

ผลงานวิชาการฉบับเต็ม (Full Paper)

เรื่อง

การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการ
เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร
The Development of a Social Care Network for People with Disabilities
to Advocate Primary Health Care in Buddhasothorn Hospital

ของ

นายเจษฎา เกรียงไกรทอง

ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๐๒

กลุ่มโรคเอดส์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กรมควบคุมโรค

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๐๒

กลุ่มโรคเอดส์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กรมควบคุมโรค

บทคัดย่อ

การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร

บทนำ

นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทเป็นผู้จัดบริการสังคมด้านสุขภาพ (Social Care) ที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาสังคม จิตใจ สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยปฏิบัติงานร่วมกับทีมบริการสุขภาพ ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะทางสังคม สงเคราะห์ในการปฏิบัติงานกับผู้ใช้บริการโดยตรง ทั้งด้านการบำบัดทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาทักษะทางสังคม การจัดการ ฝ่าละออง ระงับ ป้องกัน และแก้ไขปัญหาทางสังคม ทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลทางสังคมและปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยพิการ
2. เพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยพิการจำนวน ๑๐๖ ราย ผ่านเครื่องมือประเมิน ได้แก่ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment: S.D.M.A.) และเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment: F.R.A.) รวมทั้งการใช้ Digital Platform Social Telecare ในการบันทึก วิเคราะห์ และจัดระดับความรุนแรงของปัญหาโดยการแบ่งกลุ่มสี พร้อมทั้งการดำเนินกิจกรรมพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครและภาคีในชุมชน

ผลการศึกษา

ปัญหาหลักที่คนพิการและครอบครัวเผชิญ คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแล (ร้อยละ ๖๙.๘๑) รองลงมา คือ ภาระการดูแลภายในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ และปัญหาทางเศรษฐกิจของครัวเรือน การใช้ Digital Platform Social Telecare ช่วยให้สามารถจัดกลุ่มคนพิการตามระดับความรุนแรงของปัญหา ได้แก่ สีแดง (ร้อยละ ๑๐.๓๘) สีเหลือง (ร้อยละ ๔๓.๔๐) และสีเขียว (ร้อยละ ๔๖.๒๒) ซึ่งทำให้การวางแผนช่วยเหลือตรงเป้าหมายมากขึ้น แต่ด้วยข้อจำกัดด้านการดำเนินงาน และทรัพยากร จึงยังส่งผลให้คนพิการหลายรายเกิดอุปสรรคในการเข้าถึงสวัสดิการและการดูแลทางสังคม

สรุป

สถานการณ์การดูแลคนพิการยังคงเผชิญข้อจำกัดหลายด้าน ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสังคมและสุขภาพ จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมและยั่งยืน โดยเฉพาะการจัดบริการในลักษณะ One Stop Service และการสนับสนุนกลไกเครือข่ายในระดับพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ เพื่อเป็นการเชื่อมโยงการดูแลกับทีมสหวิชาชีพ เกิดระบบส่งต่อที่ดีขึ้น นำสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการและครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ การดูแลผู้ป่วยคนพิการ / สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

ABSTRACT

The Development of a Social Care Network for People with Disabilities to Advocate Primary Health Care in Buddhasothorn Hospital

Introduction

Social workers serve as key providers of social care in health services, addressing the social, psychological, and environmental needs of patients and families. Working in collaboration with multidisciplinary health teams, they deliver holistic care across physical, psychological, social, and spiritual dimensions. Their responsibilities include social treatment, rehabilitation, skill development, and the management and prevention of social problems at individual, family, and community levels, thereby enhancing access to health services and improving quality of life.

Objectives

1. To study the current situation of social care and the social problems affecting patients with disabilities.
2. To develop a social care network for people with disabilities in the area.

Methodology

This study employed a research and development design, collecting data from 106 persons with disabilities using standardized assessment tools, namely the Social Diagnosis and Management Assessment (S.D.M.A.) and the Family Readiness Assessment (F.R.A.). In addition, the Digital Platform: Social Telecare was utilized for recording, analyzing, and categorizing the severity of problems through a color-coded system. Complementary activities included the development of volunteer networks and community based partnerships to enhance care and support mechanisms.

Results

The primary problem faced by persons with disabilities and their families was a lack of accurate knowledge and understanding of proper care (69.81%). The second major issue concerned caregiving burdens within families, particularly where the primary caregivers were elderly. The third challenge related to the economic constraints of households. The use of the Social Telecare platform enabled the categorization of persons with disabilities according to the severity of their problems: red group (10.38%), yellow group (43.40%), and green group (46.22%). This stratification allowed for more targeted planning of assistance. However, operational and resource limitations continued to hinder access to welfare services and social care for many individuals with disabilities.

Conclusion

The situation of care for persons with disabilities continues to face multiple constraints at the levels of family, community, and social and health service systems. There is, therefore, an urgent need to develop comprehensive and sustainable models of care, particularly through the establishment of One Stop Service centers and the strengthening of community-based support networks. Enhancing the capacity of disability service providers to work in collaboration with multidisciplinary teams would contribute to more effective referral systems, ultimately leading to tangible improvements in the quality of life for persons with disabilities and their families.

Keywords

Care for people with disabilities / Medical social work

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

บทที่ ๑ ที่มาและความสำคัญของปัญหา

- ที่มาและความสำคัญของปัญหา ๑
- วัตถุประสงค์ในการศึกษา ๔
- ขอบเขตของการศึกษา ๔
- นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ ๕
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ๕

บทที่ ๒ วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - แนวคิดเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ๗
 - แนวคิดเกี่ยวกับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ๑๑
 - แนวคิดเกี่ยวข้องกับคนพิการ ๒๑
 - แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ๒๕
 - แนวคิดการดูแลทางสังคม ๒๗
 - แนวคิดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ๒๙
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - การจัดบริการผู้ช่วยคนพิการ ๓๑
 - บทบาทขององค์กรและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคนพิการ ๓๒
 - รูปแบบและปัญหาการเข้าถึงบริการสำหรับคนพิการ ๓๔
- กรอบแนวคิดในการศึกษา ๓๖

บทที่ ๓ วิธีการวิจัย

- ระเบียบวิธีการศึกษา ๓๗
- ประชากรเป้าหมาย ๓๗
- วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ๓๗
- เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย ๓๗
- การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ๓๘
- เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ๓๘
- วิธีดำเนินการ ๔๒
- จริยธรรมการวิจัยในคน ๔๓

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ ๔ ผลการวิจัย

- ผลการวิจัย
- ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ๔๕
- ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการประเมินและวินิจฉัย ๔๘
- ส่วนที่ ๓ กิจกรรมสนับสนุนการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยพิการ ๖๕

บทที่ ๕ สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

- สรุปผลการวิจัย ๗๒
- อภิปรายผล ๗๖
- ข้อเสนอแนะ ๘๑

รายการอ้างอิง ๘๕

ภาคผนวก

- เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ BSH-IRB ๐๑๓/๒๕๖๕ ๘๘
- เอกสารใบยินยอมด้วยความสมัครใจ ๙๐
- เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และการจัดการทางสังคม ๙๑
(Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A)
- เครื่องมือประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) ๙๓
- แบบบัญชีปัญหาทางสังคม (Social Problem List) ๙๗

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ ๑	สัดส่วนบุคลากรต่อการดูแลประชาชน
ตารางที่ ๒	รายละเอียดเครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม
ตารางที่ ๓	รายละเอียดเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว
ตารางที่ ๔	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ
ตารางที่ ๕	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ
ตารางที่ ๖	ข้อมูลการประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางสังคมของผู้รับบริการ
ตารางที่ ๗	ข้อมูลการจำแนกกลุ่มปัญหาทางสังคมของผู้รับบริการ
ตารางที่ ๘	ข้อมูลระดับความพร้อมของครอบครัว
ตารางที่ ๙	สรุปข้อมูลประเด็นการประเมินความพร้อมครอบครัว
ตารางที่ ๑๐	ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินระดับรายได้ของครอบครัว
ตารางที่ ๑๑	ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน
ตารางที่ ๑๒	ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว
ตารางที่ ๑๓	ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินความสามารถในการแก้ไข ปัญหาของสมาชิกในครอบครัว
ตารางที่ ๑๔	ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินความสามารถของสมาชิก ในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
ตารางที่ ๑๕	ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินการยอมรับและให้อภัย ของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
ตารางที่ ๑๖	ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินการสื่อสารระหว่างกัน ของสมาชิกในครอบครัว
ตารางที่ ๑๗	ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินการตระหนักและสามารถ ทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว
ตารางที่ ๑๘	ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ ๑๙ ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินการมีเครือข่ายทางสังคม ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับการช่วยเหลือ	๖๔
ตารางที่ ๒๐ สรุปกิจกรรมอบรมส่งเสริมศักยภาพแก่ผู้ดูแลคนพิการและผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ	๖๖
ตารางที่ ๒๑ สรุปกิจกรรมการถอดบทเรียนการดำเนินงานของสหวิชาชีพ	๖๗
ตารางที่ ๒๒ การเปรียบเทียบการให้บริการรูปแบบเดิมและรูปแบบที่เกิดจากการศึกษา	๗๑

บทที่ ๑

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

๑. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

บริการทางการแพทย์ปัจจุบันในประเทศไทย มีรูปแบบบริการที่มีลักษณะการกระจุกตัวของผู้ป่วยตามโรงพยาบาลใหญ่ ส่งผลให้เกิดปัญหาความแออัดและความล่าช้าในการให้บริการ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเข้าถึง บริการและความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาโรค ซึ่งทำให้เกิดการเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาโดยมีการกำหนดนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข คือ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง โดยล่าสุดได้มีการจัดระดมความคิดบูรณาการงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิตามระบบสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และมีการต่อยอดโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค จึงเกิดเป็นนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน” โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้ หลักสำคัญของนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน” (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙, น.๑๒) ประกอบด้วย

๑. หมอครอบครัว คือ ทุกครอบครัวจะมีหมอเวชศาสตร์ครอบครัวประจำในการดูแล ซึ่งจะเป็นแพทย์ที่มีองค์ความรู้หรือจบการศึกษาทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้ หมอครอบครัว ๑ คน จะรับผิดชอบประชากร จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน หรือประชากรประมาณ ๑ - ๓ ตำบล
๒. หมอสาธารณสุข คือ ทุกครอบครัวจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแล ทั้งนี้ ในระดับตำบล จะมีบุคลากรสาธารณสุขระบบปฐมภูมิ ๑ คน รับผิดชอบประชาชน จำนวน ๑,๒๕๐ คน
๓. หมอประจำบ้าน คือ ทุกครอบครัวจะมีหมอประจำบ้านในการดูแล โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งอาสาสมัครฯ ๑ คน จะรับผิดชอบประชาชน จำนวน ๘ - ๑๕ ครัวเรือน

ตารางที่ ๑ สัดส่วนบุคลากรต่อการดูแลประชาชน

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	สัดส่วนบุคลากร : การดูแลประชาชน
หมอครอบครัว	๑ คน : ๑๐,๐๐๐ คน
หมอสาธารณสุข (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลระดับตำบล)	๑ คน : ๑,๒๕๐ คน
หมอประจำบ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)	๑ คน : ๘ - ๑๕ หลังคาเรือน (เขตชุมชนแออัด) ๑ คน : ๒๐ - ๓๐ หลังคาเรือน (เขตชุมชนชนเมือง) ๑ คน : ๘ - ๑๕ หลังคาเรือน (ทั่วไป)

ในปี ๒๕๖๔ หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน ๒,๕๐๐ ทีม ซึ่งดูแลประชาชนประมาณ ๒๕ ล้านคน (HFocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, ๒๕๖๔) โดยประชาชนในพื้นที่จะได้รับการปรึกษากับทีมหมอครอบครัวที่สะดวก มีคุณภาพ รวมทั้งมีการดูแลกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องใช้นักสังคมสงเคราะห์มาเป็นหนึ่งในทีมงานระบบหลักประกันสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้น การสนับสนุนให้นักสังคมสงเคราะห์ได้เข้าใจและมีบทบาทสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับทีมสหวิชาชีพจะทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสังคมได้รับการดูแลทางสังคมจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอันจะส่งผลดีและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยให้มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ครบถ้วน และต่อเนื่อง

งานสังคมสงเคราะห์เป็นวิชาชีพและวิชาการที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติกับบุคคล ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน องค์กร และสังคม ที่จะนำไปสู่การสร้างหลักประกันความมั่นคงของมนุษย์ ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสังคมและการพัฒนาสังคม การยอมรับความหลากหลายในมิติต่างๆ การเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชน และสิทธิการเข้าถึงบริการของทุกภาคส่วน (คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ๒๕๖๔)

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้จัดบริการสังคมด้านสุขภาพ (Social Care) ที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาสังคม จิตใจ สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยปฏิบัติงานร่วมกับทีมบริการสุขภาพ ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะทางสังคมสงเคราะห์ในการปฏิบัติงานกับผู้ใช้บริการโดยตรง ทั้งด้านการบำบัดทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาทักษะทางสังคม การเฝ้าระวัง การป้องกัน และแก้ไขปัญหาทางสังคม ทั้งในระดับบุคคล กลุ่มชน ครอบครัว และชุมชนตามจรรยาบรรณและมาตรฐานทางวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในขณะที่การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ยังพบข้อจำกัดในหลายมิติ เช่น การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและบริการตติยภูมิ พบว่า การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างบริการ ๓ ระดับยังขาดการทำงานร่วมกัน ส่วนใหญ่ยังเป็นการทำงานในลักษณะต่างคนต่างทำ มุ่งผลลัพธ์เฉพาะตัวชีวิตของหน่วยงานเป็นหลัก รวมทั้งผู้ป่วยในปัจจุบันเริ่มมีปัญหาทางสังคมที่ซับซ้อนหลายมิติทั้งด้านกายภาพที่อยู่อาศัยที่จำกัด ด้านเศรษฐกิจไม่มีค่าเดินทางที่ไปตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยขาดผู้ดูแล ผู้ป่วยขาดกำลังใจรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น รวมทั้งข้อจำกัดในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ระดับจังหวัดยังไม่ได้เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้น การพัฒนานักสังคมสงเคราะห์ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น และนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาให้เป็นส่วนหนึ่งในทีมหมอสาธารณสุขจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมได้รับการดูแลทางสังคม ได้รับการวางแผน และการติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง อันเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และการไปสู่ความพิการ หรือความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคอื่นๆ

จากข้อมูลการให้บริการกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยอ้างอิงระบบโปรแกรมสังคมสงเคราะห์ กองบริหารการสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจำนวนมากมีปัญหาด้านสุขภาพร่วมกับปัญหาสังคม อาทิ ด้านเศรษฐกิจ ด้านอารมณ์ จิตใจ และด้านสังคม โดยปัจจัยทางสังคมที่ทำให้เกิดอุปสรรคต่อระบบการดูแลสุขภาพ เช่น ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวมีฐานะยากจน ปัญหาด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ความไม่มั่นคงในครอบครัวด้านเศรษฐกิจ ลักษณะด้านที่อยู่อาศัย ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นปัจจัยส่งผลให้ผู้ป่วยขาดกำลังใจในการรับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น และส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เผชิญอยู่ โดยมากยังไม่มีผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลทางสังคมมาร่วมรับผิดชอบ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งหลุดออกจากระบบสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลบริการในระบบโปรแกรมสังคมสงเคราะห์ กองบริหารการสาธารณสุข พบว่า ปัญหาผู้ป่วยเฝ้าระวังทางสังคม กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และผู้ประสบปัญหาทางสังคม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับการกำหนดนโยบายการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับนักสังคมสงเคราะห์ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค non-acute และ sub-acute ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายก่อนเสียชีวิต รวมถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะอื่น โดยจากข้อมูลการให้บริการของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ พบว่า **ผู้ไม่มีหลักประกัน/มีปัญหาการใช้สิทธิ์** มากที่สุด ร้อยละ ๒๐.๕ รองลงมาเป็น **ผู้ป่วยที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง (OSCC)** ร้อยละ ๑๑.๕ และ **คนพิการ** ร้อยละ ๑๐.๖ ตามลำดับ

จากการประเมินวินิจฉัยปัญหาทางสังคมในกลุ่มคนพิการในภาพรวม พบว่า คนพิการที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยมากพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลหลักมักเป็นผู้สูงอายุในครอบครัวหรืออาจเป็นสมาชิกครอบครัวที่เป็นคนพิการ โดยสมาชิกที่อยู่ในวัยทำงานของครอบครัวจะเป็นผู้หารายได้ครอบครัวมากกว่าดูแลคนพิการโดยตรง นอกจากนี้ ในด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลที่มีแต่คนพิการยังมีผลกระทบบต่อการรักษาฟื้นฟูต่อเนื่องและการใช้ชีวิตประจำวันของคนพิการ เช่น ผู้ดูแลไม่มีความเข้าใจในเรื่องของอาหารหรือหลักโภชนาศาสตร์ที่เหมาะสม คนพิการทานอาหารที่ไม่เพียงพอต่อร่างกายอันเนื่องจากการทานอาหารเดิมซ้ำๆ บางครอบครัวประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากเกิดค่าใช้จ่ายสูงในครัวเรือน ทั้งวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายที่สูงจากการเดินทาง จนส่งผลต่อความท้อแท้และการหมดกำลังใจในตัวคนพิการและครอบครัว คนพิการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองได้ช้า โรงพยาบาลมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น และคุณภาพชีวิตของคนพิการไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นถึงความจำเป็นที่นักสังคมสงเคราะห์จะต้องมีบทบาทการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดการเกิดปัญหาทางสังคมที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพและทำให้ผู้ป่วยคนพิการและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งจัดบริการที่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายโรงพยาบาลในประเด็นการลดความแออัด ลดเวลาครองเตียงนาน (Length of stay) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีประสิทธิภาพมากขึ้น การจัดบริการคุณภาพที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว

การเชื่อมโยงนักสังคมสงเคราะห์ โดยพัฒนาสมรรถนะ ความรู้ เทคนิค ทักษะการทำงานกับ ทีมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ ลง รวมทั้งส่งเสริมให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาวะในระบบสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ โดยผสมผสานนวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสื่อสารแก้ไข และเป็นการพัฒนาระบบจัดการข้อมูลเพื่อการวางแผนการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และประยุกต์การปฏิบัติงานทางด้านสังคมสงเคราะห์ ในยุคดิจิทัลในการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่อง

ในการนี้ ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษา “การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการเพื่อ สนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร (The Development of a Social Care Network for People with Disabilities to Advocate Primary Health Care in Buddhasothorn Hospital)” โดยมุ่งเน้น การพัฒนาการทำงานนักสังคมสงเคราะห์ผ่านการใช้เครื่องมือ การปฏิบัติงานที่ผ่านการรับรองจากสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ร่วมกับการใช้ระบบปฏิบัติการทางไกล (Digital Platform Social Telecare) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย ดร.วัชร อมศิริ (ผู้วิจัยร่วมโครงการหลัก) ตำแหน่งอาจารย์ประจำคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะ รับผิดชอบเป็นทีมพัฒนา Platform และให้คำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือการทำงานให้ผู้ป่วยที่เป็นคนพิการและ ครอบครัวเข้าถึงบริการสุขภาพทางสังคมของคนพิการอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการ และส่งเสริมให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาวะในระบบสุขภาพชีวิตวิถีใหม่

๒. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลทางสังคมและปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยพิการ
๒. เพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่

๓. ขอบเขตของการศึกษา

ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาบริบทสถานการณ์การดูแลทางสังคม แนวโน้มปัญหาทางสังคม และความพร้อมของครอบครัวคนพิการ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการสนับสนุนทางสังคมและการจัดบริการทางสังคม ของผู้ป่วยคนพิการและครอบครัว

ขอบเขตด้านประชากรและพื้นที่ ผู้ป่วยคนพิการทุกประเภทที่มาได้รับการรักษาสุขภาพที่โรงพยาบาล และเข้ารับบริการจากกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๖

๔. นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

การดูแลทางสังคม หมายถึง แนวทางการปฏิบัติงานตั้งแต่การประสานงาน การประเมิน การดำเนินงานและการติดตามเพื่อกลุ่มเป้าหมายหรือผู้ดูแลกลุ่มเป้าหมาย โดยการจัดสวัสดิการสังคม ทั้ง ๗ ด้าน ได้แก่ สวัสดิการด้านการศึกษา สวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย สวัสดิการด้านที่อยู่อาศัย สวัสดิการด้านอาชีพและรายได้ สวัสดิการด้านความมั่นคงทางสังคม สวัสดิการด้านบริการสังคม และสวัสดิการด้านนันทนาการ

เครือข่าย หมายถึง องค์กรหรือกลุ่มคนที่ทำงานร่วมกัน มีเป้าหมายร่วมกัน หรือมีบทบาทสนับสนุน การดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเพื่อให้งานคล่องตัวและประสบความสำเร็จ ได้แก่ เครือข่ายที่เป็นหน่วยงาน ทางการ เช่น ศูนย์บริการคนพิการประจำจังหวัด กองสวัสดิการสังคม ประจำองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายที่เป็นผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วย คนพิการ และสถาบันหรือชมรมต่างๆในพื้นที่ เป็นต้น

กลุ่มเปราะบาง หมายถึง ผู้ป่วยคนพิการที่มีข้อจำกัด มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายมากกว่าคนทั่วไป

สหวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคคลวิชาชีพต่างๆ หรือกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถเฉพาะทาง ที่ทำงาน ร่วมกัน มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงาน การจัดการปัญหา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ในทุกมิติของระบบ บริการสวัสดิการสังคม เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน พยาบาลวิชาชีพ เป็นต้น

๕. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษานี้ทำให้ทราบถึงสถานการณ์และบริบทการดูแลทางสังคม ตลอดจนบริการทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมที่มีในพื้นที่ต่อคนพิการและครอบครัวคนพิการ โดยสามารถนำผลการศึกษาที่ได้มา พัฒนาระบบการปฏิบัติงานของงานสังคมสงเคราะห์ในการให้บริการที่ครอบคลุมมีประสิทธิภาพและ เกิดศักยภาพในการดูแลและการเข้าถึงสวัสดิการสังคมที่เหมาะสม รูปแบบการประสานงานตั้งแต่ระดับชุมชน และระดับหน่วยบริการในพื้นที่ ประกอบกับเป็นฐานข้อมูลให้กับองค์กรในการวางแผนให้การสนับสนุนทาง สังคมหรือการเสริมสมรรถนะแก่ผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลคนพิการ หรือผู้รับบริการในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เพื่อให้เป็นการพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางในการส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมาย ต่อไป ประกอบกับเป็นการพัฒนาระบบเทคโนโลยีในการทำงานด้านสังคมสงเคราะห์ต่อไป

บทที่ ๒

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร (The Development of a Social Care Network for People with Disabilities to Advocate Primary Health Care in Buddhasothorn Hospital)” ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้

๑. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

- ๑.๑ แนวคิดเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์
- ๑.๒ แนวคิดเกี่ยวกับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
- ๑.๓ แนวคิดเกี่ยวข้องกับคนพิการ
- ๑.๔ แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation หรือ CBR)
- ๑.๕ แนวคิดการดูแลทางสังคม
- ๑.๖ แนวคิดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๒. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๓. กรอบแนวคิดในการศึกษา

๑. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

๑.๑ แนวคิดเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์

การศึกษาเรื่อง “พัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร” มีความจำเป็นต้องศึกษาเรื่องทักษะการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ที่ใช้ในกระบวนการประเมินวินิจฉัยปัญหาทางสังคม การประเมินความพร้อมครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการวางแผนการช่วยเหลือตลอดจนการประสานส่งต่อเพื่อรับการคุ้มครองสวัสดิภาพหรือการเข้าถึงบริการสังคม นอกจากนี้ จะทำให้เกิดการทบทวนพื้นฐานทักษะเมื่อต้องนำเครื่องมือการปฏิบัติงานมาใช้ ซึ่งทำให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็น รวมทั้งสามารถช่วยให้การบริการสามารถดำเนินไปได้อย่างไรให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

๑.๑.๑ การสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการให้ได้มาซึ่งข้อมูลต่างๆ และเป็นวิธีการสำคัญประการหนึ่งซึ่งมีผลสำเร็จต่องานหรือการให้บริการ โดยการสัมภาษณ์ในงานสังคมสงเคราะห์ หมายถึง แบบแผนการสนทนา ทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด โดยมีวัตถุประสงค์ เป้าหมายของการสนทนานั้น และข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจะถูกนำมาวินิจฉัยเพื่อวางแผนการให้บริการให้ตรงกับความต้องการของแต่ละคน โดยอาศัยทักษะต่างๆ ที่ได้รับการฝึกฝนมา (สุรางรัตน์ วศินารมณ, ๒๕๕๔, น. ๕๗)

นอกจากนี้ การสัมภาษณ์ในงานสังคมสงเคราะห์ยังมีผู้ให้นิยามไว้เพิ่มเติมว่า การพบปะสนทนากันระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ให้บริการ เพื่อรวบรวมข้อมูลที่จะใช้การให้ความช่วยเหลือได้ถูกต้อง ทั้งนี้การสัมภาษณ์ที่ดียังช่วยในการผ่อนคลายความทุกข์ทางจิตใจของอีกฝ่ายได้ในระดับหนึ่ง

วัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ พบว่า การสัมภาษณ์มีขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อหาข้อเท็จจริง เพื่อให้ข้อเท็จจริง หรือเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ อาจมีวัตถุประสงค์อื่นๆ เช่น เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้เกิดประโยชน์ในขั้นตอนต่อไป เพื่อให้ได้รับการบำบัดในเบื้องต้น โดยการสัมภาษณ์ในงานสังคมสงเคราะห์ยังเป็นการบำบัดเบื้องต้น เนื่องจากการสัมภาษณ์ในการให้ความช่วยเหลือเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งบอกเล่าสิ่งที่เป็นปัญหาภายในใจ (สุขมา อรุณจิต, ๒๕๖๕, น. ๑๔๐)

ประเภทการสัมภาษณ์ (สุรางรัตน์ วศินารมณ, ๒๕๕๔, น. ๕๗) แบ่งออกได้เป็น ๒ ประเภทดังนี้

๑. การสัมภาษณ์แบบวินิจฉัย คือ การสัมภาษณ์ในลักษณะสองต่อสอง หรือแบบเผชิญหน้า ซึ่งใช้การสนทนาโดยใช้คำพูดเป็นส่วนมาก โดยวิธีการสัมภาษณ์และการปฏิบัติต่อผู้ให้บริการจะแตกต่างกันไปหน้าที่ที่สำคัญของนักสังคมสงเคราะห์ คือ การค้นหาความรู้สึกของผู้ใช้บริการที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ การใช้สัมพันธภาพส่วนบุคคลเพื่อนำไปสู่สัมพันธภาพทางวิชาชีพสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ การสัมภาษณ์ประเภทนี้สามารถสร้างความเชื่อมั่นและช่วยพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานได้ ส่วนผู้ให้บริการจะได้โอกาส

ในการแสดงออกซึ่งความรู้สึกอย่างเต็มที่ ส่วนข้อเสียที่พบ คือ การเผชิญหน้ากันระหว่างนักสังคมสงเคราะห์ และผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถอาจหลีกเลี่ยงได้ และถ้าสัมพันธภาพของทั้ง ๒ ฝ่าย อยู่ในลักษณะเชิงลบด้วยแล้ว โอกาสที่การสัมภาษณ์จะดำเนินไปด้วยดีย่อมเป็นไปได้ยาก ส่งผลให้ไม่สามารถได้ข้อมูลจากผู้ใช้บริการได้เพียงพอ นำไปสู่ความผิดพลาดในการวิเคราะห์และประเมินปัญหาได้ ส่วนนักสังคมสงเคราะห์ อาจไม่ทราบว่าตนเองได้เข้าไปมีส่วนแทรกแซงการดำเนินงานกับผู้ใช้บริการในชั้นใดบ้าง

๒. การสัมภาษณ์ครอบครัว การสัมภาษณ์กลุ่ม หรือการสัมภาษณ์บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ใช้บริการโดยตรง มักใช้ในกรณีที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวและมีบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการด้วย

วิธีการสัมภาษณ์นั้นจะต้องมีการเตรียมการหรือเตรียมตัวล่วงหน้าในการสัมภาษณ์ รายละเอียดมี ดังนี้ (สุขมา อรุณจิต, ๒๕๖๕, น. ๑๔๑)

๑. ต้องมีการเตรียมการล่วงหน้าว่าในการสัมภาษณ์นั้นมีจุดมุ่งหมาย อยากรับอะไร สัมภาษณ์ที่ไหน เมื่อไหร่ นานเท่าไร สัมภาษณ์ใครและอะไรบ้าง

๒. การจัดที่นั่งสัมภาษณ์ ตำแหน่งการนั่งสัมภาษณ์มี ๓ แบบ คือ การนั่ง ตรงข้ามกัน การนั่ง ข้างเดียวกัน และการนั่งทำมุม ๙๐ องศา การเลือกตำแหน่งการนั่งควรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์นั้น

๓. ขั้นการเริ่มสัมภาษณ์ต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างนักสังคมสงเคราะห์ และผู้ใช้บริการ ทำให้เกิดความไว้วางใจ นักสังคมสงเคราะห์ต้องไม่มีอคติและยึดหลักการยอมรับใน ตัวผู้อื่น การเริ่มต้นสัมภาษณ์นั้น มีรายละเอียดดังนี้

๓.๑ การแนะนำตนเอง ใช้คำพูดทักทาย และการเชื้อเชิญให้นั่ง

๓.๒ ไม่ควรยึดติดกับคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้ามากนัก ถ้าคำถามใด ผู้ใช้บริการ ไม่สบายใจที่จะตอบ นักสังคมสงเคราะห์ควรจะต้องเปลี่ยนคำถาม

๓.๓ ควรเป็นผู้ฟังที่ดี ตั้งใจรับฟังแสดงถึงการเคารพในตัวของผู้ปัจเจกบุคคล ให้ผู้ใช้บริการพูดอย่างอิสระ ไม่ควรพูดแทรกหรือแสดงความคิดเห็นขณะที่ผู้ใช้บริการยังพูดไม่จบ

๓.๔ คำถามในการสัมภาษณ์มุ่งที่จะให้ได้มาซึ่งความเข้าใจ เพื่อนำมาใช้ในการให้ความช่วยเหลือผู้ใช้บริการ

๓.๕ รู้จักการแทรกอารมณ์ขัน เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดใน การสัมภาษณ์ อย่างเหมาะสม

๓.๖ ต้องหลีกเลี่ยงการทะเลาะ การดูหมิ่น ประชดประชัน อวดรู้กับผู้ใช้บริการ

เทคนิคการสัมภาษณ์ มีประเด็นสำคัญ ๓ ประการ ได้แก่ ประการแรก คือ การมองขึ้นอยู่กับการทักษะการสังเกต การเป็นผู้มีสายตาว้างและไวต่อความรู้สึกจะช่วยอ่านภาษาท่าทางที่ไม่ใช่คำพูดได้เป็นอย่างดี ประการที่สอง คือ การฟัง ควรยึดหลักการเป็นผู้ฟังที่ดี โดยเป็นทั้งผู้ฟังและผู้ถาม รู้จังหวะการพูดและฟังด้วยความสนใจด้วยการแสดงท่าทีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถทราบได้ เช่น มองหน้า พยักหน้า หรือใช้สายตาแสดงการยอมรับ เห็นใจ เข้าใจ และประการสุดท้าย คือ การหยุด ในช่วงจังหวะของการหยุดมักเกิดความเงียบขึ้น ในช่วงนี้เป็นช่วงที่ผู้สัมภาษณ์ไม่ควรตกใจ เพราะคิดว่าบรรยากาศอึดอัดหรือหมดเรื่องสนทนาแล้ว ควรใช้เวลาช่วงนี้พิจารณาและประเมินสิ่งต่างๆ ที่ได้สัมภาษณ์แล้ว ขณะเดียวกันเป็นการปล่อยโอกาสให้เกิดการหยุดขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีเวลาคิดทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น (สุรางรัตน์ วศินารมณ, ๒๕๕๔, น. ๕๗)

ลักษณะการสัมภาษณ์ที่ดี ต้องทำให้กระบวนการสัมภาษณ์เป็นการสนทนาเพื่อให้ทราบถึงปัญหาความต้องการของ ผู้ใช้บริการเพื่อแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหาได้ทันทั่วทั้งและมีประสิทธิภาพ โดยการสัมภาษณ์ที่ดี ต้องประกอบด้วย (สุขมา อรุณจิต, ๒๕๖๕, น. ๑๔๑)

๑. การเริ่มต้นสัมภาษณ์ นักสังคมสงเคราะห์ควรกล่าวทักทายผู้ใช้บริการ ก่อนเมื่อเจอกัน แนะนำตัวเองก่อน และอาจใช้คำพูดที่เกริ่นนำเข้าประเด็นที่เกี่ยวข้อง

๒. การถามคำถาม มีหลายวัตถุประสงค์จึงควรเลือกใช้คำถามให้มี ความเหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการได้ข้อมูล

๓. สถานที่ที่เหมาะสม เช่น ที่หน่วยงานจะสามารถเตรียมตัวในการสัมภาษณ์ มีความสะดวกและคล่องตัวในการสัมภาษณ์ ส่วนการสัมภาษณ์ที่บ้านผู้ใช้บริการอาจเกิดขึ้นในระหว่างการเยี่ยมบ้าน จะช่วยให้เข้าใจเงื่อนไขที่เป็นบริบทแวดล้อม สามารถสังเกต ปฏิสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและผู้ใช้บริการ

๔. การรักษาความลับ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้นถือเป็นความลับที่นักสังคมสงเคราะห์จะต้องอาศัยหลักการรักษาความลับของผู้ใช้บริการ เช่น การจดบันทึก การบันทึกเสียง จะต้องได้รับการยินยอมก่อนทุกครั้ง

๕. การบันทึก การจดจ่อบันทึกในขณะที่สัมภาษณ์ที่มากเกินไป ทำให้ขาดการสบตาระหว่างกัน การตั้งสมาธิให้ความสำคัญกับการจดบันทึกมากจนดูคล้ายเหมือนกับว่าไม่ได้ให้เกียรติและเคารพผู้พูด ฉะนั้นในระหว่างการสัมภาษณ์สามารถจดบันทึกอย่างคร่าวๆ แต่ไม่ควรจดจ่อกับการบันทึกมากเกินไป แต่จะใช้การจดบันทึกภายหลังจากการสัมภาษณ์ทันที หรือการอัดเสียงไว้เพื่อนำย้อนกลับมาฟังในภายหลัง เป็นต้น

๑.๑.๒ การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านไว้ว่า หมายถึง วิธีการศึกษา รวบรวมข้อมูลที่จะช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์ได้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ใช้บริการมากขึ้น เพราะทำให้ทราบถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมทางบ้านของผู้ใช้บริการ โดยการพบปะสนทนา สัมภาษณ์และสังเกตผู้ใช้บริการ คนในครอบครัว รวมถึงคนละแวกบ้าน ตลอดจนเป็นวิธีการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ใช้บริการให้มากขึ้น เกิดการยอมรับและไว้วางใจกัน ทำให้นักสังคมสงเคราะห์ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการอย่างชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เนื่องมาจากการเยี่ยมบ้านนั้นทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความรู้สึกผ่อนคลายเป็นกันเองมากขึ้น และนักสังคมสงเคราะห์สามารถสังเกตลักษณะของบ้านและสิ่งแวดล้อมใกล้บ้านของผู้ใช้บริการตามสภาพความเป็นจริง เนื่องจากบ้านหรือครอบครัวนั้นเป็นสถาบันทางสังคมพื้นฐานในการอบรมเลี้ยงดูหล่อหลอมมนุษย์ คนเรามักรู้สึกอิสระและเป็นธรรมชาติที่บ้านของตนเอง หากนักสังคมสงเคราะห์ ได้มีโอกาสไปพบปะและสังเกตที่บ้าน ก็จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์สภาพแวดล้อม ความเป็นไปของชีวิตผู้ใช้บริการมากขึ้น (สุขมา อรุณจิต, ๒๕๖๕, น. ๑๔๙)

กระบวนการและขั้นตอนการเยี่ยมบ้านของนักสังคมสงเคราะห์ มีกระบวนการและขั้นตอนดังต่อไปนี้ (สุรางรัตน์ วศินารมณ, ๒๕๕๔, น. ๗๖)

๑. ก่อนการเยี่ยมบ้าน การกำหนดเวลาเพื่อออกเยี่ยมบ้าน โดยไม่ได้มีกำหนดตายตัวหรือหลักเกณฑ์ที่แน่นอนได้ว่าควรเยี่ยมเมื่อใด เวลาใด ใช้เวลาแต่ละครั้งเท่าใด ตามปกติควรมีการนัดหมายหรือทำการตกลงร่วมกันก่อน เพื่อป้องกันความเข้าใจผิด โดยเวลาเยี่ยมบ้านที่ดีที่สุด คือ เวลาที่ทั้ง ๒ ฝ่าย (นักสังคมสงเคราะห์และผู้ใช้บริการ) ว่างตรงกันและเข้าใจวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้านร่วมกัน

๒. ขณะเยี่ยมบ้าน หลังจากที่มีการเตรียมการเยี่ยมบ้านแล้ว บางครั้งแม้ว่าจะมีการนัดหมายล่วงหน้าอย่างดี แต่ปัญหาอุปสรรคของการเยี่ยมบ้านเกิดขึ้นได้ เช่น ไปแล้วอาจจะไม่พบทั้งผู้ใช้บริการหรือที่อยู่อาศัยหรือทั้งสองอย่างก็ได้ เพราะบางครั้งผลที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน คือ การทราบความจริงหรือสิ่งปิดบังบางอย่างที่ผู้ใช้บริการยังมีความรู้สึกที่ไม่ไว้วางใจในตัวนักสังคมสงเคราะห์ แต่กรณีที่ไม่ไปเยี่ยมบ้านแล้วพบผู้ใช้บริการตามที่อยู่ที่ได้ไว้ สิ่งนี้นักสังคมสงเคราะห์ควรปฏิบัติ คือ ทักทายตามปกติด้วยการยิ้ม กล่าวสวัสดีหรือกล่าวทักทาย ไม่แสดงอาการดุถูก ดูหมิ่น สังเกตพฤติกรรม ทัศนคติในระหว่างสนทนา หากท่าทีของผู้ใช้บริการดูไม่สะดวก ให้นัดวันในการมาเยี่ยมใหม่ ก่อนกลับต้องกล่าวคำอำลาทุกครั้ง และใช้คำพูดที่เกิดความสัมพันธ์ต่อเนื่อง

๓. หลังการเยี่ยมบ้าน ทำการบันทึกรายละเอียดที่ได้จากการเยี่ยมบ้านทั้งหมดที่สำคัญๆ คือ

- ๓.๑ การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย สิ่งที่ควรบันทึก คือ สภาพที่อยู่อาศัย ขนาดโดยประมาณ (กว้าง x ยาว x สูง) วัสดุที่ใช้ในการสร้างที่พักอาศัย ห้องน้ำ ความสะอาด อนามัยแวดล้อม การถ่ายเทอากาศ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความสัมพันธ์กับเพื่อน บ้าน สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งข้อสังเกตต่างๆที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนดำเนินงาน ครั้งต่อไป
- ๓.๒ สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ได้แก่ เรื่องรายได้และการใช้จ่ายในครัวเรือน การใช้จ่ายประจำวันและการหาทางออกเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ
- ๓.๓ แผนที่แสดงที่ตั้งของที่พักอาศัย ซึ่งควรจะเขียนแบบง่ายๆแต่ชัดเจน สามารถเข้าใจทิศทางเพื่อการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปสำหรับตนเอง และสำหรับนักสังคมสงเคราะห์รายอื่นๆหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ๓.๔ การบันทึกความเห็นส่วนตัวของนักสังคมสงเคราะห์ เมื่อมีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านทุกครั้งแล้ว ควรมีการบันทึกความเห็นที่เกี่ยวกับผลการเยี่ยมบ้านไว้ด้วยว่าการเยี่ยมบ้านให้แนวคิดใดบ้างที่จะสามารถนำมากำหนดแนวทางการให้ความช่วยเหลือได้ เช่น นักสังคมสงเคราะห์อาจจะเสนอความเห็นว่า ผู้ใช้บริการสมควรได้รับทุนประกอบอาชีพในวงเงินเท่าใด และควรได้รับความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ อีกหรือไม่ นอกจากนี้ควรมีการกำหนดแผนการให้ความช่วยเหลือที่ชัดเจน โดยกำหนดวันเวลาในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป การนัดหมายการสัมภาษณ์ หรือการประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

การศึกษาเรื่องเครื่องมือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ที่ใช้ในกระบวนการสอบข้อเท็จจริงและการประเมินวินิจฉัย ทั้งในด้านเครื่องมือแบบประเมิน การประสานส่งต่อ เครื่องมือการสัมภาษณ์ และเครื่องมือการเยี่ยมบ้านนั้น ทำให้ได้รับรู้ถึงทักษะ ลักษณะของการใช้เครื่องมือดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจทั้งหลักการ วิธีการใช้เครื่องมือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ที่ใช้ในกระบวนการมากยิ่งขึ้น

๑.๒ แนวคิดเกี่ยวกับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

การศึกษาเรื่อง “พัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร” มีความจำเป็นต้องศึกษาเรื่องมาตรฐานงานด้านสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เครื่องมือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ที่ใช้ในกระบวนการประเมินวินิจฉัยปัญหาทางสังคม การประเมินความพร้อมครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญในการกำหนดทิศทางการบริการ ไม่ว่าจะเป็นด้านการส่งเสริม ป้องกัน การบำบัดรักษา การฟื้นฟู เป็นต้น

๑.๒.๑ นิยามและกระบวนการงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ร่วมกับสมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกในกลุ่ม Asia Pacific for Social Work Education (APASWE) ได้สรุปนิยามใหม่ “สังคมสงเคราะห์” ของประเทศไทย เมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๓ ไว้ว่า “วิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หมายถึง วิชาชีพที่ส่งเสริม สนับสนุน การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การพัฒนาสังคม โดยบูรณาการศาสตร์ ศิลป์ และภูมิปัญญา อาศัยการประสานและจัดการทรัพยากร เพื่อแก้ไข ปัญหา และดำเนินการในจุดที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับสภาวะแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับคน ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน สังคม รวมทั้งการเสริมพลัง การพิทักษ์สิทธิ เพื่อความเป็นอิสระของมนุษย์ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งกาย จิต สังคม ปัญญา โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรมทางสังคม คุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ภายใต้กรอบมาตรฐานและจรรยาบรรณทางวิชาชีพ” (ระพีพรรณ คำหอม, ๒๕๕๔, น. ๒๑ - ๒๒)

งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เป็นสาขาหนึ่งของงานสังคมสงเคราะห์ ผู้ทำหน้าที่ดังกล่าว เรียกว่า “นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์” หรือ “นักสังคมสงเคราะห์คลินิก” โดยงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เป็นวิชาชีพต้องใช้ความรู้และทักษะทางสังคมสงเคราะห์ ในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน หรือชุมชน เพื่อให้กระทำหน้าที่ทางสังคมและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข (มาตรา ๓ พระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. ๒๕๕๖) โดยทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (คณะกรรมการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล, ๒๕๖๕, น. ๑)

กระบวนการสังคมสงเคราะห์ (คณะกรรมการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล, ๒๕๖๕, น. ๒ - ๓) ประกอบด้วย

๑. การสืบค้นและการแสวงหาข้อเท็จจริง (Fact Finding) เป็นขั้นตอนที่นักสังคมสงเคราะห์ นำเอาข้อมูลที่ได้จากประวัติแรกรับ (Intake) มาหาข้อเท็จจริงทางสังคมในบริบทแวดล้อมทางสังคม การค้นหาปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ทักษะในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ รวบรวมข้อมูลและจัดการข้อมูลทางสังคมอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การประเมินวินิจฉัยทางสังคมและวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของระบบผู้ให้บริการอย่างรอบด้านและครบถ้วน ได้แก่ การรับเรื่องจากหน่วยงานต่างๆ ศึกษาข้อมูล หาข้อเท็จจริง /ข้อมูลทั่วไป/ ข้อมูลทางสังคมจากผู้ป่วยและครอบครัว การสัมภาษณ์ สังเกต เยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลการรักษาพยาบาลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล เป็นต้น

๒. การประเมินและวินิจฉัยทางสังคม (Social Assessment) เป็นขั้นตอนการนำเอาข้อเท็จจริงมาประเมิน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยการแยกแยะปัญหาและความต้องการ (identifies) ของกลุ่มเป้าหมาย การแจกแจงรายละเอียดของปัญหาและสาเหตุของกลุ่มเป้าหมาย (classifies) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (priority) การวิเคราะห์ (analysis) การสังเคราะห์ (synthesis) ปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างรอบคอบ รอบด้าน หรือการมองปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายแบบองค์รวม (holistic approach) โดยใช้เครื่องมือ

สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องมือประเมินวินิจฉัยและจัดการทางสังคม เครื่องมือประเมินความพร้อมครอบครัว แบบบัญชีปัญหาทางสังคม เป็นต้น ทั้งนี้ การประเมินและวินิจฉัยทางสังคม ได้แก่ การประเมินกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การประเมินปัญหาทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล การประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยงทางสังคมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยปัญหาเพื่อค้นหาโอกาสและอุปสรรคของผู้ป่วยเพื่อจัดบริการทางสังคมสงเคราะห์ตามความต้องการจำเป็นพื้นฐานได้

๓. การวางแผนและกำหนดแนวทางการช่วยเหลือ (Planning) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะนำไปสู่การเลือกใช้รูปแบบการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน ขั้นตอนนี้ นักสังคมสงเคราะห์จะต้องใช้ความรู้และหลักการวางแผนรายการ การวางแผนรายการกลุ่ม การกำหนดแผนงานร่วมกับผู้ใช้บริการ ตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดการทำงานด้วยกัน โดยผ่านการสร้างข้อตกลงร่วมกันหรือในบางรูปแบบการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์อาจใช้คำว่า การสร้างพันธสัญญาการทำงานร่วมกันระหว่างระบบผู้ให้บริการ (นักสังคมสงเคราะห์หรือองค์กร) กับระบบผู้ใช้บริการ (กลุ่มเป้าหมาย) การวางแผนการดำเนินงานระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อกำหนดทิศทางการทำงาน ภารกิจ งานหรือกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมายของงานในลักษณะของการทำงานร่วมกัน (work with not work for) ระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับกลุ่มเป้าหมาย การวางแผนและกำหนดแนวทางการช่วยเหลือ ได้แก่ วางแผนให้บริการช่วยเหลือ การจัดการรายการ การประชุมทีมสหวิชาชีพในกระบวนการรักษาพยาบาล วางแผนส่งกลับบ้าน ชุมชน หรือสถานบริการอื่น การเตรียมทรัพยากรทางสังคมในการจัดบริการได้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย

๔. การดำเนินการช่วยเหลือและจัดบริการ (Implementation /Intervention) เป็นขั้นตอนดำเนินงานตามที่ได้กำหนดไว้ตามแผนอาจจะเป็นแผนงานระยะสั้น แผนงานระยะยาว ซึ่งในขั้นตอนนี้ นักสังคมสงเคราะห์จะต้องใช้รูปแบบการปฏิบัติงานหลายรูปแบบเข้ามาร่วมกับการใช้กลยุทธ์การทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของแผนงานที่กำหนดไว้ ตามกรอบการดำเนินการให้ความช่วยเหลือ และการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ อาทิ การบำบัดทางสังคม (Social Treatment) การป้องกันและเฝ้าระวังทางสังคม (Social Prevention and Surveillance) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation) การจัดการทรัพยากรทางสังคมและพิทักษ์สิทธิ (Social Resource Management and Advocacy) และการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ชุมชน (Community Medical Social Work) และการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์เน้นการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary)

๕. การติดตามผลและประเมินผล (Evaluation and Follow up) นี้ถือเป็นขั้นตอนที่จำเป็นและสำคัญมาก เมื่อนักสังคมสงเคราะห์จัดบริการหรือดำเนินการช่วยเหลือผู้ใช้บริการแล้ว จำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินผล ซึ่งอาจกำหนดแผนการติดตามในระยะสั้น ระยะยาว เมื่อติดตามและประเมินผลแล้ว ผู้ใช้บริการยังคงประสบปัญหาเดิมอยู่ หรือมีปัญหาอื่นที่กระทบจากการช่วยเหลือ อาจต้องจำเป็นส่งต่อ (Refer) หรือวางแผนการจัดบริการใหม่ แต่หากผลการจัดบริการไปในทิศทางที่ดี นักสังคมสงเคราะห์สามารถยุติการให้บริการ (Termination) ได้ หรืออาจติดตามและประเมินผลการช่วยเหลือของผู้ป่วยต่อไป

๑.๒.๒ กรอบอัตรากำลังของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ตามภาระงาน

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ คณะกรรมการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ได้วิเคราะห์อัตรากำลัง โดยใช้เกณฑ์ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ของประเทศไทย อัตรากำลังและสัดส่วนนักสังคมสงเคราะห์ต่อประชากร ๑ : ๒๕,๐๐๐ คน กำหนดอัตราคนในอีก ๕ ปีข้างหน้า โดยเสนอกรอบอัตรากำลังของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ตามภาระงานแต่ละระดับดังนี้

ระดับปฐมภูมิ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน (M๑ – M๒ และ F๑ – F๓) มีหน้าที่ให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ในการประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางสังคม จัดบริการด้านการบำบัดทางสังคม การป้องกันและเฝ้าระวังทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การพิทักษ์สิทธิและการจัดการทรัพยากรทางสังคม การสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ชุมชน และการพัฒนาวิชาการด้านสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ งานบริหารสังคมสงเคราะห์ การจัดการกองทุนและมูลนิธิ ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน และสร้างระบบการมีส่วนร่วมในชุมชนให้สามารถช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วย สามารถจัดการและส่งต่อเมื่อพบปัญหา โดยทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน (M๑ – M๒ และ F๑ – F๓) มีกฎหมายหลายฉบับตามกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของการให้บริการ และมีผลกระทบต่อบริการสุขภาพที่งานสังคมสงเคราะห์ร่วมดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิอย่างเสมอภาค เหมาะสม และเกิดความเป็นธรรม เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นต้น

ระดับทุติยภูมิ ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป (S) มีหน้าที่ให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ โดยมีบทบาทในการทำหน้าที่ประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางสังคม จัดบริการด้านการบำบัดทางสังคมด้านการป้องกันและเฝ้าระวังทางสังคมด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ด้านการพิทักษ์สิทธิและการจัดการทรัพยากรทางสังคม ด้านการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ชุมชน ด้านการวิจัยและพัฒนาวิชาการด้านสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ด้านบริหารสังคมสงเคราะห์ ด้านการจัดการกองทุนและมูลนิธิ ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน และสร้างระบบการมีส่วนร่วมในชุมชนในการให้บริการจัดการดูแลผู้ป่วย สามารถจัดการและส่งต่อเมื่อพบปัญหา โดยทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง

ระดับตติยภูมิ ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ทำหน้าที่ประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางสังคม จัดบริการด้านการบำบัดทางสังคม จัดบริการด้านการป้องกันและเฝ้าระวังทางสังคม ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ด้านการพิทักษ์สิทธิ์และการจัดการทรัพยากรทางสังคม ด้านการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ชุมชน การศึกษา วิจัย สร้างนวัตกรรม และพัฒนาวิชาการ ด้านสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ด้านการบริหารงานสังคมสงเคราะห์ การจัดการกองทุนและมูลนิธิ การประสานรองรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมซับซ้อน ให้ความช่วยเหลือกับหน่วยงานอื่นในระดับที่เล็กกว่า และการจัดการเรียนการสอนในด้านสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ แก่นักสังคมสงเคราะห์ นักศึกษาทางด้านสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การจัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

๑.๒.๓ มาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

มาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นรูปแบบเป้าหมาย แนวทางในการประกอบวิชาชีพของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ให้มีหลักเกณฑ์ แนวทางการปฏิบัติงาน การกำกับ ควบคุม เพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพของการปฏิบัติงานในวิชาชีพ เพื่อเป็นหลักประกันคุณภาพการให้บริการของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ให้มีมาตรฐานเดียวกัน ประกอบด้วยลักษณะงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ คุณลักษณะเฉพาะวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ คุณค่าของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ความยุ่งยากและซับซ้อนของงานสังคมสงเคราะห์วิชาชีพ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน มองงานได้อย่างเป็นรูปธรรม เกิดมาตรฐานในการปฏิบัติงานและอัตลักษณ์ทางวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ทั้งยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมให้การปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าประสงค์ที่อย่างมีมาตรฐาน ถูกต้องตามกลุ่มผู้ใช้บริการ และได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนจากแนวทางปฏิบัติและกรอบในการพัฒนาศักยภาพนี้ และที่สำคัญอย่างยิ่งเพื่อนำไปสู่คุณภาพของผลลัพธ์ต่อผู้ใช้บริการ ซึ่งมาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (คณะกรรมการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล, ๒๕๖๕, น. ๒๑) ดังนี้

มาตรฐานที่ ๑ มาตรฐานด้านการบริหารสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

มาตรฐานด้านการบริหารสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดคุณลักษณะของระบบโครงสร้างการบริหารองค์กร การกำหนดคุณสมบัติและสมรรถนะของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ การกำหนดนโยบาย หลักการและการควบคุมคุณภาพอย่างเป็นระบบ ได้แก่ นโยบาย โครงสร้าง บริหารจัดการองค์กร การบริหารและพัฒนาบุคลากร สมรรถนะ การจัดระบบสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ การควบคุมกำกับและประเมินผล ตลอดจนแหล่งช่วยเหลือทางด้านความรู้ต่างๆ มุ่งถึงขั้นตอนการบริหารงานที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าประสงค์และคำนึงถึงประสิทธิผลที่วางไว้ ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ ๑.๑ มาตรฐานการกำหนดโครงสร้างและระบบบริหารองค์กร

องค์ประกอบที่ ๑.๒ มาตรฐานการกำหนดคุณสมบัติและสมรรถนะของนักสังคมสงเคราะห์
ทางการแพทย์

องค์ประกอบที่ ๑.๓ มาตรฐานการกำหนดนโยบายหลักการและการควบคุมคุณภาพอย่างเป็นระบบ

มาตรฐานที่ ๒ มาตรฐานด้านวิชาการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

มาตรฐานด้านวิชาการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อการจัดการข้อมูลสารสนเทศงาน การกำกับและนิเทศ และพัฒนาวิชาชีพ ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ ๒.๑ มาตรฐานการจัดการข้อมูลสารสนเทศสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

องค์ประกอบที่ ๒.๒ มาตรฐานการวิจัยและพัฒนาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

องค์ประกอบที่ ๒.๓ มาตรฐานการกำกับและนิเทศงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

มาตรฐานที่ ๓ มาตรฐานด้านการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

มาตรฐานด้านการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานกับกลุ่มเป้าหมายทางสังคมสงเคราะห์ ทีมสหวิชาชีพภายในและภายนอกโรงพยาบาล เครือข่าย ตามกระบวนการวิธีการทางสังคมสงเคราะห์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ได้แก่ การประเมินและวินิจฉัยทางสังคม การบำบัดทางสังคม การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การจัดการทรัพยากรทางสังคมและการพิทักษ์สิทธิ และการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ชุมชน โดยมุ่งเน้นถึงรูปแบบการให้บริการ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน รวมถึงเทคนิค ทักษะ และเครื่องมือในการปฏิบัติงานที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าประสงค์ และคำนึงถึงประสิทธิผลที่วางไว้ ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ ๓.๑ มาตรฐานการประเมินและวินิจฉัยทางสังคม (Social Assessment and Diagnosis)

องค์ประกอบที่ ๓.๒ มาตรฐานการบำบัดทางสังคม (Social Treatment)

องค์ประกอบที่ ๓.๓ มาตรฐานการป้องกันและเฝ้าระวังทางสังคม (Social Prevention and Surveillance)

องค์ประกอบที่ ๓.๔ มาตรฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)

องค์ประกอบที่ ๓.๕ มาตรฐานการจัดการทรัพยากรทางสังคมและพิทักษ์สิทธิ (Social Resource Management and Advocacy)

องค์ประกอบที่ ๓.๖ มาตรฐานการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ชุมชน (Community Medical Social Work)

๑.๒.๔ เครื่องมือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

ใน ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ได้มีมติและอนุมัติให้นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ใช้เครื่องมือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ประกอบด้วยเครื่องมือการทำงานกับผู้ป่วยระดับเบื้องต้น ได้แก่ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A.) เครื่องมือการทำงานกับผู้ป่วยระดับเชิงลึก ได้แก่ เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เครื่องมือคัดกรองและประเมินผลการบำบัดทางสังคม (Social Therapy Assessment : S.T.A.) เครื่องมือแบบประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคม (Social Skill Assessment : S.S.A.) และเครื่องมือประเมินการดูแลสุขภาพจิตตนเอง (Mental Self Care Assessment : M.S.C.A.) และคณะทำงานพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักบริหารการสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้จัดทำโปรแกรมบันทึกข้อมูลการบริการแบบออนไลน์

๑.๒.๔.๑ เครื่องมือที่ใช้เฉพาะงานสังคมสงเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้เฉพาะงานสังคมสงเคราะห์โดยตรง มีความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ และนำมาใช้เป็นการเฉพาะในวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์โดยตรง ซึ่งคณะกรรมการสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ได้มีมติรับรองมาตรฐาน เมื่อวันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๕๖ ว่าเป็นมาตรฐานและเป็นเครื่องมือการปฏิบัติงานที่ยึดหลักองค์ความรู้ทางสังคมสงเคราะห์และจรรยาบรรณของวิชาชีพเป็นพื้นฐาน และเห็นว่ามีประโยชน์ในการนำไปใช้ในระบบบริการ อันจะเป็นการสร้างมาตรฐานการทำงานของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่ยกระดับการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์สามารถประเมินสถานะทางสังคม เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ การวินิจฉัย ให้การช่วยเหลือ ป้องกัน วางแผน บำบัดและรักษาได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ มีจำนวน ๔ เครื่องมือ ได้แก่ ๑) เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และการจัดการทางสังคม Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A และแบบบัญชีปัญหาทางสังคม Social Problem List ๒) เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว Family Readiness Assessment : F.R.A ๓) เครื่องมือประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคม Prevocational and Social Skill Assessment : P.S.S.A และ ๔) เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตตนเอง Mental Health Self Care Assessment : M.H.S.C.A

๑.๒.๔.๑.๑ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม

เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A.) เป็นเครื่องมือการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์กับผู้ป่วยทุกกลุ่มเป้าหมายทางสังคมในระดับเบื้องต้น โดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้เครื่องมือเพื่อใช้ในการค้นหาข้อเท็จจริงของผู้ป่วย ประเมินและวินิจฉัยทางสังคม วางแผนการปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ ให้การดำเนินการช่วยเหลือทั้งในระยะสั้น ระยะยาว และเพื่อติดตามประเมินผลการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์สามารถนำเครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม ไปใช้ตั้งแต่ขั้นตอนการรับเรื่องจนสิ้นสุดกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ในการให้บริการ ในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์สามารถพิจารณาใช้แบบประเมินเชิงลึกต่อไป

ทั้งนี้ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม ได้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ที่ นักสังคมสงเคราะห์ได้ทำงานร่วมกับผู้ป่วยในทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ ขั้นตอนการรับเรื่องที่ นักสังคมสงเคราะห์ เข้าไปศึกษา ข้อเท็จจริงเพื่อให้ได้ข้อมูลประวัติบุคคล ประวัติครอบครัว วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ โดยใช้หลักการวินิจฉัยทางสังคมตามแบบบัญชี ปัญหาทางสังคม (Social Problem List) ที่แยกลักษณะสภาพปัญหาต่าง ๆ อันสอดคล้องกับสังคมไทย นำไปสู่การวางแผนช่วยเหลือทั้งระยะเฉพาะหน้า และระยะยาวเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ สืบเนื่องไปถึง การดำเนินการทางสังคมสงเคราะห์โดยคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรทางสังคมที่มีอยู่มาทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและญาติ จนถึงกระบวนการที่ต้องติดตามและประเมินผลการให้บริการแต่ละรายก่อนที่จะยุติ การให้บริการ (สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์, ๒๕๕๖, น. ๔)

๑.๒.๔.๑.๒ เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว

เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เป็นเครื่องมือการทำงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ระดับเชิงลึก ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมาย ในการใช้เครื่องมือ คือ ครอบครัวหลักของผู้ป่วย รวมไปถึงครอบครัวอื่นที่ผู้ป่วยไปอาศัยอยู่ด้วย มีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และประเมินความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาได้ และนำไปสู่ การวางแผนและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในกรณีดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตสังคมที่ซับซ้อน

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์สามารถนำเครื่องมือประเมิน ความพร้อมของครอบครัวไปใช้ตั้งแต่ขั้นตอนการรับเรื่องจนสิ้นสุดกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ในการให้บริการในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ครอบครัวหรือผู้ดูแลขาดความรู้ ในการดูแลผู้ป่วย หรือขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว มีองค์ประกอบ แบบประเมิน โดยมีประเด็นคำถามจำนวน ๑๐ ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ เรื่องรายได้ของครอบครัว สภาพแวดล้อมภายในบ้าน ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกใน ครอบครัว ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย การยอมรับ และให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม การสื่อสารระหว่างกัน ของสมาชิกในครอบครัว การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกใน ครอบครัว ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย และการมีเครือข่ายทางสังคม ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อขอรับการช่วยเหลือ (สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์, ๒๕๕๖, น. ๒๓)

๑.๒.๔.๒ เครื่องมือที่นักสังคมสงเคราะห์ใช้ร่วมกับวิชาชีพอื่น

เครื่องมือที่นักสังคมสงเคราะห์ใช้ร่วมกับวิชาชีพอื่น หรือเครื่องมือที่นำมาใช้โดยมิได้ดัดแปลงซึ่งอาจมีปัญหาสิทธิ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติในบางหน่วยงาน และผลประกอบการปฏิบัติของนักสังคมสงเคราะห์และวิชาชีพอื่นที่ทำงานร่วมกัน ตัวอย่างเช่น

- แบบประเมินโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (๒Q ๙Q ๘Q)
- การทำผังครอบครัวและการทำแผนที่สังคมมิติ
- แบบสรุปประชุมทีมสหวิชาชีพ (Case Conference)
- แบบประเมินสมรรถนะคนพิการ (International Classification of Functioning Disability and Health : ICF)
- แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)
- แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative performance Score: PPS Score) สวนดอก holistic care model
- แบบ ST๕ แบบประเมินความเครียด
- แบบประเมิน ASSIS (ยาเสพติด)
- แบบ advance care plan การวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย
- เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก (ฉบับภาษาไทย)

๑.๒.๕ วิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

วิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ที่นักสังคมสงเคราะห์นิยมใช้และปฏิบัติงานกันมานับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีหลายวิธีการ หลายรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามแต่ละบริบทของงานที่ปฏิบัติ ฉะนั้น วิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จึงถือเป็นพื้นฐานการทำงานที่สำคัญที่สุดของนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพและนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มาโดยตลอด เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบบริการที่ใช้ในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น จุดหมายของงานสังคมสงเคราะห์มุ่งที่จะให้มีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนและสังคม โดยที่คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอยู่ตามอัตภาพโดยช่วยตนเองและช่วยเหลือสังคมได้ตามแนวทางที่กำหนดจึงต้องมีวิธีการที่จะบรรลุ ซึ่งจุดหมายที่กำหนดไว้ วิธีการสังคมสงเคราะห์แยกออกเป็นหลายประเภท เช่น แยกตามขนาด ของระบบผู้ใช้บริการสังคมสงเคราะห์จะแยกออกเป็น การสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย การสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน การบริการสงเคราะห์ การจัดระเบียบชุมชนและการพัฒนาชุมชน ถ้าแยกตามระดับของเทคนิคที่ใช้ในการทำงาน วิธีการก็จะแยกออกเป็น การสังคมสงเคราะห์มหัพภาค และการสังคมสงเคราะห์จุลภาค หรือถ้าจะแยกตามลักษณะหรือประเภทของผู้ใช้บริการก็จะแยกออกเป็น การสังคมสงเคราะห์ในกิจการราชทัณฑ์ การสังคมสงเคราะห์คนพิการ สวัสดิการครอบครัวและเด็ก การสังคมสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น ทั้งนี้ โดยส่วนมากได้อธิบายถึงวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ (Social Work Method) ไว้ ๖ วิธีการ ดังนี้ (นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, ๒๕๕๕, น. ๓๔ - ๕๑)

๑. วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย (Social Case Work) เป็นวิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะรายในการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายที่มีสภาพปัญหาและความต้องการเป็นรายบุคคล ซึ่งเขาไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยการช่วยเหลือให้บุคคลได้พัฒนาบุคลิกภาพของตนเอง และปรับตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยความสะดวก

๒. วิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน (Social Group Work) เป็นวิธีการสังคมสงเคราะห์ที่ให้บริการบุคคลโดยใช้หลักความสัมพันธ์ของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มแล้วนำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลให้ดีขึ้น โดยมีนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคล ให้สามารถเข้าถึงกลุ่มต่างๆ เพื่อการพัฒนาความสามารถของบุคคลให้เปลี่ยนภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเองในทางที่ดีมากขึ้น ให้สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นช่วยเหลือบุคคลที่มีความสนใจ มีความต้องการ และมีปัญหาที่คล้ายคลึงกันให้มาเข้ากลุ่มกันเพื่อให้มีการติดต่อปะทะสังสรรค์ภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมเป็นสื่อกลาง วัตถุประสงค์ คือ การพัฒนาบุคลิกภาพในด้านต่างๆของบุคคล

๓. วิธีการจัดระเบียบชุมชน (Community Organization) เป็นวิธีการสังคมสงเคราะห์ชุมชนที่นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติงานกับชุมชนในการทำหน้าที่ค้นหาความต้องการและช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ทักษะต่างๆ กระตุ้นให้มีกิจกรรมที่จะนำไปสู่ความร่วมมือร่วมใจนำเอาทรัพยากรต่างๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ตามความจำเป็นแก่ชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ต้องรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของคนในชุมชนเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งความปลอดภัยและความเจริญก้าวหน้าของชุมชนท้องถิ่นนั้น

๔. นโยบายและการวางแผนทางสังคม (Social Policy and Social Planning) นักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพจะต้องเข้าไปมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในระดับนโยบายและการวางแผนทางสังคม เพราะจะได้นำความรู้และทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัญหาสังคมไปเป็นข้อมูลที่เกิดประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาบริการที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตามยังคงเป็นนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพที่อยู่ในตำแหน่งบริหาร หรือผู้ที่ทำหน้าที่เป็นนักวิจัยเป็นผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับนโยบายและการวางแผนสังคมมากกว่านักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานตรงกับกลุ่มเป้าหมาย

๕. การบริหารงานทางสังคมสงเคราะห์ (Social Work Administration) การบริหารงานสังคมสงเคราะห์เป็นกระบวนการดำเนินงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการสังคมสงเคราะห์ โดยความพยายามที่จะประสานงานกับหน่วยงานและบุคคล นักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพจะต้องทำความเข้าใจและสามารถนำหลักการบริหารงานสังคมสงเคราะห์มาใช้ให้ได้ จึงจะทำให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพและเกิดประสิทธิภาพ นอกจากนี้แล้วยังเกี่ยวข้องกับการแปลอำนาจที่ได้รับมอบหมายทางสังคมลงไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้องค์การบริหารลงเป้าหมาย วางรูปแบบ โครงสร้างให้สอดคล้องกับผลสัมฤทธิ์ของงาน แสวงหาทรัพยากรเพื่อให้งานดำเนินกรราบรื่น แสวงหาวิธีการแผนใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน จัดรูปแบบของหน่วยงานเพื่อมุ่งการให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด และประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานเพื่อตรวจสอบปัญหาและหาแนวทางแก้ไขการให้บริการที่มีคุณภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย

๖. การวิจัยทางสังคมสงเคราะห์ (Social Work Research) เป็นวิธีการค้นหาปัญหาและความต้องการ เพื่อนำมาวางแผน ให้ความช่วยเหลือ จัดบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและมาตรฐานการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในยุคปัจจุบันด้วย

ในมิตินงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จะต้องสามารถปฏิบัติงานตามหลักวิธีการสังคมสงเคราะห์อย่างเป็นระบบ เน้นการให้บริการผู้ใช้บริการที่มีสภาพปัญหาและความต้องการเป็นรายบุคคล การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน เน้นการให้บริการบุคคลโดยใช้หลักความสัมพันธ์ของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่ม ที่มีความสนใจ มีความต้องการ มีปัญหาคล้ายคลึงกันมารวมกลุ่มกัน การจัดระเบียบชุมชน เน้นการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน กระตุ้นให้มีกิจกรรมจะนำไปสู่ ความร่วมมือร่วมใจ ใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามความจำเป็นของชุมชน อย่างไรก็ตามนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ จะต้องสามารถปฏิบัติงานในด้าน นโยบายและการวางแผนทางสังคมการบริหารงานทางสังคมสงเคราะห์ และการวิจัยทางสังคมสงเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการและมาตรฐานการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ด้วย

๑.๓ แนวคิดเกี่ยวข้องกับคนพิการ

๑.๓.๑ ความหมายและประเภทความพิการ

คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมี อุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษ ที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กำหนด (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, ๒๕๕๗)

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ มาตรา ๔ ได้ให้นิยาม คนพิการ ซึ่งหมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากมีความบกพร่องของบุคคล ประกอบกับมีอุปสรรคด้านต่างๆจำเป็นพิเศษ ดังนี้

- ความพิการทางการเห็น ความผิดปกติหรือความบกพร่องทางการเห็น ครอบคลุม ๒ ลักษณะ คือ “ตาบอด” หมายถึง การมีสายตาสั้นที่ต่ำที่สุด เมื่อใช้แว่นตาธรรมดาแล้วอยู่ในระดับต่ำกว่า ๓ ส่วน ๖๐ เมตร หรือ ๒๐ ส่วน ๔๐๐ ฟุต ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่างหรือมีลานตาแคบกว่า ๑๐ องศา ๑.๒ และ “ตาเลือนราง” หมายถึง การมีสายตาสั้นที่ต่ำที่สุด เมื่อใช้แว่นตาธรรมดาแล้วอยู่ในระดับตั้งแต่ ๓ ส่วน ๖๐ เมตร หรือ ๒๐ ส่วน ๔๐๐ ฟุต ไปจนต่ำกว่า ๖ ส่วน ๑๘ เมตร หรือ ๒๐ ส่วน ๗๐ ฟุต หรือมีเลนสายตาแคบกว่า ๓๐ องศา ลงไปจนถึง ๑๐ องศา

- ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความผิดปกติหรือความบกพร่อง ทาง การได้ยิน ครอบคลุม ๒ ลักษณะ คือ “หูหนวก” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการ ปฏิบัติกิจกรรมใน ชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็น ผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน เมื่อ ตรวจการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ ๕๐๐ เฮิรตซ์ ๑,๐๐๐ เฮิรตซ์ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง ๙๐ เดซิเบลขึ้นไป และ “หูตึง” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการ เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ ๕๐๐ เฮิรตซ์ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงตั้งแต่ ๔๑๐ เดซิเบล จนถึง ๙๐ เดซิเบล
- ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย โดย “ความพิการทางการเคลื่อนไหว” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมี ส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสีย ความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขา หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อ การทำงาน มือ เท้า แขน ขา และ “ความพิการทางร่างกาย” หมายถึง การที่บุคคล มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทาง สังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน
- ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผล มาจากความบกพร่องหรือผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือ ความคิด
- ความพิการทางสติปัญญา หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมใน ชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจาก การมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือระดับเขาว์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกติ นั้นแสดงก่อนอายุ ๑๘ ปี
- ความพิการทางการเรียนรู้ หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะด้าน การเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องใน ด้านการอ่าน การเขียน การคิด คำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับ ความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วง อายุ และระดับสติปัญญา

- ความพิการออทิสติก ซึ่งในกรณีของโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit / Hyperactivity Disorder) ถือว่าเป็นความบกพร่องในการทำงานของสมองจนส่งผลต่อการควบคุมพฤติกรรม และการมีสมาธิ ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

นอกจากนี้ ข้อมูลโดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการซึ่งมีการสำรวจสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย เมื่อวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ พบว่า อัตราคนพิการเพศชาย มีมากถึงร้อยละ ๕๑.๙๗ ในขณะที่อัตราคนพิการเพศหญิง มีร้อยละ ๔๘.๐๓ โดยคนพิการในกลุ่มของผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป มีจำนวนมากสุดร้อยละ ๕๗.๙๓ รองลงมาเป็นกลุ่มวัยแรงงาน และกลุ่มเด็กเยาวชน ตามลำดับ ในด้านของรายได้ พบว่า คนพิการไม่มีรายได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้มีจำนวนมากสุด ร้อยละ ๒๕.๒๐ และประเภทความพิการ พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหว/ทางร่างกาย (ประเภท ๓) มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๗๔

๑.๓.๒ สิทธิประโยชน์ของคนพิการตามกฎหมาย

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้กำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการไว้ ดังนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ คนพิการอาจยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการต่อนายทะเบียนกลาง (กรุงเทพมหานคร) หรือนายทะเบียนจังหวัดทุกจังหวัด การมีบัตรประจำตัวคนพิการ คนพิการมีสิทธิในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ตามกฎหมาย

๒. สวัสดิการเบี้ยคนพิการ คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและได้ลงทะเบียนขอรับเบี้ยความพิการไว้แล้ว มีสิทธิได้รับสวัสดิการเบี้ยความพิการทุกคน

๓. การช่วยเหลือทางกฎหมายแก่คนพิการ คนพิการมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางกฎหมาย และจัดหาทนายความว่าต่างแก่ต่างให้แก่คนพิการ การจัดทำนิติกรรมสัญญา การไกล่เกลี่ย หรือการประนีประนอม และการให้ความช่วยเหลืออื่นๆในทางคดี

๔. การจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการ คนพิการมีสิทธิร้องขอกรณีการถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม อาทิ การปฏิบัติที่แตกต่างกัน การกีดกัน การหน่วงเหนี่ยว หรือการลำเอียงจากเหตุแห่งความแตกต่างของเพศ อายุ ศาสนา ภาษา สภาพความพิการ

๕. การจัดบริการล่ามภาษามือไทย คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อสารความหมาย มีสิทธิได้รับบริการล่ามภาษามือ ได้แก่ การใช้บริการทางการแพทย์ การสมัครงาน การร้องทุกข์ หรือเป็นพยาน การเข้าร่วมสัมมนา หรือการฝึกอบรม

๖. การสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ คนพิการที่มีความเดือดร้อนต้องการได้รับการช่วยเหลือ มีสิทธิได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการ เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิตประจำวันได้

๗. การแพทย์และสุขภาพ คนพิการมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ โดยได้รับการตรวจวินิจฉัย การแนะแนว ให้คำปรึกษา การรักษาฟื้นฟู รวมถึงการจัดหา ซ่อมแซม หรือเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เป็นต้น

๘. การศึกษา คนพิการทุกคนมีสิทธิได้รับการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนจนถึงปริญญาตรี พร้อมทั้งการได้รับเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา

๙. การปรับสภาพที่อยู่อาศัย คนพิการที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม มีสิทธิได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เช่น การปรับปรุงห้องน้ำ ราวจับ พื้นผิวทางเดิน เป็นต้น

๑๐. การลดหย่อนภาษีของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ คนพิการที่มีรายได้ไม่เกิน ๑๙๐,๐๐๐ บาทต่อปี มีสิทธิได้รับการยกเว้นภาษี และผู้ดูแลคนพิการที่อุปการะเลี้ยงดูคนพิการ สามารถลดหย่อนภาษีได้คนละ ๖๐๐,๐๐๐ บาทต่อปี

๑๑. การลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งสาธารณะสำหรับคนพิการ คนพิการมีสิทธิได้รับการยกเว้นค่าโดยสารรถไฟฟ้า BTS และรถไฟฟ้าใต้ดินทุกสถานี ได้รับการลดหย่อนค่าโดยสารสาธารณะ ขสมก. รถไฟเครื่องบิน เครื่องราคาด

๑๒. การมีงานทำ คนพิการมีสิทธิได้รับการส่งเสริมอาชีพ โดยสถานประกอบการ หรือหน่วยงานของรัฐต้องจ้างงานคนพิการในอัตราส่วนพนักงานทั่วไป ๑๐๐ คน ต้องจ้างงานคนพิการ ๑ คน

๑.๓.๓ การพัฒนาศักยภาพคนพิการ

การที่บุคคลจะประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังนั้น ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องนั้น มีความพยายามมุ่งมั่นที่จะทำสิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด และมีการนำเอาความสามารถที่ซ่อนเร้นภายในร่างกายออกมาใช้ประโยชน์ได้มากเพียงใด ความสามารถที่ซ่อนเร้นนี้เราเรียกว่า “ศักยภาพ” (กาญจนา สนานน้อย; ๒๕๖๒; น. ๔๐)

“การพัฒนา” หมายถึง การเปลี่ยนแปลงอย่างมีกระบวนการ โดยมีจุดมุ่งหมาย “การพัฒนาศักยภาพ” คือ การนำเอาความสามารถที่ซ่อนเร้นภายในร่างกาย นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างมีกระบวนการ ศักยภาพจึงเป็นความสามารถที่ถูกซ่อนเร้นไว้ หากได้รับการพัฒนา คือ การนำเอาความสามารถนั้นออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ผลที่ตามมาย่อมทำให้สิ่งที่คาดหวังนั้นประสบความสำเร็จ

ในมาตรา ๔ แห่งพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔ ได้กำหนดความหมายการเสริมสร้างสมรรถภาพหรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น โดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคม และการฝึกอาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนปกติ และในมาตรา ๑๕ ได้กำหนดไว้ว่า คนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนตามมาตรา ๑๔ ให้ได้รับการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังต่อไปนี้ (กาญจนา สนานน้อย; ๒๕๖๒; น. ๔๐)

๑. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๒. การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาคับคั่งหรือการศึกษายาอาชีพ หรืออุดมศึกษา ตามแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสม ซึ่งให้ได้รับโดยการจัดเป็นสถานศึกษาเฉพาะ หรือจัดรวมในสถานศึกษาธรรมดา โดยให้ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการสนับสนุนตามความเหมาะสม

๓. คำแนะนำชี้แจง และปรึกษาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพและการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและสมรรถภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถประกอบอาชีพได้

๔. การยอมรับ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและสิ่งอำนวยความสะดวก และบริการต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

กล่าวโดยสรุป สิทธิคนพิการในด้านการสงเคราะห์ การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ มีประเด็นที่ครอบคลุม ดังนี้

๑. ด้านการแพทย์ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในด้านต่างๆ รวมทั้งอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา

๒. ด้านการศึกษา ให้การศึกษาในทุกระดับที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมทั้งอุปกรณ์

๓. ด้านอาชีพ การแนะนำอาชีพ การฝึกอาชีพ การประกอบอาชีพ และการเข้าทำงาน สถานประกอบการในอัตราที่เหมาะสมกับลูกจ้างอื่น

๔. ด้านสังคมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของสังคม โดยมีสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลืออื่นๆจากรัฐ

๑.๔ แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation หรือ CBR)

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community based rehabilitation) หรือ CBR หมายถึง การเสริมสร้างสมรรถภาพ หรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสมรรถภาพดีขึ้น โดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา สังคม และการฝึกอาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนทั่วไป (รัชณี สรรเสริญ, ๒๕๕๕, น. ๔)

จากความหมายจะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน เป็นยุทธศาสตร์ที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การสร้างโอกาสความเท่าเทียม และสร้างการมีส่วนร่วมของคนพิการในสังคม ซึ่งการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายจะต้องอาศัยตัวของคนพิการ ครอบครัวของคนพิการ และชุมชนที่คนพิการอาศัย โดยเป็นโครงข่ายที่เชื่อมโยงกันอย่างเหมาะสมในด้านต่างๆ ได้แก่ การแพทย์ การศึกษา การอาชีพ และบริการทางสังคม

โดยต้นกำเนิดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน เป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ริเริ่มขึ้นหลังจากที่มีการประกาศใช้ปฏิญญาอัลมาอะตา (Declaration of Alma-Ata) ในปี ค.ศ. ๑๙๗๘ ณ นครอัลมาอะตา สหภาพโซเวียต เป็นปฏิญญาระดับนานาชาติฉบับแรกที่เน้นเรื่อง การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อให้เป็นยุทธศาสตร์หลักในการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” หรือ “health for all” ขององค์การอนามัยโลก มีเป้าหมายในการทำให้ทุกคนมีฐานะทางเศรษฐกิจระดับใดก็ตามสามารถเข้าถึง บริการและสภาพแวดล้อมที่จำเป็นในการบ่มเพาะสุขภาพที่ดีที่สุดในของตนเอง (นฤนธร รอดทอง, ๒๕๖๓, น. ๖๕)

ในปัจจุบัน เนื่องจากโปรแกรม CBR มีการพัฒนาจนกลายเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบพหุภาคี จึงมีการกำหนดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนขึ้นในปี ค.ศ. ๒๐๐๔ เพื่อให้เป็นกรอบพื้นฐานร่วมกันสำหรับ โปรแกรม CBR ต่างๆ มีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ สุขภาพ การศึกษา สภาพความเป็นอยู่สังคม และการสร้าง ศักยภาพ สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นพหุภาคีของโปรแกรมนั้นสัมพันธ์กับการสร้างศักยภาพให้คนพิการ ครอบครัวของคนพิการ และชุมชน ซึ่งถือเป็นรากฐานสำคัญของการทำให้คนพิการสามารถเข้าถึงภาคส่วน ของการพัฒนา การยกระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการ และการทำให้คนพิการได้รับสิทธิมนุษยชนของตน ทำให้คนพิการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตลอดจนยกระดับคุณภาพชีวิตของ คนพิการให้สูงขึ้นอีก (นฤนธร รอดทอง, ๒๕๖๓, น. ๖๖)

หลักการสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (ราชินี สรรเสริญ, ๒๕๕๕, น. ๕ - ๖) มีหลักการสำคัญ ดังนี้

๑. เป็นยุทธศาสตร์ "เชิงรุก" เข้าถึงคนพิการในชุมชน โดยคนพิการและครอบครัว ตลอดจนชุมชน ต้องมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ซึ่งแตกต่างจากการบำบัดฟื้นฟูคนพิการในปัจจุบันที่เป็นในลักษณะ "เชิงรับ"

๒. เน้นความสำคัญของการพัฒนาชุมชน การเชื่อมโยงทุกส่วนในสังคม ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ทั้งในด้านการป้องกัน และการฟื้นฟูความพิการโดยใช้ชุมชน ครอบครัว และทรัพยากรในชุมชน เปิดโอกาสให้ คนพิการ ครอบครัวคนพิการ สมาชิกชุมชน ตลอดจนองค์กรหน่วยงานต่างๆ ทั้งนอกและในชุมชนได้มีส่วนร่วม ในการดำเนินงานทุกกิจกรรมทางการแพทย์ การศึกษา สังคม และการฝึกอาชีพ เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพ หรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสมรรถภาพดีขึ้น

๓. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามความต้องการของชุมชน เน้นการค้นหาและพัฒนาศักยภาพของ คนพิการ ครอบครัว และชุมชน โดยสนับสนุนให้มีการประสานความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟู สมรรถภาพ ทั้งในระดับร่วมกันคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผลและพัฒนา

๔. เสริมพลังอำนาจของคนพิการให้สามารถดำรงชีวิตโดยอิสระได้ในสังคม และอยู่ร่วมกับสังคม ได้ในทุกมิติ มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนทั่วไป

๕. แสวงหาและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาชาวบ้าน ความรู้เดิมของชุมชน และทรัพยากรในท้องถิ่น ที่มีอยู่แล้ว หรืออาจกล่าวว่าจะต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มากที่สุด ไม่พึ่งพิงทรัพยากรภายนอก การดำเนินงานใช้เทคโนโลยีถูกต้องเหมาะสมและประหยัด

ทั้งนี้ กิจกรรมหรือโครงการที่จัดว่าเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้

๑. คนพิการต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการนั้นทุกขั้นตอน
๒. วัตถุประสงค์หลักของโครงการต้องเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของคนพิการให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ (Independent Living) ไม่ใช่มุ่งหวังเพียงให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำ กิจกรรมประจำวัน (Activity of Daily Living) เท่านั้น
๓. มุ่งเน้นในการทำงานกับชุมชน เพื่อส่งเสริมให้คนพิการเกิดทัศนคติทางบวกและให้สมาชิกในชุมชนมีแรงจูงใจที่จะให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมกับกิจกรรม
๔. ต้องเป็นกิจกรรมที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับลักษณะของชุมชน การดำเนินงานมุ่งผสมผสานขยายงานและกิจกรรมเกี่ยวกับคนพิการที่ชุมชนปฏิบัติมาแต่เดิม เพื่อให้ชุมชนนั้นมีความเข้มแข็ง และได้รับการสนับสนุนจากชุมชนมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น จากแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community based rehabilitation) จะเห็นว่ามีเป้าหมายของการช่วยเหลือคนพิการเพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระ คนพิการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มีความเท่าเทียมในสิทธิและโอกาส ตลอดจนมีความสุขในชีวิตตามข้อจำกัดของตนเอง ซึ่งปัจจัยสำเร็จของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน จะต้องอาศัยปัจจัยหลัก ๔ ประการ ดังนี้

๑. การสร้างความตระหนักในปัญหาและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
๒. การประสานทรัพยากรเพื่อการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
๓. การพัฒนาทักษะและความรู้ทั่วไป และความรู้เฉพาะด้านให้แก่สมาชิกในชุมชน
๔. การให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการต่างๆซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

๑.๕ แนวคิดการดูแลทางสังคม

การดูแลทางสังคม (Social Care) หมายถึง กระบวนการให้การสนับสนุนและบริการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ยากไร้ แนวคิดการดูแลทางสังคมมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับสากลและในบริบทของประเทศไทย โดยมีจุดมุ่งหมายในการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ส่งเสริมความเสมอภาค และสนับสนุนสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน (พรสวรรค์ นันทะ, ๒๕๖๑, น. ๔๕)

ในระดับสากล แนวคิดการดูแลทางสังคมได้รับอิทธิพลจากหลักรัฐสวัสดิการที่มองว่ารัฐควรมีบทบาทในการรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างเท่าเทียม หลักการนี้ได้ถูกนำมาใช้ในประเทศไทย ผ่านการพัฒนาแผนงานต่างๆ เช่น นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า การให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยคนพิการ ซึ่งล้วนสะท้อนถึงการเปลี่ยนผ่านจากแนวคิดการดูแลแบบสงเคราะห์ ไปสู่แนวคิดสิทธิขั้นพื้นฐาน (ภาณุวัฒน์ สอนเมธี, ๒๕๖๓, น. ๕๑)

แนวคิดการดูแลทางสังคมในประเทศไทยยังคงมีความเชื่อมโยงกับโครงสร้างของครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะในชนบทซึ่งครอบครัวขยายยังมีบทบาทสำคัญ อย่างไรก็ตาม เมื่อบริบททางเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนแปลง เช่น การย้ายถิ่นฐานของแรงงานเมืองทำให้เกิดช่องว่างในการดูแล ส่งผลให้รัฐต้องมีบทบาทเข้ามาเติมเต็มผ่านกลไกการดูแลที่เป็นระบบมากขึ้น และนอกจากนี้ การดูแลทางสังคมสำหรับคนพิการในประเทศไทยได้พัฒนาไปในทิศทางที่คำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากขึ้น โดยมีการออกพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งถือเป็นกฎหมายหลักที่กำหนดสิทธิพื้นฐานของคนพิการ ได้แก่ การเข้าถึงการศึกษา การมีงานทำ การได้รับสวัสดิการ และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, ๒๕๖๒) ซึ่งการดำเนินนโยบายของไทยยังได้รับอิทธิพลจากแนวคิดในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการขององค์การสหประชาชาติ แต่แม้จะรับหลักการดังกล่าวมาใช้ แต่ยังคงพบว่ามีข้อจำกัดสำคัญ เช่น ขาดความเชื่อมโยงของหน่วยงาน การจัดบริการยังไม่ครอบคลุมกลุ่มคนพิการทุกประเภท และยังเน้นการให้เงินช่วยเหลือมากกว่าการสร้างระบบที่ยั่งยืน

องค์ประกอบของการดูแลทางสังคม (Social Care)

การดูแลทางสังคมประกอบด้วยองค์ประกอบหลากหลายที่มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนบุคคลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในสถานะเปราะบาง เช่น คนพิการ ผู้สูงอายุ เด็ก และผู้มีรายได้น้อย การดูแลทางสังคมครอบคลุมทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม โดยสามารถแบ่งองค์ประกอบหลักๆ ได้ดังนี้

๑. การดูแลขั้นพื้นฐาน (Basic Care) หมายถึง การให้บริการที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวัน เช่น การช่วยเหลือในการกิน การอาบน้ำ การแต่งตัว และการเคลื่อนไหวน โดยเฉพาะในกรณีของคนพิการหรือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

๒. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Services) การดูแลส่งเสริมและฟื้นฟูความสามารถในการดำรงชีวิต เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด การฝึกทักษะในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางจิตใจ เพื่อให้บุคคลสามารถกลับมามีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี

๓. การสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ (Psychosocial Support) การดูแลที่ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่า มีความหมาย และได้รับการยอมรับในสังคม รวมถึงการจัดกิจกรรมในชุมชน การสนับสนุนกลุ่มพึ่งพาตนเอง และการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา

๔. การเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการ (Access to Rights and Social Welfare) การได้รับเบี้ยยังชีพ เบี้ยความพิการ สิทธิด้านสุขภาพ การศึกษา การประกอบอาชีพ และการใช้บริการสาธารณะอย่างเท่าเทียม

๕. การมีส่วนร่วมและชีวิตอิสระ (Participation and Independent Living) การดูแลทางสังคมที่เน้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลของตนเอง และสนับสนุนให้ใช้ชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชน ไม่แยกออกจากสังคม

ดังนั้น การดูแลทางสังคมจึงไม่ใช่เพียงการให้ความช่วยเหลือทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการส่งเสริมสิทธิ ความเสมอภาค การมีส่วนร่วม และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลในทุกมิติ

๑.๖ แนวคิดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ให้คำนิยาม “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

ในมาตรา ๓ ของพระราชบัญญัติฯ ยังได้ระบุนิยาม “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

และในส่วนนิยามคำว่า “เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” หมายความว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ทั้งนี้ มิติของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) หมายถึง หน่วยงานที่สามารถเป็นหน่วยคู่สัญญารับงบประมาณเหมาจ่ายต่อหัวประชากรได้ โดยที่ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ตั้งอยู่ในที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้ สะดวกภายใน ๓๐ นาที มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์และการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และรับผิดชอบดูแลประชากรไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ คนต่อหน่วย หน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อย ที่ร่วมกันให้บริการได้

โดยการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย มีรูปแบบเครือข่ายที่เรียกว่า หน่วยบริการคู่สัญญา เพื่อบริการปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care : CPU) ซึ่งมีหน่วยบริการที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน ขณะที่รูปแบบหน่วยการบริการที่พบมากที่สุดคือ CPU ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน (รพ.สต.) ในอำเภอหนึ่ง จะมีโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพช.) ที่บริการปฐมภูมิ ถือเป็นรากฐานในการดูแลสุขภาพประชาชนในระบบสาธารณสุข

และในส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ซึ่งกระจายในทุกพื้นที่ตำบลทุกจังหวัดทั่วประเทศซึ่งส่วนใหญ่อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๙,๗๗๕ แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล รวมร้อยละ ๙๒.๙๘ ของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดทั่วประเทศในพื้นที่เขตเมืองมีศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์แพทย์ชุมชนของเทศบาล กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัย รวมถึงภาคเอกชน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่กระจายทั่วทุกพื้นที่เขตเมือง

ด้านบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพประชากรในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม ทั้งที่เป็นการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ โดยการจัดบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมินี้ สามารถจัดแบ่งตามลักษณะงานในลักษณะต่างๆ ดังนี้

๑. การบริการปฐมภูมิระดับบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Health) หมายถึง การดูแลสุขภาพแก่ประชากรโดยตรงแต่ละคน รวมถึงการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับครอบครัว ซึ่งเป็นงานพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. การดูแลสุขภาพเป็นกลุ่มประชากร หมายถึง การดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นกลุ่มๆ ที่มีลักษณะความเสี่ยงร่วม หรือมีลักษณะธรรมชาติคล้ายกันมีการจัดกิจกรรม หรือมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในลักษณะทั้งกลุ่ม (Population Health)

๓. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรชุมชน เป็นอีกหนึ่งบทบาทที่หน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องสนับสนุน เสริมศักยภาพให้แก่ประชาชนองค์กรชุมชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถบริหารจัดการปัจจัยแวดล้อมด้านสุขภาพด้วยชุมชน และท้องถิ่นได้เอง เพื่อให้การดำเนินงานมีความสอดคล้องกับลักษณะพื้นที่และมีการดำเนินงานได้ยั่งยืน

ทั้งนี้ กลุ่มประชากรสำคัญที่ควรมีการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มเด็กเล็ก กลุ่มเยาวชน โดยเน้นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัจจัยร่วมของกลุ่มประชากร (Common risk) ด้วยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น พฤติกรรม สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรท้องถิ่นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพของประชากรทั้งกลุ่มมีแนวโน้มที่ดีขึ้น มีความทั่วถึง เท่าเทียม มีการจัดระบบการเฝ้าระวังประชากรตามกลุ่มประชากร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์สุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อให้มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามกลุ่มประชากรที่สำคัญ อีกทั้งสามารถสร้างกระบวนการเรียนรู้ และสามารถพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพร่วมกับชุมชนไปพร้อมกัน (สุพัตรา ศรีวิณิชการ, ๒๕๖๒, น. ๑๑ - ๑๕)

๒. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่อง “การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร” ผู้ศึกษาจำแนกเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาไว้ ๓ ประการ คือ

๒.๑ การจัดบริการผู้ช่วยคนพิการ

๒.๒ บทบาทขององค์กรและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคนพิการ

๒.๓ รูปแบบและปัญหาการเข้าถึงบริการสำหรับคนพิการ

ซึ่งทั้ง ๓ ประเด็นนี้ มีส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจของเนื้อหา รวมทั้งการศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

๒.๑ การจัดบริการผู้ช่วยคนพิการ

นิตยา ยุทธโธภาส (๒๕๖๑) ศึกษาเรื่อง การจัดบริการผู้ช่วยคนพิการกับคุณภาพชีวิตคนพิการที่ได้รับการดูแล: กรณีศึกษา จังหวัดนครสวรรค์ มีวัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อศึกษาความพอเพียงของผู้ช่วยคนพิการกับจำนวนคนพิการที่ควรได้รับการดูแลในจังหวัดนครสวรรค์ เพื่อศึกษาบทบาทที่คาดหวังตามระเบียบกับบทบาทที่ทำได้จริงของผู้ช่วยคนพิการในจังหวัดนครสวรรค์ เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและความต้องการสนับสนุนของผู้ช่วยคนพิการในจังหวัดนครสวรรค์ และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตคนพิการก่อนและหลังจากการดูแลโดยผู้ช่วยคนพิการในจังหวัด ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ในการบริหารจัดการส่วนใหญ่จะมอบหมายให้ผู้ช่วยคนพิการเป็นผู้หาคนพิการที่สมควรจะได้รับการเอง เนื่องจากผู้ช่วยคนพิการเป็นคนในพื้นที่มากกว่า ทำให้การเสนอรายชื่อคนพิการเพื่อขอรับบริการผู้ช่วยคนพิการจึงเป็นหน้าที่ของผู้ช่วยคนพิการ ในส่วนของการคัดกรองคนพิการเพื่อเสนอชื่อเป็นผู้ได้รับการบริการจากผู้ช่วยคนพิการนั้นจะมีเจ้าหน้าที่ในการประเมินความจำเป็นตามหลักเกณฑ์การใช้สิทธิของคนพิการในการยื่นคำขอบริการผู้ช่วยคนพิการ ๓ ส่วน ได้แก่ นักพัฒนาชุมชนขององค์การท้องถิ่นที่คนพิการอาศัยอยู่ หมอของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่จากศูนย์บริการคนพิการในจังหวัดเป็นผู้ร่วมประเมิน

พิมพา ขจรธรรม และคณะ (๒๕๕๙) ที่ทำการวิจัยติดตามประเมินผลการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการพบว่า เนื่องจากโครงการนี้ยังมีลักษณะเป็นโครงการนำร่อง หลายจังหวัดยังไม่มีความพร้อมในการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการได้ จึงทำให้ผู้ช่วยคนพิการส่วนใหญ่มาจากบุคลากรของระบบสาธารณสุข คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมักจะเป็นผู้ค้นหาคนพิการที่ตนเองจะให้บริการ เหตุผลส่วนใหญ่ของการมาทำงานเป็นผู้ช่วยคนพิการ คือ ความรู้สึกสงสาร อยากช่วยเหลือ โดยส่วนใหญ่จะทำงานวันละ ๖ ชั่วโมง สัปดาห์ละ ๕ วัน และผู้ช่วยคนพิการจะได้รับค่าตอบแทนที่มีการกำหนดเพดานไว้เมื่อรวมกับค่าตอบแทนที่ได้รับแล้วซึ่งไม่เพียงพอในการใช้ชีวิตได้

สุรณี เฉลิมชัยกุล และคณะ (๒๕๖๐) ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการและการมีแหล่งทรัพยากรทางบุคคลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ ผลการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดเฉลี่ยของผู้ดูแลคนพิการระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการกับกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการ พบว่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยของผู้ดูแลคนพิการทั้ง ๒ กลุ่มนั้นไม่มีความแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่า ผู้ดูแลคนพิการยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับบริการผู้ช่วยคนพิการไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของบริการผู้ช่วยคนพิการ ตามแนวคิดเรื่องการดำรงชีวิตอิสระ (Independent living Concept) ของเอ็ด โรเบิร์ต (Ed Robert) ที่ให้ความสำคัญเรื่องการมีอิสระทางความคิดของคนพิการ คนพิการรู้สึกว่าคุณค่าและสามารถจัดการวิถีชีวิตตนเองได้ตามศักยภาพ ซึ่งเป้าหมายหลักของการบริการผู้ช่วยคนพิการนั้นจะเป็นการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ในตัวเองให้แก่คนพิการ โดยมีผู้ช่วยคนพิการคอยช่วยเหลือหรือกระทำในสิ่งต่างๆที่คนพิการทำเองไม่ได้ด้วยวิธีการและจังหวะเวลาที่คนพิการเป็นผู้กำหนด ไม่ใช่ให้ความช่วยเหลือคนพิการตามที่คนพิการคิด ประกอบกับการที่ผู้ช่วยคนพิการส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติหน้าที่บนฐานความคิดเรื่อง “จิตอาสา” ไม่ใช่ “การดำรงชีวิตอิสระ” อันเป็นแนวคิดพื้นฐานของงานบริการผู้ช่วยคนพิการ ทำให้ผู้ดูแลคนพิการไม่รู้วัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการให้บริการผู้ช่วยคนพิการ และไม่คาดหวังว่าการได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการจะส่งผลดีอย่างไรต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการหรือตัวผู้ดูแลเอง ทั้งนี้ การที่ผู้ช่วยคนพิการส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ในเชิงจิตอาสาที่มีความคล้ายคลึงกับลักษณะการทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) หรือ อาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) ซึ่งเป็นงานจิตอาสาที่ผู้ช่วยคนพิการส่วนใหญ่ทำอยู่แต่เดิม และผู้ดูแลคนพิการกลุ่มที่ยังไม่ได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการก็ได้รับการดูแลจาก อสม. อพม. หรือ อพมก. เช่นเดียวกันกับผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการ จึงอาจส่งผลให้ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนพิการของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มนั้นไม่มีความแตกต่างกัน หรือการได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการนั้นไม่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ

จะเห็นได้ว่า จากการทบทวนงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการ ผลการศึกษามีความสอดคล้องกันเกี่ยวกับการจัดหาคนพิการเพื่อได้รับการบริการผู้ช่วยคนพิการนั้นมาจากการที่ผู้ช่วยคนพิการเป็นผู้จัดหา ซึ่งผู้ช่วยคนพิการส่วนใหญ่มาจากบุคลากรของระบบสาธารณสุข การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเป็นบุคคลที่มีใจรักในงานให้บริการด้านสังคม ที่สามารถจัดสรรเวลาว่างของตนเองจากการประกอบอาชีพมาดูแลคนพิการในชุมชนของตนเอง ผู้ช่วยคนพิการจึงเป็นผู้จัดหาคนพิการที่ตนจะให้บริการเอง เพราะเป็นคนในพื้นที่มากกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการ

๒.๒ บทบาทขององค์กรและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคนพิการ

การศึกษาข้อมูลประเด็นบทบาทขององค์กรและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคนพิการจากภาพรวมการศึกษา พบว่า กลุ่มคนพิการและครอบครัวมีส่วนสำคัญในการพัฒนาคนพิการ การดูแลจากกลุ่มคนพิการหรือครอบครัวที่มีความเข้าใจต่อคนพิการ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านการเข้าถึงบริการสังคม ย่อมส่งผลทำให้คนพิการได้รับการพัฒนาได้ดี อีกทั้งในด้านผู้นำคนพิการยังเป็นปัจจัยที่มี

ส่วนสำคัญในการพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งในระดับท้องถิ่นต้องเกิดการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำคนพิการในบทบาทการพัฒนาคนพิการร่วมกัน การมีผู้นำคนพิการที่มีศักยภาพจะทำให้คนพิการได้รับการพัฒนา รวมถึงแกนนำคนพิการก็มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรมีบทบาททำให้กลุ่มองค์กรคนพิการเข้มแข็งและได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนในสังคม สามารถขับเคลื่อนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ ทั้งนี้ จากผลงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นบทบาทขององค์กรและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคนพิการ พบผลการศึกษาที่น่าสนใจ ดังนี้

อดิสร ลำดับพงศ์ (๒๕๕๑) ศึกษาเรื่อง บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า คนพิการมีความคิดเห็นต่อบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ คือ การจัดให้มีรายได้มากขึ้น เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจคนพิการ จัดหาเครื่องอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการทุกประเภท ทั้งนี้ ประการสำคัญในการแสดงบทบาทผู้นำคนพิการ ซึ่งสอดคล้องไปกับการพัฒนาศักยภาพขององค์กรคนพิการ โดยบทบาทผู้นำคนพิการมีความสำคัญในองค์กร ผู้นำคนพิการมีส่วนสำคัญในการพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการแม้ในระดับท้องถิ่นเองก็ตาม ซึ่งในด้านบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการต้องมีส่วนร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาไปพร้อมกันกับบทบาทผู้นำคนพิการด้วย

มณฑา พิบูลย์วรศักดิ์ (๒๕๕๖) ศึกษาเรื่อง บทบาทองค์กรคนพิการในการพัฒนาศักยภาพคนพิการ กรณีศึกษาสมาคมคนพิการทุกประเภทจังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มคนพิการมีแนวคิดในการช่วยเหลือตนเอง และมีเป้าหมายในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง มีบทสรุปพร้อมกันกับแกนนำคนพิการโดยการตั้งกลุ่มชมรมคนพิการ จึงได้ทำกิจกรรมร่วมกันเรื่อยมาจนเกิดการยอมรับจากสังคม องค์กรมีการพัฒนาเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น พัฒนาขึ้นจนตั้งองค์กรเป็นแบบนิติบุคคล และมีผลการรับรองตามกฎหมาย เป็นสมาคม เกิดจากความสำเร็จของแกนนำ ซึ่งแบ่งบทบาทเป็น ๔ ด้าน คือ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ด้านการพิทักษ์สิทธิและโอกาสของคนพิการ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านการประสานงาน และได้ค้นพบปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ คือ ศักยภาพของผู้นำ เป็นหลักในด้านแนวคิดขององค์กร ซึ่งเน้นในเรื่องการมีส่วนร่วม และมีจุดเด่นคือ การทำงานแบบเชิงรุกในการเข้าถึงคนพิการในชุมชน และพบจุดอ่อน คือ ผู้นำคนพิการมีความขัดแย้งกัน ส่งผลให้มีการออกจากตำแหน่ง ซึ่งคนพิการที่มาทำงานใหม่ ขาดความเข้าใจและขาดประสบการณ์ในการทำงาน และยังพบว่ามีโอกาส คือ หน่วยงานภายนอกให้การยอมรับ ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและความร่วมมือ

นอกจากนี้ ยังพบอุปสรรค คือ ปัญหาด้านการเดินทางของคนพิการและงบประมาณไม่เพียงพอจากการศึกษาดังกล่าวอาจกล่าวได้ว่า แกนนำคนพิการมีความสำคัญต่อองค์กรคนพิการ และยังพบว่าบทบาทแกนนำมีส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กร คือ บทบาทด้านการฟื้นฟู การพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนทางสังคม และการประสานงาน ผลสำเร็จจากบทบาทผู้นำคนพิการดังกล่าวทำให้กลุ่มองค์กรคนพิการเข้มแข็งและได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนในสังคม จึงเป็นการยืนยันถึงความสำคัญของบทบาทผู้นำคนพิการต่อการขับเคลื่อนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ผลการศึกษาทั้งสองเรื่องมีความสอดคล้องกัน กล่าวคือ การพัฒนาคนพิการที่ขับเคลื่อนไปนั้นจะมีองค์ประกอบที่เกี่ยวเนื่องหนุนเสริมไปพร้อมกัน ซึ่งในระดับท้องถิ่น องค์ประกอบครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นองค์การหลักที่มีบทบาทในการหนุนเสริมการพัฒนาคนพิการ มีบทบาทในการจัดกิจกรรมสร้างรายได้ให้คนพิการ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เป็นต้น

๒.๓ รูปแบบและปัญหาการเข้าถึงบริการสำหรับคนพิการ

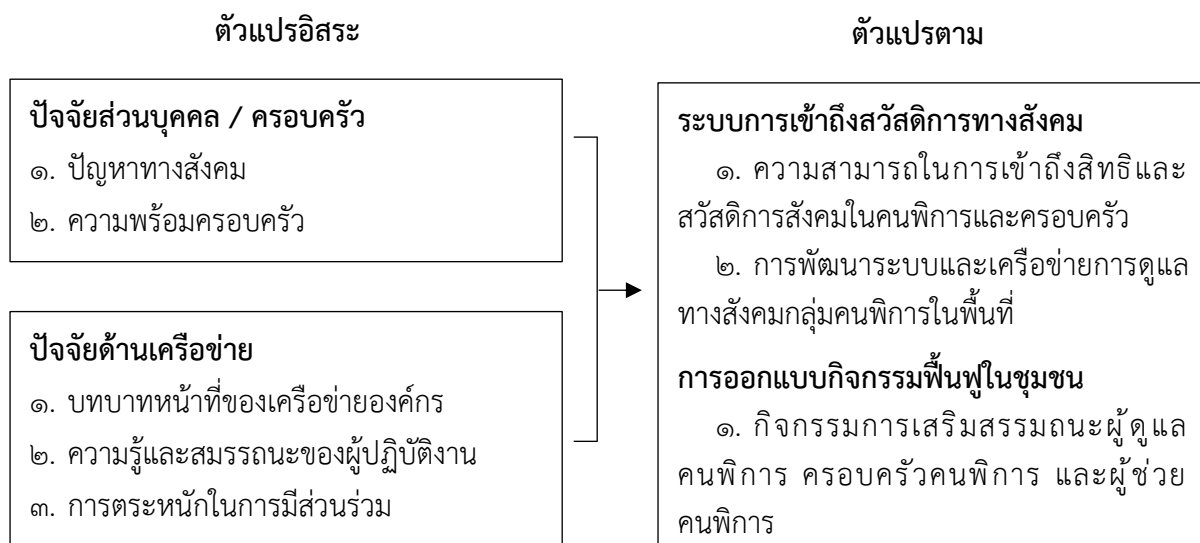
ศิริลักษณ์ มาบ (๒๕๕๑) ศึกษาเรื่อง การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการหลังการจดทะเบียนคนพิการ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคของคนพิการในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยปัญหาที่พบ คือ เรื่องค่าพาหนะในการเดินทาง และปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว และพบว่าคนพิการต้องการให้มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เช่น ทางลาด ทางเดินเท้า ที่จอดรถ ห้องน้ำ เป็นต้น เสนอให้มีการจัดการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าพาหนะในการเดินทางให้กับคนพิการไปรับบริการยังสถานบริการต่างด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า คนพิการยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสมบูรณ์ เพราะยังคงมีอุปสรรคในเรื่องเงินสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมถึงสิ่งก่อสร้างที่ไม่เอื้อกับความพิการในการเข้าไปรับบริการในอาคารสถานที่ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการต่างๆ

เกสร พันธุ์ (๒๕๔๓) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการพึ่งพาตนเองของคนพิการ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพึ่งพาตนเองของคนพิการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อาชีพ ที่อยู่อาศัย ประเภทความพิการ และระยะเวลาที่พิการ มีความสัมพันธ์ต่อการพึ่งพาตนเองของคนพิการ และนอกจากนี้ ปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ทั้งด้านการอบรมดูแลอย่างถูกต้อง ด้านการศึกษา ด้านการงานอาชีพและรายได้ และด้านอารมณ์และสังคม ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ทั้งด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนในรูปแบบเงินสิ่งของและบริการ รวมทั้งปัจจัยด้านกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการต่างมีความสัมพันธ์ต่อการพึ่งพาตนเองของคนพิการ ทั้งนี้ คนพิการส่วนมากมีการพึ่งพาตนเองทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมอยู่ในระดับมาก ซึ่งในส่วนข้อเสนอแนะในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานด้านคนพิการเพื่อให้คนพิการสามารถพึ่งพาตนเอง คือ การส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมากขึ้น รัฐควรสนับสนุนให้ชุมชนมีบทบาทในการดำเนินงานด้านคนพิการมากขึ้น และองค์กรคนพิการควรมีบทบาทเป็นตัวแทนคนพิการแต่ละประเภทในการพิทักษ์สิทธิและสร้างโอกาสให้แก่คนพิการในด้านต่างๆ นำเสนอปัญหาความต้องการที่แท้จริงของคนพิการให้ภาครัฐได้ทราบ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านคนพิการในระดับชาติ การวางแผนร่วมปฏิบัติร่วมแก้ไขปัญหา ตลอดจนการติดตามประเมินผล โดยภาครัฐเป็นหน่วยงานให้การส่งเสริมและสนับสนุนส่วนคนพิการควรมีจิตสำนึกและตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง รวมทั้งพยายามแสวงหาโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มากขึ้น โดยสรุปคนพิการจะมีการพึ่งพาตนเองได้ดีหากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน องค์กรคนพิการเป็นตัวแทนคนพิการในการดูแลผลประโยชน์ให้สมาชิกคนพิการ รวมถึงการได้รับการดูแลในทุกด้านการพัฒนา การพึ่งพาตัวเองได้ดีของคนพิการนั้นจำเป็นต้องถึงได้รับการเข้าถึงสิทธิบริการสำหรับคนพิการตามที่กฎหมายกำหนด จึงจะเป็นการสร้างความสมดุลให้คนพิการได้พึ่งพาตนเองได้ต่อไป

ผลการศึกษาทั้งสองเรื่องมีความสอดคล้องกันในเรื่องที่ว่า คนพิการต้องการบริการในทุกด้านเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การสนับสนุนทางสังคม การยอมรับจากสังคม ปัจจัยด้านกองทุน เงินสิ่งของ และบริการต่างๆ และแม้จะมีการกำหนดบริการเป็นสิทธิตามกฎหมายแต่ยังมีข้อจำกัดหลายประการที่ทำให้เป็นอุปสรรคการเข้าถึงบริการของคนพิการ ทั้งปัญหาในข้อกฎหมาย และปัญหาความรู้ความเข้าใจของคนพิการ การศึกษาของ คนพิการยังคงประสบปัญหาในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิสวัสดิการต่างๆ เช่น ในเรื่องโทรคมนาคม พบปัญหาการเข้าถึงเกิดจากผู้ให้บริการไม่จัดบริการให้แก่คนพิการอย่างเท่าเทียมกันในสังคม ปัญหาการเข้าถึงการพัฒนาและบริการคนพิการแบบการสร้างเครือข่าย ที่จำเป็นต้องมีการสร้างระบบการทำงาน โดยมีผู้ทำหน้าที่หลักในการประสานงานระหว่างทุกส่วนเพื่อเกิดเป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสำหรับคนพิการ โดยต้องพัฒนาความร่วมมือกับภาครัฐ องค์กรเครือข่ายเอกชน และผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ จึงสามารถสรุปได้ว่า บทบาทกลุ่มคนพิการ ครอบครัวคนพิการ อาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการและสวัสดิการแก่คนพิการ มีรูปแบบการบริการโดยมีกรอบบทบาทภารกิจและทรัพยากรเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดบริการ ซึ่งในประเด็นด้านข้อจำกัดในด้านทรัพยากรและบทบาทการทำงานทำให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคนพิการกล่าวรวมไปถึงการพัฒนาที่เป็นรูปแบบการเข้าถึงบริการสำหรับคนพิการ นอกจากนี้ยังพบว่า คนพิการยังขาดการเข้าถึงบริการที่สะดวกและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด พบปัญหาอุปสรรคทั้งเรื่องงบประมาณสำหรับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ และความไม่พร้อมของรัฐในการจัดบริการต่างๆ และยังพบว่าคนพิการมีความต้องการบริการสวัสดิการในทุกด้าน เพื่อให้คนพิการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดำรงชีวิตได้อย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไปในสังคม นำมาสู่บทบาทหน้าที่หรือคุณลักษณะของผู้นำคนพิการหรืออาสาสมัครในการดูแลคนพิการ ซึ่งเป็นตัวแทนในการพิทักษ์สิทธิและสร้างโอกาสให้แก่คนพิการในทุกด้าน รวมทั้งมีบทบาทในการนำเสนอข้อมูลปัญหาความต้องการที่แท้จริงของคนพิการต่อสังคมและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การวางแผนหรือกำหนดนโยบายแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไป

๓. กรอบแนวคิดในการศึกษา



บทที่ ๓

วิธีการวิจัย

๑. ระเบียบวิธีการศึกษา

วิธีการวิจัย เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : RD) ศึกษาเชิงพรรณนา โดยระยะเวลาดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ – ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคนพิการที่มารับบริการกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร และดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ปัญหาหรือความต้องการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ภายในและภายนอก

๒. ประชากรเป้าหมาย

ประชากร คือ ผู้ป่วยพิการทุกประเภทความพิการที่เข้ารับบริการจากกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยคนพิการทุกประเภทความพิการ ที่เข้ารับบริการจากกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนรวมทั้งสิ้น ๑๐๖ ราย

๓. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเลือกจากผู้ป่วยกลุ่มคนพิการที่มารับการรักษาสุขภาพที่โรงพยาบาล และเข้ารับบริการจากกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร และได้รับการชี้แจงเพื่อเชิญชวนให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการศึกษา

๔. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า

๑. ผู้ป่วยคนพิการทุกประเภทที่อายุ ๑๘ ปีขึ้นไป หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กพิการ
๒. สนใจและยินยอมให้มีส่วนร่วมในการตอบแบบสอบถาม
๓. สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

๑. เสียชีวิต
๒. ผู้ร่วมวิจัยขออนุญาตจากโครงการวิจัย

๕. การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน ๔๕๑ ราย ซึ่งมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ตามสูตรทาโรยามาเน่ (Taro Yamane) โดยระดับความเชื่อมั่นที่ ๙๐ % และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนในงานวิจัยร้อยละ ๑๐ จึงมีกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ ๘๑.๘๕ ราย (ปรับเป็น ๘๒ ราย) จากนั้นเพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างเพียงพอในการวิเคราะห์ปัญหาความซับซ้อน และสามารถจัดกิจกรรมบริการกับผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างในการทดลองทั้งหมดเป็นจำนวน ๑๐๖ ราย

$$\begin{aligned} \text{สูตรคำนวณทาโรยามาเน่} \quad n &= \frac{N}{1+Ne^2} \\ \text{แทนค่าในสูตรทาโรยามาเน่} \quad n &= \frac{451}{1+451(0.1)^2} \\ n &= \frac{451}{5.51} \\ n &= 81.85 \end{aligned}$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากรผู้ป่วยคนพิการในพื้นที่เท่ากับ ๔๕๑ ราย

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในงานวิจัยเท่ากับ ๑๐

๖. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้มีการนำเครื่องมือประกอบการศึกษา รวม ๓ เครื่องมือ ซึ่งสามารถจำแนกเครื่องมือตามวัตถุประสงค์การใช้ได้ ๒ ประเภท ได้แก่

๖.๑ เครื่องมือสำหรับการประเมินวินิจฉัยทางสังคม ซึ่งเป็นการนำเครื่องมือการปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการรับรองจากสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ โดยคณะกรรมการสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ได้มีมติรับรองมาตรฐานและเครื่องมือในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ในการประชุมคณะกรรมการสภาวิชาชีพฯ เมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ มาร่วมในการเก็บข้อมูลและประเมินวินิจฉัยผลการศึกษารวม ๒ เครื่องมือ ได้แก่

๖.๑.๑ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A.) เป็นเครื่องมือที่ได้รับพัฒนาจากเครื่องมือองค์การอนามัยโลก โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช กรมสุขภาพจิต และปรับปรุงเมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งปัจจุบันเป็นเครื่องมือการปฏิบัติงานหลักกับผู้ป่วยระดับเบื้องต้นที่นักสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยเครื่องมือมีวัตถุประสงค์การนำมาใช้เพื่อการค้นหาข้อเท็จจริงของผู้ป่วย การประเมินและวินิจฉัยทางสังคม การวางแผนและการดำเนินการช่วยเหลือทางด้านสังคมสงเคราะห์ในระยะสั้น ระยะยาวที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ตลอดจนการติดตามประเมินผลการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์

เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม สามารถนำมาใช้คัดกรองวินิจฉัยทางสังคมในผู้ป่วยรายบุคคลทุกกลุ่มเป้าหมายทางสังคม โดยเครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วยรายละเอียดคำถาม ๓ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามในส่วนที่ ๑ มีลักษณะคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ที่อยู่สำหรับการติดต่อ วันเดือนปีการเข้ารับบริการ เป็นต้น

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการค้นหาข้อเท็จจริงเบื้องต้น ข้อคำถามส่วนที่ ๒ ประกอบด้วยรายละเอียดเบื้องต้นในการรับบริการทางด้านสังคมสงเคราะห์ ประกอบด้วยรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล ที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล รายได้เฉลี่ยและภาระหนี้สินของผู้ป่วย รูปแบบการเข้ารับบริการ และการจำแนกประเภทกลุ่มเป้าหมายทางด้านสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ๑๕ กลุ่มเป้าหมาย

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลทางสังคม การประเมินวินิจฉัยปัญหาทางสังคม ข้อคำถามส่วนที่ ๓ เป็นรายละเอียดการประเมินวินิจฉัยโดยผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เพื่อการจำแนกสภาพปัญหาของผู้ป่วย ตลอดจนการวางแผนการช่วยเหลือตามกระบวนการสังคมสงเคราะห์ โดยประกอบด้วยรายละเอียดการประเมินลักษณะปัญหาหรือความต้องการตามแบบบัญชีปัญหาทางสังคม (Social Problem List) การวางแผนการช่วยเหลือในระยะสั้นและระยะยาว รายละเอียดการช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการ การประเมินความเสี่ยง ๑๓ ด้าน การติดตามประเมินผล การยุติการบริการ และข้อมูลสรุปการประเมินความพร้อมครอบครัว

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าเครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคมมีรายละเอียดที่สอดคล้องกับกระบวนการทางด้านสังคมสงเคราะห์ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปประกอบการช่วยเหลือได้ตั้งแต่ขั้นตอนการรับเรื่องจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงวิชาชีพในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จะพิจารณาใช้เครื่องมือแบบประเมินเชิงลึกต่อไป

ตารางที่ ๒ รายละเอียดเครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม

เครื่องมือ	ผู้ใช้	การใช้เครื่องมือ	อ้างอิง	ค่า IOC	ค่าความเชื่อมั่น
เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A.)	นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ผู้ป่วยทุกราย	สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์และสมาคมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย	๐.๘๑ - ๐.๙๖	๐.๘๗๖

(อ้างอิง : สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์, ๒๕๕๖, ภาคผนวก)

๖.๑.๒ เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ตั้งแต่ขั้นตอนการรับเรื่องจนสิ้นสุดกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ในการให้บริการ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว มีปัญหาสุขภาพจิต ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

เครื่องมือประกอบด้วยคำถามจำนวน ๑๐ ข้อ แบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งประกอบด้วยประเด็นการประเมิน คือ ประเด็นรายได้ครอบครัว ประเด็นสภาพแวดล้อมในบ้าน ประเด็นความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว ประเด็นความสามารถในการแก้ปัญหาของสมาชิกในครอบครัว ประเด็นความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ประเด็นการยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ประเด็นการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว ประเด็นการตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว ประเด็นความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย และประเด็นการมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อขอรับการช่วยเหลือ ซึ่งในการประเมินจะนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์และประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และนำไปสู่การวางแผนและการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ ๓ รายละเอียดเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว

เครื่องมือ	ผู้ใช้	การใช้เครื่องมือ	อ้างอิง	ค่า IOC	ค่าความเชื่อมั่น
เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.)	นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ผู้ป่วยทุกรายที่มีปัญหาซับซ้อนหรือรุนแรง	ผู้พัฒนาเครื่องมือ ดร.สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ และคณะ, สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	๐.๘-๑.๐๐	๐.๙๐๘

(อ้างอิง : สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์, ๒๕๕๖, ภาคผนวก)

๖.๒ เครื่องมือสำหรับจำแนกกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นการนำเครื่องมือ Digital มาวิเคราะห์ข้อมูลข้อเท็จจริงที่ได้จากการประเมินวินิจฉัย เพื่อให้สามารถกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น ๓ ระดับ ตามกลุ่มสีเขียว สีเหลือง และสีแดง ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดรูปแบบกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องกับระดับปัญหาหรือความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ๑ เครื่องมือ ได้แก่

๖.๒.๑ Digital Platform Social Telecare เป็นเครื่องมือการปฏิบัติงานที่ออกแบบโดยนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ร่วมกับคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อลดขั้นตอนการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ โดยการพัฒนากระบวนการปฏิบัติการณ์ผ่านเว็บไซต์ <http://sc.pcu.in.th/signin.php> ซึ่งมีองค์ประกอบการดำเนินงาน ได้แก่ ระบบการประเมินระบบการดำเนินงาน และระบบการติดตามและประเมินผล ซึ่งระบบจะมีการวิเคราะห์ ประมวลผลและรายงานผล เพื่อผู้ใช้งานระบบสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้จริง และสามารถใช้งานได้จริง

ทั้งนี้ ในช่วงปี ๒๕๖๕ ได้มีการทดลองใช้เครื่องมือ Digital Platform Social Telecare กับนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ใน ๑๒ โรงพยาบาล ๑๒ เขตสุขภาพ พบว่า สามารถใช้งานได้จริง สามารถช่วยลดขั้นตอนการทำงาน สามารถคัดกรองและจำแนกระดับความรุนแรงของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ทำให้นักสังคมสงเคราะห์ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีความรุนแรงมากได้ทันท่วงที รวมถึงการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดปัญหาทางสังคม ตลอดจนสามารถส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องได้จากเอกสารดิจิทัล กรณีนักสังคมสงเคราะห์ต้องการความช่วยเหลือจากสหวิชาชีพ

นอกจากนี้ ในการศึกษาได้มีการนำเครื่องมือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ข้างต้นมาทำการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ เพื่อให้เห็นสถานการณ์การดูแลคนพิการในระดับพื้นที่ รวมทั้งในส่วนโปรแกรมยังได้มีการจำแนกระดับกลุ่มผู้ป่วยเพื่อกำหนดการดูแลและความเร่งรีบเป็น ๓ ระดับ ได้แก่

- กลุ่มสีเขียว คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมไม่เกิน ๑ ปัญหา มีความพร้อมครอบครัว อยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด
- กลุ่มสีเหลือง คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม ๒ ปัญหา มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อย
- กลุ่มสีแดง คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม ๓ ปัญหาหรือมากกว่านั้น มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อยที่สุดหรือมีความเสี่ยงต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัย

๗. วิธีดำเนินการ

ในการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลทางสังคมและปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยพิการ และพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่ โดยได้มีการนำข้อมูลข้อเท็จจริงที่ได้จากการใช้เครื่องมือประเมินวินิจฉัยมาจัดกลุ่มประเภทความรุนแรงของปัญหาหรือความต้องการของกลุ่มตัวอย่างโดยเครื่องมือ Digital ซึ่งข้อมูลที่วิเคราะห์ได้นั้นได้นำมาสู่รูปแบบการดำเนินการจัดกิจกรรมสนับสนุนการดูแลทางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายวิธีการดำเนินการศึกษาได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การศึกษาสถานการณ์การดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการ

การศึกษาศาสนาการณ์การดูแลทางสังคมมุ่งเน้นการทำความเข้าใจบริบทและปัญหาที่คนพิการและครอบครัวเผชิญอยู่ เพื่อวางรากฐานในการพัฒนาระบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการจริง การดำเนินงานในส่วนนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างคนพิการที่เข้ารับบริการด้านสังคมสงเคราะห์จำนวน ๑๐๖ ราย โดยเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก การเยี่ยมบ้าน และการใช้เครื่องมือมาตรฐานทางด้านสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ แบบประเมินวินิจฉัยและจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment: S.D.M.A.) และแบบประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment: F.R.A.) รวมถึงการวิเคราะห์จัดกลุ่มตัวอย่างเป็น ๓ ระดับ โดยเครื่องมือ Digital Platform Social Telecare

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ปัญหาสำคัญที่สุดคือ การขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่เหมาะสม รองลงมาคือ ภาระการดูแลภายในครอบครัว เช่น ผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุหรือมีภาระหลายด้านจนส่งผลต่อสุขภาพจิต และปัญหาอันดับสามคือ ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน การเก็บข้อมูลในเชิงสถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยทางสังคมที่ซับซ้อนซึ่งเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตของคนพิการ และเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาระบบดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้น

ขั้นตอนที่ ๒ การพัฒนาเครือข่ายการดูแลคนพิการ

การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างระบบการดูแลที่มีความยั่งยืน โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน ทั้งในระดับจังหวัดและระดับชุมชน กลไกสำคัญคือการขยายจำนวนและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครและผู้ช่วยคนพิการ ที่จะเป็นกำลังหลักในการเฝ้าระวังคัดกรอง และสนับสนุนการดูแลคนพิการในระดับปฐมภูมิ การดำเนินงานจึงประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ดังนี้

๑. กิจกรรมสนับสนุนการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยพิการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation หรือ CBR) มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยพิการสามารถดำรงชีวิตในสังคมที่เหมาะสมและเชื่อมโยงทุกส่วนของชุมชนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ รวมทั้งการออกแบบกิจกรรมเป็นไปตามความต้องการของสมาชิกในพื้นที่ เน้นการค้นหาปัญหาและพัฒนาศักยภาพคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ โดยการออกแบบกิจกรรมได้นำผลประโยชน์จากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามาเป็นประเด็นสำคัญในการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องต่อปัญหาและความต้องการ ซึ่งมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑.๑ กิจกรรมอบรมส่งเสริมศักยภาพแก่ผู้ดูแลคนพิการและผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ ผ่านกิจกรรม “๒ส สร้าง-เสริม” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการดูแลทางสังคมแก่ผู้ช่วยกลุ่มคนพิการ ในด้านการสร้างทักษะชีวิตและโภชนาบำบัดสำหรับคนพิการ รวมทั้งการเสริมพลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการในระดับชุมชน โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการดูแลคนพิการ และสร้างทักษะการดำรงชีวิตประจำวันและโภชนาบำบัดสำหรับคนพิการ และทักษะการสื่อสารเพื่อการเสริมพลังสำหรับคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ ผ่านกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ

๑.๒ กิจกรรมถอดบทเรียนการดำเนินงานของสหวิชาชีพในการสร้างเครือข่ายการดูแลทางสังคม สำหรับคนพิการในพื้นที่อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดพื้นที่แลกเปลี่ยนข้อมูลในมิติของ บทบาทหน้าที่ ภารกิจ เครือข่าย การมีส่วนร่วม อุปสรรคจากการปฏิบัติงานกับกลุ่มเป้าหมายคนพิการ และการเรียนรู้สถานการณ์ในพื้นที่จากผลลัพธ์การใช้เครื่องมือสำหรับการประเมินต่างๆ ผ่านกิจกรรม การถอดบทเรียนการดำเนินโครงการ โดยมีผู้เข้าร่วมประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด กองสวัสดิการสังคมประจำเทศบาลในพื้นที่ และผู้แทนจากภาคชุมชน เช่น ประธานชุมชน และผู้แทนอาสาสมัครในพื้นที่

๘. จริยธรรมการวิจัยในคน

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายข้อมูลและมีการแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) ซึ่งเป็นการให้ความยินยอมแบบเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ศึกษาได้ดำเนินการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน และได้การรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB ๐๑๓/๒๕๖๕ วันที่รับรอง ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๕

โดยการศึกษาในครั้งนี้คำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งจะต้องยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยความสมัครใจ ไม่ถูกข่มขู่หรือถูกบังคับใดๆ การปฏิเสธการเข้าร่วมไม่มีผลต่อการเข้าถึงบริการจากหน่วยงาน และผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาในครั้งนี้ ตั้งแต่วัตถุประสงค์การศึกษา ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการศึกษา (Information sheet) และจะได้รับการอธิบายข้อมูลที่ถูกต้องก่อนเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่นำข้อมูลส่วนตัวมาเปิดเผย และได้ยึดหลักจรรยาบรรณของการวิจัยในมนุษย์ คือ หลักการเคารพในบุคคล หลักการให้ประโยชน์ และหลักยุติธรรม

บทที่ ๔

ผลการวิจัย

๑. ผลการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลทางสังคมและปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยพิการ อันนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่ ในการดูแลทางสังคมกับผู้ป่วยพิการ โดยมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยพิการที่เข้ารับบริการจากกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน ๑๐๖ ราย โดยผลการศึกษานี้แบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิการรักษา ประเภทความพิการ และประเภทการเข้าถึงบริการ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการประเมินและวินิจฉัย

- เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A) และแบบบัญชีปัญหาทางสังคม (Social Problem List)
- เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.)

ส่วนที่ ๓ กิจกรรมสนับสนุนการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยพิการ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ ๔ จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ (n = ๑๐๖)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	๖๒	๕๘.๔๙
- หญิง	๔๔	๔๑.๕๑
อายุ (min = ๔ , max = ๘๙ , $\bar{X}$ = ๕๓ , SD = ๒๐.๗๘)		
- ไม่เกิน ๑๘ ปี	๘	๗.๕๕
- ๑๘ – ๖๐ ปี	๓๓	๓๑.๑๓
- ๖๐ ปีขึ้นไป	๖๕	๖๑.๓๒
สถานภาพการสมรส		
- โสด	๔๔	๔๑.๕๑
- สมรส / มีคู่	๒๖	๒๔.๕๓
- หย่าร้าง	๖	๕.๖๖
- หม้าย	๑๙	๑๗.๙๒
- ไม่ระบุ	๑๑	๑๐.๓๘
รายได้ (min = ๘๐๐ , max = ๑๒,๐๐๐ , $\bar{X}$ = ๑,๔๑๖ , median ๘๐๐)		
- รายได้ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท ต่อเดือน	๑๐๐	๙๔.๓๔
- รายได้ ๒,๐๐๑ – ๕,๐๐๐ บาท ต่อเดือน	๓	๒.๘๓
- รายได้ ๕,๐๐๑ บาทต่อเดือนขึ้นไป	๓	๒.๘๓

จากตารางที่ ๔ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน ๑๐๖ ราย ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลได้ครบจำนวน ร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งข้อมูลด้านเพศสถานะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศชาย จำนวน ๖๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๔๙ และเพศหญิงจำนวน ๔๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๕๑

ข้อมูลด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุมากที่สุดอยู่ที่ ๘๙ ปี และอายุน้อยสุดอยู่ที่ ๔ ปี ทั้งนี้ อายุเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ ๕๓ ปี โดยเมื่อมีการจัดกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีอายุอยู่ ๖๐ ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ) จำนวน ๖๕ ราย หรือร้อยละ ๖๑.๓๒ รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง ๑๘ – ๖๐ ปี (วัยทำงาน) จำนวน ๓๓ ราย หรือร้อยละ ๓๑.๑๓ และกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง ๐ – ๑๘ ปี (วัยเด็ก) จำนวน ๘ ราย หรือร้อยละ ๗.๕๕

ข้อมูลด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยมากมีสถานภาพโสด จำนวน ๔๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๕๑ รองลงมา มีสถานภาพสมรสหรือมีคู่ จำนวน ๒๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๕๓ กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพหม้าย จำนวน ๑๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๙๒ ไม่ระบุสถานภาพ ๑๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๓๘ และสถานภาพหย่าร้าง จำนวน ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๖๖ ตามลำดับ

ข้อมูลด้านรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนน้อยสุด ๘๐๐ บาทต่อเดือน และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้มากที่สุดอยู่ที่ ๑๒,๐๐๐ บาทต่อเดือน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ๑๐๖ ราย มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ ๑,๔๑๖ บาทต่อเดือน โดยเมื่อมีการจัดกลุ่มรายได้ต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีรายได้อยู่ที่ ๐ - ๒,๐๐๐ บาทต่อเดือน จำนวน ๑๐๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๓๔ รองลงมา กลุ่มตัวอย่างมีรายได้อยู่ที่ ๒,๐๐๑ - ๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๘๓ ซึ่งมีจำนวนเท่ากับกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้อยู่ที่ ๕,๐๐๑ บาทขึ้นไปต่อเดือน จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๘๓

ตารางที่ ๕ จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ (n = ๑๐๖)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเภทสิทธิการรักษา		
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	๙๕	๘๙.๖๒
- ประกันสังคม	๓	๒.๘๓
- เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง / ท้องถิ่น	๖	๕.๖๖
- ชำระเงินเอง	๑	๐.๙๔
- ไม่ระบุ	๑	๐.๙๔
ประเภทความพิการ		
- พิการประเภททางการเห็น	๐	๐
- พิการประเภททางการได้ยิน และการสื่อความหมาย	๑	๐.๙๔
- พิการประเภททางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	๒๖	๒๔.๕๓
- พิการประเภททางจิตใจหรือพฤติกรรม	๒๑	๑๙.๘๑
- พิการประเภททางออทิสติก	๐	๐
- พิการประเภททางสติปัญญา	๓	๒.๘๓
- พิการประเภททางการเรียนรู้	๒	๑.๘๙
- พิการประเภทซ้ำซ้อน (มากกว่า ๑ ประเภท)	๕๓	๕๐
ประเภทผู้ป่วย		
- ผู้ป่วยนอก	๑๙	๑๗.๙๒
- ผู้ป่วยใน	๖๔	๖๐.๓๘
- ผู้ป่วยในชุมชน (ผู้ป่วยจากการติดตามเยี่ยมบ้าน)	๒๓	๒๑.๗๐

จากตารางที่ ๕ ข้อมูลในด้านสิทธิการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยมากมีสิทธิการรักษาประเภทประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) หรือบัตรทอง จำนวน ๙๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๖๒ รองลงมา กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาประเภทเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง / ท้องถิ่น จำนวน ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๖๖ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาประเภทประกันสังคม จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๘๓ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาประเภทชำระเงินเอง จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๔ และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ระบุสิทธิการรักษา จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๔ ตามลำดับ

ข้อมูลด้านประเภทความพิการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยมากมีความพิการประเภทซ้ำซ้อน (มีความพิการมากกว่า ๑ ประเภท) จำนวน ๕๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ รองลงมา มีความพิการประเภททางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำนวน ๒๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๕๓ มีความพิการประเภททางจิตใจหรือพฤติกรรม จำนวน ๒๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๘๑ มีความพิการประเภททางสติปัญญา จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๘๓ มีความพิการประเภททางการเรียนรู้ จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๙ และมีความพิการประเภททางการได้ยินและการสื่อความหมาย จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๔ ตามลำดับ ทั้งนี้ ในการเก็บข้อมูลไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความพิการประเภททางการเห็นและประเภททางออทิสติก

และข้อมูลรูปแบบการเข้าถึงบริการสังคมสงเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยมากเข้าสู่บริการกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ผ่านการส่งปรึกษากรณีเป็นผู้ป่วยใน จำนวน ๖๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๓๘ รองลงมา กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่บริการกรณีเป็นผู้ป่วยในชุมชน จำนวน ๒๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๗๐ และกลุ่มตัวอย่างน้อยสุดเข้าสู่บริการกรณีเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน ๑๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๙๒ ตามลำดับ ดังข้อมูลตารางที่ ๕

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการประเมินและวินิจัย

ข้อมูลการประเมินและวินิจัย ได้มีการใช้ Digital Platform Social Telecare (เครื่องมือการประเมินปัญหาทางสังคมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางทางสังคม) ซึ่งเป็นเครื่องมือการปฏิบัติงานที่ถูกออกแบบโดยกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ร่วมกับคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดขั้นตอนการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ โดยมีการพัฒนาระบบปฏิบัติการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ <http://sc.pcu.in.th/signin.php> ซึ่งระบบมีองค์ประกอบการทำงาน ๓ ส่วน ได้แก่ ระบบการประเมินระบบการดำเนินงาน (ระบบการรับและส่งต่อ ระบบการดูแลทางสังคม ระบบการบำบัดฟื้นฟูทางสังคม) และระบบการติดตามและประเมินผล ซึ่งระบบจะมีการวิเคราะห์ ประมวลผลและรายงานผล เพื่อผู้ใช้งานสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้จริง

ทั้งนี้ ในส่วนเครื่องมือการประเมินที่นำมาใช้ร่วมกับ Digital Platform Social Telecare สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ๒ เครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือประเมิน วินิจัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A) และเครื่องมือแบบประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) ซึ่งเป็นเครื่องมือการปฏิบัติงานทางด้านสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และได้รับรองจากสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ โดยมีรายละเอียดการประเมินค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

จากการศึกษาโดย **เครื่องมือประเมิน วินิจัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A)** พบว่า ข้อมูลการประเมินและวินิจัย โดยอ้างอิงจากแบบบัญชีปัญหาทางสังคม (Social Problem List) กลุ่มตัวอย่าง มีปัญหาทางสังคมร่วมกันมาก ๓ อันดับแรก คือ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน ๗๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๘๑ โดยมีลักษณะสภาพปัญหา เช่น การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาที่เหมาะสม การขาดผู้ดูแลหรือความไม่พร้อมในการดูแล และญาติปฏิเสธการดูแล เป็นต้น รองลงมาเป็นปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วยคนพิการ จำนวน ๕๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๐๖ โดยมีลักษณะสภาพปัญหา เช่น มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สูงอายุที่ต้องดูแลจนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง พิกัดทางกาย พิกัดทางจิต ติดสารเสพติด ฯลฯ และปัญหาการเงิน จำนวน ๕๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๐๖ โดยมีลักษณะสภาพปัญหา เช่น ไม่มีรายได้/รายได้ไม่เพียงพอ มีภาระหนี้สิน ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าพาหนะ เป็นต้น ตามลำดับ ดังข้อมูลตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ ข้อมูลการประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางสังคมของผู้รับบริการ (n = ๑๐๖)

ปัญหาทางสังคม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปัญหาทางสังคม (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)		
๑. ไม่มีปัญหาสังคม	๐	๐
๒. ปัญหาคู่สมรสและการครองเรือน	๓	๒.๘๓
๓. ปัญหาระหว่างบิดา มารดา บุตร	๓	๒.๘๓
๔. ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว	๖	๕.๖๖
๕. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ	๑๙	๑๗.๙๒
๖. ปัญหาความรัก	๒	๑.๘๙
๗. ปัญหาทางเพศ	๓	๒.๘๓
๘. ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย / ผู้พิการ ฯ	๕๒	๔๙.๐๖
๙. ปัญหาที่อยู่อาศัย/สภาพแวดล้อมฯ	๓๓	๓๑.๑๓
๑๐. ปัญหาที่เกิดจากบุคคลอื่นนอกครอบครัว	๔	๓.๗๗
๑๑. ปัญหาการเงิน	๕๒	๔๙.๐๖
๑๒. ปัญหาการศึกษา	๓	๒.๘๓
๑๓. ปัญหาการประกอบอาชีพ	๐	๐
๑๔. ปัญหาทางกฎหมาย	๑	๐.๙๔
๑๕. ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย	๗๔	๖๙.๘๑
๑๖. ปัญหาความเชื่อวัฒนธรรมและการเมือง	๐	๐
๑๗. ปัญหาสารเสพติด/ สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	๕	๔.๗๑
๑๘. ปัญหาที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม / ปัญหาอื่นๆ	๑๑	๑๐.๓๘

ทั้งนี้ จากข้อมูลด้านปัญหาทางสังคม พบว่า เมื่อนำผลการประเมินมาจำแนกจัดกลุ่มลักษณะปัญหาทางสังคม โดยแบ่งเป็นลักษณะกลุ่มปัญหาที่เกิดจากภายในครอบครัว และลักษณะปัญหาที่เกิดจากภายนอกครอบครัวหรือเกี่ยวข้องกับสวัสดิการสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยมากประสบกลุ่มปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ร้อยละ ๑๒๓.๕๘ ซึ่งเท่ากับว่า กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสประสบปัญหาทั้งด้านการรับผิตชอบดูแลสมาชิกที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งคนพิการหรือผู้สูงอายุ รวมทั้งต้องเผชิญกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลคนพิการในครอบครัว รองลงมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาทางด้านการมีงานทำและรายได้ ร้อยละ ๔๙.๐๖ และกลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาทางด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ ๓๔.๙๐ ตามลำดับ ดังข้อมูลตารางที่ ๗

ตารางที่ ๗ ข้อมูลการจำแนกกลุ่มปัญหาทางสังคมของผู้รับบริการ (n = ๑๐๖)

ปัญหาทางสังคม (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
กลุ่มปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว	๓๖	๓๓.๙๖
๑. ปัญหาคู่สมรสและการครองเรือน	๓	๒.๘๓
๒. ปัญหาระหว่างบิดา มารดา บุตร	๓	๒.๘๓
๓. ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว	๖	๕.๖๖
๔. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ	๑๙	๑๗.๙๒
๕. ปัญหาความรัก	๒	๑.๘๙
๖. ปัญหาทางเพศ	๓	๒.๘๓
กลุ่มปัญหาด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	๓๗	๓๔.๙๐
๑. ปัญหาที่อยู่อาศัย/สภาพแวดล้อมฯ	๓๓	๓๑.๑๓
๒. ปัญหาที่เกิดจากบุคคลอื่นนอกครอบครัว	๔	๓.๗๗
กลุ่มปัญหาด้านการมีงานทำและรายได้	๕๒	๔๙.๐๖
๑. ปัญหาการเงิน	๕๒	๔๙.๐๖
๒. ปัญหาการประกอบอาชีพ	๐	๐
กลุ่มปัญหาด้านการศึกษา	๓	๒.๘๓
๑. ปัญหาการศึกษา	๓	๒.๘๓
กลุ่มปัญหาด้านสุขภาพอนามัย	๑๓๑	๑๒๓.๕๘
๑. ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย / ผู้พิการ ฯ	๕๒	๔๙.๐๖
๒. ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย	๗๔	๖๙.๘๑
๓. ปัญหาสารเสพติด/ สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	๕	๔.๗๑
กลุ่มปัญหาด้านหลักประกันทางสังคม	๑	๐.๙๔
๑. ปัญหาทางกฎหมาย	๑	๐.๙๔
กลุ่มปัญหาด้านอื่นๆ	๑๑	๑๐.๓๘
๑. ปัญหาที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม / ปัญหาอื่นๆ	๑๑	๑๐.๓๘

ตารางที่ ๘ ข้อมูลระดับความพร้อมของครอบครัว (n = ๑๐๖)

ระดับความพร้อมครอบครัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับความพร้อมครอบครัว (min = ๗ , max = ๔๖ , $\bar{X}$ = ๒๑.๕๒ , SD = ๗.๖๘ , median ๒๐)		
- ความพร้อมน้อยที่สุด (น้อยกว่า ๑๐ คะแนน)	๑๐	๙.๓๕
- ความพร้อมน้อย (๑๑ – ๒๐ คะแนน)	๔๖	๔๒.๙๙
- ความพร้อมปานกลาง (๒๑ – ๓๐ คะแนน)	๔๕	๔๒.๐๖
- ความพร้อมมาก (๓๑ – ๔๐ คะแนน)	๕	๔.๖๗
- ความพร้อมมากที่สุด (๔๑ – ๔๖ คะแนน)	๑	๐.๙๓

จากข้อมูลตารางที่ ๘ ข้อมูลการประเมินความพร้อมครอบครัว เบื้องต้นมีการใช้ **เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.)** ซึ่งเป็นเครื่องมือการปฏิบัติงานทางด้านสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และได้รับรองจากสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีรายละเอียด ดังนี้

ข้อมูลการประเมินความพร้อมครอบครัว โดยอ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๖ ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพร้อมครอบครัวน้อยสุดที่ ๗ คะแนน ซึ่งเทียบได้ในระดับความพร้อมน้อยที่สุด และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพร้อมครอบครัวมากที่สุดที่ ๔๖ คะแนน ซึ่งเทียบได้ในระดับความพร้อมมากที่สุด นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความพร้อมครอบครัวเฉลี่ยที่ ๒๑.๕๒ คะแนน ซึ่งเทียบได้ในระดับความพร้อมปานกลาง

นอกจากนี้ ข้อมูลตารางที่ ๕ ยังพบว่า ข้อมูลครอบครัวกลุ่มตัวอย่างโดยมากมีระดับความพร้อมน้อย ซึ่งมีจำนวน ๔๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๙๙ รองลงมาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมปานกลางจำนวน ๔๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๐๖ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมน้อยที่สุด จำนวน ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๓๕ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมมาก จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๖๗ และครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมมากที่สุด จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๓ ตามลำดับ

ตารางที่ ๙ สรุปข้อมูลประเด็นการประเมินความพร้อมครอบครัว

ประเด็นการประเมินความพร้อมครอบครัว	คะแนนการประเมิน
๑. ระดับรายได้ของครอบครัว (เลือกตอบ ๑ ข้อ)	๑๐๖
- ไม่มีรายได้ทั้งจากตนเอง หรือได้รับจากผู้อื่น (ไม่มีคะแนน)	๐
- ไม่มีรายได้ของตนเอง (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม) (๑ คะแนน)	๗๓
- มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม) (๒ คะแนน)	๒๕
- มีรายได้เท่ากับรายจ่าย (ไม่มีเงินออมและไม่มีปัญหาหนี้สิน) (๓ คะแนน)	๖
- มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย แต่ไม่มีเงินออม (ไม่มีเงินออม และไม่มีปัญหาหนี้สิน) (๔ คะแนน)	๒
- มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย (มีเงินออม ไม่มีปัญหา หนี้สิน) (๕ คะแนน)	๐
๒. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)	๑๙๐
- ไม่มีที่อยู่แน่นอน เร่ร่อนไร้บ้าน (๑ คะแนน)	๑๒
- มีที่อยู่แน่นอน แต่ไม่มี สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมใดๆ (๑ คะแนน)	๖๒
- ที่อยู่มีความเป็นสัดส่วน (๑ คะแนน)	๖๒
- ที่อยู่ถูกสุขลักษณะ สะอาดอากาศถ่ายเท (๑ คะแนน)	๒๔
- ที่อยู่มีความปลอดภัยทางกายภาพ (๑ คะแนน)	๒๓
- ที่อยู่มีพื้นที่ว่างในการทำ กิจกรรม (๑ คะแนน)	๗
๓. ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)	๑๙๑
- ไม่ได้ได้รับความรัก (๑ คะแนน)	๒๓
- ดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร (๑ คะแนน)	๘๓
- ส่งเสริม สนับสนุนทาง จิตใจกล่าวชื่นชม (๑ คะแนน)	๔๖
- มีการสัมผัสทางกาย (๑ คะแนน)	๒๗
- ทำกิจกรรมร่วมกันสม่ำเสมอ (๑ คะแนน)	๑๒
๔. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)	๒๙๖
- ไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา (๑ คะแนน)	๑๙
- เผชิญปัญหาร่วมกัน (๑ คะแนน)	๗๗
- รับรู้ปัญหาและหารื้อร่วมกัน (๑ คะแนน)	๘๔
- รับผิดชอบปัญหาร่วมกัน (๑ คะแนน)	๕๐
- ช่วยกันแก้ไขปัญหา (๑ คะแนน)	๒๙
- ยอมรับความเจ็บป่วย (๑ คะแนน)	๓๗

ประเด็นการประเมินความพร้อมครอบครัว	คะแนนการประเมิน
๕. ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)	๒๐๒
- ไม่มีความสามารถในการจัดการพฤติกรรม (๑ คะแนน)	๓๐
- ทักษะการควบคุมพฤติกรรม (๑ คะแนน)	๖๘
- การให้แรงเสริมที่เหมาะสม (๑ คะแนน)	๔๔
- ฝึกระเบียบวินัย (๑ คะแนน)	๙
- สมาชิกในครอบครัวรู้ วิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยมี ปัญหาพฤติกรรม (๑ คะแนน)	๓๕
- ยอมรับกฎ กติกาของ ครอบครัว (๑ คะแนน)	๑๖
๖. การยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)	๑๙๙
- ไม่มีการยอมรับหรือให้กำลังใจ (๑ คะแนน)	๑๖
- ยอมรับความแตกต่าง ส่วนบุคคล (๑ คะแนน)	๙๐
- ให้อภัยและให้อีกโอกาส แก่ไข (๑ คะแนน)	๔๔
- ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข (๑ คะแนน)	๒๒
- ให้กำลังใจ (๑ คะแนน)	๒๗
๗. การสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)	๒๔๖
- ไม่มีการสื่อสารใด ๆ (๑ คะแนน)	๑๒
- มีการรับรู้ความรู้สึก (๑ คะแนน)	๘๙
- พูดคุย/แสดงความรู้สึกและความต้องการได้อย่างเปิดเผย (๑ คะแนน)	๗๔
- มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น (๑ คะแนน)	๓๕
- มีสัมผัส โอบกอดระหว่าง สมาชิก (๑ คะแนน)	๑๓
- มีการสื่อสารเพื่อลดความ ขัดแย้ง (๑ คะแนน)	๒๓
๘. การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)	๒๖๒
- ไม่มีการทำหน้าที่ตามบทบาท (๑ คะแนน)	๑๓
- ตระหนักรู้ มีความชัดเจน ในบทบาทของตน (๑ คะแนน)	๙๐
- การแบ่งเบาภาระ (๑ คะแนน)	๖๔
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ของครอบครัว (๑ คะแนน)	๒๙
- การมอบหมายหน้าที่ในครอบครัว (๑ คะแนน)	๒๔
- รับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ (๑ คะแนน)	๔๒

ประเด็นการประเมินความพร้อมครอบครัว	คะแนนการประเมิน
๙. ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)	๑๙๐
- ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย (๑ คะแนน)	๒๐
- มีความรู้ ความเข้าใจเรื่อง โรคที่ผู้ป่วยเป็น (๑ คะแนน)	๗๕
- มีความรู้ ความเข้าใจใน การดูแลผู้ป่วย (๑ คะแนน)	๕๐
- มีความสามารถในการดูแล ผู้ป่วย (๑ คะแนน)	๒๔
- มีความสามารถในการ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง อาการกาเร็บของผู้ป่วยได้ (๑ คะแนน)	๑๒
- มีความเข้าใจในสภาพจิตใจ ของผู้ป่วย (๑ คะแนน)	๙
๑๐. การมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับการช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)	๒๑๑
- ไม่มีเครือข่าย (๑ คะแนน)	๙
- ญาติ (ที่ไม่ได้อยู่ใน ครอบครัว) (๑ คะแนน)	๖๔
- เพื่อนบ้าน (๑ คะแนน)	๓๖
- ผู้นำชุมชน / อาสาสมัคร ในชุมชน (๑ คะแนน)	๓๔
- หน่วยงานภาครัฐ / เอกชน (๑ คะแนน)	๖๗
- รู้จักหาข้อมูลเพิ่มเติมจาก ที่อื่น (๑ คะแนน)	๑

ข้อมูลประเด็นการประเมินความพร้อมครอบครัว โดยอ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เมื่อวิเคราะห์ประเด็นการประเมิน ๑๐ ด้าน พบว่า ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีประเด็นการประเมินซึ่งมีค่าคะแนนร่วมกันมากที่สุด ๓ อันดับแรก คือ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีประเด็นความพร้อมในด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม ๒๙๖ คะแนน รองลงมาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีประเด็นความพร้อมในด้านการตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม ๒๖๒ คะแนน และครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีประเด็นความพร้อมในด้านการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม ๒๔๖ คะแนน ตามลำดับ ดังข้อมูลตารางที่ ๙

ข้อมูลประเด็นการประเมินความพร้อมครอบครัว โดยอ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เมื่อวิเคราะห์ประเด็นการประเมิน ๑๐ ด้าน พบว่า ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีประเด็นการประเมินซึ่งมีค่าคะแนนร่วมกันน้อยสุด ๓ อันดับแรก คือ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดของครอบครัวในด้านระดับรายได้ของครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม น้อยสุด ๑๐๗ คะแนน รองลงมาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย มีคะแนนประเมินรวม ๑๙๐ คะแนน และครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน มีคะแนนประเมินรวม ๑๙๐ คะแนน ตามลำดับ ดังข้อมูลตารางที่ ๙

ตารางที่ ๑๐ ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินระดับรายได้ของครอบครัว (n = ๑๐๖)

ประเด็นความพร้อมของครอบครัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ n
(๑) ระดับรายได้ของครอบครัว (min = ๑ , max = ๔ , $\bar{X}$ = ๑.๔๑ , SD = ๐.๕๙ , median ๑) - ไม่มีรายได้ของตนเอง (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม) (๑ คะแนน) - มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม) (๒ คะแนน) - มีรายได้เท่ากับรายจ่าย (ไม่มีเงินออมและไม่มีปัญหาหนี้สิน) (๓ คะแนน) - มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย แต่ไม่มีเงินออม (ไม่มีเงินออม และไม่มีปัญหาหนี้สิน) (๔ คะแนน) - มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย (มีเงินออม ไม่มีปัญหาหนี้สิน) (๕ คะแนน) (ผลประเมินรวม ๑๔๙ คะแนน)	๗๓ ๒๕ ๖ ๒ ๐	๖๘.๘๗ ๒๓.๕๘ ๕.๖๖ ๑.๘๙ ๐

จากข้อมูลตารางที่ ๑๐ การประเมินความพร้อมครอบครัว ประเด็นระดับรายได้ของครอบครัว อ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เลือกตอบ ๑ ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๖ ราย พบว่า คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างในระดับรายได้ของครอบครัวเท่ากับ ๑๔๙ คะแนน โดยความพร้อมครอบครัวด้านระดับรายได้ครอบครัว การประเมินคะแนน ๑ ถึง ๕ (ความพร้อมน้อยสุด ถึง ความพร้อมมากที่สุด) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินน้อยสุด ๑ คะแนน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินมากที่สุด ๔ คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ ๑.๔๑ คะแนน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากสุดไม่มีรายได้ของตนเอง (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม) จำนวน ๗๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๘๗ รองลงมา กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม) จำนวน ๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๕๘ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เท่ากับรายจ่าย (ไม่มีเงินออมและไม่มีปัญหาหนี้สิน) จำนวน ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๖๖ และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้สูงกว่ารายจ่าย แต่ไม่มีเงินออม (ไม่มีเงินออม และไม่มีปัญหาหนี้สิน) จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๙ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๑ ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (n = ๑๐๖)

ประเด็นความพร้อมของครอบครัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ n
(๒) สภาพแวดล้อมภายในบ้าน (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) (min = ๑ , max = ๔ , $\bar{X}$ = ๑.๗๙ , SD = ๐.๔๖ , median ๒) - ไม่มีที่อยู่แน่นอน เร่ร่อนไร้บ้าน (๑ คะแนน) - มีที่อยู่แน่นอน แต่ไม่มี สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมใดๆ (๑ คะแนน) - ที่อยู่มีความเป็นสัดส่วน (๑ คะแนน) - ที่อยู่ถูกสุขลักษณะ สะอาดอากาศถ่ายเท (๑ คะแนน) - ที่อยู่มีความปลอดภัยทางกายภาพ (๑ คะแนน) - ที่อยู่มีพื้นที่ว่างในการทำกิจกรรม (๑ คะแนน) (ผลประเมินรวม ๑๙๐ คะแนน)	 ๑๒ ๖๒ ๖๒ ๒๔ ๒๓ ๗	 ๑๑.๓๒ ๕๘.๔๙ ๕๘.๔๙ ๒๒.๖๔ ๒๑.๗๐ ๖.๖๐

จากข้อมูลตารางที่ ๑๑ การประเมินความพร้อมครอบครัว ประเด็นสภาพแวดล้อมภายในบ้าน อ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๖ ราย พบว่า คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างในสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เท่ากับ ๑๙๐ คะแนน โดยความพร้อมครอบครัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การประเมินคะแนน ๑ ถึง ๖ (ความพร้อมน้อยสุด ถึง ความพร้อมมากที่สุด) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินน้อยสุด ๑ คะแนน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินมากที่สุด ๔ คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ ๑.๗๙ คะแนน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด พบว่า มีที่อยู่แน่นอน แต่ไม่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมใดๆ เท่ากับที่อยู่มีความเป็นสัดส่วน จำนวน ๖๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๔๙ รองลงมา กลุ่มตัวอย่างมีที่อยู่ถูกสุขลักษณะ สะอาด อากาศถ่ายเท จำนวน ๒๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๖๔ ที่อยู่มีความปลอดภัยทางกายภาพ จำนวน ๒๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๗๐ ไม่มีที่อยู่แน่นอน เร่ร่อนไร้บ้าน จำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓๒ และกลุ่มตัวอย่างที่อยู่มีพื้นที่ว่างในการทำกิจกรรม จำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๖๐ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๒ ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว
(n = ๑๐๖)

ประเด็นความพร้อมของครอบครัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ n
(๓) ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)		
(min = ๑ , max = ๓ , $\bar{X}$ = ๑.๘๐ , SD = ๐.๔๘ , median ๒)		
- ไม่ได้รับความรัก (๑ คะแนน)	๒๓	๒๑.๗๐
- ดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร (๑ คะแนน)	๘๓	๗๘.๓๐
- ส่งเสริม สนับสนุนทางจิตใจกล่าวชื่นชม (๑ คะแนน)	๔๖	๔๓.๔๐
- มีการสัมผัสทางกาย (๑ คะแนน)	๒๗	๒๕.๔๗
- ทำกิจกรรมร่วมกันสม่ำเสมอ (๑ คะแนน)	๑๒	๑๑.๓๒
(ผลประเมินรวม ๑๙๑ คะแนน)		

จากข้อมูลตารางที่ ๑๒ การประเมินความพร้อมครอบครัว ประเด็นความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว อ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๖ ราย พบว่า คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างในความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว เท่ากับ ๑๙๑ คะแนน โดยความพร้อมครอบครัวด้านความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว การประเมินคะแนน ๑ ถึง ๕ (ความพร้อมน้อยสุด ถึง ความพร้อมมากที่สุด) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินน้อยสุด ๑ คะแนน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินมากที่สุด ๓ คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ ๑.๘๐ คะแนน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากสุด พบว่า ครอบครัวมีรูปแบบการดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร จำนวน ๘๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๓๐ รองลงมาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการส่งเสริม สนับสนุนทางจิตใจ กล่าวชื่นชม จำนวน ๔๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๔๐ ครอบครัวมีการสัมผัสทางกาย จำนวน ๒๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๔๗ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับความรักจากครอบครัว จำนวน ๒๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๗๐ และครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมร่วมกันสม่ำเสมอ จำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓๒ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๓ ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว (n = ๑๐๖)

ประเด็นความพร้อมของครอบครัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ n
(๔) ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) (min = ๑ , max = ๔ , $\bar{X}$ = ๒.๗๙ , SD = ๐.๘๒ , median ๓) - ไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา (๑ คะแนน) - เผชิญปัญหาร่วมกัน (๑ คะแนน) - รับรู้ปัญหาและหารือร่วมกัน (๑ คะแนน) - รับผิดชอบปัญหาร่วมกัน (๑ คะแนน) - ช่วยกันแก้ไขปัญหา (๑ คะแนน) - ยอมรับความเจ็บป่วย (๑ คะแนน) (ผลประเมินรวม ๒๙๖ คะแนน)		
	๑๙	๑๗.๙๒
	๗๗	๗๒.๖๔
	๘๔	๗๙.๒๕
	๕๐	๔๗.๑๗
	๒๙	๒๗.๓๖
	๓๗	๓๔.๙๑

จากข้อมูลตารางที่ ๑๓ การประเมินความพร้อมครอบครัว ประเด็นความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว อ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๖ ราย พบว่า คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างในด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัวเท่ากับ ๒๙๖ คะแนน โดยความพร้อมครอบครัวด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว การประเมินคะแนน ๑ ถึง ๖ (ความพร้อมน้อยสุด ถึง ความพร้อมมากที่สุด) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินน้อยสุด ๑ คะแนน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินมากที่สุด ๔ คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ ๒.๗๙ คะแนน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด พบว่า ครอบครัวมีการรับรู้ปัญหาและหารือร่วมกัน จำนวน ๘๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๒๕ รองลงมาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญปัญหาร่วมกัน จำนวน ๗๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๖๔ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการรับผิดชอบปัญหาร่วมกัน จำนวน ๕๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๑๗ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับความเจ็บป่วย จำนวน ๓๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๙๑ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการช่วยกันแก้ไขปัญหา จำนวน ๒๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๓๖ และครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา จำนวน ๑๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๙๒ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๔ ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินความสามารถของสมาชิกในครอบครัว
ต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (n = ๑๐๖)

ประเด็นความพร้อมของครอบครัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ n
(๕) ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) (min = ๑ , max = ๔ , $\bar{X}$ = ๑.๙๑ , SD = ๐.๔๗ , median ๒) - ไม่มีความสามารถในการจัดการพฤติกรรม (๑ คะแนน) - ทักษะการควบคุมพฤติกรรม (๑ คะแนน) - การให้แรงเสริมที่เหมาะสม (๑ คะแนน) - ฝึกระเบียบวินัย (๑ คะแนน) - สมาชิกในครอบครัวรู้ วิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยมี ปัญหาพฤติกรรม (๑ คะแนน) - ยอมรับกฎ กติกาของครอบครัว (๑ คะแนน) (ผลประเมินรวม ๒๐๒ คะแนน)		
	๓๐	๒๘.๓๐
	๖๘	๖๔.๑๕
	๔๔	๔๑.๕๑
	๙	๘.๔๙
	๓๕	๓๓.๐๒
	๑๖	๑๕.๐๙

จากข้อมูลตารางที่ ๑๔ การประเมินความพร้อมครอบครัว ประเด็นความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย อ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๖ ราย พบว่า คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างในด้านความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเท่ากับ ๒๐๒ คะแนน โดยความพร้อมครอบครัวด้านความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย การประเมินคะแนน ๑ ถึง ๖ (ความพร้อมน้อยสุด ถึง ความพร้อมมากที่สุด) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินน้อยสุด ๑ คะแนน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินมากที่สุด ๔ คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ ๑.๙๑ คะแนน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด พบว่า ครอบครัวมีทักษะการควบคุมพฤติกรรม จำนวน ๖๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๑๕ รองลงมาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการให้แรงเสริมที่เหมาะสม จำนวน ๔๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๕๑ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกในครอบครัวรู้ วิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยมี ปัญหาพฤติกรรม จำนวน ๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๐๒ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างไม่มีไม่มีความสามารถในการจัดการพฤติกรรม จำนวน ๓๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๓๐ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับกฎ กติกาของครอบครัว จำนวน ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๐๙ และครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการฝึกระเบียบวินัย จำนวน ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘.๔๙ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๕ ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินการยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (n = ๑๐๖)

ประเด็นความพร้อมของครอบครัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ n
(๖) การยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) (min = ๑ , max = ๔ , $\bar{X}$ = ๑.๘๘ , SD = ๐.๗๓ , median ๒)		
- ไม่มีการยอมรับหรือให้กำลังใจ (๑ คะแนน)	๑๖	๑๕.๐๙
- ยอมรับความแตกต่างส่วนบุคคล (๑ คะแนน)	๙๐	๘๔.๙๑
- ให้อภัยและให้โอกาสแก้ไข (๑ คะแนน)	๔๔	๔๑.๕๑
- ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข (๑ คะแนน)	๒๒	๒๐.๗๕
- ให้กำลังใจ (๑ คะแนน)	๒๗	๒๕.๔๗
(ผลประเมินรวม ๑๙๙ คะแนน)		

จากข้อมูลตารางที่ ๑๕ การประเมินความพร้อมครอบครัว ประเด็นการยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม อ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๖ ราย พบว่า คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างในด้านการยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เท่ากับ ๑๙๙ คะแนน โดยความพร้อมครอบครัวด้านการยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม การประเมินคะแนน ๑ ถึง ๕ (ความพร้อมน้อยสุด ถึง ความพร้อมมากที่สุด) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินน้อยสุด ๑ คะแนน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินมากที่สุด ๔ คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ ๑.๘๘ คะแนน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด พบว่า ครอบครัวมีการยอมรับความแตกต่างส่วนบุคคลจำนวน ๙๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๙๑ รองลงมาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการให้อภัยและให้โอกาสแก้ไขจำนวน ๔๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๕๑ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการให้กำลังใจ จำนวน ๒๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๔๗ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข จำนวน ๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๗๕ และครอบครัวกลุ่มตัวอย่างไม่มีการยอมรับหรือให้กำลังใจ จำนวน ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๐๙ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๖ ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว (n = ๑๐๖)

ประเด็นความพร้อมของครอบครัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ n
(๗) การสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) (min = ๑ , max = ๕ , $\bar{X}$ = ๒.๓๒ , SD = ๐.๔๙ , median ๒)		
- ไม่มีการสื่อสารใดๆ (๑ คะแนน)	๑๒	๑๑.๓๒
- มีการรับรู้ความรู้สึก (๑ คะแนน)	๘๙	๘๓.๙๖
- พุดคุย/แสดงความรู้สึกและความต้องการได้อย่างเปิดเผย (๑ คะแนน)	๗๔	๖๙.๘๑
- มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น (๑ คะแนน)	๓๕	๓๓.๐๒
- มีสัมผัส โอบกอดระหว่างสมาชิก (๑ คะแนน)	๑๓	๑๒.๒๖
- มีการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง (๑ คะแนน)	๒๓	๒๑.๗๐
(ผลประเมินรวม ๒๔๖ คะแนน)		

จากข้อมูลตารางที่ ๑๖ การประเมินความพร้อมครอบครัว ประเด็นการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว อ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๖ ราย พบว่า คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างในด้านการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว เท่ากับ ๒๔๖ คะแนน โดยความพร้อมครอบครัวด้านการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว การประเมินคะแนน ๑ ถึง ๖ (ความพร้อมน้อยสุด ถึง ความพร้อมมากที่สุด) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินน้อยสุด ๑ คะแนน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินมากที่สุด ๕ คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ ๒.๓๒ คะแนน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด พบว่า ครอบครัวมีการรับรู้ความรู้สึก จำนวน ๘๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๙๖ รองลงมาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการพุดคุย/แสดงความรู้สึกและความต้องการได้อย่างเปิดเผย จำนวน ๗๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๘๑ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการแสดงความคิดเห็น จำนวน ๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๐๒ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง จำนวน ๒๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๗๐ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีสัมผัสโอบกอดระหว่างสมาชิก จำนวน ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒๖ และครอบครัวกลุ่มตัวอย่างไม่มีการสื่อสารใดๆ จำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓๒ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๗ ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินการตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว (n = ๑๐๖)

ประเด็นความพร้อมของครอบครัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ n
(๘) การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) (min = ๑ , max = ๔ , $\bar{X}$ = ๒.๔๗ , SD = ๐.๔๙ , median ๓) - ไม่มีการทำหน้าที่ตามบทบาท (๑ คะแนน) - ตระหนักรู้ มีความชัดเจนในบทบาทของตน (๑ คะแนน) - การแบ่งเบารภาระ (๑ คะแนน) - การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว (๑ คะแนน) - การมอบหมายหน้าที่ในครอบครัว (๑ คะแนน) - รับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ (๑ คะแนน) (ผลประเมินรวม ๒๖๒ คะแนน)		
- ไม่มีการทำหน้าที่ตามบทบาท (๑ คะแนน)	๑๓	๑๒.๒๖
- ตระหนักรู้ มีความชัดเจนในบทบาทของตน (๑ คะแนน)	๙๐	๘๔.๙๑
- การแบ่งเบารภาระ (๑ คะแนน)	๖๔	๖๐.๓๘
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว (๑ คะแนน)	๒๙	๒๗.๓๖
- การมอบหมายหน้าที่ในครอบครัว (๑ คะแนน)	๒๔	๒๒.๖๔
- รับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ (๑ คะแนน)	๔๒	๓๙.๖๒

จากข้อมูลตารางที่ ๑๗ การประเมินความพร้อมครอบครัว ประเด็นการตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว อ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๖ ราย พบว่า คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างในด้านการตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว เท่ากับ ๒๖๒ คะแนน โดยความพร้อมครอบครัวด้านการตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว การประเมินคะแนน ๑ ถึง ๖ (ความพร้อมน้อยสุด ถึง ความพร้อมมากที่สุด) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินน้อยสุด ๑ คะแนน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินมากที่สุด ๔ คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ ๒.๔๗ คะแนน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากสุด พบว่า ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้ มีความชัดเจนในบทบาทของตน จำนวน ๙๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๙๑ รองลงมาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการแบ่งเบารภาระ จำนวน ๖๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๓๘ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ จำนวน ๔๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๖๒ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว จำนวน ๒๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๓๖ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการมอบหมายหน้าที่ในครอบครัว จำนวน ๒๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๖๔ และครอบครัวกลุ่มตัวอย่างไม่มีการทำหน้าที่ตามบทบาท จำนวน ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒๖ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๘ ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย (n = ๑๐๖)

ประเด็นความพร้อมของครอบครัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ n
(๙) ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) (min = ๑ , max = ๔ , $\bar{X}$ = ๑.๗๙ , SD = ๐.๔๖ , median ๒) - ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย (๑ คะแนน) - มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น (๑ คะแนน) - มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย (๑ คะแนน) - มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (๑ คะแนน) - มีความสามารถในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอาการกำเริบของผู้ป่วยได้ (๑ คะแนน) - มีความเข้าใจในสภาพจิตใจของผู้ป่วย (๑ คะแนน) (ผลประเมินรวม ๑๙๐ คะแนน)	๒๐ ๗๕ ๕๐ ๒๔ ๑๒ ๙	๑๘.๘๗ ๗๐.๗๕ ๔๗.๑๗ ๒๒.๖๔ ๑๑.๓๒ ๘.๔๙

จากข้อมูลตารางที่ ๑๘ การประเมินความพร้อมครอบครัว ประเด็นความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย อ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๖ ราย พบว่า คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างในด้านความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย เท่ากับ ๑๙๐ คะแนน โดยความพร้อมครอบครัวด้านความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย การประเมินคะแนน ๑ ถึง ๖ (ความพร้อมน้อยสุด ถึง ความพร้อมมากที่สุด) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินน้อยสุด ๑ คะแนน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินมากที่สุด ๔ คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ ๑.๗๙ คะแนน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด พบว่า ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น จำนวน ๗๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๗๕ รองลงมาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย จำนวน ๕๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๑๗ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จำนวน ๒๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๖๔ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย จำนวน ๒๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๘๗ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอาการกำเริบของผู้ป่วยได้ จำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓๒ และครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในสภาพจิตใจของผู้ป่วย จำนวน ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘.๔๙ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๙ ข้อมูลประเด็นความพร้อมของครอบครัว ผลประเมินการมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับการช่วยเหลือ (n = ๑๐๖)

ประเด็นความพร้อมของครอบครัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ n
(๑๐) การมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับการช่วยเหลือ (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) (min = ๑ , max = ๔ , $\bar{X}$ = ๑.๙๙ , SD = ๐.๔๗ , median ๒) - ไม่มีเครือข่าย (๑ คะแนน) - ญาติ (ที่ไม่ได้อยู่ใน ครอบครัว) (๑ คะแนน) - เพื่อนบ้าน (๑ คะแนน) - ผู้นำชุมชน / อาสาสมัครในชุมชน (๑ คะแนน) - หน่วยงานภาครัฐ / เอกชน (๑ คะแนน) - รู้จักหาข้อมูลเพิ่มเติมจากที่อื่น (๑ คะแนน) (ผลประเมินรวม ๒๑๑ คะแนน)		
	๙	๘.๔๙
	๖๔	๖๐.๓๘
	๓๖	๓๓.๙๖
	๓๔	๓๒.๐๘
	๖๗	๖๓.๒๑
	๑	๐.๙๔

จากข้อมูลตารางที่ ๑๙ การประเมินความพร้อมครอบครัว ประเด็นการมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อขอรับการช่วยเหลือ อ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๖ ราย พบว่า คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างในด้านการมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับการช่วยเหลือ เท่ากับ ๒๑๑ คะแนน โดยความพร้อมครอบครัวด้านการมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับการช่วยเหลือ การประเมินคะแนน ๑ ถึง ๖ (ความพร้อมน้อยสุด ถึง ความพร้อมมากที่สุด) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินน้อยสุด ๑ คะแนน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินมากที่สุด เท่ากับ ๔ คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ ๑.๙๙ คะแนน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด พบว่า ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีเครือข่ายจากหน่วยงานภาครัฐ / เอกชน จำนวน ๖๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๒๑ รองลงมาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีเครือข่ายจากญาติ (ที่ไม่ได้อยู่ใน ครอบครัว) จำนวน ๖๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๓๘ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีเครือข่ายจากเพื่อนบ้าน จำนวน ๓๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๙๖ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีเครือข่ายจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครในชุมชน จำนวน ๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๐๘ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างไม่มีเครือข่ายใดๆ จำนวน ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘.๔๙ และครอบครัวกลุ่มตัวอย่างรู้จักหาข้อมูลเพิ่มเติมจากที่อื่น จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๔ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๓ กิจกรรมสนับสนุนการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยพิการ

จากรูปแบบการศึกษาวิจัยและพัฒนา ได้มีการนำผลการศึกษาศาสนาการดูแลทางสังคมในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A) และเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) พบว่า ผลการประเมินมีความสอดคล้องกัน โดยสถานการณ์ปัญหาที่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเผชิญมากที่สุด คือ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาที่เหมาะสม เป็นต้น รองลงมาเป็นปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย เช่น มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สูงอายุที่ต้องดูแลจนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต การมีสมาชิกในครอบครัวพิการทางกายพิการทางจิต ดิสดิสแอสเซตี ฯลฯ และปัญหาการเงิน เช่น ไม่มีรายได้ รายได้ไม่เพียงพอ มีภาระหนี้สิน เป็นต้น

ในขณะที่ผลการศึกษาศาสนาการดูแลทางสังคมข้างต้นมีความสอดคล้องกับผลการประเมินความพร้อมครอบครัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยมากมีความพร้อมระดับน้อย และพบข้อจำกัดครอบครัว ๓ อันดับแรกที่เกี่ยวข้องกับประเด็นรายได้ครอบครัว เช่น การมีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ประเด็นความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเข้าใจในสภาพจิตใจของผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น ที่อยู่ขาดความปลอดภัยทางกายภาพ เป็นต้น

ดังนั้น เมื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาเป็นรูปแบบบริการโดยนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation หรือ CBR) มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้ผู้พิการสามารถดำรงชีวิตในสังคมที่เหมาะสม เกิดการเชื่อมโยงชุมชน รวมทั้งกิจกรรมเป็นไปตามความต้องการของสมาชิกในพื้นที่ และพัฒนาศักยภาพคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ จึงนำสู่การพัฒนากิจกรรมสนับสนุนการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยพิการ ๒ กิจกรรม ดังนี้

๑. กิจกรรมการอบรมส่งเสริมศักยภาพแก่ผู้ดูแลคนพิการและผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการดูแลทางสังคมแก่ผู้ป่วยกลุ่มคนพิการในด้านการสร้างทักษะชีวิตและโภชนาการสำหรับคนพิการ
๒. เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการจัดการความเครียดและการเสริมพลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการในระดับชุมชน

คำชี้แจง

กิจกรรมการอบรมส่งเสริมศักยภาพแก่ผู้ดูแลคนพิการและผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ ผ่านหัวข้อ “๒ส สร้าง-เสริม” จัดกิจกรรมขึ้นเมื่อวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมชั้น ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา โดยกิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องการดูแลคนพิการ ความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ การให้ความรู้ด้านเทคนิคทักษะการสื่อสารและการจัดการความเครียดสำหรับคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดได้ ดังนี้

ตารางที่ ๒๐ สรุปกิจกรรมอบรมส่งเสริมศักยภาพแก่ผู้ดูแลคนพิการและผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ

ผลผลิตที่ต้องการ (output)	ผลผลิตที่เกิดขึ้น (output)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (outcome)	ปัญหา และข้อจำกัด	กลุ่มเป้าหมาย
เชิงปริมาณ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๓๐ คน	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๔๑ คน โดยมี ผลการประเมิน ดังนี้ - ความรู้เรื่อง โภชนาการในผู้ป่วย เท่ากับ ๔.๓ คะแนน (ระดับดี) - ความรู้เรื่อง กระบวนการสื่อสาร และจัดการอารมณ์ เท่ากับ ๔.๖ คะแนน (ระดับดี) - ความพึงพอใจ ในภาพรวมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๔ คะแนน (ระดับดี) หมายเหตุ คะแนน เต็ม ๕ คะแนน	๑. เกิดกิจกรรม การดูแลคนพิการ แบบองค์รวม (กาย จิต สังคม) ได้แก่ กิจกรรม ๒๘ การให้ ความรู้เรื่องโภชนาการ สำหรับผู้ป่วยพิการ และการสื่อสารเพื่อ การเสริมพลัง สำหรับ คนพิการ ผู้ดูแลคน พิการ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลคนพิการ ๒. การจัดทำ คู่มือการดูแลทาง สังคมสำหรับคนพิการ และแผ่นพับสูตร อาหารทางสายให้อาหาร โดยกลุ่มงาน โภชนาศาสตร์		- ผู้แทนอาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) - ผู้แทนผู้นำชุมชน เทศบาลเมือง ฉะเชิงเทรา - ผู้ช่วยคนพิการอำเภอ เมืองฉะเชิงเทรา - ผู้แทนผู้รับผิดชอบ งานด้านคนพิการ ศูนย์บริการคนพิการ จังหวัด - ผู้แทนกองสวัสดิการ สังคม และ กอง สาธารณสุข และ สิ่งแวดล้อม เทศบาล เมืองฉะเชิงเทรา
เชิงคุณภาพ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้รับความรู้เรื่อง โภชนาการ และเรียนรู้ กระบวนการสื่อสารที่ เหมาะสม วิธีการ จัดการความเครียด	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้รับความรู้เรื่อง โภชนาการที่เหมาะสม กับคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยกลุ่มโรค ต่างๆ เกิดการเรียนรู้ กระบวนการสื่อสารที่ เหมาะสม วิธีการ จัดการอารมณ์ตนเอง			

๒. กิจกรรมการถอดบทเรียนการดำเนินงานของสหวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อจัดพื้นที่แลกเปลี่ยนข้อมูลในมิติของบทบาทหน้าที่ ภารกิจ เครือข่าย การมีส่วนร่วม อุปสรรคจากการปฏิบัติงานกับกลุ่มเป้าหมายคนพิการ
๒. เพื่อเกิดการเรียนรู้สถานการณ์ในพื้นที่ผ่านการใช้เครื่องมือสำหรับการประเมินต่างๆ และการวิเคราะห์กรณีศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๓ ระดับ

คำชี้แจง

กิจกรรมการถอดบทเรียนการดำเนินงานของสหวิชาชีพ ในการสร้างเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยพิการในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา จัดเมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ ณ ศูนย์การเรียนรู้เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา (KCC) โดยผู้เข้าร่วมประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น ผู้แทนศูนย์บริการคนพิการจังหวัด ผู้แทนกองสวัสดิการสังคมประจำเทศบาลในพื้นที่ ผู้แทนจากภาคชุมชน เช่น ประธานชุมชน และตัวแทนอาสาสมัครในพื้นที่ ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดได้ ดังนี้

ตารางที่ ๒๑ สรุปกิจกรรมการถอดบทเรียนการดำเนินงานของสหวิชาชีพ

ผลผลิตที่ต้องการ (output)	ผลผลิตที่เกิดขึ้น (output)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (outcome)	ปัญหา และข้อจำกัด	กลุ่มเป้าหมาย
เชิงปริมาณ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๒๘ คน	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๑๘ คน	๑. ภาคีเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลการบริการของ แต่ละหน่วยงาน/ พื้นที่		- ผู้แทนอาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) - อาสาบริบาลท้องถิ่น - ผู้แทนผู้นำชุมชน เทศบาลเมือง ฉะเชิงเทรา - ผู้ช่วยคนพิการอำเภอ เมืองฉะเชิงเทรา - ผู้แทนผู้รับผิดชอบ งานด้านคนพิการ ศูนย์บริการคนพิการ จังหวัด - ผู้แทนกองสวัสดิการ สังคม และ กอง สาธารณสุข และ สิ่งแวดล้อม เทศบาล เมืองฉะเชิงเทรา
เชิงคุณภาพ เครือข่ายเกิดการ เรียนรู้บริบทสังคม ปัจจุบัน มีการ แลกเปลี่ยนองค์ ความรู้ และร่วม สะท้อนบทเรียนจาก การร่วมโครงการ	ผู้เข้าร่วมประชุมมีการ ถ่ายทอดองค์ความรู้ เฉพาะที่ตนมี ซึ่งทำให้ เห็นถึงระบบการ ทำงานอย่างเชื่อมโยง กัน การความรู้มือใน การทำงานด้านคน พิการ มีการแบ่งปัน ข้อมูลและทรัพยากร ที่ตนมีแก่เครือข่าย	๒. การวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหา และความต้องการ ตลอดจนแหล่ง ทรัพยากรที่มี อันนำไป สู่การวางแผนการดูแล ช่วยเหลือคนพิการ อย่างเชื่อมโยงกันทั้ง ระดับหน่วยงานและ ระดับชุมชน ๓. การกำหนด แผนงานการดูแล ร่วมกันในกรณีศึกษา ทั้ง ๓ ระดับ		

ผลการวิเคราะห์กรณีศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการนำผลการศึกษามาวางแผนการดูแลและออกแบบบริการทางสังคมในระดับพื้นที่ ทั้งรูปแบบการบริการเฉพาะรายและการบริการแบบกลุ่ม โดยการใช้เครื่องมือประเมินทางวิชาชีพในระบบโปรแกรม Digital Platform Social Telecare ช่วยในการจำแนกความจำเป็นในการให้บริการดูแลช่วยเหลือให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ทดลอง โดยได้มีการจำแนกความจำเป็นเร่งด่วนหรือระดับความรุนแรงของกลุ่มเป้าหมายจำนวน ๑๐๖ ราย ผ่านการจัดกลุ่มสี่ ๓ ระดับ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสีแดง กลุ่มผู้ป่วยสีเหลือง และกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- กลุ่มผู้ป่วยสีแดง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม ๓ ปัญหาหรือมากกว่านั้น มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อยที่สุดหรือมีความเสี่ยงต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัย มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๑ ราย หรือร้อยละ ๑๐.๓๘
- กลุ่มผู้ป่วยสีเหลือง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม ๒ ปัญหา มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อยมีจำนวนทั้งสิ้น ๔๖ ราย หรือร้อยละ ๔๓.๔๐
- กลุ่มผู้ป่วยสีเขียว คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมไม่เกิน ๑ ปัญหา มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุดมีจำนวนทั้งสิ้น ๔๙ ราย หรือร้อยละ ๔๖.๒๒

ในการนี้ การวิเคราะห์จำแนกกลุ่มตัวอย่าง ๓ ระดับ ได้นำมาสู่การบูรณาการข้อมูลและพัฒนาคู่มือทางสังคมร่วมกับเครือข่ายการทำงาน ผ่านการเรียนรู้ กรณีศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลคนพิการที่ได้รับการจำแนกความจำเป็นเร่งด่วนผ่านการจัดกลุ่มสี่ ๓ ระดับ พบว่า เครือข่ายทั้งระดับชุมชนหรือปฐมภูมิ และระดับหน่วยงานได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการประเมิน วางแผนการดูแล การจัดบริการ ตลอดจนการติดตามการช่วยเหลือตามบทบาทหน้าที่ ตัวอย่างกรณีศึกษาทั้ง ๓ กลุ่ม ดังนี้

กรณีกลุ่มสีแดง

กรณีศึกษาที่ ๑ ผู้ป่วยพิการ อายุ ๗๖ ปี สถานภาพหม้าย ประเมินพบปัญหาทางสังคม คือ ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย คนพิการฯ และปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีพฤติกรรมติดโรงพยาบาล มีอาการวิงเวียนศีรษะ บ้านหมุน คลื่นไส้ ปวดตึงต้นคอ ผู้ป่วยกังวลเนื่องจากกลัวการอยู่คนเดียว และป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งญาติไม่ได้ดูแลตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงจะเจ็บป่วยซ้ำหรือถูกทอดทิ้ง

กรณีศึกษาที่ ๒ ผู้ป่วยพิการ อายุ ๕๖ ปี พิกัดทางการเคลื่อนไหว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน ๓ คน ซึ่งทั้ง ๓ คนเป็นผู้พิการและผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยติดเตียง นอนที่พื้น พุดคุยพอเข้าใจ ตอบรับด้วยการพยักหน้า ไม่มีผลกดทับ รับประทานอาหารทางปาก ซึ่งประสบปัญหาในเรื่องของการดูแล เช่น การกิน การอาบน้ำ ฯลฯ จากการประเมินปัญหา พบว่า ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย คนพิการฯ ปัญหาที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ปัญหาทางการเงิน

แนวทางการดูแล การบูรณาการวางแผนการทำงานร่วมกันทั้งในส่วนกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพุทธโสธร สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดฉะเชิงเทรา ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดฉะเชิงเทรา สำนักงานเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา ประธานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และญาติผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาและข้อจำกัดร่วมกัน ตลอดจนการกำหนดแนวทางการดูแลช่วยเหลือ อันเป็นการสนับสนุนกระบวนการดูแลรักษาและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุมชนตรอกข้าวหลาม และผู้ช่วยคนพิการมีบทบาทในการเข้าไปดูแลเบื้องต้น มีการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลทั้งการทานยา การพบแพทย์ตามนัด การสังเกตอาการ แต่เนื่องจากผู้ดูแลไม่ค่อยปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย ทำให้การดูแลในเบื้องต้นยังไม่ได้ผล ผู้ป่วยมักมีอาการไม่คงที่ และในส่วนหน่วยงานภาครัฐ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดฉะเชิงเทรา ทางหน่วยงานได้มีการสนับสนุนเงินสงเคราะห์คนพิการ ๓,๐๐๐ บาท จัดบริการผู้ช่วยคนพิการ เพื่อสอนวิธีการดูแล แนะนำให้ความรู้ แต่ผู้ดูแลได้ให้การปฏิเสธการรับบริการในภายหลัง นอกจากนี้ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา ดำเนินการลงพื้นที่เยี่ยมกับทีมโรงพยาบาลได้สนับสนุนเงินสงเคราะห์ และอุปกรณ์รถนั่งวีลแชร์ และทางโรงพยาบาลดำเนินการดูแลรักษาและเตรียมความพร้อมชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วย หรือในผู้ป่วยพิการเพศชายบางรายที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ กรณีประสบปัญหาไม่มีที่อยู่อาศัยหรือถูกทอดทิ้ง ยังสามารถขอรับบริการช่วยเหลือเบื้องต้นจากวัดหนองปรือได้ผ่านการประสานงานของศูนย์บริการคนพิการจังหวัด

กรณีกลุ่มที่เหลือง

กรณีศึกษาที่ ๑ ผู้ป่วยคนพิการเพศหญิง อายุ ๖๙ ปี พิการทางการเคลื่อนไหว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน ๔ คน เป็นผู้ป่วย Palliative care มีผลกดทับบริเวณสะโพก ซึ่งปัจจุบันได้เสียชีวิตลง จากการประเมินปัญหา พบว่า ผู้ป่วยประสบปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย คนพิการฯ ปัญหาที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ปัญหาทางการเงิน

แนวทางการดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ช่วยคนพิการ มีบทบาทให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การนำเครื่องอุปโภคบริโภคไปให้ การช่วยดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน การป้อนข้าว การเตรียมยา การดูแลสุขลักษณะ การอาบน้ำ การตัดผม ฯลฯ ซึ่งกรณีนี้พบว่า ผู้ช่วยคนพิการไม่ได้ดูแลเพียงผู้ป่วยรายนั้นในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เหลืร่วมด้วย ทำให้เกิดภาระงานที่ล้น และครอบครัวเกิดภาวะพึ่งพิงผู้ช่วยคนพิการ ในส่วนศูนย์บริการคนพิการจังหวัดได้มีการสนับสนุนเงินสงเคราะห์ ๓,๐๐๐ บาท และการแนะนำเงินสนับสนุนในการประกอบอาชีพ การวางแผนปรับปรุงที่อยู่อาศัย แต่เนื่องจากเป็นลักษณะบ้านเช่าและไม่ได้รับการยินยอมดำเนินการปรับปรุงบ้าน จึงไม่สามารถสนับสนุนงบประมาณดังกล่าวได้ ซึ่งนอกจากนี้ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะได้รับการช่วยเหลือจากวัดในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนอาหารเครื่องต้ม เครื่องอุปโภคบริโภค ค่าเดินทางรักษา เป็นต้น และในส่วนกองสวัสดิการสังคม ดำเนินการลงพื้นที่กับทีมโรงพยาบาล และในส่วนทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลมีหน้าที่ในการติดตามลงเยี่ยมบ้าน ประเมินสุขภาพหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กรณีกลุ่มสีเขียว

กรณีศึกษาที่ ๑ ผู้ป่วยเพศหญิง มีความพิการทางการเคลื่อนไหว อายุ ๕๗ ปี ประสบปัญหาด้านที่อยู่อาศัย/สภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ และปัญหาการเงิน ส่งผลให้ผู้ป่วยมักขาดนัดการติดตามการรักษา ซึ่งจากการจำแนกสีผ่านโปรแกรม Digital Platform Social Telecare ทำให้เกิดการวางแผนการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม

กรณีศึกษาที่ ๒ ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๔๐ ปี พิกัดทางการเคลื่อนไหว อาศัยอยู่กับมารดา ๒ คน ซึ่งประสบอุบัติเหตุทางจราจรในปี ๒๕๕๒ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ติดเตียงรับประทานอาหารทางปาก มารดาดูแลดี ไม่มีแผลกดทับ มีความสะอาด และจากการประเมินปัญหาทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยประสบปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย คนพิการฯ ปัญหาที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ปัญหาทางการเงิน

แนวทางการดูแล การทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพุทธโสธร กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือ ตลอดจนการแสวงหาเครือข่ายหรือทรัพยากรที่เกี่ยวข้องตามสิทธิสวัสดิการที่พึงมีของผู้ป่วย อันนำไปสู่การตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยต่อไป เป็นต้น ซึ่งในกลุ่มดังกล่าวพบบาทสำคัญอยู่ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยคนพิการ มี Caregiver ซึ่งได้เข้าไปดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีหน่วยงานภาครัฐ เช่น ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ช่วยสนับสนุนเงินสงเคราะห์ ๓,๐๐๐ บาท และเจ้าหน้าที่ได้แนะนำในเรื่องเงินสนับสนุนในการประกอบอาชีพ แต่ในกรณีดังกล่าวมารดาปฏิเสธ เนื่องจากเป็นประชากรแฝง คือภูมิลำเนาไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา จึงทำให้ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการ นอกจากนี้ หน่วยงานทั้งกองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา และทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล จะเป็นหน่วยที่รับปรึกษาเป็นกรณีไปในแต่ละด้าน ซึ่งการที่มีผู้ปฏิบัติงานในระดับชุมชนเข้าไปดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาทานอย่างต่อเนื่อง และสามารถลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยไม่ต้องขาดนัดแพทย์เหมือนเช่นที่ผ่านมา และนอกจากนี้ ผู้ป่วยในกลุ่มสีเขียวนี้ จะได้รับการช่วยเหลือจากวัดในพื้นที่ บางครั้งคราว ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนอาหารเครื่องดื่ม เครื่องอุปโภคบริโภค อันเป็นการช่วยลดภาระในครอบครัว

ตารางที่ ๒๒ การเปรียบเทียบการให้บริการรูปแบบเดิมและรูปแบบที่เกิดจากการศึกษา

ประเด็น	การบริการรูปแบบเดิม	การบริการรูปแบบใหม่
การประสานงาน	- การประสานงานภายใต้โครงสร้างการบริหารราชการ เช่น ผู้นำชุมชนประสานกับเทศบาล ผู้ช่วยคนพิการประสานกับศูนย์บริการคนพิการ - การประสานงานภายในหน่วยงานหรือสังคมใน เช่น การแจ้งแหล่งทรัพยากรจะสื่อสารกันในวงผู้นำชุมชนด้วยกัน	- การประสานงานรูปแบบเครือข่ายการสนับสนุนการทำงาน มีการส่งต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันตั้งแต่ระหว่างหน่วยงาน และระหว่างระดับปทุมภูมิและหน่วยงานส่วนกลาง - การกำหนดผู้แทนในการประสานงานในด้านต่างๆ เช่น ผู้แทนของกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้แทนของผู้ช่วยคนพิการ
การบริการ	- ข้อมูลการบริการจะถูกเก็บไว้ในหน่วยงานหรือผู้ปฏิบัติงานนั้นๆ ขาดการแลกเปลี่ยน ทำให้การสื่อสารการประสานงาน และการวางแผนการช่วยเหลือเกิดความคาดเคลื่อน อันเนื่องจากไม่ทราบถึงแหล่งทรัพยากรที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวเข้าถึงในช่วงที่ผ่านมา - การบริการของหน่วยงานภาครัฐ เป็นการบริการบนพื้นฐานของทรัพยากรที่หน่วยงานมี เช่น ผู้ป่วยพิการจะประสบปัญหาได้ก็ตาม การช่วยเหลือจากศูนย์บริการคนพิการ คือ การสนับสนุนเงินสงเคราะห์ และเงินทุนกู้ยืมประกอบอาชีพเป็นหลัก	- เกิดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูล ซึ่งทำให้เห็นว่แต่ละหน่วยงานและแต่ละระดับได้มีบทบาทการดำเนินงานอย่างไรในช่วงที่ผ่านมา ทำให้เห็นถึงความเชื่อมโยงกันระหว่างบริการในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและบูรณาการข้อมูลที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดำเนินงานร่วมกันของภาคี - การบริการมุ่งเน้นที่ที่ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยพิการ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคี มีการนำทรัพยากรหรือองค์ความรู้ที่แต่ละที่มีมาต่อเติมให้แผนการช่วยเหลือในภาพรวมมีความสมบูรณ์มากที่สุดภายใต้เงื่อนไขข้อจำกัด ทำให้เห็นว่าการช่วยเหลือไม่ได้อยู่ที่หน่วยงานมีอะไรให้ แต่อยู่ที่ความจำเป็นของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ทั้งนี้ ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยพิการในพื้นที่ครั้งนี้ ยังได้มีการต่อยอดการศึกษา โดยการนำผลการประเมินทางด้านสังคมสงเคราะห์ ไม่ว่าจะเป็นการประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม การประเมินความพร้อมครอบครัว มาวิเคราะห์สถานการณ์ในระดับพื้นที่และออกแบบกิจกรรมสนับสนุนการดูแลทางสังคมของหน่วยงานเครือข่ายภาคี เช่น กิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตคนพิการในชุมชนพื้นที่ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ของกองกสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนพิการ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการ และนำสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการจากภาคส่วนต่างๆ เป็นต้น

บทที่ ๕

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

๑. สรุปผลการวิจัย

การศึกษการพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร (The Development of a Social Care Network for People with Disabilities to Advocate Primary Health Care in Buddhasothorn Hospital) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลทางสังคมและปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยพิการ และเพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาประกอบด้วยผู้ป่วยพิการทุกประเภทความพิการ ที่เข้ารับบริการจากกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนรวมทั้งสิ้น ๑๐๖ ราย ซึ่งสามารถสรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

๑.๑ สถานการณ์การดูแลทางสังคมและปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยพิการ

การศึกษาสถานการณ์การดูแลทางสังคมและปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยพิการ ได้มีการนำเครื่องมือทางสังคมสงเคราะห์มาเก็บข้อมูลและประเมินผลการศึกษาจำนวน ๒ เครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A.) และเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) มาใช้ดำเนินการประเมินวินิจฉัยทางสังคม และมีการใช้เครื่องมือ Digital Platform Social Telecare สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลทางสังคมและปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยพิการมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

การศึกษากลุ่มตัวอย่างคนพิการจำนวน ๑๐๖ ราย โดยเครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A.) พบว่า ปัญหาหลัก คือ การขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลที่ถูกต้อง โดยมีคนพิการกว่าร้อยละ ๖๙.๘๑ ที่ต้องเผชิญข้อจำกัดดังกล่าว ปัญหาลำดับถัดมา คือ ภาระการดูแลภายในครัวเรือน โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลหลัก ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการจัดการปัญหา และปัญหาด้านเศรษฐกิจและรายได้ของครัวเรือนคนพิการเป็นข้อจำกัดสำคัญลำดับที่สาม

การศึกษากลุ่มตัวอย่างคนพิการจำนวน ๑๐๖ ราย โดยเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) พบว่า ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างโดยมากมีระดับความพร้อมน้อย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๙๙ โดยข้อมูลด้านจุดแข็งของครอบครัวของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ๓ อันดับแรก คือ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม ๒๙๖ คะแนน รองลงมา ครอบครัวมีการตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม ๒๖๒ คะแนน และการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม ๒๔๖ คะแนน ตามลำดับ

และข้อมูลด้านจุดอ่อนหรือข้อจำกัดของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ๓ อันดับแรก โดยอ้างอิงเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) พบว่า ข้อจำกัดของครอบครัวในด้านระดับรายได้ของครอบครัว มีคะแนนประเมินรวมรวม ๑๐๗ คะแนน รองลงมา ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย มีคะแนนประเมินรวม ๑๙๐ คะแนน และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน มีคะแนนประเมินรวม ๑๙๐ คะแนน ตามลำดับ

นอกจากนี้ การใช้ Digital Platform Social Telecare ในการศึกษาครั้งนี้มีบทบาทสำคัญต่อการวิเคราะห์สถานการณ์และการจัดระดับปัญหาของกลุ่มตัวอย่างผู้พิการ โดยเฉพาะการใช้ระบบจัดระดับสี (Color Coding System) ซึ่งแบ่งคนพิการตามระดับความรุนแรงของปัญหาและความต้องการการดูแล ได้แก่ระดับสีเขียว สีเหลือง และสีแดง ซึ่งสะท้อนความเร่งด่วนในการได้รับบริการและการช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งการจัดระดับกลุ่มสีมีรายละเอียด ดังนี้

- กลุ่มสีแดง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมตั้งแต่ ๓ ปัญหาขึ้นไป และครอบครัวมีความพร้อมในระดับน้อยที่สุดหรือมีความเสี่ยงต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัย จำนวนร้อยละ ๑๐.๓๘
- กลุ่มสีเหลือง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม ๒ ปัญหา และครอบครัวมีความพร้อมในระดับน้อย มีจำนวนร้อยละ ๔๓.๔๐
- กลุ่มสีเขียว ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมไม่เกิน ๑ ปัญหา ครอบครัวมีความพร้อมระดับปานกลางถึงมากที่สุด มีจำนวนร้อยละ ๔๖.๒๒

ทั้งนี้ การวิเคราะห์การจัดระดับกลุ่มสี พบว่า กลุ่มที่ถูกจัดให้อยู่ในระดับสีแดงและสีเหลืองมักเป็นครัวเรือนที่มีปัญหาทับซ้อนหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ ขณะที่กลุ่มระดับสีเขียวมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองมากกว่า ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้ระบบจัดระดับกลุ่มสีสามารถทำให้การจัดลำดับความสำคัญของการช่วยเหลือมีความชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทจริงของคนพิการ

การใช้เครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A.) เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) และ Digital Platform Social Telecare ช่วยให้การเก็บข้อมูลและการประเมินสถานการณ์มีความรอบด้าน ครอบคลุมทั้งมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสามารถในการจัดการปัญหา ส่งผลให้การวิเคราะห์และการวางแผนการช่วยเหลือมีความแม่นยำ สามารถวิเคราะห์เชิงลึกถึงสภาพปัญหาที่แตกต่างกันของแต่ละครัวเรือน เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สุขภาพจิต หรือภาระการดูแล ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากการใช้แบบสอบถามทั่วไป และนำไปสู่การจัดบริการที่สอดคล้องกับสภาพจริงของครัวเรือนคนพิการ

๑.๒ การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลทางสังคมสำหรับคนพิการ โดยการนำ Digital Platform Social Telecare มาใช้ในการเก็บข้อมูลและจัดระดับกลุ่มสีเป็นนวัตกรรมด้านการประเมินทางสังคมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการวิเคราะห์เชิงสถานการณ์ ทั้งยังสนับสนุนการจัดการปัญหาเชิงเครือข่ายและการใช้ทรัพยากรได้อย่างตรงเป้าหมายมากขึ้น ไม่เพียงทำให้ข้อมูลมีความถูกต้องและทันสมัย แต่ยังเป็นฐานสำคัญในการพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับคนพิการให้สามารถเกิดการบูรณาการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มระดับ ดังนี้

- กลุ่มสีแดง เน้นการจัดบริการเร่งด่วน และการช่วยเหลือแบบเฉพาะราย (case work) มีการบูรณาการประสานงานทีมสหวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจและความปลอดภัย รวมทั้งวางแผนการช่วยเหลือแบบบูรณาการทั้งด้านสังคมและสุขภาพ
- กลุ่มสีเหลือง เน้นการจัดบริการในรูปแบบการให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความพร้อมของครอบครัว สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เช่น กิจกรรมพัฒนาทักษะผู้ดูแล (Caregiver Training) และประสานเครือข่ายชุมชนและอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือในระดับครอบครัว
- กลุ่มสีเขียว เน้นการจัดบริการเสริมศักยภาพและการป้องกัน ผ่านการให้ข้อมูล การอบรม และการสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการเฝ้าระวัง และติดตาม สนับสนุนให้ครอบครัวจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยใช้ทรัพยากรในชุมชน

นอกจากนี้ ในกระบวนการดำเนินการศึกษาค้างนี้ ไม่เพียงแต่การศึกษาศาสนาการดูแลทางสังคมสำหรับคนพิการ ยังได้มีการนำผลวิเคราะห์ที่ได้จากการใช้เครื่องมือประเมินวินิจฉัยมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่ โดยบูรณาการกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation หรือ CBR) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครและผู้ช่วยคนพิการในชุมชน ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวัง การคัดกรอง และการสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในพื้นที่ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยพิการสามารถดำรงชีวิตในสังคมที่เหมาะสม เกิดการเชื่อมโยงชุมชน จึงนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมสนับสนุนการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยพิการ ๒ กิจกรรม คือ

๑. กิจกรรมการอบรมส่งเสริมศักยภาพแก่ผู้ดูแลคนพิการและผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ โดยมุ่งให้การส่งเสริมและป้องกันเชิงสุขภาพแก่กลุ่มบุคลากรหรือผู้ที่ต้องให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยคนพิการ เช่น ผู้ช่วยคนพิการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และผู้นำชุมชน เป็นต้น เนื่องจากปัญหาทางสังคมอันดับแรกโดยอ้างอิงจากแบบบัญชีปัญหาทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาที่เหมาะสมการขาดผู้ดูแลหรือความไม่พร้อมในการดูแล และญาติปฏิเสธการดูแล ซึ่งแนวโน้มที่จะต้องมีหน่วยงานหรือผู้ปฏิบัติหน้าที่เข้าช่วยเหลือที่มากขึ้น จึงได้นำมาเป็นแนวทางการกำหนดประเด็นการจัดบริการทางสังคม ซึ่งได้มุ่งไปในด้านการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย และกิจกรรมเยียวยาจิตใจแก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะสอดคล้องกับผลการใช้เครื่องมือแบบประเมินและวินิจฉัยจัดการทางสังคม ในประเด็นปัญหาที่พบ อันดับที่ ๒ คือ ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย คนพิการฯ ซึ่งนำมาสู่สุขภาพจิตของผู้ดูแล ทั้งนี้ การสรุปออกแบบกิจกรรมจึงประกอบไปด้วย การให้ความรู้เรื่องการดูแลคนพิการ ความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยพิการกลุ่มโรคต่างๆ และการให้ความรู้ด้านเทคนิคทักษะการสื่อสาร และการจัดการความเครียดสำหรับคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ

๒. กิจกรรมการถอดบทเรียนการดำเนินงานของสหวิชาชีพ โดยกิจกรรมประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลในมิติของบทบาทหน้าที่ ภารกิจ เครือข่าย การมีส่วนร่วม อุปสรรคจากการปฏิบัติงานกับกลุ่มเป้าหมายคนพิการ และการวิเคราะห์กรณีศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๓ ระดับ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสีแดง กลุ่มผู้ป่วยสีเหลือง และกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว ทั้งนี้ จากข้อมูลได้มีจำแนกความจำเป็นเร่งด่วนหรือระดับความรุนแรงของกลุ่มเป้าหมายผ่านการจัดกลุ่มสีแดงแล้ว ทำให้เกิดพื้นที่เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือคนพิการในพื้นที่โดยการบูรณาการทำงานเป็นทีม ทั้งระดับหน่วยงานส่วนกลาง หน่วยงานพื้นที่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อร่วมกันประเมินปัญหาหรือความต้องการ กำหนดวางแผนและดำเนินการอย่างเชื่อมโยงกัน รวมทั้งติดตามการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายนั้นๆ เป็นต้น

ทั้งนี้ จากผลการศึกษาจะเห็นได้ถึงสถานการณ์การดูแลทางสังคมและปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยพิการ ซึ่งเป็นการมองสถานการณ์ปัญหาผ่านเครื่องมือการประเมินของผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ และผลการศึกษาได้นำไปสู่การออกแบบกิจกรรมผ่านฐานข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษาสถานการณ์มาเชื่อมโยงกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน หรือ CBR เพื่อเป็นการพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิในพื้นที่

๒. อภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร (The Development of a Social Care Network for People with Disabilities to Advocate Primary Health Care in Buddhasothorn Hospital) ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปราย ดังนี้

● สถานการณ์การดูแลทางสังคมและปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยพิการ

๑. สถานการณ์การดูแลทางสังคมและปัญหาทางสังคม

จากการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการนำเครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A) เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) และ Digital Platform Social Telecare มาใช้ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนการจัดกลุ่มระดับของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่า ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่เหมาะสม ปัญหาสุขภาพจิตจากการที่ครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาการเงิน ไม่มีรายได้ รายได้ไม่พอต่อการครองชีพ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งครอบครัวกลุ่มตัวอย่างโดยมากมีระดับความพร้อมน้อย โดยเฉพาะข้อจำกัดในด้านระดับรายได้ ความรู้ความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสมต่อคนพิการ

จากข้อมูลดังกล่าว มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ มาปง (๒๕๕๑) ซึ่งศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการหลังการจดทะเบียนคนพิการ โดยพบว่า ปัญหาอุปสรรคของคนพิการในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ เรื่องค่าพาหนะในการเดินทาง และปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว และพบว่าคนพิการต้องการให้มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เช่น ทางลาด ทางเดินเท้า ที่จอดรถ ห้องน้ำ เป็นต้น และยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อติศร ลำดับพงศ์ (๒๕๕๑) ซึ่งศึกษาเรื่อง บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งระบุว่าคนพิการมีความต้องการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ในเรื่องการจัดให้มีรายได้มากขึ้น จัดหาเครื่องอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการทุกประเภท

นอกจากนี้ ผลการประเมินความพร้อมของครอบครัวยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เกสร พันธุ (๒๕๔๓) โดยศึกษาเรื่อง ปัจจัย ที่มีผลต่อการพึ่งพาตนเองของคนพิการ ซึ่งพบว่า นอกจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อการพึ่งตนเองของคนพิการ ปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัวหรือความพร้อมครอบครัว ทั้งด้านการสนับสนุนทางสังคม ทั้งด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับการเข้าใจ และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมก็ยังมีผลต่อการพึ่งพาตนเองและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการ ดังนั้น หากครอบครัวมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรงของคนพิการ

โดยสรุป คนพิการจะมีการพึ่งพาตนเองได้ดีหรือมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม หากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน องค์กรคนพิการเป็นตัวแทนคนพิการในการดูแลผลประโยชน์ให้สมาชิกคนพิการ รวมถึงการได้รับการดูแลในทุกด้านการพัฒนา การพึ่งพาตนเองได้ดีของคนพิการนั้นจำเป็นต้องถึงได้รับการเข้าถึงสิทธิบริการสำหรับคนพิการตามที่กฎหมายกำหนด จึงจะเป็นการสร้างสมดุลให้คนพิการได้พึ่งตนเองได้ต่อไป

๒. การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่

ในการศึกษาได้นำผลการศึกษาศาสนาการดูแลทางสังคมจากเครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A) เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) และ Digital Platform Social Telecare ซึ่งผลการประเมินมีความสอดคล้องกัน โดยสถานการณ์ปัญหาที่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเผชิญมากที่สุด คือ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย รองลงมาเป็นปัญหาการในการดูแลผู้เจ็บป่วย และปัญหาการเงิน ในขณะที่ผลการศึกษาศาสนาการดูแลทางสังคมมีความสอดคล้องกับผลการประเมินความพร้อมครอบครัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดครอบครัว ๓ อันดับแรกที่เกี่ยวข้องกับประเด็นรายได้ครอบครัว ประเด็นความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เป็นต้น

เมื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาเป็นรูปแบบบริการโดยนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation หรือ CBR) บูรณาการร่วมกับแนวคิดการดูแลทางสังคม (Social Care) และแนวคิดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ มาเป็นฐานในการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้ผู้พิการสามารถดำรงชีวิตในสังคมที่เหมาะสม เกิดการเชื่อมโยงชุมชน รวมทั้งกิจกรรมเป็นไปตามความต้องการกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลผ่านการจัดระดับกลุ่มสี่ และความต้องการภาพรวมของสมาชิกในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลขั้นพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ การมีส่วนร่วม รวมทั้งเน้นการพัฒนาศักยภาพคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ จึงนำสู่การพัฒนากิจกรรมสนับสนุนการดูแลทางสังคมสำหรับผู้พิการ ๒ กิจกรรม คือ ๑) กิจกรรมการอบรมส่งเสริมศักยภาพแก่ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ และ ๒) กิจกรรมการถอดบทเรียนการดำเนินงานของสหวิชาชีพผ่านการวิเคราะห์กรณีศึกษา

กิจกรรมดังกล่าวมีการออกแบบกิจกรรมโดยใช้รากฐานของแนวคิดข้างต้น ซึ่งมีเป้าหมายของกิจกรรมโดยมุ่งเน้นที่การเสริมสร้างสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตคนพิการให้ดีขึ้น อาศัยวิธีการทางการแพทย์และการเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่ายทางด้านสังคม รวมทั้งได้สร้างการมีส่วนร่วมของคนพิการผ่านการศึกษาสถานการณ์ปัญหาของคนพิการในพื้นที่ซึ่งมีอัตลักษณ์และวิถีชีวิตในลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบทเพื่อนำมาออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมแก่ประชากรคนพิการอื่นๆในพื้นที่ จะเห็นได้ว่าการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายและรูปแบบกิจกรรมทั้ง ๒ นั้น จะต้องอาศัยข้อมูลของตัวของคนพิการและครอบครัวของคนพิการ รวมทั้งบทบาทของชุมชนที่คนพิการอาศัย โดยเป็นโครงข่ายที่เชื่อมโยงกันอย่างเหมาะสมในด้านต่างๆ ได้แก่ การแพทย์และบริการทางสังคม

ในกิจกรรมทั้ง ๒ ที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าการนำชุมชนซึ่งเป็นหน่วยที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยพิการเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการเน้นการพัฒนาในระดับชุมชน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ให้สามารถคัดกรอง ป้องกัน ฝ้าระวัง และดูแลในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการเน้นพัฒนาศักยภาพของผู้ที่ต้องดูแลคนพิการไม่ว่าจะในฐานะของสมาชิกครอบครัว หรือผู้ทำหน้าที่อาสาสมัครต่างๆ และบูรณาการทำงานร่วมกัน หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการคนพิการประจำจังหวัด กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา อันเป็นการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมใน ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผลและพัฒนา

นอกจากนี้ ในกิจกรรมการถอดบทเรียนการดำเนินงานของสหวิชาชีพผ่านการวิเคราะห์กรณีศึกษา ยังมีการวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างอาสาสมัครที่ดูแลผู้ป่วยพิการในระดับชุมชน และหน่วยงานราชการ ที่ดูแลในระดับหน่วยงานส่วนกลางประจำจังหวัด ซึ่งมีมติการทำงานต่างๆสามารถช่วยเติมเต็มการช่วยเหลือผู้ป่วยพิการให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงได้ตั้งศักยภาพหรือทรัพยากรที่มีในพื้นที่ออกมาเป็นปัจจัยส่งเสริมการดำเนินงานในด้านต่างๆ เช่น หน่วยงานราชการอาจมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากรหรือเงินทุนสนับสนุนการดำรงชีวิตของผู้ป่วยพิการ แต่ในขณะที่ชุมชนมีทรัพยากรที่สำคัญ คือ สถาบันศาสนาหรือวัด ซึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทราถือว่าสถาบันศาสนาได้เข้ามามีส่วนดูแลวิถีชีวิตแก่ประชาชนในพื้นที่ค่อนข้างสูง ทำให้การดูแลผู้ป่วยพิการบางรายได้รับการสนับสนุนการช่วยเหลือจากสถาบันศาสนาหรือวัดค่อนข้างมาก แต่เนื่องจากสถาบันศาสนาหรือวัดไม่ได้มีภารกิจเป็นหน่วยให้บริการดูแลคนพิการโดยตรง จึงทำให้การช่วยเหลือจากสถาบันศาสนายังเป็น การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เช่น ในผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวยหรือกลุ่มสีเหลือง จะได้รับการช่วยเหลือกรณีที่มีความจำเป็นในด้านเครื่องอุปโภคบริโภค การสนับสนุนเงินช่วยเหลือเป็นทุนการเดินทางรับการรักษาต่อเนื่องจากวัดจุฑาเมธผ่านโครงการธนาคารความดีซึ่งมีเครือข่ายกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนเป็นผู้ประสานงาน การสนับสนุนเงินค่ารักษากรณีพระภิกษุสามเณรที่ไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาได้ ไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคใด หรือมีความพิการหรือไม่ก็ตาม ผ่านการสนับสนุนทุนค่ารักษาพยาบาลจากวัดโสธรวรารามวรวิหาร โดยมีกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์เป็นผู้บริหารกองทุน หรือนอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยพิการกลุ่มสีแดง เช่น ผู้ป่วยพิการถูกทอดทิ้ง (สามารถช่วยเหลือตัวเองได้) ยังมีสถาบันศาสนาในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราให้การสนับสนุนที่พักอาศัยชั่วคราวโดยวัดหนองปรือซึ่งมีหน่วยงานศูนย์บริการคนพิการจังหวัดเป็นผู้ประสาน เป็นต้น

แต่ทั้งนี้ ด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาการศึกษา อาจทำให้ผลการดำเนินงานผ่านกิจกรรมยังไม่เห็นภาพที่กว้างและความต่อเนื่องได้อย่างชัดเจน หรือในการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการนำผลการศึกษามาพัฒนาเป็นระบบการดูแลหรือกิจกรรมสนับสนุนในพื้นที่อาจขาดน้ำหนักการมีส่วนร่วมของคนพิการในขั้นตอนนี้ ซึ่งด้วยระยะเวลาการศึกษาจึงมุ่งเน้นไปที่การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีบทบาทการทำงานที่ดูแลคนพิการเป็นประการสำคัญ และทรัพยากรบุคคลที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินงานยังเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน กิ่งหน่วยงานภาครัฐ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยคนพิการ เป็นต้น ยังขาดการดึงภูมิปัญญาชาวบ้าน ความรู้เดิมของชุมชน หรือปราชญ์ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าที่ควร และสถาบันที่เข้ามามีบทบาทโดยมากยังเป็นสถาบันศาสนาซึ่งเป็นจุดเด่นของจังหวัดฉะเชิงเทรา

ในประเด็นการทำหน้าที่บทบาทของหน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้มีการนำข้อมูลการศึกษา มาพัฒนาผ่านการวิเคราะห์และจำแนกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขยายผลการศึกษาผ่านการเรียนรู้กรณีศึกษา ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน หน่วยงานด้านการดูแลคนพิการในพื้นที่ที่มีการแสดงบทบาทที่เหมาะสม รวมถึง เครือข่ายมีการร่วมดำเนินกิจกรรมการดูแลทางสังคมแก่คนพิการ ตั้งแต่ขั้นของการเก็บข้อมูล การลงพื้นที่ การประสานส่งต่อ การสนับสนุนทรัพยากร การติดตามประเมินการช่วยเหลือ ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เกสร พันธุ์ (๒๕๔๓) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการพึ่งพาตนเองของคนพิการ ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะการศึกษาว่า การพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานด้านคนพิการเพื่อให้คนพิการสามารถพึ่งตนเอง คือ รัฐควรสนับสนุนให้ชุมชนมีบทบาทในการดำเนินงานด้านคนพิการมากขึ้น และองค์กรคนพิการควรมีบทบาทหน้าที่เป็นตัวแทนคนพิการแต่ละประเภทในการพิทักษ์สิทธิและสร้างโอกาสให้แก่คนพิการในด้านต่างๆ โดยภาครัฐเป็นหน่วยงานให้การส่งเสริมและสนับสนุน จึงจะเป็นการสร้างความสมดุลให้คนพิการได้พึ่งตนเองได้ต่อไป

ในมิติการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาภาคีเครือข่ายเป็นหัวใจสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตคนพิการ เนื่องจากการจัดการปัญหาของคนพิการมีลักษณะซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม ดังนั้น การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงมีความสำคัญในการจัดตั้งกลไกการดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อพิจารณาเชิงทฤษฎี แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation: CBR) การสนับสนุนการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม โดยเฉพาะการสร้างภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ซึ่งไม่เพียงช่วยเสริมสร้างการเข้าถึงบริการ แต่ยังสร้างความต่อเนื่องในการดูแลและลดช่องว่างของการให้บริการ ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งสามารถทำหน้าที่เฝ้าระวัง คัดกรอง และให้ความช่วยเหลือผู้พิการได้อย่างเป็นระบบ อันนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบบริการที่ยั่งยืน

กลไกเครือข่ายอาสาสมัครในระดับชุมชน การศึกษาชี้ให้เห็นว่า อาสาสมัครและผู้ช่วยคนพิการในระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญในการทำงานเชิงพื้นที่ เนื่องจากสามารถเข้าถึงครัวเรือนและสภาพความเป็นจริงของคนพิการได้โดยตรง กลไกอาสาสมัครจึงถือเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนการดูแลทางสังคม โดยมีบทบาททั้งการเยี่ยมบ้าน การคัดกรองคนพิการรายใหม่ การให้คำปรึกษา การส่งต่อข้อมูล และการสนับสนุนครอบครัวผู้ดูแลคนพิการ แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของอาสาสมัครยังคงมีข้อจำกัดด้านศักยภาพและทรัพยากร ดังนั้น การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเฉพาะด้านผ่านการอบรมและการถ่ายทอดประสบการณ์จากทีมสหวิชาชีพ จึงเป็นแนวทางที่ยังคงมีความจำเป็นอย่างมากสอดคล้องกับผลการศึกษา การพัฒนาเช่นนี้ไม่เพียงเพิ่มคุณภาพของการดูแลเชิงป้องกันและฟื้นฟู แต่ยังช่วยลดภาระของระบบบริการสุขภาพและสังคมในภาพรวม

ทั้งนี้ ในกลไกการพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับคนพิการนี้ จะพบว่าบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนกลไกการทำงานหรือผู้ดำเนินการ ยังคงเน้นย้ำถึงบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ที่ต้องขับเคลื่อนการพัฒนาระบบควบคู่กับผู้นำองค์กรคนพิการ ผู้แทนอาสาสมัคร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และในฐานะผู้ดำเนินการหลัก นักสังคมสงเคราะห์จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินวินิจฉัยปัญหาแบบองค์รวม วางแผนการช่วยเหลือ และประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ขณะที่ผู้นำองค์กรคนพิการ ผู้แทนอาสาสมัครมีบทบาทเชิงรุกในการพิทักษ์สิทธิ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคนพิการ ซึ่งช่วยให้การดำเนินงานได้รับการยอมรับจากชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ

ในขณะเดียวกัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังคงเป็นองค์กรที่มีบทบาทในการทำหน้าที่เสมือนเป็น “กลไกเชิงโครงสร้าง” โดยสนับสนุนเชิงนโยบาย การจัดสรรงบประมาณ และการสร้างระบบที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการในระยะยาว ผลลัพธ์ที่ปรากฏในการศึกษาชี้ชัดว่า การมีบทบาทร่วมกันของผู้ดำเนินการหลายฝ่ายทำให้เกิดการบูรณาการบริการที่ครอบคลุม และสอดคล้องกับแนวคิดการจัดบริการแบบ One Stop Service ที่ลดความซ้ำซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพ และเสริมสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของคนพิการ

โดยสรุปแล้ว ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์การดูแลคนพิการในจังหวัดฉะเชิงเทรา ยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ ทั้งด้านความรู้และทักษะของครอบครัวผู้ดูแลที่ยังไม่เพียงพอ ภาระการดูแลที่ตกอยู่กับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุหรือการมีภาระหลายด้าน ปัญหาความยากจนและต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาและฟื้นฟู ตลอดจนข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและกลไกสนับสนุนในชุมชน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการและครอบครัว อีกทั้งยังสะท้อนถึงช่องว่างของระบบบริการทางสังคมและสุขภาพที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

ทั้งนี้ การดำเนินการช่วยเหลือไม่ว่าจะระดับหน่วยงานภาครัฐส่วนภูมิภาค หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน จะเป็นการดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพ และขอบเขตการให้บริการขององค์กรนั้นๆ ซึ่งเป็นไปตามสิทธิประโยชน์ของคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งหลายครั้งนำไปสู่ความล่าช้า และการสนับสนุนการดูแลที่ขาดความเชื่อมโยงกัน

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการที่มีลักษณะบูรณาการทุกมิติ โดยเฉพาะการจัดบริการในลักษณะ One Stop Service ซึ่งสามารถเชื่อมโยงการดูแลทางการแพทย์ สังคม และการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชนเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อให้คนพิการและครอบครัวได้รับบริการที่ครบรอบด้าน ลดความซ้ำซ้อนของกระบวนการ เพิ่มความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการช่วยเหลือ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ อันเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างระบบ การดูแลที่ยั่งยืน ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาแนวทางเชิงนโยบาย กลไกการสนับสนุน และรูปแบบการดำเนินงานที่เอื้อต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป

๓. ข้อเสนอแนะ

จากการอภิปรายผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ปัญหาและข้อจำกัดด้านการดูแลคนพิการ ยังคงปรากฏอย่างหลากหลาย ทั้งในมิติของครอบครัวที่ขาดความรู้และทักษะในการดูแล ภาระการดูแล ที่ตกอยู่กับสมาชิกครอบครัวรายอื่นที่มีเป็นกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเป็นคนพิการ เช่นกัน ความยากจนและข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ตลอดจนช่องว่างของระบบบริการที่ยังไม่สามารถบูรณาการ ให้ครอบคลุมได้ทั้งหมด ทั้งจากปัจจัยด้านผู้ปฏิบัติงานที่มีการเปลี่ยนบ่อยครั้ง จากข้อจำกัดระบบการบริหาร จัดการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของคนพิการ รวมทั้งข้อจำกัดด้านทรัพยากรมียังไม่เพียงพอ ต่อความต้องการของคนพิการในพื้นที่ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดให้มี ความเชื่อมโยงต่อกันทั้งหน่วยงานราชการต่อหน่วยงานราชการ หรือแม้แต่หน่วยงานราชการและ ภาคประชาชน อาสาสมัครต่างๆ ดังนั้น การจัดระบบการดูแลในรูปแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) จะสามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการได้อย่างรอบด้านและต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นรูปแบบ ที่สนับสนุนให้พื้นที่เกิดระบบการประสานงานที่เชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน และเกิดการบูรณาการการทำงาน ร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐและการทำงานระดับชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สถาบันศาสนาในพื้นที่ รวมถึงลดปัญหาหรืออุปสรรคจากการจัดบริการสังคมของหน่วยงานภาครัฐที่กล่าวไว้ข้างต้น

ดังนั้น ในเชิงนโยบาย การศึกษาครั้งนี้จึงมีข้อเสนอที่สำคัญซึ่งควรพัฒนาโดยการจัดตั้งศูนย์บริการ แบบเบ็ดเสร็จสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลในรูปแบบ One Stop Service เพื่อทำหน้าที่เป็นศูนย์กลาง ในการให้บริการทั้งด้านการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสังคมสงเคราะห์ การสนับสนุนด้านสิทธิ และสวัสดิการ ควบคู่การพัฒนาในระดับชุมชน โดยส่งเสริมให้มีศูนย์บริการชุมชน (Drop In Center : DIC) ในระดับพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่เป็นจุดให้คำปรึกษา การคัดกรองเบื้องต้น และการประสานส่งต่อบริการอย่าง รวดเร็ว

ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลในส่วนภาครัฐโดยการจัดตั้งศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จสำหรับ คนพิการในโรงพยาบาล ควบคู่การส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนโดยการผลักดันให้เกิดศูนย์บริการ ชุมชน (Drop In Center : DIC) แนวทางดังกล่าวจะช่วยลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ ส่งเสริม ประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย และเปิดโอกาสให้คนพิการและครอบครัวเข้าถึงบริการได้ อย่างเท่าเทียมและทั่วถึงมากขึ้น อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในเชิงโครงสร้างที่ยั่งยืน

ทั้งนี้ ในการศึกษายังมีประเด็นที่น่าสนใจและสามารถพัฒนาต่อยอดได้ ไม่ว่าจะเป็นด้านการส่งเสริม ศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ การพัฒนาระบบบริการโดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ ในระดับชุมชน ตลอดจนการพัฒนาสิทธิและสวัสดิการทางสังคมเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแก่คนพิการ และครอบครัว ซึ่งสามารถสรุปข้อเสนอแนะอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลทางสังคม สำหรับผู้ป่วยพิการได้ ดังนี้

๓.๑ ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

จากข้อมูลการศึกษาวิจัยในประเด็นความพร้อมของครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับน้อย ถึงร้อยละ ๔๒.๙๙ ซึ่งจุดแข็งที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวมีการตระหนักในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสม แต่ด้วยความซับซ้อนของปัญหาทางด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจึงมีข้อจำกัดในด้านความรู้และความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องมองการช่วยเหลือหรือการสนับสนุนผู้ป่วยพิการในลักษณะการส่งเสริมความร่วมมือมากกว่าการให้ภายใต้ทรัพยากรที่หน่วยงานมีโดยขาดการบูรณาการกับเครือข่ายอื่นๆ

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาทั้งในด้านความพร้อมครอบครัว ข้อจำกัดในส่วนของตัวผู้ป่วยพิการและผู้ดูแลคนพิการ รวมถึงสภาพแวดล้อมอื่นๆ ดังนั้น การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยพิการจะต้องมีแนวคิดการดูแลตั้งแต่การดูแลขั้นพื้นฐาน การฟื้นฟูทักษะและสมรรถภาพทางสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม การส่งเสริมการเข้าถึงสวัสดิการสังคม ตลอดจนการส่งเสริมจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยพิการ โดยการให้ผู้ป่วยพิการมีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นไปตามองค์ประกอบการดูแลทางสังคม (Social Care)

จากภารกิจกรมสนับสนุนการดูแลทางสังคมสำหรับผู้พิการ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการอบรมส่งเสริมศักยภาพแก่ผู้ดูแลคนพิการและผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการ และกิจกรรมการถอดบทเรียนการดำเนินงานของสหวิชาชีพผ่านการวิเคราะห์กรณีศึกษา ซึ่งเป็นการบูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation หรือ CBR) แนวคิดการดูแลทางสังคม (Social Care) และแนวคิดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งการการออกแบบกิจกรรมโดยใช้แนวคิดดังกล่าวส่งผลให้สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ได้ตั้งแต่ระดับชุมชน ระดับผู้แทนอาสาสมัคร และระดับหน่วยงานได้เป็นอย่างดี แต่ด้วยข้อจำกัดระยะเวลาในการศึกษาทำให้เกิดการส่งเสริมการจัดกิจกรรมบางส่วนยังไม่สมบูรณ์ เช่น การดึงผู้ป่วยพิการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพตนเองหรือกลุ่มสมาคม การสร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนความรู้เดิมในชุมชน หรือแม้แต่การติดตามผลการพัฒนาองค์กรหลังกิจกรรมการถอดบทเรียน ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นแหล่งอ้างอิงในการจัดกิจกรรมหรือโครงการในพื้นที่ โดยดึงศักยภาพผู้ป่วยพิการเข้ามามีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมเป็นหลัก เช่น การสร้างคนพิการต้นแบบในการดูแลตนเองและถ่ายทอดความรู้การดูแลสุขภาพในโรคที่ตนเองเป็น การสร้างพื้นที่ถ่ายทอดองค์ความรู้จากผู้ช่วยคนพิการหรืออาสาสมัครที่ได้จากประสบการณ์ทำงานอันเป็นการขยายต่อความรู้ของผู้ช่วยคนพิการในพื้นที่ที่มีจำนวนจำกัด รวมถึงการจัดทำ “ทำเนียบแหล่งทรัพยากรคนพิการ” การระบุชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่ หน่วยงานภาคีเครือข่าย ซึ่งจะเป็นแหล่งข้อมูลและการพัฒนาขยายเครือข่ายการประสานงาน จากระดับชุมชนเปลี่ยนเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ที่มีตัวแทนจากทุกตำบล ชุมชน ตลอดจนการจัดทำแผนประจำปีเพื่อขอการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ และการสร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเพื่อทบทวนรูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานร่วมกัน

๓.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

งานวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ ๒ ข้อ คือ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลทางสังคมและปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยพิการ และเพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่ โดยจากการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลการประเมินโดยเครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A) และเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) ในผู้ป่วยพิการ ๑๐๖ ราย พบว่า

จากการศึกษาครั้งนี้ พบปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยพิการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลของผู้ดูแล การมีภาระซ้อนของครอบครัวในการดูแลสมาชิกเปราะบางหลายราย ปัญหาทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการและครอบครัว การประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับหน่วยงานด้านสังคมยังไม่เป็นระบบ อีกทั้งยังพบว่า เครือข่ายอาสาสมัครที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดช่องว่างในระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับชุมชน ด้วยข้อค้นพบเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างในระบบดูแลที่ควรได้รับการเติมเต็มเชิงนโยบาย โดยเน้นการบูรณาการทั้งระบบสุขภาพและระบบสังคมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. นโยบายการส่งเสริมบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ควรมีการออกแบบโครงสร้างกำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิให้ครอบคลุม “นักสังคมสงเคราะห์” อย่างชัดเจนในทุกระดับ เพื่อปฏิบัติงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งควรสนับสนุนการพัฒนาทักษะด้านการประเมินของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เช่น การใช้เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A) และเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) ซึ่งถือเป็นเครื่องมือการประเมินเบื้องต้นของนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้สามารถประเมินความเปราะบางในผู้ใช้บริการทุกรายสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ รวมถึงการทำงานเชิงรุกร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชน รวมทั้งการจัดตั้ง “ศูนย์บริการสังคมระดับชุมชน” ที่ดำเนินการโดยนักสังคมสงเคราะห์ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรับเรื่อง วิเคราะห์ และเชื่อมโยงทรัพยากรจากภาครัฐและเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. นโยบายสนับสนุนเครือข่ายอาสาสมัครดูแลคนพิการในชุมชน การสรรหาและขยายเครือข่ายอาสาสมัคร ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่ม “อาสาสมัครดูแลคนพิการ” ที่ทำงานในระดับชุมชน รวมทั้งสร้างระบบ “พี่เลี้ยงอาสา” ที่อาสาสมัครมีบทบาทคล้ายผู้ช่วยทางสังคมในการเยี่ยมติดตามและส่งต่อกรณีซับซ้อน พร้อมกับกำหนดอัตราส่วนดูแลต่อจำนวนคนพิการที่เหมาะสม เสนอให้แนวทางการสร้างแรงจูงใจอย่างเหมาะสม เช่น มีค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงที่สอดคล้องกับการปฏิบัติหน้างานจริง เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะ จัดให้มีหลักสูตรอบรมระยะสั้นและระยะยาวสำหรับอาสาสมัคร เน้นเนื้อหาที่เกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพกายและใจ การจัดสิ่งแวดลอมการให้การปรึกษาเบื้องต้น หรือแม้แต่การใช้เทคโนโลยีในการติดตามอาการ

๓. นโยบายการสร้างกลไกบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดตั้งคณะทำงานระดับพื้นที่ ควรมีกลไก “คณะทำงานดูแลคนพิการแบบบูรณาการ” ซึ่งประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกกระดับ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครด้านต่างๆ และองค์กรภาคประชาชน เพื่อร่วมกันวางแผน ติดตามการให้บริการ และเชื่อมโยงงบประมาณแบบบูรณาการ ผลักดันการใช้จ่ายงบประมาณร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและสังคม

๔. นโยบายการประเมินผลกระทบทางสังคมควบคู่กับสุขภาพ การกำหนดตัวชี้วัดด้านสังคม กำหนดตัวชี้วัดทางสังคมที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของคนพิการ เช่น ระดับการพึ่งพิง การเข้าถึงบริการ ความสามารถของครอบครัวในการดูแล และการมีเครือข่ายสนับสนุน เพื่อใช้ในการจัดทำแผนดูแลเฉพาะราย (Individual care plan)

ข้อเสนอเชิงนโยบายข้างต้นถูกพัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างของการดูแลทางสังคมในกลุ่มคนพิการโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ การบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพกับระบบสังคม จึงมีความจำเป็นเร่งด่วน การนำข้อเสนอเหล่านี้ไปปฏิบัติจะช่วยให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพิการและครอบครัว พร้อมทั้งส่งเสริมให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิสามารถทำงานเชิงรุก ลดความแออัดในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับนโยบาย “หมอประจำบ้าน ๓ คน” อย่างมีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

- กาญจนา สนามน้อย. **คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้นำคนพิการในจังหวัดฉะเชิงเทรา** [วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๖๒.
- เกสร พันธุ์. **ปัจจัยที่มีผลต่อการพึ่งตนเองของคนพิการ**. [วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหา บัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๕๓.
- คณะกรรมการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล และคณะ. **มาตรฐานการประกอบวิชาชีพ สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Standards of Profession in Medical Social Work)**. ลำปางกิจเจริญการพิมพ์ จังหวัดลำปาง; ๒๕๖๕.
- นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. **ทฤษฎีและการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ (พิมพ์ครั้งที่ ๒)**. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์สวย จำกัด, ๒๕๕๕.
- นฤนธร รอดทอง. **แนวทางการพัฒนาระบบการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการเพื่อดูแลคนพิการ** [วิทยานิพนธ์ ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๖๓.
- นิตยา ยุทธโอภาส. **การจัดบริการผู้ช่วยคนพิการกับคุณภาพชีวิตคนพิการที่ได้รับการดูแล : กรณีศึกษา จังหวัดนครสวรรค์**. [วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัย ห้วเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; ๒๕๖๑.
- บุญธิดา บุญแก้ว. **การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาต** [วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบาย สวัสดิการสังคม]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๕๙.
- ปรีดาภรณ์ พชรปรีชา. **การศึกษาการใช้เครื่องมือและปัญหาอุปสรรคการใช้เครื่องมือในการปฏิบัติงาน สังคมสงเคราะห์ภายใต้กระบวนการประสานและส่งต่อคนพิการเข้ารับการคุ้มครองสวัสดิภาพ: กรณีศึกษาสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ สังกัดกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๖๖.
- พรสวรรค์ นันทะ. (๒๕๖๑). **การจัดการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน: บทบาทของรัฐและภาคประชาสังคม**. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๖๑.
- พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒**. (๒๕๖๒, ๓๐ เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๓๖ ตอนที่ ๕๖ก.
- พิมพ์า ขจรธรรม และคณะ. **โครงการติดตามประเมินผลการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการ**. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๕๙.
- ภาณุวัฒน์ สวนเมธี. **แนวคิดรัฐสวัสดิการกับพัฒนาการนโยบายสังคมไทย**. วารสารรัฐศาสตร์และรัฐ ประศาสนศาสตร์; ๒๕๖๓.
- มณฑา พิบูลย์วรศักดิ์. **บทบาทองค์กรคนพิการในการพัฒนาศักยภาพคนพิการ กรณีศึกษาสมาคมคนพิการ ทุกประเภทจังหวัดนครปฐม**. [วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๕๖.

ระพีพรรณ คำหอม. สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย (พิมพ์ครั้งที่ ๓). กรุงเทพฯ: บริษัท จรัสสินทวงค์การพิมพ์ จำกัด; ๒๕๕๔.

รัชดาภรณ์ ภาพจิตรศิลป์. การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ รายใหม่จากการให้บริการคลินิกหมอครอบครัวเทียบกับการให้บริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๖๕.

รัชนี สรรเสริญ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน : กลยุทธ์หลักเพื่อการดูแลคนพิการ. การพยาบาลและการศึกษา ปีที่ ๕; ๒๕๕๕.

ศิริลักษณ์ มาปง. การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการภายหลังการจดทะเบียนคนพิการ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๕๑.

สภานิติบัญญัติสังคมสงเคราะห์. เครื่องมือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์; ๒๕๕๖.

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. คู่มือสิทธิของคนพิการ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๕๗.

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์คนพิการประจำปี ๒๕๖๒. กรุงเทพฯ: สพร. ; ๒๕๖๒.

สุขมา อรุณจิต. ศาสตร์ประยุกต์ในงานสังคมสงเคราะห์. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๖๕.

สุพัตรา ศรีวิชชากร. สาธารณสุขมูลฐานระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมายและความเชื่อมโยง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว; ๒๕๖๒.

สุรณี เถลิ้มชัยนุกูล, พิมพ์า ขจรธรรม, และ อาตัม นิลไพจิตร. ผลของการได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการและการมีแหล่งทรัพยากรทางบุคคลต่อความเครียดของผู้ดูแลคนพิการ. ในรายงานสรุปงานสัมมนาวิชาการระดับชาติคนพิการครั้งที่ ๙ ประจำปี ๒๕๖๐ และการสัมมนาวิชาการระดับนานาชาติด้านคนพิการครั้งที่ ๔. กระบวนการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบัน หน่วยงาน องค์กรที่ร่วมลงนามในบันทึกความร่วมมือทางวิชาการ; ๒๕๖๐.

สุรางค์รัตน์ วศินารมณ. ทักษะการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์. สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๕๔.

อดิสร ลำดับพงศ์. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น; ๒๕๕๑.

อภิญญาวดี สันทะเกิด. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในเขตเทศบาลนครสมุทรสาคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๕๙.

อุเทน สุทิน และ Uten Suten. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยประสานการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและชุมชน. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๖๕.

ภาคผนวก

เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ BSH-IRB ๐๑๓/๒๕๖๕



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลพุทธโสธร กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โทร. ๓๓๒๙

ที่ ผช. ๐๐๓๓.๑๐๓.๕ / ๕๗

วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นายเจษฎา เจริญทอง

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงร่างงานวิจัย เรื่อง “โครงการพัฒนาและเสริมสมรรถนะกลไกและ
เครือข่ายการดูแลทางสังคมของสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ” เพื่อขออนุมัติศึกษาวิจัย
ในคน ในโรงพยาบาลพุทธโสธร ดังมีรายละเอียดตามเอกสารแนบมาแล้ว นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร ได้พิจารณา
โครงร่างการวิจัยเรื่องข้างต้น และเอกสารที่เกี่ยวข้องเสร็จเรียบร้อยแล้ว ที่ประชุมมีมติเป็นเอกฉันท์ให้การ
รับรองโครงร่างการวิจัยฯ รายละเอียดตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยฯ ที่แนบมาด้วยแล้วนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายเวทิส ประทุมศรี)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

โรงพยาบาลพุทธโสธร



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่ BSH-IRB ๐๐๓ / ๒๕๖๕

โดย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร

ชื่อโครงการ : โครงการวิจัย เรื่อง “โครงการพัฒนาและเสริมสมรรถนะกลไกและเครือข่ายการดูแลทางสังคม
ของสหวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ”

ผู้วิจัยหลัก : นายเจษฎา เจริญทอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร พิจารณาแล้ว มีมติเอกฉันท์
ให้การรับรอง โครงร่างการวิจัยตามข้อบ่งชี้ที่เสนอขอดำเนินการวิจัย

วันที่รับรอง : ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๕

วันหมดอายุ : ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

โดยผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลพุทธโสธร ดังนี้

๑. มีกระบวนการคุ้มครองอาสาสมัครงานวิจัย ตามรายละเอียดที่เสนอขออนุมัติจริยธรรมวิจัย
๒. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัยที่ขอรับการรับรองทุกขั้นตอน
๓. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ
๔. รายงานความก้าวหน้า/การยุติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ
๕. ส่งรายงานวิจัย ฉบับสมบูรณ์แก่โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน ๑ เล่ม

ลงนาม.....

(นายเวทิส ประทุมศรี)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลพุทธโสธร

ลงนาม.....

(นางนิตยา มิลล์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

โครงการวิจัย การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
 ปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้วผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ลงนาม (อาสาสมัคร)
 (.....)

ลงนาม (ผู้วิจัย)
 (นายเจษฎา เกรียงอุทอง)

ลงนาม (พยาน)
 (.....)

4 การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สามารถระบุได้มากกว่า 1 หัวข้อ

0. ไม่มีความต้องการ	1. การเสริมพลังอำนาจ
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม	3. การจัดการทรัพยากรทางสังคม
4. การบริการทางสังคม	

5. การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย สามารถระบุได้มากกว่า 1 ประเด็นความเสี่ยง / ปัจจัยความเสี่ยง

0. ไม่มีความเสี่ยง	1. การหลบหนี / ปฏิเสธการรักษา
2. การเจ็บป่วยซ้ำ	3. การมีปัญหาคอรัว
4. การทำแท้ง / ทอดทิ้งบุตร	5. การติดสารเสพติด / เสพซ้ำ
6. การทำร้ายผู้อื่น	7. การฆ่าตัวตาย
8. การถูกล่วงละเมิด / ก่ออาชญากรรม / การเป็นเหยื่อการค้ำมนุษย์	9. การถูกกีดกัน/ถูกเลือกปฏิบัติจากชุมชนหรือสังคม/ไม่ได้รับความเป็นธรรม
10. การรับและแพร่เชื้อ HIV	11. การได้รับการเลี้ยงดู / ดูแลไม่เหมาะสม
12. การเกิดปัญหาสุขภาพจิต / จิตเวช	13. การถูกญาติทอดทิ้ง / ไม่ยอมรับ

6 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย / ครอบครัว ระบุ

7. การติดตามและประเมินผล (Follow up and Evaluation) ☐ 7.1 ได้ติดตาม วัน.....เดือน.....ปี..... ระบุผล.....

☐ ผู้ใช้บริการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ☐ ส่งต่อไปรับบริการยังหน่วยงานอื่น ระบุ

☐ ผู้ใช้บริการถึงแก่กรรม ☐ ผู้ใช้บริการปฏิเสธการบริการ ☐ 7.5 ย้ายที่อยู่

☐ 7.2 ไม่ได้ติดตาม ☐ 7.3 นัดติดตามครั้งต่อไป วัน.....เดือน.....ปี.....

8. ยุติการให้บริการ (Termination) เพราะ ☐ 8.1 ผู้ใช้บริการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

ต้นทุนการให้บริการ.....บาท

☐ 8.2 ส่งต่อไปรับบริการยังหน่วยงานอื่นระบุ.....

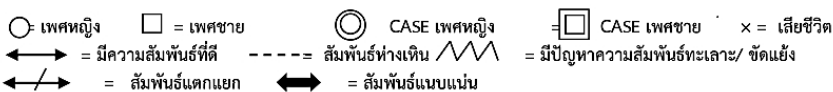
☐ 8.3 ผู้ใช้บริการถึงแก่กรรม ☐ 8.4 ผู้ใช้บริการปฏิเสธการบริการ ☐ 8.5 ย้ายที่อยู่

9. มีการประเมินครอบครัว หรือไม่ 9.1 ☐ ไม่มี 9.2 ☐ มี ผลการประเมิน คะแนน

ผู้ประเมิน/นักสังคมสงเคราะห์

2.1.7 จัดทำผังครอบครัวและประวัติครอบครัว / 1.3 ทำแผนที่บ้านผู้ป่วย พอสังเขป

(ถ้ามี / แนบท้าย) แผนผังครอบครัว (Family Map)



เครื่องมือประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.)

คำอธิบายเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment) ตัวย่อ F.R.A.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และประเมินความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อนำไปสู่การวางแผนและการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย

ครอบครัวหลักของผู้ป่วย รวมไปถึงครอบครัวอื่นที่ผู้ป่วยไปอาศัยอยู่ด้วย

ประโยชน์

1. นักสังคมสงเคราะห์สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยในการที่

จะดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาได้

2. นักสังคมสงเคราะห์สามารถนำข้อมูลไปวางแผนและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในกรณีดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตสังคมที่ซับซ้อน

วิธีใช้เครื่องมือ

นักสังคมสงเคราะห์สามารถนำไปใช้ตั้งแต่ขั้นตอนการรับเรื่องจนถึงสิ้นสุดกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ในการให้บริการ ในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาย่อยๆ ซับซ้อน เช่น มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว มีปัญหาสุขภาพจิต ไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

แบบประเมินมี 10 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ เรื่องรายได้ของครอบครัว สภาพแวดล้อมภายในบ้าน ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย การยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม การสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย และการมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อขอรับการช่วยเหลือ

เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว(Family Readiness Assessment)ตัวย่อ F.R.A.

(ผู้พัฒนาเครื่องมือ ดร.สตีล คัมพรียอนันต์ และคณะ,สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต)

ชื่อ - นามสกุลของผู้ให้ข้อมูล อายุ ปี เกี่ยวข้องเป็น

ชื่อ - นามสกุลของผู้ป่วย HN. อายุ ปี

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ ตามการประเมินครอบครัว ทั้งนี้แบบประเมินนี้ไม่สามารถใช้
โดยการชักถาม / สัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูลโดยตรง แต่ต้องมาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบ
ด้านในกระบวนการปฏิบัติงานของ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

1. ระดับรายได้ของครอบครัว		คะแนนที่ได้**
☐ 0. ไม่มีรายได้ทั้งจากตนเองหรือได้รับจากผู้อื่น	☐ 1. ไม่มีรายได้ของตนเอง (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม)1 คะแนน	นับคะแนนตาม ตัวเลขหน้าข้อที่ ตอบคะแนน
	☐ 2. มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย(มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม) 2 คะแนน	
	☐ 3. มีรายได้เท่ากับรายจ่าย (ไม่มีเงินออมและไม่มีปัญหาหนี้สิน)3 คะแนน	
	☐ 4. มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย แต่ไม่มีเงินออม (ไม่มีเงินออม และไม่มีปัญหาหนี้สิน)4 คะแนน	
	☐ 5. มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย (มีเงินออม ไม่มีปัญหา หนี้สิน)5 คะแนน	
2. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)ข้อละ 1 คะแนน		คะแนน
☐ 0. ไม่มีที่อยู่แน่นอน เร่ร่อน ไร้บ้าน	☐ 1. มีที่อยู่แน่นอน แต่สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม	
	☐ 2. ที่อยู่มีความเป็นสัดส่วน	
	☐ 3. ที่อยู่ถูกสุขลักษณะ สะอาด อากาศถ่ายเท	
	☐ 4. ที่อยู่มีความปลอดภัยทางกายภาพ	
	☐ 5. ที่อยู่มีพื้นที่ว่างในการทำกิจกรรม	
3. ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)ข้อละ 1 คะแนน		คะแนน
☐ 0. ไม่ได้ได้รับความรัก	☐ 1. ดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร	
	☐ 2. ส่งเสริม สนับสนุนทางจิตใจ กล่าวชื่นชม	
	☐ 3. มีการสัมผัสทางกาย	
	☐ 4. ทำกิจกรรมร่วมกันสม่ำเสมอ	
4. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)ข้อละ 1 คะแนน		คะแนนที่ได้**
☐ 0. ไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา	☐ 1. เผชิญปัญหาร่วมกัน	คะแนน
	☐ 2. รับรู้ปัญหาและหาวิธีร่วมกัน	
	☐ 3. รับผิดชอบปัญหาร่วมกัน	
	☐ 4. ช่วยกันแก้ไขปัญหา	
	☐ 5. ยอมรับความเจ็บป่วย	

5. ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ข้อละ 1 คะแนน		คะแนน
□0. ไม่มีความสามารถจัดการพฤติกรรม	□1. ทักทายการควบคุมพฤติกรรม	
	□2. การให้แรงเสริมที่เหมาะสม	
	□3. ฝึกระเบียบวินัย	
	□4. สมาชิกในครอบครัวรู้วิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา พฤติกรรม	
	□5. ยอมรับกฎ กติกาของครอบครัว	
6. การยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ข้อละ 1 คะแนน		คะแนน
□0. ไม่มีการยอมรับหรือให้กำลังใจ	□1. ยอมรับความแตกต่างส่วนบุคคล	
	□2. ให้อภัยและให้อีกโอกาสแก้ไข	
	□3. ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข	
	□4. ให้กำลังใจ	
7. การสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)ข้อละ 1 คะแนน		คะแนน
□0. ไม่มีการสื่อสารใดๆ	□1. มีการรับรู้ความรู้สึก	
	□2. พุดคุย/แสดงความรู้สึกและความต้องการได้อย่าง เปิดเผย	
	□3. มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น	
	□4. มีสัมผัส โอบกอดระหว่างสมาชิก	
	□5. มีการสื่อสารเพื่อลดการขัดแย้ง	
8. การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)ข้อละ 1 คะแนน		คะแนนที่ได้**
□0. ไม่มีการทำหน้าที่ตามบทบาท	□1. ตระหนักรู้ มีความชัดเจนในบทบาทของตน	คะแนน
	□2. การแบ่งเบาภาระ	
	□3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว	
	□4. การมอบหมายหน้าที่ในครอบครัว	
	□5. รับผิดชอบตามบทบาท หน้าที่	
9. ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)ข้อละ 1 คะแนน		คะแนน
□0. ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแล	□1. มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น	
	□2. มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย	
	□3. มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	
	□4. มีความสามารถในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง อาการกำเริบของ ผู้ป่วยได้	
	□5. มีความเข้าใจในสภาพจิตใจของผู้ป่วย	

10. การมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับการช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)ข้อละ 1 คะแนน		คะแนน
☐ 0. ไม่มีเครือข่าย	☐ 1.ญาติ (ที่ไม่ได้อยู่ในครอบครัว)	
	☐ 2. เพื่อนบ้าน	
	☐ 3. ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครในชุมชน	
	☐ 4. หน่วยงานภาครัฐ/เอกชน	
รวมคะแนนที่ได้		คะแนน

** การให้คะแนนการประเมินข้อที่ 2 - 10 นับคะแนนตามจำนวนข้อที่เลือกตอบความพร้อมของครอบครัวอยู่ในระดับ

..... นักสังคมสงเคราะห์ผู้ประเมิน.....วันที่

หมายเหตุคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 หมายถึงระดับความพร้อม น้อยที่สุดใช้วิธี Family Therapy

คะแนน 11 – 20 หมายถึง ระดับความพร้อมน้อย ใช้วิธี Family Therapy / Family Counseling

คะแนน 21 – 30 หมายถึง ระดับความพร้อมปานกลาง ใช้วิธี Counseling

คะแนน 31 – 40 หมายถึง ระดับความพร้อมมาก ใช้วิธี Psycho – Social Support

คะแนน 41 – 47 หมายถึง ระดับความพร้อมมากที่สุด ใช้วิธี Psycho – Social Education

** ถ้าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง – มากที่สุด (21 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

** ถ้าคะแนนอยู่ในระดับน้อย – น้อยที่สุด (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน) หมายถึง ครอบครัวไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

นักสังคมสงเคราะห์ต้องพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามข้อที่มีคะแนนการประเมินน้อย

แบบบัญชีปัญหาทางสังคม (Social Problem List)

แบบบัญชีปัญหาทางสังคม (Social Problem List) พัฒนาจากเครื่องมือองค์การอนามัยโลก โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช กรมสุขภาพจิต และปรับปรุงเมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งเป็นเครื่องมือรากฐานในการคัดกรองปัญหาผู้ป่วย ประเมินผลการบำบัดทางสังคม และการวิเคราะห์ปัญหา ให้มีข้อมูลในการจัดการผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางสังคมได้ เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง Continuous Quality Improvement (CQI) ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทั้งนี้ ได้มีการแบ่งกลุ่มปัญหาทางสังคม ดังนี้

หมวด ๐๐	ไม่มีปัญหาทางสังคม หรือยังไม่พบปัญหาในวันที่เข้าเยี่ยมผู้ใช้บริการ
หมวด ๐๑	ปัญหาคู่สมรสและการครองเรือน
หมวด ๐๒	ปัญหาระหว่างบิดา มารดา บุตร
หมวด ๐๓	ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว
หมวด ๐๔	ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ
หมวด ๐๕	ปัญหาความรัก
หมวด ๐๖	ปัญหาทางเพศ
หมวด ๐๗	ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุในครอบครัว
หมวด ๐๘	ปัญหาที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ
หมวด ๐๙	ปัญหาที่เกิดจากบุคคลอื่นนอกครอบครัว
หมวด ๑๐	ปัญหาการเงิน
หมวด ๑๑	ปัญหาการศึกษา
หมวด ๑๒	ปัญหาการประกอบอาชีพ
หมวด ๑๓	ปัญหาทางกฎหมาย
หมวด ๑๔	ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
หมวด ๑๕	ปัญหาความเชื่อ วัฒนธรรม และการเมือง
หมวด ๑๖	ปัญหาสารเสพติด สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
หมวด ๑๗	ปัญหาที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม ปัญหาเกี่ยวกับสถานะทางจิต สังคม

รายละเอียดแบบบัญชีปัญหาทางสังคม (Social Problem List)

หมวด	รหัส	รายละเอียด
๐๐		ไม่มีปัญหาทางสังคม (No Social Problem) หรือยังไม่พบปัญหาในวันที่เข้าเยี่ยมผู้ให้บริการ
๐๑		ปัญหาคู่สมรสและการครองเรือน
	นิยาม	คู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง ทำให้เกิดภาวะหรือปัญหาแก่อีกฝ่ายหนึ่งทั้งที่เจตนา หรือเกิดความเจ็บป่วย
	๐๑๐๑	ปัญหาการสื่อสาร สื่อสารไม่เหมาะสม ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของแต่ละฝ่ายได้ สื่อสารไม่ชัดเจน ทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ พุดประชดประชัน ด่าทอเดียดิน การด่าว่า ใช้อำนาจรุนแรง หยาดคาย การออกคำสั่ง บังคับขู่เข็ญ เจ้ากี้เจ้าการ เฉยเมย ไม่พูด ต่างคนต่างอยู่ ไม่สนใจกันและกัน
	๐๑๐๒	การใช้ความรุนแรง เช่น ทุบตี มีการกระทำทารุณระหว่างกัน
	๐๑๐๓	ความคิด ความเชื่อ ทศนคติ จารีต ประเพณี วัฒนธรรมแตกต่างกัน ไม่สามารถปรับตัวเข้าหากัน ไม่ยอมรับหรือขาดความภูมิใจในคู่สมรส
	๐๑๐๔	ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่รับผิดชอบครอบครัว ผูกพันกับครอบครัวเดิมหรือญาติเข้ามา่วนวามมากเกินไป
	๐๑๐๕	สามีหรือภรรยาไม่มีความสัมพันธ์กับชายหรือหญิงอื่นที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยาตนเอง
	๐๑๐๖	ปัญหาเพศสัมพันธ์ เช่น ความต้องการทางเพศลดลง ปัญหาการร่วมเพศ ความเย็นชา หมดสมรรถภาพทางเพศ หรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ เป็นต้น
	๐๑๐๗	อื่น ๆ
หมวด	รหัส	รายละเอียด
๐๒		ปัญหาระหว่างบิดา มารดา บุตร
	นิยาม	ปัญหาเรื่องการอบรมเลี้ยงดูบุตร และปัญหาสัมพันธภาพที่ทำให้เกิดความแตกแยก บาดหมางกัน ระหว่างบิดา มารดา บุตร
	๐๒๐๑	บิดา มารดา บุตรมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ดุด่า ทุเรศ ทุเรศ เล่นการพนัน ทะเลาะเบาะแว้ง ดุด่ากันเป็นประจำ หนีโรงเรียน มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร รวมถึงบุตรถูกปล่อยปละละเลยหรือก้าวร้าวบิดา มารดา เป็นต้น
	๐๒๐๒	การอบรมเลี้ยงดู เช่น ไม่มีเวลาให้บุตร ให้ความสนใจน้อย เลี้ยงดูบุตรอย่างไม่คงเส้นคงวา ขัดแย้งกันเองในการเลี้ยงดู เปรียบเทียบความสามารถหรือพฤติกรรมของบุตรกับเด็กอื่น ๆ ปกป้องหรือตามใจบุตรมากเกินไป
	๐๒๐๓	ทัศนคติ เช่น ไม่ยอมรับ มีการรังเกียจหรืออับอายสังคม เนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บ อาชีพ การศึกษาของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง บิดาหรือมารดาอาจบุตร รู้สึกว่าบุตรมาแย่งความรัก ความเอาใจใส่ไปจากตน รักบุตรไม่เท่ากันจนเกิดความลำเอียง ไม่เต็มใจไม่พร้อมและไม่ต้องการบุตร ขาดความสนใจ รวมถึงมุ่งหวังในตัวบุตรมากเกินไปจนเกินความสามารถของเด็ก เป็นต้น
	๐๒๐๔	เพศสัมพันธ์ในสายเลือดเดียวกัน
	๐๒๐๕	ปัญหาเกี่ยวกับการเป็นบุตรบุญธรรม
	๐๒๐๖	การกระทำทารุณกรรมต่อกันทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ หรือทางเพศ การทอดทิ้งปล่อยปละละเลย บังคับขู่เข็ญ ดุด่าหรือทำโทษบุตรเกินกว่าเหตุ ใช้งานเกินความสามารถ เข้มงวดหรือควบคุมบุตรมากเกินไป
	๐๒๐๗	บิดาหรือมารดาขาดความรู้ ความเข้าใจและทักษะเรื่องพัฒนาการตามวัย เพศ การสื่อสาร และกรณีเด็กพิเศษ
	๐๒๐๘	บิดา มารดา บุตรมีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ อารมณ์ หรือมีความเจ็บป่วยทางจิต
	๐๒๐๙	อื่น ๆ
๐๓		ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว
	นิยาม	ปัญหาที่ทำให้สภาพของครอบครัวซึ่งหมายถึง บิดา มารดา บุตร เกิดการแยกกันอยู่ทั้งโดยยินยอมและไม่ยินยอม
	๐๓๐๑	ปัญหาการหย่า / ร้าง
	๐๓๐๒	การแยกกันอยู่เพราะเหตุผลต่าง ๆ เช่น โรคภัยไข้เจ็บเรื้อรัง หน้าที่การงาน ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ จนทำให้อีกฝ่ายต้องรับภาระเกินความสามารถ หรืออยู่ในภาวะที่เกิดความทุกข์ สามีมีภรรยาน้อย ภรรยามีชู้ ถูกกฎหมายลงโทษ ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งทอดทิ้งไป เช่น ไปศึกษาต่อเป็นเวลานาน ๆ หรือบุตรนอกสมรส เป็นต้น
	๐๓๐๓	การเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว
	๐๓๐๔	การสูญหายของสมาชิกในครอบครัว
	๐๓๐๕	อื่น ๆ
๐๔		ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ
	นิยาม	ปัญหาความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างพี่น้อง และวงศ์ญาติในครอบครัว แต่ไม่ใช่บิดา มารดา บุตร
	๐๔๐๑	การไม่เข้าใจกันระหว่างญาติพี่น้อง มีการทะเลาะกันเป็นประจำ ไม่ไว้วางใจกันจนทำให้เกิดความแตกร้างระหว่าง

หมวด	รหัส	รายละเอียด
		ญาติพี่น้อง
	๐๔๐๒	การหวังผลประโยชน์ เช่น แหย่ชิงทรัพย์สินมรดก กลั่นแกล้งใส่ร้าย ช่มชู้ทำร้ายกัน
	๐๔๐๓	ปัญหาระหว่างญาติของสามีหรือภรรยา เช่น แม่สามีกับลูกสะใภ้ แม่ยายกับลูกเขย
	๐๔๐๔	อื่น ๆ
๐๕	ปัญหาความรัก	
	นิยาม	ปัญหาที่เกิดจากความไม่สมหวังเรื่องความรัก เช่น ผิดหวัง / ขัดแย้งกับคนรัก / การสูญเสียพลัดพราก
	๐๕๐๑	ผิดหวังในความรัก เช่น ถูกปฏิเสธ / ตัดสัมพันธ์ ถูกหลอกหลวง ปิดบัง ทำให้ผิดหวังจากความรัก
	๐๕๐๒	ขัดแย้งกับคนรัก
	๐๕๐๓	การสูญเสีย พลัดพรากจากคนรัก
	๐๕๐๔	แอบรักเขาข้างเดียว อยากมีคนรัก / คู่ชีวิต
	๐๕๐๕	รักสามเส้า / มีคนรักหลายคนในเวลาเดียวกัน (มีกิ๊ก)
	๐๕๐๖	กลัว วิตกกังวลเรื่องความรักและการมีชีวิตร่วม
	๐๕๐๗	อื่น ๆ
๐๖	ปัญหาทางเพศ	
	นิยาม	ปัญหาเกี่ยวกับความผิดปกติหรือไม่เหมาะสมทางเพศ (ตัวบุคคล)
	๐๖๐๑	ถูกข่มขืน / ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
	๐๖๐๒	เพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม เช่น มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เพศสัมพันธ์หมู่ มีพฤติกรรมทางเพศรุนแรงกว่าปกติ
	๐๖๐๓	ไม่พอใจในเพศของตนเอง
	๐๖๐๔	ความผิดปกติทางเพศ เช่น ถ้ามอง ลักขโมยชุดชั้นใน ขอบใจวัยวัยเพศ
	๐๖๐๕	อื่น ๆ
๐๗	ปัญหาการดูแลสุขภาพผู้เจ็บป่วย / ผู้พิการ / ผู้สูงอายุในครอบครัว	
	นิยาม	ปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย / ผู้พิการ / ผู้สูงอายุในครอบครัว
	๐๗๐๑	มีสมาชิกในครอบครัวสูงอายุที่ต้องดูแล จนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต
	๐๗๐๒	มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง พิจารณาทางกาย / จิต หรือสารเสพติด
	๐๗๐๓	อื่น ๆ
๐๘	ปัญหาที่อยู่อาศัย / สภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ	
	นิยาม	สภาพของที่อยู่อาศัยที่ทำให้เกิดปัญหาและการเปลี่ยนที่อยู่อาศัย รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ
	๐๘๐๑	ไม่มีบ้าน
	๐๘๐๒	สภาพบ้านที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกสุขลักษณะ ได้แก่ คับแคบ แออัดแออัดแออัด ไม่เป็นสัดส่วน สกปรก รุงรัง อากาศไม่ถ่ายเท หรืออุปกรณ์ก่อสร้างไม่ถูกสุขลักษณะ ใช้น้ำสกปรกซึ่งมีโอกาสเป็นพาหะนำเชื้อโรคได้ง่ายหรือมีสารพิษ วัสดุฝุ่น วัสดุจากกองขยะ
	๐๘๐๓	สภาพแวดล้อมในบ้านก่อให้เกิดการยั่วยุทางอารมณ์ เช่น ติดรูปโป๊ VDO โป๊ อยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม แหล่งยาเสพติด สถานเริงรมย์ มีเสียงรบกวน เพื่อนบ้านรังแก
	๐๘๐๔	สภาพแวดล้อมเป็นพิษ เช่น กลิ่นเหม็นจากโรงงาน น้ำเป็นพิษ สารพิษ เสียงรบกวน
	๐๘๐๕	การเปลี่ยนที่อยู่อาศัยโดยสมัครใจ เช่น มีโรคภัยไข้เจ็บเกรงเพื่อนบ้านรังเกียจ เปลี่ยนอาชีพ เช่น ไปทำงานทำไม่สบายอยู่บ้าน กลัวเกิดคดีฆ่าล้างแค้น ถูกเพื่อนบ้านรังแก
	๐๘๐๖	การเปลี่ยนที่อยู่อาศัยโดยไม่สมัครใจ เช่น ถูกไล่ออกจากบ้าน ถูกไล่ที่ / ที่อยู่อาศัย เว้นคืนที่ดิน
	๐๘๐๗	ผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมไปถึงผู้ป่วยตาม พบ.สุขภาพจิตปี ๒๕๕๑ (มีญาติและไม่มีญาติ)
	๐๘๐๘	อื่น ๆ
๐๙	ปัญหาที่เกิดจากบุคคลอื่นนอกครอบครัว	
	นิยาม	ปัญหาที่เกิดจากบุคคลอื่นนอกครอบครัวซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิต เช่น ความไม่เข้าใจกัน ไม่ยอมรับ ไม่ลงรอยกัน การสูญเสีย การจากไปของเพื่อนฝูงหรือเพื่อนบ้าน
	๐๙๐๑	การไม่สามารถเข้ากับเพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้พิการ และเจ้าของบ้านเช่าได้
	๐๙๐๒	ถูกแสดงความรังเกียจ หลอกหลวง ถูกเอาเปรียบ กลั่นแกล้ง ยุยงใส่ร้าย ช่มชู้ทำร้ายจนทำให้รู้สึกเป็นศัตรูกัน ถูกสังคมรังเกียจ ดูถูก ล้อเลียน กลั่นแกล้ง ถูกนินทา ว่าร้าย ถูกปรักปรำ ใส่ร้าย
	๐๙๐๓	ถูกปฏิเสธหรือตัดความสัมพันธ์จากคนที่รักใคร่สนิทสนม ไม่ใช่คนรักในข้อที่ ๐๕
	๐๙๐๔	การเสียชีวิต หรือพลัดพรากจากคนที่รักใคร่สนิทสนม ไม่ใช่คนรักในข้อที่ ๐๕

หมวด	รหัส	รายละเอียด
	๐๙๐๕	อื่น ๆ
๑๐	ปัญหาการเงิน	
	นิยาม	การขาดแคลนทุนทรัพย์ สำหรับการใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพด้านต่าง ๆ
	๑๐๐๑	ไม่มีรายได้ / รายได้ไม่เพียงพอต่อการครองชีพ ค่าเล่าเรียน ค่าเช่าบ้าน ค่าที่พัก รวมถึงขาดแคลนเงินทุนในการประกอบอาชีพ
	๑๐๐๒	มีหนี้สิน
	๑๐๐๓	ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เช่น ค่าตรวจรักษาพยาบาล ค่าพาหนะ เป็นต้น
	๑๐๐๔	ถูกโกง ถูกหลอกลวงให้เสียทรัพย์
	๑๐๐๕	อื่น ๆ
๑๑	ปัญหาการศึกษา	
	นิยาม	การขาดการศึกษาหรือได้รับการศึกษาไม่ต่อเนื่อง อันเนื่องจากอุปสรรคต่าง ๆ และประสิทธิภาพการศึกษาด้อยลง
	๑๑๐๑	พฤติกรรมไม่สนใจเรียน เช่น เด็กติดเกมส์ หนีเที่ยว ดิฉันเสพติด
	๑๑๐๒	มีปัญหาการเรียนอันเกิดจากความเจ็บป่วย เช่น สมาธิสั้น สติปัญญาไม่ดี มีปัญหาทางสมอง ได้รับอุบัติเหตุ ฯลฯ
	๑๑๐๓	ไม่ประสบความสำเร็จทางการศึกษาตามที่หวังไว้ เช่น สอบตก เอนทรานซ์ไม่ติด เป็นต้น
	๑๑๐๔	ขาดโอกาสทางการศึกษา เนื่องจากไม่มีค่าอุปกรณ์ หรือค่าเล่าเรียน การคมนาคมไม่สะดวก ระบบการศึกษาไม่เอื้ออำนวย ปัญหาเรื่องระบบการจัดการเงินทุนเพื่อการศึกษา สถานการศึกษาไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ การก่อการร้าย ภัยพิบัติต่าง ๆ บิดา มารดาไม่สนับสนุนหรือไม่เห็นความสำคัญการศึกษาของบุตร
	๑๑๐๕	มีปัญหาเกี่ยวกับครู / เพื่อน / รุ่นพี่ เช่น ครูไม่เข้าใจเด็ก
	๑๑๐๖	อื่น ๆ
๑๒	ปัญหาการประกอบอาชีพ	
	นิยาม	สภาวะปัญหาที่เกี่ยวกับการทำงานหรือการประกอบอาชีพ
	๑๒๐๑	ไม่มีงานทำ เนื่องจาก เลือกลงงาน เปลี่ยนงานบ่อย ตกงาน ไม่อยากทำงาน หรือต้องเลี้ยงดูบุตรในครอบครัว
	๑๒๐๒	ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนร่วมงาน / นายจ้าง / งานได้
	๑๒๐๓	รายได้ไม่เป็นธรรม สวัสดิการไม่ดี งานหนักเกินไป การเอาเปรียบแรงงาน ถูกหลอกลวงขายแรงงาน
	๑๒๐๔	ความไม่มั่นคง หรือล้มเหลวในการประกอบอาชีพ เช่น ขาดทุน ล้มละลาย ประสบภัยพิบัติ ไม่มีที่ทำกิน งานไม่ตรงกับความสามารถ เป็นต้น
	๑๒๐๕	อื่น ๆ
๑๓	ปัญหาทางกฎหมาย	
	นิยาม	การเป็นความกันทางกฎหมาย ได้แก่ การฟ้องร้อง ถูกไต่สวน ถูกดำเนินคดี ถูกจำคุกหรือกักขังอยู่ในระหว่างอุทธรณ์หรือฎีกา หรือการเสียสิทธิทางกฎหมายจนทำให้เกิดปัญหา
	๑๓๐๑	ปัญหาเกี่ยวกับกฎหมายแพ่งและกฎหมายอาญา เช่น การถูกจับ การฟ้องร้อง การดำเนินคดี การขอเป็นผู้พิทักษ์ผู้ธนาคาร การถูกหลอกลวงให้สูญเสียทรัพย์สิน อวัยวะ ชื่อเสียง การละเมิดสิทธิผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล เป็นต้น
	๑๓๐๒	ไม่ได้รับสิทธิการคุ้มครองตามกฎหมายประกันสังคม คุ้มครองความปลอดภัย และสุขภาพอนามัยของพนักงานที่เอาประกัน หรือผู้ทำงานเสี่ยงบางประเภท รวมถึงค่าเสียหาย ค่าตอบแทนเงินชดเชยอุบัติเหตุจากการทำงาน ทำให้เสียผลประโยชน์หรือเดือดร้อน การถูกหลอกลวงใช้งานหรือเป็นโสเภณี
	๑๓๐๓	ไม่ได้รับสิทธิและคุ้มครองตาม พ.ร.บ.ฟื้นฟูคนพิการ / พ.ร.บ.สุขภาพจิต ปี ๒๕๕๑ / พ.ร.บ.ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฯลฯ
	๑๓๐๔	ไม่ได้รับสิทธิคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพ
	๑๓๐๕	ไม่ได้รับสิทธิและความคุ้มครองตามกฎหมายอาญา ไม่มีสถานภาพทางกฎหมาย เช่น ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีทะเบียนบ้าน ไม่มีทะเบียนสมรส ไม่มีสูติบัตร
	๑๓๐๖	ผู้ป่วยเข้าเมืองผิดกฎหมาย / ต่างด้าว / ต่างชาติ
	๑๓๐๗	อื่น ๆ
๑๔	ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย	
	นิยาม	อุปสรรคต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วย
	๑๔๐๑	ผู้ป่วยหรือญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาที่เหมาะสม เช่น ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่ร่วมมือในการฝึกฟื้นฟูสุขภาพตนเอง ไม่ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง เป็นต้น
	๑๔๐๒	การสื่อสาร การแปลความหมายของภาษาท้องถิ่นไม่เข้าใจ หรือเข้าใจผิด

หมวด	รหัส	รายละเอียด
	๑๔๐๓	ผู้ป่วยหรือญาติกลัวถูกสังคมรังเกียจ อับอาย ถูกตีตรา
	๑๔๐๔	ไม่ได้รับความสะดวกในการขอรับบริการสาธารณสุข เช่น การให้ข้อมูลบริการไม่ชัดเจน / ไม่ให้ข้อมูล มีปัญหาในการขอใบส่งต่อ ไม่มีการนัดต่อ การนัดหมายครั้งต่อไปนานเกินไปหรือไม่ต่อเนื่อง มาผิดวัน / ผิดเวลาทำให้ไม่ได้รับการรักษา เป็นต้น
	๑๔๐๕	การขาดผู้ดูแลหรือไม่พร้อมในการดูแล เช่น ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต้องทำงาน เป็นต้น
	๑๔๐๖	ญาติปฏิเสธการดูแล รู้สึกเป็นภาระ / เกียจกันดูแล คนที่ไม่มีอำนาจต่อรองหรือสมยอมจะต้องรับผิดชอบ / รังเกียจหวาดกลัวผู้ป่วย
	๑๔๐๗	ผู้ป่วยสมองเสื่อม / ผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนเรื้อรัง / ผู้ป่วยพิการ / ต่างตัว / ต่างชาติ จำหน่ายยาก / ไม่ได้
	๑๔๐๘	อื่น ๆ
๑๕	ปัญหาความเชื่อ วัฒนธรรม และการเมือง	
	นิยาม	การปฏิบัติตามสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อที่ทำให้เกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ
	๑๕๐๑	มีความเชื่อที่มีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตและการรักษา เช่น เชื่อว่าภูกระหลาทางไสยศาสตร์ เชื่อว่าตนเองเป็นร่างทรง รวมทั้งความเชื่อให้การรักษาทางด้านไสยศาสตร์ต่าง ๆ
	๑๕๐๒	มีความขัดแย้งทางการเมือง
	๑๕๐๓	การถูกปฏิเสธและไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เช่น รักเพศเดียวกัน กลัวสังคมรังเกียจ (ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสังคม)
	๑๕๐๔	การปรับตัวเข้าสู่สังคมและวัฒนธรรมใหม่ เช่น การย้ายถิ่นไปประกอบอาชีพ การศึกษาท่องเที่ยว
	๑๕๐๕	อื่น ๆ
๑๖	ปัญหาสารเสพติด / สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	
	นิยาม	การเกี่ยวข้องกับสารเสพติด / สารที่ออกฤทธิ์ที่มีอันตรายต่อสุขภาพทั้งเต็มใจและไม่เต็มใจ
	๑๖๐๑	การใช้สุรา และแอลกอฮอล์
	๑๖๐๒	การใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า เฮโรอีน กัญชา ฝิ่น ฯลฯ
	๑๖๐๓	การใช้ยาลดความอ้วน
	๑๖๐๔	การถูกบังคับหรือถูกหลอกให้ใช้ / จำหน่ายสารเสพติด
	๑๖๐๕	กลับไปเสพซ้ำ
	๑๖๐๖	อื่น ๆ
๑๗	ปัญหาที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม ปัญหาอื่น ๆ เกี่ยวกับสภาวะทางจิตและสังคม	
	นิยาม	ปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ ซึ่งไม่อยู่ในหมวด ๑ - ๑๖
	๑๗๐๑	ตั้งครกไม่พึงประสงค์
	๑๗๐๒	ตั้งครกในวัยรุ่น (ต่ำกว่า ๑๘ ปี)
	๑๗๐๓	การถูกหลอกใช้แรงงาน (แรงงานเด็ก , แรงงานข้ามชาติ)
	๑๗๐๔	ปัญหาการค้าประเวณี / ค่านิยม
	๑๗๐๕	เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่ต้องการปิดบัง / เรื่องที่มีผลต่อสภาพจิตใจ เช่น โรคเอดส์ โรคเรื้อน โรคเมรัย โรคเบาหวาน วัณโรค ฯลฯ
	๑๗๐๖	ภัยพิบัติต่าง ๆ (วิกฤติทางเศรษฐกิจ – การเมือง , วิกฤติสุขภาพจิต เช่น ภัยธรรมชาติ ภัยจากน้ำมือมนุษย์)
	๑๗๐๗	สถานการณ์การก่อการร้าย เช่น การวางระเบิดตามสถานที่ต่าง ๆ
	๑๗๐๘	อุบัติเหตุที่รุนแรง เช่น เครื่องบินตก ตึกถล่ม รถชน ฯลฯ
	๑๗๐๙	อื่น ๆ

ที่มา : แบบบัญชีปัญหาทางสังคม พัฒนาจากองค์การอนามัยโลก โดย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช กรมสุขภาพจิต และปรับปรุงเมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๑ หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้นำมาใช้ในการคัดกรอง และประเมินผลการบำบัดทางสังคม เพื่อการ Continuous Quality Improvement ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล