค่อนข้างน้อย นั้นหมายถึงเด็กพิการทาง
สติปัญญาจำนวนมากยังขาดโอกาส โดยเฉพาะโอกาสที่จะได้รับ
การคัดกรองเด็กเพื่อเข้าสู่ระบบการบำบัดฟื้นฟู กระตุ้นพัฒนาการ
ตั้งแต่แรกเริ่ม อันจะเป็นการเปิดประตูให้เด็กได้เข้าถึงบริการ
การฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านอื่นๆ ต่อไปด้วย ทั้งนี้การคัดกรอง
สามารถทำได้ในระดับชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (คู่มือ
การดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงล่าช้าด้านพัฒนาการ) ร่วมกับการ
ดำเนินงานในระดับ รพ.สต. ในคลินิกสุขภาพเด็กดี (คู่มือการดูแล
เด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาระดับชุมชน) ซึ่งการ
คัดกรองพัฒนาการเด็กอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกัน
สุขภาพอยู่แล้ว

ที่สำคัญควรมีข้อมูลการคัดกรองเด็กทุกคน และเด็กที่มี
ความเสี่ยงเป็นความล่าช้าด้านพัฒนาการ ควรได้รับการประเมินซ้ำ
ว่ามีความบกพร่องด้านสติปัญญาหรือไม่ และถ้าเด็กมีความ
ต้องการการตรวจบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง ควรได้รับ
การส่งต่อเด็กเข้าสู่ระบบบริการระดับต่อไป เป็นที่หวังว่า อสม.
จะช่วยสนับสนุนติดตามเยี่ยมบ้านเด็กที่ยังไม่เข้าสู่การคัดกรอง
และการตรวจประเมิน ทำให้เด็กได้เข้าถึงสิทธิเบื้องต้น

การค้นหาค้นหาปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ

การค้นหาค้นหาคนพิการ ไม่ได้มีเป้าหมายแค่การนำคนพิการไปสู่การจดทะเบียนคนพิการเพื่อการได้รับสิทธิต่าง ๆ ตามกฎหมายเท่านั้น แต่ยังมีอีกเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญ คือ เพื่อทราบและเข้าใจสภาพปัญหาความต้องการของคนพิการ อันจะนำไปสู่การจัดบริการที่เหมาะสมตามความต้องการจำเป็นของคนพิการ สำหรับสภาพปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของคนพิการ ในความหมายของสุขภาพองค์รวมทั้งสี่มิติ มีตัวอย่าง ดังนี้

- **ทางกาย** ได้แก่ ความไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดินหรือเคลื่อนย้ายตัว และการพูดสื่อสารกับผู้อื่น หรืออาจหมายถึงการไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านได้ตามคำแนะนำทั้งด้วยตนเองและการช่วยเหลือของคนในครอบครัว การไม่มีคนพาไปหาหมอหรือไปฝึกกายภาพบำบัด ตลอดจนการมีความพิการซ้ำซ้อน และไม่รู้วิธีการป้องกัน ไม่มีทักษะในการดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพ



คนพิการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ย้ายตัว หัดเดิน ทำกายภาพฯ

- **ทางจิตใจ** ได้แก่ ความวิตกกังวล หงุดหงิด เครียด ท้อแท้ การมีอาการซึมเศร้า หรือแม้แต่คิดฆ่าตัวตาย

- **ทางสังคม** ได้แก่ ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเดิมของตัวเองได้ รู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระ ครอบครัวไม่เข้าใจ ไม่เอาใจใส่ ไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น พิธีกรรม ทางศาสนา งานประเพณี และไม่ได้รับการยอมรับในสังคม



คนพิการสามารถใช้ชีวิตร่วมกิจกรรมในสังคม

• **ทางจิตวิญญาณ** ได้แก่ ความรู้สึกที่ตัวเองไร้ค่า ไร้ศักดิ์ศรี
ของความเป็นมนุษย์ ไม่มีเป้าหมาย/ความหวังในชีวิต

กรณีความพิการทางได้ยิน ดูเหมือนว่าจะมีปัญหาในเรื่อง
สุขภาพน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับความพิการด้านอื่นๆ แต่ในความ
เป็นจริงเรื่องของภาษาและการสื่อสารเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อ
การเข้าถึงข้อมูลและการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งมีความ
จำเป็นต้องการ “ล่ามภาษามือ”

“...อยากให้เผยแพร่ภาษามือไปในวงกว้าง มีบริการล่ามภาษามือให้
คนหูหนวกอย่างทั่วถึง ปัญหาอุปสรรคสำคัญของคนหูหนวก คือ การ
สื่อสาร ขาดล่าม การเขียนก็ใช้ได้แต่คนรู้หนังสือและช้า บางเรื่องไม่
สามารถใช้ได้... อย่างเรื่องโรคเอดส์ คนหูหนวกโดยทั่วไปอ่านหนังสือ
ไม่ได้ ชาวไม่ได้ยิน หรือคนที่อ่านได้ก็ไม่สามารถรับรู้ และเข้าใจได้ เพราะ
สื่อรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ที่เผยแพร่ถูกทำสำหรับคนหูดีเท่านั้น...”

ที่มา: สุรเชษฐ์ ผู้พิการทางการได้ยินแต่กำเนิด
จาก วีระศักดิ์ จันทร์ส่องแสง “เสียงจากโลกเงียบ” 2549 น.72



ขณะนี้ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
คนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 (7) ได้มีการกำหนดเกี่ยวกับ
สิทธิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการล่ามภาษามือของ
คนหูหนวก และได้มีประกาศ ณ วันที่ 15 ธันวาคม 2553 ว่าด้วย
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าตอบแทนการให้บริการล่ามภาษามือ
โดยกำหนด อัตราค่าตอบแทนไม่ต่ำกว่าชั่วโมงละ 300 บาท
เพื่อทำหน้าที่ช่วยสื่อสารในการบริการทางการแพทย์และ
การสาธารณสุข การสมัครงาน หรือการติดต่อประสานงาน
ด้านอาชีพ หรือการร้องทุกข์ การกล่าวโทษ เป็นพยานในชั้น
พนักงานสอบสวน รวมทั้งการบริการการเข้าร่วมประชุม สัมมนา
ฝึกอบรม บรรยายโดยหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน ทั้งนี้
รายละเอียดการจัด/ให้บริการอยู่ในระหว่างการพัฒนาในพื้นที่
นำร่อง ซึ่งขอคำปรึกษาเพื่อขอรับบริการได้ที่ สำนักงานพัฒนา
สังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือสมาคมคนหูหนวก
ประจำจังหวัด

กรณีความพิการทางการเห็น การฟื้นฟูสมรรถภาพ
คนตาบอดด้านการสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการ
เคลื่อนไหว (Orientation and Mobility Training, O&M) นับเป็น
บริการที่มีความสำคัญเสมือนเป็นกุญแจที่จะเปิดประตูให้
คนตาบอดออกใช้ชีวิตในโลกกว้างได้ นั่นคือเป็นกระบวนการ
ฝึกทักษะให้คนตาบอดสามารถใช้ประสาทสัมผัสต่างๆ ที่เหลืออยู่
ปรับตัวและประยุกต์ใช้เทคนิคสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม

ที่ตนอาศัยอยู่ได้ ทักษะด้านการเคลื่อนไหวและการเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างสะดวก ปลอดภัยและเป็นอิสระ เสริมสร้างบุคลิกภาพที่ดี ความมั่นใจ ความภาคภูมิใจ คนที่ผ่านการฝึกนี้แล้วจะสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งรวมทั้งการหุงหาอาหาร การดูแลบ้านช่อง และการเดินทางไปในไหนมาไหนได้โดยอิสระและปลอดภัย



“...คนตาบอดเหล่านี้ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีโอกาสเดินทางไปในไหนมาไหนไกลกว่าบริเวณบ้านของตัวเองเลย ดังนั้นการฝึกใช้ไม้เท้าขาว การฝึก O&M นี่ผมคิดว่าประโยชน์ที่สำคัญยิ่งของมันเลย คือมันเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยเปิดประตูโลกให้คนตาบอด เป็นเครื่องมือที่ช่วยสร้างความมั่นใจในตัวเองให้กับเขา เป็นเครื่องมือที่สร้างโอกาสให้เขาได้เลือกทางเดินให้ชีวิตตัวเองได้เลยนะ...”



ที่มา: กิตติพร ช่วยเอียด ครูฝึก O&M
สมาคมคนตาบอด จ.พัทลุง
ใน โอปอลล์ ประภาวดี
“สะพานไม้” 2549 น.51



และหากได้มีโอกาสฝึกอาชีพ หรือการทำมาหากิน เช่น การเรียนเป็นหมอนวด ก็จะทำให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น สำหรับคนตาบอดที่ต้องการเรียนหนังสือก็ต้องคิดถึงเรื่องการฝึกใช้อักษรเบรลล์ หรือการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคนตาบอดที่สามารถประสานขอคำแนะนำได้จากศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด

ปัญหาเรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ บางครั้งจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น หนังสือเสียงโปรแกรมตาทิพย์ เป็นต้น ซึ่งก็ยังเป็นปัญหาที่แม้กระทั่งสถานบริการของรัฐเองก็ยังไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จริงของคนพิการ ดังเสี่ยงจากคนตาบอดข้างล่างนี้



อักษรเบรลล์ และอุปกรณ์สื่ออ่าน-เขียน คนตาบอด

“..ไม่เข้าใจว่าถ้าเราจะอ่านหนังสือพิมพ์สักฉบับ เราต้องจ่ายเป็นร้อยบาท เพราะซื้อหนังสือพิมพ์มาแล้ว เราต้องไปจ้างให้เขาทำเป็นหนังสือเสียง เว็บไซต์ของรัฐบาลก็ถูกออกแบบมาโดยไม่มีการคำนึงถึงความต้องการของคนตาบอด เราอ่านไม่ได้ด้วยตา เว็บไซต์ที่มีเสียงจึงมีความสำคัญมาก ข้อมูลเอกสารราชการก็เช่นเดียวกัน เมื่ออ่านไม่ได้ การใช้สิทธิตามกฎหมายไม่เกิด การด้อยโอกาสเรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเป็นปัญหาหนักหน่วงของเรา แต่คนทั่วไปอาจมองไม่เห็น...”

ที่มา: มณฑิร บุญตัน นายกสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย
ในหนังสือ “เดินรำในความมืด”,
วีระศักดิ์ จันทร์สงแสง, 2549, หจก.สามลดา กรุงเทพฯ น.111

กรณี “ลุงหวัง” คนใช้ตาบอดวัยกลางคน ที่มารับบริการสถานีอนามัยแห่งหนึ่ง ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่กับแม่ จากการลงเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพ เล่าว่า

“...ข้าวของต่างๆ ในบ้านของแควงอย่างไม่เป็นระเบียบนัก ที่มุมห้องมีกล่องกระดาษที่คงเคยใส่เครื่องโทรทัศน์ขนาดสิบสี่นิ้วของใครสักคนวางตั้งอยู่ ลุงหวังเล่าว่านี่คือคลังยาของแแก ฉันทันและทีมงานจึงขออนุญาตรีอู ในกล่องพบยารักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไตปะปนกันอยู่ในนั้น...”

จากสภาพของคลังยาและพฤติกรรมการกินยาของแแกนั้น ทำให้ฉันทันและทีมเยี่ยมบ้านช่วยกันจัดระเบียบการรับประทานยาให้แกใหม่ โดยลงมือจัดหมวดหมู่ยาแต่ละโรคให้อยู่ด้วยกัน จะได้หยิบโดยไม่ผิดพลาดสับสน และช่วยกันคัดยาที่หมดอายุแล้วเอาไปทิ้ง รวมถึงการแนะนำวิถีกินยาแบบง่าย ๆ ด้วยการคลำหาลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างภาชนะบรรจุและรูปแบบยาแต่ละชนิด ปิดท้ายด้วยการซักซ้อมจนมั่นใจว่าแแกจะไม่หยิบยาผิด เพราะแแกอยู่กับเพียงสองคนแม่ลูกเท่านั้น ไม่มีคนอื่นช่วยดูแลอีก



ที่มา: ประยูรศรี เลือดสงคราม โรงพยาบาลลำปาง
จังหวัดลำปาง, “ลูกผู้ขายหัวใจกตัญญู” เรื่องเล่า
งานคือความดี ชุดที่ 8 ในความพิการมีความหวัง
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548



บทที่ 3
การทำงานที่สร้าง
หลักประกัน
การดูแลที่ต่อเนื่อง





"กระบวนการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง
จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ
ของผู้ให้บริการ และเครื่องมือการทำงาน
ที่หลากหลาย"

เนื่องจาก “ความพิการ” เป็นภาวะทางสุขภาพที่ “คนพิการ”

ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจ และฝึกฝนที่จะใช้ร่างกาย
อย่างที่เป็นทำกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตให้ได้ ซึ่ง
บางครั้งก็ต้องเผชิญกับความยากลำบากทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ
อันได้แก่ ความท้อแท้ หดท้อกำลังใจ ไร้ความหวังกับชีวิตในอนาคต
บางทีก็อาจมีอาการข้างเคียงหรือโรคแทรกเกิดขึ้น เช่น อาการเจ็บ
ปวด ข้อติด แผลกดทับ เป็นต้น

นอกจากนั้น กระบวนการยังต้องใช้ผู้ให้บริการที่หลากหลาย
และไม่สามารถทำให้จบกระบวนการภายในหน่วยบริการ
เดียว ทำให้จำเป็นต้องมีระบบที่ประกันความต่อเนื่องของ
การดูแล เพื่อไม่ให้คนพิการหลุดออกจากวงจรการบำบัดฟื้นฟู
จนเป็นผลให้ไม่สามารถฟื้นฟูความสามารถได้ ไม่สามารถกลับไป
ใช้ชีวิตทางสังคมดังเดิมได้ จนถึงมีความพิการซ้ำซ้อน หรือมี
โรคแทรกซ้อน และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้

ระบบบันทึกข้อมูลคนพิการ

การทํานันทักข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการพร้อมข้อมูลบริบทด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง ถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญ และจำเป็นในการติดตามดูแลสุขภาพคนพิการอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การดูแลของบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาขาต่างๆ ทั้งที่อยู่ในหน่วยงานเดียวกันและต่างหน่วยงาน ซึ่งการออกแบบระบบบันทึกข้อมูลคนพิการที่ดีสามารถทำได้ตามขั้นตอน ดังนี้

- ออกแบบข้อมูลที่ต้องการจัดเก็บ โดยผ่านการประชุมทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่อยู่ในหน่วยงานเดียวกันและคนละหน่วยงาน ที่รับผิดชอบงานคนพิการร่วมกัน
- ตรวจสอบ ปรับปรุงข้อมูลที่ได้มาให้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน น่าเชื่อถือ เช่น ประเภทความพิการ และโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ร่วมกับความพิการ การจดทะเบียนคนพิการ หลักประกันสุขภาพ การใช้ยา เป้าหมายการฟื้นฟู ความจำเป็นในการทำกายภาพบำบัด อุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น ความเสี่ยง โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนและการป้องกัน เป็นต้น
- เก็บข้อมูลประกอบที่เป็นประโยชน์ในแบบรูปภาพ หรือภาพเคลื่อนไหว เช่น ภาพถ่ายสภาพความพิการหรือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การยึดติดของข้อต่อ แผลกดทับ การเดิน/เคลื่อนย้ายตัว อุปกรณ์ที่ใช้ช่วยให้สามารถทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต บ้านและสภาพแวดล้อมรอบบ้าน/ในชุมชน เป็นต้น
- เก็บบันทึกข้อมูลด้านอารมณ์จิตใจ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ทั้งจากการพูดคุยและการสังเกต หรือถามจาก

คนอื่น/เพื่อนบ้าน

- เก็บบันทึกข้อมูลเงื่อนไขความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว กับการดูแลสุขภาพคนพิการ
- เก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการ การนัดหมาย และผลลัพธ์การให้บริการว่าเป็นไปตามที่วางแผนการดูแลหรือไม่พร้อมทั้งวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และปัจจัยเสริม
- ให้มีการแบ่งกันรับผิดชอบการจัดเก็บสำหรับข้อมูลรายการนี้ และผู้รับผิดชอบดูแลในภาพรวมทั้งระบบ โดยให้มีแหล่งจัดเก็บที่เหมาะสม เช่น แฟ้ม คอมพิวเตอร์ มีการเชื่อมระบบข้อมูลเพื่อการส่งต่อได้ อาจโดยใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ช่วย

ระบบการสื่อสาร

การสื่อสาร เป็นทั้งกระบวนการทำงานและทักษะที่สำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เช่น การสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกับพยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ พมจ. อบต. ครู ญาติ เป็นต้น โดยผ่านช่องทางการพบปะขอข้อมูลกันโดยตรง การสื่อสารทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต หรือการเขียนจดหมายเพื่อช่วยให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง

กรณีศึกษา

คุณเพ็ญพรเป็นเจ้าหน้าที่งานปฐมภูมิของคุณยสุขภาพชุมชนหนองสาหร่าย ที่คิดช่วยเหลือทำบัตรให้ผู้พิการที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของตน แต่กลับไม่ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสักเท่าไร

“น้องลองคิดดู ขนาดพี่ไปรับรองด้วยตัวเองว่า คนใช้พิการขาสิบทั้ง 2 ข้างเดินไม่ได้ พวกเพื่อนบ้าน ก็อุตสาห์ถ่ายรูปมาให้ดูกันชัด ๆ เขายังไม่เชื่อเลย เขา บอกว่าการนำรูปถ่ายมาประกอบยังไม่น่าเชื่อถือ ต้องนำผู้พิการมาเท่านั้น...”

หลังจากเหตุการณ์นั้น คุณเพ็ญพรได้ไปปรึกษาแพทย์ ประจำศูนย์ชุมชน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ...แพทย์ผู้นี้ได้ช่วยหาทางออกให้โดยมอบความไว้วางใจแก่พยาบาลประจำ ศูนย์สุขภาพให้มีอำนาจคัดกรองผู้พิการเพื่อเสนอให้แพทย์รับรอง ได้ อันเป็นการลดขั้นตอนเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยพร้อม สร้างกำลังใจให้แก่หมออนามัยมากขึ้น ต่อมาก็สามารถประสาน งานจดทะเบียนให้กับผู้พิการในพื้นที่ได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ยิ่งขึ้น เพียงถ่ายรูปผู้พิการมาให้แพทย์ดู จากนั้นก็ช่วยกรอกข้อมูล ลงในใบคัดกรองความพิการ แล้วนำมาให้แพทย์ที่โรงพยาบาล ลงชื่อรับรองเพื่อนำส่งประชาสงเคราะห์อำเภอต่อไป

ที่มา: จุไรวัลย์ สุนทรวรรณ “หากไม่มีวันนั้น”
เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 3 ระบบบริการสุขภาพชุมชน
กับการทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548

การพัฒนาศักยภาพทีมงาน

สามารถทำได้ในหลากหลายรูปแบบ ได้แก่

● การจัดอบรม

“...ที่โรงพยาบาลมีโครงการอบรมอาสาสมัครดูแลคนพิการ ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. มีกิจกรรมสำคัญคือ โรงพยาบาล จะเลือกทีมงานตำบลละ 3 คน (อาจเป็น อสม. ญาติ ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนจากชมรมคนพิการ) เข้าอบรมให้ความรู้เพื่อดูแลคนพิการ โดยโรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยง ซึ่งจะมีการประชุมติดตามทุก 1 เดือน ว่ามีปัญหาหรือต้องการให้ช่วยสนับสนุนอะไร และโรงพยาบาล ยังเพิ่มทักษะให้โดยเชิญทีมสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล โภชนากร คนพิการมาให้ความรู้เพิ่มเติมอีกด้วย...”

ที่มา: โรงพยาบาลตาดลี จากเวที
“ถอดบทเรียนประสบการณ์การทำงานดูแลสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ”
31 กรกฎาคม 2553 ณ โรงแรมริชมอนด์

“...ในส่วนการอบรมทุก รพ.สต. เมื่อได้รับการอบรม พื้นฐานแล้ว อสม. ที่เข้ามาอบรมจะมีผู้พิการที่ต้องดูแลอยู่ในมือ หรือเป็นญาติของผู้พิการ ก่อนหน้านั้น อสม. ไม่ได้ทำงานคนพิการ มากนัก ความรู้ในงานฟื้นฟูของ รพ.สต. เองก็มีน้อย จึงต้องลงไป เพิ่มศักยภาพให้ รพ.สต. ให้สามารถดูแลเบื้องต้นได้ โดยการ สนับสนุนนักกายภาพจาก รพช. มาเป็นพี่เลี้ยง บางทักษะจำเป็น

ต้องมีการฝึกฝนจะเกิดความชำนาญ จะได้มีความรู้สึกมั่นใจมากขึ้น และยินดีที่จะร่วมมือกันดูแลสุขภาพคนพิการ...”

ที่มา: รพ.วชิรพยาบาล จากเวที “ถอดบทเรียนประสบการณ์การทำงานดูแลสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ”
31 กรกฎาคม 2553 ณ โรงแรมริชมอนด์

• การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ – ดูงาน

จะเห็นว่า รพ.สต. อาจไม่ค่อยมีโอกาสดูงานเพื่อสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขณะที่โรงพยาบาลอำเภอมีโอกาสตรงนี้ค่อนข้างมาก จึงควรได้มีการปรึกษาหารือเพื่อจัดเวทีดังกล่าวขึ้นอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ได้เรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานจริงของกันและกัน และยังเป็นโอกาสได้ปรึกษาเพิ่มเติมความรู้เพื่อตอบโจทย์การทำงานจริงอีกด้วย บางครั้งก็อาจจัดเป็นการแลกเปลี่ยนดูงานกันในพื้นที่จริงด้วย หรืออาจไปดูงานนอกพื้นที่บ้างก็ยิ่งเป็นการเปิดมุมมองในการทำงานและยังเป็นการให้กำลังใจกันและกันอีกด้วย

ที่มา: รพ.วชิรพยาบาล จากเวที “ถอดบทเรียนประสบการณ์การทำงานดูแลสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ”
31 กรกฎาคม 2553 ณ โรงแรมริชมอนด์

กรณีศึกษา: การดูแลต่อเนื่องคนพิการทางจิต

นอกจากการค้นหา/คัดกรองคนพิการทางจิต สิ่งที่สำคัญยิ่งกว่า คือ การเข้าใจความต้องการเฉพาะของคนพิการทางจิต

กระบวนการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ครบวงจร และการประสานงานกับทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสู่เป้าหมายให้พวกเขาสามารถใช้ชีวิตในสังคมตามปกติเฉกเช่นคนอื่น ๆ และสิ่งที่ทำให้ให้บริการระดับปฐมภูมิต้องตระหนักในใจเสมอคือ การดูแลคนพิการทางจิตไม่มีวันสิ้นสุด (Lieberman KP, Kopelowicz A, Smith TE., 2000)

ตัวอย่างเรื่องเล่า “รุ่งอรุณของ...ม่วย” ที่ทีมผู้ให้บริการสถานีอนามัยบ้านโนดง อำเภอท่ายางได้ดูแล “ม่วย” อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ประสานงานกับนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น พาไปรักษาจนกลับมาอยู่ในชุมชน อบต.ก็ยิ่งพาไปรับยาและพบจิตแพทย์ทุกเดือนที่โรงพยาบาลจังหวัด (โรงพยาบาลชุมชนไม่มียาจิตเวชที่ “ม่วย” ไข้) รวมทั้งจัดการให้ได้รับเบี้ยยังชีพ 500 บาท/เดือน นอกจากนั้นบ้านหลังเดิมที่อยู่ยังได้รับความเมตตาจากหลวงพ่อบรรพบุรุษให้ซึ่งจนถึงปัจจุบันที่ม่วยยังคงติดตามดูแล “ม่วย” อย่างต่อเนื่อง

ที่มา: นพ.ผา สมนามิตร. จาก “รุ่งอรุณของ...ม่วย”
ในเรื่องเล่าจินตนาการสุขภาพใหม่ ปีที่ 1 ฉบับสมบูรณ์. นนทบุรี:
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2552



จะเห็นว่าการดูแลคนพิการจิตไม่ได้จำกัดอยู่กับทีมบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ทุกคนในชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลได้ตามความถนัด/ประสบการณ์ เรียกว่าช่วยกันคนละไม้คนละมือด้วยหัวใจดวงเดียวกันของความเป็นผู้ให้ ก็จะส่งผลดังตัวอย่างข้างต้น ส่วนระบบการบันทึกข้อมูลที่สามารถประเมินผลความก้าวหน้าหรือการติดขัดของคนพิการทางจิต และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งต่อปรึกษาหารือ มีความสำคัญทางลายลักษณ์อักษรที่ต้องมีเฉพาะในการสื่อสารให้เข้าใจตรงกันในการดูแลคนพิการทางจิต เช่น สมุดการดูแลตนเองของคนพิการจิต ระบบโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวช (โรงพยาบาลจิตเวช-โรงพยาบาลจังหวัด-โรงพยาบาลชุมชน-สถานเอนกมัย-ชมรมพิทักษ์จิตร์)

สามารถศึกษาได้ในคู่มือปฏิบัติการรายกรณีสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน (กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. คู่มือปฏิบัติการรายกรณีสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2551) ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคจิตและจิตเภท คำแนะนำสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ข้อควรระวังเกี่ยวกับยาโรคจิต การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ระบบการปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เป็นต้น ส่วนองค์ความรู้เบื้องต้นสำหรับญาติหรือผู้ดูแลสามารถศึกษาจาก “แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยญาติ/ผู้ดูแล” (ข้างล่างนี้ – ทำกรอบ) นอกจากนั้นมีโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแล/จิตอาสา ซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิอาจต้องเข้ารับการอบรมเพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาและ

ทักษะ ที่มี 8 หัวข้อ หัวข้อละ 1 ชั่วโมง โปรแกรมนี้เหมาะสมสำหรับการทำเป็นกลุ่ม (กรมสุขภาพจิต. เทคโนโลยีการให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ดูแล/ผู้ป่วยจิตเภท. กรมสุขภาพจิต; 2541)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยญาติ/ผู้ดูแล

คำแนะนำต่อไปนี้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยให้อาสา (ในฐานะญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท) สามารถแก้ไขกับพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วยได้ดีขึ้น แต่โปรดทราบว่า ท่านอาจไม่สามารถทำได้ตามทุกคำแนะนำ เนื่องจากบางคำแนะนำอาจเหมาะกับผู้ป่วยบางรายหรือบางสถานการณ์เท่านั้น หากท่านพบว่าท่านได้พยายามที่จะแก้ไขกับพฤติกรรมผิดปกติอย่างเต็มความสามารถแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมนั้นอยู่ ท่านควรปรึกษาทีมผู้รักษาของท่านเพื่อหาทางอื่นในการแก้ไขกับพฤติกรรมผิดปกติดังกล่าวต่อไป

นอกจากนี้ โปรดระลึกว่า พฤติกรรมผิดปกติหลาย ๆ อย่าง อาจเป็นอาการของโรค (เช่น หูแว่ว, ประสาทหลอน) หรือผลข้างเคียงของยา (เช่น นอนมาก) สามารถแก้ไขได้ด้วยการให้ยาอย่างเหมาะสม

1. เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงควรติดต่อยาที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง และควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพิ่ม ลด หรือหยุดยา

2. ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ญาติควรชักจูง โน้มน้าวให้ผู้ป่วยกินยา ถ้าไม่ได้ผลให้ปรึกษาแพทย์ ซึ่งแพทย์อาจให้ยาชนิดออกฤทธิ์ยาว (นาน 2-4 สัปดาห์) แทน

3. ญาติควรกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วย โดยให้ทำงานตามกำลังความสามารถที่มีอยู่ เพื่อฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยให้กลับมาได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ควรให้อยู่เฉยๆ หรือมีเวลาว่างมากเกินไป เพราะจะทำให้เฉื่อยชา เกียจคร้าน ซึ่งจะเป็นภาระของญาติในการดูแลในอนาคตอย่างมาก หลังการรักษาผู้ป่วยอาจมีความสามารถในหลายๆ ด้าน (เช่น การดูแลตนเอง การทำงาน การเข้าสังคม) ลดลง

4. ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายปัญหา เพื่อผู้ป่วยและญาติจะได้เข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5. สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และให้คำปรึกษาแนะนำ

6. ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมผิดปกติ (เช่น พูดคนเดียว, กลัวคนมาทำร้าย) ญาติไม่ควรตกใจหรือกลัว ควรพยายามชักจูงให้ผู้ป่วยหันไปสนใจสิ่งอื่น ญาติไม่ควรตำหนิตายผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้รับกวนผู้อื่น

7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อให้ผู้สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ โดยเริ่มจากการพูดคุยกับคนในบ้านก่อน ไม่ควรแยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว

กรณีศึกษา: การดูแลต่อเนื่องคนพิการทางสติปัญญา

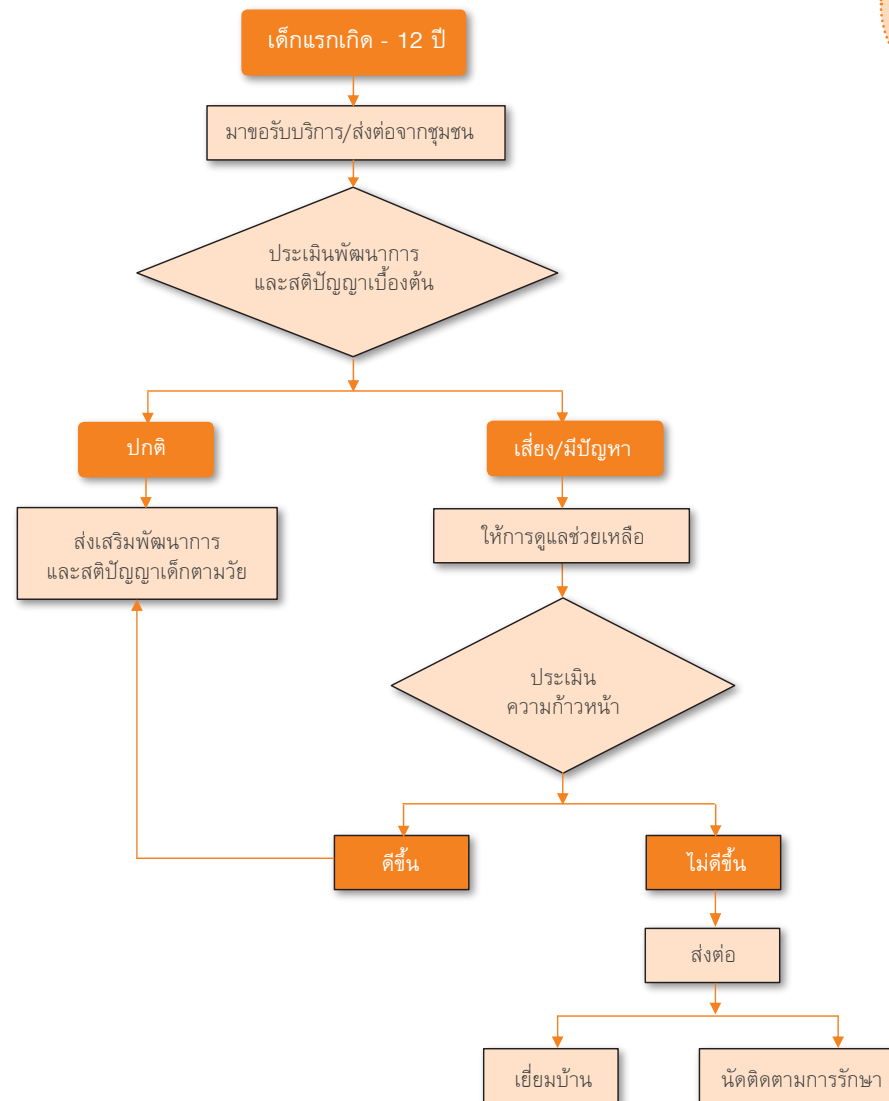
“...ทุกวันนี้ “น้องปา” เป็นเด็กที่ร่าเริงอยู่กับทุกคนได้ ขณะรับการฝึกสอน ต้องสร้างบรรยากาศให้น้องมีสมาธิที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ เช่น การถอดใส่เสื้อผ้าเอง การตักอาหารรับประทานเอง ในที่สุดน้องปาก็สามารถใส่ถอดถุงเท้า รองเท้าและเดินได้เอง ในช่วงที่แม่และพยาบาลช่วยกันปรับพฤติกรรม แม่จะอยู่กับลูกตลอดเวลา...”



หากเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาทุกคนได้รับโอกาส เขาจะสามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้ ทุกความสามารถที่ได้รับการพัฒนาจะส่งผลต่อการเรียนรู้และการดำรงชีวิตในอนาคตของเด็ก เช่น ความสามารถในการเดิน พูด จะทำให้เข้าร่วมกิจกรรมได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะต้องการการทรมานในการฝึกจากพ่อแม่ ครอบครัวและคนรอบข้าง โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้กำลังใจและชี้แนะขั้นตอนการฝึกอย่างต่อเนื่อง การเห็นลูกมีความก้าวหน้าขึ้นก็ยิ่งเพิ่มกำลังใจให้กับคนเป็นพ่อแม่

จากข้อมูลการคัดกรองเบื้องต้น พบว่าเด็กกลุ่มหนึ่งต้องการการประเมินซ้ำเพื่อวินิจฉัยภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา ในระบบส่วนใหญ่อาจให้ความสนใจที่จะทำการคัดกรองเบื้องต้นครั้งแรก แต่เมื่อเด็กส่งสัญญาณความเสี่ยงจากการคัดกรองเบื้องต้นแล้ว มักไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเด็กจึงขาดโอกาสที่จะได้รับการกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่แรกฐานข้อมูลของเด็กจึงต้องเริ่มจากข้อมูลเด็กทุกคนที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นเด็กที่สงสัยจะมีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าควรได้รับการประเมินซ้ำ และเด็กควรได้รับการวางแผนโปรแกรมการฝึกเบื้องต้น รวมทั้งการส่งต่อและติดตามในเด็กที่ต้องส่งเข้ารับบริการการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ตามระบบ

แผนภูมิการจัดบริการแก่เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา





บทที่ 4
การทำงานอย่าง
บูรณาการ
และการสร้างสุขภาพ
แบบองค์รวม





"คนพิการควรได้รับโอกาส
และมีสิทธิร่วมออกแบบตัดสินใจรูปแบบ
ในการดูแลสุขภาพของตนเอง"

การดูแลสุขภาพคนพิการเพื่อมุ่งสุขภาพแบบองค์รวม

อาจมีจุดเน้นที่แตกต่างกันไปตามปัจจัยส่วนบุคคลและบริบทของชีวิตคนพิการนั้น ๆ และแน่นอนว่าการทำงานจำเป็นต้องมีผู้เกี่ยวข้องที่หลากหลายไปด้วย เพื่อให้คนพิการกลับมามีชีวิตที่สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความหมาย แต่ละกิจกรรมแต่ละขั้นตอนจึงจำเป็นต้องปรึกษาร่วมกับคนพิการ และให้เขาเป็นผู้ตัดสินใจต่อทางเลือกในการดำเนินชีวิตของเขาเองเสมออาจพิจารณาการทำงานได้เป็น 5 มิติหลัก ได้แก่

- ด้านสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลโรคที่เป็นร่วม และฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการตามความจำเป็น
- การศึกษาเรียนรู้ รวมถึงการเรียนรู้ก่อนวัยเรียน การศึกษาตามวัย การเรียนรู้ทักษะชีวิต และการเรียนรู้ตลอดชีวิต บางกรณีอาจต้องการอุปกรณ์หรือทักษะพิเศษเสริมช่วย
- การทำมาหากินและการสร้างรายได้ รวมถึงการฝึกทักษะอาชีพ การจ้างงาน การประกอบอาชีพอิสระ และการเข้าถึงทรัพยากร/ทุนในการประกอบอาชีพ เพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ บางกรณีคนพิการอาจทำได้ไปครบทุกขั้นตอนของการประกอบอาชีพ ก็อาจใช้วิธีการทำเป็นกลุ่ม หรือมีสมาชิกในครอบครัวร่วมทำด้วยกัน

- การใช้ชีวิตทางสังคม รวมถึง การมีโอกาสร่วมกิจกรรมทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับคนทั่วไป การรักษาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ที่ในบางกรณีคนพิการอาจต้องมีผู้ช่วย หรือคนหูหนวกก็อาจต้องการล่ามภาษามือ

- การเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การมีกลุ่มช่วยเหลือกันเองของคนพิการ ที่สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การต่อสู้กับอุปสรรค หรือความยากลำบากในการใช้ชีวิตกับความพิการ อาจร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ สร้างรายได้ หรือทำกิจกรรมทางสังคมที่ทำให้เขารู้สึกมีคุณค่ายิ่งขึ้น

กรณีเรื่องเล่า “ชีวิตที่สองของมนัส”

“มนัส” พิกارجากอุบัติเหตุไฟฟ้าช็อต จนต้องตัดแขนทั้งทั้งสองข้าง ตอนแรกมีสภาพจิตใจที่ยอมรับสภาพความพิการไม่ได้เลย คิดจะฆ่าตัวตาย เจ้าหน้าที่บริการปฐมภูมิเลยต้องมาเยี่ยมให้กำลังใจ ถิ่นมากถึงสัปดาห์ละครั้งในช่วงแรก เพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยได้ผ่านช่วงวิกฤตของชีวิต ให้ยอมรับความพิการของตัวเองที่ทำให้ชีวิตเปลี่ยนจากเดิมที่สามารถทำงานเลี้ยงครอบครัวมาเป็นการต้องพึ่งพา แม้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน

เมื่อกลับจากโรงพยาบาลมาอยู่บ้านกับครอบครัว ปัญหาแรกก็คือการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเองที่ไม่เป็นภาระของครอบครัว ซึ่งในขั้นตอน

นี้เจ้าหน้าที่ได้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงแนะนำหนทางและกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดหาหนทางเอง โดยเริ่มจากการแปรงฟันที่มันสคืดเองคือใช้ตะปุดอกยึดแปรงสองด้านให้หัวสลับกันแล้วเอามาแปรง ต่อมาก็แก้ปัญหาเรื่องการเข้าห้องน้ำและทำความสะอาดด้วยตนเอง และการกินข้าวด้วยตนเอง ซึ่งมนัสไม่ยอมใช้เท้าในตอนแรกด้วยความเชื่อตามคนโบราณว่าข้าวเป็นของสูงจนสุดท้ายก็สามารถใช้เท้ารับประทานข้าวได้เอง หลังจากสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง นับว่ามนัสเดินทางด้านการฟื้นฟูชีวิตตนเองหลังจากมีความพิการมาได้เป็นอย่างดี

ขั้นต่อไปคือขั้นตอนการกลับคืนสู่สังคม ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้แสดงบทบาทในการเป็นผู้วางแผนและประสานกับครอบครัวและชุมชน ในการกลับคืนสู่สังคม โดยให้ลูกสาวที่มึนสกรักพุดกระตุ้นให้มนัสไปงานรับปริญญาของตนเองจนได้ เมื่อมนัสไปแล้วปรากฏว่าเพื่อนลูกสาวมาไหว้และทักทายพุดจากมนัสหายกลัว และต่อมาเขาก็ไปร่วมงานศพในหมู่บ้านตามปกติเหมือนที่เคยปฏิบัติสม่ำเสมอ ก่อนพิการ ก็ยังได้รับการยอมรับจากชาวบ้านเป็นปกติ ทำให้เขาได้คิดว่าต้องเอาชนะความกลัวของตนเองต่อความพิการเป็นอย่างแรก แล้วคนอื่นก็จะยอมรับ

และให้โอกาสเสมอ จึงทำให้คนพิการสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้อย่างเป็นปกติ

จากเรื่องนี้เห็นได้ว่าบทบาทของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการปฐมภูมินั้น ต้องแสดงบทบาทเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือมากกว่าเป็นผู้รักษา โดยต้องดูตามช่วงเวลาของความพิการคือ ช่วงแรก เป็นการดูแลด้านจิตใจให้ยอมรับความพิการ ช่วงที่สอง เป็นการกระตุ้นและสนับสนุนให้คนพิการจัดการหาทางช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ช่วงที่สาม เป็นผู้ประสานงานให้ครอบครัวและชุมชนช่วยกันนำคนพิการกลับคืนสู่สังคมอีกครั้งและมีบทบาททางสังคมให้เป็นปกติ กล่าวได้ว่าบทบาทของเจ้าหน้าที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของชีวิตคนพิการ ที่สำคัญ คือ การทำประวัติชีวิตและประวัติครอบครัวคนพิการ เพื่อดูว่าใครคือคนสำคัญในชีวิตเขาบ้าง เมื่อต้องการให้ช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ใครจะเป็นคนแสดงบทบาทการรู้จักคนพิการและครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลอย่างมาก

ที่มา: วราพร วันไชยธนวงศ์. “ชีวิตที่สองของมนัส”
เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 2 ความดีที่เหยียวยาว:
เรื่องเล่า...กับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

กรณีของวิชัยจากเรื่อง “โชคดีที่เป็นเรา”

...จากเดิมที่ “วิชัย” ซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวประสบอุบัติเหตุรถยนต์ จนเป็นอัมพาตครึ่งท่อนล่าง ต้องใช้สายสวนและถุงปัสสาวะ และต้องระวังแผลกดทับ ตอนแรกวิชัยไม่ยอมทำอะไรด้วยตนเอง ภรรยาต้องคอยช่วยเหลือทุกอย่างและต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวแทนด้วย จนเมื่อเจ้าหน้าที่สร้างความไว้วางใจกับคนพิการจากการไปเยี่ยมเป็นประจำ เขาจึงยอมร่วมมือในการปฏิบัติการกิจในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง จนต่อมาก็สามารถรื้อยพวงมาลัยที่เป็นอาชีพของครอบครัวจนกลับมาภูมิใจกับตนเองที่กลับมาช่วยเหลือครอบครัวได้อีกครั้ง

ครั้งเมื่อเกิดแผลกดทับ เจ้าหน้าที่จะคอยช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ทำแผลและให้คำแนะนำกับภรรยาของเขาในการทำแผลเองอย่างดี และได้ให้เบอร์โทรศัพท์มือถือเพื่อติดต่อปรึกษาได้ทุกเรื่อง เมื่อมีกรณีฉุกเฉินก็ได้ช่วยเหลือส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา

จากกรณีนี้ได้แสดงให้เห็นถึงการทำงานกับคนพิการของเจ้าหน้าที่ ที่ต้องใช้ความอดทนอย่างมาก ต้องพยายามสร้างความสัมพันธ์ให้คนพิการไว้วางใจและสนิทสนมกับเจ้าหน้าที่ให้มากที่สุด เพื่อสามารถวางแผนฟื้นฟูฯ และให้เขาร่วมมือยอมรับความ

ช่วยเหลือและสนับสนุนต่าง ๆ เป็นการเปิดประตูใจ ยอมรับที่จะปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่นของคนพิการ ใน บทบาทใหม่ของตนเอง เพราะระยะแรกที่เข้าสู่ความ พิกการเขาจะปฏิเสธทุกอย่างเจ้าหน้าที่จึงต้องใช้ความ อดทน และหาทางให้คนพิการรายใหม่ยอมรับที่จะ เรียนรู้และอยู่กับความพิการของเขา และหาทาง สนับสนุนให้เขาช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ให้ได้ดีที่สุดด้วย อีกทั้งต้องพยายามกระตุ้นให้ ครอบครัวและคนรอบข้างให้กำลังใจ เพื่อเขาจะได้ กลับคืนบทบาทตนเองในครอบครัวโดยเฉพาะการมี งานทำสร้างรายได้ให้กับครอบครัว ดังกรณีของวิชัย ที่ช่วยร้อยพวงมาลัยที่เขาทำได้ ซึ่งจะเป็นความภูมิใจ ของคนพิการที่ได้มีบทบาทในครอบครัว กรณีนี้ จะเห็นว่าเจ้าหน้าที่ต้องดูแลเป็นองค์รวมในทุกด้าน ของคนพิการ จึงจะทำให้คนพิการสามารถใช้ชีวิต อย่างเป็นปกติได้ แต่บทบาทส่วนใหญ่จะเป็น ผู้สนับสนุนครอบครัวและคนรอบข้างมากกว่าทำเอง

ที่มา: นงเยาว์ เรียนชอบ. “โชคดีที่เป็นเรา.”
เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 2 ความดีที่เหยียวยาว:
เรื่องเล่า...กับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

กรณีของลำดวนจากเรื่อง “คนเคยกัง”

การดูแลของเจ้าหน้าที่ ด้วยการไปล้างแผล กัดทับ และเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะให้กับ “ลำดวน” เป็นประจำและช่วยเหลือให้ได้เงินสงเคราะห์คน พิการแล้ว ก็ยังต้องช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาให้กับ ลำดวนเป็นเวลาต่อเนื่องถึง 3 ปี จนเป็นเหมือนกับ สมาชิกในครอบครัวนี้ไปเลยนั้น ทำให้ได้ช่วยเหลือ ลำดวนในเรื่องของการคงสถานะของความเป็น ครอบครัวกับสามีเอาไว้ได้ จากการให้คำแนะนำเรื่อง การมีเพศสัมพันธ์ให้ลำดวนที่เป็นอัมพาตครึ่งท่อน ล่างกับสามีของเธอ จนสามารถกลับมาดำรงความ สัมพันธ์อันผัวเมียเป็นปกติ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่ ต้องอาศัยความไว้วางใจสูงและใช้เวลานาน แต่กับ คนพิการรายใหม่ที่มีครอบครัวเรื่องนี้อาจจำเป็น ไม่น้อยที่เจ้าหน้าที่ต้องเรียนรู้และให้การแนะนำได้

กรณี “ลุงพุด” การสร้างความไว้วางใจและเข้าไปทำงานกับคนพิการ

กรณีของหมอนามัยที่มาใหม่แล้วต้องการดูแล คนพิการเป็นอัมพาต คือ “ลุงพุด” แล้วพบกับปัญหา การไม่ให้ความร่วมมือของผู้ดูแลคือลูกสาวใน ตอนแรก แต่ก็ไม่ย่อท้อไปสืบหาทางเข้าใหม่คือทาง “ลูกชายที่เป็นอสม.” จึงได้เข้าไปดูแลลุงพุดได้ในที่สุด ด้วยการเข้าไปช่วยดูแลสุขภาพของลุงพุดโดยมาคอย

เช็คความดัน เอายามาให้ และคอยช่วยพยาบาลเพื่อไม่ให้ เป็นมากขึ้นหรือมีโรคแทรกอื่น ๆ แต่ก็ยังพบว่า หลุงพุดปฏิเสธสังคมเพราะยังทำใจยอมรับกับความพิการของตัวเองไม่ได้เนื่องจากเมื่อก่อนเคยเป็นคนสำคัญมีบทบาทเป็นผู้นำหมู่บ้านมาก่อน และติดยึดกับคำพูดของแพทย์ที่ว่าอาการของเกร็งรักษาไม่หายเลยเกิดความท้อแท้ แต่การมาดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่มาเยี่ยมแค่ครั้งคราว และจริงจิงด้วยการดูแล ตรวจเช็คสุขภาพ เอาน้ำอุ่นแช่มือเท้าก่อนจะนอนให้ทุกครั้ง ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับ หลุงพุดและ “ส้ม” ผู้ดูแลเริ่มเปิดรับกันมากขึ้น

หลังจากที่เจ้าหน้าที่ตั้งใจมาดูแล ก็ส่งผลให้ลูกของ หลุงพุดที่เป็น อสม. และส้มก็ให้กำลังใจพ่อมากขึ้นจน หลุงพุดมีกำลังใจดีขึ้น และอาการอัมพาตก็ค่อย ๆ กระเตื้องขึ้นจากเดิม แต่ในขณะที่การฟื้นฟูเป็นไปด้วยดีนั้น สมาชิกในครอบครัวอีกคน คือ “เมีย” ของ หลุงพุดก็ไม่อยากจะพยายามรักษาต่อ เพราะเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการรักษาไม่หาย มาหลายครั้ง จึงไม่อยากให้ความผิดหวังกับ หลุงพุดเกิดขึ้นอีก กลัวเป็นภาระของลูกหลาน แต่ด้วยความตั้งใจจริงของเจ้าหน้าที่ที่มาดูแลทำให้เมียของ แกยอมรับและช่วยมาดูแลร่วมกันกับหมอ

จนเวลาผ่านไปแค่ราวสามเดือน อาการของ หลุง

พุดก็ดีขึ้นสามารถยกแขนได้เอง ในวันออกพรรษา วัดจัดงานทำบุญฉลองโบสถ์ใหม่ที่เพิ่งสร้างเสร็จและ หลุงพุดเองก็เป็นหัวแรงสำคัญคนหนึ่ง เจ้าหน้าที่จึงวางแผนร่วมกับลูก ๆ ให้ หลุงพุดไปทำบุญที่วัด ซึ่งดูแล้ว หลุงพุดมีความสุขและปลื้มมากที่ มาเห็นโบสถ์ที่ตนเองลงมือสร้างเสร็จสมบูรณ์สวยงาม และผู้คนทั้งพระและชาวบ้านก็ให้ความเคารพนับถือแถมเหมือนเดิม ถือว่า แกได้เปิดตัวกลับคืนสู่สังคมได้แล้ว พร้อมกับกำลังใจที่จะสู้ต่อแม้ร่างกายจะยังใช้การไม่ได้เหมือนเดิมก็ตาม

จากกรณีนี้แสดงให้เห็นว่าการทำงานเชิงรุกในชุมชนกับคนพิการนั้น จะต้องทำงานอย่างตั้งใจจริงไม่ทิ้งคนพิการและไม่ย่อท้อ และจะต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดี จนคนพิการและครอบครัวไว้วางใจ ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟู ให้ประสบผลสำเร็จได้ ขณะเดียวกันก็ต้องให้กำลังใจกับคนพิการให้ร่วมมือการดูแลสุขภาพตนเอง และความรู้ถึงความต้องการของคนพิการก็จะช่วยให้การเยียวยาและฟื้นฟู ก้าวหน้าขึ้นได้

ที่มา: วราพร วันไชยธนวงศ์. “ประตูหัวใจ” เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 8: ในความพิการมีความหวัง. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548

กรณี “ตาเคน” การทำงานเฝ้าช่วยยากคนพิการและลดการตีตราทางสังคม

กรณี “ตาเคน” ที่ปิดตัวเองแยกออกจากชุมชน ด้วยการปิดบ้านไม่คุยกับใคร หลังจากประสบอุบัติเหตุจนขาหักทั้งสองข้างต้องตามเหล็ก กลายเป็นคนพิการที่ทำงานขับรถที่เคยเป็นอาชีพเดิมไม่ได้ เลยกลับมาอยู่บ้านเกิดที่ไกลจากไปนาน การกลับมาของแกในสภาพพิการและมีลูกสาวติดมาอยู่ด้วยกันคนหนึ่ง และด้วยพฤติกรรมแปลกๆ ของตาเคน ทำให้ชาวบ้านตีตราว่าตาเคนไม่ปกติ ไม่อยากคบหาด้วย ส่วนตาเคนเองก็ไม่แคร์ชาวบ้านจึงปิดประตูหน้าต่างบ้านหมดไม่ต้อนรับใครเลย จนเจ้าหน้าที่บริการปฐมภูมิมายเยี่ยมและช่วยล้างแผลที่น็อคซึ่งฝังอยู่ข้างในกระดูกทำให้เกิดแผล จึงได้รับรู้ความเป็นมาของแก และแกก็ยอมเปิดตัวเองกับเจ้าหน้าที่ และต่อมากับชาวบ้าน

ทั้งนี้ก็ด้วยการช่วยดูแลสุขภาพไม่ให้ตาเคนถูกทอดทิ้ง และช่วยลดการตีตราของชาวบ้านกับชาวพิการผู้มีพฤติกรรมแปลกๆ ให้เปิดตนเองกับชาวบ้าน เมื่อตาเคนป่วยเป็นวัณโรคแกก็เปิดประตูหน้าต่างบ้านออกรับแสงแดดและรับผู้คนไม่ปิดตัวเหมือนแต่ก่อน การตีตราตาเคนก็หายไปด้วยในที่สุด

สำหรับประเด็นการถูกตีตราของผู้พิการไม่ว่าจะมาจากความพิการนั้น หรือมาจากเหตุอื่นใดก็ตาม เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่บริการปฐมภูมิที่ต้องเข้าไปช่วยทำความเข้าใจ และลดการตีตรานั้นลง เพราะมีผลต่อสุขภาพของผู้พิการโดยตรง วิธีการหนึ่งก็คือการเสริมศักยภาพและความมั่นใจด้วยการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่บริการปฐมภูมินั่นเอง

ที่มา: เพ็ญประภา ขามธาตุ. “ประตูที่ถูกปิดมานาน.”

เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 4

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: ระบบบริบาลโดยชุมชน.

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548

กรณี “จันทน์” หญิงหูหนวก

“...เรื่องราวชีวิตของ “จันทน์” และครอบครัวที่ฉันได้ฟัง ทั้งจากครอบครัวของเธอและจากเพื่อนบ้านนั้น ทำให้ต้องกลับมาคิดว่าจะหาทางช่วยเหลือพวกเขาให้สามารถเลี้ยงชีพได้อย่างไรดี พวกเราที่อนามัยลงความเห็นกันว่าควรจะชวนป้าแดง (แม่ของจันทน์) และจันทน์มาช่วยทำความสะอาดสำนักงานเป็นงานประจำ โดยให้ค่าจ้างสองแม่ลูกเดือนละ 1,000 บาท สำหรับการทำงานสัปดาห์ละสองวัน ถ้ามีงานอื่นนอกเหนือจากการทำความสะอาด

พวกเราก็จะช่วยให้ต่างหาก

...นอกจากเราจะช่วยเหลือให้จันทร์มีงานทำโดย
จ้างเป็นพนักงานทำความสะอาดประจำสถานี
อนามัยแล้ว จันทร์ยังหาความรู้เพิ่มในเรื่องนวด
แผนไทย จนในที่สุดจันทร์จึงได้เริ่มต้นงานใหม่อีก
รูปแบบหนึ่งของเธอ นั่นคือการรับจ้างนวดตามบ้าน
ด้วยอัตราชั่วโมงละ 50 บาท ถ้าบางคนถูกใจก็อาจ
ให้ค่าแรงมากกว่านั้น”

ที่มา: นิตยา การปลื้มจิตต์ สถานอนามัยตำบลเตาเล่า
จ.พระนครศรีอยุธยา “คนปลูกดอกไม้”
เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 8 ในความพิการมีความหวัง
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548

กรณีคนพิการทางจิต

ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับคนพิการทางจิต
อาจต้องการความละเอียดอ่อน และองค์ความรู้หรือทักษะบาง
อย่างเพิ่มเติม อีกทั้งยังมีความจำเป็นที่จะต้องส่งต่อขึ้น-ลงเพื่อรับ
การรักษาให้สามารถควบคุมอาการได้ด้วย จึงจะเริ่มกระบวนการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมให้กลับไปใช้ชีวิตทางสังคม

ลำดับแรก ต้องเรียนรู้ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม
การสื่อสารของคนพิการทางจิตด้วยความเข้าใจ เนื่องจากคนพิการ
ทางจิตมีอาการแสดงของโรคจิต เช่น การพูดไม่ปะติดปะต่อ
พฤติกรรมแยกตัว อาการพูดคนเดียว หลงผิด หูแว่ว ภาพหลอน

เป็นต้น ดังนั้นเจ้าหน้าที่ควรได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิต
ในระดับบริการปฐมภูมิ เพื่อคัดกรอง ประเมินอาการและการดูแล
เบื้องต้น โดยเฉพาะรายใหม่ควรส่งต่อให้แพทย์วินิจฉัยและรักษา
ส่วนรายเก่าค้นหา ประเมิน และส่งต่อให้แพทย์ออกไปรับรอง
ความพิการ

ลำดับที่ 2 การสร้างความสัมพันธ์ให้คนพิการทางจิตไว้
วางใจเจ้าหน้าที่ เพื่อความสะดวกในการวางแผนและกระตุ้นให้
เขาร่วมมือในการดูแลตนเอง การกินยา หรือการยอมรับความ
ช่วยเหลือและการสนับสนุนต่างๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน การฝึก
อาชีพตามสภาพท้องถิ่น ที่ถือเป็นการเปิดประตูใจยอมรับ
การเปลี่ยนแปลงอาการที่เกิดขึ้นในตนเองและการปรับตัวอยู่ร่วม
กับคนอื่นในบทบาทใหม่ เพราะระยะแรกที่เข้าสู่ความเจ็บป่วย
โรคจิต คนพิการทางจิตมักจะปฏิเสธความเจ็บป่วยและไม่ร่วมมือ
รับประทานยา ส่งผลให้อาการกำเริบและดูแล/เจ้าหน้าที่
หลายคนเกิดความกลัวในการใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน

ลำดับที่ 3 การดูแลต่อเนื่องโดยรูปแบบการเยี่ยมบ้าน
คนพิการจิตเป็นรายกรณี ที่มีการให้บริการผสมผสานหลาย
ประเด็น ตามความต้องการของคนพิการทางจิตและผู้ดูแล เช่น
การจัดการความเครียดแบบง่ายๆ ของกรมสุขภาพจิต การให้
สุขภาพจิตศึกษา การฝึกทักษะพื้นฐาน ได้แก่ การดูแลตนเอง
การช่วยงานบ้าน การฝึกอาชีพในท้องถิ่น เป็นต้น

ลำดับที่ 4 การสร้างเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมใน
การดูแลคนพิการทางจิต โดยพยายามกระตุ้นให้ครอบครัวและคน

รอบข้างให้กำลังใจ เพื่อเขาจะได้กลับคืนบทบาทตนเองในครอบครัว โดยเฉพาะการมีงานทำสร้างรายได้ให้กับครอบครัว ดังกรณีของ “งาม ลั่นทอง” (รายการคนค้นคน ช่อง 9 อสมท.) ที่ขายพวงมาลัยนำเงินมาใช้จ่ายแต่ละวัน ซึ่งเป็นความภูมิใจของคนพิการที่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้

ลำดับที่ 5 การสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในชุมชน เรื่อง โรคจิต การลอคอคติ การเข้าใจ-การยอมรับ-การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูคนพิการจิต จนถึงการศึกษากระตุ้นให้เกิดชมรมญาติ/จิตอาสาในพื้นที่

ลำดับที่ 6 การทราบแหล่งความช่วยเหลือ ดังกรณี “ม่วย” ที่มีปัญหาการเงินและปรึกษาพัฒนาสังคมฯ ดังนั้นจะเห็นว่าเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิเป็นเหมือนผู้จัดการส่วนตัวของคนพิการทางจิต ที่ให้การดูแลเป็นองค์รวมในทุกด้านของคนพิการ หากเกินความสามารถ เจ้าหน้าที่จะประสานงานไปยังวิชาชีพ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการปัญหานั้นๆ ซึ่งส่งผลให้คนพิการสามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติได้

ส่วนการทำงานอย่างบูรณาการเพื่อให้คนพิการทางจิตพึ่งพาตนเอง ดำเนินชีวิตได้ มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่ามีความหมายในสังคม ควรทำความเข้าใจแนวคิดทั่วไปภาพรวมของการดูแลคนพิการทางจิต ดังนี้

1. มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรค โดยเฉพาะสาเหตุความผิดปกติของการทำงานของสมอง

2. การสร้างความจริงใจ สัมพันธภาพ และความเห็นอกเห็นใจ

3. การบำบัดมุ่งเน้นการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการสามารถทำหน้าที่/มีคุณค่าในการดำรงชีวิตประจำวัน

4. การค้นหาและเสริมศักยภาพที่เป็นกลไกแก้ไขปัญหาคือเป็นธรรมชาติของคนพิการจิต

5. คำหนึ่งแหล่งสนับสนุนหรือการประคับประคองทุกรูปแบบที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับคนพิการจิต

6. การให้ความสำคัญกับครอบครัวในการเข้าร่วมกระบวนการรักษา

7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมมีความเหมาะสมสำหรับคนพิการจิตแต่ละราย แต่ไม่ใช่จะใช้แบบเดียวกันได้กับทุกคน

8. สามารถประยุกต์ใช้กับคนพิการจิตที่มีความแตกต่างกัน

9. กระตุ้นและส่งเสริมพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของคนพิการจิต ครอบครัวและชุมชน

การตั้งเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ในแผนการดูแลคนพิการทางจิตและครอบครัว มีตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่มักใช้ในการติดตามและประเมินผล ได้แก่ 1) พยาธิสภาพทางจิตหรืออาการทางจิตลดลง เช่น ดูจากอาการทางบวก อาการทางลบ อาการซึมเศร้า ฯลฯ 2) อัตราการกำเริบ/ป่วยซ้ำ 3) อัตราการเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล 4) คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 5) การมีงานทำ 6) ความสุขของคนพิการจิต/ผู้ดูแล 7) การยอมรับของสังคม เป็นต้น

กรณีศึกษาการทางสติปัญญา

เป้าหมายที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา คือ เพื่อให้เด็กสามารถดูแลตนเอง อยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมได้ ในคู่มือการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการและสติปัญญาเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ได้เน้นการจัดบริการดังนี้

- ประเมินพัฒนาการเบื้องต้น และวางแผนให้การช่วยเหลือดูแลร่วมกับครอบครัว
- จัดทำโปรแกรมการฝึกเด็กที่บ้านสำหรับผู้ปกครอง
- จัดทำบันทึกพัฒนาการเด็กเป็นรายบุคคล
- เยี่ยมบ้านเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามระดับความสามารถ และให้คำแนะนำการส่งเสริมพัฒนาการกับผู้ปกครอง
- ประสานส่งต่อในรายที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ปัญหาด้านร่างกาย โรคหัวใจ ลมชัก มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ พัฒนาการไม่ก้าวหน้า +

บทที่ 5 การประสานงาน เพื่อการส่งต่อ ให้ได้รับบริการ ตามความจำเป็น





"ประสานงาน...สื่อสาร ..ส่งต่อ.."

การส่งต่อของระบบบริการสุขภาพควรมีความยืดหยุ่น

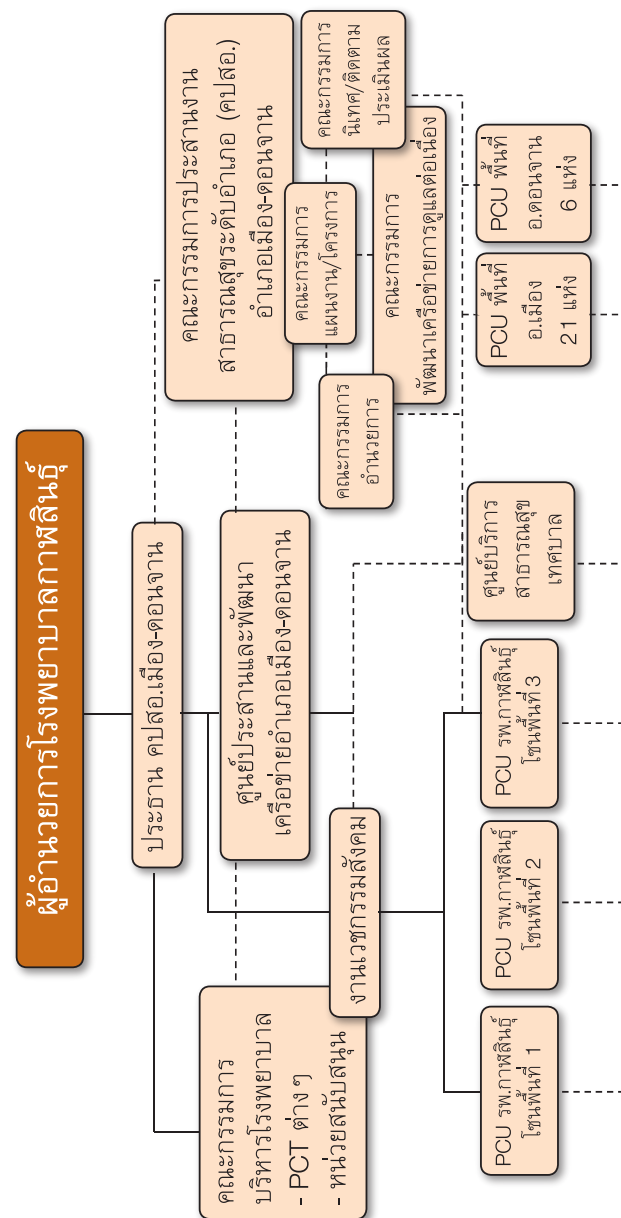
และลดความเป็นทางการลงในบางโอกาส เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้านให้มากที่สุด ซึ่งการส่งต่อของเจ้าหน้าที่บริการปฐมภูมินั้นจะใช้เครือข่ายความไว้วางใจระหว่างเจ้าหน้าที่ ด้วยการโทรศัพท์ส่งต่อผู้ป่วยกัน ควบคู่กับเอกสารส่งตัวที่เป็นทางการ ดังนั้น การสร้างเครือข่ายระดับต่างๆ ระหว่างหน่วยบริการ จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะทำให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้โดยไม่ติดขัดกับข้อจำกัดของระบบราชการ ซึ่งชาวบ้านในชุมชนมักจะไม่เข้าใจระบบงานของเจ้าหน้าที่

**ตัวอย่างการประสานงานส่งต่อบริการสุขภาพคนพิการ
จากงานวิจัย เรื่อง การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
ระยะกลาง: กรณีอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง**

กรณีจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีการเตรียมตัวและประสานส่งต่อเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช โดยทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน 1 ครั้ง และภายในสามวันหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน จะมีการโทรศัพท์ติดตามอาการ 1 ครั้ง และภายในสัปดาห์แรกหลังกลับบ้านก็จะ

ติดตามดูแลที่บ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง หากกรณีเป็นผู้ป่วยที่มี
ภูมิแพ้ต่างอำเภอ จะส่งเอกสารข้อมูลผู้ป่วย (ใบสามสี) ไปยัง
หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้
ติดตามดูแลต่อ ทั้งนี้ยังมีการติดตามทางโทรศัพท์ด้วย อย่างน้อย
1 ครั้ง หากพบว่ามีปัญหาจะประสานไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ
และโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ใกล้บ้าน นอกจากนั้นยังเปิดสาย
ให้คำปรึกษา Hotline 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการปรึกษาพยาบาล
ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นๆ (พยาบาล 2 คน / 1 เบอร์โทรศัพท์)

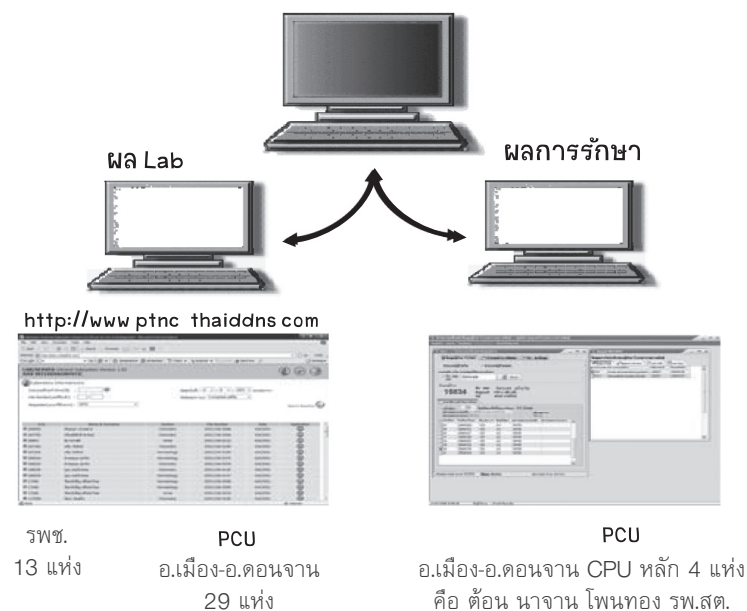
อีกกรณีศึกษาหนึ่ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการจัดระบบบริการ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอัมพาตครึ่งซีก โดยการพัฒนา
ระบบการดูแลต่อเนื่อง (ทั้งส่งต่อไปและส่งต่อเข้ามาโรงพยาบาล)
จากโรงพยาบาลชุมชนที่ชัดเจน โดยการตั้งศูนย์ประสานการ
ส่งต่อผู้ป่วย ที่มีพยาบาลวิชาชีพออกมารับผิดชอบเต็มเวลา 1 คน
ร่วมกับเจ้าหน้าที่ดูแลระบบข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วยอีก 1 คน

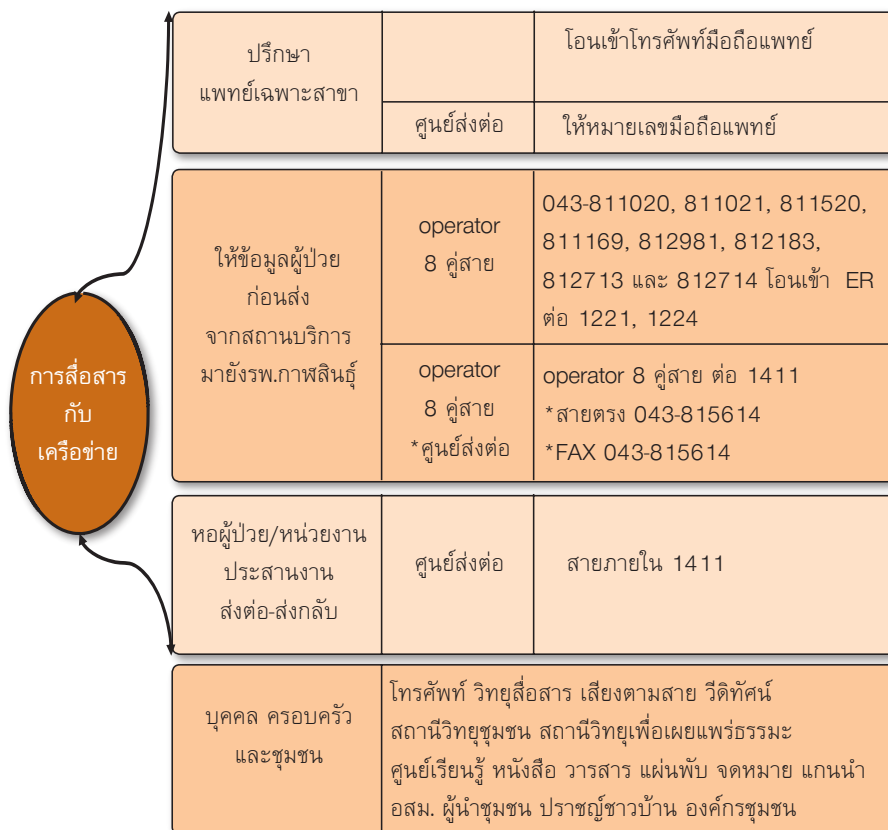


รูปแบบให้บริการระยะกลางต่อเนื่อง ถ้าเป็นผู้ป่วยในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลจังหวัด จะนัดให้ผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบแต่อยู่ในอำเภอเมืองและอำเภอดอนจาน จะมีทีมพยาบาล Home health care จากแผนกเวชกรรมสังคมไปให้การดูแลที่บ้าน โดยแบ่งเป็น 3 ทีม (3 โซนของเครือข่าย PCU ตามที่แสดงในแผนภาพ) ในกรณีที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟู ก็จะปรึกษาไปที่แผนกเวชกรรมฟื้นฟู ขอให้นักกายภาพบำบัดไปให้บริการฟื้นฟูที่บ้านด้วย โดยมีแผนการให้บริการที่แยกส่วนกันดำเนินการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการให้บริการ การติดตามเป้าหมาย และการประเมินผลลัพธ์ระหว่างสองทีมไม่ชัดเจน จึงเหมือนต่างคนต่างมุ่งให้บริการผู้ป่วยตามหน้าที่เชิงวิชาชีพ การตัดสินใจต่อความถี่การให้บริการฟื้นฟูไม่ชัดเจน ว่าอยู่บนฐานความต้องการจำเป็นของผู้ป่วย ดูเหมือนจะเป็นไปตามความพร้อมและภาระงานของผู้ให้บริการมากกว่า คือประมาณ 1 ครั้ง/สัปดาห์

ในขณะที่ความต้องการบริการทางการแพทย์พยาบาล ไม่น่าเป็นห่วงว่าจะไม่ได้รับการดูแลหรือตอบสนอง เพราะแม้ไม่มีทีมพยาบาลไปให้บริการที่บ้าน (Home healthcare) ณ รอยต่อนี้สามารถสวมต่อโดยทีมให้บริการจากสถานีนอมาภัย (PCU) ใกล้บ้านได้ ซึ่งมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทันทีโดยใช้ Information technology เข้ามาช่วย (ดังแผนภาพประกอบ)

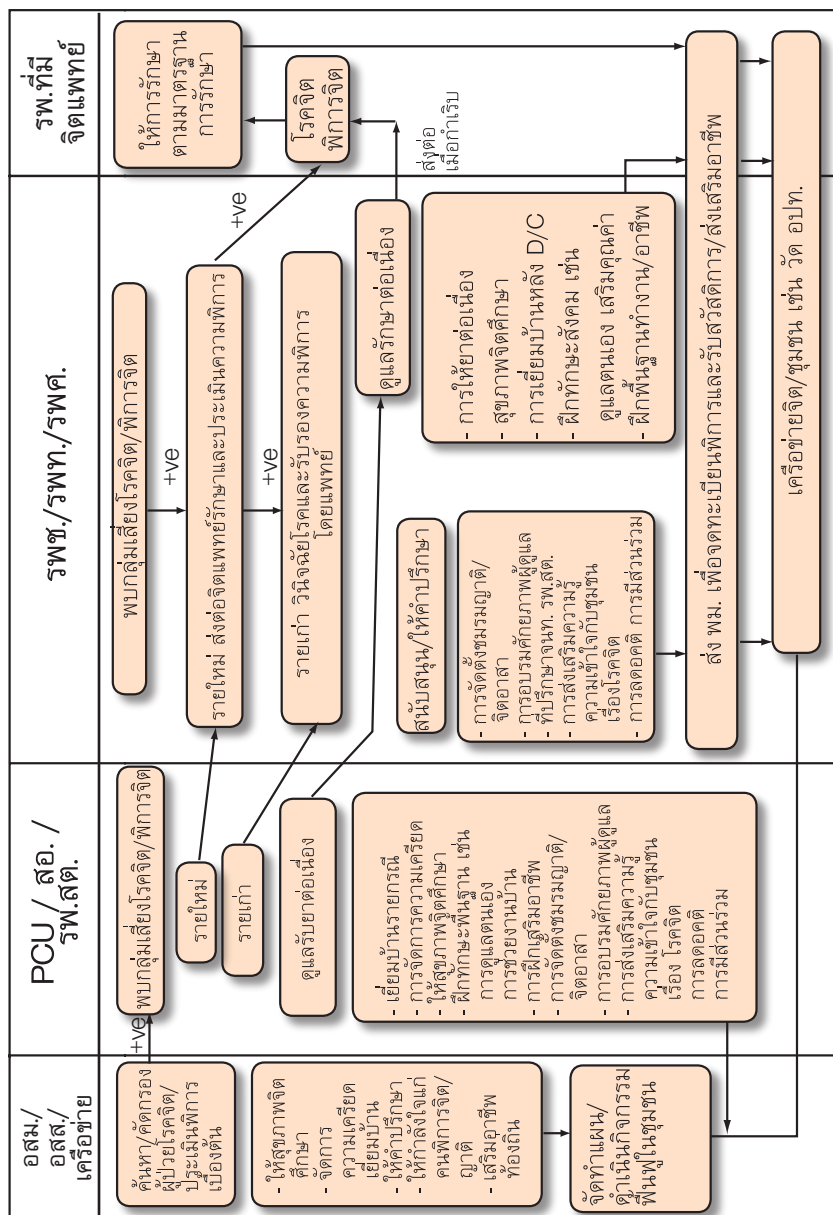
การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานบริการ





ซึ่งผู้ให้บริการที่สถานื่อนามัย (PCU) อาจมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกับพยาบาลหรือแพทย์ เกสเซอร์ ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ด้วย โดยทางโทรศัพท์ ซึ่งช่วยให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และยังสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่สถานื่อนามัยได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

อย่างไรก็ตามการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช จากระดับปฐมภูมิไประดับบริการทุติยภูมิหรือระดับตติยภูมิ จำเป็นต้องมีเอกสารลายลักษณ์อักษร/ใบส่งตัว เนื่องจากเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชตามกฎหมาย (พ.ร.บ.สุขภาพจิตแห่งชาติ) ไม่ให้เกิดการกลั่นแกล้งส่งเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่ถูกต้อง ดังนั้นการสร้างเครือข่ายบริการจิตเวชในหน่วยบริการระดับต่างๆ และชุมชนเอง จึงเป็นสิ่งจำเป็น



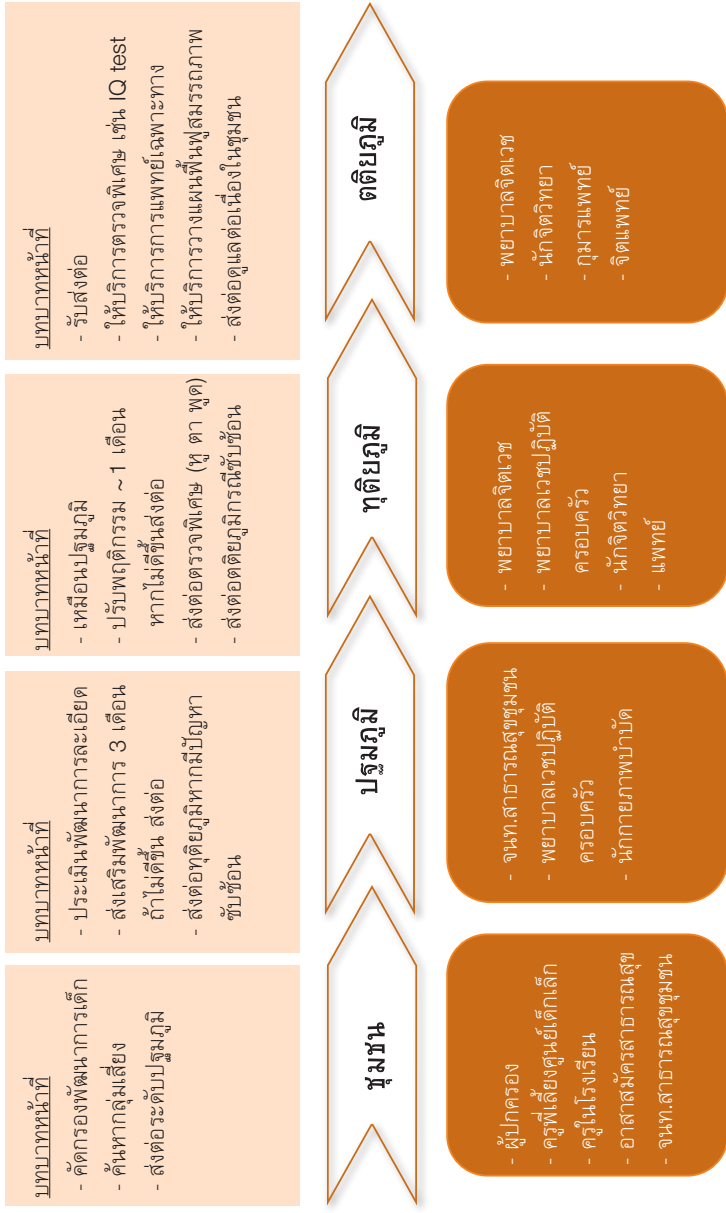
เมื่อประกอบกับการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ก็จะทำให้การส่งต่อมีการสื่อสารสองทางได้มากขึ้น ทั้งการสื่อสาร ข้อมูลที่เป็นตัวหนังสือและภาพ บางครั้งอาจไม่จำเป็นต้องเคลื่อนย้าย คนพิการข้ามสถานพยาบาล หรือจากบ้านไปโรงพยาบาลก็ได้

การประสานบริการสำหรับกรณีผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

คนพิการประเภทนี้มักจะมีภาวะอื่นร่วมด้วย ได้แก่

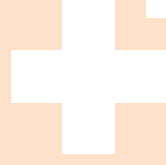
- มีความพิการซ้ำซ้อน
- มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น การควบคุม อารมณ์ไม่ได้ ทำร้ายตนเอง ทำลายข้าวของ
- มีพฤติกรรมแบบออทิสติก เด็กอาจแยกตัวจากกลุ่ม มีโลกของตนเอง เหม่อลอย
- มีภาวะด้านร่างกาย เช่น ลมชัก

การประเมินสุขภาพ จึงเป็นไปเพื่อการวางแผนการดูแลร่วมและส่งต่อระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ในกรณีเป็นเด็ก ยังต้องการทั้งการส่งเสริมพัฒนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียน ซึ่งควรให้การดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเรียนร่วม ไปจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การเตรียมความพร้อม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน การฝึกทักษะชีวิตที่จำเป็นในการใช้ชีวิต เช่น การอยู่กับเพื่อน การเดินทาง และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการทำงานในอนาคต



บทที่ 6

การสร้าง การมีส่วนร่วม ของครอบครัว และชุมชน





"ครอบครัวและคนใกล้ชิด
มีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะฟื้นฟู
กายและใจคนพิการ"

แนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ ชุมชน กำทำได้โดย

- วิเคราะห์ครอบครัวและชุมชน เริ่มที่การวิเคราะห์ว่าในชุมชนนั้นๆ ใครเข้มแข็งและเป็นผู้หน้าที่แท้จริง อาจเป็นภาคการเมืองท้องถิ่น (อบต. อบจ.) ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ภาควิชาการ (รพ.สต./รพช.) ครูใหญ่โรงเรียน พระหรือผู้นำอื่นโดยธรรมชาติ เช่นเดียวกับในครอบครัวที่ควรทำความเข้าใจว่าใครมีเงื่อนไขเหมาะสมที่สุด ที่จะร่วมให้การช่วยเหลือดูแลคนพิการในครอบครัว

- ดึงศักยภาพคนในครอบครัวและชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น ชวนให้เป็นอาสาสมัคร ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จะช่วยเหลือดูแลคนพิการ โดยการนำความรู้ซึ่งเป็นภูมิปัญญาในครอบครัวและชุมชนมาใช้ในการดูแลคนพิการ ร่วมกับความรู้อาสาสมัครทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

- สนับสนุนการสร้างเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชน เช่น สนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพสมาคม/ชมรม/กลุ่มคนพิการ เครือข่ายครอบครัว จิตอาสา โดยให้ รพช. และ รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยง และมีโครงการเพื่อนเยี่ยมเพื่อน ที่อาจประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (พยาบาลจิตเวช พยาบาลเวชปฏิบัติ

ครอบครัว นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน) คนพิการ ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน นายก อบต. และอาสาสมัคร (อสม./อพมก./จิตอาสา) รวมทั้งพระภิกษุ ลงร่วมทีมเยี่ยมด้วย

กรณีของ “ป้าจู่”

การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น จะต้องเป็นระบบที่ปรับตัวและยืดหยุ่นกับสภาพของครอบครัว และชุมชน ต้องเรียนรู้และเปิดกว้างกับการรักษาสุขภาพที่หลากหลาย ที่นอกเหนือไปจากการรักษาแผนปัจจุบัน และมองให้เห็นถึงศักยภาพของครอบครัวและชุมชน ในการที่จะหนุนช่วยการดูแลรักษา นอกจากการบริการสุขภาพที่เปี่ยมด้วยความจริงใจและห่วงใยอย่างใกล้ชิดของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแล้ว ครอบครัวและคนใกล้ชิด ก็มีผลสำคัญอย่างมากที่จะเป็นกำลังใจให้คนพิการจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ได้ การทำงานปฐมภูมิจึงต้องค้นหาและผสมผสานภูมิปัญญาและศักยภาพของครอบครัวและชุมชน มาเลือกรับปรับใช้ให้มากที่สุด นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพของผู้พิการจำเป็นต้องมีอย่างต่อเนื่องที่อาศัยศักยภาพของครอบครัวและชุมชนด้านต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลคนพิการให้มีสุขภาพดีขึ้นตามคำนิยามของคนพิการและคนในชุมชนเอง

“ป้าจู่” เป็นหญิงชราที่เป็นอัมพาตทั้งตัวจากเส้นเลือดในสมองตีบ และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องมีคนคอยดูแลป้อนอาหารทางสายยางให้ คอยเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและระวังแผลกดทับ แต่หลังจากกลับจากโรงพยาบาลมาอยู่บ้านสามมิได้ดูแลอย่างใกล้ชิด และใช้วิธีการรักษาที่หลากหลายคือการทำตามที่คุณผลการแพทย์แผนปัจจุบันแนะนำ ผสมผสานกับการดูแลรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เช่น การดัดยาสมุนไพร และใช้ลูกประคบสมุนไพรนวดทุกวัน อีกทั้งยังมีการดัดแปลงทำเตียงคนไข้และทำราวฝึกกายภาพบำบัดจากไม้ไผ่ ที่เหมาะกับสภาพบ้านและความต้องการของคนไข้ นอกจากนี้ยังได้กำลังใจจากคนทรงเจ้าว่าอาการของป้าจู่จะหาย ต่างจากคำวินิจฉัยของหมอที่บอกว่าอาจจะไม่หายต้องนอนให้หายอดข้าวต้มไปตลอดชีวิต เลยทำให้คนไข้ได้กำลังใจ รวมถึงการได้กำลังใจจากคนที่รักในครอบครัว จึงทำให้อาการดีขึ้นจนเกือบหายเป็นปกติ



ที่มา: วิภาดา ศิริจันทร์โท. “ผู้ไม่ยอมแพ้.”
เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 9

พหุลักษณะสุขภาพในชุมชน: เรียนรู้ศักยภาพในชุมชน.
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

กรณี “ป้าศรี” หญิงวัย 50 ยากจนที่ถูกตัดขาจากเบาหวาน

การจัดการดูแลสุขภาพของคนพิการ บางครั้งต้องพิจารณาจากสภาพชีวิตของคนพิการเอง แล้ววางแผนให้เหมาะสมกับศักยภาพและความต้องการของผู้พิการในชุมชน ดังกรณีของป้าศรีหญิงที่อยู่ในครอบครัวยากจนที่ถูกตัดขาเพราะเป็นเบาหวาน รักษาแผลไม่หาย

เมื่อมาหาหมอที่สถานีนอนามัยนั้นแผลสกปรกอย่างมาก จนเจ้าหน้าที่มักจะตำหนิแหวเพราะดูแลแผลไม่ดี แต่พอลงไปเยี่ยมบ้านพบคำตอบว่าสาเหตุที่ผ้าปิดแผลของแกหลุดลุ่ยและสกปรกนั้น ไม่ได้เป็นเพราะความไม่เอาใจใส่ในบาดแผลของตัวเอง แต่เป็นเพราะทุกครั้งที่มาทำแผลที่อนามัย แกจะต้องเดินมาตามถนนลูกรังที่ลาดชันและมีหลุมบ่อตลอดแนวเป็นระยะทางประมาณ 200 เมตร เพื่อมารอรถที่ถนนใหญ่ ที่นานๆ มาคันไปสถานีนอนามัย ซึ่งเป็นทางที่ยากลำบากสำหรับหญิงวัย 51 ที่ถูกตัดเท้าขวาไปครึ่งหนึ่งอย่างป้าศรี การมาเยี่ยมป้าศรีที่บ้านทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้ว่า คนไข้บางคนที่ยากจนมีความลำบากมากในการเดินทางไปสถานบริการโดยเฉพาะคนพิการ บางครั้งการให้เจ้าหน้าที่มาหาคนไข้เองอาจเป็นเรื่องที่เป็นไปได้มากกว่า และนี่อาจเป็นคำตอบที่ว่าคนยากจนซึ่งต้องเผชิญกับโรคที่เรื้อรังและ

คนพิการมักจะประสบปัญหาในการขาดนัดและรับยาไม่ต่อเนื่อง รวมถึงไม่สามารถดูแลสุขภาพตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำได้ทุกอย่างตามที่เจ้าหน้าที่คาดหวัง

เมื่อทราบถึงศักยภาพของคนไข้แล้วเจ้าหน้าที่ได้เปลี่ยนรูปแบบการดูแลป้าศรี จากการที่เคยให้แกไปหาที่สถานีนอนามัยทุกครั้ง กลายเป็นว่าเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมแกที่บ้านแทน พร้อมทั้งสอนให้แกทำแผลด้วยตัวเอง และสำรองอุปกรณ์ทำแผลไว้ให้อีกด้วย ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยเรื้อรังที่ยากจนและขาดคนดูแลนั้นเสี่ยงมากกับการเกิดความพิการ

ในกรณีของป้าศรีก็เช่นกันที่เกิดล้มในห้องน้ำและกลายเป็นอัมพาตจนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องให้หมอพื้นบ้านและชาวบ้านมาช่วยดูแล เพราะคนในครอบครัว ต้องทำงานกลับค่ำ ทั้งเรื่องการป้อนข้าวป้อนน้ำ การช่วยออกกำลังกาย และการนั่งเป็นเพื่อนคุยเพื่อไม่ให้คนไข้เหงาและคิดมาก ซึ่งทางเจ้าหน้าที่ได้ร่วมกันวางแผนกับชาวบ้านในชุมชน ให้ใครที่ว่างช่วงไหนก็มาช่วยดูแลป้าศรี ซึ่งทุกคนให้ความร่วมมืออย่างดี นอกจากนี้ผู้ใหญ่บ้านและเจ้าหน้าที่ขององค์กรบริหาร



ส่วนตำบล (อบต.) ยังเป็นธุระในการจัดหางบประมาณของ อบต. ส่วนหนึ่งที่ใช้สำหรับช่วยเหลือผู้พิการและผู้ทุพพลภาพมาให้ป้าศรีอีกด้วย ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ได้เสริมด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ควรบริโภคและที่ควรละเว้น นอกจากนี้ยังได้ประสานงานกับนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลเพื่อมาบริหารร่างกายให้ป้าศรีทุกสัปดาห์ รวมถึงสอนญาติๆ และเพื่อนบ้าน ตลอดจนตัวป้าศรีเองให้สามารถทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองอีกด้วย ซึ่งการดึงเอาความร่วมมือของชุมชนมาช่วยในการเฝ้าระวังการยากจนที่ไม่มีคนดูแลนั้น เป็นรูปแบบของการจัดการที่ช่วยให้คนพิการเข้าถึงการดูแลได้อย่างแท้จริง

ที่มา: นิตยา ชนะสิทธิ์. จาก “ชีวิตนี้ยังมีหวัง” เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 8 ในความพิการมีความหวัง สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

กรณี “น้องดา” กับ “น้องกศ”

พ่อแม่ทุกคนอยากให้สิ่งที่ดีแก่ลูก โดยเฉพาะสำหรับลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพ่อแม่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความช่วยเหลือลูกเริ่มจากเมื่อสงสัยว่าลูกมีความล่าช้าของพัฒนาการหรือสังเกตเห็นลักษณะของลูกที่แตกต่างจากเด็กอื่น

ที่พ่อแม่ส่วนหนึ่งมักพยายามปลอบใจว่าลูกเราไม่เป็นไร ทำให้เด็กขาดโอกาสเข้ารับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ การทำงานของเจ้าหน้าที่จึงควรเริ่มกับพ่อแม่ตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อให้ความมั่นใจและชี้ถึงประโยชน์ที่ลูกจะได้รับจากการตรวจประเมิน

เมื่อเข้าสู่การตรวจประเมิน พ่อแม่จะเข้าสู่ความสับสนอีกครั้ง เมื่อได้รับคำบอกเกี่ยวกับโรคของลูก พ่อแม่ส่วนมากไม่เข้าใจเรื่องโรค จึงมีความกังวล ไม่สบายใจ ในระยะนี้พบว่าแม่บางคนเกิดภาวะซึมเศร้าไม่สามารถดูแลลูกได้ บางรายพาเด็กไปรับการตรวจซ้ำในหน่วยบริการอื่นๆ ทำให้เด็กขาดโอกาสการเข้าสู่โปรแกรมการฝึกพัฒนาการ การพูดคุยกับพ่อแม่เป็นทักษะที่จำเป็น ช่วยอธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของลูก ที่สำคัญให้กำลังใจให้พ่อแม่เริ่มการวางแผนโปรแกรมการฝึก และตั้งเป้าหมายในการฝึกทีละขั้นตอน ทำให้เห็นความสำเร็จจากการฝึกลูกจากขั้นตอนง่าย ๆ ออกแบบการฝึกให้มีขั้นตอนชัดเจน ตามคู่มือสำหรับผู้ปกครองเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

...กว่าจะมีวันนี้ “น้องดา” เคยร้องกรี๊ดเป็นประจำ ต้องใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปตลอดเวลา ตอนทานอาหารจะกลืนโดยไม่เคี้ยว เวลาโมโหก็จะทำร้ายตนเอง เช่น ตบหัว ดึงผม แม่ก็ฝึกลูกไม่ได้เพราะ

ใจร้อนและตื๊อ ส่วน “น้องทศ” มีปัญหาน้ำลายไหล ยืดอยู่ตลอดเวลาจนคอเสื้อที่สวมเปียก และไม่มียา ชนิดไหนที่กินแล้วช่วยลดการไหลของน้ำลาย วันนี้ แม่ น้องดาฝึกลูกเล็กใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป พาเข้า ห้องน้ำได้แล้ว อาการร้องกรี๊ดหายไป ยอมเคี้ยว อาหารและการทำร้ายตนเองลดลงมาก ส่วนแม่ น้อง ทศหาวิธีง่าย ๆ ในการสื่อสารด้วยท่าทาง เพราะน้อง ทศยังพูดไม่ได้ เริ่มจากท่าทางชดน้ำลายเหมือนกับที่ชดน้ำแกงด้วยความเอร็ดอร่อยแล้วกลืนลงไป ซึ่งทุกคนในครอบครัวให้ความร่วมมือช่วยกันทำ บ่อย ๆ จนน้องทศดีขึ้น...

“น้องทศ” กับ “น้องดา” เป็นเด็กบกพร่องทาง สติปัญญา ที่ดูเหมือนจะไม่สามารถแก้ไขได้ด้วย วิธีการทั่วไป แต่ในความเป็นจริงเด็กและครอบครัว สามารถค้นพบวิธีการที่จะดูแลกันได้ หากได้รับ โอกาสในการเรียนรู้ รพ.สต. เป็นหน่วยที่สามารถ ช่วยครอบครัวแบบน้องดาและน้องทศ ด้วยการร่วมกับ พ่อแม่ประเมินศักยภาพความสามารถของเด็ก แล้ว สนับสนุนให้ครอบครัวเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกที่มี ความบกพร่อง ด้วยการแนะนำเทคนิคง่าย ๆ ในการ ส่งเสริมพัฒนาการ ร่วมติดตามอย่างสม่ำเสมอและ ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้พ่อแม่ช่วยให้เด็ก สามารถพัฒนาจนดูแลตนเองได้เต็มศักยภาพ

การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนจะช่วยให้ทั้งพ่อแม่และเด็ก ได้ร่วมเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาลูกให้มีศักยภาพในทางสังคม ที่ดีขึ้น เด็กส่วนใหญ่จะสามารถเข้าร่วมการเรียนรู้ในศูนย์เด็กเล็ก ในชุมชน ในโรงเรียน และกิจกรรมอื่นสำหรับเด็กในชุมชนได้ การสื่อสาร สร้างความเข้าใจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีทักษะในการดูแลเด็ก เปิดโอกาสและสนับสนุนการเรียนรู้ร่วมกับพ่อแม่

ครอบครัวคนพิการทางจิต

“ครอบครัว” ถือเป็นองค์ประกอบพื้นฐานหนึ่งในสามส่วน ที่ร่วมกันดูแลคนพิการทางจิตนอกเหนือจาก “คนพิการจิต” และ “ผู้ให้บริการ” การวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการรักษาด้วยยาจิตเวช ร่วมกับการเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผ่าน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 10 ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราการ กำเริบซ้ำ และอัตราการรับไว้ในโรงพยาบาลลดลง ดังนั้น การให้ความรู้ความเข้าใจ และทักษะแก่ครอบครัว รวมทั้งการ เสริมพลังให้ครอบครัว/ผู้ดูแลจะช่วยให้จัดการปัญหาได้ดีขึ้นและ อยู่กับคนพิการทางจิตได้อย่างปกติสุข

ประเด็นที่น่าสนใจจากอดีตถึงปัจจุบัน คือ การให้สุขภาพ จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแล ทำให้เกิดการรวมกลุ่มลักษณะเฉพาะ คือ เพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group) ซึ่งอาจมีการขยายเพิ่มจำนวน ชมรมขึ้นเรื่อย ๆ จนอาจรวมตัวก่อตั้งเป็นสมาคมเพื่อผู้บกพร่อง ทางจิต

และหลาย ๆ เครือข่ายมีความเข้มแข็งในการทำงานตั้งแต่ค้นหา คัดกรอง นำคนพิการทางจิตไปจดทะเบียน การพิทักษ์สิทธิคนพิการจิต รวมทั้งการฟื้นฟูโดย อสม./จิตอาสาในเครือข่าย ดังตัวอย่าง เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนโดยชุมชน ที่อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว (สรุปผลการระดมสมองการดำเนินงานเครือข่าย CBR ในปี 2552-2553 ภาคตะวันออก เมื่อกันยายน พ.ศ.2552) ที่ดำเนินกิจกรรมโดยอสม.และจิตอาสา แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การฟื้นฟูทางด้านร่างกาย โดยการใช้กิจกรรมสุขภาพ

8 อ.

- อิริยาบถ การออกกำลังกายเคลื่อนไหวตนเอง
- อาหาร การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น การกินผัก 1½ กก./วัน
- อากาศ การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์
- อโรคยา การไร้โรค การรักษาด้วยสมุนไพร
- อาจिन การขับถ่าย
- อุเบกขา การวางเฉย ด้วยการฝึกสมาธิ
- อุตมปัญญา การฝึกคิด วางแผน
- อาชีพ การประกอบอาชีพ

*** มีการฝึกออกกำลังกายทุกวันพฤหัสบดี กรณีที่เป็นวันพระจะมีการเคลื่อนย้ายสถานที่มาเป็นที่วัดเพื่อร่วมออกกำลังกายกับสมาชิกที่มาทำบุญที่วัด

2. การฟื้นฟูทางจิตใจ

- การเยี่ยมบ้าน เดือนละ 1 ครั้งสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน /ยากไร้/ผู้ป่วยที่เข้าระบบยาใจใกล้บ้านของโรงพยาบาลจิตเวช โดยมีแบบประเมินอาการทางจิตและประเมินอาการข้างเคียงจากยา จากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วฯ
- การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน หากพบว่าสงสัยประสานงาน สอ./โรงพยาบาล เพื่อลงประเมินอีกครั้ง หลังจากนั้นส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วฯ

กรณีผู้ป่วยที่ประเมิน/คัดกรองพบ จะมีระบบดังนี้
กรณีฉุกเฉิน ประสานงาน 1669 เพื่อส่งต่อมารักษา
กรณีไม่ฉุกเฉิน แนะนำญาติมารับการรักษา/ประสาน
อบต./โรงพยาบาลเพื่อส่งต่อ

3. การฟื้นฟูทางด้านอาชีพ

มีการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความสามารถของผู้ป่วย โดยไม่มีแบบการประเมินแต่ใช้การประเมินจากสายตาและประสบการณ์ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพจะเน้นการนำอาชีพที่มีอยู่ในชุมชน เช่น การปลูกผักสวนครัว น้ำส้มแยงไม้ ดอกไม้จันทร์ พรมเช็ดเท้า โดยรับมาจากโรงงานในชุมชน มาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต ผู้สอนอาจเป็นปราชญ์ในชุมชน โดยเครือข่ายชมรมจะมีบทบาททั้งเป็นปราชญ์ เป็นพี่เลี้ยงคอยให้

คำแนะนำ หรือเป็นผู้ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งทุน หรือปราชญ์ในชุมชน

*** สิ่งที่น่าสนใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านอาชีพ ไม่เพียงแต่ผู้ป่วย สมาชิกในชุมชนที่ว่างงานสามารถเข้าร่วมได้ เพื่อเป็นการป้องกัน ส่งเสริมไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และการลดทัศนคติที่ไม่ดีให้กับผู้ป่วยได้อีกด้วย ***

4. การฟื้นฟูทางด้านสังคม

การฝึกให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในชุมชนตามงาน ประเพณีต่างๆ ในชุมชน เช่น งานบุญในชุมชน งานโรงเรียน ให้ผู้ป่วยออกแสดงดนตรี ตามความสามารถของตนเอง +

บทที่ 7

บทสรุป:
เมื่อ รพ.สต.
ทำงานสร้างเสริม
สุขภาพคนพิการ





"พึงตระหนักว่า
งานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
เป็นมิติที่สำคัญอีกมิติหนึ่ง
ของการดูแลสุขภาพคนพิการ
ของ รพ.สต."

ภารกิจเร่งด่วนและต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล

จากการทบทวนกรณีศึกษาเกี่ยวกับคนพิการพบว่ายังมี
ปัญหาเร่งด่วนเกี่ยวกับคนพิการที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องทำทันทีเมื่อเปิดให้บริการ ได้แก่

1. สืบหาข้อมูลคนพิการในชุมชน ด้วยวิธีการทำแผนที่
เดินดินไปรู้จักกับคนพิการทุกคนในชุมชนที่รับผิดชอบ เพื่อประเมิน
สภาพปัญหาความต้องการและวางแผนในการดูแลเยียวยาและ
ส่งเสริมสุขภาพ โดยร่วมมือกับ อสม.ในพื้นที่นั้น ๆ
2. บริการให้คำแนะนำ ในการป้องกันความพิการที่อาจ
เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังของคนในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และ
ผู้ป่วยเรื้อรังในโรคที่มีความเสี่ยงเป็นพิเศษ รวมทั้งป้องกันการเกิด
ความพิการซ้ำซ้อนในคนที่มีความพิการอยู่แล้ว
3. จัดระบบการดูแลคนพิการอย่างครบวงจร ด้วยการสร้าง
ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและการดำเนินงานอย่างรวดเร็ว
ทั้งนี้เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
4. รวบรวมองค์ความรู้เบื้องต้น สำหรับการดูแลคนพิการ
รายใหม่ที่ค้นพบหรือเกิดขึ้นใหม่ในชุมชน เบื้องต้นก่อนส่งต่อตาม
ความจำเป็น

ตัวอย่างดีๆ จากพื้นที่จริง

- การจัดรูปแบบบริการสุขภาพทั้งการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมสุขภาพคนพิการแบบมีส่วนร่วม กับครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายอื่นในชุมชน ด้วยการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน เช่น โรงพยาบาลดูแลด้านบริการสุขภาพ ในขณะที่ อบต.ดูแลอุปกรณ์และสถานที่ต่างๆ และการเดินทาง ครอบครัวช่วยการฝึกเพิ่มเติมที่บ้าน ส่วนอาสาสมัครคนพิการ จัดอาสาช่วยด้านการให้กำลังใจ แต่ทั้งหมดนี้ต้องมีการวางแผนร่วมกัน

- การส่งเสริมให้มีการผสมผสานความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน มาใช้เพื่อฟื้นฟูหรือหนุนช่วยให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การเอาหมอนวด ที่อาจเป็นคนพิการตาบอด หรือหนุนวกมาช่วยงานฟื้นฟูทางร่างกายและกายภาพบำบัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยอัมพาต ทั้งนี้ อาจมีการอบรมเพิ่มเติมเทคนิควิธีการให้กำลังใจคนพิการด้วย

- การสร้างต้นแบบคนพิการสำหรับช่วยการสื่อสาร จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานกับคนพิการในชุมชน เช่น การนำคนพิการที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว มาเล่าประสบการณ์การต่อสู้จนประสบผลสำเร็จสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ดังเดิม เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและเสริมกำลังใจกับคนพิการคนอื่นที่ยังท้อแท้ขาดกำลังใจที่จะฟื้นฟูตนเอง

- การดัดศักยภาพคนพิการออกมาด้วยการชวนให้เป็น

อาสาสมัคร หรือรับเข้าทำงานเพื่อเป็นการส่งเสริมบทบาทคนพิการให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น อันอาจจะส่งผลดีต่อคนพิการอื่นในชุมชน ที่มีคนเข้าใจกันมาช่วยดูแล อีกทั้งยังจะเป็นต้นแบบคนพิการในชุมชนได้อีกด้วย หากมีคนพิการที่ได้รับการฟื้นฟูเพิ่มขึ้นหลายคน ก็ควรสนับสนุนให้มีการตั้งเป็นชมรมคนพิการขึ้นมาช่วยดำเนินการ เกี่ยวกับการจดทะเบียนคนพิการและประสานเรื่องสิทธิต่างๆ

กุญแจความสำเร็จในการทำงานรพ.สต.

- ผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต้องตระหนักว่างานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นมิติที่สำคัญอีกมิติหนึ่งของการดูแลสุขภาพคนพิการ

- การชวนขอความช่วยเหลือสนับสนุนทั้งความรู้ ผู้คน และงบประมาณ เพื่อร่วมกันค้นหาและดูแลสุขภาพคนพิการ

- ควรเชื่อมประสานอย่างใกล้ชิดกับแม่ข่ายในระดับอำเภอ

- มีการสร้างแรงจูงใจ ความภาคภูมิใจให้แก่คนทำงาน ไม่ว่าจะเป็นตัวคนพิการเอง ครอบครัว อาสาสมัคร ชุมชน

- ควรต้องมีการกำหนดเป้าหมาย ที่เป็นตัวชี้วัดด้านความสามารถ และการใช้ชีวิตทางสังคมที่มีความหมายต่อตัวคนพิการ ซึ่งจะทำให้เขามีความสุข

- มีการจัดการระบบข้อมูลที่ทำให้สามารถดูแลคนพิการได้อย่างต่อเนื่อง

- มีการฝึกอบรมความรู้ทักษะเพิ่มเติมตามความจำเป็น

ความภาคภูมิใจ

1. การเป็นผู้เปิดประตูให้คนพิการได้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพและได้รับสิทธิประโยชน์ ด้วยการสำรวจค้นหาคนพิการในชุมชน พาจตทะเบียน และทำฐานข้อมูลเพื่อการดูแลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัยใช้งานได้จริง

2. การเป็นแนวร่วมแถวหน้าในการพัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน (homeward) หรือปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม ให้ผู้พิการสามารถดำเนินชีวิตอย่างอิสระได้ด้วยตนเอง (independent living) จนมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่กับครอบครัวในชุมชน

3. การร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนพัฒนาศักยภาพและสุขภาวะคนพิการในชุมชน ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษาเรียนรู้ การมีงานทำและรายได้ที่เพียงพอ และการมีบทบาทในสังคม

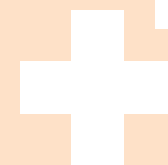
ที่มา: เวที “ถอดบทเรียนประสบการณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ”
จัดโดย สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
31 กรกฎาคม 2553 ณ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี



อย่าลืม!

แม้ว่าการทำงานส่งเสริมสุขภาพคนพิการ จะมาจากใจของเจ้าหน้าที่ที่มีความเมตตา กรุณา และมีแนวคิดการดูแลกันแบบมนุษย์ แต่อย่าลืม! อุปสรรคแห่งความท้าทายที่ต้องคำนึงในบางโอกาส คือ ความมีอคติในใจ ที่เป็นเสมือนตราประทับ (Stigma) ไปที่ตัวบุคคล เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชในหลาย ๆ คนไม่ยอมเข้ารับการรักษาด้วยกลัวจะถูกกล่าวหาว่าเป็น “คนบ้า” หรือ ผลข้างเคียงของยาจิตเวชที่ได้รับอาจทำให้มีอาการบางอย่างที่ยึดติดย้ำความเป็น “คนบ้า” เช่น อาการที่เดินตัวแข็ง ๆ กล้ามเนื้อเกร็ง ตาเหลือกค้าง ส่วนตราประทับในระดับครอบครัว ก็คือความรู้สึกอับอายว่ามีสมาชิกเจ็บป่วยทางจิต กลัวสังคมรังเกียจ และระดับชุมชน/สังคมก็คือ “ความกลัว” ที่เกิดจากความไม่เข้าใจโรคทางจิตเวช ทั้งอาการและสาเหตุ ไม่มีความรู้ว่าจะดูแลกันอย่างไรทำให้ตั้งข้อรังเกียจ จากความไม่รู้นำไปสู่การแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติในที่สุด

การแก้ไขปัญหาคือการมีอคตินี้ต้องวางแผนบูรณาการทุกระดับ จึงจะส่งผลให้ภาพรวมทางสังคมเกิดความตระหนัก รับรู้เข้าใจ การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติตามความสามารถ ดังเช่น โครงการการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำ 14 ที่ตำบลห้วยพรหม อำเภอวังน้ำเขียว มีการทำงานมากกว่า 9 ปี ด้วยการบูรณาการงานส่งเสริมป้องกัน รักษา เยียวยา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และใช้กลวิธีการดึงกลุ่มต่างๆ เข้าร่วม เช่น แกนนำชุมชน ผู้ให้บริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ตำรวจ พัฒนากรชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชและญาติ ผู้สูงอายุ ประชาชนทั่วไปมาทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งบางกิจกรรมเป็นกิจกรรมตามวัฒนธรรม ความเชื่อ ที่ให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นจัดการ ทำให้กลุ่มต่างๆ ข้างต้นได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกันครั้งแล้วครั้งเล่า จนลดความอคติลงไป ที่ตรงกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกในการทำงานลดความอคติว่า “การประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว จะประสบความสำเร็จน้อยกว่า การที่ให้คนทุกกลุ่มในสังคมมาเรียนรู้และใช้ชีวิตร่วมกันในช่วงเวลาหนึ่ง” นี่คือการเรียนรู้ผ่านการมีประสบการณ์ตรงที่อาจเป็นแนวทางการทำงานของคนทำงานใน “รพ.สต.”



חכמה פארה

บรรณานุกรม

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. “คืนสุนทรียภาพให้สุขภาพ” ใน สรรสารคืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 8 “Humanized Healthcare...คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ” วันที่ 13-16 มีนาคม 2550 ศูนย์การประชุมอิมแพค เมืองทองธานี. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.), 2550.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. คู่มือจัดอบรมวิธีชุมชน. นนทบุรี : สถาบันวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2551.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. วิธีชุมชน : คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่ายได้ผลและสนุก. นนทบุรี : สถาบันวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2545.

กรกฎ เห็นแสงวิไล. ความเที่ยงในการใช้ Modified Gross Motor Function Measurement-66 ฉบับภาษาไทยของนักศึกษา กายภาพบำบัด. J Med.Tech. Phy.Ther., 2009.

กรมสุขภาพจิต. พ.ร.บ.สุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ.2551. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551.

กรมสุขภาพจิต. เทคโนโลยีการให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ดูแล/ผู้ป่วยจิตเภท. กรมสุขภาพจิต, 2541.

กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความพิการทางจิต 6 ข้อ ปรับปรุง พ.ศ. 2552. กรมสุขภาพจิต, 2552.

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550. กรุงเทพมหานคร, 2550.

กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. คู่มือปฏิบัติการรายกรณีสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน. กรุงเทพฯ : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2551.

จุไรวัลย์ สุนทรวรรณ. “หากไม่มีวันนั้น” ใน เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 3 ระบบบริการสุขภาพชุมชนกับการทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

ชาติชาย มุกสง. “นิยามสุขภาพและความหมายของการเจ็บป่วย” ใน วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยา : แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2551.

ทีวีบุรพา. รายการคน..ค้น..คน ตอน โลกงาม งาม ของ งาม ลั่นทอง, 2549.

นงเยาว์ เรือนชอบ. “โชคดีที่เป็นเรา” ในเรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 2 ความดีที่เยียวยา : เรื่องเล่า...กับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

นพวรรณ ศรีวงศ์พานิชและคณะ. “ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา/ภาวะปัญญาอ่อน” ใน www.rajakul.co.th. โรงพยาบาลราชานุกูล. คู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2543.

นิตยา การปลื้มจิตต์. “คนปลูกดอกไม้” ใน เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 8 ในความพิการมีความหวัง. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

นิตยา ชนะสิทธิ์. “ชีวิตนี้ยังมีหวัง” ใน เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 8 ในความพิการมีความหวัง. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

บุปผา สมานมิตร. “รุ่งอรุณของ...ม่วย” ใน เรื่องเล่าจินตนาการสุขภาพใหม่ ปีที่ 1 ฉบับสมบูรณ์. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2552.

ประยูรศรี เลือดสงคราม. “ลูกผู้ชายหัวใจบุญ” ใน เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 8 ในความพิการมีความหวัง. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

ปัญญาดี สาทิพจันทร์. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรีต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

ปัทมา ศิริเวช. “บทที่ 15” ใน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภท. พิเชฐ อุดมรัตน์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2552.

ปัทมา ศิริเวช, วรวิทย์ ลิ้มปนาภา, บก. คู่มือกิจกรรมกลุ่มบำบัด สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541.

ผกาพรรณ สุทธิวงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะพื้นฐานการเขียนในเด็กดาวนซินโดรม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.

เพ็ญประภา ขามธาตุ. “ประตูที่ถูกปิดมานาน” ใน เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 4 การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : ระบบบริหารโดยชุมชน. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

เพ็ญพิมล อัมมรัคคิต และ วรณภา เงินอยู่. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Introduction to the Bobath concept for cerebral palsy. ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.

รัตนา เสนาหนอก. “โลกใหม่ของแต่น” ใน เรื่องเล่าจินตนาการสุขภาพใหม่ ปีที่ 1 ฉบับสมบูรณ์. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2552.

รุ่งทิพย์ คงทรัพย์. “คู่ทุกข์ คู่ยาก” ใน เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 6 หุ่นส่วนความดี : การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

วราพร วันไชยธนวงศ์. “ชีวิตที่สองของ ‘มนัส’” ใน เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 2 ความดีที่เยียวยา : เรื่องเล่า...กับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

วราพร วันไชยธนวงศ์. “ประตูหัวใจ” ใน เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 8 ในความพิการมีความหวัง. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

วิษย์ เกษมทรัพย์, ชนินทร์ สกลอิสริยาภรณ์, สมเกียรติ ลีละศิธร, ปัทมา ศิริเวช, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, พลภัทร โล่เสถียรกิจ และคณะ. รายงานการให้บริการโรคจิตเวชภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553.

วิภาดา ศิริจันทร์โท. “ผู้ไม่ยอมแพ้” ใน เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 9 พหุลักษณะสุขภาพในชุมชน : เรียนรู้ศักยภาพในชุมชน. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

วิลาวัลย์ ศรีโพธิ์. “ชีวิตคนเคยเก่ง” ใน เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 7 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมกับสุขภาพและความเจ็บป่วย. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

วีระศักดิ์ จันทรสังแสง. เต็มรับในความมืด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : หจก.สามลดา, 2549.

วีระศักดิ์ จันทรสังแสง. เสียงจากโลกเงียบ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : หจก.สามลดา, 2549.

ศักดิ์กฤษณ์ ทองคำ. “บัวในตม” ใน เรื่องเล่างานคือความดี ชุดที่ 8 ใน ความพิการมีความหวัง. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

สถาบันราชานุกูล. คู่มือแนวทางการดูแล “เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในชุมชน”

สถาบันสร้างเสริมการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข. เอกสารคุยกับผู้รู้ เรื่อง...แสงสว่างในความมืด., 2550.

สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตและเครือข่าย. “โปสเตอร์งานมหกรรมเครือข่ายจิต” ใน การประชุมเครือข่ายจิตเวช วันที่ 16-18 มีนาคม พ.ศ. 2551 โรงแรมบางกอก กอล์ฟ สเปา ปทุมธานี, 2551.

อภิชัย มงคลและคณะ. “แบบคัดกรองโรคจิต” ใน โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ.2545. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.

โอปอล์ ประภาวดี. ดาวบางดวง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท เบญจผล จำกัด, 2550.

โอปอล์ ประภาวดี. สะพานไม้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : หจก.สามลดา, 2549.

คู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ ตามพ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

..... เอกสารสรุปผลการระดมสมองการดำเนินงานเครือข่าย และ CBR ในปี 2552-2553 ภาคตะวันออก จัดประชุมเมื่อกันยายน พ.ศ. 2552.

..... เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง การดูแลและส่งเสริมผู้ป่วยจิตเวชโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำ วัดห้วยพรหม ตำบลห้วยพรหม อำเภอลำลูกเกด จังหวัดนครราชสีมา ใน มหกรรมคุณภาพ CQI วันที่ 12-13 กรกฎาคม พ.ศ.2553.

..... การดูแลเด็กสมาธิสั้น. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.specialchild.co.th/knowledge.asp> (วันที่ค้นข้อมูล : 1 มิถุนายน 2553).

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

Liberman KP, Kopelowicz A, Smith TE. Psychiatric Rehabilitation. In : Sadock BJ, Sadock VA, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

Murray CJL & Lopez AD. The Global Burden of Disease. Harvard University Press, 1996.

World Health Organization. Intellectual Disability : A Manual for CBR workers. SEA-Rehab-77. Distribution : General Rev-1. New Delhi. August 2007.

รายชื่อคณะทำงาน

นายแพทย์วิญญู ชะนะกุล

นางอำพัน จารุทัศน์นางกูร

นางเพลิน เสี่ยงโชคอยู่

นางอุไรวรรณ เกิดสังข์

นายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล

ฉันทนา พิกุลทอง

นายสายชล คล้อยเอี่ยม

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

สถาบันราชานุกูล

สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ

ขอขอบคุณ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางใหญ่	จังหวัดนนทบุรี
โรงพยาบาลบางใหญ่	จังหวัดนนทบุรี
โรงพยาบาลเสลภูมิ	จังหวัดร้อยเอ็ด
โรงพยาบาลแม่ลาว	จังหวัดเชียงราย
โรงพยาบาลกมไทร	จังหวัดสุโขทัย
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	จังหวัดสกลนคร
โรงพยาบาลหล่มสัก	จังหวัดเพชรบูรณ์
โรงพยาบาลตาคลี	จังหวัดนครสวรรค์
โรงพยาบาลดอนสัก	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
สถานีอนามัยตำบลปากแพรก อำเภอดอนสัก	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ชมรมจิตประภัสสร อำเภอดอนสัก	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
โรงพยาบาลวังน้ำเย็น	จังหวัดสระแก้ว
ชมรมพิทักษ์จิตรวังน้ำเย็น	จังหวัดสระแก้ว
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองมะนาว อำเภอวัฒนานคร	จังหวัดสระแก้ว
ชมรมพิทักษ์จิตระคลองมะนาว อำเภอวัฒนานคร	จังหวัดสระแก้ว
โรงพยาบาลบางระกำ	จังหวัดพิษณุโลก
สถานีอนามัยตำบลในอำเภอบางระกำ	จังหวัดพิษณุโลก
ชมรมบางระกำรวมใจ อำเภอบางระกำ	จังหวัดพิษณุโลก
ชมรมรวมจิตมิตรบางระกำ อำเภอบางระกำ	จังหวัดพิษณุโลก

และขอขอบคุณบุคคล และหน่วยงานอื่นๆ
ที่กรุณาให้ข้อมูลสนับสนุนในการจัดทำหนังสือเล่มนี้

สารบัญภาคผนวก

1. แหล่งข้อมูลเพื่อการทำงานคนพิการ ณ 23 พ.ย. 2553
2. เอกสารเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิต
3. เอกสารคัดกรองโรคจิต
4. เอกสารประเมินพิการจิต
5. เอกสารแบบบันทึกข้อมูลคนพิการทางจิตสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.
6. เอกสารสมุดสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช
7. เอกสารแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช
8. เอกสารแบบคัดกรองพัฒนาเด็ก
9. เอกสารความรู้เบื้องต้น



“หากสังคมมีความเข้าใจคนพิการมากขึ้น
ก็จะทำให้การช่วยเหลือคนพิการ
หรือการทำงานเพื่อคนพิการที่ลงทุนทำไปนั้น
ตรงกับความต้องการของชีวิตคนพิการ
ไม่ใช่ทำไปแล้วสูญเปล่า”

โดย นพ.วิรัช โชควิวัฒน์
จากหนังสือ คน,พิการ,สื่อ,สาร,สังคม :
บอกทุกคนว่าด้วยคนพิการ และพื้นที่สื่อสารทางสังคม, 2551

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2951 1286 <http://www.hsri.or.th>
โครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
<http://www.hph.moph.go.th>