

การบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
ในสถานบริการปฐมภูมิ: บทเรียนจากประเทศไทย*

Integrating Community Based Rehabilitation

into Overall Primary Health Care: Lessons Learned from Thailand*

รัชณี สรรเสริญ Ph.D.(Nursing)**	Sunsern, R., Ph.D.**
เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ กศ.ค.***	Timsuwan., B., Ed.D.***
วรรณรัตน์ ลาวัจ พย.ม.****	Lawang, L., M.N.Sc.****
ยุวดี รอดจกภัย สด.*****	Rodjakpai, Y., Ph.D.*****
รจนา ปุณโณทก พย.ม.****	Punnotok, R., M.N.Sc.****
ชุตินันท์ นันทมิตร โอภาส พย.ม.*****	Chantanimit, C., M.N.Sc.*****

บทคัดย่อ

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการถือเป็นหนึ่งในภารกิจที่สำคัญในสถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เป็นที่ยอมรับและมีประสิทธิภาพ ที่ควรนำมาปฏิบัติ คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงพรรณานี้เพื่ออธิบายสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในประเทศไทย เก็บรวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสาร และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 137 ราย เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยบุคลากรทางสุขภาพจำนวน 36 รายจากโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่งและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 5 แห่ง คนพิการ 36 ราย ญาติผู้ดูแล 36 ราย ผู้นำของคนพิการ 7 ราย ผู้นำชุมชน 14 ราย และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 7 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

* ได้รับทุนสนับสนุนจากแผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

*** นายกษมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออก

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

***** Assistant Professor, Faculty of Public Health, Burapha University

***** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์

***** Instructor, Faculty of Nursing

ผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่จัดระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานดำเนินการปรับปรุงเครือข่ายการดูแลสุขภาพ และการให้บริการการส่งต่อทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันความพิการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิเริ่มดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงการบูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน เช่น การสนับสนุนทุน การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การระดมคนพิการ ครอบครัว และสมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความต้องการของคนพิการเป็นฐาน แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรทางสุขภาพยังได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ตลอดจนการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างจำกัดส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน มีบทบาทเป็นพันธมิตรและร่วมดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับปานกลาง ดังนั้น เพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญและลงทุนทั้งการส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย การสร้างความมั่นใจในระบบสนับสนุนการดำเนินงานการใช้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาความร่วมมืออย่างเป็นทางการระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ชุมชน คนพิการ และครอบครัวอย่างเป็นทางการ เพื่อเป็นการส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน คนพิการ สถานบริการปฐมภูมิ ประเทศไทย

Abstract

In primary care unit settings, rehabilitation services focusing on medical care for people with disabilities are less than optimal or simply do not exist. In trying to close the rehabilitation gap, community based rehabilitation (CBR) is considered one of the most practical and efficient rehabilitation approaches. The purpose of this descriptive research was to explore situations, problems and needs of community based rehabilitation at primary care unit in Thailand. Qualitative approach and documentation analysis were used as a guide for this study. The data were collected by focus group discussion, in-depth interviews and documentation analysis. The 136 samples were selected by purposive sampling including 36 health professionals from 7 community hospitals and ๕ primary care units, ๓๖ persons with disabilities, 36 family caregivers, and 7 leaders of disabled

people, 14 community leaders, and 7 representatives of sub-district. Content analysis was performed to analyze and validated by key informants and experts.

Most of primary care units tried to set up, improve primary health care network and offer referral services in medical and community based rehabilitation, and prevent disabilities. However, training CBR professionals, and providing facilities were limited. Most of primary care units just began to build-in activity related to community's involvement including integrating CBR program with community developmental plans; funding support, the rehabilitation needs of disabled people; utilizing community's resources; mobilizing disabled people, their family members and community members to participate in CBR program. Moreover, some stakeholders in the community played a moderate role as a community partner and work collaboratively in this program. In order to improve CBR in primary care unit, investment is required in a range of measures, including enhancing knowledge, developing skills, ensuring enabling support systems and making use of related networks and collaborations among health professionals and community partner and family in order to promote and improve quality of life of people with disabilities effectively.

Keywords: Community based rehabilitation, Disable people, Primary Health Care, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“คนพิการ” เป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งในสังคมไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีการประมาณการถึงจำนวนคนพิการที่แตกต่างกัน เช่น รายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี 2517 มีคนพิการประมาณร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.7 ในปี 2545 และเกือบร้อยละ 3 ในปี พ.ศ.2550 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ กว่า 1 แสนคน³ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ซึ่งปัญหานี้จะทวีความรุนแรงเป็นปัญหาสังคมในอนาคต และปัญหาครอบครัวในอีก 10.20 ปี ข้างหน้า หากไม่มีมาตรการรองรับปัญหาดังกล่าว² (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549)

จากสถิติการจดทะเบียนของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2549 มีคนพิการจดทะเบียนแล้วทั้งสิ้น 540,366 คน คิดเป็นร้อยละ 62.98 แสดงว่ามีคนพิการกว่าครึ่งที่ยังไม่ได้จดทะเบียนและยังไม่ได้รับการช่วยเหลือและพัฒนาข้อมูลคนพิการที่จดทะเบียนส่วนมาก อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด ร้อยละ 90 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า คนพิการวัยแรงงานกว่าครึ่งไม่มีงานทำ ทั้งนี้เนื่องจากมีสภาพความพิการมาก ไม่มีทักษะด้านอาชีพ ไม่มีวุฒิตามที่สถานประกอบการต้องการ และปัญหาสภาพแวดล้อมทางกายภาพไม่เอื้ออำนวย

ต่อการทำงาน ประการสำคัญเกือบร้อยละ 98 ของคนพิการจะมีปัญหาสุขภาพ และเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพอื่นๆ สูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 10 เท่า เนื่องจากข้อจำกัดในการดูแลความพิการ และช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จึงต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนจากรัฐบาล โดยส่วนใหญ่ต้องการदानการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และการมีงานทำ¹ (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550)

จากข้อมูลข้างต้นพบว่า แม่คนพิการจะเป็นเพียงคนกลุ่มเล็กๆ แต่ก็มีปัญหาความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพ อันเป็นสิทธิอันชอบธรรมตาม “อนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิคนพิการ” ที่เน้นการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเท่าเทียมกับคนปกติทั่วไปในสังคม ประเทศไทยจึงมีกฎหมายที่เป็นประโยชน์ต่อคนพิการคือ “พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550” เพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่พึงได้ตามสิทธิมนุษยชน และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับคนอื่น⁴ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2550) และกรอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554 ที่ระบุเป้าหมายอย่างชัดเจนให้คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ และการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่ด้วยความเสมอภาค ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค ด้วยการปฏิรูประบบบริหารจัดการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การสร้างความเข้มแข็งให้คนพิการ

องค์กรด้านคนพิการได้รับการยอมรับ และมีส่วนร่วมในสังคมเต็มที่และเสมอภาค ตลอดจนการส่งเสริมภาพแวดล้อม¹ (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550)

ดังนั้น ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จึงต้องสอดคล้องกับสิทธิ กฎหมาย และกรอบการพัฒนาข้างต้น เพื่อให้เกิดเป็นระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการที่พึงประสงค์เป็นองค์รวมต่อเนื่อง และบูรณาการเชื่อมโยงมิติต่างๆ มากที่สุด โดยเฉพาะระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ที่เป็นบริการด่านแรกใกล้ชิดกับคนพิการและครอบครัว ซึ่งถือว่ามีสำคัญที่สุด เพราะเป็นหน่วยงานที่สามารถสนองตอบต่อปัญหาความต้องการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของคนพิการ ครอบครัว และชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ริเริ่มและสนับสนุนให้ดำเนินงานตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน⁷ (Community-Based Rehabilitation: CBR) (World Health Organization, 2005) ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมด้านการฟื้นฟู การพัฒนาคนพิการโดยชุมชนเป็นผู้วางแผนดำเนินการและประเมินผลจากฐานความต้องการและสภาพเงื่อนไขภายในชุมชนนั้นๆ เปิดโอกาสให้คนพิการ ครอบครัวคนพิการ สมาชิกชุมชน ตลอดจนองค์กรหน่วยงานต่างๆ ทั้งนอกและในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกกิจกรรม โดยมีเป้าหมายให้คนพิการในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างเสมอภาค มี

ศักดิ์ศรีเท่าเทียมคนทั่วไปอย่างปกติสุข⁶ (World Health Organization, 2004)

ในการนี้จึงจำเป็นต้องมีการศึกษา โดยถอดบทเรียนการบูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน ภายใต้สถานการณ์ของระบบสุขภาพที่ดำเนินอยู่ซึ่งช่วยสะท้อนให้เข้าใจแนวคิดและวิธีการทำงานที่พัฒนาขึ้น จากการปรับเปลี่ยนเรียนรู้และกลยุทธ์ต่างๆ ในการทำงานจุดเด่น จุดด้อย และจุดที่ควรพัฒนา ซึ่งบทเรียนดังกล่าวจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะการพัฒนา ระบบ การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการที่สามารถสนองตอบปัญหา และความต้องการของคนพิการภายใต้การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และด้านสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่ออธิบายสถานการณ์ ปัญหาความต้องการฟื้นฟูสมรรถนะคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตลอดจนการถอดบทเรียนในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic conditions: ICC) และแนวคิดการฟื้นฟูคนพิการโดยชุมชน (Community-based rehabilitation: CBR) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นกรอบแนวคิดที่จะนำไปสู่การถอดบทเรียนการจัดระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการระดับปฐมภูมิ

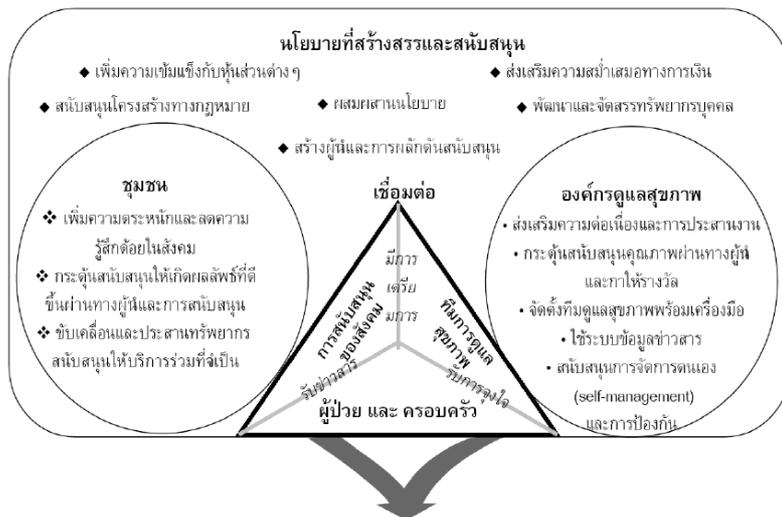
1. แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

องค์การอนามัยโลก⁷ (World Health Organization, 2002) ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง โดยกำหนดกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic conditions: ICC) ซึ่งกล่าวว่า การดูแลภาวะเรื้อรังนั้น จะมีการปฏิสัมพันธ์กัน (interaction) ภายในโครงสร้างโดยมีจุดศูนย์กลางอยู่ร่วมกัน (concentric structures) และมีระบบล้อมรอบ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเล็ก (micro system) ระบบกลาง (meso system) และระบบใหญ่ (macro system) โดยมีรายละเอียดดังนี้

จุดศูนย์กลางของการดูแล คือ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง (คนพิการ) ครอบครัว และสมาชิกของชุมชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรวมทั้งทีมสุขภาพ โดยล้อมรอบด้วยระบบเล็ก (micro system) ซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้พิการที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว สมาชิกของชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแล และทีมสุขภาพเกี่ยวกับการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ การเตรียมความพร้อมการมีส่วนร่วม และการได้รับการสนับสนุน ซึ่งระบบเล็กนี้จะเชื่อมโยงกับระบบกลาง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ หน่วยบริการด้านสุขภาพและชุมชน ระบบสุดท้ายคือ ระบบใหญ่ ซึ่งเป็นการกำหนดนโยบายที่เน้นการชี้แนะ กระตุ้นให้ตระหนักในการดูแลผู้พิการเรื้อรัง ควรมีนโยบายแบบบูรณาการทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และควบคุมภาวะเรื้อรังที่เชื่อมโยงกับโครงการอื่นๆ และหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ควรสนับสนุนนโยบายอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาและจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมปรับปรุงกฎหมาย

กฎระเบียบต่างๆที่เอื้อต่อการดูแลผู้พิการเรื้อรัง และพิทักษ์สิทธิของผู้พิการเรื้อรัง ตลอดจนสร้างพันธมิตรเครือข่ายแบบเป็นหุ้นส่วนใหญ่เข้มแข็ง เพื่อช่วยกัน พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้พิการเรื้อรัง การจัดการระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดของ ICCC การวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะถอดบทเรียนทั้ง 2 ระบบย่อย

คือ ระบบเล็กและระบบกลาง โดยมีคนพิการเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล และใช้หลักการของแนวคิด การฟื้นฟูคนพิการในชุมชน (CRB) เป็นแนวทางของการดำเนินการถอดบทเรียนที่นำไปสู่ผลลัพธ์ คือคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตอย่างอิสระ ซึ่งสรุปได้ดังแผนภูมิที่ 1



คุณภาพชีวิตของคนพิการและการดำรงชีวิตอย่างอิสระ

แผนภูมิที่ 1 : แนวคิดนวัตกรรมบริการดูแล ภาวะเรื้อรัง (WHO., 2002)

2. แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Rehabilitation: CBR) ริเริ่มมาจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี ค.ศ.1974 ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรม ด้านการฟื้นฟูการพัฒนาคนพิการโดยชุมชน เป็นผู้วางแผนดำเนินการและประเมินผลจากฐานความต้องการและสภาพเงื่อนไขภายในชุมชนนั้นๆ เปิดโอกาสให้คนพิการ ครอบครัวคนพิการ สมาชิกชุมชน ตลอดจนองค์กรหน่วยงานต่างๆ ทั้งนอกและในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกกิจกรรม การดำเนินงานทั้งหมด

ไม่มีการแยกงานโครงการเป็นเอกเทศ แต่มุ่งผสมผสาน ขยายงานและกิจกรรมเกี่ยวกับคนพิการที่ชุมชนปฏิบัติมาแต่เดิมเพื่อให้การฟื้นฟู และการป้องกันความพิการในชุมชนนั้น มีความเข้มแข็ง เป็นที่ยอมรับ และได้รับการสนับสนุนจากชุมชนมากยิ่งขึ้น โดยมีเป้าหมายให้คนพิการในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างเสมอภาค มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมคนทั่วไปอย่างปกติสุข⁶ (World Health Organization, 2004) ลักษณะสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีดังนี้ (WHO, 2004)

1. เป็นยุทธศาสตร์ “เชิงรุก” เข้าถึงคนพิการ ในชุมชน โดยคนพิการและครอบครัว ตลอดจนชุมชนต้องมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ซึ่งแตกต่างจากการบำบัดฟื้นฟูคนพิการ โดยระบบการรักษาพยาบาลในปัจจุบันที่อยู่ในลักษณะ “เชิงรับ”

2. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามความต้องการของชุมชน เน้นการค้นหาและพัฒนาศักยภาพของคนพิการ ครอบครัวและชุมชน โดยสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูทั้งในระดับการวางแผนและการดำเนินงาน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และมีการประสานงานกัน

3. แสวงหาและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาชาวบ้าน ความรู้เดิมของชุมชน เทคโนโลยีพื้นบ้าน และทรัพยากรในท้องถิ่น ที่มีอยู่แล้ว หรืออาจกล่าวว่าจะต้องใช้ทรัพยากร ที่มีอยู่ในชุมชนนั้นให้เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มากที่สุด ไม่พึ่งพิงทรัพยากรภายนอกมากนัก

4. ใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้องเหมาะสม และประหยัด

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่ออธิบายสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBR) ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อได้บทเรียน (Learning Lesson) การดำเนินงานในประเทศไทย จากสถานบริการระดับปฐมภูมิต้นแบบ 7 โรงพยาบาลครอบคลุม 6 พื้นที่ในภาคต่างๆ ของประเทศไทย ประกอบด้วย

โรงพยาบาลขลุง โรงพยาบาลบ้านตาก
โรงพยาบาลตากลี โรงพยาบาลภูกระดึง
โรงพยาบาลแม่เอย โรงพยาบาลสีชล และ
โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี โดยรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผ่านกระบวนการวิเคราะห์เอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มเฉพาะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

นิยามศัพท์

1. **คนพิการ (Disable person)** หมายถึง บุคคลทั้งหญิงและชายที่มีความผิดปกติ หรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ซึ่งกำหนดไว้ 5 ประเภท ดังนี้

- 1.1 คนพิการทางการมองเห็น
- 1.2 คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- 1.3 คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือการเคลื่อนไหวนอกเหนือ
- 1.4 คนพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม
- 1.5 คนพิการทางสติปัญญา หรือการเรียนรู้

2. **การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ** โดยชุมชนเป็นฐาน หมายถึง กระบวนการที่มีกิจกรรมเชื่อมโยงกับบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยบริการทุกส่วนในชุมชน โดยที่หน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพ การศึกษา สังคม และการฝึกอาชีพ เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพของคนพิการให้มีสมรรถภาพดีขึ้น และเสริมพลังอำนาจของคนพิการให้สามารถดำรงชีวิต โดยอิสระได้ในสังคมและอยู่ร่วมกับสังคมได้ในทุกมิติ โดยเน้นความสำคัญของการพัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกกิจกรรม ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ทั้งในด้านการป้องกัน และการฟื้นฟูความพิการ

3. สถานบริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการด้านสุขภาพที่จัดบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป ซึ่งแบ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลชุมชน

4. โรงพยาบาลชุมชน (Community Hospital) หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอหรือกิ่งอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไปจนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ปฏิบัติงานประจำ และเป็นสถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญา เพื่อการจัดบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หรือเรียกว่า Contracting Unit of Primary Care (CUP)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ที่เน้นการถอดบทเรียน เพื่ออธิบายสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการและการดำเนินงาน การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบทเรียนรู้ การดำเนินงานในประเทศไทย มีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. การระบุพื้นที่เป้าหมายที่ศึกษา (พื้นที่ต้นแบบ)

การเลือกพื้นที่เป้าหมายเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นสถานบริการที่ดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ ในภาพรวมกระจายครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศ และให้บริการครอบคลุมครบทุกประเภทความพิการมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- มีการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ หรือเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน
 - มีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน
 - มีความโดดเด่นในการดำเนินงาน
- วิธีการเลือกพื้นที่ต้นแบบ
- การสำรวจและค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและจากอินเทอร์เน็ต
 - การยืนยันข้อมูลจากหน่วยงานที่ดำเนินการด้าน ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยตรง เช่น สปสช. สสพ. เป็นต้น

- การบอกต่อ (Snowball sampling) ของ เครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้ จนได้ พื้นที่ต้นแบบจำนวน 7 โรงพยาบาล ครอบคลุม 6 พื้นที่ ดังนี้

- 1) พื้นที่ภาคเหนือ คือ โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่
- 2) พื้นที่ภาคใต้ คือ โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 3) พื้นที่ภาคตะวันออก คือ โรงพยาบาล ชลบุรี จังหวัดชลบุรี
- 4) พื้นที่ภาคตะวันตก คือ โรงพยาบาลบานตาก จังหวัดตาก
- 5) พื้นที่ภาคกลาง คือ โรงพยาบาล ตากสิน จังหวัดนครสวรรค์
- 6) พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ โรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย และ

7) โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชน มีลักษณะของการมีส่วนร่วมของพหุภาคี ซึ่งมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นจำนวนมาก การถอดบทเรียนครั้งนี้จึงกำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่สามารถเพื่อให้ข้อมูลเป็นจริงมากที่สุด ยอมรับได้ และครอบคลุมรายละเอียดในทุกมุมมอง เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเอกสาร ประกอบด้วย รายงานการวิจัย รายงานสรุปผลการดำเนินงาน เอกสารโครงการ แผน และรายงานที่เกี่ยวกับการจัดระบบ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้งหมดของสถานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ในพื้นที่ประกอบด้วย

1) ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบ 7 โรงพยาบาล

2) บุคคล ประกอบด้วย

2.1 บุคลากรทางสุขภาพเป็นหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้แทน และผู้ดำเนินงานร่วมดำเนินการในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยตรง จำนวน 36 ราย โดยเจาะจงเลือกผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน และสมบูรณ์

2.2 ประชาชนเป็นผู้รับบริการ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคนพิการ 36 ราย กลุ่มญาติผู้ดูแล 36 ราย กลุ่มแกนนำคนพิการ 7 ราย กลุ่มแกนนำ

ชุมชน 14 ราย และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 7 ราย ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การจัดบริการของสถานบริการ โดยการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบรวบรวมข้อมูลเอกสาร การดำเนินงาน และผลการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของโรงพยาบาลชุมชน

2) แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปและการบริการฟื้นฟู สมรรถภาพ คนพิการของโรงพยาบาลชุมชน

3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ญาติผู้ดูแลและคนพิการ

4) แนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ญาติผู้ดูแลและคนพิการ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative method)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และสรุปประเด็นสำคัญ จากขอคนพบที่ได้จากการศึกษา

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์คนพิการในพื้นที่ต้นแบบ

จากผลการวิจัยพบว่า พื้นที่ต้นแบบมีคนพิการอยู่ในช่วงร้อยละ 7-8 ของประชากรทั้งหมด เมื่อพิจารณาตามความพิการในภาพรวมพบว่า มีคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุด (ร้อยละ 53.8) รองลงมาเป็นคน

สติปัญญาและการเรียนรู้ (ร้อยละ 14.7) ด่านการมองเห็น (ร้อยละ 11.7) ด่านการได้ยินและการสื่อความหมาย (ร้อยละ 10.3) และด่านจิตใจและพฤติกรรม (ร้อยละ 9.4) ตามลำดับ โดยประมาณ 1 ใน 20 ของคนพิการ (ร้อยละ 4.8) มีความพิการซ้ำซ้อน

2. การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในพื้นที่ต้นแบบ

2.1 หน่วยบริการระดับปฐมภูมิพื้นที่ต้นแบบ ส่วนใหญ่พยายามจัดระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งผู้บริหารมีส่วนสำคัญยิ่งในการสนับสนุนและผลักดันให้งานด้านคนพิการเด่นชัดเป็นรูปธรรม โดยเป้าหมายการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ “มองคนพิการเป็นจุดศูนย์กลางการพัฒนา” ซึ่งลักษณะการดำเนินงานฟื้นฟูจะบูรณาการงานเข้ากับงานประจำควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ดังนี้

1. กำหนดนโยบายและแผนงานที่ระบุกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจน
2. ระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบงานคนพิการโดยตรง (งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนงานการพยาบาลกายภาพบำบัด)
3. จัดตั้งทีมสุขภาพเป็นสหสาขาวิชาชีพ และสามารถทำงานได้จริง (จำนวนและสาขาวิชาชีพขึ้นกับผู้บริหารและวัฒนธรรมองค์กร)
4. การออกแบบบริการส่วนใหญ่ยึดหลัก “การดูแลแบบองค์รวม” เน้นบริการเชิงรุก โดยพยายามให้คนพิการแต่ละราย และครอบครัวมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายการพัฒนา

ศักยภาพสูงสุด (Mutual goal) เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการ ของคนพิการและครอบครัวอย่างแท้จริง อีกทั้งในการดำเนินงานยังใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ และประยุกต์องค์ความรู้เป็นฐานการดำเนินงาน เช่น เวชปฏิบัติปฐมภูมิโดยใช้บริบทของชุมชน (Community - Oriented Primary Care) ผู้จัดการครอบครัว (Family manager) การบริหารแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน (Participatory management) และการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)

2.2 หน่วยบริการระดับปฐมภูมิต้นแบบ มีการปรับปรุงเครือข่ายการดูแล สุขภาพ และการให้บริการการส่งต่อทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และการป้องกันความพิการ ดังนี้

1. การเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลส่วนใหญ่ยังเป็นการส่งต่อ และประสานความร่วมมือ ซึ่งยังก้าวไม่ถึง “การบูรณาการเครือข่าย” ที่ชัดเจนในทุกระดับ (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอที่เข้มแข็งเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันการบูรณาการงาน) “พยาบาล และ นักกายภาพ” ส่วนใหญ่จะเป็น “ผู้ประสานเครือข่าย”
2. ระบบข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลต้นแบบดำเนินการรวบรวมบันทึกและจัดเก็บข้อมูลคนพิการ ทั้งทางเอกสาร และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แต่ยังคงขาดระบบการจัดเก็บที่ครบวงจร (ขาดการติดตามผลการเปลี่ยนแปลง และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้วางแผน การดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม)
3. การจัดการความรู้ (KM) เป็นกลวิธีที่ทุกโรงพยาบาลพยายามใช้ในการสร้าง

การเรียนรู้ ซึ่งทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงานได้ชัดเจน

4. การประเมินผล การวัดความสำเร็จการดำเนินงานส่วนใหญ่ จากจำนวนครั้ง และจำนวนคนที่ให้บริการ แต่ยังไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดเกณฑ์และเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรม

2.3 หน่วยบริการปฐมภูมิต้นแบบได้เริ่มดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยการสร้างกระแสกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความตระหนัก เตรียมความพร้อมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงพยายามบูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน ตัวอย่างเช่น การสนับสนุนทุน การให้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และการระดมคนพิการ ครอบครัว และสมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น ซึ่งถือเป็น การระดมทุนสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งทุนทางสังคม ทุนทางปัญญา และทุนทางเศรษฐกิจ ทั้งภายในโรงพยาบาลและจากภาคีที่เกี่ยวข้อง

3. ภาวทัศน์ส่วนการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในพื้นที่ต้นแบบ

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มบุคคล 3 กลุ่มที่เป็นหุ้นส่วนสำคัญในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 1) คนพิการและครอบครัว 2) ชุมชน และ 3) ทีมสุขภาพเชิงรุก

3.1 คนพิการและครอบครัว

3.1.1 คนพิการส่วนใหญ่ คน

พิการที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เสริมความรู้และทักษะจำเป็น เช่น การรักษาป้องกัน และจัดการกับอาการแสดง เพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จะมีพลังความสามารถ ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพตนเอง แต่ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรทำให้ไม่ครอบคลุมคนพิการทุกคน อีกทั้งคนพิการบางส่วน ยังมีเจตคติและความเคยชินกับการต้องได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐเป็นหลัก

3.1.2 ผู้ดูแลคนพิการและครอบครัวผู้ดูแล หรือครอบครัวที่ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การสนับสนุนทางสังคม โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็น ประกอบกับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้ผู้ดูแล และครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาดูแลคนพิการได้ แต่อยู่ในระยะของการเริ่มต้น ดำเนินการยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่จะประสบกับปัญหาภาระการดูแลที่มาก ความเครียด และปัญหาสุขภาพของตนเอง

3.2 ชุมชน

3.2.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มตระหนัก ถึงความสำคัญเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แต่ยังไม่เข้าใจในบทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพที่แท้จริง ส่วนใหญ่จึงไม่มีการกำหนดนโยบายการจัดทำแผนงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ชัดเจน ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานเฉพาะการสนับสนุนเงินช่วยเหลือผู้พิการตามที่กฎหมายกำหนดการให้ความร่วมมือสนับสนุนทรัพยากร ในกิจกรรม

การส่งเสริมสุขภาพ การประเมินความเสี่ยง การป้องกันความพิการ และการอบรมอาสาสมัคร ผู้ดูแลคนพิการ ตามที่หน่วยบริการสุขภาพ ร้องขอ แต่ทั้งนี้การเมืองท้องถิ่นยังส่งผลต่อการ จัดกิจกรรม เช่น ช่วงการเปลี่ยนแปลงผู้นำ ทำให้การดำเนินงานไม่ยั่งยืน

3.2.2 องค์กรอื่นในชุมชน
สมาคม มูลนิธิองค์กรคนพิการ และองค์กร เอกชน มีส่วนช่วยขับเคลื่อนระดมและสนับสนุน ด้านทรัพยากร ทั้งนี้ความร่วมมือจะสัมพันธ์ กับบทบาท และทำทีของหน่วยบริการสุขภาพ เป็นหลัก

3.3 ทีมสุขภาพเชิงรุก

บุคลากรทางสุขภาพและอาสาสมัคร สาธารณสุขถือเป็นบุคคลที่ขับเคลื่อนและผลักดัน การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในนามทีมสุขภาพ เชิงรุก ในพื้นที่ต้นแบบพยายามผลักดันให้ทีม สุขภาพเป็นสหสาขาวิชาชีพ โดยส่วนใหญ่ แกนหลักของการบริหารจัดการและประสาน- งานคือพยาบาล และนักกายภาพบำบัด แต่ทั้งนี้ ก็มีบุคลากรส่วนอื่นเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง อาทิ แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู เป็นต้น ทีมสุขภาพเชิงรุกทุกคนถูกกระตุ้นเตือนให้มี จิตบริการ โดยเน้นแบบองค์รวม เพื่อให้มี คุณลักษณะที่เหมาะสม โดยส่วนใหญ่ทีมดูแล สุขภาพคนพิการ จะได้รับการเตรียมความพร้อม และเสริมความรู้ความสามารถอย่างเป็นระบบ ตัวอย่าง เช่น โรงพยาบาลส่งบุคลากรสุขภาพ ไปอบรมจากผู้ชำนาญการ กลับมาอบรมบุคลากร ในหน่วยบริการลูกข่าย และอาสาสมัครในพื้นที่ ตามลำดับ

ทั้งนี้การฝึกอบรมยังไม่ครอบคลุม ทุกคน ยังขาดบุคลากรที่มีความชำนาญทางการ ดูแลคนพิการครอบคลุมทุกประเภท และยังมี ความสับสนเกี่ยวกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถ- ภาพ โดยชุมชนเป็นฐาน ประกอบกับอัตราค่าจ้าง ที่ยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับปริมาณงานที่แบกรับ ใช้งาน ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและงานอื่นๆ

บทเรียนที่ได้จากการวิจัย

1. เจ็อนใจแห่งความสำเร็จ

การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานของสถานบริการ ระดับปฐมภูมิมิมีเจ็อนใจความสำเร็จ ๖ ประการ ดังนี้

1. เจ็อนใจโครงสร้างระบบ และ กลไกการบริหารจัดการ

- ผู้นำมีความตระหนักเห็นความ สำคัญกับการพัฒนางานอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง
- กำหนดนโยบายและแผนเป็น ลายลักษณ์อักษร โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อ เท็จจริงหลักฐานที่เชื่อถือได้ และกระบวนการ จัดทำอย่างมีส่วนร่วม

- เผยแพร่ และชักจูงให้บุคลากร ดำเนินงานตามรูปแบบการจัดบริการฟื้นฟู สมรรถภาพของคนพิการ

- จัดสรรหน่วยงานหลักและ ทีม สุขภาพที่เป็นสหสาขาวิชาชีพรับผิดชอบงานคน พิการโดยตรง โดยกำหนดขอบเขต และกลไก การทำงานอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม

- พัฒนาบุคลากรเฉพาะทาง อย่างเป็นระบบ ชัดเจน และต่อเนื่อง

- ทำงานเป็นเครือข่ายสุขภาพ แบบหุ้นส่วนที่เข้มแข็ง ทั้งภายในภายนอก องค์กร

- ระดมทุนส่งเสริมและสนับสนุนจากภายใน และภายนอกอย่างสม่ำเสมอ

- พัฒนาวัฒนธรรมองค์กรที่นำไปสู่การสร้างความเข้มแข็งเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และมีความเข้มแข็งเป็นแบบอย่างของการพัฒนา

2. เสนอแนะการจัดการระบบบริการ

- ให้บริการ “แบบองค์รวม” เน้นตอบสนองปัญหาและความต้องการของคนพิการ ครอบครัว และชุมชนเป็นหลัก

- ประยุกต์องค์ความรู้ และข้อมูลเชิงประจักษ์นำมาเป็นฐานในการตัดสินใจพิจารณาออกแบบ และปรับกิจกรรมบริการ

- ให้บริการแบบบูรณาการในแนวราบ และแนวตั้งต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน

- เน้นการบริการแบบเชิงรุก โดยคนพิการและครอบครัว

- พึงกษสิทธิ์ให้คนพิการได้รับประโยชน์ตามสิทธิประโยชน์

- จัดให้มีรูปแบบการบริการทางเลือกที่หลากหลาย ทั้งใน และนอกสถานบริการ

3. เสนอแนะการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลของภาคีหุ้นส่วน

- สร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลคนพิการ

- สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจนในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยให้ชุมชนเป็นฐาน (CBR) ให้กับภาคีเครือข่าย

- เชื่อมต่อ (Connecting) และประสานความร่วมมือ (Coordination) กับเครือข่ายการดูแลที่ชัดเจน

- ผลักดันให้งานด้านคนพิการเป็นหนึ่งในวาระที่สำคัญของระดับอำเภอ

- สนับสนุนภายในชุมชน ให้จัดการ หรือป้องกันภาวะเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

4. เสนอแนะการจัดการระบบสารสนเทศ

- มีระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างครบวงจร ที่สามารถติดตามผลการเปลี่ยนแปลง และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาวางแผน อย่างเป็นรูปธรรม

- ปรับฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน

5. เสนอแนะการจัดการความรู้

- จัดให้มีกระบวนการจัดการความรู้ที่เป็นระบบในองค์กร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานอย่างชัดเจน

- สนับสนุนและผลักดันให้ชุมชนเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม

- ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ระหว่างอำเภอ และท้องถิ่น

6. เสนอแนะการประเมินคุณภาพบริการ

- ควรมีการประเมินตนเองโดยทีมงานเพื่อวิเคราะห์หาจุดเด่น จุดด้อย และนำมาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น

- ควรมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน ตามความเป็นไปได้ของเป้าหมายสูงสุด แต่ระยะของ คนพิการแต่ละคน ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ การช่วยเหลือตนเอง จิตสังคม เป็นต้น

เงื่อนไขที่พึงระวัง

การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐานของสถานบริการระดับปฐมภูมิมีเงื่อนไขที่ต้องพิจารณา 9 ประการดังนี้

1. ความสับสนในกรอบและแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของบุคลากรสุขภาพ
2. การบริหารกำลังคนและการขาดแคลนบุคลากรที่มีคุณลักษณะที่ มีความรู้ และทักษะเฉพาะทาง
3. ความไม่ทัดเทียมในการจ่ายค่าตอบแทน และขวัญกำลังใจแก่ทีมสุขภาพ
4. ความไม่ต่อเนื่องของการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน
5. การจัดบริการที่ไม่ส่งเสริมการพึ่งตนเองของคนพิการอย่างแท้จริง
6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เข้าใจในบทบาทการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างชัดเจน
7. ความไม่แน่นอนของการเมืองท้องถิ่น
8. ความเคยชินของคนพิการและครอบครัวกับการรอรับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ
9. ความไม่เท่าเทียมกันในการช่วยเหลือคนพิการแต่ละประเภท

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับองค์กรระดับท้องถิ่น

1.1 ควรมีการเตรียมความพร้อมบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ใน

การดูแลคนพิการการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

1.2 ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลคนพิการ และเห็นความสำคัญของการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

1.3 กำหนดระบบและกลไกการเชื่อมต่อและประสานความร่วมมือ ของเครือข่ายการดูแลที่ชัดเจน

1.4 ผลักดันให้งานด้านคนพิการเป็นหนึ่งในวาระที่สำคัญของระดับอำเภอ ตำบล

1.5 สนับสนุนชุมชนให้จัดการหรือป้องกันภาวะเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับองค์กรระดับประเทศ

2.1 ด้านนโยบาย ควรกำหนดนโยบายข้อบัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีส่วนร่วมที่ชัดเจนในการดูแลคนพิการผสมผสานนโยบาย ให้เกิดหุ้นส่วนที่เข้มแข็ง

2.2 ด้านงบประมาณ ควรสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอในการดำเนินงาน และต่อเนื่อง

2.3 ด้านบุคลากร ควรมีการเตรียมบุคลากร ในการทำงานทั้งด้านจำนวนให้เพียงพอ และพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลคนพิการอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยให้บริการในพื้นที่

3.1 ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่เป็นเป้าหมายสูงสุดแต่ละระยะของคนพิการแต่ละคน ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

3.2 ควรมีการประเมินตนเอง โดยทีมงาน เพื่อวิเคราะห์หาจุดเด่น จุดด้อย และนำมาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (๒๕๕๐). **แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๐ – ๒๕๕๔**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๔๘). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๑). **รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ.๒๕๕๑**. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
4. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (๒๕๕๐). **พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐**.
5. World Health Organization. (๒๐๐๒). **Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report**. Geneva: The World Health Organization.
6. World Health Organization. (๒๐๐๔). **CBR : a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities**. Geneva: The World Health Organization.
7. World Health Organization. (๒๐๐๕) **Disability and Rehabilitation WHO Action Plan ๒๐๐๖ –๒๐๑๑**. Assessed from http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_๒๐๐๖to๒๐๑๑.pdf