

การพัฒนา รูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชน แบบเป็นหุ้นส่วน : กระบวนการ WE CAN DO by TIM

รัชณี สรรเสริญ Ph.D. * จิรพรรณ โพธิ์ทอง MSN ** สมพร รักความสุข MSN ***
วรรณรัตน์ ลาวัง MSN**** เบลญจวรรณ ทิมสุวรรณ*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการและผลการพัฒนา รูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ที่เลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย คนพิการกับญาติผู้ดูแล จำนวน 25 คู่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านคนพิการ ได้แก่ พยาบาลชุมชน 3 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน ผู้นำชุมชน 5 คนและ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 6 คน เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน ประชาชนที่เป็นจิตอาสา 10 คน ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาที่ 1 เป็นระยะของการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการในชุมชนเบื้องต้น ระยะเวลาที่ 2 เป็นระยะพัฒนา รูปแบบภาคีเครือข่าย การดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ วิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา ได้รูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วนที่เป็นรูปธรรม มีข้อค้นพบที่สำคัญคือ กระบวนการ WE CAN DO by TIM ที่ใช้ในการพัฒนาเครือข่าย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน 3 คุณลักษณะ คือ 1) การสร้างความตั้งใจ มุ่งมั่น และความร่วมมือในการดูแลคนพิการ (W-Willing) 2) การร่วมค้นหา มองและสะท้อนปัญหา ความต้องการ (E-Exploration) 3) การรวมพลังร่วมคิด เพื่อการพัฒนา (C-Cognition) 4) การร่วมปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลที่พึงประสงค์ (A-Acting) 5) การร่วมประเมินและให้ข้อสังเกตการปฏิบัติ (N-Notice) 6) การร่วมแสวงหาและพัฒนาต่อ (D-Decoration) และ 7) การสร้างความโดดเด่น ความต่อเนื่องและ ความยั่งยืนด้วยการเพิ่มพลัง (O-outstanding) โดยภาคีเครือข่าย จะมีคุณลักษณะเด่น 3 คุณลักษณะ คือ 1) ทำงานเป็นทีมที่ชัดเจน (T-Team approach) 2) มีแรงบันดาลใจในการดูแลคนพิการ (I-Inspiration) และ 3) มีความรู้สึกร่วมในการทำเพื่อมวลมนุษยชาติ (M-Mankind) สำหรับผลการพัฒนา รูปแบบครั้งนี้พบว่าคนพิการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ญาติผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลน้อยลง ภาคีเครือข่ายมีการรับรู้พลังอำนาจและมีความเข้มแข็ง ในการทำงานของกลุ่มเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาพบว่ากระบวนการ WE CAN DO by TIM เป็นกลวิธีที่สำคัญในการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่ายในการดูแลคนพิการในชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลชุมชนและบุคลากร ด้านสุขภาพสามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้เพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลคนพิการ

คำสำคัญ: รูปแบบการสร้างภาคีเครือข่าย คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว การดูแลคนพิการในชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

* รองศาสตราจารย์ ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

** อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

*** อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

**** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Development of Partnership Networking for Caring People with Physical Disability in the Community: WE CAN DO by TIM Process

Rachanee Sunsern Ph.D. * Jirapun Photong MSN **

Sompron Rakkoamsuk MSN *** Wannarat Lawang MSN****

Benjawan timsuwan****

Abstract

The purposes of this study, the participatory community – based action research, were to explore the process and the effects of partnership networking development for caring people with physical disability in the community. Twenty-five pairs of people with physical disability and family caregivers, three community nurses, one physiotherapist, five community leaders, six community leaders, two local authority officers, and ten village health volunteers were selected by purposive sampling to participate in the study. The research process composed of 2 phases including 1) establishment of initial networking for caring people with physical disability model and 2) development of partnership networking model. Focus group, in-depth interview, participatory and non-participatory observation methods were used to collect the data. Descriptive statistics and content analysis method were performed to analyze the data.

The findings of the study revealed that the “ WE CAN DO by TIM” was the significant process influencing on successful partnership networking for caring people with physical disability model development. This process composed of 7 stages: 1) W: creating of networking members’ willingness, 2).E: co-exploring situation needs and problems, 3). C: sharing ideas for development, 4). A: acting together following the model, 5) N: co-evaluating and exploring the notices, 6) D: co-seeking and decorating the model, and 7) O: creating outstanding unique of the model and continuing for sustainability. In addition, networking members’ characteristics were 1) T: effective team approach, 2) I: networking members’ inspiration, and 3) M: acting goal for mankind. The partnership networking for caring people with physical disability model development affected 1) people with physical disability on increasing quality of life, 2) caregivers on perceiving less burden and enhancing empowerment, and members of network on perceived high empowerment and strengthening networking system.

The findings suggest that the ” WE CAN DO by TIM” process is essential strategy to establish the partnership networking for caring people with disability in the community. Furthermore, this model may be a beneficial intervention for community nurses and health teams to apply in practice in order to provide a greater impact on enhancing positive care outcomes for people with disability at home.

Keywords : Partnership networking model, People with physical disability, Participatory community – based action research, Caring for people with disability in the community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

“คนพิการ” เป็นบุคคลสำคัญกลุ่มหนึ่งในสังคมไทยที่กำลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี 2517 มีคนพิการประมาณร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 1.7 ในปี 2545 และเกือบร้อยละ 3 ในปี 2550 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละกว่า 1 แสนคน¹ สาเหตุของความพิการมีหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่ไม่เหมาะสม ทั้งการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย จนเป็นบ่อเกิดของความอ้วนและโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ที่ส่งผลให้เกิดความพิการตามมา สาเหตุอีกประการหนึ่ง คืออุบัติเหตุ จนที่ส่งผลให้เกิดความพิการตามมา และในปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มจาก 1.5 ล้านคน เมื่อปี พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ 7.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2551 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคน² ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่อวัยวะต่างๆ มีความเสื่อมทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและความพิการตามมาได้ง่าย ปัญหาเหล่านี้ทำให้เกิดความพิการกับกลุ่มประชาชนทุกวัยได้ และทวีความรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อตัวคนพิการเอง ครอบครัว และสังคมในอนาคต

ปัจจุบันรัฐมีนโยบายให้คนพิการได้รับการดูแลที่บ้าน โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ทั้งนี้เพื่อให้คนพิการได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยในชุมชน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล และเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงเพื่อรับผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาล เป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน คือ ให้คนพิการได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมภายในครอบครัวที่อบอุ่น

และมีศักยภาพในการดูแลอย่างเพียงพอ และชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้สภาพแวดล้อมในบริบทของท้องถิ่น เพื่อให้คนพิการสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ และมีความสุขตามอัตภาพ³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแล คนพิการเป็นภารกิจยาวนานที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบ บางครั้งอาจเป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความพยายามอย่างต่อเนื่อง และปรับตัวตอบสนองหน้าที่ของตนเอง หากไม่สามารถปรับบทบาทหรือ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้ จะทำให้เกิดผลกระทบต่อคนพิการ กล่าวคือ คนพิการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เกิดความพิการซ้ำซ้อน หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร จากการศึกษาทั้งในประเทศ และต่างประเทศพบว่า ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน มีความสำคัญมากต่อการพัฒนา คุณภาพชีวิตของคนพิการ^{4,5} เนื่องจากการดูแล/ช่วยเหลือ/ส่งเสริมและสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชนจะทำให้สุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางจิตวิญญาณ และทางสังคมดีขึ้น^{6,7} หากไม่ได้รับการดูแลดังกล่าว จะทำให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตไม่ดีตามมา อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวเกิดความเครียด มีปัญหาสุขภาพทั้งองค์รวม ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของสมาชิกครอบครัวตามมา⁷⁻⁹

การสร้างกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อการดูแลคนพิการ เป็นกลวิธีหนึ่งที่สำคัญในการสนับสนุนให้คนพิการและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 ที่เน้นให้บุคลากรด้านสุขภาพแสดงบทบาทเชิงรุกที่ชัดเจน โดยการสร้างและพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายช่วยเหลือกันในชุมชน¹⁰ ซึ่งการทำงานในภารกิจปัจจุบันนี้จะคงอยู่หนึ่งหรือคงรูปแบบการทำงานที่มีทั้งคุณภาพและปริมาณ

เท่าเดิม นั่นไม่ได้ เพราะจะเป็นการทำงานที่ล่าช้ากว่าปัญหา ที่ก่อตัวขึ้นอยู่ทุกวันดังนั้น กระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่เพิ่มขึ้น จึงไม่อาจสำเร็จได้ด้วยความรู้ ความสามารถของคนเพียงคนเดียวถึงแม้บุคคลนั้นจะมีความสามารถที่หลากหลายรอบด้านก็ตาม เพราะสภาพปัญหาเรื่องหนึ่งๆ จะกระทบและเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่ายหลายเรื่อง จึงควรมีการบูรณาการองค์ความรู้จากผู้ปฏิบัติงานหรือผู้รู้หลายกลุ่ม เป็นทีมเป็นเครือข่ายการทำงานร่วม เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายที่สูงขึ้น พาณิช¹¹ ได้กล่าวว่าการทำงานเป็นทีมที่มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นการเรียนรู้ที่มีสัมฤทธิ์ผลที่สูงกว่าการทำงานคนเดียว เนื่องจากการเรียนรู้ร่วมกันมีการแลกเปลี่ยนแนวความคิดประสบการณ์ในกลุ่มเล็กๆ ที่มีความสนใจร่วมกัน ทุกคนมีโอกาสในการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับผิดชอบในการเรียนรู้ของกลุ่ม และส่งเสริมการคิดเชิงวิพากษ์ ทุกคนมีความรับผิดชอบ โดยไม่มีการแข่งขันกันในการทำงานกลุ่ม เกิดเป็นพลังกลุ่มที่ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ แก้ปัญหา และตัดสินใจในฐานะเป็นทีมหนึ่ง มีทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

การเรียนรู้ร่วมกัน เป็นกระบวนการที่สมาชิกทุกคน ในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันและมีโครงสร้างการทำงานของแต่ละคนที่ถูกออกแบบมาให้เอื้ออำนวย ต่อความสำเร็จให้ได้ตามเป้าหมายร่วมกัน โดยทุกคนจะต้องเคารพในสิทธิและความโดดเด่นในความ สามารถของสมาชิกแต่ละคน และสมาชิกแต่ละคนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามส่วน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ยอมรับ ในหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิก โดยผ่านความร่วมมือกันและเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความสำเร็จตาม

เป้าหมายในการทำงาน นอกจากจะช่วยให้บรรลุผลได้ครบตามจำนวนผลผลิตที่ตั้งไว้แล้ว ประโยชน์ของการเรียนรู้ร่วมกันยังช่วยสร้างความเข้าใจระหว่างกันในกลุ่มมากขึ้น จึงเป็นแหล่งความรู้และประสบการณ์ร่วมกัน มีการสะท้อนข้อมูลอย่างสร้างสรรค์ กระตุ้นให้คิด ได้มุมมองใหม่ๆ มีการยอมรับ และให้อารมณ์ในบรรยากาศที่เป็นกันเองมาก ช่วยให้การแก้ปัญหาง่ายขึ้น ทำให้ทำงานสนุก สร้างความรับผิดชอบต่อตนเอง และกลุ่ม¹²

การสร้างภาคีเครือข่ายจึงเป็นการเรียนรู้ร่วมกันในการทำงาน ลักษณะเป็นเครือข่าย ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ของกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิด และทรัพยากรระหว่างกัน ตามความสมัครใจมีการช่วยเหลือกัน มีการติดต่อสื่อสารถึงกันสม่ำเสมอ แต่ไม่มีการบังคับบัญชาสั่งการ ไม่มีโครงสร้างอำนาจเนื่องจากมีแนวคิดคล้ายคลึงกันมีความสนใจหรือทำงานในเรื่องประเภทเดียวกัน ซึ่งเป็นการระดมพลังร่วมของกลุ่มหรือองค์กรได้เป็นอย่างดี จึงกล่าวได้ว่าการเรียนรู้ร่วมกันเป็นกุญแจสำคัญในการทำให้บุคคล และกลุ่มคนปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ที่ต่างไปจากเดิมได้และกลายเป็นความเชี่ยวชาญ ในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง โดยที่การเรียนรู้แบบ นี้จะมีพลังมากกว่าการเรียนรู้แบบรายบุคคล

ดังนั้น รูปแบบการดูแลสุขภาพคนพิการ ในชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในลักษณะภาคีเครือข่ายการดูแลจึงมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับสิทธิ กฎหมาย และกรอบการพัฒนาที่สำคัญคือ มีลักษณะเป็นองค์รวมผสมผสานครอบคลุมทุกมิติการดูแล (การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ) และต่อเนื่อง เชื่อมโยง กล่าวคือ มีการแบ่งความรับผิดชอบ

และเชื่อมโยงบทบาทระหว่าง ครอบครัว ชุมชน สถานบริการแต่ละระดับ ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ อย่างชัดเจน ซึ่ง เป็นการประกันว่า คนพิการจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ อันจะนำมาไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชนตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการดูแลคนพิการ โดยชุมชนที่ครบวงจรยังมีน้อย เช่น จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการออกกำลังกาย โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน แต่ผู้เข้าร่วมจะมีเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต ครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง และผู้มีหน้าที่ด้านสุขภาพในท้องถิ่น (Gym Instructors) เท่านั้น ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ที่เกี่ยวข้อง

การสร้างกลุ่มภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชน จะประสบความสำเร็จได้นั้น กลุ่มภาคีเครือข่ายต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการกลุ่ม การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (participatory community based action research) เป็นกระบวนการหนึ่ง ที่ช่วยส่งเสริมบทบาทการสนับสนุนกันในกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายได้ ช่วยให้เกิดกลุ่มบุคคลได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เสริมสร้างความสามารถของ บุคคลในการค้นหาปัญหาและความต้องการ มีความเข้าใจในสถานการณ์และปัญหาที่กำลังเผชิญ สามารถแก้ไขปัญหามองปัญหาที่เหมาะสมได้ อีกทั้งสามารถเสริมสร้างพลังให้เกิดขึ้นในตนเองได้¹³

ดังนั้นการสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชน ได้ร่วมกันหากลวิธีช่วยเหลือคนพิการอย่างเป็นระบบโดยอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจ เจตคติ สังคม และวัฒนธรรมของชุมชนในบริบทนั้นๆจึงมีความสำคัญและจำเป็นมาก

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งสร้างและพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชน แบบเป็นหุ้นส่วนผ่าน กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ อื่นๆที่ปฏิบัติงานในชุมชนจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลคนพิการในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีแหล่งแลกเปลี่ยน ความรู้ ข่าวสาร ประสบการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ ซึ่งจะทำให้สมาชิกของกลุ่มเกิดเครือข่ายที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถพัฒนาความเข้มแข็งด้วยตนเอง มีศักยภาพ มีการเรียนรู้ สามารถวิเคราะห์ และกำหนดแนวทางการพัฒนาการดูแลคนพิการด้วยตนเองได้ นำไปสู่การสนองตอบปัญหา ความต้องการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพคนพิการ ครอบครัว และชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ อันจะก่อให้เกิดองค์ความรู้ที่สำคัญ นำไปใช้ในการจัดการความรู้ และผลักดันนโยบายการดูแลคนพิการต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย : เพื่อศึกษา

1. กระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

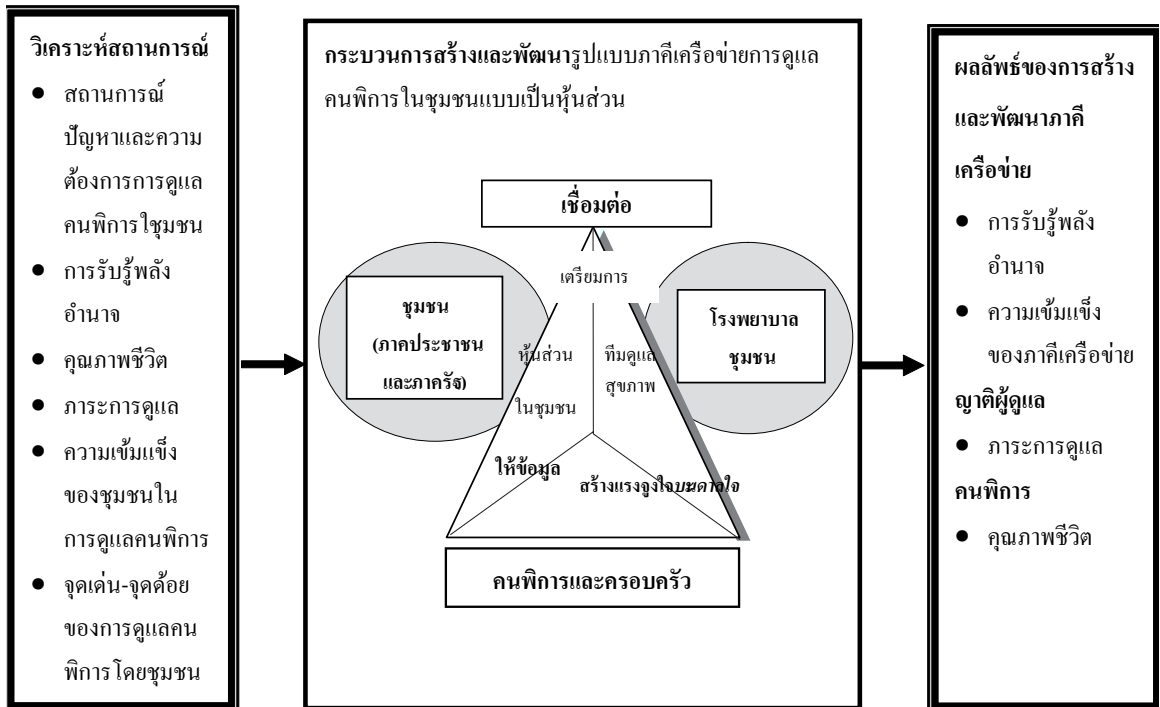
2. ผลของการสร้างและพัฒนาภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดนวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรัง เป็นแนวคิดเริ่มต้นในการพัฒนารูปแบบ ภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการใน ชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วนที่เน้นระบบเล็กที่มีจุดศูนย์กลางของการดูแล คือ คนพิการ และญาติผู้ดูแล และมีการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิก

ของชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแล และ ทีมสุขภาพ ที่ให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ การเตรียมความพร้อม การมีส่วนร่วม และการ ได้รับการสนับสนุน ระบบเล็กนี้จะเชื่อมโยงกับ ระบบกลาง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ หน่วยบริการด้านสุขภาพและชุมชน หลังจากนั้น นำหลักการของแผนปฏิบัติการ การฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ และแนวทางฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ขององค์การอนามัยโลก¹⁴⁻¹⁵ มาประยุกต์ใช้เป็น กระบวนการพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายฯ โดยเน้น การเชื่อมโยงทุกส่วนในสังคมผ่านวิธีการทาง การแพทย์ การศึกษา สังคม และการฝึกอาชีพ

เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพ ของคนพิการให้ดีขึ้น และเสริมพลังอำนาจของคนพิการให้สามารถ ดำรงชีวิต โดยอิสระได้ในสังคมและอยู่ร่วมกับ สังคมได้ในทุกมิติ ทัดเทียมคนทั่วไป โดยใช้ชุมชน และทรัพยากรในชุมชน เปิดโอกาสให้คนพิการ ครอบครัวคนพิการ สมาชิกชุมชน ตลอดจนองค์กร หน่วยงานต่างๆ ทั้งนอกและในชุมชนได้มีส่วนร่วม ในการดำเนินงานทุกกิจกรรมแบบผสมผสาน เพื่อให้การฟื้นฟู และการป้องกันความพิการ ในชุมชนมีความเข้มแข็ง นำไปสู่เป้าหมาย คุณภาพ ชีวิตคนพิการตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550¹⁶ สามารถ สรุปรอบแนวคิดดังภาพ



ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากระบวนการสร้างและพัฒนาารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็น หุ่นส่วนตลอดจนผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน ตุลาคม 2553 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2554

ระเบียบวิธีวิจัย

แบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Participatory Community Based Action Research) ของ สตริงเกอร์ (Stringer, E.T. 2007)¹³ เป็นกระบวนการวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวของการคิดพิจารณา และการกระทำ ที่เรียกว่า “เกลียวปฏิสัมพันธ์ (interacting spiral) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ความเป็นปัญหาอะไร (Look) คิดพิจารณา (Think) และลงมือปฏิบัติ (Act) ซึ่งรูปแบบลักษณะนี้จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่จำเป็นต้องเป็นแนวเส้นตรง และสามารถเกิดขึ้นได้ซ้ำอีก จนมีการปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติที่พึงพอใจของกลุ่ม การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative method) โดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม ศึกษาครอบคลุมปัญหาความต้องการของคนพิการ ญาติผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในชุมชน การสร้าง พัฒนาและประเมินผลภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนวิเคราะห์ และหาข้อสรุปเชิงทฤษฎี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลหลัก แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้รับบริการ ได้แก่ คนพิการ ทางกาย และการเคลื่อนไหว และกลุ่มญาติ ผู้ดูแล ซึ่งอาศัยอยู่ใน ตำบลที่คัดสรร

อำเภอ นายายอาม จังหวัดจันทบุรี ในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 25 คู่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลประจำโรงพยาบาลนายายอาม 3 คน นักกายภาพ 1 คน ผู้นำชุมชน 5 คนและ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 6 คน เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน ประชาชนที่เป็นจิตอาสา 10 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติดังกล่าวและบุคคลหลักอันดับต่อไปเลือกโดยทำการประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลหลักคนแรก ด้วยการใส่สโนว์บอลล์เทคนิค (snow ball technique)

ระยะเวลาที่ทำการวิจัยและสถานที่ทำการเก็บข้อมูล ระยะเวลา 1ปี 3 เดือน ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2553 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2554 โดยเก็บข้อมูลในชุมชนของตำบลที่คัดสรร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมซึ่งมีประสบการณ์ผ่านการอบรมและฝึกหัดดำเนินการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นผู้เข้าดำเนินการสนทนาและสัมภาษณ์และทำหน้าที่เป็นผู้จดบันทึกการสนทนา และบริการทั่วไป
2. เครื่องอัดเทป และตลับเทปที่นำไปอัดเสียงระหว่างสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลโดยละเอียด
3. อุปกรณ์จัดกิจกรรมกลุ่ม และอุปกรณ์เสนอข้อมูลสาธารณะ
4. กล้องถ่ายภาพนิ่ง เพื่อเก็บภาพในกิจกรรมที่สำคัญต่าง ๆ ที่แสดงให้เห็นวิธีการมีส่วนร่วมของกระบวนการสร้างและพัฒนาภาคีเครือข่ายการดูแล คนพิการในชุมชนแบบเป็น หุ่นส่วน
5. แบบสัมภาษณ์ เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ พร้อมทั้งป้อนคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแล ประสิทธิภาพการดูแลคนพิการ คุณภาพชีวิต

ของคนพิการพลังอำนาจของผู้ดูแลปัญหาและความต้องการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลซึ่งโครงสร้างการสัมภาษณ์นี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถทางด้านการศึกษาสภาพผู้ดูแลคนพิการในชุมชนด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เครื่องมือนี้มีความตรงตามเนื้อหาในการวิจัยและน่าเชื่อถือพร้อมทั้งจัดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การบันทึกคำพูด บรรยากาศ บุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และช่วยให้ถอดเทปได้สะดวกและเร็วขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อม ก่อนทำการเก็บข้อมูลภาคสนาม ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมทีมงานด้านเนื้อหาวิชาจากเอกสารงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นการศึกษา เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือที่ช่วยในการเก็บข้อมูลและติดต่อประสานงาน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการวิจัย เป็นขั้นที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือและเทคนิควิธีการต่างๆ มาใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่อึดอัดที่สุด มาดำเนินการสรุปวิเคราะห์ โดยดำเนินการดังนี้

1. ประสานงาน แนะนำตนเอง และทีมงานวิจัยเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ประเด็นกว้าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา

2. จัดเวทีระดมความคิดของผู้ให้ข้อมูลทั้งคนพิการ ผู้ดูแล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล

ประจำโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและผู้นำที่ไม่เป็นทางการและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลประสบการณ์การดูแลสภาพปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับการดูแลคนพิการ และการช่วยเหลือในการดูแลคนพิการในชุมชน

3. จัดสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์แบบเจาะลึก และกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพื่อศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลประสบการณ์การดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวคุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลของญาติผู้ดูแล การรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ปัญหาและความต้องการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลเพิ่มเติมและร่วมกันกำหนดรูปแบบการช่วยเหลือเบื้องต้น ตามความต้องการของกลุ่มภาคีเครือข่าย ตลอดจนวิเคราะห์จุดเด่น-จุดด้อย ซึ่งดำเนินการสัมภาษณ์ไปพร้อมๆ กับการทดลองใช้รูปแบบเบื้องต้น เพื่อเป็นการหาทางแก้ไขข้อบกพร่องและพัฒนาปรับปรุงให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มภาคีเครือข่ายต่อไป

4. สังเกตรายละเอียดอื่นๆ นอกเหนือจากคำให้สัมภาษณ์ เช่น บรรยากาศการสนทนา สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม การแสดงสีหน้าแววตา การเปล่งสำเนียง การพูดถึงเรื่องราวอื่น ๆ และการพัฒนาที่เกิดขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบ คือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

5. เก็บบันทึกข้อมูลต่าง ๆ เหล่านั้นเพื่อนำมาวิเคราะห์ ประเมินผล

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินและติดตามผลการวิจัยเป็นขั้นที่ผู้วิจัยติดตามประเมินผล การใช้รูปแบบการดูแลคนพิการ ในชุมชนแบบเป็น

ห็นส่วนของภาคีเครือข่าย เกี่ยวกับผลลัพธ์เบื้องต้นจากการได้เข้าร่วมกลุ่มโดยเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกลุ่มโดยประเมินจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์แบบเจาะลึกภาคีเครือข่ายในประเด็นการรับรู้พลังอำนาจ ความเข้มแข็งของระบบการช่วยเหลือคนพิการ ประเมินคนพิการในประเด็นคุณภาพชีวิต และประเมินญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับ การรับรู้พลังอำนาจ และภาระในการดูแลตลอดจน วิเคราะห์จุดเด่น-จุดด้อยของการพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่าย

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ (reliability) ของผลการวิจัย โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (methodological triangulation) เริ่มตั้งแต่ขณะเก็บข้อมูลการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ที่นำมาบันทึก รวมทั้งกริยาท่าทาง พฤติกรรม บรรยายกาศต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อนำมาประกอบการแปลความหมายร่วมกับการถอดเทป และการบันทึกภาคสนามในหลาย ๆ วิธี และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธี investigator triangulation แล้วนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน หรือกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลซ้ำอีก (reflecting) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. สังเคราะห์กระบวนการสร้างและพัฒนาภาคีเครือข่าย การดูแลคนพิการในชุมชน โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เป็นระยะ ๆ และได้ทำการปรับแก้ไขส่วนที่ยังบกพร่อง จนข้อมูลมีความอึดตัวและ

สมบูรณ์ ซึ่งการดำเนินการนี้เป็นกระบวนการที่ไม่ได้ ทำการแยกส่วนออกมาจากขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยมีการวางแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นที่ลงมือเก็บข้อมูลภาคสนาม ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาตามวิธีของ โคลไลซี (Colaizzi)¹⁷ ดังนี้

1. ผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมด แล้วทำความเข้าใจในภาพรวมของปรากฏการณ์ความรู้สึกนึกคิด ตามความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล

2. รวบรวมปรากฏการณ์ ที่จดบันทึก คำบรรยาย ข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลบอก นำมาจัดกลุ่มคำ (phase) ที่เป็นข้อมูลประเภทเดียวกัน แล้วขีดเส้นเน้นคำหรือข้อความนั้น ๆ ไว้ ในแต่ละบุคคล

3. อ่านทบทวนกลุ่มคำทั้งหมด ที่จัดกลุ่มไว้ จนเข้าใจถึงความคิดของผู้ให้ข้อมูล

4. จับข้อความ หรือคำที่สัมพันธ์กับกระบวนการสร้างและพัฒนาภาคีเครือข่าย การดูแลคนพิการในชุมชนออกมา แล้วตัดข้อความที่ไม่จำเป็นหรือไม่เกี่ยวข้องออกไป

5. ให้ความหมาย หรือตีความในแต่ละข้อความที่คัดสรรไว้

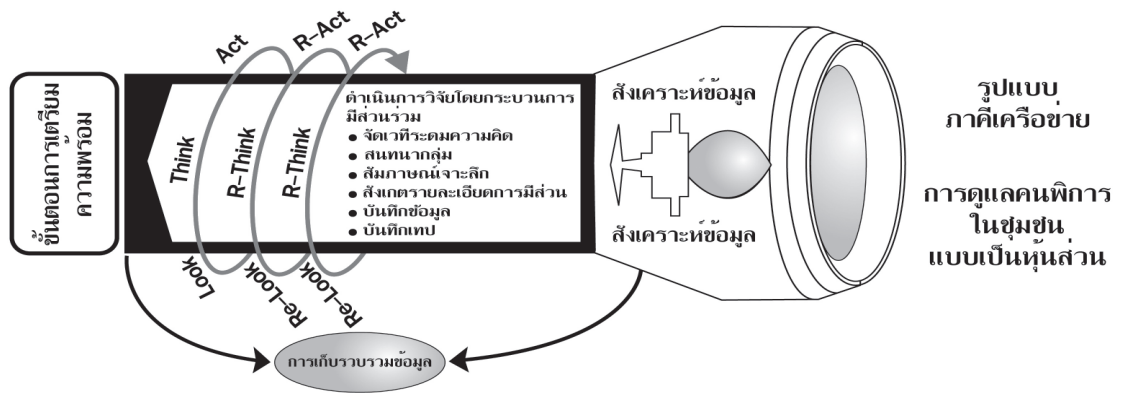
6. จัดกลุ่มคำที่มีความหมายในกลุ่มเดียวกันมาตั้งชื่อหลัก

7. เขียนคำอธิบายความหมายทั้งหมดของชื่อหลักที่ตั้งไว้ให้ครอบคลุมและชัดเจน

8. นำข้อความที่เขียนกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลหลักอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ให้ข้อมูลเอง

9. กรณีที่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นจากการตรวจสอบความถูกต้อง ผู้วิจัยจะนำข้อมูลใหม่มาเขียนคำอธิบาย ให้เกิดความครอบคลุมและชัดเจนในชื่อหลัก

กระบวนการวิจัยสรุปได้ดังนี้



ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็น 4 ส่วน คือ 1) ลักษณะทางประชากรและสังคมของภาคีเครือข่าย 2) กระบวนการสร้างและพัฒนา รูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน 3) รูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน 4) การประเมินผลรูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน

1. ลักษณะทางประชากรและสังคมของภาคีเครือข่าย คนพิการและญาติผู้ดูแล

ภาคีเครือข่ายประมาณมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.8) เป็นเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 48 ปี ในส่วนของภาวะสุขภาพ พบว่า 1 ใน 4 มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 26.8) โดย 3 อันดับแรกคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 8.8) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 6.2) โรคกระดูกและข้อ (ร้อยละ 5.4) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลพบว่า ไม่เคยมีประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 82.4) มีความต้องการ 3 อันดับแรกคือ ด้านความรู้และทักษะการดูแลคนพิการ ข้อมูลสิทธิประโยชน์

ของคนพิการ และการให้บริการการดูแลคนพิการ การปรับประคองทางด้านจิตใจคนพิการสำหรับญาติผู้ดูแลประมาณ 2 ใน 3 มีปัญหาในการดูแลคนพิการ โดยเรื่องที่พบมากคือขาดความรู้ และขาดความมั่นใจในการดูแล (ร้อยละ 10.3) ท้อแท้เหนื่อย ขาดพลัง (ร้อยละ 12.0) รู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ (ร้อยละ 10.3) และมีความสุขในชีวิตลดลง (ร้อยละ 11.0) ตามลำดับ ส่วนคนพิการ มีความรู้สึกท้อแท้ ขาดพลัง (ร้อยละ 82.0) และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

2. กระบวนการสร้างและพัฒนา รูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน

การดำเนินการสร้างและพัฒนา รูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน ตามกรอบแนวคิดของสตริงเกอร์¹³ (Stringer) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ดูว่ามีปัญหาอะไร (Look) คิดพิจารณาปัญหา (Think) และลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา (Act) ซึ่งในกระบวนการทั้ง 3 ขั้นตอนนี้สามารถเกิดขึ้นซ้ำได้อีกเป็นวงจร ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการ

2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการสร้างรูปแบบเบื้องต้น และ ระยะที่ 2 เป็นระยะพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน สามารถสรุปกระบวนการสร้างและพัฒนาฯ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการสร้างรูปแบบเบื้องต้น ผู้วิจัยได้นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกการสังเกตเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลคนพิการในชุมชนของคนพิการ ญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย เป็นฐานเบื้องต้นในการสร้างรูปแบบและผู้ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมจนเกิดมีการรวมตัวกันของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้มาเสนอแนวคิดร่วมกับผู้วิจัย ทั้งร่วมวางแผนการดำเนินงานเพื่อสร้างรูปแบบการสร้างกลุ่มภาคีเครือข่ายฯ ผลจากการสนทนากลุ่มและกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม พบ จุดแข็งคือ 1) ภาคีเครือข่ายประกอบด้วยสมาชิกจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ได้แก่ คนพิการ ญาติผู้ดูแล ผู้นำชุมชน ประชาชนทั่วไปที่สมัครใจเป็นจิตอาสา เจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล 2) กลุ่มมีความตั้งใจและ ความมุ่งมั่นที่จะร่วมกันหาแนวทางช่วยเหลือและดูแลคนพิการ ในชุมชนซึ่งเป็นพื้นที่ของตนเอง ต้องการแสวงหาความรู้ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลคนพิการ ซึ่งตัวแทนกลุ่มได้เสนอความคิดเห็นว่า

“อยากมีความรู้ อยากทำเป็นจะได้ดูแลและช่วยเหลือคนพิการในหมู่บ้านได้...” (ชายอายุ 58 ปี) ตัวแทนคนพิการและญาติผู้ดูแล ได้แสดงความรู้สึกว่า “รู้สึกดีใจมากที่จะมีการรวมกลุ่มกันของทุกฝ่ายเพื่อช่วยเหลือคนพิการที่บ้าน อยากให้คนพิการเองที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ออกมาร่วมแรงร่วมใจกัน...” (ชายอายุ 63 ปี) “อยากมี

ความรู้ อยากทำเป็น ทำสิ่งที่ถูกต้องจะได้ดูแลลูกที่บ้าน และช่วยเหลือคนพิการข้างบ้านได้ด้วย...” (หญิงอายุ 45 ปี) ส่วนจุดอ่อนของการมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือคนพิการที่บ้าน พบว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานเชิงรุกน้อย ชุมชนนี้ยังไม่มีบุคคล ด้านสุขภาพและการปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาช่วยดูแล/ช่วยเหลือคนพิการในชุมชนอย่างจริงจังต่อเนื่อง ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญต่อการรวมกลุ่มการช่วยเหลือคนพิการน้อยมาก ขาดการรวมกลุ่มที่ชัดเจน ประชาชนยังได้รับการปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่ทางภาครัฐใน รูปแบบเดิม เจ้าหน้าที่จะมีการปฏิบัติงานลงสู่ชุมชนชั่วคราว ส่วนใหญ่ให้บริการแบบตั้งรับ ซึ่งจากการสนทนากลุ่มพบว่ากลุ่มมีข้อเสนอว่า

“อยากจะหาแนวทางการช่วยเหลือคนพิการในชุมชน แต่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลน้อยเลยออกไปได้เฉพาะการทำโครงการสั้นๆและก็ไม่ได้ทำต่อเนื่องด้วย...” (พยาบาลอายุ 32 ปี)

“ไม่รู้ว่าจะหาแนวทางจะทำอย่างไรอีก.. คิดว่ามีหน้าที่แค่จ่ายเบี้ยคนพิการเท่านั้น จึงไม่ได้ทำอะไรเกี่ยวกับการดูแลคนพิการอีก และคิดว่าเป็นเรื่องเฉพาะของโรงพยาบาล...” (เจ้าหน้าที่เทศบาล อายุ 29 ปี) “การช่วยเหลือคนพิการและผู้ดูแลน่าจะได้รับการสนับสนุนจากหมอหรือ ผู้ที่รับผิดชอบอย่างจริงจัง เพราะเจ้าหน้าที่มาเปลี่ยนเดี๋ยวก็หายไปแล้ว..ก็เข้าใจเพราะงานเขาเยอะ แต่คนเขาน้อย ก็น่าเห็นใจ...” (ชายอายุ 38 ปี) “...ไม่รู้จะช่วยเหลืออย่างไร เห็นเขากินไม่ได้นอนไม่ได้ เราก็พลอยเป็นไปด้วย” (หญิงอายุ 46 ปี) “งานประจำก็เยอะ แลมีงานด่วนเข้ามาทุกวัน ทำให้ไม่มีเวลาที่ลงเยี่ยมบ้าน พุดคุยแต่จริงจังก็สนใจงานน้อย” (หญิง 34 ปี)

สรุปได้รูปแบบการรวมกลุ่มของภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนเบื้องต้น จาก

ความสมัครใจมารวมกันโดย มีขนาดของกลุ่ม ประกอบด้วยคนพิการ ทางกายและการเคลื่อนไหว และกลุ่มญาติผู้ดูแล จำนวน 5 คู่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแล จำนวน 25 คน ได้แก่ พยาบาลประจำโรงพยาบาลนายยาม 3 คน นักกายภาพ 1 คน ผู้นำชุมชน 5 คนและ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 6 คน ประชาชนที่เป็นจิตอาสา 10 คน มีการนัดพบกลุ่มที่โรงพยาบาลชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล สลับทุกเดือนๆละ 1 ครั้ง มีกิจกรรมสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การดูแลที่บ้านและเสริมความรู้/ทักษะที่จำเป็นตามความเหมาะสม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการ ในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน ที่เกิดจากการประเมินผลในการนำรูปแบบเบื้องต้นไปใช้ มีขั้นตอนในการดำเนินการพัฒนาดังนี้

1. การดำเนินการใช้รูปแบบเบื้องต้น ผู้วิจัยได้ทำการประมวลผล และศึกษาข้อมูลที่เป็นจริงจากการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มให้มากที่สุด แล้วเลือกเก็บข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งตัวแทนกลุ่มภาคีเครือข่าย เป็นผู้นำในการกำหนดกิจกรรม ซึ่งพบว่ามีความเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ เช่นเกิดกระบวนการบริหารจัดการของกลุ่มที่ชัดเจนขึ้น (มีการแบ่งงาน แบ่งหน้าที่ มีระเบียบการทำงาน มีการกำหนดกิจกรรม) ผู้วิจัย และพยาบาลหัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัว ของโรงพยาบาลชุมชนร่วมรับฟังและให้คำชี้แนะ เมื่อทางกลุ่มขอคำปรึกษาและหลังจากนั้นกลุ่มภาคีเครือข่ายได้นำข้อเสนอแนะที่ได้จากการประเมินมาพัฒนาปรับรูปแบบการทำงานต่อไป การปรับรูปแบบเบื้องต้น กลุ่มภาคีเครือข่ายฯ ได้ร่วมดำเนินการ 5 ครั้ง โดยผ่านกระบวนการ การย้อนกลับมามองปัญหา และความต้องการเพิ่มเติม ร่วมกันคิด

พิจารณา แนวทางการทำกิจกรรมใหม่หรือปรับ/พัฒนา เกิดขึ้นหลังจากการประเมินผลการรวมกลุ่มครั้งที่ 1-5 ของภาคีเครือข่าย พบว่ามีจุดแข็งของการดำเนินงาน คือ ผู้นำกลุ่มและผู้นำชุมชนยังมีความมุ่งมั่นและ ตั้งใจให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกภาคีเครือข่ายและแนวทางการช่วยเหลือคนพิการ และญาติผู้ดูแลผ่านการเรียนรู้ร่วมกัน อย่างต่อเนื่อง ส่วนจุดอ่อนของการดำเนินงาน คือแผนงานที่กำหนดไว้ไม่สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด เนื่องจากบุคคลที่ได้รับมอบหมายไม่ได้ปฏิบัติตามข้อตกลง และมีกิจกรรมอื่นในชุมชนแทรกเข้ามา ทำให้สมาชิกบางคนไม่สามารถมาเข้าร่วมกลุ่มได้ จุดอ่อนอีกประการหนึ่ง คือ สมาชิกเริ่มมองเห็นว่าสถานที่ในการรวมกลุ่มเป็นเงื่อนไขในการทำกิจกรรม เพราะอยู่ไกลจากกลุ่มสมาชิกหลัก

ผลจากข้อมูลดังกล่าวกลุ่มได้นำจุดอ่อนมาปรับกลยุทธ์การทำงาน อีกครั้งเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของกลุ่ม โดยทำการปรับและพัฒนาวิธีการคือสลายกลุ่มเดิมแล้ววางแนวการดำเนินงานโดยนำจุดแข็งของมาเป็นฐานการทำงานและนำจุดอ่อนที่เป็นผลจากการประเมินแต่ละครั้งมาดำเนินการใหม่ ระยะนี้เป็นระยะที่เข้าสู่การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือตนเองแบบเป็นหุ้นส่วนของกลุ่มที่ต้องการ ได้ชัดเจนมากขึ้นซึ่งสมาชิกกลุ่มได้กล่าวถึงการวางแผนการดำเนินงานที่ต้องปรับการดำเนินงานในครั้งนี่ว่า

“เราลองกันมาหลายครั้งแล้ว ก็รู้แล้วปัญหาอย่างไร ยังไงเราก็ต้องเดินหน้าและฟังกัน “ (หญิงอายุ 50 ปี) “...อย่างนี้ฉันว่าไ้มารวมกลุ่มกันมันสนุกดีนะ ได้ความรู้เยอะด้วย...” (ชาย อายุ 52 ปี) และมีข้อเสนอจากกลุ่มว่า “ฉันอยากให้มีการย้าย ที่เพื่อกลุ่มจะได้ทำกิจกรรมได้สะดวกมากขึ้น แต่ก็ต้องรอให้สมาชิกยอมรับกันเต็มที่ก่อนและฉันขอ ปรับขบวนการทำงานเสียใหม่ก็ใช้ได้”

แล้ว อยากให้ทุกคน วิน วิน” (ชายอายุ 48 ปี) ซึ่งกลุ่มได้มีมติปรับการดำเนินงานและได้รูปแบบที่พัฒนาการช่วยเหลือแบบเป็นหุ้นส่วนขึ้น

2. การปรับรูปแบบภาคีเครือข่าย การดูแลคนพิการใน ชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน ครั้งสุดท้าย หลังจากที่กลุ่มได้นำผลการประเมิน มาปรับเปลี่ยนสถานที่ในการนัดประชุมกลุ่ม ในหมู่บ้าน กลุ่มภาคีเครือข่ายปรับการทำงานเป็น 3 กลุ่มซึ่งขนาดของกลุ่มเล็กกลงเหลือกลุ่มละ 8 – 10 คน และอยู่ในเขตพื้นที่ใกล้เคียงกัน สมาชิก แต่ละกลุ่มร่วมกันดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวและญาติผู้ดูแล กำหนดพบปะกัน ทุกวันเสาร์สัปดาห์ที่ 3 ซึ่งทำให้เกิดการสร้างระบบการดูแลคนพิการของกลุ่มภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ระหว่างการดำเนินงานครั้งนี้ ทางกลุ่มมีการเรียนรู้วิธีการทำงานที่เอื้อต่อกัน และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น กลุ่มมีความสม่ำเสมอในการพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำกิจกรรมกลุ่ม และกลุ่มได้ทำการประเมินผลการทำงานอีกครั้ง ซึ่งผลจากการประเมินพบว่า การทำงานราบรื่น ได้รับการยอมรับและมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมพฤติกรรมการทำงานของกลุ่ม และบรรยากาศการทำงาน กลุ่มจึงสรุปให้มีการนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ ระยะเวลาที่ผู้วิจัยได้เตรียมแยกตนเองออกมา ด้วยการไม่เข้าไปมีส่วนร่วม ในการเสนอข้อคิดเห็นหรือประเมินผล และปล่อยให้กลุ่มดำเนินการกันเอง แต่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลต่าง ๆ ด้วยการซักถาม พูดคุย การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม ซึ่งสมาชิกกลุ่มได้กล่าวถึงการดำเนินงานที่ต้องปรับการดำเนินงานในครั้งนี้อ่า

“เราลองกันมาหลายครั้งแล้ว ก็รู้แล้วว่า จะต้องลงมือยังไง ไม่งั้นก็คงหยุดไว้ก่อน โชคดีที่เดินถูกทาง” (หญิงอายุ 45 ปี)

3. รูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชน แบบเป็นหุ้นส่วน

ผลการดำเนินการสร้างและพัฒนา รูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชน แบบเป็นหุ้นส่วนที่เป็นรูปธรรมครั้งนี้ มีข้อค้นพบที่สำคัญของการพัฒนารูปแบบคือ “กระบวนการ WE CAN DO by TIM” ซึ่งทำให้เกิดการสร้าง พันธมิตรแบบหุ้นส่วน ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของคนพิการ ญาติ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายสามารถสรุปได้ดังนี้คือ

แนวคิดและหลักการที่เกี่ยวข้อง รูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วนได้ใช้แนวคิดที่สำคัญ 3 แนวคิด คือ 1) การดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ¹⁸ (Lee) 2) ศักยภาพของชุมชน¹¹ (Panitz) 3) การเรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย¹⁹ (Chilenski, Greenber and Feinberg) 8 หลักการ คือ 1) บทบาทของครอบครัว (Family Role) โดยคำนึงถึงความสมดุลของการยึดเหนี่ยวระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัวและคนพิการ 2) บทบาทของภาคีเครือข่าย 3) การเข้าถึงบริการ 4) การประสานงานที่ไร้รอยต่อ 5) จัดเตรียมบริการที่เหมาะสม 6) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและคนพิการ 7) การเคารพในศักดิ์ศรีของคนพิการ 8) ความรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำ

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การดำเนินงาน ในรูปของ “ภาคีเครือข่ายแบบเป็นหุ้นส่วน” ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล ภาคประชาชน ได้แก่ คนพิการ ญาติผู้ดูแล กลุ่มจิตอาสา แกนนำในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งช่วยเหลือคนพิการในชุมชน ภาครัฐ ประกอบด้วย พนักงานชุมชนซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนพยาบาล และนักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลชุมชน

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

1. การสร้างความตั้งใจ มุ่งมั่น และความร่วมมือในการดูแลคนพิการ (W-Willing) หมายถึง การทำพันธะสัญญาตกลงความร่วมมือกันระหว่างภาคีเครือข่าย ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

2. การร่วมค้นหามองและสะท้อนปัญหา/ความต้องการ (E-Exploration) หมายถึง การร่วมกันสำรวจ และวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของคนพิการ การดูแลคนพิการ ของผู้ดูแล ชุมชน ตลอดจนวิเคราะห์ระบบการดูแลคนพิการ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในชุมชน โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการร่วมด้วย ซึ่งควรได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพ

3. การรวมพลังร่วมคิดเพื่อการพัฒนา (C-Cognition) หมายถึง การรวมพลังของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วน ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมวางแผน กำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหา และสนองตอบความต้องการการดูแลของคนพิการ และครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

4. การร่วมปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พึงประสงค์ (A-Acting) หมายถึง ภาคีเครือข่ายรวมพลังกัน ร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลคนพิการในชุมชน โดยจำแนกการดูแลตามประเภท ของผู้ที่เกี่ยวข้อง

5. การร่วมประเมินและให้ข้อสังเกต การปฏิบัติ (N-Notice) หมายถึงกลุ่มที่เกี่ยวข้อง นำรูปแบบการดำเนินงานที่ร่วมกันพัฒนามาใช้อย่างต่อเนื่อง ดำเนินการการตรวจสอบกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเก็บข้อมูลทุกระยะด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก สทนทา กลุ่ม และสะท้อนการปฏิบัติตามข้อสังเกตเพื่อนำ ไปสู่การปรับปรุงระบบให้เหมาะสมต่อไป การประเมินระบบ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินความก้าวหน้าของระบบ (formative evaluation) และการประเมินผลสรุปของระบบ (summative evaluation)

6. การร่วมแสวงหาและพัฒนาต่อ (D-Decoration) หมายถึง กลุ่มที่เกี่ยวข้องร่วมกันแสวงหาและพัฒนาระบบต่อเนื่องโดยปรับให้เข้าสู่วิถีของครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่งในการที่จะปรับแต่งในการเสริมจุดแข็ง และปรับปรุงจุดด้อยทั้งในส่วนของการดำเนินการดำเนินงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้รูปแบบระบบการดูแลคนพิการฯ ได้เข้ารูปมากขึ้น (Model shaping) ระบบมีความเหมาะสมและสามารถใช้ได้จริงภายใต้บริบทของชุมชนและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานในอนาคตต่อไป

7. การสร้างความโดดเด่น ความต่อเนื่อง และความยั่งยืนด้วยการเพิ่มพลัง (O-outstanding) หมายถึงชุมชนโดยภาครัฐทั้งเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถาน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องเพิ่มพลังเพื่อให้กลุ่ม ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ อย่างต่อเนื่องและสร้างความยั่งยืน ซึ่งเป็นขั้นตอนลำดับสุดท้ายที่จะเสริมความมั่นคง และความยั่งยืนของกลุ่มและระบบที่เกิดขึ้น

**คุณลักษณะเด่นของภาคีเครือข่ายแบบ
หุ้นส่วน (TIM-Team Approach/Inspiration and
Mankind)**

1. ภาคิเครือข่ายต้องทำงานเป็นทีมในการดูแลคนพิการ (T-Team approach) รูปแบบของทีม มีลักษณะเป็น “เครือข่ายหุ้นส่วนแบบผสมผสาน” ที่เกิดจากกระบวนการทางสังคมที่มีการสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงทุกส่วนในชุมชนระหว่างกลุ่มบุคคลจากภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนซึ่งสมาชิกแตกต่างกันในสถานภาพ ประกอบด้วย จิตอาสา ญาติผู้ดูแล คนพิการ ผู้นำหมู่บ้าน สมาชิก บุคลากร ด้านสุขภาพ ครู เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระ กลุ่มต่างๆ และองค์กรการกุศล ในชุมชน ทุกคนที่เป็นสมาชิกของภาคิหุ้นส่วน มาด้วยความสมัครใจ มีเป้าหมายร่วมกัน

2. ทีมภาคิเครือข่ายต้องมีแรงบันดาลใจในการดูแลคนพิการ (I-Inspiration) การประสบความสำเร็จ ส่วนหนึ่งก็ขึ้นอยู่กับ “แรงบันดาลใจ” ที่เป็นพลังขับเคลื่อน แรงบันดาลใจจึงเหมือนเป็นไฟที่ลุกโชติ สร้างความหวังให้กับมนุษย์ ช่วยให้การดำเนินชีวิตมีเป้าหมายที่ชัดเจน และ มุ่งไปสู่ความสำเร็จได้อย่างรวดเร็วและมั่นคง จึงถือว่าเป็นวิถีชีวิตที่งดงาม แรงบันดาลใจของแต่ละคนย่อมแตกต่างกันตามพื้นฐานของแต่ละคนแรงบันดาลใจ เป็นสิ่งที่สามารถสร้างได้ด้วยตนเอง หรือการหาบรรยากาศกับคนรอบข้าง แรงบันดาลใจ เกิดจาก “แรงผลักดัน (Drive)” และ “แรงจูงใจ (Motivation)” พลังทั้งสองแรงจะทำให้เกิดความกระตือรือร้น สนุก รู้สึกตัวเองมีค่ามากขึ้นเมื่อทำงานได้สำเร็จ

3. สำหรับวิธีการที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบภาคิเครือข่ายการดูแลคนพิการแบบหุ้นส่วนครั้งนี้ประกอบด้วย 7 วิธี ได้แก่ 1) กระบวนการกลุ่มที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน 2) การให้ความรู้ ข้อมูล และประสานการดูแล/การช่วยเหลือ 3) การสอนทักษะปฏิบัติในการดูแลตนเองและคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

4) การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 5) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ 6) การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ีระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ และ 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ

4. การประเมินผลรูปแบบภาคิเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน
การนำรูปแบบฯ ครั้งนี้ไปใช้ มีปัจจัยหลายประการที่เป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จ คือ

จุดแข็งของรูปแบบฯ พบว่า ด้านบุคคลหลักมีความพร้อมในการร่วมกิจกรรม เพราะเป็นความต้องการโดยตรง และสถานที่รวมกลุ่มอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับที่พักอาศัย มีพยาบาลประจำฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลชุมชนคอยให้คำชี้แนะ ช่วยเหลือ และสนับสนุน เกี่ยวกับการดูแล ผู้นำกลุ่มมีความเข้าใจในงานและสามารถบริหารจัดการกลุ่ม ได้ความร่วมมือร่วมใจอย่างเหนียวแน่น ส่วนจุดอ่อนของรูปแบบฯ พบว่า บางครั้งสมาชิกกลุ่มบางคนไม่สามารถเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้ครบเนื่องจากมีบทบาทหลายบทบาทในชุมชนในเวลาเดียวกัน เช่น เป็นผู้ดูแลและเป็นผู้นำชุมชนด้วย บางครั้งมีกิจกรรม ที่ต้องดำเนินการซ้อนกันในเวลาเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มก็สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย

กลุ่มดำเนินการ เป็นกลุ่มที่มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ จาการเตรียมการ การให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจของผู้วิจัย ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมที่ดำเนินการในการดูแลคนพิการ ประกอบกับกลุ่มภาคิเครือข่ายได้แบ่งทีมดำเนินการซึ่งกลุ่มมีขนาดที่เหมาะสม คือ จำนวน 8 -10 คนต่อกลุ่ม จึงทำให้สามารถรวมกลุ่มกันได้ง่ายและประสานงานติดต่อสื่อสารส่งข้อมูลได้สะดวก

ข้อมูลที่ใช่เป็นพื้นฐานของการสร้างและพัฒนา รูปแบบฯ เป็นข้อมูลที่ได้มาจาก

การค้นหาโดยตรงจากผู้เกี่ยวข้อง จึงทำให้กลุ่มภาคีเครือข่ายสามารถกำหนดปัญหาความต้องการ บทบาทของตนเองและผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอลเลน (Allen) ที่เสนอแนะไว้ว่าการใช้ข้อมูลจากบริบท สังคมวัฒนธรรมของ กลุ่มและประชาชนในชุมชนจริงจะทำให้สามารถปฏิบัติงานได้สอดคล้อง กับความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย

ลักษณะการพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายฯ

การพัฒนารูปแบบครั้งนี้ ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ใช้เวลาประมาณ 1 ปี กว่าๆ ซึ่งมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปจนเป็นที่ยอมรับของสมาชิกกลุ่ม ในลักษณะเป็นแบบหุ้นส่วน และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน¹³ (Stringer, 1999) ที่ระบุว่า เป็นกระบวนการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ที่ต้องใช้บริบท ของการพัฒนาชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะเข้ามามีส่วนร่วม ในลักษณะเป็นหุ้นส่วนและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ในกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งจะนำไปสู่ความยั่งยืนของกลุ่ม **ผลลัพธ์ที่ได้จากรูปแบบภาคีเครือข่ายฯ**

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มคนพิการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายหลังจาก ที่กลุ่มภาคีเครือข่ายแบบหุ้นส่วนได้ดำเนินการตามรูปแบบที่สมบูรณ์ แล้วด้วยกลุ่มเองเป็นเวลา 3 เดือน โดยผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในกิจกรรมต่างๆ เมื่อได้ประเมินความพึงพอใจในรูปแบบดังกล่าว พบว่าส่วนใหญ่คนพิการและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด และเห็นว่าเป็นประโยชน์ทำให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

ผลลัพธ์ต่อคนพิการ ญาติผู้ดูแลและครอบครัวคนพิการ

จากการเยี่ยมบ้านสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ดูแลคนพิการจำนวน 25 ราย และสนทนากลุ่มผู้ดูแลคนพิการจำนวน 25 ราย พบว่า รูปแบบการดูแลคนพิการในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายแบบเป็นหุ้นส่วน ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกต่อคนพิการ ญาติผู้ดูแลและครอบครัวอย่างชัดเจน สามารถสรุปได้ คือ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อคนพิการมี 8 ประเด็นคือ 1) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ และบริการสุขภาพ 2) ความรู้และทักษะการดูแลตนเอง 3) การฟื้นฟูร่างกาย 4) การพัฒนาจิตใจ 5) การพัฒนาจิตวิญญาณ 6) การกลับเข้าสู่สังคม 7) คุณภาพชีวิตของคนพิการ ส่วนผลลัพธ์ต่อผู้ดูแล พบว่า 1) เกิดความภาคภูมิใจ 2) มีความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการมากขึ้น 3) ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลลดลง และ 4) ความผูกพันและความเข้มแข็งในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

ผลลัพธ์ต่อภาคีเครือข่าย

เกิดกลุ่มภาคีเครือข่ายที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้มีความเสียสละทั้งกำลังกาย กำลังใจ และ/หรือกำลังทรัพย์ในการช่วยเหลือดูแลคนพิการในตำบลอย่างเป็นรูปธรรม จากการจัดเสวนาภาคีเครือข่ายและสนทนากลุ่ม พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ทั้งต่อกลุ่มจิตอาสา และชุมชน สามารถสรุปได้ ประเด็นคือ 1) รับรู้ว่ามีพลังอำนาจเพิ่มขึ้นมาก 2) มีความภาคภูมิใจและความสุขที่ได้ช่วยเหลือคนพิการ 3) มีความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการเพิ่มมากขึ้น 3) มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมการดูแลคนพิการ 4) เกิดความผูกพันและความเข้มแข็งในชุมชน 5) กลุ่มภาคีเครือข่ายมีระบบการช่วยเหลือที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง สามารถพึ่งตนเองและ

ช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างเครือข่ายได้ดี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณภาพ ประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพของกลุ่ม และ 6) กลุ่มภาคีเครือข่าย มีสมาชิกค่อยๆเพิ่มขึ้น และสามารถดำเนินกิจกรรม ของกลุ่มได้ด้วยตนเองซึ่งเป็นที่ยอมรับของ คนพิการ ญาติผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งองค์กร ส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลชุมชน

บทสะท้อนการเรียนรู้และประสบการณ์

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่ใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นกลวิธีที่สำคัญยิ่ง ในการพัฒนาความยั่งยืน ของภาคีเครือข่ายการดูแล คนพิการในชุมชน เพราะเป็นการกระตุ้นให้ ประชาชนได้ร่วมกันค้นหาปัญหา ความต้องการ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ร่วมกันปฏิบัติเพื่อแก้ไข ตลอดจนประเมินผลและปรับแก้รูปแบบแนวทาง แก้ไขจนสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างเหมาะสม ตามบริบท

2. การสร้างการมีส่วนร่วมแบบหุ้นส่วน ในการดูแลด้วยความมุ่งมั่น ทุ่มเทของภาคี เครือข่ายก่อให้เกิด ความรักความผูกพันภายใน ชุมชน อันนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนที่มี พลังอำนาจในการร่วมคิดและร่วมทำเพื่อการมี สุขภาวะของประชาชนในพื้นที่

3. ได้เครือข่ายองค์กรการเรียนรู้ของ ชุมชนที่เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ ซึ่งทำให้เกิด การเรียนรู้ร่วมกันในสังคม

4. การสร้างความเป็นหุ้นส่วนของชุมชน ที่สำคัญ คือ การที่ต้องทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมี แรงบันดาลใจในการที่จะช่วยเหลือคนพิการ อย่างจริงจังทั้งบุคลากรภาครัฐและภาคประชาชน จึงทำให้เกิดทีมจิตอาสาที่ให้การดูแลคนพิการ อย่างต่อเนื่อง

5. ความสำเร็จของการดูแลคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน อยู่ที่พลังของทีมภาคี เครือข่าย โดยเฉพาะจิตอาสาที่มีความรู้สึกเป็น

หุ้นส่วนในการปฏิบัติงานจิตอาสาที่มีประสิทธิภาพ เกี่ยวข้องกับความพิการ เช่น บางคนที่มีความพิการ หรือบางคนที่มีประสบการณ์การดูแลคนพิการ จะเกิดแรงบันดาลใจได้รวดเร็วในการที่จะมี จิตอาสามากกว่าคนที่ไม่มีประสบการณ์ตรง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากภาครัฐและ ภาคประชาชน สามารถนำรูปแบบดังกล่าว ไปใช้ได้แต่ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบท ของชุมชนและท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ พื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตามที่องค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ในประเด็น “ความยืดหยุ่น เหมาะสม สอดคล้องกับบริบท ทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนแต่ละแห่ง ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและ ความต้องการ ของชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะ มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีทุนทางสังคม ที่แตกต่างกัน”

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การ ส่งเสริมสนับสนุนระบบการดูแลคนพิการด้วยการ ใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ในอำเภอ นายายอาม ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยให้ คำปลดดันแบบเป็นพี่เลี้ยงสำหรับตำบลอื่น ๆ และ พื้นที่ใกล้เคียง

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน ควรจัด ให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอด บทเรียนความสำเร็จของการดำเนินงาน เพื่อนำ องค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ ด้วยการ ใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานให้ดียิ่งขึ้น พร้อมทั้งเผยแพร่องค์ความรู้ที่ได้สู่สาธารณชน

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ และภาคประชาชน ร่วมกัน จัดสร้างศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลคนพิการใน

ชุมชน ซึ่งในระยะเริ่มต้นอาจจัดตั้งเป็นมุมการเรียนรู้ และขยายเป็นศูนย์การเรียนรู้ตามศักยภาพความพร้อม และทรัพยากรที่มีในชุมชน เพื่อเป็นแหล่งทรัพยากรของชุมชน แหล่งค้นคว้าแหล่งถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของภาคีหุ้นส่วนจิตอาสา ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชนในด้านการดูแลคนพิการได้

5. โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้บริการดูแลคนพิการ ควรปรับระบบบริการให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลคนพิการด้วยการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และต้องให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ ทักษะ และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่คนพิการและครอบครัว (inform) เตรียมความพร้อมคนพิการ ครอบครัว และชุมชน (prepare) ตลอดจนการกระตุ้น/จูงใจ/ให้กำลังใจและสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ (motivate) อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในด้านความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลคนพิการอย่างมีคุณภาพ

2. ควรศึกษาติดตามเพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลคนพิการในชุมชน โดยภาคีเครือข่ายแบบเป็นหุ้นส่วนของอำเภอ นายายอาม เพื่อประเมินความก้าวหน้า ความยั่งยืน และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการต่อเนื่องของระบบ

3. ควรมีการขยายการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนทั้งในระดับชุมชน ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับชาติเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายทางด้าน

สุขภาพ

4. ควรมีการศึกษาถึงบทบาทของพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกื้อกูลต่อการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายที่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องให้มีคุณภาพ

สรุป

การดูแลคนพิการในชุมชนให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสมรรถภาพดีขึ้น และเสริมพลังอำนาจของคนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การสร้างและพัฒนาเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชน เป็นการเน้นให้ความสำคัญกับการพัฒนาชุมชน เปิดโอกาสให้คนพิการ ครอบครัวคนพิการ สมาชิกชุมชน ตลอดจนองค์กรหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งนอกและในชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกกิจกรรมการดำเนินงานทั้งหมดไม่มีการแยกงานโครงการเป็นเอกเทศ แต่มุ่งผสมผสานขยายงานและกิจกรรมเกี่ยวกับคนพิการเพื่อให้การฟื้นฟูและการป้องกันความพิการ โดยภาคีเครือข่ายมีการเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับระบบการทำงาน การประสานงานที่ชัดเจนทุกระดับ และคนพิการรับทราบถึงความปลอดภัย และมีความพึงพอใจจากการให้บริการ ซึ่งหากบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้นำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสำหรับคนพิการ และญาติผู้ดูแล ในชุมชนจะทำให้คนพิการมีโอกาส เข้าถึงสิทธิประโยชน์ และสามารถดำรงชีวิตโดยอิสระได้ในสังคมและอยู่ร่วมกับสังคมได้ในทุกมิติ หรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนทั่วไป

บรรณานุกรม

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2551), รายงานสถานการณ์คนพิการ ปี 2550, สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.
2. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ). “รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 และ 2551” มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). [Online] Available : http://www.thaitgri.org/images/stories/report/51/thawOldman_2551.pdf.
3. คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2550-2554. [Online] Available : <http://www.oppd.opp.go.th>
4. Boyle D et al. (2000). *Caregiver quality of life after autologous bone marrow transplantation. Cancer Nursing*, 23:193-203.
5. Lim, J. & Zebrack B. (2004). *Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. Health and Quality of Life Outcomes.* [Online] Available : <http://www.hqlo.com/content/2/1/50>
6. Goode, K.T., Haley, W.E., Roth, D.L., and Ford, G.R. (1998). *Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: A stress process model. Health Psychology*, 17(2):190-198.
7. วรรณรัตน์ ลาวัง. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
8. Briggs & Fisher. (2000) *The social impact of caring for terminally ill people in Australia*. Retricved November 15, 2004. [Online] Available : http://www.pallcare.org.au/publications/caregiving_report.pdf
9. นันทวรรณ พุทธวรรณ. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดดมสมอง. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
10. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2555). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ.2555-2559. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก.2555.
11. Panitz, Ted. (1996). *A Definition of Collaborative vs Cooperative Learning*. Retrieved May 25, 2002, [Online] Available : <http://www.city.londonmet.ac.uk/deliberations/collab.learning/panitz2.html>
12. Myers, John. (1991). *Cooperative Learning*. (July). [Online] Available : <http://www.city.londonmet.ac.uk/deliberations/collab.learning/panitz2.html>

13. Stringer, E. T. (2007). *Action Research*. Los Angeles: Sage Publications.
14. World Health Organization. (2002). Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. [Online] Available <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccglobalreport.pdf>
15. World Health Organization. (2005). Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006 – 2011. This [Online] Available :www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006_to2011.pdf
16. สำนักนายกรับมนตรี. (2550). *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 124 ตอนที่ 61 ก 27 กันยายน 2550
17. Colaizzi, P.F. (1978). *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology*. R vaik and M King.ed.s. New York : Oxford University Press.
18. Lee, A. (1998). Seamless health care for chronic diseases in a dual health care system: managed care and the role of family physicians. *Journal of Management in Medicine*, 12(6), 398-402.
19. Chilenski, S.M., Greenberg, M.T. and Feinberg, M.E. (2007). Community readiness as a multidimensional construct. *Journal of Community Psychology*, 35(3), 347 – 365.