

ระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการ:

การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาแนววิพากษ์*

Community care system for people with disabilities:

Critical ethnography

เบญจยามาศ พิลายนต์ วท.ม.** ขนิษฐา นันทบุต Ph.D.***

Benjayamas Pilayon M.Sc.** Khanitta Nuntaboot Ph.D.***

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2560

Volume 40 No.2 (April-June) 2017

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแนววิพากษ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของตำบลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 137 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่าเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการดูแลคนพิการมี 3 ลักษณะคือ กรณีทั่วไป กรณีฉุกเฉิน และกรณีเกิดภัยพิบัติ ทำให้มีการจัดการของชุมชนโดยสนับสนุนอาสาสมัครชุมชนใน 7 ลักษณะคือ สร้างการเรียนรู้ สร้างกลไกการผลักดันในทุกระดับ สร้างการมีส่วนร่วม สร้างคน ระดมทุนและทรัพยากร สร้างข้อตกลงพื้นที่ และมีความสามารถในการจัดการความร่วมมือระหว่างองค์กร นำไปสู่ผลลัพธ์ต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมีอาสาสมัครชุมชนเป็นปัจจัยเงื่อนไขสำคัญในการดูแลคนพิการ

คำสำคัญ: การดูแล คนพิการ ระบบการดูแลของชุมชน

Abstract

The purpose of this critical ethnography was to study the community care system for people with disabilities based on the social and cultural context of a community in the North of Thailand. The data were collected by observation, in-depth interviews and focus group discussion with 137 informants. The data were analyzed using content analysis. The results revealed that there were three types of incidents resulting in care of people with disabilities, including general cases, emergency cases and disaster cases. These resulted in the community management by supporting community volunteers in seven aspects: creating learning, creating a mechanism to push at all levels, creating participation, creating man power, raising funds and resources, creating area agreement and having the ability to manage cooperation among organizations, which would lead to the promotion of quality of life for people with disabilities. The community volunteer is an important factor in caring for people with disabilities.

keywords: care, disability, community care system

*Thesis of the Doctor of Philosophy in Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Ph.D. Nursing student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

ประชากรทั่วโลก ร้อยละ 15 เป็นผู้ที่มีความพิการ¹⁻² และสถานการณ์คนพิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากผลการสำรวจข้อมูลคนพิการในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2550 มีคนพิการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.7 เป็นร้อยละ 2.0 ซึ่งปัจจุบันพบว่า มีคนพิการประมาณ 1.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งประเทศ³ สาเหตุของความพิการส่วนใหญ่เกิดจากการเจ็บป่วย (ร้อยละ 52) อุบัติเหตุ (ร้อยละ 11) พิกัดแต่กำเนิด (ร้อยละ 5) พันธุกรรม (ร้อยละ 2) และไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 30) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความพิการมากที่สุด ซึ่งมีปัจจัยที่จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของคนพิการ ได้แก่ ลักษณะโครงสร้างประชากรที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ อุบัติเหตุทางถนน อุบัติเหตุจากการทำงาน ภัยพิบัติ² การเกิดความพิการได้ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมของคนพิการ ครอบครัว ชุมชนและสังคม

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ^{1, 3-4} พบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีความขาดแคลนปัจจัยในการดำรงชีพ มักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ถูกทารุณกรรม มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้คนพิการยังขาดผู้ดูแลและมีความยากลำบากในการดูแลตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากรัฐเป็นหลัก เงินเบี้ยความพิการไม่เพียงพอต่อความจำเป็นในการดำรงชีวิตในยุคปัจจุบัน ยังต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินและสวัสดิการอื่นๆ เพิ่มเติมจากรัฐ รวมทั้งคนพิการวัยแรงงานส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ การส่งเสริมอาชีพจากรัฐยังไม่ทั่วถึง และกลุ่มคนพิการไม่ได้รับการศึกษา จึงเห็นได้ว่ามีปัจจัยทางสังคมแตกต่างหลากหลายที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบการดูแลคนพิการโดยภาครัฐ ซึ่งเป็นการดำเนินงานร่วมกันของแต่ละกระทรวง เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงมหาดไทย ยังพบข้อจำกัดของการจัดบริการภาครัฐที่ไม่ได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการช่วยเหลือดูแลที่หลากหลาย เช่น คนพิการมีข้อจำกัดการเข้าถึงสวัสดิการหรือบริการจากรัฐ มีปัญหาสุขภาพยากจน มีหนี้สิน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่รู้สิทธิตามที่กฎหมายกำหนด ขาดโอกาสในการเข้ารับการศึกษาดูแลการยอมรับจากชุมชน การช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐมีความไม่เป็นธรรม ขาดความโปร่งใส ลำช้าและไม่ทั่วถึง⁵ รวมทั้งยังมีข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความรู้สึกยากลำบากต่อการดูแลสุขภาพตนเองและการจัดการงานบ้าน⁶ ถูกแยกจากสังคม และถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น⁷

ภายใต้ปรากฏการณ์และการทบทวนองค์ความรู้⁵⁻⁷ พบช่องว่างองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยใน 3 ประเด็น 1) ขาดการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ เช่น วิธีการดำรงชีวิต ปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือในชุมชน 2) ชุมชนหลายพื้นที่มีศักยภาพในการจัดการกับปัจจัยสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการโดยมีวัฒนธรรมการดูแลที่เติมเต็มการทำงานจากรัฐได้ แต่ยังขาดการสังเคราะห์ระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการที่สะท้อนการทำงานของแต่ละภาคีหุ้นส่วนเพื่อให้เข้าถึงวิธีการจัดการดูแลตามบทบาทของแต่ละภาคส่วน และ 3) ขาดการวิเคราะห์ผลลัพธ์และปัจจัยเงื่อนไขการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต้องร่วมจัดระบบการดูแลคนพิการกับชุมชน จึงต้องการศึกษาระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการเพื่อตีแผ่สถานการณ์การดูแลคนพิการของชุมชนในแต่ละสถานการณ์อย่างลึกซึ้งโดยใช้การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาแนววิพากษ์⁸⁻⁹ เพื่อทำความเข้าใจวัฒนธรรมการดูแลของชุมชน เปิดทางเลือกใหม่ให้เห็นการจัดการโดยชุมชน สู่การสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและน่านโยบายลงสู่การปฏิบัติเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการที่มีความสอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ชุมชนที่ศึกษา ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ การดูแลคนพิการและสังเคราะห์ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการ ตามบริบทสังคม วัฒนธรรมชุมชน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาแนววิพากษ์ (critical ethnography) เพื่อศึกษาระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการ

พื้นที่การวิจัย ผู้วิจัยเลือกตำบลแห่งหนึ่งในภาคเหนือของประเทศไทย เนื่องจากเป็นพื้นที่ตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาวะคนพิการระดับประเทศ มีการพัฒนาหลักสูตรของชุมชนเพื่อให้พื้นที่อื่นได้มาเรียนรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนซึ่งครอบคลุมประเด็นการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการ¹⁰

ผู้ให้ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก 119 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการดูแลคนพิการ ได้แก่ (1) กลุ่มคนพิการ ที่ครอบคลุมความพิการทุกประเภท ประกอบด้วย ความพิการทางการเห็น ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ความพิการทางการเคลื่อนไหว ความพิการทางจิตหรือพฤติกรรม ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางออทิสติก รวมทั้งกลุ่มพิการซ้ำซ้อน 35 คน¹¹ (2) ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน 29 คน (3) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลคนพิการในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน 11 คน เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ 6 คน กลุ่มองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องและสร้างผลกระทบทางตรงต่อคนพิการ 38 คน และ 2) ผู้ให้ข้อมูลรอง 18 คน ได้แก่ กลุ่มองค์กรชุมชนที่สร้างผลกระทบทางอ้อมต่อคนพิการ 9 คน เครือข่ายร่วมดำเนินการในพื้นที่

5 คน และเครือข่ายนอกพื้นที่ 4 คน รวมทั้งสิ้น 137 คน แบ่งเป็นเพศชาย 38 คน เพศหญิง 99 คน อายุระหว่าง 12-88 ปี

การเข้าพื้นที่และการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพื้นที่อย่างไม่เป็นทางการตั้งแต่ พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2557 จากการเข้าไปเรียนรู้ทักษะการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และลงพื้นที่อย่างเป็นทางการ ระหว่าง มีนาคม พ.ศ. 2558 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2559 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่และประสานงานกับนักวิชาการสาธารณสุขที่ผู้วิจัยรู้จัก (gate keeper) เพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการในพื้นที่ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ แหล่งเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับการดูแลคนพิการ และผู้นำชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลัก โดยผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพในงานวิจัยของอาจารย์ที่ปรึกษา เช่น วิธีการกำหนดโจทย์การวิจัย การออกแบบการวิจัย เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูลภาคสนาม การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น 2) แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกคนพิการและผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง 3) แนวทางการสนทนากลุ่ม การจัดการดูแลของกลุ่มผู้ดูแล 4) แบบบันทึกภาคสนาม ประกอบด้วย การจดบันทึกด้วยการบันทึกสรุปประเด็น ใช้สัญลักษณ์ในการจดบันทึก การจำแนกข้อมูลและทำลูกศรเชื่อมโยงในแต่ละประเด็น และ 5) แนวทางการศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการศึกษาบริบท ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่ โดยได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร พูดคุยกับแกนนำชุมชน จำนวน 6 คน จัดทำแผนที่ทุนทางสังคมในแต่ละหมู่บ้าน จัดทำแผนที่สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการในตำบล 2) ระยะศึกษาสถานการณ์การดูแล

คนพิการในชุมชน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การบันทึกภาคสนาม และการศึกษาเอกสาร มีผู้ให้ข้อมูล 137 คน จะเห็นได้ว่าผู้วิจัยได้ตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย (multiple methods of data collection) ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกคนพิการ ครอบครัวและผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง คนละ 1 ครั้ง ไม่เกิน 30-45 นาที เก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว (saturation) คือ เก็บข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อให้แน่ใจว่าเป็นข้อมูลที่แน่น (rich) และดำเนินการเก็บข้อมูลจนไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น รวมทั้งยังมีการเติมเต็มข้อมูลในส่วนที่ยังไม่ชัดเจน มีการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง กลุ่มละ 5 คน ครั้งละ 45 - 60 นาที การศึกษาจากเอกสาร เช่น เอกสารโครงการตำบลสุขภาวะ เอกสารสรุปผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน แผนพัฒนาตำบล เป็นต้น 3) **ระยะสังเคราะห์ข้อเสนอ** ผู้วิจัยได้จัดเวทีระดมสมองเพื่อสอบถามข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) พร้อมทั้งนำเสนอร่างข้อเสนอแนะต่อชุมชนเพื่อเติมเต็มความสมบูรณ์ของข้อเสนอ ผู้เข้าร่วมกระบวนการจัดเวทีระดมสมอง ประกอบด้วย ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ อบต. พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักศึกษาที่เข้ามาฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่ แกนนำศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) แกนนำธนาคารขยะ แกนนำกลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ และอาสาสมัครชุมชน จำนวน 28 คน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล¹²⁻¹³ ผู้วิจัยได้ใช้ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (prolong involvement) โดยใช้ระยะเวลา 15 เดือน และตรวจสอบข้อมูลแบบสอบสามเส้า (triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องจากหลายแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน (data triangulation) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation)

โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการศึกษาจากเอกสาร เป็นต้น การตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (peer debriefing) ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลไปตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลในภาคสนาม โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)^{9,14} การวิเคราะห์ตามช่วงเวลา (time line)¹⁵ ตารางวิเคราะห์แบบเมทริกซ์ (matrix analysis) และจำแนกแยกประเภทข้อมูล (typology)¹⁴

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 582010 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรม 3 ประการ ได้แก่ 1) หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) ด้วยการแนะนำตัวอย่างเคารพ นอบน้อม แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย การขอคำยินยอม หากกรณีเป็นผู้ไร้ความสามารถจะขอความยินยอมจากบิดา มารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมายกำหนด รวมทั้งได้ปกปิดความลับของผู้ให้ข้อมูล 2) หลักคุณค่า ไม่ก่ออันตราย (beneficence) ผู้วิจัยได้กำหนดรายชื่อและประสานผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า รวมทั้งอธิบายประโยชน์ของงานวิจัยและแจ้งว่าจะไม่มีอันตรายใดที่เกิดจากการให้ข้อมูล และ 3) หลักยุติธรรม (justice) ผู้วิจัยไม่มีการแบ่งแยกกลุ่มหรือเลือกปฏิบัติกับผู้ให้ข้อมูลที่ต่างชนชั้นทางสังคมและเศรษฐกิจ

ผลการศึกษา

พื้นที่ศึกษามีจำนวนคนพิการ ในฐานข้อมูลตำบล พ.ศ. 2558 จำนวน 165 คน ใน พ.ศ. 2559 จำนวน 215 คน จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่าชุมชนได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งวิเคราะห์ได้จากประชากรของตำบล จำนวน 15,009 คน มีผู้สูงอายุจำนวน

1,764 คน (ร้อยละ 11.75) เป็นกลุ่มติดเตียงที่อาจจะมีความพิการ จำนวน 488 คน (ร้อยละ 27.66) ซึ่งต่ำลงดังกล่าวดังกล่าวได้มีการจัดการดูแลคนพิการที่ครอบคลุมการดูแลในแต่ละสถานการณ์ทั้งในกรณีทั่วไป กรณีฉุกเฉินและกรณีเกิดภัยพิบัติ รวมทั้งได้จัดการดูแลด้านป้องกันความพิการ รักษาและฟื้นฟูสุขภาพคนพิการในบทความนี้นำเสนอ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการดูแลช่วยเหลือคนพิการในชุมชน 2) การจัดการดูแลคนพิการของชุมชน 3) ผลลัพธ์ของระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการ และ 4) ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ

ส่วนที่ 1 เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการดูแลช่วยเหลือคนพิการ มี 3 เหตุการณ์ ดังนี้

1) เหตุการณ์กรณีทั่วไป หมายถึง วิธีชีวิตคนพิการและครอบครัวที่สามารถดูแลตนเองได้ คนพิการสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองหรือครอบครัวของคนพิการสามารถจัดการดูแลได้ด้วยตนเอง รวมทั้งวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนซึ่งมีปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ก่อให้เกิดความพิการ เช่น พฤติกรรมการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นต้น “...ช่วยตัวเองได้และไปรับจ้างล้างจาน ได้วันละ 280 บาท มีเงินจะเอาฝากไว้ในบัญชีอยู่ มีแต่ไม่มีเยอะ เอาเงินคนพิการไปฝากฝากได้เป็นบางเดือน...” (คนพิการทางการเรียนรู้ 36 ปี) ชุมชนได้มีการออกแบบการดูแลช่วยเหลือคนพิการในเหตุการณ์ทั่วไป 3 ลักษณะคือ การดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันความพิการ การดูแลช่วยเหลือเพื่อการรักษาสุขภาพ และการดูแลช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพคนพิการ ดังนี้

การดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันความพิการ ชุมชนมีการดำเนินงานและกิจกรรมสำหรับสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนเพื่อป้องกันความพิการ เช่น จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ติดตั้งสัญญาณขอความช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการที่ต้องอยู่ตามลำพัง จัดกิจกรรมออกกำลังกาย พัฒนानโยบายสาธารณะ พัฒนาวัดกรรมส่งเสริมสุข

ภาพ จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ จัดทำธรรมนูญสุขภาพ จัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นสำหรับการดูแลคนพิการ จัดโครงการโรงเรียนพ่อแม่สำหรับคู่สมรสที่วางแผนมีบุตร จัดตั้งศูนย์พัฒนาครอบครัว (ศพค.) จัดตั้งกลุ่มใกล้เคียงข้อพิพาทเพื่อป้องกันปัญหาทางสังคม จัดบริการฮอตไลน์สุขภาพจิต (hot line) “...ตอนนี้เรากำลังทำโรงเรียนพ่อแม่ ซึ่งเป็นเรื่องของพ่อแม่่มือใหม่ที่เรารู้ได้เรียนรู้ด้วยกันว่า ก่อนที่จะคลอดลูกจะต้องทำอย่างไร เพื่อให้ลูกเกิดมามีความสมบูรณ์ครบพร้อม ต้องมาคุยกันและศึกษาว่าเราจะดูแลตัวเองยังงัย ไม่ว่าชายหรือหญิงต้องมีการเตรียมพร้อม...” (ผู้บริหาร อบต. 51 ปี)

การดูแลช่วยเหลือเพื่อรักษาสุขภาพคนพิการ ชุมชนมีการดำเนินงานและกิจกรรม เช่น บุคลากรทางการศึกษาได้ฝึกทักษะการดูแลเด็กพิเศษ การพัฒนาความรู้และทักษะสำหรับคนพิการและผู้ดูแล การตรวจรักษาในสถานบริการสุขภาพ การจัดการบริการสุขภาพที่บ้าน การตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพคนพิการ การพัฒนาผู้ดูแล (caregiver) อพมก. อสม. จัดกิจกรรมให้ความรู้คนพิการเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงสำหรับคนพิการทางจิตหรือพฤติกรรม เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น รวมทั้งสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพ มีหลักสูตรสร้างการเรียนรู้เป็นที่ศึกษาดูงานและทำวิจัยร่วมกับสถาบันวิชาการ “...ปี 2553 เรามีโครงการการเยี่ยมบ้านคนพิการ ลงไปในพื้นที่มากขึ้น รู้จักชุมชนมากขึ้นและก็รู้จักคนไข้มากขึ้น แล้วเรามีสัมพันธ์ภาพกับโรงพยาบาลจังหวัดที่ตี มีนักกายภาพและนักกิจกรรมบำบัดลงพื้นที่กับเราด้วย...” (พยาบาลวิชาชีพ 51 ปี)

การดูแลช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพคนพิการ ชุมชนมีการดำเนินงานและกิจกรรม เช่น พัฒนาระบบฐานข้อมูลและนำใช้ข้อมูลในการออกแบบการทำงานสำหรับฟื้นฟูสุขภาพคนพิการ จัดตั้งธนาคารกายอุปกรณ์ จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุในชุมชน จัดสวัสดิการสังคม เช่น กองทุน กลุ่มจิตอาสา จัดสรรที่ดินหรือบ้านสำหรับคนพิการยากจน และการดูแลให้คนพิการเข้าถึงสิทธิ เป็นต้น “...มันมี

หลาย ๆ อย่างเหมือนกันนะค่ะกับคนพิการ หนึ่งในตามสิทธิของเขาเขาจะมีเบี้ยยังชีพ ข้อสองเราจะมีศูนย์ฟื้นฟูให้เขาในเรื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีกายภาพ มีเรื่องอาชีพที่จะต้องช่วย มีเรื่องของการเยี่ยม การดูแลชีวิตความเป็นอยู่ต่าง ๆ เรื่องบริการรถรับ-ส่ง การเข้าถึงองค์กรการจ้างงานคนพิการคือ พยายามให้เขามีโอกาสประกอบอาชีพคนพิการนะค่ะ การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ทางลาด ที่จอดรถ ภายอุปกรณ์....” (เจ้าหน้าที่ อบต. 37 ปี)

2) เหตุการณ์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ลักษณะ คือ 1) คนพิการที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น เลือดกำเดาไหล ปวดตามร่างกาย ศีรษะบวม น้ำ ชัก หมดสติ 2) คนพิการที่เกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม สายปัสสาวะหลุด 3) คนพิการที่เกิดจากภัยทางสังคม เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกข่มขืน และ 4) คนพิการที่เกิดจากความพิการทางจิตหรือพฤติกรรม เช่น คลุ้มคลั่ง เห็นภาพหลอน หวาดกลัว เอะอะไว้วาย การดูแลช่วยเหลือของชุมชน ประกอบด้วย พัฒนาอาสาสมัครดูแลคนพิการซึ่งเป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) กระจายในแต่หมู่บ้าน จัดบริการรถกู้ชีพฉุกเฉิน (EMS) รับ-ส่ง พัฒนาทักษะช่วยฟื้นคืนชีพ จัดตั้งบ้านพักฉุกเฉิน และทีมเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่จะป้องกันภัยทางสังคม “...มีจิตเวชไปส่งเมื่อคืนคลุ้มคลั่ง เอะอะไว้วาย ตอนนี้เราจะได้รับคำสั่งโดยตรงจากศูนย์ ถ้ามีกรณีเคสอะไรขึ้นมาเขาก็จะวิทยุเข้าศูนย์ตรงนี้แล้วเราก็จะออกไปที่เกิดเหตุ แล้วถ้าประเมินแล้วเกินกำลังเราก็จะวิทยุกลับมาขอความช่วยเหลือเพิ่ม แต่เบื้องต้นเราทำได้ระดับซีพีอาร์ (CPR) เจ้าหน้าที่ของเราอบรมทุกปี...” (แกนนำกลุ่มอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน 48 ปี)

3) เหตุการณ์ภัยพิบัติ ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ 1) เกิดภัยทางธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม พายุ แผ่นดินไหว หมอกควัน 2) เกิดอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น เกิดไฟไหม้ และ 3) เกิดโรคระบาด เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคไข้อยู่ติดออก เป็นต้น การดูแลช่วยเหลือของชุมชน ประกอบด้วย จัดตั้งทีมกู้ภัยการทำ

แผน ได้แก่ แผนที่จุดเสี่ยง แผนที่บ้านอาสาสมัครชุมชน แผนที่บ้านคนพิการจัดเก็บในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (geographic information system: GIS) การให้ความรู้กับประชาชน การจัดทำและซ่อมแผนบรรเทาสาธารณภัย การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอัคคีภัยกับประชาชน กรณีเกิดเหตุการณ์โรคระบาด มีจุดรับแจ้งเหตุการณ์รวมทั้งจัดทีมสืบสวนและอาสาสมัครชุมชนสามารถลงพื้นที่ควบคุมโรคทันที “...ในพื้นที่ พอเราได้รับแจ้งเหตุ ถ้าอย่างศึกษาสงเคราะห์จะอยู่ หมู่ 4 จะเป็นกลุ่มอสม. ถ้าเป็นพวกโรคระบาดต่าง ๆ ก็จะเป็นกลุ่มอาสาสมัคร (อสป.) อย่างตอนไข้ดำ เขาก็ลงไปสำรวจเรื่องของอาหาร ก็จะไปล้างไปทำความสะอาด ถ้าเป็นไข้เลือดออก อสป. ก็จะไปพ่นยา เขาจะรู้ด้วยบทบาทของเขาอยู่แล้ว...” (พยาบาลวิชาชีพ 51 ปี)

ส่วนที่ 2 วิธีการจัดการของชุมชน เกิดจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการดูแลช่วยเหลือคนพิการ ส่งผลให้ภาคีหลักในชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์การหลัก¹⁶ ในการจัดการของชุมชน ได้แก่ 1) อบต. 2) ท้องที่ คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 3) หน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และ 4) ภาคประชาชน ได้มีวิธีการจัดการด้วยการสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มอาสาสมัครชุมชน 7 ลักษณะ ได้แก่ 1) สร้างการเรียนรู้ มีการดำเนินงานและกิจกรรม เช่น การพัฒนาและนำใช้ระบบฐานข้อมูลตำบล (Thailand Community Network Appraisal Program: TCNAP)¹⁶ การจัดทำแฟ้มสะสมงานของ อสม. เพิ่มช่องทางการสื่อสารในกลุ่มอาสาสมัครชุมชน การพัฒนาหลักสูตรมหาวิทยาลัยซึ่งได้จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานของพื้นที่ การวิจัยชุมชนเพื่อค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนด้วยการวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณนาแบบเร่งด่วน (rapid ethnographic community assessment process: RECAP)¹⁷ การประชาสัมพันธ์ และการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ และโรงเรียนพ่อแม่ เป็นต้น 2) สร้างกลไกการผลักดันในทุกกระดับ มีการดำเนินงานและกิจกรรมทั้งใน

ระดับกลุ่มและระดับเครือข่าย เช่น การพัฒนาแกนนำ แหล่งเรียนรู้ให้หน่วยงานเข้ามาร่วมดูแลคนพิการ รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครชุมชน 3) **สร้างการมีส่วนร่วม** มีดำเนินงานและกิจกรรม เช่น การดำเนินการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมด้วยการจัดทำแผนตำบล การจัดทำประชาคมระดับหมู่บ้าน การจัดประชุมเครือข่ายประจำเดือน การใช้ข้อมูลในการวางแผนและออกแบบบริการสุขภาพ 4) **สร้างคน** มีการดำเนินงานและกิจกรรม เช่น การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครชุมชน การสร้างอาสาสมัครชุมชนรุ่นใหม่ เช่น อาสาสมัครชุมชนผู้สูงอายุ อาสาสมัครชุมชนเด็กและเยาวชน เป็นต้น รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานในชุมชน เช่น อบต. โรงพยาบาล โรงเรียน 5) **ระดมทุนและทรัพยากร** มีการดำเนินงานและกิจกรรม เช่น การจัดตั้งกองทุน การสมทบกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การบริจาคกายอุปกรณ์และสิ่งของสำหรับคนพิการ ให้แหล่งเรียนรู้ที่มีรายได้ร่วมจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการ และการใช้แหล่งประโยชน์ เช่น วัด ลานกีฬา ป่าช้า พื้นที่ของโรงพยาบาล สถานที่ของภาคเอกชน 6) **สร้างข้อตกลงพื้นที่** มีการดำเนินงานและกิจกรรม เช่น การจัดทำข้อบัญญัติคนพิการ การพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น การจัดทำแผนชุมชน และการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ และ 7) **มีความสามารถในการจัดการความร่วมมือระหว่างองค์กร** มีการดำเนินงานและกิจกรรม เช่น การจัดทำบันทึกความร่วมมือกับหลายภาคี จัดประชุมภาคีเครือข่าย ทั้งในส่วนของหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานการศึกษา หน่วยงานด้านสวัสดิการสังคม กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร (non-governmental organizations: NGO) การสร้างความร่วมมือกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สปสช. และกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการ มี 2 ลักษณะคือ 1) **ผลลัพธ์**

ต่อชุมชน ได้แก่ เกิดชุมชนช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ประชาชนมีความเป็นพลเมืองโดยมีความตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการในชุมชน เกิดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ เกิดหลักสูตรสร้างการเรียนรู้จากการสังเคราะห์รูปธรรมในพื้นที่ มีผู้นำการเปลี่ยนแปลง และเกิดการดูแลทั้งกรณีทั่วไป อุกเหตุน และภัยพิบัติ ครอบคลุมมิติของการป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของคนพิการ เกิดนวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพ 2) **ผลลัพธ์ต่อคนพิการ** ได้แก่ คนพิการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการยกระดับคุณภาพชีวิตคนพิการ มีพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับคนพิการ คนพิการได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพส่งผลให้คนพิการมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีการสร้างอาชีพ สร้างรายได้แก่คนพิการและครอบครัว

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการ ประกอบด้วย 10 ปัจจัย ได้แก่ 1) การสร้างภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานต่างๆ เช่น สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โรงพยาบาล สถาบันการศึกษา หน่วยงานราชการในพื้นที่ เอ็นจีโอ สปสช. กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน 2) การนำใช้ทุนทางสังคม ได้มีการทำวิจัยชุมชน นำสู่การพัฒนาแหล่งเรียนรู้และหลักสูตรการเรียนรู้เพื่อเป็นสถานที่ศึกษาดูงานทั่วประเทศ 3) การถ่ายโอนสถานีนอนาถา ทำให้เกิดการใช้ออกแบบการทำงาน และประสานการทำงานสะดวก รวดเร็ว 4) การพัฒนานโยบายระดับท้องถิ่น เช่น การจัดทำข้อบัญญัติเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล ผู้นำมีการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ การจัดตั้งกองทุนคนพิการ 5) การมีผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้วยกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของ อบต. การพัฒนากลุ่มอาสาสมัครชุมชน การศึกษาดูงานของแกนนำชุมชน 6) การสร้างความเป็นพลเมือง โดยมีการดำเนินงานและกิจกรรม เช่น การจัดทำรางวัลเชิดชูคนดีของตำบล การพัฒนาหลักสูตรถ่ายทอดอาสาสมัครชุมชนรุ่นสู่รุ่น การประชาสัมพันธ์ของอาสาสมัครชุมชนด้วยการบอกปาก

ต่อปาก 7) การสร้างการเรียนรู้ร่วมของประชาชนและเครือข่าย โดยมีการดำเนินงานและกิจกรรม เช่น การจัดเวทีประชาคม การจัดประชุมหารือในการลงมติช่วยเหลือคนพิการ 8) การใช้วัฒนธรรมท้องถิ่นในการสร้างการมีส่วนร่วมโดยมีการดำเนินงานและกิจกรรม เช่น การระดมทุนคน เงินและทรัพยากร การใช้พื้นที่วัดในการทำกิจกรรม 9) การนำใช้ข้อมูลในการออกแบบการดูแล เช่น การนำผลของระบบฐานข้อมูลตำบลไปจัดทำโครงการ การทำวิจัยชุมชนเพื่อค้นหาทุนทางสังคมในการร่วมดูแลคนพิการ และ 10) การจัดบริการสาธารณะที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการช่วยเหลือดูแลคนพิการของ อปท. เช่น การจัดบริการรถรับ-ส่งเพื่อเข้าร่วมกิจกรรม การปรับปรุงที่อยู่อาศัย การจัดตั้งกองทุนคนพิการ การจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครชุมชนสำหรับดูแลคนพิการ เป็นต้น

อภิปรายผล

จากข้อค้นพบเกี่ยวกับระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการ สะท้อนการจัดการตนเองของชุมชนด้วยการสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มอาสาสมัครชุมชน ดังนี้

การใช้ศักยภาพทุนทางสังคมในการดูแลคนพิการ ระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการประกอบด้วย ทุนทางสังคม ได้แก่ ผู้นำชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และกลุ่มองค์กรชุมชน องค์ประกอบของทุนทางสังคมในการดูแลคนพิการ ทุนทางสังคม¹⁸ ประกอบด้วย ความไว้วางใจ (trust) บรรทัดฐาน (norm) และเครือข่าย (network) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่เกิดการรวมกลุ่มต่าง ๆ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานจากการวิเคราะห์งานและกิจกรรมของทุนทางสังคมที่สร้างผลกระทบต่อคนพิการของพื้นที่ศึกษามีการพัฒนาทุนมนุษย์ (human capital) และเชื่อมโยงไปยังทุนทางสังคมกลุ่มอื่น ๆ โดยอาศัยเครื่องมือสำหรับการดำเนินงานและกิจกรรม เช่น การวิจัยชุมชนเพื่อค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพในการจัดการ

ตนเองในระบบสุขภาพชุมชน รวมทั้งการสรุปทบทวนเพื่อพัฒนาหลักสูตรสร้างการเรียนรู้ของทุนสังคม สอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคม¹⁷ ที่กล่าวถึงลักษณะทุนทางสังคมของสมาชิกที่รู้จักกัน (bonding social capital) โดยมีวิธีการจัดการตนเองของทุนทางสังคม 7 ลักษณะ¹⁹ ประกอบด้วย สร้างการเรียนรู้สร้างกลไกการผลักดันในทุกระดับ สร้างการมีส่วนร่วม สร้างคน ระดมทุนและทรัพยากร สร้างข้อตกลงพื้นที่ และมีความสามารถในการจัดการความร่วมมือระหว่างองค์กรซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษา สะท้อนการดำเนินงานด้วยการจัดการตนเองของชุมชน

สร้างความร่วมมือของประชาชนและภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) และแนวคิดทุนทางสังคม (social capital) โดยพบว่า ชุมชนได้ให้ประชาชนรวมทั้งคนพิการและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการอย่างกระตือรือร้น สะท้อนให้เห็นพลังของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคม²⁰⁻²¹ ที่ต้องการยกระดับคุณภาพชีวิตคนพิการ แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมประกอบด้วย การจัดเวทีประชาคม มีลานช่วง กำกิดซึ่งเป็นลานที่เปิดพื้นที่ให้ประชาชนในชุมชนและคนพิการได้ร่วมออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนพิการ นอกจากนี้ยังสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายในหลากหลายวิธี สอดคล้องกับลักษณะของทุนทางสังคมที่มีการเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกภายในและภายนอกชุมชน (linking social capital)¹⁶ ด้วยวิธีการ เช่น เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา การระดมทุนและทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชน การพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครชุมชนระดับตำบล การจัดประชุมประจำเดือนร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น วิทยาลัยพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ มูลนิธิ ค่ายทหารในพื้นที่ เป็นต้น

การใช้ข้อมูลในการวางแผนการทำงาน จากข้อค้นพบ จะเห็นได้ว่ากลุ่มอาสาสมัครชุมชนได้

เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและเลือกใช้ข้อมูลในการวางแผนออกแบบการดูแลคนพิการ เช่น การจัดทำและนำใช้ข้อมูลจากแฟ้มสะสมงานของ อสม. การจัดทำและนำใช้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติคนพิการเพื่อวางแผนการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน การศึกษาวิจัยชุมชนเพื่อวางแผนพัฒนาศักยภาพกลุ่มอาสาสมัครชุมชนและต่อยอดการทำงานเดิม การพัฒนาและนำใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System: GIS) และระบบฐานข้อมูลตำบล (TCNAP)¹⁶ เพื่อวางแผนการช่วยเหลือคนพิการกรณีฉุกเฉินและเกิดภัยพิบัติ สะท้อนให้เห็นความสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน¹⁹ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2) ร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่มาของปัญหา 3) ร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ไขปัญหา 4) ร่วมในการดำเนินการตามแผน และ 5) ร่วมในการประเมินผลวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคและปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดความสำเร็จ

การพัฒนาระบบการดูแลตามสถานการณ์ของคนพิการในพื้นที่ จากข้อค้นพบ พบว่า พื้นที่ศึกษาได้มีการจัดทำและนำข้อมูลมาออกแบบการดูแลคนพิการ นำไปสู่การปรับระบบบริการสุขภาพในชุมชนซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอไว้ในหลักการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter)²² โดยทุนทางสังคมของพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการปรับระบบบริการสุขภาพและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการตามสถานการณ์ของชุมชน 3 เหตุการณ์ คือ กรณีทั่วไป กรณีฉุกเฉิน และกรณีเกิดภัยพิบัติ ตลอดจนครอบคลุมมิติของการช่วยเหลือดูแลเพื่อป้องกันความพิการ การช่วยเหลือดูแลเพื่อรักษาสุขภาพคนพิการ และการช่วยเหลือดูแลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพคนพิการ

การพัฒนานโยบายสาธารณะ แผน ข้อบัญญัติกองทุน ระดับพื้นที่ พื้นที่ศึกษาได้พัฒนานโยบายสาธารณะ แผน ข้อบัญญัติ กองทุน ในระดับพื้นที่เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามแนวคิดการพัฒนา

นโยบายสาธารณะได้มีกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ²³ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ **ขั้นตอนที่ 1 ขั้นก่อตัวของปัญหาหรือขั้นจัดระเบียบวาระนโยบาย** พื้นที่ศึกษาได้จัดทำข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ เช่น สำรวจปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือของคนพิการ จัดตั้งจุดรับแจ้งเหตุพัฒนาระบบฐานข้อมูลตำบล และการศึกษาวิจัยและพัฒนา **ขั้นตอนที่ 2 ขั้นเตรียมร่างข้อเสนอ** นโยบาย พื้นที่ศึกษาได้จัดประชุมภาคีหลักในชุมชน รวมทั้งคนพิการและครอบครัว เช่น จัดเวทีประชาคม จัดเวทีช่วงก่อกัดคนพิการ การเปิดพื้นที่ให้คนพิการได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในวันถัดทอสายใย ร้อยดวงใจคนพิการ และกำหนดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ เช่น ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จัดทำธรรมนูญสุขภาพ กำหนดระเบียบ กฎกติกาในระดับหมู่บ้าน **ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติ** ในพื้นที่ศึกษามีการดำเนินการ เช่น การจัดทำแผนตำบลให้ครอบคลุมตามนโยบายจัดตั้งกองทุนในชุมชนเพื่อหนุนเสริมการปฏิบัติตามนโยบายสาธารณะ และ **ขั้นตอนที่ 4 ขั้นประเมินผลนโยบาย** พื้นที่ศึกษาได้ประเมินผลนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นด้วยผลการสอบถามจากเวทีประชาคม การสังเกตการตอบรับของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการคือ 1) กลุ่มองค์กรชุมชน ควรร่วมจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครชุมชนอื่นๆ ที่นอกเหนือจาก อสม. อพส. อพมก. เพื่อเป็นกลไกหลักในการดูแลคนพิการ เช่น อาสาสมัครคนพิการ อาสาสมัครพระสงฆ์ อาสาสมัครผู้สูงอายุ อาสาสมัครเด็กและเยาวชน เป็นต้น 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรพัฒนานโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่น เช่น การสร้างสวัสดิการให้คนพิการ การช่วยเหลือปรับสภาพแวดล้อมบ้านและที่อยู่อาศัย

และควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลคนพิการของตำบล ประกอบด้วย ข้อมูลปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือ ข้อมูลองค์กรชุมชนและทุนทางสังคมชุมชนที่สามารถเชื่อมงานช่วยเหลือคนพิการ เช่น ข้อมูลกลุ่มอาสาสมัครชุมชน ข้อมูลแหล่งเรียนรู้ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นต้น 3) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรร่วมกับภาคีหุ้นส่วนในพื้นที่และเครือข่ายนอกพื้นที่ปรับระบบบริการสุขภาพ โดยจัดตั้งศูนย์ให้ยืมกายอุปกรณ์จัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมและจัดการอาสาสมัครชุมชน จัดตั้งศูนย์ดูแลคนพิการทั้งกรณีฉุกเฉินและเกิดภัยพิบัติ และ 4) สถาบันการศึกษาทางการพยาบาล ควรพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะการจัดการระบบดูแลคนพิการร่วมกับชุมชน

ข้อเสนอในการวิจัย ควรวิจัยและพัฒนาหลักสูตรสร้างการเรียนรู้ที่เกิดจากสังเคราะห์รูปธรรมการดูแลของพื้นที่ โดยมีจุดเน้นของหลักสูตรเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัย ได้เรียนรู้วิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่สร้างพลังใจและสร้างผู้วิจัยให้เป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพและขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ที่ให้โอกาสและสนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้

References

1. World Health Organization, WHO disability and health [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>
2. Board of Empowerment of Person with Disabilities, Development disabilities Act No. 4 of 2012 – 2016 [Internet]. 2013 [cited 2013 Sep 21]. Available from: <http://www.rachawadeeying.com/member/document/DevelopmentDisabilitiesActNo.4.pdf>. (in Thai)
3. Social Statistics Bureau, National Statistical Office Thailand, Summary of key findings: Disability survey 2016 [Internet]. 2016 [cited 2016 June 22]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/disabledSum55.pdf>. (in Thai)
4. United Nation. Disability and the millennium development goals. New York: United Nation Publication, USA; 2011.
5. Masae M. Approaches for managing social welfare for disable people of Talingchan sub-district administrative organization in Bannang Star District, Yala Province [An independent study report for Degree of Master of Public Administration in Local Government, College of Local Administration]. Khon Kaen: Graduate School, Khon Kaen University; 2011. (in Thai)
6. Saedkong S, Panomkaen S, Tammit N, Srikhumbor N, Dangnnam P, Narongsanoi P. The basic ability to independent living and perceived self-esteem for persons with disabilities. Journal of Nursing and Health Care 2016; 34(2): 33–40. (in Thai)
7. Vattanaamorn S. Community care system for the people who require assistance [dissertation]. Khon Kaen: Graduate School, Khon Kaen University; 2011. (in Thai)
8. Streubert HL, Carpenter DR. Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative. China: Lippincott Williams & Wilkins; 2011

9. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publication; 1995.
10. Yawainawichai U, et al. University of Donkaew healthy community: Community health management curriculum. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2014. (in Thai)
11. Ministry of Social Development and Human Security, Ministry of Social Development and Human Security and the type of disability guidelines (No. 2) 2011 [Internet]. 2012 [cited 2012 Sep 21]. Available from: http://www.snmri.go.th/images/download/disability_information/disability_new/type/2_2555.pdf. (in Thai)
12. Chantavanich S. Qualitative research methods. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2013. (in Thai)
13. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park, CA: Sage; 1989.
14. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. 2nd edition. California: Sage Publication; 1994.
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott & Wilkins; 2004.
16. Nuntaboot K. Manual of data collection of the seven basic data sets. Bangkok: TQP; 2012. (in Thai)
17. Nuntaboot K, Boonsawatgulchai P, Sorakrij C, Sritragool R, Sornboon A, Bubpa N, et al. The manual of Rapid Ethnographic Community Assessment Process: RECAP. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation, Healthy Community Strengthening Section (Section 3), Development in Community Health Care System, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Network of Building Livable Communities; 2013. (in Thai)
18. Field J. Social capital. 2nd ed. New York: Routledge Taylor & Francis; 2008.
19. Nuntaboot K. Strengthening local communities in the development of the community health care system and using the sub-district health funds as the support mechanism. In: Documents for Prince Mahidol Award Conference 2016, On January 29, 2016, Grand Central World Hotel. Bangkok: The Prince Mahidol Award Conference. p. 1-19. (in Thai)
20. Rabibadhana A. The community participation in rural development in Thai society and culture. Bangkok: Saksopa Printing; 1994. (in Thai)
21. World Health Organization & United Nations Children's Fund, Report of the International conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
22. World Health Organization, Ottawa charter for health promotion, health promotion action means: Build healthy public policy [Internet]. 1986 [cited 2013 Nov 20]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/Ottawa/en/index1.html>
23. World Health Organization, Health policy and system development an agenda for research [Internet]. 1996 [cited 2013 November 20]. Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62987/1/WHO_SHS_NHP_96.1_pp1-124.pdf