

การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

รัชณี สรรเสริญ Ph.D.* เบลญวรรณ ทิมสุวรรณ กศ.ด.**

วรรณรัตน์ ลาวัจ พย.ม.***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ภายใต้กรอบการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ซึ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยครอบครัว หุ่นส่วนในชุมชน และทีมสุขภาพเชิงรุกที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนพิการโดยตรง (Micro system) และเชื่อมโยงเข้ากับระบบของการดูแลสนับสนุนขององค์กรในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนพิการทางอ้อม (Meso system) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย คนพิการ ผู้ดูแลและครอบครัว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการ (บุคลากรด้านสุขภาพ ตัวแทนองค์กรส่วนท้องถิ่น/ชุมชน) จำนวน 124 คน ในพื้นที่ต้นแบบ อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 30 คน ที่เลือกแบบเจาะจง กระบวนการพัฒนาประยุกต์ใช้การมอง การคิด และการปฏิบัติ ที่มีลักษณะเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การระดมความคิด และการสังเกต ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาได้ 2 นวัตกรรมการดูแลคนพิการ คือ นวัตกรรมที่ 1 รูปแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 4 แนวคิดหลัก คือ (1) การดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ (2) ความเข้มแข็งของครอบครัว (3) ศักยภาพของชุมชน (4) การเรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย และ 8 หลักการสำคัญ คือ (1) บทบาทของครอบครัว (2) บทบาทของภาคีเครือข่าย (3) การเข้าถึงบริการ (4) การประสานงานที่ไร้รอยต่อ (5) การจัดเตรียมบริการที่เหมาะสม (6) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและคนพิการ (7) การเคารพในศักดิ์ศรีของคนพิการ และ (8) ความรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำ นวัตกรรมที่ 2 WE CAN DO by TIM เป็นกระบวนการที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาภาคีหุ้นส่วน ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน 3 คุณลักษณะ คือ 1) W-Willing การสร้างความตั้งใจ มุ่งมั่น และความร่วมมือในการดูแลคนพิการ 2) E-Exploration การร่วมกันหา มอง และสะท้อนปัญหา ความต้องการ 3) C-Cognition การรวมพลังร่วมคิดเพื่อการพัฒนา 4) A-Acting การร่วมปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พึงประสงค์ 5) N-Notice การร่วมประเมินและให้ข้อเสนอแนะการปฏิบัติ 6) D-Decoration การร่วมแสวงหาและพัฒนาต่อ 7) O-outstanding การสร้างความโดดเด่น ความต่อเนื่องและความยั่งยืนด้วยการเพิ่มพลัง 3 คุณลักษณะ (TIM) คือ (1) ภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาต้องทำงานเป็นทีมในการดูแลคนพิการ (T-Team approach) (2) ทีมภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาต้องมีแรงบันดาลใจในการดูแลคนพิการ (I-Inspiration) (3) ทีมภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาต้องมีความรู้สึกร่วมในการทำเพื่อมวลมนุษยชาติ (M-Mankind)

ผลการศึกษาเสนอแนะว่า การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานและการใช้กระบวนการ WE CAN DO by TIM เป็นแนวทางและกลวิธีที่สำคัญสำหรับ บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านการองค์กรส่วนท้องถิ่น และแกนนำชุมชน ที่จะนำไปใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการอันจะนำไปสู่การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการต่อไป

คำสำคัญ: ระบบการดูแลคนพิการ ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน กระบวนการพัฒนาภาคีหุ้นส่วน การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

* คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

** ข้าราชการบำนาญ อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Developing Disabled Caregiving System Based on Families and Communities

Rachanee Sunsern, Ph.D.* Benjawan Timsuwan, Ed.D.**
Wannarat Lawang, MNsc.***

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop a disabled caregiving system based on families and communities using Community-Based Rehabilitation (CBR) and Innovative care for chronic conditions (ICCC) as theoretical frameworks. The study conducted in a rural area of eastern Thailand involved spiral action process of look-think-act. Participants composed of 1).124 volunteering disabled people, caregivers and stakeholders including professionals in disability services and non-professionals in community and 2). 30 experts. Quantitative and qualitative data were collected involving in-depth interviewing, focus group, brainstorming, and observation methods. The data were analyzed by content analysis.

Through development cycle, three innovations were developed. First, the disabled caregiving system based on families and communities aimed to support for disabled people, which composed of four concepts including 1) Seamless Continuing Care 2) Family Strength 3) Community capacity and 4) Collaborative Learning to Goal Success. It was operated by eight principles: Family Role, Network Role, Accessibility, Seamless co-ordination, Providing appropriate services, Family and disabled people participation, Human dignity respectation, and Accountability. Secondly, the development process, namely "WE CAN DO", consisted of 7 stages: 1) creating personal willingness and cooperation, 2) exploring and reflecting problems /needs, 3) sharing cognition and making a caring model, 4) acting a model, 5) evaluating and exploring notice, 6) decorating a caring model, 7) promoting and continuing volunteer partner network outstanding. Finally, stakeholders should have 3 characteristics, namely "TIM", consisted of teamwork approach, inspiration, and willingness to act for mankind.

This study suggests that developing disabled caregiving system based on families and communities along with using the process of WE CAN DO by TIM as a guideline and a strategy are essential to health personnel, local administrative personnel and community leader for performing community services in order to enhance empowerment and increase disabled people's quality of life and independent living.

Keywords : Developing disabled caregiving system, Family and Community Based, Participatory action research

* Dean,---- School of Health Science, Mae Fah Luang University

** Retired Civil Servant, Ex-Director Phrapokklao Nursing College

*** Assistant professor, Community Nursing Group, Faculty of Nursing, Burapha University

ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

คนพิการ เป็นบุคคลสำคัญกลุ่มหนึ่งในสังคมไทยที่นับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังเช่น รายงานการสำรวจสถานการณ์คนพิการในปี 2517 มีคนพิการประมาณร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 1.7 ในปี 2545 และเกือบร้อยละ 3 ในปี 2550 เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละกว่า 1 แสนคน¹ สาเหตุของความพิการมีหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่ไม่เหมาะสม จนเป็นบ่อเกิดของความอ้วนและโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ที่ส่งผลให้เกิดความพิการตามมา สาเหตุอีกประการหนึ่ง เกิดจากการเจ็บป่วยนานพหุที่ไม่ปลอดคัย เช่น ขั้บขั้ในขณะมีเ็นมา ไม่รัดเข็มขัดนิรภัย ไม่สวมหมวกนิรภัย ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุจนเกิดความพิการตามมา หรือกรณีเกิดความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ไม่ประสงค์ ส่งผลให้เด็กที่เกิดมาพิการ ประกอบกับในปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 7 เท่าตัว หรือ 7.6 ล้านคนในปี 2552 คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน หรือ 2 เท่าของประชากรสูงอายุนปี 2552² ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่อวัยวะและการทำหน้าที่ต่าง ๆ มีความเสื่อม จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและความพิการตามมาได้ง่าย จากปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดความพิการได้กับกลุ่มประชาชนทุกวัย และทวีความรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อตัวคนพิการ ครอบครัว และสังคม ปัจจุบันรัฐมีนโยบายให้ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และคนพิการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่ตนคุ้นเคยในชุมชน เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลและเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงเพื่อรับผู้ป่วยอื่น เป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน คือ ให้คนพิการ

ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในครอบครัวที่อบอุ่น และมีศักยภาพในการดูแลอย่างเพียงพอ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้สภาพแวดล้อมและบริบทของท้องถิ่น เพื่อให้คนพิการสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดี เติ้มตามศักยภาพและมีความสุขตามอัตภาพ³

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลคนพิการ พบว่า การดูแลคนพิการเป็นภารกิจที่ยาวนาน ที่ญาติผู้ดูแลและครอบครัวต้องร่วมรับผิดชอบ ซึ่งบางครั้งอาจเป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความพยายามอย่างต่อเนื่อง และปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งหากไม่สามารถปรับบทบาทหรือเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้จะทำให้เกิดผลกระทบต่อคนพิการ กล่าวคือ คนพิการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เกิดความพิการซ้ำซ้อน หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ผู้ดูแลครอบครัว และชุมชน มีความสำคัญมากต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ เนื่องจากการดูแล/ช่วยเหลือ/ส่งเสริม/สนับสนุนจากครอบครัว และชุมชนจะทำให้สุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางจิตวิญญาณ และทางสังคมดีขึ้น⁴ หากไม่ได้รับการดูแลดังกล่าวจะทำให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวเกิดความเครียด มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัว⁵

ระบบการดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชน โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล จึงมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งต้องสอดคล้องกับสิทธิกฎหมาย และกรอบการพัฒนา⁶ ที่สำคัญคือ มีลักษณะเป็นองค์รวม ผสมผสาน ครอบคลุมทุกมิติ การดูแล (การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษา การฟื้นฟูสภาพ) และต่อเนื่องเชื่อมโยง กล่าวคือ มีการแบ่งความรับผิดชอบ

และเชื่อมโยงบทบาทระหว่าง ครอบครัว ชุมชน สถานบริการแต่ละระดับ ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการประกันว่า คนพิการ จะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชนตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนที่ครบวงจรมีน้อย เช่น จากการศึกษาของ Leach, Franks⁷ การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมอง จะเน้นเฉพาะการทำบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญห และการใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาของครอบครัว ในการดูแลคนพิการ ซึ่งมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมองอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะยาวถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีปัญหาในการดูแลอาจจะต้องมีการขอรับคำปรึกษา หรือการช่วยเหลือจากผู้ให้บริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากชุมชนจากการศึกษาของ Stuart, Benvenuti⁸ เกี่ยวกับโปรแกรมการออกกำลังกาย โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน แต่ผู้เข้าร่วม จะมีเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง และผู้มีหน้าที่ด้านสุขภาพในท้องถิ่นเท่านั้น ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เกี่ยวข้อง กัน จากมูลเหตุข้างต้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้คนพิการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาดังกล่าวจำเป็นต้องทำอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การสำรวจสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการการดูแลคนพิการในครอบครัวและชุมชน เพื่อนำไปสู่การระดม สร้าง ทดลอง ใช้ และปรับเปลี่ยนระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่ดี เหมาะสมสามารถสนองตอบปัญหา ความต้องการ และการ

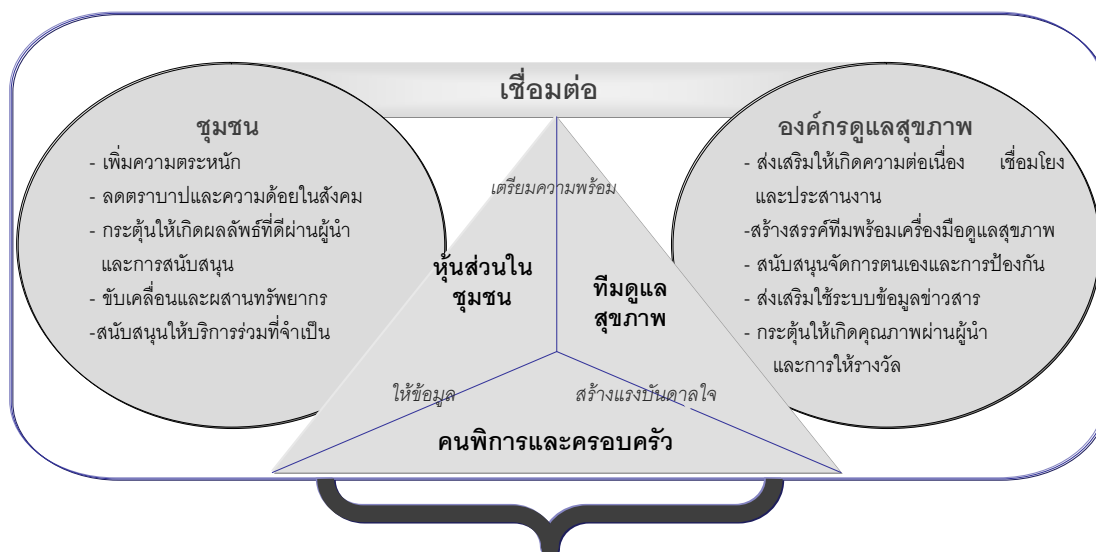
เข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพคนพิการ ครอบครัว และชุมชนให้สามารถพึ่งตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ อันจะก่อให้เกิดองค์ความรู้ที่สำคัญ นำไปใช้ในการจัดการความรู้ และผลักดันนโยบายการดูแลคนพิการต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย : เพื่อศึกษา

1. กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
2. ผลการใช้ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลภาวะเรื้อรัง Innovative care for chronic conditions (ICCC)⁹ เป็นแนวคิดเริ่มต้นในการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ที่เน้นการพัฒนาทั้งระบบเล็ก (ครอบครัว) และการเชื่อมโยงระบบกลาง (หน่วยบริการและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง) ตลอดจนชุมชนและกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการในระดับตำบลและอำเภอ หลังจากนั้นนำหลักการของแผนปฏิบัติการสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2006-2011 และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Rehabilitation: CBR)⁶ มาประยุกต์ใช้เป็นกระบวนการพัฒนาระบบ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายคุณภาพชีวิตคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550³ ดังภาพที่ 1



❖ คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ

❖ ระบบการดูแลสุขภาพคนพิการที่มีคุณภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

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

บริบทและข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาคือ อำเภอหนึ่ง ในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากความเต็มใจและพร้อมที่จะให้คณะผู้วิจัยลงพื้นที่ดำเนินการต่อยอดจากการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับ สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของคนพิการ ลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม ดินแม่น้ำ ลำคลอง พื้นที่บางแห่งติดต่อกับทะเล มีภูเขาสลับกับเนินเป็นแห่งๆ โดยรอบ ส่วนใหญ่มีอาชีพการ

เกษตรทั้งอำเภอมีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 444 คน จำแนกตามประเภทความพิการ มากกว่าครึ่งของคนพิการมีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 59.68) รองลงมาคือพิการทางการเรียนรู้ (ร้อยละ 20.50) หนึ่งในสามมีระดับความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันในระดับ 3 (ร้อยละ 33.40) ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 44.90) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 75.00) และไม่เคยได้รับการฝึกอาชีพ (ร้อยละ 91.90) ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสังคมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งคนพิการมีการร่วมทำกิจกรรมนอกบ้านน้อย (ร้อยละ 29.10) ได้รับการบริการจากชุมชน อยู่ในระดับพอใช้

ชุมชนไม่มีระบบบริการดูแลสุขภาพคนพิการทั้งหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นจึงมีความต้องการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพด้วย แต่ชุมชนไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และไม่มีการประชุมร่วมมี

กัน ทำให้ไม่สามารถดำเนินการ และชุมชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการควรเกิดขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับชุมชน และมีหน่วยบริการเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหน่วยบริการด้านสุขภาพได้แก่ โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องการให้มีการจัดบริการ/กิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลคนพิการ และผู้ดูแล การพัฒนาให้แกนนำมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลคนพิการ การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนที่มีแหล่งข้อมูล และเป็นสถานที่ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการต่อไป¹⁰

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในพื้นที่ศึกษาและผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลคนพิการ โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งแบ่งเป็น

1. คนพิการ(30คน) ผู้ดูแลคนพิการ (15 คน) สมาชิกครอบครัว (30 คน) ผู้แทนองค์กรในชุมชน(5คน) บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (10 คน) โรงพยาบาลชุมชน(10 คน) ตลอดจนผู้นำชุมชน (9 คน)และอาสาสมัคร (15 คน)ในพื้นที่ต้นแบบ จำนวนทั้งสิ้น 124 คน
2. ผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร นักวิชาการ นักวิจัย ผู้ปฏิบัติงาน ผู้นำชุมชน คนพิการ จำนวน 30 คน

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของ สตรีเกอร์¹¹ ซึ่งมีกระบวนการวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวของการคิด พิจารณา และการกระทำ ที่เรียกว่า "เกลียวปฏิสัมพันธ์ (interacting

spiral) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ความีปัญหาอะไร (Look) คิดพิจารณา (Think) และลงมือปฏิบัติ (Act) ซึ่งรูปแบบลักษณะนี้ จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่จำเป็นต้องเป็น แนวเส้นตรง และสามารถเกิดขึ้นได้ซ้ำอีกจนมีการปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติที่พึงพอใจของกลุ่ม การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative method) โดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ หาข้อสรุปเชิงทฤษฎี

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ซึ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกขั้นตอน และดำเนินการควบคู่ไปในลักษณะเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Spiral action) ที่ต่อเนื่องกันจนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับชุมชนต้นแบบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การสร้างและทดลองใช้ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นการสร้างและทดลองใช้ (ร่าง) ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ที่สังเคราะห์จากข้อมูลเบื้องต้นของสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลคนพิการในชุมชนตามบริบทที่กล่าวข้างต้น โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกขั้นตอน และดำเนินการควบคู่ไปในลักษณะเกลียวปฏิสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องกัน

2) การติดตามประเมินผลการใช้ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นการประเมินผลเชิงสร้างเสริมพลังอำนาจในพื้นที่ต้นแบบ เพื่อค้นหาข้อมูลปัญหา อุปสรรค จุดเด่น จุดด้อยของรูปแบบ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่ต้องปรับแก้ ซึ่งมีแนวทางการประเมินมีดังนี้คือ 2.1) ประเมินก่อนเริ่มการทดลองใช้ระบบ เป็นการประเมินเบื้องต้น เพื่อศึกษาปัญหา

และความต้องการของสังคม สำหรับการวางแผนระบบ 2.2) ประเมินกระบวนการขณะทดลองใช้ระบบ เป็นการประเมินขั้นตอนการดำเนินการใช้และการจัดการทรัพยากร ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค เพื่อหาแนวทางแก้ไข และ 2.3) ประเมินผลผลิตเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองใช้ระบบ เป็นการประเมินเพื่อสรุปผลกระบวนการพัฒนาระบบฯ และผลของการใช้ระบบฯ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

8) การปรับปรุงระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ให้สอดคล้องตามบริบทพื้นที่ต้นแบบ เป็นการประชุมระดมความคิดจากกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิพากษ์ วิจารณ์ และสะท้อนความคิดเห็นผลการประเมินที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ระบบที่มีการกำหนด บทบาท และการเชื่อมโยงประสานของเครือข่ายในระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพ

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย และผู้วิจัยร่วม ซึ่งมีประสบการณ์ผ่านการอบรมและฝึกหัดดำเนินการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นผู้เข้าดำเนินการสนทนา และสัมภาษณ์ และทำหน้าที่เป็นผู้จดบันทึกการสนทนา และบริการทั่วไป

2. เครื่องอัดเทปและดัดแปลงเทปที่นำไปอัดเสียงระหว่างสัมภาษณ์ เพื่อเก็บข้อมูลโดยละเอียด

3. อุปกรณ์จัดกิจกรรมกลุ่ม และอุปกรณ์เสนอข้อมูลสาธารณะ

4. กล้องถ่ายภาพนิ่ง เพื่อเก็บภาพในกิจกรรมที่สำคัญต่างๆ ที่แสดงให้เห็นวิธีการมีส่วนร่วมของกระบวนการสร้างและพัฒนาระบบฯแบบเป็นหุ้นส่วน

5. โครงสร้างของการสัมภาษณ์ เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์อันประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง ในชุมชน ประวัติการศึกษา พร้อมทั้งป้อนคำถามแบบปลายเปิดเกี่ยวกับ สถานการณ์การดูแล ประสิทธิภาพการดูแลคนพิการ คุณภาพชีวิตของคนพิการและผู้ดูแล ปัญหาและความต้องการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งโครงสร้างการสัมภาษณ์นี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถทางด้านการพัฒนาศักยภาพคนพิการและระบบการดูแลคนพิการด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เครื่องมือนี้มีความตรงตามเนื้อหาในการวิจัยและน่าเชื่อถือ

6. เครื่องมือช่วยจดบันทึก คือ สมุดจดและปากกา สำหรับจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ซึ่งช่วยในการบันทึกคำพูด บรรยากาศ บุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และช่วยให้ถอดเทปได้สะดวกและเร็วขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ได้นำมาดำเนินการเก็บข้อมูลแบบผสมผสานซึ่งขึ้นอยู่กับสถานที่ สิ่งแวดล้อม และบรรยากาศของการสนทนาในขณะนั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีทั้งการประสานงานผ่านผู้ปฏิบัติงาน/ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ดำเนินการและการลงพื้นที่ดำเนินการ โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ติดต่อประสานงาน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มใช้วิธีการที่ยังไม่เป็นทางการกับผู้นำชุมชน แล้วจึงทำหนังสือขอ อนุญาตเก็บข้อมูล ถึงนายอำเภอเพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง

2. ประสานงานและแนะนำตนเองและทีมงานวิจัยเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ประเด็นกว้าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา

3. จัดเวทีระดมความคิดของผู้ให้ข้อมูลทั้งคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ สมาชิกครอบครัว ผู้แทนองค์กรในชุมชน บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและผู้นำที่ไม่เป็นทางการและอาสาสมัครเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการจากระบบการดูแลคนพิการในชุมชน

4. จัดสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับ ปัญหา และความต้องการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลเพิ่มเติมและร่วมกันกำหนดรูปแบบระบบ การช่วยเหลือเบื้องต้นตามความต้องการของกลุ่มที่เกี่ยวข้องตลอดจนวิเคราะห์จุดเด่น-จุดด้อย ซึ่งดำเนินการสัมภาษณ์ไปพร้อมๆ กับการทดลองใช้รูปแบบเบื้องต้น เพื่อเป็นการหาทางแก้ไขข้อบกพร่องและพัฒนาปรับปรุงให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม

5. สังเกตรายละเอียดอื่น ๆ นอกเหนือจากคำให้สัมภาษณ์ เช่น บรรยากาศการสนทนา สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม การแสดงสีหน้าแวตา การเปล่งสำเนียง การพูดถึงเรื่องราวอื่นๆ และการพัฒนาที่เกิดขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบคือการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

6. เก็บบันทึกข้อมูลต่าง ๆ เหล่านั้น เพื่อนำมาวิเคราะห์ ประเมินผล

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ (reliability) ของผลการวิจัย โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (methodological triangulation) โดยเริ่มตั้งแต่ขณะเก็บข้อมูล การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ที่นำมาบันทึก รวมทั้งการทำทาง พฤติกรรม บรรยากาศต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อนำมาประกอบการแปลความหมายร่วมกับการถอดเทป และการบันทึกภาคสนามในหลายๆ วิธี และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธี investigator triangulation แล้วนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านหรือกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลซ้ำอีก (reflecting) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การสังเคราะห์กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐานด้วย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เป็นระยะ ๆ และได้ทำการปรับแก้ไขส่วนที่ยังบกพร่อง จนข้อมูลมีความอึดตัวและสมบูรณ์ซึ่งการดำเนินการนี้เป็นกระบวนการที่ไม่ได้ทำการแยกส่วนออกมาจากขั้นตอนการเก็บข้อมูล โดยมีการวางแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นที่ลงมือเก็บข้อมูลภาคสนาม

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็น 3 ส่วน คือ

1) กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน 2) ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน 3) ผลการใช้ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

ส่วนที่ 1 ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ)

ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่สะท้อนภาพ 4 แนวคิด และ 8 หลักการสำคัญเกี่ยวกับรูปแบบระบบการดูแลคนพิการ ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลคนพิการ

แนวคิดที่สำคัญของรูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 4 แนวคิด คือ

1. การดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ (Seamless Continuing Care) คือ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอดระยะของการเจ็บป่วยด้วยความเนียนที่ไร้รอยต่อ การประสานการดูแลระหว่างสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ครอบครัว ชุมชน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างแนบสนิท บูรณาการ การดูแลตามการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์ทางเลือก หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างกลมกลืน และมีการจัดการความรู้ระหว่างทีมการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น¹²

2. ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Strength) คือ การที่สมาชิกของครอบครัวมีการปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสุขและมีความมั่นคงแข็งแรง ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัวสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารทางบวก สมาชิกมีความใกล้ชิดผูกพันกัน มีวิธีการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเอาไว้ มีการใช้เวลาร่วมกันอย่างมีคุณภาพ ห่วงใยและเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว มีบรรยากาศความอบอุ่น นอกจากนี้สมาชิกสามารถแก้ไขวิกฤติการณ์หรือความเครียดได้อย่างสร้างสรรค์ และมีส่วนร่วมในชุมชน

3. ศักยภาพของชุมชน (Community capacity) คือ ชุมชนมีลักษณะที่มีการรวมกลุ่ม มีการประชุมปรึกษากัน ช่วยกันคิด ช่วยกันทำเพื่อให้กิจกรรมต่างๆ ลุล่วงไปด้วยดี มีหน่วยนำที่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มได้ทุกระดับ มีตัวแทนกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม โดยกลุ่มต้องมีทักษะ

ความสามารถสูง (Skills) การจูงใจ (Motivations) ความรู้ (Knowledge) และทัศนคติ (Attitudes) รู้วิธีทำงานเป็นอย่างดี ทำงานได้ถูกต้อง และรับความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกตามสมควร กลุ่มมีความคิดเห็นที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับนโยบายของทางราชการที่จำเป็นต่อการลงมือปฏิบัติ เพื่อสร้างนวัตกรรมให้ประสบผลสำเร็จ¹³ โดยศักยภาพชุมชนจะมากขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับความรู้สึผูกพันทางอารมณ์และทางจิตใจที่ผู้อยู่อาศัยในชุมชนนั้นมีต่อชุมชนของตนเอง ระดับความกระตือรือร้นของสมาชิกในชุมชนต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน การประสบความสำเร็จที่ผ่านมาในอดีตของสมาชิกในชุมชนในการร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนให้ก้าวหน้า และทักษะของผู้นำชุมชน ซึ่งแสดงถึงความพร้อม (Readiness) ว่าเป็นลักษณะการรู้คิดทางปัญญา¹⁴

4. การเรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย (Collaborative Learning to Goal Success) คือ กระบวนการเรียนรู้ที่สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันและกัน เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม โดยผ่านความร่วมมือกัน (Cooperation) เพื่อสร้างความสำเร็จตามเป้าหมายในการทำงานเดียวกัน โดยต้องการพินิสัยและความ สามารถของสมาชิกแต่ละคน ต้องยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิก ต้องสะท้อนข้อมูลอย่างสร้างสรรค์ กระตุ้นให้คิด ซึ่งจะช่วยให้การแก้ปัญหาง่ายขึ้น จึงทำให้ได้เพื่อนและเครือข่ายในการทำงานใหม่¹⁵ ในกระบวนการทำงานนี้จะเกิดการเรียนรู้อย่างร่วมมือกัน ไม่ใช่การเรียนรู้อย่างแข่งขัน เป็นการเรียนรู้ที่มีพลังนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของความรู้ ความเชื่อ เจตคติ และทักษะของสมาชิกอื่นๆ ได้

หลักการสำคัญของระบบการดูแล
คนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
ประกอบด้วย

1. บทบาทของครอบครัว (Family Role)

หมายถึง ระบบ/กิจกรรมที่จัดขึ้นต้องให้ครอบครัว
เป็นผู้ให้บริการในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ
ดูแลคนพิการในระยะยาว โดยคำนึงถึงความ
สมดุลของการยึดเหนี่ยวระหว่างกันของสมาชิกใน
ครอบครัวและคนพิการ ความยืดหยุ่นในครอบครัว
และการสื่อสารในครอบครัว

2. บทบาทของภาคีเครือข่าย (Network Role)

หมายถึง กระบวนการทางสังคมอันเกิดจาก
การสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคล
กลุ่ม องค์กร สถาบัน โดยสมัครใจ มีเป้าหมายร่วม
กัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร
ประสบการณ์ แล้วพัฒนาไปสู่การวางแผน
ร่วมกันและดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน โดย
ที่สมาชิกของเครือข่ายมีความเป็นอิสระ เท่าเทียม
หรือเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน ภายใต้พื้นฐานการ
เคารพสิทธิ เชื่อถือ เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน เครือ
ข่ายมี 2 ลักษณะ คือ เครือข่ายแบบผสมผสาน
เป็นการรวมกันระหว่างสมาชิกที่แตกต่างกันใน
สถานภาพ เช่น ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ
ข้าราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาค
เอกชน เป็นต้น ส่วนอีกเครือข่ายเป็นการรวมกัน
ระหว่างสมาชิกที่มีสถานภาพเดียวกัน เช่น อาชีพ
เดียวกัน องค์กรลักษณะเดียวกัน เป็นต้น

3. การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง

ข้อมูลและบริการที่จัดให้ต้องมีคุณภาพที่ดีและ
ครอบคลุมทุกประเภทของกลุ่มคนพิการ ทุก
คนสามารถเข้าถึงได้

4. การประสานงานที่ไร้รอยต่อ (Seamless co-ordination)

หมายถึง ต้องมีการประสานบริการ
ต่างๆ สำหรับคนพิการและญาติผู้ดูแลโดยจัดให้
เหมาะสมกับโครงสร้างของบริการที่มีอยู่เดิม โดย
เอาสุขภาพและภาคส่วนต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่เป็นตัว
ตั้ง จัดลำดับความสำคัญของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง หา
วิธีการที่จะเชิญชวนและทำงานร่วมกับภาคส่วนดัง
กล่าวอย่างเนียนสนิท เพื่อเป้าหมายคุณภาพชีวิต
ของคนพิการ

5. การจัดเตรียมบริการที่เหมาะสม

(Appropriate services) หมายถึง การจัดกิจกรรม
ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละ
ระยะของความพิการ และบริบทของครอบครัว
และชุมชน

6. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและ คนพิการ (Family and disabled people participation)

หมายถึง กิจกรรม หรือบริการที่จัด
ให้คนพิการ และผู้ดูแลนั้นเป็นบริการที่สนับสนุน
เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมอย่าง
เต็มที่ในการตัดสินใจให้การดูแลคนพิการ

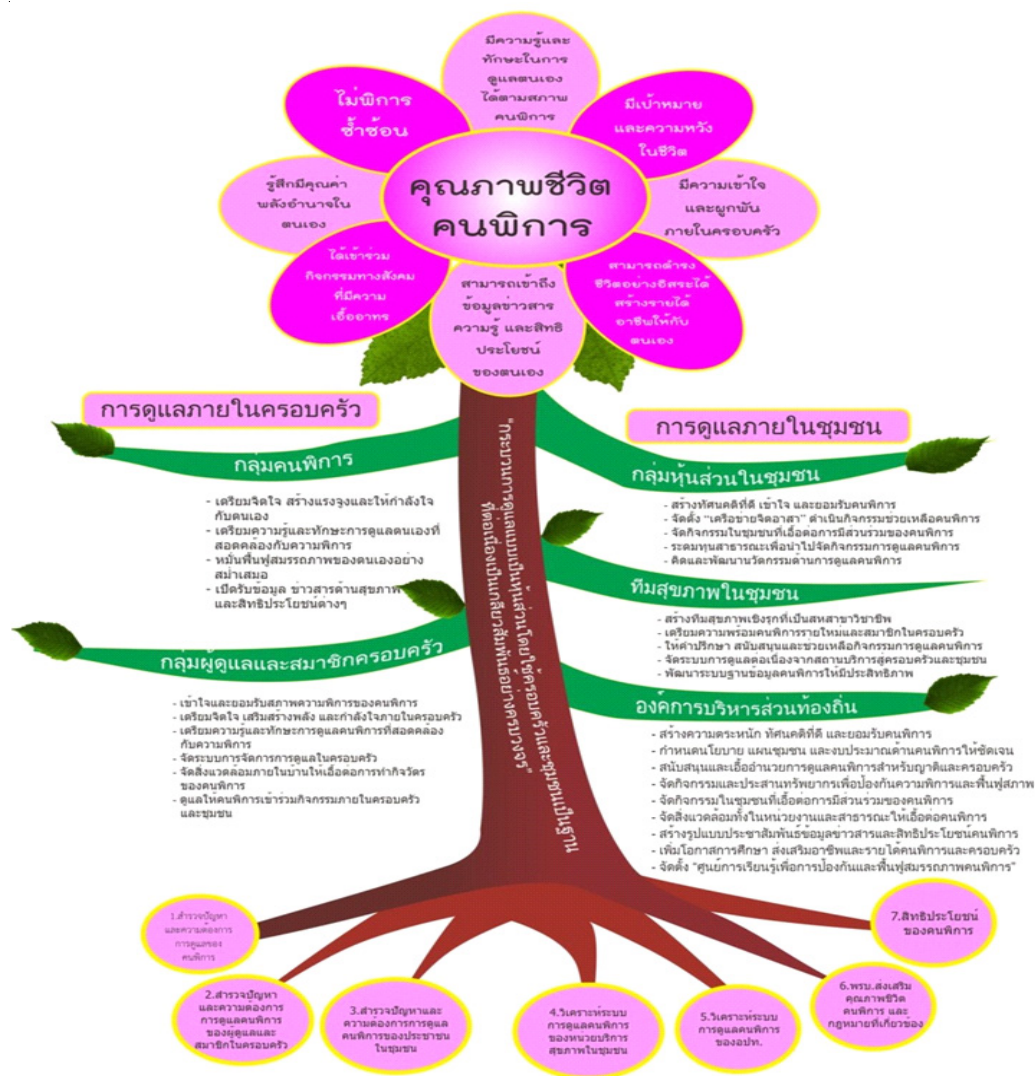
7. การเคารพในศักดิ์ศรีของคนพิการ

(Respect) หมายถึง บริการที่จัดให้แก่คนพิการและ
ครอบครัวต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีและเอกลักษณ์ใน
ความเป็นบุคคล

8. ความรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำ

(Accountability) หมายถึง ความรับผิดชอบต่อรูป
แบบการช่วยเหลือที่จัดทำนั้นต้องมั่นใจว่านำไปสู่
ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพแก่คนพิการและครอบครัว

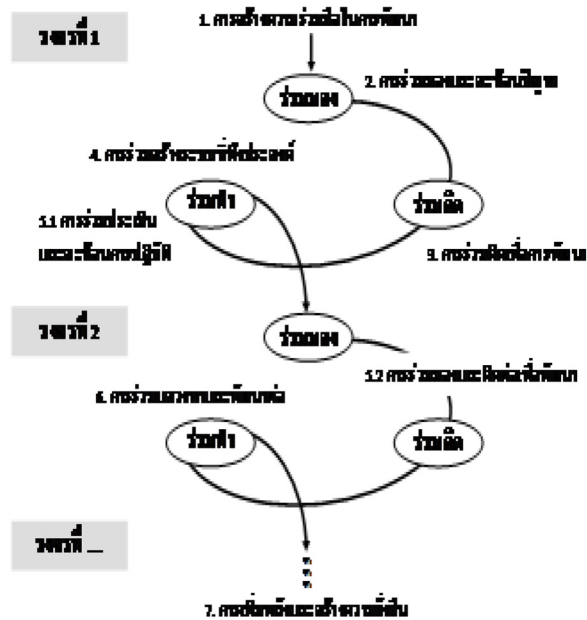
จากแนวคิดและหลักการสำคัญดังกล่าว
นำไปสู่แนวทางการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัว
และชุมชนเป็นฐาน ที่เรียกว่า "ต้นไม้เพิ่มสุข
คนพิการ" ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ ณ ตำบลนายายอามโดยกระบวนการ WE CAN DO by TIM

ส่วนที่ 2 กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบ

กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชน สามารถสรุปตามกระบวนการพัฒนาต่อเนื่องที่เป็นเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Spiral action) แบบครบวงจรที่เป็นรูปธรรม 7 ขั้นตอนและ 3 คุณลักษณะ ที่เรียกว่า กระบวนการ WE CAN DO by TIM ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กระบวนการ สร้างและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชน

กระบวนการ WE CAN DO

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตั้งใจ มุ่งมั่น และความร่วมมือในการดูแลคนพิการ (W-Willing) หมายถึง การทำพันธะสัญญาตกลงความร่วมมือกันระหว่างภาคีเครือข่าย ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยจัดให้มีการ ประชุมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือระหว่าง "ภาคีหุ้นส่วนในพื้นที่"

ขั้นตอนที่ 2 การร่วมค้นหา มองและ สะท้อนปัญหา ความต้องการ (E-Exploration) หมายถึง การร่วมกันสำรวจ และวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ ของคนพิการ การดูแลคนพิการ ของผู้ดูแล ชุมชน ตลอดจนวิเคราะห์ระบบการดูแล คนพิการ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในชุมชน โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)

ขั้นตอนที่ 3 การรวมพลังร่วมคิดเพื่อการ พัฒนา (C-Cognition)

หมายถึง การรวมพลังของ ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมวางแผน กำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหา และสนอง ตอบความต้องการการดูแลของคนพิการ และ ครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิต คนพิการ

ขั้นตอนที่ 4 การร่วมปฏิบัติตามระบบ การดูแลที่พึงประสงค์ (A-Acting)

หมายถึง ภาคี เครือข่ายรวมพลังกัน ร่วมดำเนินการตามบทบาท หน้าที่ ในการดูแลคนพิการในชุมชน โดยจำแนก การดูแลตามประเภท ของผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม คือ ครอบครัวคนพิการ หุ้นส่วนภาคีเครือข่าย ประชาชน ทีมบริการสุขภาพเชิงรุก เจ้าหน้าที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 5 การร่วมประเมินและให้ข้อสังเกตการปฏิบัติ (N-Notice) หมายถึง กลุ่มที่เกี่ยวข้องนำรูปแบบการดำเนินงานที่ร่วมกันพัฒนามาใช้อย่างต่อเนื่องดำเนินการตรวจสอบกระบวนการ และผลที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเก็บข้อมูลทุกระยะด้วยวิธีการ สัมภาษณ์เจาะลึก สทนากลุ่ม และสะท้อนการปฏิบัติตามข้อสังเกต เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้เหมาะสมต่อไป การประเมินระบบ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือการประเมินความก้าวหน้าของระบบ (formative evaluation) และการประเมินผลสรุปของระบบ (summative evaluation) เป็นการประเมินผลลัพธ์การดูแลคนพิการในภาพรวม ดำเนินการหลังสิ้นสุดการดำเนินการใช้รูปแบบระบบ

ขั้นตอนที่ 6 การร่วมแสวงหาและพัฒนาต่อ (D-Decoration) หมายถึง กลุ่มที่เกี่ยวข้องร่วมกันแสวงหาและพัฒนากระบวนการต่อเนื่องโดยปรับให้เข้าสู่วิถีของครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่งในการที่จะปรับแต่งในการการเสริมจุดแข็งและปรับปรุงจุดด้อยทั้งในส่วนของการดำเนินงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อให้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการได้เข้ารูปมากขึ้น (Model shaping ระบบมีความเหมาะสมและสามารถใช้ได้จริงภายใต้บริบทของชุมชนและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานในอนาคตต่อไป

ขั้นตอนที่ 7 การสร้างความโดดเด่น ความต่อเนื่อง และความยั่งยืนด้วยการเพิ่มพลัง (O-outstanding) หมายถึง ชุมชนโดยภาครัฐทั้งเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถาน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องเพิ่มพลังเพื่อให้กลุ่มที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสร้างความยั่งยืน ซึ่งเป็นขั้นตอนลำดับสุดท้ายที่จะเสริมความมั่นคงและความยั่งยืนของกลุ่มและระบบที่เกิดขึ้น โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ เช่น การพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังอำนาจในการทำงานของกลุ่มภาคีหุ้นส่วน การจัดให้กลุ่มภาคีเครือข่ายแต่ละพื้นที่ร่วมนำเสนอข้อสรุปผลการดำเนินงาน เป็นต้น

คุณลักษณะเด่นของภาคีหุ้นส่วน (TIM)

คุณลักษณะที่ 1 ภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา ต้องทำงานเป็นทีมในการดูแลคนพิการ (T-Team approach) ซึ่งมีการกำหนดรูปแบบของทีม เป้าหมายของการดำเนินงาน ลักษณะสำคัญการทำงานเป็นทีมของภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา กิจกรรมที่ดำเนินการที่เน้น การทำงานเชิงรุก สอดคล้องกับความต้องการ เป็นหุ้นส่วน มุ่ง "แสวงหาและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรและภูมิปัญญาของชุมชน" ดำเนินงานที่เน้น "พอเหมาะพอเพียง" "ความยืดหยุ่น เหมาะสม สอดคล้อง" "ต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน"

คุณลักษณะที่ 2 ทีมภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา ต้องมีแรงบันดาลใจในการดูแลคนพิการ (I-Inspiration) ที่เป็นพลังขับเคลื่อน สร้างความหวังให้กับมนุษย์ ช่วยให้การดำเนินชีวิตมีเป้าหมายที่ชัดเจน และมุ่งไปสู่ความสำเร็จได้อย่างรวดเร็วและ

คุณลักษณะที่ 3 ทีมภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา ต้องมีความรู้ลึกซึ้งในการทำเพื่อมวลมนุษยชาติ (M-Mankind) ผู้วิจัยได้ให้ข้อคิด ปรับเจตคติ และแลกเปลี่ยนความรู้สึกลูกจิตสำนึกภาคีหุ้นส่วนให้ตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ เพื่อประพฤติปฏิบัติตนเป็นคนดี และมีคุณค่าต่อสังคมว่า "ทุกคนคือมนุษย์เท่าเทียมกัน" คำนี้ถึง "สิทธิความเสมอภาคของบุคคล" เป็นสิ่งสำคัญ และวัดกันตรงที่ว่า "คุณมีความดีที่ทำ มากพอแล้วหรือยัง" และมีค่านิยมอันดีงามต่อสังคมต่อเพื่อนมนุษย์ โดยเคารพในความหลากหลาย สู่การพัฒนาที่ยั่งยืนผ่าน "การเสียสละอันสูงสุด คือการเสียสละความดีของตนเองมอบให้เพื่อนมนุษย์ทุกคน" และ "มุ่งมั่นกับสิ่งที่ตนเสียสละ"

ส่วนที่ 3 ผลการใช้ระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

ผลลัพธ์ของระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานครั้งนี้ จาก "ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ" ผ่าน "กระบวนการ WE CAN

DO by TIM" ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่ง คณะผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวคนพิการ (Patient Outcome) 2) มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในตัวญาติผู้ดูแล (Caregiver outcome) และ 3) มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ (Community network outcomes) ทั้งจิตอาสา ทีมสุขภาพเชิงรุก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสรุปต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อคนพิการ

คนพิการถือว่าเป็นผู้รับประโยชน์ที่แท้จริงในการดำเนินงานพัฒนาระบบ โดยครอบคลุมคนพิการทุกประเภทของความพิการ ใน 9 ประเด็น คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ และบริการสุขภาพ 2) ความรู้และทักษะการดูแลตนเอง 3) การฟื้นฟูทางกาย 4) การพัฒนาจิตใจ 5) การพัฒนาจิตวิญญาณ 6) การกลับเข้าสู่สังคม 7) การดำรงชีวิตอิสระ และ 8) คุณภาพชีวิตของคนพิการ ดังตัวอย่างบทสนทนา

"จิตอาสาเข้ามาทำเตียงฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองให้สูง ทำราวหัดเดินด้วย แล้วก็สอนว่าต้องฝึกยังไง ผมก็ทำอย่างที่คุณสอน ก็จะพยายามนะ ตอนนี้ก็ช่วยตัวเองได้มากขึ้น จากที่นั่งไม่ได้ ก็นั่งได้ ตอนนี้ก็เริ่มเดินได้บ้างแล้ว" (คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 67 ปี)

"เมื่อก่อนเวลาใครมาเยี่ยมเค้าก็มองแปลกๆ เลยไม่กล้าไปไหนอยากอยู่แต่ในบ้าน พอมีพยาบาลมาอาจารย์มา เค้าก็คุยดี สายตามันดูไม่รังเกียจ รู้สึกตัวเองไม่ใช่ตัวประหลาด เริ่มอยากออกไปข้างนอกบ้างแล้ว พอวันนั้นลอยกระทงจิตอาสาเข้ามารับไป ก็ไปกับเค้า มันรู้สึกดีนะ ใครก็เห็นความสำคัญ ตอนนี้เลยกล้าไปไหนมาไหน ไม่กลัวแล้ว สบายมาก" (คนพิการแต่กำเนิด อายุ 40 ปี)

2. ผลลัพธ์ต่อผู้ดูแลและครอบครัว

คนพิการ สามารถสรุปได้ 5 ประเด็น คือ 1) ความมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง 2) ความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ 3) ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล 4) ความเครียดและการจัดการความเครียด และ 5) ความผูกพันและความเข้มแข็งในครอบครัว ดังตัวอย่างบทสนทนา

"ภูมิใจมากค่ะ ถือว่าได้ทำบุญกุศลที่ยิ่งใหญ่ คนอื่นเค้าบอกว่า ถ้าเป็นผู้หญิงคนอื่นมันทิ้งไปแล้ว ไม่น่านั่งดูแลศิษยานุศิษย์หรอก ก็ไม่เคยคิดมาก่อนว่าตนเองจะทำได้ขนาดนี้ยังตอนนี้ทำอะไรได้มากขึ้น บางทีคิดว่าเราก็ก่อนเหมือนกันนะ" (ผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 44 ปี)

"ตอนนี้ดีขึ้นในส่วนของการดูแล ได้รับการช่วยเหลืออุปกรณ์ในการบริหารกาย รู้สึกดีมากว่ามีคนมาช่วยแบ่งเบาภาระ ช่วยกันดูแลคนพิการ ทั้งภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนก็ช่วยเหลือกันดีมาก แต่ภาระเดิมมีมาก ได้รับการแก้ไขบางส่วนก็ถือว่าดีมากแล้วแหละ" (ผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 56 ปี)

3. ผลลัพธ์ต่อภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาดูแล

คนพิการ สามารถสรุปได้ ประเด็นคือ 1) ความภาคภูมิใจและความสุขที่ได้ช่วยเหลือ 2) ความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ 3) กิจกรรมการดูแลคนพิการ และ 4) ความผูกพันและเข้มแข็งในชุมชน ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

"จุดแข็งของการบริการ จริงๆน่าจะเป็น จิตอาสา ที่เราดูแลเป็นเครือข่าย ซึ่งสามารถดูแลมากกว่าสุขภาพกายกับใจเท่านั้น ยังรวมไปถึงการแก้ปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย เพราะเป็นเครือข่ายในชุมชนจริงๆที่สามารถแก้ปัญหาในบางปัญหาที่เราไม่สามารถแก้ไขได้ พอมีทีมนี้เข้ามาเราก็สามารถแก้ไขได้มากขึ้น ก็มาจากแนวคิดโครงการที่อาจารย์รัชนีอยากให้อุดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานตรงนั้นแหละค่ะ"

(พยาบาลทีมเชิงรุกตำบลนายายอาม/สนทนากลุ่ม)

4. ผลลัพธ์ต่อทีมสุขภาพเชิงรุก จากผลวิจัย พบว่า ทีมสุขภาพเชิงรุกจาก หน่วยบริการทางด้านสุขภาพในพื้นที่ที่มีความเข้าใจในปัญหาการดูแลคนพิการ มีความรู้ความสามารถที่จำเป็นในการดูแลคนพิการ แต่ละระดับ ของแต่ละประเภท

5. ผลลัพธ์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลวิจัยดังกล่าวพบว่าบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทของขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการดูแลคนพิการอย่างจริงจัง อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและแผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการผสมผสานกิจกรรมเรื่องการดูแลคนพิการ และการจัดสรรงบประมาณเข้าไปในแผนและนโยบายของตำบล มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีสาระการดูแลคนพิการ อย่างน้อยปีละ 1 แผน โดยการนำข้อมูลพื้นฐานผู้พิการและครอบครัวมาประกอบการพิจารณาจัดทำแผน และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ดังตัวอย่างบทสนทนา

"หลังพัฒนาระบบ ได้กำหนดนโยบาย และทำแผนร่วมกันกับหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในตำบล โดยมีนโยบายที่กำหนดให้ประเด็นการฟื้นฟูผู้พิการเป็นวาระของตำบลในทุกเดือนจะมีการประชุม มีการกำหนดเป้าหมายในการส่งเสริมให้คนพิการในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ และได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมกับความพิการ และความจำเป็น โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง" (ปลัดอบต/สนทนากลุ่ม)

ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ

ในการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 6 ประการ ได้แก่

1. ปัจจัยด้านโครงสร้าง ระบบ และกลไก

การบริหารจัดการ ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลคนพิการ ร่วมกับการเสริมแรงบันดาลใจและพลังในการดำเนินการโดยชุมชน (motivate) จนเกิดเป็นปฏิกิริยาทางสังคม (Social interaction) และกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social movements) และนำไปสู่ความร่วมมือในการพัฒนาอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม ดังจะเห็นได้จากการที่ทุกภาคส่วนกำหนดให้การดูแลคนพิการเป็นหนึ่งในวาระที่สำคัญของอำเภอ และยินดีลงนามใน "บันทึกพินัยสัญญา" (MOU-Memorandum of Understanding) เป็นลายลักษณ์อักษร 2) การสร้างความพร้อมทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดำเนินการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมแบบเป็นหุ้นส่วน จนนำไปสู่ "ภาคีหุ้นส่วน" ที่มีความเข้มแข็ง ทั้งภายใน ภายนอกองค์กร 3) การให้ข้อมูล ข่าวสาร และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจน 4)การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ในระหว่างการพัฒนาครบวงจรตลอดเวลา 5)ระบบการส่งต่อในชุมชน เชื่อมโยงกันทุกภาคส่วนทุกมิติ ทั้งภาคประชาชนและภาครัฐ

2. ปัจจัยด้านบุคลากรและชุมชน

เป็นการสร้างความตระหนักในปัญหาความพิการและตระหนักในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สมาชิกในครอบครัวและชุมชนได้รับการพัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะด้านตามความต้องการผู้ประสานงาน (Coordinator) ที่มีคุณลักษณะของการเป็นผู้นำ จะทำให้สามารถเชื่อมต่อและประสานความร่วมมือ กับเครือข่ายการดูแลที่ชัดเจน ผู้นำในชุมชน ที่มีวิสัยทัศน์ ความตระหนักเห็นความสำคัญกับการพัฒนางานการดูแลคนพิการในพื้นที่ ทีมสุขภาพ ที่เป็นความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ

3. ปัจจัยด้านทรัพยากร

เน้นการระดมทุนส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานจากภายในชุมชนเป็นหลักอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง อีกทั้งยังสามารถรับการสนับสนุนจากภายนอกได้

4. ปัจจัยด้านการออกแบบกิจกรรมบริการ ต้องมีการเตรียมความพร้อม สร้างความตระหนักของทุกภาคส่วนในชุมชนก่อน การให้บริการ "แบบองค์รวม" เน้นตอบสนองปัญหาและความต้องการครอบคลุมทุกด้านของคนพิการ และครอบครัว มีการการประยุกต์องค์ความรู้ และข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานในการตัดสินใจ การจัดบริการต้องเป็นแบบบูรณาการในแนวราบและแนวตั้งต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและให้บริการแบบเชิงรุก

5. ปัจจัยด้านการจัดการความรู้ สนับสนุนและผลักดันให้ชุมชนเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม มีการการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ระหว่างอำเภอ และท้องถิ่น

6. ปัจจัยด้านแนวคิดการพัฒนา บนพื้นฐานการฟื้นฟูสภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีการสร้างความรู้ความเข้าใจในปัญหาความพิการและความตระหนักในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลคนพิการ การใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาของชุมชน และทรัพยากรในท้องถิ่นมาใช้ในการพัฒนาและฟื้นฟูคนพิการ การพัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะด้านให้แก่สมาชิกในชุมชน

อุปสรรคที่พึงระวัง

สิ่งที่ต้องพึงระวังไม่ให้เกิด เพราะจะเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานของระบบการดูแลคนพิการโดยครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน คือ การเตรียมความพร้อมน้อยในการแสดงบทบาทการขาดขวัญและกำลังใจของเครือข่ายจิตอาสาที่เนื่องจากภาระงาน ความเครียด และความเหน็ดเหนื่อยความสับสนในกรอบและแนวทางปฏิบัติในระบบการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงความไม่ชัดเจนและไม่เข้าใจในบทบาทของ

ภาคีหุ้นส่วน ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ขาดแคลนบุคลากรในทีมสุขภาพที่ทำงานอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ความไม่ทัดเทียมในการจ่ายค่าตอบแทน/ขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรในพื้นที่ ความไม่ต่อเนื่องของการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน ระดับความคาดหวังของคนพิการและครอบครัว การจัดบริการที่ไม่ส่งเสริมการพึ่งตนเองของคนพิการอย่างแท้จริง โดยสร้าง ความเคยชินของคนพิการในการรอรับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ ความไม่แน่นอนของการเมืองท้องถิ่นที่ส่งผลต่อการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ขาดความเชื่อมต่อของระบบข้อมูลสารสนเทศของแต่ละหน่วยงานในพื้นที่ และปรับฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน ตลอดจนการจัดทำตัวชี้วัดที่ชัดเจนตามความเป็นไปได้ของเป้าหมายสูงสุดแต่ละระยะของคนพิการแต่ละคน ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การช่วยเหลือตนเอง (Functional outcome) จิตสังคม (Psychosocial outcome) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2551-2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
2. สมศักดิ์ ชุมหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี; 2553.
3. คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ.2550-2554. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2550.

4. อโนชา ทัศนารนชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาหบบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2551.
5. วรณรัตน์ ลาวัง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก. วารสารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2549.
6. WHO, ILO, UNESCO. CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Joint position paper 2004. Geneva, Switaerland: WHO; 2004. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592389_eng.pdf.
7. Leach LR, Franks RG, Boumans DE, Farmers J. Family functioning, social support and depression after traumatic brain injury. *Brain Injury*. 1993;8(7): 599-606.
8. Stuart M, Benvenuti F, Macko R, Taviani A, Segenni L, Mayer F, et al. Community-based adaptive physical activity program for chronic stroke: Feasibility, safety, and efficacy of the empoli model. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2009;23(7):726-34.
9. WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report 2002. Available from: <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccglobalreport.pdf>.
10. รัชณี สรรเสริญ และคณะ. รายงานการวิจัย เรื่องสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการการดูแลคนพิการในชุมชน. จันทบุรี 2554.
11. Stringer ET. Action Research. 3rd, editor. Los Angeles: Sage; 2007.
12. Lee A. Seamless health care for chronic diseases in a dual health care system: managed care and the role of family physicians. *Journal of Management in Medicine*. 1998;12(6):398-402.
13. Wandersman A, Florin P, Friedmann R, Meier R. Who participates, who dose not, and why? An analysis of voluntary neighborhood associations in the United States and Israel. *Sociological Forum*. 1987;2:534 - 55.
14. Chilenski SM, Greenberg MT, Feinberg ME. Community readiness as a multidimensional construct. *Journal of Community Psychology*. 2007;35(3): 347 - 65.
15. Myers J. Cooperative Learning 1991. Available from: <http://www.city.londonmet.ac.uk/deliberations/collab.learning/panitz2.html>.