

**การพัฒนางานการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับคนพิการ โดยความร่วมมือของทีมสุขภาพอำเภอ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปึกสำโรง อ.วังม่วง จ.สระบุรี พ.ศ. 2558-2561**
**Improvement of Home Health Care for People with Disabilities
by the Participation of District Health System Team at Puksamrong Sub-
district Health Promotion Hospital, Wangmuang District, Saraburi
Province 2015-2018**

พรพิมล เพ็ชรบุรี^{1*} ปรีชา ศิริวิโรจน์กุล² บรรจง วาที³ กิตติพงษ์ มหิพันธ์⁴
Ponpimon Petburi^{1*} Precha Siriwirotjanakul² Banchong watee³ Kittipong Mahipan⁴

บทคัดย่อ

การวิจัย R2R ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนางานการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับคนพิการ โดยความร่วมมือของทีมสุขภาพอำเภอในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปึกสำโรง อ.วังม่วง จ.สระบุรี พ.ศ.2558-2561

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นคนที่อาศัยอยู่ในชุมชน และทีมสุขภาพอำเภอ รวมทั้งสิ้น จำนวน 26 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2561 กระบวนการศึกษาประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติการ และการติดตามประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ภายหลังการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน โดยความร่วมมือของทีมสุขภาพอำเภอ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในการด้านผลลัพธ์ต่อคนพิการกลุ่มตัวอย่าง คือ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการและครอบครัว มีการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิต จัดบริการเพื่อให้คนพิการเข้าถึงบริการของรัฐ เช่น เทศบาลจัดรถรับ-ส่งคนพิการ เพื่อไปรับบริการกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล เกิดการจ้างงานคนพิการที่สามารถทำงานได้โดยความร่วมมือจากบริษัทเอกชน ซึ่งส่งผลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลลัพธ์ต่อผู้ให้บริการ หรือทีมสุขภาพอำเภอ คือมีความรู้สึกพึงพอใจในกระบวนการกิจกรรมการดูแลคนพิการ รวมทั้งช่วยลดต้นทุนด้านค่าใช้จ่าย ด้านจำนวนของทีมเจ้าหน้าที่ได้ด้วย

แนวทางการดูแลคนพิการในชุมชนโดยความร่วมมือของทีมสุขภาพอำเภอ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปึกสำโรง สามารถช่วยพัฒนาด้านผลลัพธ์ที่มีต่อคนพิการได้ จึงควรมีการนำไปปรับใช้ตามบริบทของแต่ละชุมชนต่อไป อีกทั้งควรมีการคืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : คนพิการ, ทีมสุขภาพอำเภอ, การดูแลสุขภาพที่บ้าน

^{1*} พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปึกสำโรง (Registered nurse, Puksamrong District Health Promotion Hospital)

² ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปึกสำโรง (Public Health Technical Officer, Puksamrong District Health Promotion Hospital)

³ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม (Registered nurse, Wangmuangsaththam Hospital)

⁴ นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลแสลงพัน (Mayor of Salaengphan Municipality, Salaengphan Municipality)

* Corresponding Author: putchamon@gmail.com

Abstract

The objective of this study was to improve of home health care (HHC) for people with disabilities by the participation of district health system (DHS) team at Puksamrong Sub-district Health Promotion Hospital in Wangmuang District, Saraburi Province 2015-2018

The samples in this study were people with disabilities living in the community and the staff District health team, a total of 26 people selected specifically. Duration of study from 1 October 2015 to 30 September 2018. Study process consists of problem analysis, problem solving planning, operation, monitoring and evaluation. Data were collected using the World Health Organization Quality of Life BREF Thai version (WHOQOL-BREF-THAI). General data were analyzed with descriptive statistics.

After development of guidelines by the participation of the district health team. It was found that there were changes in the results of people with disabled. The sample was continuously receiving care and respond to the needs of people with disabilities and their families. There are house and environment improvements to support life. Provide services for people with disabilities to access government services, such as the municipality providing disabled transportation to go to receive physical therapy services at the hospital, employment of people with disabilities that can work with cooperation from private companies. These developed guidelines could enhance the quality of life of people with disabilities. The result of provider or the district health system team is the satisfaction with the process of caring for people with disabilities. As well as helping to reduce costs and number of staff teams.

Key-words: Disability, District Health System, Home Health Care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสภาพสังคมที่มีแนวโน้มการเพิ่มจำนวนของคนพิการทั้งจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และผู้สูงอายุส่วนหนึ่งกลายเป็นคนพิการมีภาวะพึ่งพิง ในปัจจุบันจึงพบว่าคนพิการเพิ่มจำนวนสูงขึ้น ประเทศไทยมีจำนวนคนพิการร้อยละ 2.89 (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2562) ในขณะที่พื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปึกสำโรง มีจำนวนคนพิการร้อยละ 3.17 และพบว่าร้อยละ 68.57 ของคนพิการทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปึกสำโรง, 2557-2561)

งานการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับคนพิการเป็นงานที่จำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง จากสภาพปัญหาที่ปัจจุบันมีจำนวนคนพิการเพิ่มสูงขึ้น แต่ยังคงขาดการได้รับการดูแลที่เพียงพอและตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการ และสืบเนื่องจากคนพิการมักถูกมองให้เป็นคนไร้ความสามารถ หรือ

เป็นภาระ ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการเนื่องจากคนกลุ่มนี้มักมีปัญหาด้านสุขภาพ มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ไม่มีความสามารถในการพาตนเองเข้าไปยังสถานบริการต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง คนพิการจึงอยู่ในสถานะที่เรียกว่า เสียเปรียบทางสังคม ไม่ได้ได้รับประโยชน์ หรือสวัสดิการในการดูแลจากภาคส่วนต่าง ๆ อย่างเต็มที่ แม้ว่าจะมีทั้งนโยบายและแผนงานต่าง ๆ ที่ตั้งจุดมุ่งหมายเพื่อการดูแลคนพิการ เช่น แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แต่ยังคงพบว่าแผนและนโยบายเหล่านี้ขาดการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของสังคม และขาดจิตสำนึกจากภาคส่วนต่าง ๆ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และประเด็นที่สำคัญคือแผนงานงานเหล่านี้ขาดแนวทางการนำไปปฏิบัติที่ชัดเจน (รุ่งเพชร สุมิตรนันท์, 2556) แนวคิดหรือนโยบายเรื่องการสร้างการมี

ส่วนร่วมของสังคมในการดูแลคนพิการ ล้วนเป็นแนวคิดการใช้ศักยภาพ ทรัพยากร และความร่วมมือต่างๆ ของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อเข้ามาช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การดำเนินงานดูแลคนพิการโดยการมีส่วนร่วมนั้นพบว่าได้ผลดี และเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการชี้ชัดว่าการพัฒนาระบบงานการดูแลคนพิการนั้น จำเป็นที่จะต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายทั้งอำเภอ ย่อมส่งผลดีกว่าการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะดำเนินการโดยลำพัง (เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ, 2553 ; ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน, 2556) ซึ่งความร่วมมือเหล่านี้ ควรเกิดขึ้นและผสมผสานเข้าด้วยกันกับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) อันเป็นการดูแลแบบครอบคลุมทุกมิติและจัดบริการให้ที่บ้าน (Lee, G., Pickstone, N., Facultad, J., & Titchener, K., 2017)

คณะผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในชุมชนได้เล็งเห็นและตระหนักถึงความสำคัญของสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาทบทวนจากเอกสารความรู้ต่าง ๆ ถึงแนวทางการดูแลที่บ้านในกลุ่มคนพิการที่อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนั้นคณะผู้วิจัยมีความตั้งใจที่จะใช้แนวคิดและหลักการ ของ R2R (Routine to Research) และ R&D for CSWI (Research and Development for Continuous and Sustainable Working Improvement) คือ กระบวนการพัฒนางานตามภารกิจหลัก หรืองานประจำให้เป็นผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานต่าง ๆ โดยวิธีการที่ไม่ยุ่งยากและสามารถปฏิบัติได้จริง (สมชาติ ไตรรักษา, 2559) มาพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในกลุ่มคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อจะก่อให้เกิดเป็นบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทุกมิติ ตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการอย่างแท้จริง และเป็นแนวทางการทำงานสำหรับผู้ปฏิบัติงานดูแลคนพิการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

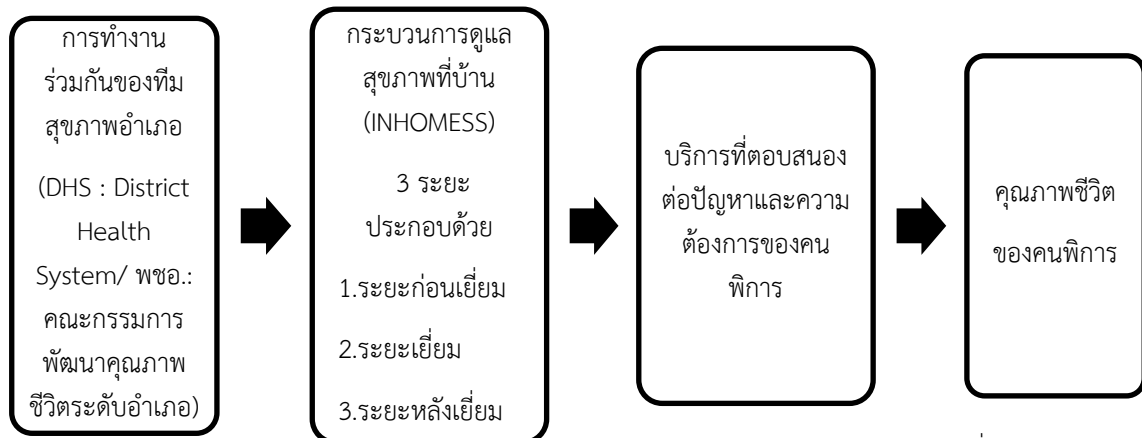
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านในกลุ่มคนพิการ โดยใช้การมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพอำเภอ

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคนพิการ ก่อนและหลังการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย R2R (Routine to Research) ครั้งนี้ สิ่งที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับคนพิการ โดยใช้การมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพอำเภอที่พัฒนาขึ้น โดยมีการปรับปรุงพัฒนาเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องด้วยการนำหลักการทำงานแบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ ณ พื้นที่ รพ.สต.ปึกสำโรง ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2558 ถึงวันที่ 30 ก.ย. 2561 การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านในกลุ่มคนพิการโดยใช้กระบวนการ INHOMESS ประกอบด้วย I:Immobility การประเมินกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว N:Nutrition การประเมินโภชนาการและอาหาร H:Housing การประเมินสภาพบ้าน O:Other People เพื่อนบ้านหรือคนที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีปัญหา M:Medication ประเมินวิธีการใช้ยา E:Examination การตรวจร่างกายและการซักถามถึงความผิดปกติ S:Services แหล่งบริการที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ S:Safety ดูความปลอดภัยของครอบครัว สภาพบ้าน อุปกรณ์ภายในบ้าน (สำนักการพยาบาล, 2556) ประกอบด้วยกิจกรรม การไปรับรู้ปัญหาร่วมกัน วางแผนดำเนินงาน จัดบริการดูแลคนพิการในชุมชนอย่างครอบคลุมปัญหาและความต้องการ และประเมินคุณภาพชีวิตของคนพิการ ก่อนและหลัง ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพอำเภอ โดยในการดูแลคนพิการแต่ละรายใช้ระยะเวลา 1 ปี แล้วทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545)

กรอบแนวคิด ในการดำเนินการวิจัย



ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาโดยการ
 คัดเลือกแบบเจาะจง โดยใช้ประชากรทั้งหมดในการ

ดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านในกลุ่มคนพิการ
 ในช่วงเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2558 ถึงวันที่
 30 ตุลาคม 2561 ประกอบด้วย คนพิการจำนวน 14 คน
 ทีมสุขภาพอำเภอ จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 26 คน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

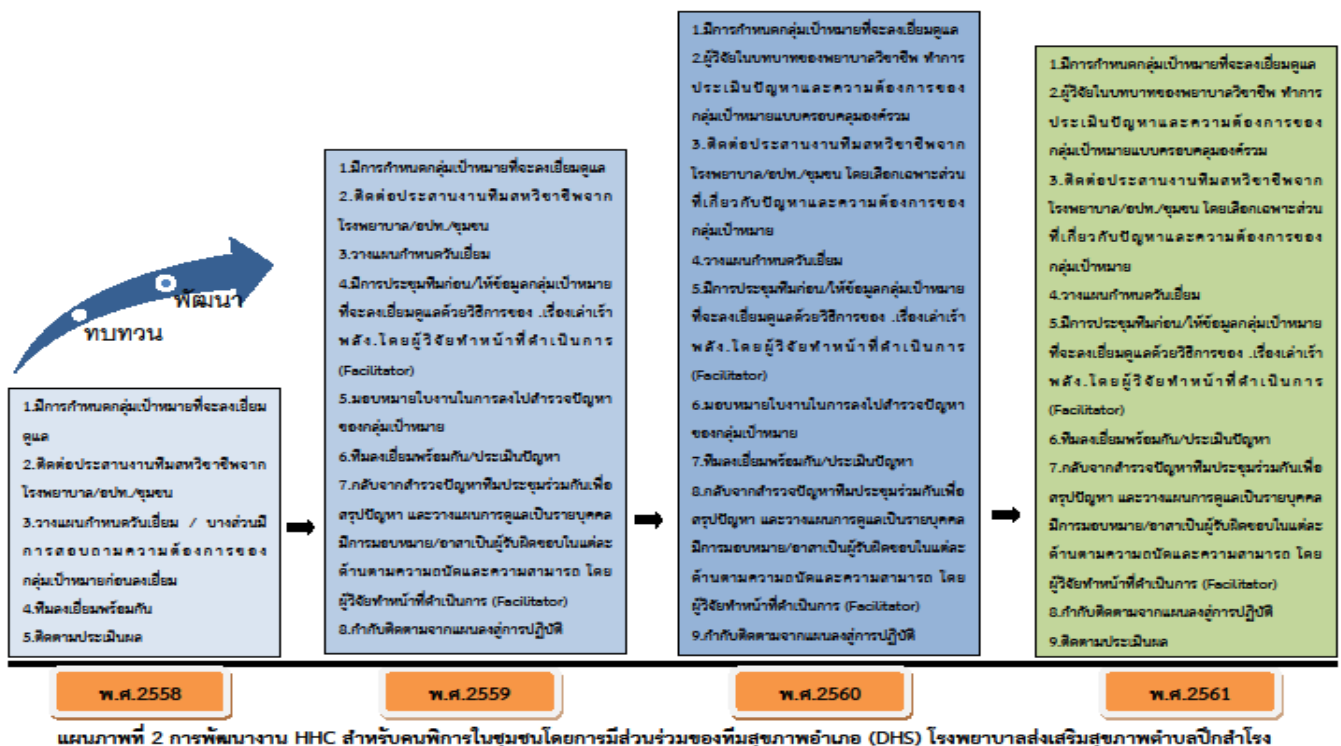
ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของคนพิการกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=14)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	28.57
หญิง	10	71.43
อายุ		
30-40 ปี	3	21.43
40-50 ปี	2	14.29
50-60 ปี	1	7.14
60 ปีขึ้นไป	8	57.14
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	8	57.14
ประถมศึกษา	5	35.71
ปริญญาตรี	1	7.14
สถานภาพ สมรส		
โสด	3	21.43
คู่ อยู่ด้วยกัน	6	42.86
หม้าย/แยกกันอยู่ / หย่า	5	35.71
ลักษณะความพิการ		
พิการทางการเคลื่อนไหว	13	92.86
พิการด้านการสื่อสาร	1	7.14
สาเหตุของความพิการ		
เจ็บป่วย/โรค	11	78.57
อุบัติเหตุ	2	14.28

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=14)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แต่กำเนิด	1	7.14

คนพิการกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 14 คน เป็นเพศหญิง 10 เพศชาย 4 คน ลักษณะความพิการร้อยละ 92.86 มีความพิการด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 7.14 พิการด้านการสื่อสาร สาเหตุของความพิการเกิดการเจ็บป่วย/โรค ร้อยละ 78.57 พิการตั้งแต่กำเนิดร้อยละ 7.14 พิการจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 14.28 อายุเฉลี่ย

เท่ากับ 57.35 ปี ก่อนเริ่มดูแลคนพิการทุกคนไม่มีรายได้จากการทำงาน การพัฒนาการดำเนินการดูแลที่บ้านในกลุ่มคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตพยาบาล ตั้งแต่ปี 2558 – 2561 มีการทบทวนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



พ.ศ. 2558 การดำเนินการดูแลคนพิการที่บ้าน พบว่ามีแนวทางการปฏิบัติคือ มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย มีการติดต่อประสานงานทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน นัดหมายเพื่อลงเยี่ยมแบบครบทีม หลังจากนั้นไม่มีกิจกรรมที่แต่ละส่วนของทีมมาวางแผนร่วมกัน การติดตามประเมินผลเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหลัก พบว่ายังไม่มีแผนการดูแลช่วยเหลือที่เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

พ.ศ. 2559 การดำเนินการดูแลคนพิการที่บ้าน พบว่ามีแนวทางการปฏิบัติคือ มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย มีการติดต่อประสานงานทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ชุมชน นัดหมายเพื่อลงเยี่ยมแบบครบทีม ก่อนจะลงเยี่ยมจะมีกิจกรรมเสริมพลัง โนม์น้าวให้ทีมอยากไปร่วมรับรู้ปัญหาและช่วยเหลือคนพิการ ด้วยกิจกรรม “เรื่องเล่า เจ้าพลึง” โดยผู้เล่าเป็นทั้งคนในชุมชน อสม. จิตอาสาและพยาบาล อีกทั้งผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลทำหน้าที่ดำเนินการ (Facilitator) ด้วย จากนั้นทีมทั้งหมด

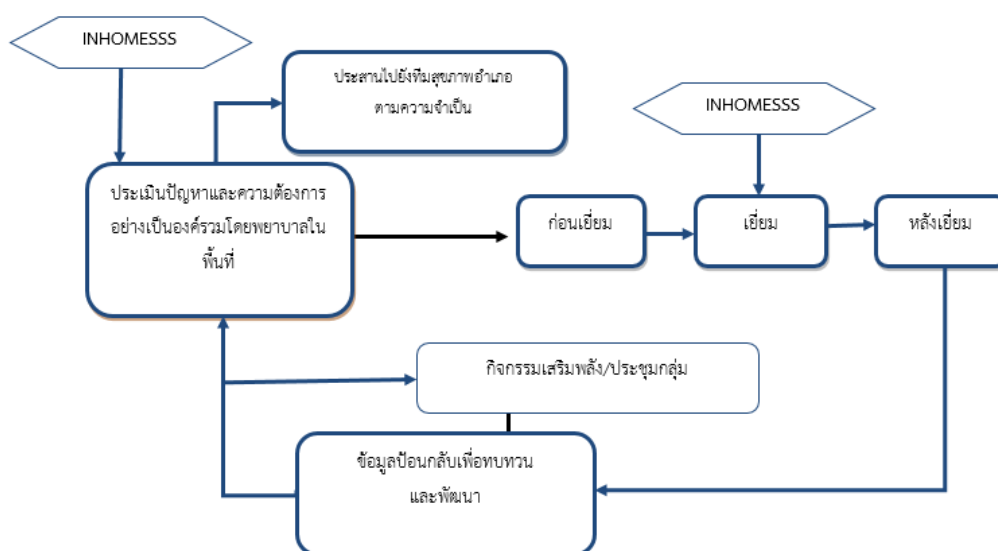
ลงพื้นที่เพื่อร่วมประเมินปัญหาและความต้องการของ
คนพิการแต่ละราย และมาร่วมวางแผนการดูแลร่วมกัน
ซึ่งเป็นแผนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง
หลังจากนั้นแต่ละภาคส่วนนำแผนไปปฏิบัติด้วยความ
รับผิดชอบของแต่ละหุ้นส่วน พยาบาลที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทในการติดต่อ
ประสานงานทั้งส่วนของเจ้าหน้าที่ และติดต่อกับผู้ป่วย
และครอบครัว รวมทั้งบุคคลอื่นๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้อง
และยังมีบทบาทในการติดตามประเมินผล ซึ่งจะพบได้
ว่าในปี 2559 พยาบาลจะทำหน้าที่ผู้จัดการทั้งหมด
(Case Manager) ของคนพิการแต่ละราย

พ.ศ. 2560 การดำเนินการดูแลคนพิการที่บ้าน
พบว่ามีความต้องการปฏิบัติคือ ใกล้เคียงกับ ปี 2559 ทุก
ประการ แต่จากการทบทวนปัญหาที่พบในการดำเนิน
ในปี 2559 พบว่า การลงเยี่ยมแบบเดิมๆ นั้นจะต้องมี
การนัดหมายทีมทั้งหมด เพื่อให้มีวันและเวลาว่างที่
สะดวกตรงกัน ซึ่งทำให้เสียเวลาในการรอ คนพิการบาง
รายเป็นคนพิการรายใหม่ มีความเร่งด่วนในการรับการ
ดูแลหรือฟื้นฟู ดังนั้นในปี 2560 นี้จึงมีการปรับเปลี่ยน

รูปแบบจากการลงเยี่ยมครั้งแรกแบบเดิมๆ โดย
ปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบที่พยาบาล (ผู้วิจัย) จะลงเยี่ยม
เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของคนพิการก่อน
ทีมโดยใช้หลักแนวคิด แบบ INHOMESSS หลังจากสรุป
ปัญหาแล้วจึงติดต่อประสานไปยังทีมสุขภาพอำเภอ
เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้อง ต่อจากนั้นเข้าสู่กระบวนการ
เหมือนปี 2559 คือ มีกิจกรรมเสริมพลัง ก่อนลงเยี่ยม
กลับมาวางแผนร่วมกัน จนกระทั่งถึงการติดตาม
ประเมินผล

พ.ศ. 2561 รูปแบบการดำเนินงานในปีนี้จะคง
รูปแบบจากปี 2560 ทุกประการ ดังแผนภาพที่ 3

จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงมีแนวทางการ
ดำเนินดำเนินการดูแลที่บ้านในกลุ่มคนพิการโดยการมี
ส่วนร่วมของทีมสุขภาพอำเภอ (District Health
System : DHS) ซึ่งต่อมาในปัจจุบันมีการเรียกชื่อใหม่
โดยมีคำย่อว่า พขอ. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) ซึ่ง พขอ.
จะมีนายอำเภอเป็นประธานในการดำเนินงาน



แผนภาพที่ 3 แนวทางการดำเนินงาน HHC รพ.สต.ปึกสำโรง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพอำเภอ

**ผลลัพธ์เชิงคุณภาพจากการดำเนินการดูแลที่
บ้าน**

คนพิการทุกคนได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยปี
ละ 1 ครั้ง ได้รับการมอบชุดของเยี่ยม/ของขวัญ จาก
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการประเมินปัญหาและ

ความต้องการ นำปัญหาและความต้องมาวางแผนเพื่อแก้ไข นำแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลอย่างครอบคลุมสำหรับคนพิการที่มีปัญหาในการดำรงชีวิตด้านต่างๆ จะได้รับการดูแลช่วยเหลือ เช่น มีการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสอดคล้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน โดยวัสดุอุปกรณ์ก่อสร้างในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยจะสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบางส่วนของชุมชนร่วมกันบริจาค สำหรับการลงแรงก่อสร้างปรับปรุงคนในชุมชนช่วยกันทำเอง คนพิการได้รับการกายภาพบำบัดตามความจำเป็นของแต่ละราย โดยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะจัดรถมารับส่งสำหรับคน

พิการที่ไม่มีรถไปทำกายภาพที่โรงพยาบาลชุมชน นายอำเภอและชมรมคนพิการช่วยประสานงานให้เกิดการจ้างงานคนพิการของบริษัทเอกชน เป็นการสนับสนุนด้านอาชีพ โดยคนพิการจะทำงานที่ สถานที่หรือหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในชุมชนของตนเอง เช่น ทำงานที่วัด โรงเรียน หรือที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้คนพิการมีรายได้เลี้ยงชีพ อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังสนับสนุนการดำเนินตามนโยบายแผนงานเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นคนพิการ โดยมีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับนักบริบาล ซึ่งกระจายไปตามชุมชนเพื่อช่วยดูแลคนพิการที่ติดบ้านติดเตียง

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของคนพิการก่อนและหลังได้รับการดูแลเป็นรายปี

ปี	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n)	คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต(Mean)		จำนวนบุคลากรในทีมที่ร่วมดูแล
		ก่อน	หลัง	
2558	4	75.50	84.50	เต็มทีม 12 คน
2559	3	76.67	93.67	เต็มทีม 12 คน
2560	3	71.33	91.33	บางส่วน 2-3 คน
2561	4	73.50	92.50	บางส่วน 2-3 คน

จากตารางที่ 2 พบว่า ปี 2558 คนพิการจำนวน 4 คน ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพอำเภอแบบเต็มทีมจำนวน 12 คน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังได้รับการดูแล (Mean=84.50) ที่สูงกว่าก่อนได้รับการดูแล (Mean=75.50)

ปี 2559 คนพิการจำนวน 3 คน ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพอำเภอแบบเต็มทีมจำนวน 12 คน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังได้รับการดูแล (Mean=93.67) ที่สูงกว่าก่อนได้รับการดูแล (Mean=76.67)

ปี 2560 คนพิการจำนวน 3 คน ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพอำเภอแบบไม่เต็มทีมจำนวน 2-3 คน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังได้รับการดูแล (Mean=91.33) ที่สูงกว่าก่อนได้รับการดูแล (Mean=71.33)

ปี 2561 คนพิการจำนวน 4 คน ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพอำเภอแบบไม่เต็มทีมจำนวน 2-3 คน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังได้รับการดูแล (Mean=92.50) ที่สูงกว่าก่อนได้รับการดูแล (Mean=73.50)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชุมชนมีศักยภาพและมีส่วนร่วม ในการดูแลคนพิการ โดยมีรูปแบบ วิธีการดำเนินงานในคนพิการแต่ละรายแตกต่างกันไปบ้าง ตามลักษณะความพิการ ตามบริบทของครอบครัวและชุมชน เช่น คนพิการบางรายมีเครือข่ายดีหรือคนในครอบครัวที่มีความสามารถในการก่อสร้างก็จะช่วยกัน ลงแรงก่อสร้างปรับปรุงสภาพบ้าน โดยได้รับการอุดหนุนงบประมาณด้านวัสดุจากองค์กรท้องถิ่น มารดา ของคนพิการรายหนึ่งกล่าวว่า “ลูกชายพิการมานานสิบกว่าปี เราต้องทนอยู่กันตามสภาพความยากจนมานาน รู้สึกดีใจเหลือเกินที่มีหลายๆ คนมาช่วยเหลือครอบครัวของเรา” คนพิการบางรายญาติต้องออกไปทำงานตอนกลางวันก็มีจิตอาสาที่จะไปคอยดูแลให้รับประทานยาและอาหารในตอนกลางวัน มีการจัดรถรับ-ส่ง คนพิการเพื่อไปรับบริการที่สถานพยาบาล เกิดการจ้างงานทำให้คนพิการมีงานทำมีรายได้ คนพิการที่ได้รับการจ้างงาน จากบริษัทเอกชนรายหนึ่ง

กล่าวว่า “การมีงานทำมีรายได้ที่แน่นอนเดือนละ 9,000 บาท ทำชีวิตของตัวเองมีคุณค่าขึ้นมาอย่างมาก ได้ช่วยออกค่าใช้จ่ายในครอบครัว ได้แบ่งเงินส่วนหนึ่งให้แม่ รู้สึกเหมือนมีชีวิตใหม่ ทั้งที่เคยหมดหวังไปแล้วว่าชีวิตนี้คงไม่มีโอกาสได้กลับมาทำงานมีรายได้เหมือนเมื่อก่อนอีก” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหลายท่าน เช่น รังสิยา นรินทร์ และเรณู มีปาน (2558) ที่พบว่าชุมชนที่ทำการศึกษามีการสร้างนวัตกรรมเพื่อการร่วมดูแลผู้สูงอายุและคนพิการในรูปแบบ “อาสาปันสุข” ให้การดูแลผู้สูงอายุและคนพิการที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียงตามสภาพปัญหา และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร พรหมจันทร์ และคณะ (2557) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมนั้นทำให้เกิดบริการที่ครอบคลุมตามสภาพปัญหา เกิดความมีคุณค่าทั้งตัวผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ภายหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลที่บ้านและนำมาใช้พบว่า การใช้ทีมสุขภาพอำเภอจากแบบเต็มทีม คือประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และบุคคลจากภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ทีมในส่วนนี้ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. จิตอาสา ตัวแทนจากองค์กรส่วนท้องถิ่น เปรียบเทียบกับใช้ทีมบางส่วนคือมีการประสานทีมเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการของคนพิการแต่ละราย พบว่ามีผลลัพธ์ของบริการที่ไม่แตกต่างกัน คือ คนพิการได้รับการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ (Case Manager) ประเมินปัญหาและความต้องการ ของคนพิการอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม แล้วจึงติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพอำเภอจากในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนให้การดูแลร่วมกับทีม กำกับติดตามประเมินผล จึงส่งผลให้คนพิการได้รับบริการที่ตอบสนองความต้องการ ไม่แตกต่างจากการลงมาเยี่ยมดูแลแบบครบทีม ซึ่งทีมบางส่วนไม่มีบทบาทในการจัดการดูแลคนพิการรายนั้น สอดคล้องกับ มาตรฐานการเยี่ยมบ้าน ของ สำนักงานพยาบาล (2556) ได้กล่าวถึงทีมว่าประกอบด้วย

พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เภสัชกร บุคลากร สาธารณสุขอื่นๆ และบุคคลจากภายนอก รัฐ/เอกชน โดยทีมสุขภาพอำเภอจากจะเข้ามาเกี่ยวข้องและดำเนินการตามสภาพปัญหาและความต้องการ เช่น ต้องการกายภาพบำบัด นักกายภาพก็จะเข้ามามีบทบาทในการจัดการบริการและการผู้สูงอายุและดูแลคนพิการ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียานุช ชัยก้องเกียรติ และคณะ (2561) ที่ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ที่พบว่าในการครั้งแรกของการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลโดยทีมสุขภาพอำเภอจากแบบครบทีม ส่วนในการเยี่ยมดูแลครั้งต่อไป จะมีการจัดบุคลากรลงไปเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการของปัญหา และต่อเนื่อง

หลังการดำเนินงาน โดยใช้การมีส่วนร่วมของ ทีมสุขภาพอำเภอ ส่งผลให้คนพิการ ได้รับการจัดบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการมากขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดูแลคนพิการแบบเดิมที่ทีมผู้ดูแลมักเป็นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นหลัก จึงเกิดบริการด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อมีการพัฒนารูปแบบการดูแลมาเป็นการใช้การมีส่วนร่วมของ ทีมสุขภาพอำเภอจึงก่อให้เกิดบริการต่อคนพิการที่หลากหลายและครอบคลุมตามสภาพปัญหาและความต้องการ ส่งผลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับหลักการพัฒนาการมีส่วนร่วมการพัฒนา งานโดยใช้ทีมสุขภาพอำเภอย่อมดีกว่าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะพัฒนาโดยลำพัง (ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต และกิตติมา โมะเมน, 2556) สอดคล้องการศึกษาของ สโตน (Stone, 1992) อ้างถึงใน เนาวรัตน์ เจียรวิวัฒนวงศ์ และคณะ (2561) ที่พบว่า การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอส่งผลให้ประสิทธิภาพของระบบบริการดีกว่า อีกทั้งยังเป็นระบบบริการที่ สอดคล้องกับวัฒนธรรม บริบทของชุมชนอีกด้วย และ สอดคล้องกับ เอกรัฐ จันทรวันเพ็ญ (2552) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชนโดยการทำงานร่วมกัน

เป็นเครือข่ายมีผลดีและต่อเนื่อง และเสนอแนะว่าการนำรูปแบบ การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มาใช้จะเกิดประโยชน์ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การมีส่วนร่วมของ ทีมสุขภาพอำเภอ ช่วยส่งผลให้ การดำเนินงาน การดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับคนพิการดีขึ้น ทั้งนี้ในแนวทางการดำเนินงานที่มีการทบทวนและพัฒนาตามสภาพปัญหาของการปฏิบัติงาน ซึ่งขาดแคลนเจ้าหน้าที่ และบุคลากรแบบเต็มทีม จึงได้มีการทดลองดำเนินงาน โดยใช้ทีมเป็นบางส่วน ทำให้การศึกษานี้พบว่า การใช้ทีมสุขภาพอำเภอเป็นบางส่วนตามปัญหาและความต้องการของคนพิการนั้น มีผลลัพธ์ของการจัดบริการที่ส่งผลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไม่ต่างจากการใช้ทีมแบบเต็มทีม จึงมีข้อเสนอแนะคือสามารถนำแนวทางการดูแลที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของ ทีมสุขภาพอำเภอไปปรับใช้กับพื้นที่อื่น ๆ อีกทั้งสามารถนำไปปรับใช้กับประชากรวัยอื่น ๆ ได้ แต่การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่มาก สำหรับการนำไปปรับใช้จึงควรมีการศึกษาอีกครั้ง

อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การเห็นความสำคัญในการดูแลคนพิการของผู้บริหารทุกระดับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งลักษณะของชุมชนที่ยังมีการพึ่งพาอาศัยกัน และการมีความเป็นเครือญาติกันของคนในชุมชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ การดำเนินงานตามแนวทางการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของ ทีมสุขภาพอำเภอเกิดผลลัพธ์ที่ดี

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป คือ ควรศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนของการลงเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง และควรศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างตัวแบบในการดำเนินงาน HHC

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายอำเภอวังม่วง สาธารณสุขอำเภอวังม่วง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังม่วง สัทธิธรรม นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลแสงพัน และทีมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลวังม่วง สัทธิธรรม ผู้นำชุมชน อสม. จิตอาสา ผู้สูงอายุและคนพิการกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ให้ข้อมูลเป็นอย่างดีในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2562). รายงานสถานการณ์ข้อมูลด้านคนพิการในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2563, จาก <http://dep.go.th/Content/View/5805/1>
- นริสา วงษ์พนารักษ์, และศิรินาถ ตงศิริ, (2556). การใช้แนวคิดการฟื้นฟูสุขภาพคนพิการโดยชุมชนในการการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6(3), 6-10.
- เนาวรัตน์ เจียรวิวัฒน์วงศ์, ดารารวรรณ รองเมือง, นัสรียา สือมะ, แววดา ขจรวันเตีย, โกมาชุม ภูผา, นิศา รัตน์ สวนสัน, และคณะ. (2561). การเรียนรู้เชิงบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอและทีมหมอครอบครัว ในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านคุณภาพ: สุขสำราญ ห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ (The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health), 3(2), 1-16.
- ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต, และ กิตติมา โมะเมน. (2556). การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(3), 18-28.

- ปริญญช ชัยก้องเกียรติ, มาริสา หะสาณะ, ชนิกันต์ สม
จारी, พวงผกา ดำรงเสรี, วรัญญา รัชกุล, และ
กันต์สิรินทร์ หมื่นรักษ. (2561). รูปแบบการ
ดูแลที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดยะลา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชน
นครินทร์, 8(3), 27-40.
- รังสิยา นารินทร์, และเรณู มีปาน. (2558). นวัตกรรม
จัดการดูแลสุขภาพของชุมชน: อาสาป็นสุข.
พยาบาลสาร, 42(4), 4-11.
- รุ่งเพชร สุมิตนันท์. (มปป.). การขับเคลื่อนแผนพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ.
2555-2561 สู่การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม. สืบค้น
เมื่อ 3 มีนาคม 2562, จาก
http://www.tps10.org/index.php?option=com_content&view=article&id=132&Itemid=195.
- รัชนี สรรเสริณ, เภยจวรรณ ทิมสุวรรณ, และวรรณรัตน์ ลาวัง.
(2558). การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้
ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน. วารสารการ
พยาบาลและการศึกษา (Journal of Nursing
and Education), 6(3), 25-41.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ปิรพรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่ม
ไพศาลชัย. (2541). คุณภาพชีวิตของไทยในภาวะ
วิกฤตเศรษฐกิจ. ทู่นสนับสนุนจากกรม
สุขภาพจิต. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวง
สาธารณสุข. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน.
กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต พรหมจันทร์, สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ, วีรศักดิ์ เบ็ญอะห
ลี, จินตนา ดั่งพาน, หรือก๊ิบะ บุญโส๊ะและนุชริ
นทร์ คงสินทร์. (2557). การพัฒนาระบบการ
ดูแลคนพิการอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้าน
สุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ
การสาธารณสุขภาคใต้ (The Southern College
Network Journal of Nursing and Public
Health), 2(1), 37-51.
- สมชาติ โตรักษา. (2559). R2R: การพัฒนางานตามภารกิจ
หลักสู่งานวิจัย. Rajabhat J. Sci. Humamit.Soc
Sci, 16(2), 142-155
- สุริยัน นันทา, ชัยวัฒน์ บัวเนี่ยว, และเกษณ ขุนลึก.(2561).
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพธิ์
อำเภอบำบ่ง จังหวัดหนองคาย. วารสารการ
พยาบาล การสาธารณสุข. และการศึกษา, 97-
110.
- เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ. (2552). บทเรียนการดำเนินงานเพื่อ
พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วย
บริการประจำ (เขตชนบท) เครือข่ายบริการ
สุขภาพ อำเภอสหัส จังหวัดนครราชสีมา.
สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2562, จาก
<https://www.gotoknow.org/posts/286437>
- Lee, G., Pickstone, N., Facultad, J., & Titchener, K.
(2017). The future of community nursing:
Hospital in the Home. British Journal of
Community Nursing, 22(4), 174-180.