



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการ : การศึกษาแนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการจิต
พฤติกรรม โดยครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา
จังหวัดนครราชสีมา

โดย

นายพงษ์พัฒน์ ชุ่มสีดา และคณะ

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น
ปี 2556



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการการศึกษาแนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการจิต พฤติกรรม โดยครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา

คณะผู้วิจัย

1.นายพงษ์พัฒน์	ชุมสีดา	2.พระอุเทน	ไพโรเขียว
3.พระประเสริฐ	ฉันทัมโม	4.พระครูสุวรรณ	ปสาทคุณ
5.พระอาจารย์คะนอง	บุญกว้าง	6.นางบุญเพ็ง	พลโคด
7.นายสุรัตน์	เคชนอก	8.นางเพ็ญศิลป์	ระพล
9.นายชาญณรงค์	เทพังเทียม	10.นางพิสมัย	ศรีแจ้งรุ่ง
11.นางดวงจันทร์	นาคุณนอก	12.นายณัฐพงษ์	แสนศรี
13.นางสุมิตร	มหาวงษ์	14.นางเบญจพร	บรรดาศักดิ์
15.นางกุลทอง	ศาลไธสง	16.นางจุมทอง	พลดงนอก
17.นางสาวณัฐริกา	ราชตราฐ	18.นางอำนาจ	ประจง
19.นางละม่อม	บุญมาตร์	20.นางนารี	อภัยนอก
21.นางสาวสมนึก	นิลศิริ	22.นางปทุมมา	ชมพูพงษ์
23.นางสาวกรรณิกา	วงศ์ราชา	24.นางชะดา	จอมพลเรือง
25.นางทองเบ้ง	แสงภักดี	26.นางละออง	ผิวไธสง

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

คำนำ

การศึกษาแนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการจิตพฤติกรรมโดยครอบครัวชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในอำเภอสีดา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมเป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของคนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและการบริการที่มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกันและกระบวนการวิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยมาถึงการเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์และขอบคุณองค์กรที่เกี่ยวข้องที่ให้ข้อมูลและร่วมกัน ในกิจกรรมการวิจัยจนการวิจัย บรรลุตามเป้าหมายได้ในที่สุด อีกส่วนหนึ่งที่สำคัญคือผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการเขียนรายงานการวิจัย ทำให้ทีมวิจัยสามารถเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์ โดยการสนับสนุนของโหนดวิจัยเพื่อท้องถิ่นประเด็นคนพิการที่ตั้งสำนักงานโรงพยาบาลบัวใหญ่

ทีมงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นยินดีที่จะรับคำชี้แนะต่องานวิจัยชิ้นนี้เพื่อจะนำไปปรับปรุงต่อไป

ทีมผู้วิจัยเพื่อท้องถิ่น อำเภอสีดา

ชื่อเรื่อง การศึกษาการสร้างแนวทางรูปแบบการดูแลคนพิการจิตพฤติกรรมโดยครอบครัวชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัย นายพงษ์พัฒน์ ชุ่มสีดา และคณะ

ปี พ.ศ. 2556

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ในอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 63 คน และทีมวิจัยเพื่อท้องถิ่นจำนวน 26 คน ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 14 คนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด และแบบสนทนากลุ่มจำนวน 2 ชุด ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2555 – เดือน กรกฎาคม 2556 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เนื้อหาและสรุปประเด็นที่สำคัญ

ผลการวิจัย

สถานการณ์การดำเนินชีวิตคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวชุมชนพบว่า คนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดระหว่าง 41-50 ปี รองลงมาอายุ 31-40 ปี สมรสแล้วเป็นส่วนมาก แต่เมื่อรวมโสดกับ หม้าย หย่า จะใกล้เคียงกับสมรสแล้ว จบประถมศึกษามากที่สุด ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี การประกอบอาชีพส่วนมากสามารถช่วยงานทั่วไป รองลงมาคือเกษตรกรกรรม ได้รับการขึ้นทะเบียนคนพิการแล้วเป็นส่วนมาก ระดับความพิการ ระดับ 2 มากที่สุด เรื่องการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วยอาการซึมเศร้า แยกตัว ไม่พูดกับผู้อื่น ความถี่ของการแสดงพฤติกรรม มากที่สุดคือการแสดงพฤติกรรมไม่แน่นอน การควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของคนพิการ ส่วนมากเป็นบุคคลในครอบครัว มีการรักษาต่อเนื่องเป็นส่วนมาก ส่วน ผู้ดูแลคนพิการ เป็นหญิงมากกว่าชาย มีกลุ่มอายุระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุด มีอายุสูงสุด 59 ปีต่ำสุด 27 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จบประถมศึกษา มีรายได้ต่อเดือนรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท เคยอบรมเรื่องการดูแลคนพิการ 34 คน ไม่เคยอบรม 29 คน สำหรับการรักษาส่วนใหญ่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง 38 คน ค่าใช้จ่ายในการรักษาคนพิการต่อครั้งที่พบมากที่สุดคือ 100-500 บาท สถิติการที่ได้รับ

มากที่สุดคือเบี้ยยังชีพและถุงยังชีพ ความรู้สึกของผู้ดูแลมีต่อคนพิการ คือสงสาร และทำใจยอมรับ รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้กับชีวิต ที่แบกรับภาระ

วิธีการที่ผู้ดูแลคนพิการใช้จัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ดูแล ใช้วิธีการพูดคุยหวานล่อม ให้กำลังใจ ให้คนพิการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนสิ่งที่ครอบครัวต้องการทำ คือ การทำให้ทุกคนในครอบครัวยอมรับผู้ป่วย และต้องช่วยกันดูแล ในทุกๆ เรื่อง และที่ต้องการให้ช่วยเหลือคือการส่งเสริมด้านอาชีพ ช่วยสร้างหรือซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้ดีกว่าเดิม การไปรับการรักษาพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษา ต้องการให้คนในชุมชน สังคมยอมรับ เอาใจใส่ ไม่แสดงความรังเกียจคนพิการ ต้องการให้มีการให้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงสิทธิต่างๆ ของคนพิการและครอบครัว

สถานการณ์การดูแลคนพิการ พบว่า มี 9 องค์การ ได้แก่ (1) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) โรงเรียน (4) วัด (5) ชมรม อสม. (6) อพม. (7) ชมรมคนพิการ (8) อช. (อาสาพัฒนาชุมชน) (9) ชุมชน

ศักยภาพต้นทุนของชุมชนและทัศนคติมุมมองการอยู่ร่วมกันของชุมชนที่มีต่อคนพิการคือ 1) ศักยภาพต้นทุนที่เป็นคนในชุมชน ที่ประกอบด้วยประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชนเช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. 2) ศักยภาพต้นทุนที่เป็นเงิน ได้แก่ กองทุนต่างๆ ที่มีในชุมชน ได้แก่ กองทุนหมู่บ้านและชุมชน (กองทุนเงินล้าน) กองทุนแก้ไขปัญหาคาความยากจน 3) ศักยภาพต้นทุนด้านประเพณีและวัฒนธรรมในชุมชนพบว่ามีประเพณีวัฒนธรรมที่ช่วยสร้างกำลังใจให้คนพิการและครอบครัวได้คือการบายศรีสู่ขวัญให้คนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมทำให้ญาติของคนพิการมีกำลังใจมากขึ้น ส่วนการอยู่ร่วมกันของคนพิการในชุมชนก็เหมือนคนปกติ อยู่ร่วมกันได้ ช่วยเหลือกันดี

ด้านความต้องการของผู้ดูแลคนพิการอยากให้คนในชุมชน องค์การภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วม ให้ความช่วยเหลือในการดูแลคนพิการ คือการ ให้ส่งเสริมด้านอาชีพ การมีงานที่สร้างรายได้เสริมให้กับครอบครัว ให้ช่วยสร้างหรือซ่อมแซมบ้าน ที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาช่วยเหลือ ดูแล เอาใจใส่มากกว่านี้ ในทุกๆ ด้าน ให้คนในชุมชน สังคมยอมรับ เอาใจใส่ ไม่แสดงความรังเกียจคนพิการ

แนวทางการในการนำไปปฏิบัติและสร้างรูปแบบในการดูแลคนพิการและครอบครัวที่เหมาะสม ประกอบด้วย 10 ภาควิชาและ 20 กิจกรรม ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับ ช่วยเหลือเรื่องการจัดหาสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ ถุงยังชีพ การเดินทางไปรักษา, การส่งเสริมอาชีพ ทุน รายได้เสริม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีบทบาทในการ ติดตามส่งเสริม รักษา ฟื้นฟู ให้คำปรึกษา, ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ, การตรวจสุขภาพประจำปี โรงเรียน มีบทบาทเกี่ยวกับ ให้โอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์, การประสานงาน แจ้งพฤติกรรม เข้มบ้าน วัด มีบทบาทในการ สร้างการมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม, การสงเคราะห์ ชมรม อสม. มีบทบาทในการ ติดตามดูแล ด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้, การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล อพม. มีบทบาทในการ ประสานงาน เพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม. ชมรมคนพิการ มีบทบาทในการ การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน

ความเข้าใจต่อพฤติกรรม,ส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติม อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) มีบทบาทในการ สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม,ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ชุมชน มีบทบาทในการ สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน, ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือ ครอบครัว มีบทบาทในการ สร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว การปรับตัว,การพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพในการดูแลคนพิการ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 14 คน ได้ตรวจสอบความเหมาะสมและเป็นไปได้ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันมากกว่าร้อยละ 80 ทั้ง 20 กิจกรรม จึงได้นำมาจัดทำเป็นรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมและผู้ดูแล โดยคนในครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีภาคีเครือข่ายจำนวน 10 องค์กร โดยใช้ชื่อว่า "สัปดาห์ทศภาสวิถีการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม"

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ตลอดจนนำไปปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กรที่มีบทบาทรับผิดชอบดูแลคนพิการได้โดยตรง ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด ควรมีการนำรูปแบบไปทดลองใช้หรือนำกรอบแนวคิดนี้ไปทดสอบอีกครั้งว่า สามารถอธิบายและใช้เป็นแนวทางในการดูแลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการได้อย่างไร และ ควรทำการศึกษาวิจัยซ้ำในพื้นที่อื่น และตัวแปรอื่น เพื่อขยายผลการศึกษาให้กว้างขวาง และเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่

สารบัญ

บทที่	หน้า
คำนำ.....	ก
บทคัดย่อ.....	ข
สารบัญ.....	จ
สารตาราง.....	ซ

บทที่ 1 บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามวิจัย/โจทย์ในการศึกษาวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์.....	5
ประโยชน์การวิจัย.....	5
ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย.....	6
งบประมาณในการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8

บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สาเหตุปัญหาสุขภาพจิต.....	9
แนวคิดการจัดบริการคนพิการ โดยสถาบัน(IBR).....	18
แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน(CBR).....	19
แนวคิดด้านมนุษยชน ที่คนพิการเป็นมนุษย์.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	32
ผลการศึกษาพบว่า.....	39
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	41

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัย.....	42
ขอบเขตของการศึกษา.....	42
กระบวนการและขั้นตอนในการศึกษาวิจัย.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	43

สารบัญ (ต่อ)

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
กิจกรรมที่วิจัย	
กิจกรรมที่ 1.....	46
กิจกรรมที่ 2.....	47
กิจกรรมที่ 3.....	48
กิจกรรมที่ 4.....	48
กิจกรรมที่ 5.....	49
กิจกรรมที่ 6.....	50
กิจกรรมที่ 7.....	51
การนำเสนอข้อมูล.....	52
 บทที่ 4 ผลการศึกษา	
สถานการณ์การดำเนินชีวิตคนพิการด้านจิตพฤติกรรมการอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวชุมชน.....	53
สถานการณ์และศักยภาพครอบครัวคนพิการจิตพฤติกรรมต้องการทำและสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ.....	59
สถานการณ์การดำเนินงานในการดูแลคนพิการจิตพฤติกรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....	69
ศักยภาพต้นทุนของชุมชนและทัศนคติมุมมองการอยู่ร่วมกันของชุมชนที่มีต่อคนพิการจิตพฤติกรรมและครอบครัวคนพิการ.....	74
การอยู่ร่วมกันของคนกับชุมชนและความต้องการ.....	75
แนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการจิตพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องอำเภอสีดา.....	79
การตรวจสอบแนวทางที่เหมาะสมในการสนับสนุนการดูแลช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวโดยผู้เชี่ยวชาญ.....	83
ผลการนำแนวทางไปปฏิบัติของแต่ละแนวทางขององค์กรที่เกี่ยวข้อง.....	84
 บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	87
การอภิปรายผล.....	97
ข้อเสนอแนะ.....	104

สารบัญ (ต่อ)

บรรณานุกรม.....	107
ภาคผนวก.....	110
แบบสอบถาม.....	111
รายชื่อทีมวิจัย.....	121
ภาพกิจกรรม.....	122

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตาม เพศ อายุและสถานภาพสมรส.....	54
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตาม ระดับการศึกษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	55
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคนพิการจำแนกตามความสามารถในการประกอบอาชีพ และประเภทความพิการ.....	56
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามการขึ้นทะเบียน และประวัติความพิการ.....	57
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามอาการ/พฤติกรรมที่แสดง และความถี่ของการแสดงพฤติกรรม.....	58
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของคนพิการที่ได้รับการรักษาและ โรคประจำตัวของคนพิการ.....	59
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลคนพิการ จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส.....	60
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามบุคคลที่ช่วยควบคุม เมื่อแสดงอาการที่ไม่เหมาะสม การได้รับการรักษาและ โรคประจำตัวของคนพิการ.....	61
ตารางที่ 9 สรุปมุมมองทัศนคติที่คนดูแลมีต่อคนพิการ โดย โดยแยกจำนวนตามกลุ่มของคนดูแล.....	62
ตารางที่ 10 วิธีการที่ผู้ดูแลใช้จัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของคนพิการ โดยจำแนกตามกลุ่มอายุของผู้ดูแลคนพิการ.....	63
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลคนพิการ ที่เป็นกำลังหลักในการหารายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวของผู้ดูแล.....	64
ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษา การได้รับการดูแลช่วยเหลือและสวัสดิการ.....	65
ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลคนพิการ จำแนกตามระดับการศึกษา และรายได้.....	67
ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลคนพิการ จำแนกตาม ความสัมพันธ์ การได้รับการอบรมและระยะเวลาในการดูแลคนพิการ.....	68
ตารางที่ 15 ระดับการได้รับการดูแลช่วยเหลือคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในภาพรวม.....	69
ตารางที่ 16 ระดับการได้รับการดูแลของคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง รายชื่อ.....	70 – 74
ตารางที่ 17 ข้อมูลแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยเหลือ ดูแลคนพิการจิตพฤติกรรมและครอบครัวจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง.....	80 – 81
ตารางที่ 18 แสดงข้อมูลการตรวจสอบแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยเหลือดูแลคนพิการจิตพฤติกรรมและครอบครัวคนจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยผู้เชี่ยวชาญ.....	83 - 84

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญและความเป็นของปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ. 2550 มาตรา 80 (2) กำหนดไว้ว่ารัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านการสาธารณสุข โดยการ ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพ ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนของประชาชนรวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชน และชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการ ดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 47 ก. 2550 : 23)

นอกจากนี้ได้มีการตรา พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545 ขึ้น โดยในมาตรา 42 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า “กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการ ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” โดยมีวิสัยทัศน์มุ่งสู่ระบบสุขภาพที่พอเพียงด้วยการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 มาเป็นแนวทางการพัฒนาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 เพื่อการเป็นสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน (ปฏิทินสาธารณสุข. 2553)

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี โดยมีสถานีนอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชนกระจายไปสู่ระดับตำบลทั่วประเทศ และมีโรงพยาบาลชุมชนเกือบทุกอำเภอ ทั้งนี้ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ความต้องการบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตามจำนวนและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานีนอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพ และกลไกการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ไม่สามารถให้บริการเชิงรุกเพื่อ “ส่งเสริมสุขภาพ” และจัดบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ประชาชนจำนวนมากยังคงเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลในเขตเมือง ทำให้เกิดความแออัดในการให้บริการรักษาพยาบาล เป็นภาระอย่างมากต่อประชาชนทั้งค่าเดินทางและเวลาที่สูญเสียไปในการเดินทาง ทั้งที่ปัญหาสุขภาพเหล่านั้น ส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ในระดับสถานีนอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน (สำนักงานสาธารณสุขเขต 14. 2553)

เพื่อเป็นการขับเคลื่อนและพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 14 (นครชัยบุรินทร์) ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ได้จัดทำแผนแม่บท 3 ปี ในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้วิสัยทัศน์ที่ว่า “บริการสุขภาพชุมชน อย่างมีส่วนร่วม ด้วยมาตรฐานสากล” พันธกิจ บริการสุขภาพ

เริ่มแรกในทุกเรื่อง ผสมผสานต่อเนื่องถึงบ้าน เชื่อมโยงเครือข่ายบริการ ประสานผู้ดูแลครอบครัวและชุมชน มีประเด็นยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนา 5 ด้าน คือ ด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ ด้านการพัฒนาคุณภาพ และด้านการมีส่วนร่วม (สำนักงานสาธารณสุขเขต 14. 2553)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดย นายวิชัย ชัตติยะวิทยากุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาด้านสุขภาพภายใต้วิสัยทัศน์ “เป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพ (Excellence Quality Health Care Management) แต่จากการวิเคราะห์ปัญหาและสถานะสุขภาพในปีงบประมาณ 2555 พบว่า ปัญหาด้านผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 14,715 คน คิดเป็น 567.44 ต่อแสนประชากร

สำหรับอำเภอสีคิ้วนั้น มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ 5 ตำบล 1 เทศบาล จำนวน 50 หมู่บ้าน ประชากร 27,922 คน แยกเป็น ชาย 13,891 คน แยกเป็นหญิง 14,041 คน (ข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากรอำเภอสีคิ้ว ตุลาคม 2552) การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นการทำเกษตรกรรม ลักษณะของชุมชนเป็นชุมชนแบบชนบทกึ่งในเมือง ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและปัญหาการดูแลซึ่งกันและกันของคนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มคนที่ช่วยตนเองได้น้อย เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ คนยากจน และผู้ด้อยโอกาส โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีคิ้ว, 2555)

อำเภอสีคิ้วมีคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรม จำนวน 63 คน คิดเป็น 219.76 ต่อแสนประชากร แสดงถึงจำนวนคนพิการอำเภอสีคิ้วมีจำนวนมาก เมื่อเทียบกับระดับประเทศซึ่งมีผู้ป่วยจิตใจหรือพฤติกรรม จำนวน 388,779 คนคิดเป็น 604.95 ต่อแสนประชากร โดยพบคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ของอำเภอสีคิ้ว แยกเป็นตำบลสีคิ้ว จำนวน 11 คน ตำบลสามเมือง 18 คน ตำบลหนองศาลใหญ่ 4 คน ตำบลโพหนอง 14 คน และตำบลโนนประดู่ 14 คน แยกตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 21-30 ปี จำนวน 11 คน ช่วงอายุ 31- 40 ปี จำนวน 15 คน 41-50 ปีจำนวน 17 คนช่วงอายุ 51-60 ปีจำนวน 10 คนช่วงอายุ 61-70 ปี จำนวน 5 คน ช่วงอายุ 71-80 ปี จำนวน 3 คน ซึ่งจะเห็นได้ว่าคนพิการพบมากที่สุด ช่วงอายุ 41-50 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงานหลักที่สำคัญของครอบครัว ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจโดยรวมของครอบครัว (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีคิ้ว : 2554)

จากสถานการณ์ข้อมูลคนพิการในอำเภอสีคิ้ว จะเห็นได้ว่าคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมเป็นกลุ่มที่มีความพิการรุนแรง ทั้งในเรื่องสภาพร่างกายและจิตใจ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน จากการระดมความคิดเห็นจากกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ เช่น คนพิการ คนในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งสามารถจัดกลุ่มสถานการณ์ปัญหา ดังนี้

ปัญหาคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรม คนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมพบมากในวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกำลังหลักให้กับครอบครัว เมื่อความพิการเกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อศักยภาพของครอบครัว ทำให้ครอบครัวสูญเสียแรงงานหลัก คนในครอบครัวต้องแบกรับภาระมากขึ้น และยังคงดูแลแบบใกล้ชิด กลุ่มคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่อายุน้อย ขาดการดูแลที่ถูกวิธี ครอบครัวมีความกังวล

เรื่องการรักษาดูแลที่จะทำให้ดีขึ้น ครอบครัวต้องแสวงหาแหล่งรักษา พ่อแม่มีความกังวลเรื่องการดูแล ในกรณีที่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเสียชีวิต คนพิการบางรายขาดการรับยาที่ต่อเนื่อง การได้รับการรักษาของคน พิการกลุ่มด้านจิตจะต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ 56 คน ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ทุกราย โดยการรักษานี้เน้นการใช้ยารักษาที่บ้าน กลุ่มคนพิการด้านพฤติกรรม รับยาไม่ต่อเนื่อง 3 ราย ปฏิเสธไม่ รับยา 2 ราย เนื่องจากไม่มีคนนำไปรับยา และบางรายระบุว่าไม่มีความจำเป็นต้องกินยาเพราะไม่ได้ เจ็บป่วย คนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมมีปัญหาการไม่รับประทานยาต่อเนื่องเพราะคิดว่าตนเอง ไม่ได้เป็นโรคจิต บางรายไม่สามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น การได้รับการจดทะเบียนคนพิการ มีคน พิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมได้รับการจดทะเบียนจำนวน 36 ราย ส่วนอีก 25 ราย ยังไม่ได้รับการจด ทะเบียน ซึ่งส่งผลต่อการได้รับการช่วยเหลือเบี้ยยังชีพจากองค์การบริหารส่วนตำบล หรืออุ้งยังชีพ ตลอดจนสิทธิอื่น ๆ พฤติกรรมคนพิการที่แสดงออกต่อสังคม มีหลากหลายอารมณ์ ซึ่งมีทั้งการเอะอะ ประสาทหลอนอาละวาด ทำลายข้าวของตนเองและผู้อื่น มีบุคคลไม่รู้เรื่องจำนวน 5 ราย พุดคนเดียว จำนวน 5 ราย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่นุ่งผ้าอนามัย 2 ราย พุดคุยรู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง 4 ราย ส่วนใหญ่คนพิการมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี พุดคุยเข้าใจ มีบางครั้งที่อารมณ์เปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับ ปัจจัยที่มากระตุ้นหรือภาวะสิ่งแวดล้อม คนพิการ ไม่มีผู้ดูแลต่อเนื่อง 1 ราย ได้รับการดูแลช่วยเหลือจาก ญาติและคนในชุมชนเป็นบางโอกาส และมี 1 ครอบครัว ที่ต้องดูแลคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรม ถึง 2 คน

ปัญหาครอบครัวคนพิการ การดูแลคนพิการถึงแม้จะมีการดูแลช่วยกันทั้งครอบครัว แต่ภาระ หลักก็ยังตกอยู่ที่คนใดคนหนึ่ง เพราะคนที่ เป็นโรคจิตจะไวใจใครก็จะให้คนนั้นดูแล เชื่อและทำตาม ส่งผลให้ภาระหนักอยู่ที่คนที่ได้รับการยอมรับจะ ไม่สามารถไปไหนได้ไกลหรือนานมากไม่ได้ ต้อง กลับมาดูแล ทำให้สูญเสียโอกาสในการดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ คนในครอบครัว คนในชุมชน ส่วน ใหญ่ไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริง ในระยะแรกทราบว่ามีความผิดปกติของสภาพทางจิต บางครอบครัวปฏิเสธ ส่งผลต่อการรักษาที่ถูกต้อง ปิดกั้นไม่ให้คนพิการออกไปไหน ทำให้คนพิการสูญเสียโอกาสที่จะ กลับมาใช้ชีวิตอย่างคนปกติ ด้านความรู้ของคนในครอบครัวต่อการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือ พฤติกรรม สิ่งที่เป็นปัญหากับครอบครัวอีกอย่างหนึ่งคือขาดความรู้และทักษะในการดูแลที่ถูกวิธี ส่งผล ต่อคนพิการด้านจิตบางรายเพิ่มความรู้ความเข้าใจมากขึ้น เพราะครอบครัวขาดทักษะการดูแลที่ถูกวิธี เช่น ทักษะการหล่อหลอมในการให้ยา เทคนิคการให้กำลังใจ ทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในการ ช่วยเหลือคนพิการด้านจิต นอกจากนั้นยังมีปัญหาด้านการเกิดความวุ่นวายและภาวะเครียดในครอบครัว ปัญหาครอบครัวมีฐานะยากจนลงเพราะมีคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมเกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอสีดา พบมากในกลุ่มวัยแรงงานหลักของครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีรายได้ น้อยลง ประกอบกับต้องมีคนในครอบครัวช่วยดูแลคนพิการซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ หรือสามารถแก้ไขปัญหาได้ดี จึงทำให้ครอบครัวขาดรายได้เพิ่มขึ้น

ปัญหาด้านคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่กระทบต่อชุมชน ปัญหาการเกิดความวุ่นวาย และภาวะเครียดในชุมชน เช่น ในคนพิการด้านจิตราที่มีอาการอาละวาดส่งผลให้ครอบครัวเกิดความวุ่นวายเพราะคนพิการบางรายสามารถเผาบ้านหรือทำลายข้าวของของคนในชุมชนได้รับความเสียหาย ส่งผลให้ครอบครัวเกิดการทะเลาะระหว่างครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ยังพบปัญหาชุมชนขาดทักษะความรู้ในการช่วยเหลือครอบครัว ในเรื่องการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม

ปัญหาด้านการดูแลคนพิการด้านจิตกระทบกับหน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ให้การดูแลกลุ่มคนพิการเหล่านี้ ยังประสบปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงอีกมาก เริ่มตั้งแต่บุคลากรที่ยังขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัว ความรู้ทักษะที่จะทำให้เข้าถึงและจัดการปัญหาได้นั้น ยังได้รับการฝึกอบรมน้อย ซึ่งถือเป็นความจำเป็นเพราะส่งผลต่อความปลอดภัยของบุคลากรและคนรอบข้าง อีกทั้งระบบการส่งต่อข้อมูลการรักษาต่อที่บ้านและการประสานงานของบุคลากรยังต้องปรับปรุง เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจในการตัดสินใจที่จะดำเนินการ เป็นต้น องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทสำคัญ คือ การจ่ายเบี้ยยังชีพ ดูกังชีพ และปัจจุบันได้จัดให้มีรถรับส่งให้บริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงคนพิการ แต่เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลยังมีความหวาดกลัวในคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ทำให้การดูแลในประเด็นอื่นค่อนข้างน้อย เพราะขาดความรู้ความเชี่ยวชาญในการแก้ไขปัญหานี้ ส่วนกลุ่มคนพิการด้านร่างกาย สามารถส่งเสริมด้านอาชีพ การศึกษาหรือด้านอื่น ๆ ได้อย่างเต็มที่

จากแนวนโยบายตลอดจนสถานการณ์ของคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาครั้งนี้ โดยมุ่งเน้นการค้นหามาตรฐานสร้างรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมให้สามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด ซึ่งรูปแบบนี้ให้โอกาสคนในครอบครัว คนในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีโอกาสร่วมสร้างแนวทาง รูปแบบ ที่สามารถนำไปใช้ร่วมกันได้จริง ตามสภาพคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมแต่ละบุคคลเพื่อนำไปสู่การเกิดผลดีต่อคนพิการและครอบครัวต่อไป

2.คำถามวิจัย/โจทย์ในการศึกษาวิจัย

คำถามการวิจัยหลัก

การศึกษาการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมโดยครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างไร ?

คำถามวิจัยรอง

1.สถานการณ์การดำเนินชีวิตคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างไร

2.สถานการณ์และศักยภาพครอบครัวคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่ต้องการทำ และสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ เป็นอย่างไร

3.สถานการณ์การดำเนินงานในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างไร

4.ศักยภาพต้นทุนของชุมชนและทัศนคติมุมมองการอยู่ร่วมกันของชุมชนที่มีต่อคน พิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัวคนพิการอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างไร

5.แนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมโดยการมีส่วน ร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างไร

3.วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินชีวิตคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมอาศัยอยู่ร่วมกับ ครอบครัวชุมชนของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา

2.เพื่อศึกษาสถานการณ์และศักยภาพครอบครัวคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมต้องการทำ และสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ

3.เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา

4.เพื่อศึกษาศักยภาพต้นทุนของชุมชนและทัศนคติมุมมองการอยู่ร่วมกันของชุมชนที่มีต่อคน พิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัวคนพิการอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา

5.เพื่อค้นแนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมโดยการมีส่วน ร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา

4. ประโยชน์ของการวิจัย

1.ทราบสถานการณ์การดำเนินชีวิตของคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมอาศัยอยู่ร่วมกับ ครอบครัวชุมชนของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา ที่จะสามารถนำไปสร้างความเข้าใจกับชุมชน เพื่อให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข

2.ทราบสถานการณ์และศักยภาพครอบครัวคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมต้องการทำและ สิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งจะเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนและกำหนดนโยบายเพื่อการ ช่วยเหลือสำหรับองค์กรและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

3.ทราบสถานการณ์การดำเนินงานในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงระบบการดูแลให้มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

4. ทราบศักยภาพต้นทุนของชุมชนและทัศนคติมุมมองการอยู่ร่วมกันของชุมชนที่มีต่อคนพิการ ด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัวคนพิการอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา ที่จะส่งผลต่อการสร้างชุมชนเข้มแข็ง และมีการบริหารจัดการดูแลผู้พิการแบบบูรณาการ เป็นองค์รวม และต่อเนื่อง

5. ได้แนวทางและรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้พิการและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสกลุ่มอื่นๆ

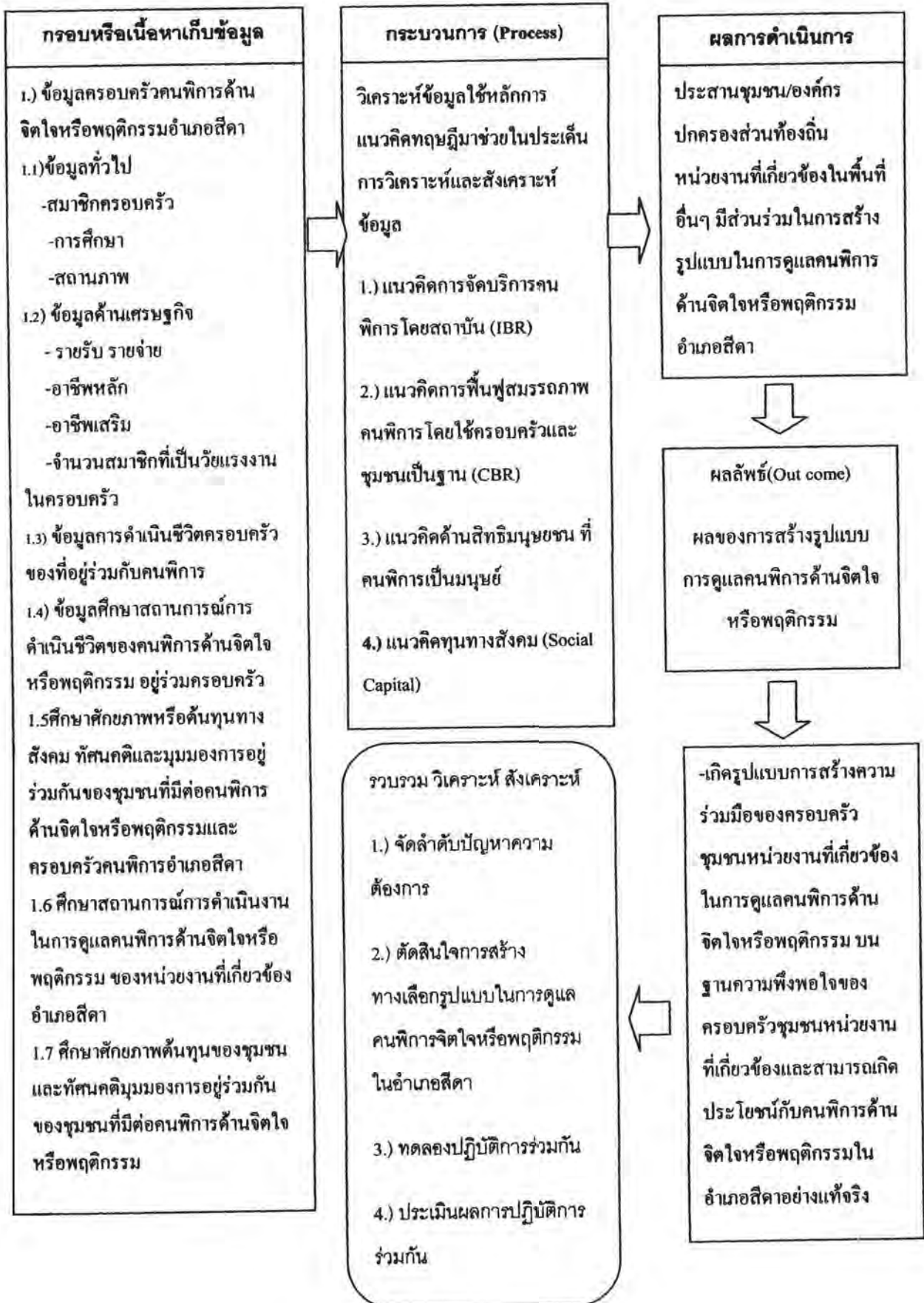
5. ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

สิงหาคม 2555 – เมษายน 2556

6. งบประมาณในการวิจัย

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย



8. นิยามศัพท์เฉพาะ

คนพิการจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นบุคคลที่มีภาวะจิตที่ไม่ปกติ ผิดไปจากคนปกติทั่วไป หรือ มีอาการและพฤติกรรมที่พ้นเพื่อน ไม่ใช่เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมที่คนปกติปฏิบัติกัน และไม่สามารถควบคุม ขาดสติในการแสดงพฤติกรรม

ผู้ดูแล หมายถึง คนที่รับผิดชอบดูแลในกิจกรรมทุกด้านของคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมที่อยู่ในครอบครัว

องค์กรที่เกี่ยวข้อง หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. , เทศบาล),โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), โรงเรียน , วัด , ชมรม อสม. , ชมรมคนพิการ , อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.), อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) ที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา

รูปแบบ หมายถึง ชุดขององค์ประกอบต่างๆที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในการดำเนินกิจกรรมดูแลช่วยเหลือคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรม

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยโครงการ การศึกษาแนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการจิตพฤติกรรม โดยครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้มีการทบทวนเอกสารแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดเป็นกรอบในการศึกษาวิจัย โดยรายละเอียดแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- 1.สาเหตุ ปัญหาของสุขภาพจิต
- 2.กระบวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสถาบันเป็นฐาน(Institution – based rehabilitation: IBR)
- 3.การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ โดยชุมชน (Community- based rehabilitation : CBR)
- 4.แนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน ที่คนพิการเป็นมนุษย์ และกฎหมาย พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ
- 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สาเหตุปัญหาสุขภาพจิต

ความหมายของสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง สภาวะของ ความผาสุก (well-being) ซึ่งบุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองตามความเป็นจริง สามารถเผชิญ กับความเครียดตามปกติของชีวิต สามารถทำงานให้เกิดผลผลิตที่ดี และสามารถทำให้เกิดผลดีคือ ชุมชน Mental Health Ireland (2008) ให้ความหมายสุขภาพจิต ว่ามิใช่แค่การปราศจากการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเท่านั้น แต่สุขภาพจิตประกอบด้วยหลายมุมมองในชีวิต ซึ่งรวมถึง ความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกต่อผู้อื่น ความสามารถตอบสนองความต้องการในชีวิตของตนเอง โดยสรุปความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาวะที่มีความผาสุกและสมดุลของบุคคล ซึ่งมีความครอบคลุมทั้งการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีจิตใจเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาในการ ดำเนินชีวิตภายใต้สภาวะสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคล อื่น รวมถึงการมีศักยภาพในตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ มีความเสถียรต่อสังคม สามารถทำงานให้เกิดผลผลิตที่ดี และทำให้เกิดผลดีต่อชุมชน ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีมิได้หมายความว่าปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น(อ้างใน ประภาส อุรานันท์และคณะ2557 หน้า 7)

คนที่ภาวะปกติสุข (Well being)พบว่ามิใช่อธิบายถึงคุณลักษณะที่บ่งบอกว่าบุคคลมีสุขภาพจิตดีหรือ ขอบ่งชี้ถึงสุขภาพจิต ดังเช่น ฮอลเตอร์ (Halter)(Varcariolis and Halter, 2010 อ้างใน นภวัธย์ กัมพลศิริ 2557) กล่าวว่า คุณลักษณะที่แสดงว่าบุคคลมีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย Well being Emotional problems Mental Illness

1. ความสามารถที่จะรักและมีความสุขในชีวิต
2. ความสามารถที่จะจัดการกับความขัดแย้งทางอารมณ์ได้
3. ความสามารถที่จะใช้ชีวิตอยู่ด้วยการปราศจากความกลัว ความรู้สึกผิด หรือความวิตกกังวล
4. ความสามารถที่จะรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง
5. ความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
6. คิดได้อย่างกระฉับกระฉวย
7. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
8. บรรลุถึงซึ่งจิตวิญญาณของตนเองอย่างชัดเจน
9. ผ่านกิจกรรมพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยไปได้อย่างราบรื่น
10. ความสามารถที่จะทำงานและสร้างผลผลิต
11. เห็นคุณค่าในตนเองและมองตนเองในแง่ดี
12. ความสามารถที่จะเล่นและหัวเราะ
13. ประเมินความจริงได้ถูกต้อง

ความผิดปกติทางจิตหรือความเจ็บป่วยทางจิต (Mental Disorder or Mental Illness) วิกิพีเดีย (Wikipedia, the free encyclopedia, 2010 อ้างใน นกวลย์ กัมพลาศิริ 2557) ได้กล่าวถึง ความผิดปกติทางจิตหรือความเจ็บป่วยทางจิต ว่าเกิดจากหลากหลายปัญหาและแสดงความผิดปกติออกมาทั้งทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก และความสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งความผิดปกติที่เกิดจากสารเสพติด

สมาคมจิตเวชอเมริกัน (APA, 2000 อ้างใน Vide beck, 2006 อ้างใน นกวลย์ กัมพลาศิริ 2557) กำหนดความผิดปกติทางจิตไว้ว่า คือ พฤติกรรมที่สำคัญทางคลินิกหรือกลุ่มอาการทางจิตใจของบุคคล และอาการต่างๆ เหล่านี้เกี่ยวข้องสัมพันธ์ทำให้นักกลนั้นเกิดความทุกข์ หรือขาดความสามารถหรือบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง หรือเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ความทุกข์หรือความเจ็บปวด ความบกพร่อง หรือขาดอิสระในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ

และมีการกำหนดรายละเอียดหัวข้อการวัดการเจ็บป่วยทางจิตไว้ดังนี้ อย่างไรก็ตามจากเกณฑ์ต่างๆ ไปในการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต สามารถแสดงถึงลักษณะของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้ดังนี้ (Vide beck, 2006 อ้างใน นกวลย์ กัมพลาศิริ 2557)

1. ไม่พึงพอใจในคุณลักษณะความสามารถและความสำเร็จของตนเอง
2. สัมพันธภาพบกพร่อง
3. ไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับปัญหาในชีวิต
4. ไม่สามารถอยู่ในโลกของความเป็นจริง
5. ขาดการพัฒนาตน

6. พฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับในวัฒนธรรมของบุคคลนั้น

ในเรื่องของโรคทางจิตเวช รศ.นพ.มานิช หล่อ ตระกูลมา ได้เขียนบทความลงใน Articles from Ram mental ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่องโรคจิตและโรคจิตเภทฉบับละเอียด ซึ่งทีมวิจัยเห็นว่าเป็นการเขียนถึงโรคจิตที่อ่านเข้าใจง่ายเหมาะกับงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น ซึ่งมีรายละเอียดครบตั้งแต่อาการ สาเหตุ การรักษา ในสถานบริการสาธารณสุข ข้อเสนอแนะสำหรับ ครอบครัวผู้ดูแล และชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อาการหรือโรคทางจิตเวช(อาการโรคจิต)

1. อาการหลงผิด
2. อาการประสาทหลอน
3. พฤติกรรมผิด ไปจากเดิมอย่างมาก

1. **อาการหลงผิด** อาการหลงผิดคือการปักใจเชื่อ ในบางสิ่ง บางอย่างอย่างฝังแน่น ไม่ว่าจะมีใครมาชี้แจงหรือมีหลักฐานคัดค้านที่เห็นชัดว่าสิ่ง ที่เขาเชื่อนั้นผิด เขาก็ยังฝังใจเชื่อเช่น นั้น อาการหลงผิดนั้นบางครั้งก็เกิดขึ้นโดยที่ไม่มี เหตุการณ์หรือสถานการณ์ชวนให้เกิดมาก่อน เช่น นาย ก เกิดความหวาดระแวงว่า หัวหน้างานต้องการกลั่นแกล้งตนเอง ต้องการให้ตนเองเครียดจนเป็นบ้า ทั้งที่เดิมเขากับหัวหน้างานก็ไม่มีเรื่องอะไรกัน แต่ส่วนใหญ่แล้วก่อนเกิดการหลงผิดมักมีเหตุนำมาก่อนเช่นหลังจากมีเรื่องกระทบกระทั่งกับเพื่อนบ้านช่วงเดือนที่ผ่านมา นาย ก มีความเครียดมาก กังวลใจว่าจะตกลงกันไม่ได้เวลาผ่านไปแทนที่ความกังวลนี้จะลดลง กลับยิ่ง เป็นมากขึ้น เกิดความคิดขึ้นมาว่า เพื่อนบ้านคนนั้นจะจ้างคนมาลอบทำร้าย เห็นคนเดินผ่านหน้าบ้านก็คิดว่าเขาพยายามดูว่า นาย ก ทำอะไร จนไม่กล้าออกไปไหน ญาติพี่น้องเห็นชัดว่าความกังวล ความกลัวของนาย ก มีมากเกินไปเหตุพยายามชี้แจงว่าเรื่องที่ทะเลาะกันนั้นเป็นเรื่องเล็กน้อย ทำความเข้าใจกันได้แล้ว นาย ก ก็ยังไม่ เชื่อ หรือแม้จะให้เพื่อนบ้านคนนั้นมาบอกว่าไม่คิดอะไรแล้ว นาย ก ก็ยังไม่เชื่อคิดว่าเพื่อนบ้านแกล้งมาหลอกให้ตายใจ จะได้ลอบทำร้ายตอนเผด็ ความหลงผิดนี้ มีได้แทบทุกเรื่องบ้างเรื่องอาจดูพิลึก ซึ่งเป็นไปไม่ได้ เช่นเชื่อว่ามีคลื่นไฟฟ้าส่งมาจากคนบางคน เพื่อทำร้ายให้ตนเองป่วย เชื่อว่าตนเองต้องมาได้หลายเดือนทั้งๆที่ห้องไม่ได้โคไปกว่าปกติ บ้างเรื่องเป็นเรื่องเกิดได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งถ้าหากไม่เป็นคนเคยรู้จักกันมาก่อน อาจไม่ทราบว่าเป็นการหลงผิด

2. **อาการประสาทหลอน** คำว่าประสาทหลอนคือเกิดการรับรู้สิ่งต่างๆทั้งที่ตามจริงแล้วไม่มีสิ่งรับรู้มันเกิดขึ้น ได้กับการรับรู้ทั้ง รูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส ตัวอย่างเช่นหูแว่ว ภาพหลอน หรือรู้สึกว่ามีอะไรมาขอรไ้ตามผิวหนัง สิ่งที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นสิ่งที่ในชีวิตประจำวัน เช่นคนที่เคยคุ้นเคยมาพูดด้วยหรือได้ยินแต่เสียงหรืออาจเป็นภาพแปลกๆเห็นเทพเห็นองค์ต่างๆก็ได้

3. **พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมมาก**มีพฤติกรรมที่ไม่ว่าใครเห็นก็คิดว่าผิดปกติ เช่นร้อง ตะโกนโวยวายวิ่งไปตามถนนวนวายตลอดไม่หยุดหรืออาจเป็นแบบอยู่นิ่งเฉยไม่ทำอะไรหรือมีท่าทางแปลกๆ ส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ เป็น โรคจิตจะ ไม่ทราบว่าคุณเองผิดปกติไปเขาจะเชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ว่าเป็นเช่นนั้นจริงๆ ไม่เคยคิดสงสัยว่าไม่น่าจะเป็นไปได้หรือสิ่งที่เกิดขึ้นมาสมเหตุสมผลดังที่คนอื่นๆ เห็นกัน นอกจากในผู้ที่หมั่นสังเกตตนเอง พอมีความรู้ด้านนี้บ้างในช่วงที่เริ่มเป็นอาจพอทราบว่า มีสิ่งแปลกๆ เกิดขึ้นกับตนเอง หรือสิ่งที่ตนเองพบอาจไม่เป็นจริง รู้สึกสองจิตสองใจ บุคคลเหล่านี้จะพยายามปกปิดสิ่งที่เกิดขึ้นพยายามวางตัวให้เป็นไปตามปกติเพราะเกรงว่าคนอื่นจะรู้ว่าตัวเองผิดปกติไปแต่เมื่ออาการเป็นมากขึ้น ความเชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้นมีมากขึ้นเรื่อยๆ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขานั้นมีบ่อขุ่นจนความสามารถในการตัดสินใจอะไรไม่จริงนั้นเสียไป การควบคุมตัวเองลดลงพฤติกรรมในระยะนี้จะแสดงออกมาให้ผู้อื่นเห็นชัดว่าผิดปกติ

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าโรคจิตนั้นมีหลายชนิดแต่ละชนิดจะมีการในแต่ละข้อแตกต่างกันไป ความรวดเร็วในการเกิดอาการก็แตกต่างกันและแม้แต่ในโรคเดียวกัน เช่น โรคจิตเภท ลักษณะอาการของแต่ละคนก็ไม่ได้เหมือนกันไปหมด จะเห็นได้ว่าคำว่าโรคจิต เป็นคำที่เรียกชื่อกว้างๆ ของผู้ที่มีอาการดังกล่าวเท่านั้น

การวินิจฉัยโรคจิต โรคจิตแบ่งออกเป็นหลายชนิดมาก แต่ละชนิดยังแบ่งเป็นย่อยออกไปอีก แต่ก็มีแบ่งกลุ่มโรคจิตออกเป็น 6 กลุ่มใหญ่ดังนี้ โรคจิตเภท โรคจิตหลงผิด โรคจิตเฉียบพลัน โรคจิตที่เกิดจากโรคทางร่างกาย โรคจิตที่เกิดจากสารต่างๆ หรือยา พอสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

โรคจิตเภท โรคนี้สามารถแบ่งลักษณะอาการออกได้ 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบ และระยะอาการหลงเหลือ

1.ระยะเริ่มมีอาการระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิด มักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่เก็บตัวมากขึ้น อาจเก็บตัวอยู่แต่ในห้อง จะพบคนในบ้านก็ต่อเมื่อถึงเวลากินข้าว อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ บางคนก็หันไปหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่างอย่างมากเช่นสะสมพระเดิมห้องต่างๆ ที่เดิมไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นนักเรียนผลการเรียนเริ่มตกต่ำลงครูอาจรายงานว่าเด็กมักเหม่อลอยหรือไม่ค่อยสนใจเรียนเพื่อนๆ มีความรู้สึกที่ผู้ป่วยห่างไกลจากกลุ่มมีความคิดคำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจนที่บ้านอาจเห็นว่าผู้ป่วยกลายเป็นคนขี้เกียจวันหยุดก็ตื่นสายบางทีตื่นมาก็กินข้าวเที่ยงเลย การสนใจเรื่องของร่างกายหรือการแต่งตัวลดน้อยลงจากเดิมเป็นคนสะอาดกลายเป็นมีเสื้อผ้าอยู่เกลื่อนห้องกางเกงตัวหนึ่งใส่ได้หลายวันโดยไม่ซักเวลาถามเรื่องนี้ก็มักมีข้ออ้างต่างๆ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนหรือเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยซึมเศร้ามากหรือเครียดจัดอาจเห็นชัดว่าไม่ค่อยปกติ

2.ระยะอาการกำเริบผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือนอาการก็เริ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบบางคนอาจเป็นระยะแรกนานเป็นปีก่อนที่อาการจะกำเริบส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยมีความกดดันทางจิต ซึมเศร้า หรือใช้สารเสพติด แต่บางรายอาการมากขึ้นมาเองก็มี ระยะนี้ความผิดปกติจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาการโรคจิตเช่น อาการหลงผิด หูแว่ว วนวาย ก้าวร้าว

หรือพูดแล้วคนอื่นฟังไม่เข้าใจ จะปรากฏชัด พบว่าคนที่ เป็นโรคจิตเภทมักมีอาการในระยะกำเริบที่พบ บ่อยๆดังนี้

1)อาการหลงผิด ความหลงผิดที่พบในโรคจิตมีหลายรูปแบบ เช่นหากระแวงว่าเรื่อง ต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวโยงกับตัวเอง หลงผิดว่าตัวเองเป็นเทพ เป็นเจ้าหรือเป็นคนสำคัญกลับ ซาติมาเกิด ชนิดที่พบบ่อยคืออาการหากระแวงโดยเชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง มีคนมาปองร้าย อาจเป็น คนๆเดียวหรือเป็นกระบวนการความหลงผิดที่คิดเรื่องต่างๆมาเชื่อมโยงกับตนเองก็พบบ่อยเช่นกัน โดย เห็นคนคุยกันก็คิดว่าคุยเรื่องตนเอง อ่านหนังสือพิมพ์ก็รู้สึกว่าเขาเรื่องของตัวเองไปเขียน และบางรายมี การหลงผิดคิดว่าตนเองมีเครื่องจักรจับสัญญาณคลื่นสมองหรืออำนาจอะไรบางอย่างมาบังคับให้ตนเอง ต้องทำตามทุกอย่าง ที่ฝันไม่ได้เลย

2)อาการประสาทหลอน ประสาทหลอนคือมีการรับรู้ทั้งๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นทาง รูป เสียง กลิ่น รส และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ หูแว่ว เช่นได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวอยู่ตลอด และบางครั้งได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับเท่านั้น ลักษณะที่พบบ่อยคือ แว่วเสียงคนพูดคุยกันหรือวิภาควิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือพูดคำว่า หรือจะทำอะไรก็วิจารณ์ไปหมด จนผู้ที่ เป็นรู้สึกทุกข์ทรมานมาก จนไม่อยากจะทำอะไร ไม่อยากจะทำอะไร เสียงจะได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันหรือ กลางคืนก็ได้ยินพอกัน ประสาทหลอนที่พบรองลงไปก็คือ ภาพหลอน อาจเห็นคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อ เจ้าแม่ส่วนใหญ่มักจะเห็นสีสันทะเยือกขัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่นๆเช่นได้ กลิ่นแปลกๆอาจพบได้แต่ไม่บ่อย

3)อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักจะมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆไม่เหมาะสม ตนเองเข้าใจคนเดียวเช่นมักไปยืนหน้าต้นไม้ข้างบ้านทุกเช้าก่อนออกจากบ้าน ตามถือว่าเป็นการเคารพผู้ อาวุโสจะได้เป็นสิริมงคล เพราะต้นไม้มีคุณค่าแก่โลกและยังมีอายุหลาย 10 ปี เป็นต้น ผู้ป่วยไม่สามารถ รวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็น โดยผ่านการพูดสนทนา โดย อาจพูดจาไม่ค่อยเนื่องกันพูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยอีกเรื่องหนึ่งก็ไม่เกี่ยวกับเรื่อง เดิมหรืออาจเกี่ยวเพียงเล็กน้อย หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลขหากเป็นหลายๆการวางคำใน ประโยคเองจะสับสนไปหมดทำให้ฟังไม่เข้าใจบางคนอาจใช้คำแปลกไม่มีใครเข้าใจนอกจากตัวเอง

4)อาการด้านพฤติกรรมพฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัดซึ่งอาจเป็นจาก การหลงผิด ประสาทหลอนหรืออาจเป็นเพราะความคิดแปลกๆของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ ในห้อง ไม่อาบน้ำหลายวันติดต่อกัน ผมเผ้ารุงรังกลางคืนไม่นอนชอบเดินไปมาหรือทำท่าทางแปลกๆ บางครั้งจู่ๆก็ตะโกน วิววายหรือหัวเราะขึ้นมาหรือขี้มกักริมรั้ววัน แดงเนื้อแดงตัวแปลกๆ เช่นสวมเสื้อผ้า หลายตัวทั้งที่อากาศร้อน บางคนจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายมี พฤติกรรมก้าวร้าวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะหากญาติไปขัดใจหรือห้ามไม่ให้ทำอะไรบางอย่าง ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมาก จนต้องพามาพบแพทย์

การวินิจฉัยโรค

1.) มีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทว่าต้องมีอาการตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป นานเกิน 1 เดือน
ได้แก่

- 1.1 อาการหลงผิด
- 1.2 อาการประสาทหลอน
- 1.3 พุดจาสับสนมาก เปลี่ยนเรื่องจนฟังไม่เข้าใจ
- 1.4 พฤติกรรมเรื้อรังเพี้ยนวุ่นวายหรือมีท่าทางแปลกๆ
- 1.5 อาการด้านลบได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ไม่ค่อยพูดหรือเฉื่อยชา

อย่างไรก็ตามหากมีอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกๆพิลึกหรือหูแว่วเสียงคุยกันเรื่องผู้ป่วยหรือ
แว่วเสียงวิจารณ์ตัวผู้ป่วย ลักษณะอาการแบบนี้ถือว่าเข้าเกณฑ์

2.) กิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับหน้าที่การทำงานการพูดคุยกับคนอื่นแย่งมากหรือไม่สนใจ
ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองอย่างมาก

3.) มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไปโดยมีระยะอาการกำเริบ(ตามข้อ 1)นาน
อย่างน้อย 1 เดือนและระยะที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มมีอาการ หรือระยะอาการหลงเหลือจากการ
พิจารณาว่าอาการของผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์เหล่านี้หรือไม่ แล้วแพทย์ยังซักถามประวัติอื่นๆ เช่นความ
เจ็บป่วยทางจิตใจในญาติๆประวัติส่วนตัวการเลี้ยงดู ลักษณะอุปนิสัย การปรับตัวเป็นต้น และยังคง
สับสนว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคจิตเวชอื่นๆที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับอาการเหล่านี้หรือไม่

อีกขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญคือการดูว่าอาการผู้ป่วยเป็นจากโรคทางกาย จากยา หรือสารเสพติด
ต่างๆหรือไม่ เนื่องจากมีโรคทางร่างกายมากมายที่ก่อให้เกิดอาการคล้ายคลึงกับโรคจิตได้ ตัวอย่างสาร
เสพติดที่เราอาจเห็นได้ชัดคือยาบ้าที่ผู้เสพจะมีอาการคลุ้มคลั่งหวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้ายผู้ป่วยที่
กินยาลดความดันบางคนมีอาการแบบนี้ได้เหมือนกันแม้จะไม่รุนแรงเท่ากรณีที่เราเห็นว่าจำเป็นต้อง
ส่งตรวจพิเศษเช่นเจาะเลือดดูระดับสารต่างๆในร่างกายส่งตรวจคลื่นสมองหรือส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
เป็นต้นมีพบบ้างเหมือนกันว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการของโรคจิตแต่พอรักษาไประยะหนึ่งเริ่มมีอาการของ
โรคทางกายให้เห็นพอส่งตรวจเพิ่มเติมพบเป็นเนื้องอกในสมองบ้างเป็นโรคทางกายต่างๆบ้าง

สาเหตุของโรคจิตเภทเชื่อว่าสาเหตุหลักเป็นเรื่องของความผิดปกติของระบบในร่างกายซึ่ง
เป็นมาจาก

1.กรรมพันธุ์ จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่า
ประชากรทั่วไปยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสสูง ถึงร้อยละ 8 และประชากรทั่วไปมี
โอกาสเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 1

2.ระบบสารเคมีในสมองเชื่อว่าโรคนี้เป็นจากสารเคมีในสมองที่ชื่อว่าโดปามีน
(dopamine) ในบางบริเวณของสมองมีการทำงานมากเกินไปและพบว่าคนที่ยารักษาโรคจิตนี้ได้เป็นจาก
การที่ยาไปออกฤทธิ์ยับยั้งการออกฤทธิ์ของสารโดปามีน

3. ความผิดปกติในส่วนอื่นๆของสมองพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีช่องในสมอง(ventricle)โตกว่าปกติซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่นบ้างการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าลดลงและการทำงานของสมองส่วนหน้ามีไม่เต็มที่ ส่วนในแง่ของครอบครัวพบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยๆพบว่ามีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ชอบตำหนิติเตียนผู้ป่วยมีท่าทีไม่เป็นมิตรหรือเข้าไปจู้จี้ขึงเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งเป็นมาจากหลายๆสาเหตุแนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้วเมื่อพบกับสาเหตุกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาโดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นเรื่องราวกาย ยาหรือสารต่างๆเรื่องจิตใจหรือสภาพแวดล้อมที่กดดันหรือเป็นจากหลายประการร่วมกัน

การรักษาการรักษาหลักในโรคนี้คือการให้ยารักษาโรคจิตซึ่งเป็นหัวใจของการรักษานอกจากเพื่อควบคุมอาการแล้วยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆส่วนใหญ่มักมีปัญหาจากการขาดยาการรักษาอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง

1)ระยะควบคุมอาการเป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบเป้าหมายของการรักษาระยะนี้คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็วขามีส่วนสำคัญมากจะทำให้อาการของผู้ป่วยสงบลงโดยเร็ว โดยกลางคืนนอนหลับได้อารมณ์หงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง อาการกระสับกระส่ายหรือวุ่นวายจะดีขึ้นซึ่งมักเห็นผลในการรักษาเช่นนี้ได้ภายในสัปดาห์แรก บางรายแค่ 3-4 วันก็ดีขึ้นส่วนอาการประสาทหลอนจะใช้เวลาหลายสัปดาห์อาการหลงผิดก็เช่นกันผู้ป่วยบางรายแม้อาการจะดีขึ้นมากแต่ก็ยังมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอยู่บ้างโดยอาจเป็นทางขึ้นหรือมีครั้งละไม่นาน

สำหรับผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลหากแพทย์ดูแลเห็นว่าอาการสงบลงพุดจาพอรับฟังควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ก็มักให้กลับบ้าน โดยที่ไม่จำเป็นต้องอยู่จนให้อาการต่างๆหายไปหมดเนื่องจากหากผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานเกินความจำเป็นก็มักจะมีผลเสียมากกว่าผลดีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่อยู่โรงพยาบาลนานๆแล้วกลับบ้านไม่ได้เพราะไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่บ้านได้ดังเดิมและทางบ้านก็มักปรับตัวไม่ได้เช่นกันเพราะเริ่มเคยชินกับการอยู่โดยไม่มีผู้ป่วยในช่วงที่รักษาด้วยยารักษาโรคจิตผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงจากยาเช่นมือสั่นทำอะไรช้าลงหรือปวดเกร็งกล้ามเนื้อเมื่อแพทย์พบก็อาจลดยารักษาโรคจิตลงหรือหากเห็นว่าลดขนาดลงยังไม่ได้เพราะอาการยังมากอยู่ก็จะให้ยาช่วยแก้อาการข้างเคียงเหล่านี้ร่วมไปกับยารักษาโรคจิต

2)ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากให้อาการสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องกินยาต่อเนื่องอยู่อีกทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบขึ้นมาก็ยังผู้ป่วยที่ดูแลแล้วมีแนวโน้มที่อาการจะกำเริบหรือหายขาดการกินยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรกไม่มีการกำหนดขนาดที่แน่นอนว่าควรให้ขนาดเท่าไรแพทย์จะปรับขนาดยาในผู้ป่วยเป็นรายๆไปโดยดูว่า

อาการของโรคเป็นมาน้อยเพียงใดมีอาการข้างเคียงจากยาหรือไม่และผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคนี้มากน้อยเพียงใด โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นสักช่วงหนึ่งแล้ว(เป็นเดือนๆ)แพทย์จะค่อยๆลดขนาดจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ในระหว่างที่ค่อยๆลดยา(2-3 สัปดาห์จึงจะปรับลดยาทีหนึ่ง)หากผู้ป่วยกลับมามีอาการขึ้นมาก็จะปรับยาขึ้นไปเท่าขนาดเดิมก่อนหน้านั้นคงขนาดยาไว้ในขนาดนี้สัก 4- 5 เดือนแล้วก็ลดลงดูใหม่ หากลดลงอีกครั้งหนึ่งแล้วผู้ป่วยกลับมามีอาการอีกก็แสดงว่าผู้ป่วยใช้ยาขนาดต่ำสุดได้แค่นี้ต่ำกว่านี้อีกไม่ได้ขนาดยาที่ใช้โดยเฉลี่ยประมาณ 200-500 มิลลิกรัมของยาคลอโปรมาซีนต่อวันผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทุษยาอาจใช้ยาชนิดประเภทนี้ 3-4 สัปดาห์ครั้ง

อาการเริ่มแรกที่จะแสดงว่าจะกลับมาป่วยอีกในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกันส่วนใหญ่จะเริ่มด้วยอาการนอนไม่ค่อยหลับหงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายโกรธแม้แต่เรื่องเล็กน้อยๆ ผู้ป่วยโดยมากมักจะไม่ได้สังเกตเห็นความผิดปกติของตนเองสนใจเอาใจใส่ของญาติหรือเพื่อนๆจึงเป็นสิ่งสำคัญในกรณีนี้ผู้ป่วยบางคนอาจเคยตัวมากขึ้นไม่ค่อยไปไหนมาไหนเหมือนเดิมหรือหันมาสนใจเรื่องไสยศาสตร์บางคนมีความรู้สึกเหมือนว่ามีอะไรแปลกๆเกิดขึ้นกับตนเองแต่ก็บอกได้ไม่ชัดว่าเป็นอะไรบางคนมักมานั่งให้คนที่บ้านฟังว่าถูกเจ้านายหรือเพื่อนร่วมงานกลั่นแกล้งขี้น้ำสัปดาห์หนึ่งคืออาการเริ่มแรกที่จะกลับมาเป็นในแต่ละคนมักจะเป็นแบบเดิมๆทุกครั้ง

ระยะเวลาในการรักษาหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วควรกินยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปีหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่ สองควรกินยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้อาจกินยาต่อเนื่องไปตลอด

1.การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการใช้กระแสไฟฟ้าผ่านบริเวณศีรษะของผู้ป่วยในปริมาณน้อยๆเพื่อทำให้เกิดการชักเหมือนกับในโรคลมชักกระแสไฟฟ้ามีขนาดต่ำมากไม่เป็นอันตรายต่อสมองอย่างแน่นอนอนปัจจุบันวิธีการทำก้าวหน้ามากขึ้นการชักที่เกิดขึ้นนั้นอาจเห็นปลายแขนขยับเล็กน้อยเนื่องจากก่อนการทำแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยหมดสติและกล้ามเนื้อคลายตัวทั้งหมดซึ่งเป็นกระบวนการเหมือนกับการผ่าตัดทั่วไปแต่ระยะเวลาสั้นกว่ามากโดยใช้เวลาทั้งหมดไม่ถึง 5 นาที การรักษาจะทำวันเว้นวันเช่น วันจันทร์-พุธ-ศุกร์ทำทั้งหมดประมาณ 10-12 ครั้งอาจมีน้อยกว่านี้ก็ได้ตามแต่แพทย์เห็นว่าอาการผู้ป่วยเป็นอย่างไร แพทย์ใช้วิธีรักษาวิธีนี้กับโรคจิตเวชหลายๆโรค เช่น โรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง คิดฆ่าตัวตายเป็นต้นซึ่งจะได้ผลดีมาก ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ให้ยาขนาดสูงแล้วผู้ป่วยยังมีอาการไม่ดีขึ้นนอกจากนี้ยังให้ผู้ป่วยที่มีอาการวุ่นวายมากหรืออยู่นิ่งเฉยไม่กินข้าวกินน้ำ

2.การดูรักษาด้วยจิตใจและสังคมอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังมีอยู่ซึ่งยาช่วยไม่ได้นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่นอาการเฉื่อยชา แยกตัว ซึมเศร้าหรือภาวะที่อึดอัดใจมากเกินไปไม่ค่อยตอบสนองการรักษาด้วยยาการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคมที่แพทย์ผู้รักษาอาจใช้ร่วมกับยาได้แก่

1)การช่วยเหลือด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความคับข้องใจเครียดไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งปัญหาภายในตนเองและปัญหาที่มีกับคนรอบข้างผู้รักษาก็ให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตัวได้เช่นช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ไขปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาหมกทนไม่ได้เป็นต้น

2)การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เป็นการให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและปัญหาต่างๆของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะคนเลี้ยงดูจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเองนอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวันซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วยทั้งสองกรณีการทำครอบครัวบำบัดและให้ความรู้เรื่องโรครวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยได้เป็นอย่างดี

3)กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลโดยส่งเสริมความรู้สึกว่ามีเพื่อนมีคนที่เข้าใจไม่โดดเดี่ยวมีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กันฝึกทักษะทางสังคมเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจแก่กัน

4)นิเวศน์บำบัดเป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษาประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆภายในหอผู้ป่วยการจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆเท่าที่พอทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตัวเองผู้ป่วยลดความรู้สึกว่าการอยู่โรงพยาบาลเหมือนอยู่ให้ผ่านพ้นไปวันๆเท่านั้น

อัตราความทุกข์ของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชการสำรวจเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนปี 2541 พบอัตราป่วยด้วยโรคจิตร้อยละ 0.4 โดยที่ผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ามารับ บริการในสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ 2540-2544 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีโดยมีอัตรา

ปี	อัตรา (ต่อแสนประชากร)
2540	440.17
2541	435.37
2542	424.81
2543	451.02
2544	519.56

เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.46 ต่อปี

และมีแนวโน้มเข้ามาใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขทั่วไปเพิ่มมากขึ้นทุกๆ ปี จากอัตรา 171.64 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2540 เป็น อัตรา 292.15 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2544 เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.58 ทั้งนี้เนื่องจากการขยายการจัดระบบบริการจิตเวชในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการจากสถานบริการใกล้บ้านและสามารถเข้าถึงบริการจิตเวชมากกว่าในอดีต ในขณะที่มีการใช้บริการในสถานบริการเฉพาะทางด้านจิตเวชลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2540-2544 จากอัตรา 253.37 เป็น185.80 เฉลี่ยลดลงร้อยละ 14.27 แต่กลับมีการเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2542-

2544 จากอัตรา 185.80 เป็น 227.41 ต่อแสนประชากร แสคนคน เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.81 เนื่องจากกรมสุขภาพจิตได้เปิด ปี 2550 พบผู้ป่วย จำนวน 366,554 คิดเป็น 581.48 ต่อแสนประชากร ในช่วงปี 2556 พบผู้ป่วยโรคจิต 354,695 ราย คิดเป็นอัตรา 547. ต่อประชากรแสนคน

สำหรับกลุ่มอายุจะพบมากผู้ป่วยจะเริ่มเป็นช่วงปลายวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 15-35 ปี คิดเป็นอัตรา 7 ต่อ 1,000 คนในประชากรวัยผู้ใหญ่ (ที่มา -ศูนย์สุขภาพจิตที่1-19และกลุ่มพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

2. แนวคิดการจัดบริการคนพิการโดยสถาบัน (IBR)

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสถาบันเป็นฐาน (Institution – based rehabilitation: IBR) เช่น การให้บริการของโรงพยาบาล โรงเรียน การศึกษาพิเศษทั่วไป ศูนย์ฝึกอาชีพผู้พิการ ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) รวมถึงการจัดฝึกอบรมให้ความรู้ต่างๆ แก่ผู้พิการของนักวิชาชีพ นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างการให้บริการผู้พิการอีกรูปแบบหนึ่ง คือ การให้บริการโดยนักวิชาชีพ นักวิชาการที่ออกไปให้บริการผู้พิการที่อยู่ตามบ้าน หรือชุมชน กรณีนี้เรียกว่า “เอาต์ริช” (Outreach services) เช่น การออกหน่วยแพทย์-พยาบาลเคลื่อนที่ การจัดหน่วยทำขาเทียมเคลื่อนที่ การบริการเยี่ยมบ้านและสอนหนังสือผู้พิการตามบ้านของศูนย์การศึกษาพิเศษ เป็นต้น

ซึ่งแบบการจัดบริการคนพิการ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีเป้าหมายของการจัดบริการเนื่องจากรัฐธรรมนูญกำหนดให้บุคคลเท่าเทียมกัน โดยไม่อาจกีดกันหรือลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วยเหตุแห่งความพิการ ได้ อีกทั้งผู้พิการมีศักยภาพในการทำประโยชน์แก่ตนเองและสังคม โดยมีรูปแบบการดูแล 2 ลักษณะ คือ

1. การให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

- การตรวจคัดกรอง ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การฟื้นฟูสภาพจิตใจ

- ค้นหาผู้พิการที่ยากไร้ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแลหรือครอบครัวมีความยากลำบากในการดูแล ให้ครบทุกหมู่บ้าน โดยร่วมกับชุมชนในการจัดการให้ความช่วยเหลือจนสามารถดำรงชีวิตอิสระได้

- ตรวจประเมินและให้การดูแลการประสานส่งต่อเพื่อรับสวัสดิการด้านอื่นๆ

- ส่งต่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้บรรลุเป้าหมาย

- การรับอุปการณเครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสม

- ประสานกับพัฒนาสังคมจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปรับสภาพแวดล้อมบ้าน/บริเวณที่อยู่อาศัย

- บริการตรวจและรับรองความพิการเพื่อการจดทะเบียนคนพิการและรับสวัสดิการตามสิทธิ

2. การให้บริการในครอบครัว/ชุมชน

- การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยง เพื่อให้การรักษาป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูฯ เช่น การเกิดข้อติดแข็ง แผลกดทับ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะการรับยาต่อเนื่อง (เช่น กรณีคนพิการทางจิต หรือโรคลมชัก)

- การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Communication Base Rehabilitation : CBRX) หมายถึง การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องทั้งระยะกลาง และระยะยาว สำหรับผู้พิการวิธีการจัดการบริการที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นแม่ข่ายสนับสนุนให้มีบริการฟื้นฟูที่บ้าน คือ รพ.สต.ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สร้างทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่มีความต้องการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟู การเยี่ยมจากทีมใหญ่สัปดาห์ละ 1 ครั้งและจากทีม รพ.สต.เกือบทุกวัน กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เพื่อดูแลการทำกายภาพบำบัดที่บ้านและประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟูไปประสานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อวางแผน/ปรับแผนการรักษาฟื้นฟูเป็นระยะและฟื้นฟูระยะยาวต่อไป

- การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านหรือร่วมกับชุมชน เช่น วัด อปท. ซึ่งเป็นการบริการเชิงรุกร่วมกับผู้ดูแลคนพิการ อสม. อาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) และหมอพื้นบ้าน

- การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรืออาสาสมัครหรือผู้ช่วยเหลือคนพิการตามความหมายของ พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 2550

- ตรวจประเมินรับรองผู้พิการรายใหม่ส่งผู้เกี่ยวข้องเพื่อรับรองความพิการและภาวะบกพร่องเพื่อขึ้นทะเบียนและใช้สิทธิการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- ออกหน่วยตรวจคัดกรองตามเกณฑ์ที่กำหนดของ สปสช. ตามกลุ่มอายุและโรคเรื้อรัง

- เยี่ยมดูแลและส่งเสริมสุขภาพทางกายและจิตตามกลุ่มโรค

3. แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (CBR)

3.1 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Rehabilitation: CBR) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึง การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสมรรถภาพดีขึ้น โดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา สังคม และการฝึกอาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนทั่วไป

สำหรับ CBR หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน มีความหมายดังที่บัญญัติขึ้นจากที่ประชุมระหว่างองค์กรต่างประเทศ 3 องค์กร ได้แก่ ILO, UNESCO และ WHO ใน ค.ศ.1994 ดังนี้

“Community-based rehabilitation is a strategy within community development for the rehabilitation, equalization of opportunities and social integration of all people with disabilities. CBR is implemented through the combined efforts of disabled persons themselves, their families and communities, networking with the appropriate health, education, vocational and social services.”

จากความหมายข้างต้นจะเห็นได้ว่า CBR เป็นหลักยุทธศาสตร์ที่รวมอยู่ในการพัฒนาชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อ 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 2) ความเท่าเทียมกันของโอกาส และ 3) ให้คนพิการมีส่วนร่วมและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในสังคม ซึ่งวิธีการที่จะทำให้ได้มาซึ่งเป้าหมายทั้งสามนี้จะต้องอาศัยการประสานกันระหว่างตัวของคนพิการเอง ครอบครัวของคนพิการ และชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่ โดยเป็น โครงข่ายที่เชื่อมโยงกันอย่างเหมาะสมในด้านต่างๆ ได้แก่ การแพทย์ การศึกษา การอาชีพ และการบริการทางสังคม สำหรับคำว่า “ชุมชน” ไม่มีความหมายที่กำหนดตายตัว การให้ความหมายของชุมชนจะขึ้นอยู่กับบริบทนำมาใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ทางสังคมสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งเป็นหลักสำคัญ เช่น ชุมชนอาจหมายถึงชุมชนในชนบท ชุมชนในเขตเมือง เป็นต้น นอกจากนั้นแนวคิดและแนวทาง CBR นี้ ยังสามารถนำมาปรับใช้ได้กับการพัฒนาชุมชน การพัฒนาสังคม รวมถึงการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในสังคมด้านอื่นๆ อีกด้วย

จากที่กล่าวข้างต้นว่า CBR เป็นการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนต้องเป็นฐานของการฟื้นฟูนั้นและริเริ่มโดยความต้องการของชุมชนเอง ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า CBR เป็นแนวคิดที่มีลักษณะสำคัญดังนี้

1. เป็นยุทธศาสตร์ “เชิงรุก” เข้าถึงคนพิการในชุมชน โดยคนพิการและครอบครัว ตลอดจน ชุมชนต้องมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ซึ่งแตกต่างจากการบำบัดฟื้นฟูคนพิการโดยระบบการรักษาพยาบาลในปัจจุบันที่อยู่ในลักษณะ “เชิงรับ”
2. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามความต้องการของชุมชน เน้นการค้นหาและพัฒนาศักยภาพของคนพิการ ครอบครัวและชุมชน โดยสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูทั้งในระดับการวางแผนและการดำเนินงาน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และมีการประสานงานกัน
3. แสวงหาและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาชาวบ้าน ความรู้เดิมของชุมชน เทคโนโลยีพื้นบ้าน และทรัพยากรในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้ว หรืออาจกล่าวว่าจะต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้นให้เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มากที่สุด ไม่พึ่งพิงทรัพยากรภายนอกมากนัก
4. ใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้อง เหมาะสมและประหยัด

3.2 เงื่อนไขของ CBR กิจกรรมหรือโครงการที่จัดว่าเป็น CBR จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้

1. คนพิการจะต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการนั้นทุกขั้นตอนของโครงการ นับตั้งแต่เริ่มการออกแบบโครงการ

2. วัตถุประสงค์หลักของโครงการจะต้องเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Quality of Life, QOL) ของคนพิการ ให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ (Independent Living) ไม่ใช่มุ่งหวังเพียงให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living, ADL) อย่างที่ผ่านมามเท่านั้น

3. มุ่งเน้นในการทำงานกับชุมชนเพื่อส่งเสริมให้คนพิการเกิดทัศนคติทางบวกและให้สมาชิกในชุมชนมีแรงจูงใจที่จะให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมกับโครงการ CBR

4. ต้องเป็น โครงการที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะของชุมชนแต่ละแห่ง

3.3 ปัจจัยหลักของ CBR โครงการ CBR จะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยปัจจัยหลัก ดังนี้

1. การสร้างความตระหนักในปัญหาความพิการและตระหนักในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2. การประสานทรัพยากรเพื่อการพัฒนาและฟื้นฟูคนพิการ

3. การพัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะด้านให้แก่สมาชิกในชุมชน

4. การให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการทำโครงการ CBR ตั้งแต่การวางแผน การอำนวยความสะดวก การประเมินผล การปฏิบัติการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนา ตามแนวคิดที่เป็นหลักการบริหารการพัฒนาที่ยั่งยืน

3.4 บุคคลที่เกี่ยวข้องใน CBR การทำงาน CBR จะเริ่มต้น ดำเนินไป และคงอยู่ได้ในชุมชนนั้นๆ จะต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจ การประสานสัมพันธ์กันของกลุ่มบุคคล 7 กลุ่ม ได้แก่

1. คนพิการในชุมชนนั้น

2. ครอบครัวของคนพิการ

3. ชุมชนของคนพิการ

4. หน่วยงานภาครัฐ ทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และประเทศ

5. องค์กรเอกชน ทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค ประเทศ และต่างประเทศ

6. บุคลากรทางการแพทย์ นักการศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ และวิชาชีพอื่นๆที่

เกี่ยวข้อง

7. นักธุรกิจ

3.5 บทบาทหน้าที่ของผู้ทำงานในชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ CBR ดังที่ทราบว่า CBR เป็นการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยคนในชุมชนเองและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด ดังนั้น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ต่างๆ ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน จึงถือเป็นเพียงผู้ทำงานในชุมชนในการดำเนินโครงการ CBR เท่านั้น ซึ่งจะต้องตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของคนในขอบเขตดังนี้

1. เป็นผู้แนะนำ สาธิต ให้ความรู้แก่คนพิการ ญาติ ครอบครัวคนพิการ และชุมชน

2. เป็นผู้กระตุ้นให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม
3. เป็นผู้ประสานงาน
4. เป็นผู้ส่งต่อในกรณีที่คนพิการต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ
5. เป็นผู้สนับสนุนทางด้านเทคนิคและให้กำลังใจ เพื่อพัฒนางานให้มีในชุมชนต่อไป
6. เป็นแหล่งข้อมูลต่างๆ

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ทำงานในชุมชนในการดำเนินโครงการ CBR จะเป็นเพียงพี่เลี้ยงหรือผู้คอยกระตุ้น (facilitator) ชุมชนในระยะแรกให้สามารถดำเนินโครงการไปได้เท่านั้น มิใช่เป็นผู้ลงมือกระทำโครงการเอง และเมื่อเห็นว่าชุมชนมีความเข้มแข็งพอที่จะดำเนินโครงการได้เองแล้ว ผู้ทำงานในชุมชนฯ จะต้องลดบทบาทของตนลงและถอนตัวออกมาจากโครงการในที่สุด เพื่อให้โครงการ CBR มีความยั่งยืนด้วยความรับผิดชอบของชุมชนนั่นเอง แต่หากพบว่าเมื่อลดบทบาทลงแล้ว การดำเนินโครงการ CBR ของชุมชนเกิดความไม่ราบรื่น ผู้ทำงานในชุมชนฯ ก็อาจจำเป็นต้องกลับไปมีบทบาทในโครงการนั้นอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งความยั่งยืนของโครงการ CBR แต่ละโครงการ อาจใช้เวลานานน้อยต่างกัน ทั้งนี้ ขึ้นกับหลากหลายปัจจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านความเข้มแข็งของชุมชนนั้นๆ

3.6 คุณค่าของงาน CBR งาน CBR มีคุณค่าและมีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคมไทย โดยนำไปสู่สิ่งต่างๆ ดังนี้

1. การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน
2. การจัดการทรัพยากรที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพ
3. การสนับสนุนการปรับทัศนคติในทางบวกแก่คนในชุมชนและตัวคนพิการเอง
4. การสนับสนุนโอกาสและสิทธิของคนพิการ
5. การสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพทุกส่วนตามศักยภาพที่มีอยู่ของคนพิการ
6. การสนับสนุนให้คนพิการอยู่ร่วมกับชุมชนในฐานะสมาชิกที่เสมอภาคในชุมชน มี

ความสุขและ ความอบอุ่น

3.7 CBR กับประเทศไทย CBR ได้เป็นที่รู้จักแพร่หลายในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศเป็นเวลานานหลายสิบปีแล้ว เช่น ประเทศอินโดนีเซียได้เริ่มนำ CBR ไปใช้ในการจัดการปัญหาคนพิการของประเทศตั้งแต่ ค.ศ.1978 ประเทศมาเลเซียได้เริ่มใช้ใน ค.ศ.1983 เป็นต้น สำหรับประเทศไทย การดำเนินงาน CBR เริ่มจากความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกกับกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2526 โดยมี การเปลี่ยนคู่มือการฝึกคนพิการ โดยชุมชนขององค์การอนามัยโลกและฝึกอบรมอาสาสมัครให้ใช้คู่มือดังกล่าว ซึ่งพบว่าผลการดำเนินงานสามารถทำให้คนพิการในชุมชนสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองขึ้นมาได้ระดับหนึ่ง จากนั้นกระทรวงสาธารณสุขโดยศูนย์สิทธิรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติได้ดำเนินงาน CBR อย่างต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน โดยพยายามให้มีการขยายงาน CBR ไปทั่วประเทศ นอกจากนั้น ในช่วงเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมาหน่วยงานอื่นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการหรือมีความสนใจในงานคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่ม

องค์กรพัฒนาเอกชน เช่น มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ มูลนิธิศรีบุญเรืองเพื่อคนพิการ มูลนิธิช่วยเหลือเด็กพิการ อุบลราชธานี เป็นต้น ได้นำ CBR มาใช้ในการดูแลคนพิการบางส่วนของประเทศเช่นกัน โดยมีมูลเหตุจูงใจจากสิ่งต่อไปนี้

1. จำนวนคนพิการในชนบทมีจำนวนมาก
2. บริการที่รัฐให้แก่คนพิการที่มีอยู่เดิมนั้น ไม่ทั่วถึงและคนพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการเหล่านั้นได้
3. การดูแลฟื้นฟูในศูนย์หรือโรงพยาบาลต้องใช้งบประมาณและบุคลากรมาก
4. คนพิการ ครอบครัว และชุมชนของคนพิการ ขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
5. ความยากลำบากในการกลับสู่สังคมเดิมของคนพิการหลังจากได้รับบริการ
6. ชุมชนของคนพิการมีศักยภาพเพียงพอในการดูแลสมาชิกของตนเอง แต่ไม่ได้มีการนำ ศักยภาพเหล่านั้นมาใช้ให้เป็นประโยชน์

4. แนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน ที่คนพิการเป็นมนุษย์

สิทธิมนุษยชน (Human Right) หมายถึง สิทธิที่มนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรอง ทั้งความคิดและการกระทำที่ไม่มีการล่วงละเมิดได้ โดยได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และสนธิสัญญาระหว่างประเทศ

1.ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) หมายถึง คุณสมบัติ จิตใจ สิทธิเฉพาะตัวที่พึงสงวนของมนุษย์ทุกคน และรักษาไว้มิให้บุคคลอื่นมาล่วงละเมิดได้ การถูกละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จึงเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการคุ้มครองและได้รับความยุติธรรมจากรัฐ

2.สาเหตุที่มนุษย์ต้องได้รับความคุ้มครองสิทธิมนุษยชน เกิดจาก

1. มนุษย์ทุกคนเกิดมาแล้วย่อมมีสิทธิในตัวเอง
2. มนุษย์เป็นสัตว์สังคม
3. มนุษย์มีเกียรติภูมิที่เกิดมาเป็นมนุษย์
4. มนุษย์ทุกคนเกิดมามีฐานะไม่เท่าเทียมกัน

3.หลักการสำคัญที่สุดของสิทธิมนุษยชน คือ มนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้รับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ และกำหนดให้รัฐบาล ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐดำเนินการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของประชาชนทุกคน

4. การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย

1. สังคมไทยเป็นสังคมที่ต่างเชื้อชาติ ศาสนา เผ่าพันธุ์ สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างสันติ จนกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวในความเป็นไทยโดยไม่มีการแตกแยก ขอมรับความหลากหลาย มีจิตใจเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน จึงไม่มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนในเรื่องการแบ่งชนชั้น หรือเผ่าพันธุ์ แต่การละเมิดสิทธิมนุษยชนก็ยังปรากฏอย่างต่อเนื่อง เช่น การละเมิดสิทธิเด็ก เช่น การละเมิดทางเพศ แรงงาน ขาเสด็จ อายุมข ความรุนแรงในการลงโทษ การละเมิดสิทธิสตรี ในสังคมไทยยังปรากฏการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงในครอบครัว ความรุนแรงทางเพศในที่สาธารณะ ที่บ้าน ที่ทำงาน สถานกักกัน การล่อลวงทางอินเทอร์เน็ต โรงภาพยนตร์ บันรณเมล์

2. การเข้ามามีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน บุคคลควรมีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนใน สังคมไทยต่อไปนี้

1. ศึกษาเรื่องสิทธิมนุษยชนในสังคมไทยที่พัฒนาความรู้ ทักษะ ค่านิยมในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

2. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของตนเอง บุคลิกภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเต็มที่

3. มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชาติบ้านเมืองอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ใช้สิทธิทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมให้มีประสิทธิภาพ

5. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย องค์กรที่เกี่ยวข้อง

5. กับสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย มีดังนี้

1. คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

2. ศาลต่าง ๆ ได้แก่ ศาลรัฐธรรมนูญ ศาลยุติธรรม ศาลปกครอง และศาลทหาร

3. มูลนิธิเพื่อพัฒนาเด็ก

4. มูลนิธิสงเคราะห์เด็กยากจน ซี.ซี.เอฟ

5. มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก

6. มูลนิธิปวีณาหงสกุลเพื่อเด็กและสตรี

6.ศาลในปัจจุบันจึงมีบทบาทในการให้ความยุติธรรมในด้านสิทธิมนุษยชน เช่น

1. การคุ้มครองผู้เสียหายตามกฎหมาย

2. สิทธิของพยานในคดีอาญาที่จะได้รับการคุ้มครองและปฏิบัติที่เหมาะสม

3. ข้อเสนอพื้นฐานไว้ก่อนว่าผู้ถูกกล่าวหาในคดีอาญาไม่มีความผิด

4. การจัดและคุมขังบุคคลใด ๆ ในคดีอาญาจะกระทำได้นั้นต้องมีคำสั่งหรือหมายศาล ยกเว้นการกระทำผิดซึ่งหน้า

5. สิทธิของผู้ต้องหาในการให้ทนายความหรือผู้ซึ่งตนไว้วางใจเข้าฟังการสอบปากคำ
คนได้สิทธิมนุษยชนตามรัฐธรรมนูญ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มี
บทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิ เสรีภาพและสิทธิมนุษยชนไว้หลายประการ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ | 10. สิทธิในทรัพย์สิน |
| 2. ความเสมอภาคของบุคคล | 11. สิทธิในบริการสาธารณสุข |
| 3. สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย | 12. สิทธิของคนพิการหรือทุพพลภาพและคนชรา |
| 4. สิทธิของผู้ต้องหา | 13. สิทธิของผู้บริโภค |
| 5. สิทธิของพยานและผู้เสียหายในคดีอาญา | 14. สิทธิของชุมชนท้องถิ่น |
| 6. สิทธิของเด็ก | 15. เสรีภาพในการรวมกลุ่ม |
| 7. เสรีภาพในการนับถือศาสนา | 16. สิทธิในการรับรู้และมีส่วนร่วม |
| 8. เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น | 17. สิทธิในการร้องทุกข์และฟ้องคดี |
| 9. เสรีภาพทางการศึกษา | 18. สิทธิและเสรีภาพอื่นๆ |

7. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ

วันที่ 10 ธันวาคม ค.ศ.1948 ประเทศสมาชิกสหประชาชาติได้รับรองปฏิญญาสากลว่า
ด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Right: UDHR) โดยสมัชชาแห่งสหประชาชาติ
ถือเป็นการกำหนดมาตรฐานสากลด้านสิทธิมนุษยชนซึ่งไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ร่วมกับประเทศต่าง ๆ
ให้การรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ

8. สิทธิเด่น ๆ ที่ระบุไว้ในปฏิญญาสากล ว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

สิทธิต่อชีวิต เสรีภาพและความปลอดภัยของบุคคล การศึกษา เสรีภาพทางความคิด
มโนธรรมและศาสนา เสรีภาพแห่งความคิดเห็น การแสดงออก การมีงานทำ การแสวงหาและได้รับการ
ลี้ภัย ในประเทศอื่น (เป็นต้น)

9. วันแห่งสิทธิมนุษยชนโลก

ตรงกับวันที่ 10 ธันวาคม

10. หน่วยงานในสหประชาชาติ (UN)

ที่รับผิดชอบปัญหาสิทธิมนุษยชน (HR) คือสำนักงานข้าหลวงใหญ่สิทธิมนุษยชนที่
เจนีวา (ชื่อเดิมคือ Centre for Human Rights) ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

11. พันธกรณีระหว่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของไทย

ในปัจจุบันประเทศไทยเป็นภาคีสถิติสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนซึ่งสหประชาชาติถือ
เป็น สนธิสัญญาหลัก จำนวน 5 ฉบับ ได้แก่

1. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child - CRC)

2. อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (Convention

on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Woman - CEDAW)

3.กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง
(International Covenant on Civil and Political Rights - ICCPR)

4.กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม
(International Covenant on Economics, Social and Cultural Rights - ICESCR)

5.อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ
(Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination - CERD)

6.อนุสัญญาต่อต้านการทรมานและการปฏิบัติหรือการลงโทษที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรี (Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment - CAT)

7.อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD)

12. คนพิการกับสิทธิมนุษยชนที่กฎหมายรับรอง

ในขณะที่ทุกวันนี้คนพิการถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมในด้านต่างๆ หลากหลายรูปแบบ กฎหมายด้านสิทธิมนุษยชนที่มีอยู่เพียงพอหรือไม่ และยังมีช่องว่างที่ยังส่งผลกระทบต่อคนพิการอยู่หรือไม่

13.สภาพปัญหาของคนพิการคนพิการในปัจจุบันถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมในด้านต่างๆ แบ่งเป็น 8 กรณี ได้แก่

- 1.ด้านการจ้างงานและอาชีพ
- 2.ด้านการศึกษา
- 3.การใช้สินค้าหรือบริการ
- 4.ด้านอาคารสถานที่ การคมนาคมขนส่ง
- 5.การให้บริการทางสังคม เช่นการแพทย์ สวัสดิการสังคม
- 6.การเข้าเป็นสมาชิกของสมาคม การเข้าถึงนโยบายแผนงาน โครงการต่างๆ
- 7.การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี
- 8.การละเมิดสิทธิ และไม่สามารถเข้าถึงความเป็นธรรมต่างๆ

ด้านการจ้างงานนั้นพบว่าการออกประกาศรับสมัครคนพิการเข้าทำงานของบริษัทเอกชนบางแห่ง แต่กำหนดคุณสมบัติไว้สูงมากแม้คนทั่วไปก็ยังยากที่จะมีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศ ขณะที่อัตราเงินเดือนกลับกำหนดให้เท่ากับคนที่จบชั้น ปวช. เหมือนกับเป็นแค่การแกล้งประกาศรับสมัครงาน แต่ไม่ตั้งใจรับคนพิการเข้าทำงานจริงหรือรับเข้าทำงานเพื่อจะได้แจ้งกับทางการว่าได้ปฏิบัติตามกฎหมายแล้ว จากนั้นก็ให้คนพิการออกจากงานโดยอ้างว่าไม่มีความสามารถในการทำงานเพื่อที่จะได้รับการยกเว้นตามกฎหมายกระทรวงเคม (พ.ศ. 2537) ที่กำหนดให้บริษัทเอกชนที่มีลูกจ้างเกิน 200 คนขึ้น

ไปต้องรับคนพิการเข้าทำงานในอัตราส่วนลูกจ้าง 200คน ต่อคนพิการ 1 คน มิฉะนั้นจะต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแทน

ด้านการศึกษาของคนพิการนั้นมีการร้องเรียนว่าโรงเรียนบางแห่งไม่รับนักเรียนพิการเข้าเรียน โดยอ้างว่ามีครูไม่เพียงพอ ทั้งยังไม่มีการจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้เอื้อกับนักเรียนพิการ ในส่วนของการใช้สินค้าหรือบริการก็มีการร้องเรียนว่าบริษัทประกันชีวิตไม่รับประกันชีวิตคนพิการบางกลุ่ม คือ คนตาบอด เพราะเห็นว่ามีความเสี่ยงสูงรวมทั้งบริษัทการบินบางแห่งมีข้อห้ามไม่ให้คนพิการที่นั่งรถเข็นขึ้นเครื่องบินโดยไม่มีผู้ดูแลไปด้วย เพราะมองว่าคนพิการคือผู้ป่วยซึ่งอาจเกิดภาวะเจ็บป่วยในระหว่างอยู่ในเครื่องบินได้ นอกจากนี้คนตาบอดยังถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่สามารถไปเปิดบัญชีธนาคารตามลำพังด้วยตนเองได้ ต้องให้คนปกติที่ไม่พิการทางการเห็นสองคนไปรับรองกรณีหากเกิดความเสียหายแทนธนาคาร"แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีอาคารสถานที่ของทางราชการและของเอกชนบางแห่ง จัดตั้งอำนวยความสะดวกให้กับคนพิการตามกฎหมายแล้วแต่ก็ยังไม่รวมไปถึงอาคารเก่าที่ก่อสร้างก่อนมีกฎหมายบังคับใช้ อีกทั้งพบว่า การโดยสารทางรถไฟก็ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับคนพิการอย่างเพียงพอทำให้คนพิการเข้าถึงบริการนี้ได้อย่างยากลำบาก จึงมีคนพิการร้องเรียนเข้ามาจำนวนมาก"

ส่วนด้านการแพทย์และสวัสดิการสังคมนั้นพบว่า ในระบบประกันสังคมจะไม่จ่ายเงินค่าแขนขาเทียมให้ผู้ประกันตน ที่จำเป็นต้องใช้แขนขาเทียมหรือกายอุปกรณ์ประเภทอื่นแม้ถูกจ้างผู้ประกันตนที่เป็นคนพิการจะส่งเงินสมทบครบตามที่กฎหมายกำหนดก็ตาม โดยสำนักงานประกันสังคมจะอ้างว่าผู้ประกันตนมีสภาพความพิการมาก่อนเข้าสู่ระบบประกันสังคมหรือรายการวัสดุทางการแพทย์บางรายการที่จำเป็นต้องคนพิการ คณะกรรมการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคมยังไม่ออกประกาศกำหนดให้เป็นรายการวัสดุทางการแพทย์ที่ผู้ประกันตนสามารถเบิกจ่ายได้ นอกจากนี้ยังถูกตัดสิทธิจาก สปสช.จากกายอุปกรณ์บางรายการที่ไม่สามารถเบิกได้ทำให้คนพิการเดือดร้อน ซึ่งเท่ากับว่า การให้บริการของระบบประกันสุขภาพระบบต่างๆ ในสังคมไทยยังไม่เท่าเทียมกันเช่น การเบิกจ่ายค่าประสาทหูเทียม จะมีเฉพาะในระบบของข้าราชการเท่านั้น

นอกจากนี้ยังมีปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงการรวมกลุ่มหรือเข้าร่วมสมาคม เช่น สมาคมคนพิการ สงเคราะห์ที่ไม่รับคนพิการเข้าเป็นสมาชิก โดยอ้างว่าร่างกายไม่สมบูรณ์และมีการร่างข้อบังคับของสมาคมคนพิการ โดยระบุว่า สมาชิกสามัญและกรรมการต้องเป็นคนพิการแต่เฉพาะตำแหน่งนายกสมาคมจะเป็นคนพิการหรือไม่ก็ได้ แต่การศึกษาขั้นต่ำปริญญาตรี ซึ่งถือว่าเป็นการกีดกันหรือเลือกปฏิบัติคนพิการ

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีนั้นผู้ร้องเรียนว่ายังไม่มีบริการคนพิการอย่างเป็นรูปธรรม และในส่วนของสื่อโทรทัศน์ช่วงรายการข่าวก็มีล่ามภาษามือสำหรับการรับชมรายการของคนพิการทางการได้ยินหรือคนหูหนวกเพียง 2 ช่องเท่านั้น คือ ช่อง 11 และช่องทีวีไทย

ส่วนปัญหาที่พบมากในคนพิการอีกเรื่องหนึ่งคือเด็กและหญิงพิการมักเป็นเหยื่อในอาชญากรรม ถูกข่มขืน ทุบตี แม้กระทั่งนำมาเป็นอาชีพขอทาน

และสุดท้ายไม่สามารถเข้าถึงความเป็นธรรมต่างๆเช่น พ่อแม่ที่มีลูกพิการ แต่ไม่ได้ไปแจ้งเกิด จนกระทั่งอายุ 18 ปี เมื่อภาครัฐมีสวัสดิการต่างๆ สำหรับคนพิการเพิ่มมากขึ้น จึงได้ไปขอเพิ่มชื่อเข้าทะเบียนบ้านแต่เจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียนแจ้งว่าต้องพิสูจน์การเป็นบุคคลสัญชาติไทยโดยการตรวจดีเอ็นเอ เปรียบเทียบกับบุคคลในครอบครัวที่เป็นบุคคลสัญชาติไทย แต่ปัญหาก็คือครอบครัวของคนพิการส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อยไม่มีเงินเสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ในขณะที่กระทรวงมหาดไทยเองก็กำหนดให้มีวิธีพิสูจน์ได้หลายแบบ แต่เจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียนกลับให้ใช้วิธีการตรวจดีเอ็นเอเพียงอย่างเดียวเท่านั้นจึงเข้ามาร้องเรียนกับ พก.

14.สิทธิสำคัญที่คนพิการถูกละเมิด

- 1.สิทธิในชีวิตและร่างกาย
- 2.สิทธิในสภาพบุคคล เช่น สิทธิในสัญชาติ สิทธิในครอบครัว
- 3.สิทธิในทางเศรษฐกิจและสังคม สิทธิในการทำงาน สิทธิในการศึกษา(ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน) และสิทธิในสวัสดิการสังคม
- 4.สิทธิทางการเมืองและเสรีภาพในทางสติปัญญา โดยคนพิการถูกจำกัดสิทธิดังกล่าวในแง่การรวมกลุ่มและความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณะ

15.กฎหมายไทยที่รับรองและคุ้มครองคนพิการ

ปัจจุบันมีการตรากฎหมายออกมารับรองและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคนพิการมากมาย ตัวอย่างเช่น

16.กฎหมายรัฐธรรมนูญ มีบทบัญญัติสำคัญ เช่น บททั่วไป

มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง

มาตรา 26 การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กรต้องคำนึง ถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้

มาตรา 27 สิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้โดยชัดแจ้งโดยปริยายหรือโดยคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ ย่อมได้รับความ คุ้มครองและผูกพันรัฐสภา คณะรัฐมนตรี ศาล และองค์กรอื่น ของ รัฐ โดยตรงในการตรากฎหมายการใช้บังคับกฎหมายและการตีความกฎหมายทั้งปวง

มาตรา 28 วรรค 2 บุคคลซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้เพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้

ความเสมอภาค

มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกันชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิดเชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกาย หรือสุขภาพสถานะของบุคคล สถานะทางเศรษฐกิจหรือสังคมความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ข้อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม

สิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล

มาตรา 32 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย การทรมาน การทรมานหรือการลงโทษด้วยวิธีการโหดร้ายหรือ ไร้มนุษยธรรมจะกระทำมิได้แต่การลงโทษ ประหารชีวิตตามที่กฎหมายบัญญัติไม่ถือว่าเป็นการลงโทษด้วยวิธีการโหดร้ายหรือไร้มนุษยธรรมตามความในวรรคนี้

สิทธิและเสรีภาพในการศึกษา

มาตรา 49 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับการศึกษาไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐจะต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพหรือผู้อยู่ในสถานะยากลำบากต้องได้รับสิทธิตามวรรคหนึ่งและการสนับสนุนจากรัฐเพื่อให้ได้รับการศึกษาโดยทัดเทียมกับบุคคลอื่น การจัดการศึกษาอบรมขององค์กรวิชาชีพหรือเอกชนการศึกษาทางเลือกของประชาชน การเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเรียนรู้ตลอดชีวิตย่อมได้รับความคุ้มครองและส่งเสริมที่เหมาะสมจากรัฐ

สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ

มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัด โรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

มาตรา 54 บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ บุคคลพิการย่อมได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

สิทธิในข้อมูลข่าวสารและการร้องเรียน

มาตรา 56 (สิทธิได้รับทราบและเข้าถึงข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะ) บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับทราบและเข้าถึงข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะในครอบครองของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่นเว้นแต่การเปิดเผยข้อมูลหรือข่าวสารนั้นจะ

กระทบต่อความมั่นคงของรัฐ ความปลอดภัยของประชาชนหรือส่วนได้เสียอันพึงได้รับความคุ้มครองของบุคคลอื่นหรือเป็นข้อมูลส่วนบุคคล

สิทธิคนพิการตาม พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550

ใน มาตรา 20 มีการบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิคนพิการไว้ว่า มีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ดังต่อไปนี้

(1) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมพฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ และการสร้างเสริมสมรรถภาพให้ดีขึ้น ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

(2) การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติหรือแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสมในสถานศึกษาเฉพาะหรือในสถานศึกษาทั่วไป หรือการศึกษาทางเลือก หรือการศึกษานอกระบบโดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม

(3) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การให้บริการที่มีมาตรฐาน การคุ้มครองแรงงาน มาตรการเพื่อการมีงานทำ ตลอดจนได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ และบริการสื่อ สิ่งอำนวยความสะดวก เทคโนโลยีหรือความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อการทำงานและประกอบอาชีพของคนพิการ ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานประกาศกำหนด

(4) การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ตลอดจนได้ รับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

(5) การช่วยเหลือให้ เข้าถึงนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม การพัฒนาและบริการอันเป็นสาธารณะ ผลิตภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือทางกฎหมายและการจัดหา ทุนายความว่าต่างแก่ ต่างคดี ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

(6) ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการ โทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสารสำหรับคนพิการทุกประเภทตลอดจนบริการสื่อสารสาธารณะจากหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้ รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกำหนดในกฎกระทรวง

(7) บริการล่ามภาษามือตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

(8) สิทธิที่จะนำสัตว์นำทาง เครื่องมือหรืออุปกรณ์นำทาง หรือเครื่องช่วยความพิการใด ๆ ติดตัวไปในยานพาหนะหรือสถานที่ใด ๆ เพื่อประโยชน์ในการเดินทาง และการได้ รับสิ่งอำนวยความสะดวก

สะดวก อันเป็นสาธารณะ โดยได้ รับการยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียม และค่าเช่าเพิ่มเติมสำหรับสัตว์ เครื่องมือ อุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยความพิการดังกล่าว

(9) การจัดสวัสดิการเบี่ยงความพิการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

(10) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ ช่วยคนพิการ หรือการจัดให้ มีสวัสดิการอื่น ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ ผู้ช่วยเหลือคนพิการ ให้ มีสิทธิได้ รับ การลดหย่อนหรือยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียมตามระเบียบ ที่คณะกรรมการกำหนด คนพิการที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการ มีสิทธิได้ รับการจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและการเลี้ยงดู จากหน่วยงานของรัฐ ในกรณี ที่มีสถานสงเคราะห์เอกชนจัดที่อยู่อาศัยและสวัสดิการให้ แล้ว รัฐต้องจัดเงินอุดหนุนให้ แก่สถานสงเคราะห์เอกชนนั้น ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542

มาตรา 10 ระบุว่า “การจัดการศึกษาต้องจัดให้บุคคลมีสิทธิและ โอกาสเสมอกัน ในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย

การจัดการศึกษาสำหรับบุคคลซึ่งมีความบกพร่องทางร่างกายจิตใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม การสื่อสาร และการเรียนรู้ หรือมีร่างกายพิการหรือทุพพลภาพหรือบุคคลซึ่งไม่สามารถพึ่งตนเองได้ หรือไม่มีผู้ดูแลหรือด้อยโอกาสต้องจัดให้บุคคลดังกล่าวมีสิทธิ และ โอกาสได้ รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน เป็นพิเศษ

การศึกษาสำหรับคนพิการในวรรคสองให้จัดตั้งแต่แรกเกิดหรือพบความพิการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และให้บุคคลดังกล่าวมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อบริการและความช่วยเหลือ อื่นใดทางการศึกษาตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 60 ให้รัฐจัดสรรงบประมาณแผ่นดินให้กับการศึกษาในฐานะที่มีความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทยโดยจัดสรรงบประมาณเพื่อการศึกษา จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรทางการศึกษาอื่นเป็นพิเศษให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการจำเป็นในการจัดการศึกษาสำหรับผู้เรียนที่มีความต้องการเป็นพิเศษแต่ละกลุ่มตามมาตรา 10 วรรคสอง วรรคสามและวรรคสี่ โดยคำนึงถึงความเสมอภาค ในโอกาสทางการศึกษา และความเป็นธรรม ทั้งนี้ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง”

กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา พ.ศ. 2545

กฎกระทรวงนี้ ออกตามความในมาตรา 10 วรรคสามแห่งพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 สาระที่สำคัญคือการให้สิทธิประโยชน์แก่คนพิการ หรือผู้ปกครอง ดังนี้

1. ขอขมสิ่งอำนวยความสะดวก และสื่อทางการศึกษาตามรายการใน บัญชี ก. โดยต้องทำสัญญาขมและสัญญาค้ำประกัน
2. ขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาตามบัญชี ข. และขอรับ “บริการ” ตาม บัญชี ค.
3. ขอรับเงินอุดหนุนเป็นคูปอง เพื่อนำไปรับ “บริการ”ตามบัญชี ค
- 4.ขอขมเงิน เพื่อจัดซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ตามบัญชี ก. และบัญชี ค.และส่งหลักฐานการจ่ายเงินให้หัวหน้าสถานศึกษา

กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรงบประมาณทางการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2545 กฎกระทรวงนี้ ออกตามความในมาตรา 10 วรรคสามแห่งพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 สาระที่สำคัญคือ “ให้จัดสรรงบประมาณแต่ละปีเป็นเงินอุดหนุนสำหรับ คนพิการตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาพ.ศ.2545 ในอัตราที่มากกว่าแต่ไม่เกินห้าเท่าของเงินอุดหนุนด้านสื่อ และวัสดุการศึกษาที่จัดสรรให้แก่นักเรียนทั่วไปต่อคน” ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 คนพิการได้รับเงินอุดหนุนตามกฎหมายกำหนดนี้ คนละ 2,000 บาท

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

มาตรา 15 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของทหารผ่านศึก และคนพิการ

ข้อ 2 ให้ทหารผ่านศึกหรือคนพิการใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ณ หน่วยบริการประจำของตน เว้นแต่ในกรณีมีความจำเป็นอาจไปใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขหรือหน่วยบริการอื่นของรัฐก็ได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุไร ทัพวงษ์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการศึกษาพบว่า โรงเรียนและจำนวนนักเรียนในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเชิงปริมาณมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง ปัญหาอุปสรรคของการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ มีปัญหาความหลากหลาย ได้แก่ ความชัดเจนของกฎ ระเบียบ หลักเกณฑ์การจัดการศึกษา การบริหารทั่วไป การบริหารบุคลากร ด้านวิชาการ งบประมาณ ความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

ครูการศึกษาพิเศษ ความหลากหลายของนักเรียน การให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการความช่วยเหลืออื่นทางการศึกษา การนิเทศติดตามและประเมินผลการศึกษา

อัญมณี นูรณากนนท์ และคณะ (2553) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง โครงการศึกษาการจัดทำมาตรฐาน ผู้ช่วยคนพิการพบว่า ศักยภาพและข้อจำกัดคนพิการและครอบครัว ได้แก่ คนพิการทางจิตใจ หรือ พฤติกรรมและครอบครัว จะแบ่งคนพิการเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน และระยะไม่เฉียบพลัน กลุ่มระยะเฉียบพลัน มีความสามารถดูแลตนเองในบ้าน และสัมพันธ์กับผู้อื่นได้บ้าง แต่มีข้อจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่วนกลุ่มที่อยู่ในระยะไม่เฉียบพลัน มีข้อจำกัดในทุกด้าน

มูลนิธิสถาบันวิจัยกฎหมาย (2553) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง โครงการศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุง พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ผลการศึกษาพบว่า สิทธิด้าน สุขภาพ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการฯ ได้กำหนดให้คนพิการ มีสิทธิได้รับสวัสดิการและความช่วยเหลือจากรัฐเกี่ยวกับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการ ทาง การแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริม พัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือ เสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น สิทธิด้านการศึกษา คนพิการมีสิทธิได้รับสวัสดิการและการช่วยเหลือจากรัฐในด้านการศึกษาคตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติหรือแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสมในสถานศึกษาเฉพาะหรือ ในสถานศึกษาทั่วไป หรือการศึกษาทางเลือก หรือการศึกษานอก ระบบ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม สิทธิด้าน การทำงาน คนพิการมีสิทธิได้รับสวัสดิการและการช่วยเหลือจากรัฐในด้านการทำงาน การฟื้นฟู สมรรถภาพด้านอาชีพ การให้บริการที่มีมาตรฐาน การคุ้มครองแรงงาน มาตรการเพื่อการมีงานทำ ตลอดจนได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ และบริการสื่อ สิ่งอำนวยความสะดวก เทคโนโลยี หรือความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อการทำงานและประกอบอาชีพของคนพิการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานประกาศกำหนด นอกจากนั้น กฎหมายยังได้กำหนดให้ นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐรับคนพิการเข้าทำงานตามลักษณะของงาน ในอัตราส่วนที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการหรือหน่วยงานของรัฐ แต่หากนายจ้าง หรือเจ้าของสถานประกอบการไม่ได้รับคนพิการเข้าทำงานตามจำนวนที่กำหนด นายจ้างหรือเจ้าของ สถานประกอบการนั้นต้องส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สิทธิที่จะไม่ถูก เลือกปฏิบัติและการใช้ชีวิตประจำวัน คนพิการมีสิทธิร้องขอให้เพิกถอนการกระทำการหรือควั่น กระทำการที่เป็นการเลือกปฏิบัติ โดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการ โดยให้คนพิการที่ได้รับหรือจะได้รับความเสียหายจากการกระทำในลักษณะที่เป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการมีสิทธิร้องขอ ต่อคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติให้มีคำสั่งเพิกถอนการกระทำหรือมิ ให้กระทำการในลักษณะที่เป็น การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการนั้นได้ และคำสั่งของคณะ

กรรมการฯ ให้เป็นที่ยุติ ซึ่งการร้องขอดังกล่าวไม่ตัดสิทธิผู้ร้องที่จะฟ้องเรียกค่าเสียหายฐานละเมิด โดยศาลมีอำนาจกำหนดค่าเสียหายอย่างอื่นที่มีไว้ตัวเงินให้แก่คนพิการที่ถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมได้ และหาก การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการนั้นเป็นการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ศาลจะกำหนดค่าเสียหายในเชิงลงโทษให้แก่คนพิการ ไม่เกินสี่เท่าของค่าเสียหายที่แท้จริงด้วยก็ได้ ทั้งนี้ การใช้สิทธิร้องขอหรือฟ้องคดีดังกล่าว คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการอาจขอให้องค์กรด้านคนพิการที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ร้องขอหรือฟ้องคดีแทนได้ และการฟ้องคดีไม่ว่าคนพิการเป็นผู้ฟ้องเองหรือองค์กรด้านคนพิการที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ฟ้องแทนให้ได้รับยกเว้นค่าธรรมเนียม คนพิการมีสิทธิในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวก อันเป็นสาระณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง สิทธิที่จะนำสัตว์นำทางเครื่องมือหรืออุปกรณ์นำทาง หรือเครื่องช่วยความพิการใด ๆ ติดตัวไปในยานพาหนะหรือสถานที่ใด ๆ เพื่อประโยชน์ในการเดินทาง และการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ โดยได้รับ การยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียม และค่าเช่าเพิ่มเติมสำหรับสัตว์ เครื่องมืออุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยความพิการดังกล่าว เป็นต้น นอกจากนี้ ได้กำหนดให้มีการออกกฎหมายลำดับรองเพื่อกำหนดรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการกำหนดลักษณะหรือการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะบริการขนส่ง หรือบริการสาธารณะอื่นให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคม และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย เป็นผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ในการออกกฎกระทรวงและระเบียบ และยังกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และมีอำนาจออกกฎกระทรวง ระเบียบ หรือ ประกาศ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงนั้น สำหรับ องค์กรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับคนพิการนั้น เนื่องจากการคุ้มครองสิทธิของคนพิการ มีหลายด้าน หน่วยงานที่รับผิดชอบจึงมีหลายหน่วยงาน โดยมีหน่วยงานหลัก 5 หน่วยงาน ได้แก่ 1) สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) 2) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 3) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 4) กรมการแพทย์ เป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5) กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน เป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงาน

พัชริน วิจิตรลงกรณ์ และคณะ (2550) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง โครงการ เสริมสร้างสุขภาพคนพิการ ในชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษา ภูมิปัญญาการแพทย์ท้องถิ่นอีสาน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อคนพิการ ผู้พิการในสายตาของชุมชน

ครอบครัวแม้แต่ผู้พิการเอง ก็ยังมองว่าความพิการเป็นภาระให้กับคนอื่น ขาดความเชื่อความศรัทธา การแพทย์พื้นบ้านไม่ทันสมัยโบราณงมยา บางรายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็ก่อให้เกิดหนี้สิน เพราะเสียค่ารักษา ค่าเดินทาง ขาดแรงงาน ขาดรายได้ ขาดโอกาสในการพัฒนาชีวิตตนเองไม่มีโอกาส ได้รับการรักษาที่ดี เมื่อมารับการรักษากับหมอพื้นบ้าน จึงไม่ค่อยมีค่ารักษา ส่วนสวัสดิการด้านอื่นๆ สำหรับผู้พิการ ก็ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพได้ และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยากจน เป็นคน ขาดขอบ บางรายไม่มีบัตรประชาชน ไม่ได้รับการรักษาที่ดีและไม่ทั่วถึงทำให้อาการของโรคเรื้อรัง และการแพทย์แผนปัจจุบันก็มีข้อจำกัดในการรักษา ดัดขาดจากชุมชนและญาติ ผู้ป่วยพึ่งตนเองได้น้อย ต้อง อยู่ในความดูแลของแพทย์ พึ่งพาโรงพยาบาล แต่การแพทย์พื้นบ้านเป็นทางเลือกหนึ่งที่เป็นมิตรกับ ผู้ป่วยและชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เภรือญาติ และชุมชน ประหยัดค่าใช้จ่าย ใช้ทรัพยากรของท้องถิ่น นอกจากนั้นหมอพื้นบ้านเองยังได้รวมตัวกันเป็นเครือข่ายชมรมหมอพื้นบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยเหลือกัน ทำให้เกิดความรู้ใหม่ และยังระดมความคิดเห็นเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหของระบบการแพทย์พื้นบ้านร่วมกัน เพื่อพัฒนาการรักษาผู้ป่วยให้พ้น จากการเจ็บป่วย และร่วมกันพัฒนาองค์ความรู้ภูมิปัญญาอันมีค่านี้ไว้สืบต่อไป แหล่งสมุนไพรกับหมอพื้นบ้านกำลังถูกทำลาย พืชสมุนไพรเริ่มหายากมากขึ้น บางชนิดอาจเสี่ยงต่อการสูญพันธุ์ เป็นเหตุให้ การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น หมอพื้นบ้านมีความสัมพันธ์ต่อสมุนไพรอย่างลึกซึ้ง เมื่อไม่มีสมุนไพรก็ไม่ มีหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านทุกคนมีความรู้พื้นฐานด้านสมุนไพร และหมอพื้นบ้านก็เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาแบบนิเวศ ในการประกอบพิธีกรรมต่างๆเป็นการแสดงออกถึงการเคารพธรรมชาติและสิ่ง เหนือธรรมชาติ หมอใหญ่ทุกคนจะเก็บยาเป็น คือไม่ทำลายยาที่เก็บ หมายถึง ไม่ทำลายพันธุ์สมุนไพรที่ เก็บยา แหล่งสมุนไพรหมอใหญ่รู้ดีว่าทุกต้นเป็นยาแหล่งสมุนไพรจึงอยู่บริเวณรอบๆบ้านไปจนถึงป่า ใหญ่หนาที่บ ขึ้นอยู่กับชนิดและสภาพแวดล้อมด้วย สมุนไพรบางชนิดเริ่มหายากมากขึ้น หมอพื้นบ้าน จึงนำสมุนไพรมาไว้ที่บ้านจึงสามารถพบเห็นได้ทั่วไปว่าที่บ้านหมอส่วนใหญ่จะเต็มไปด้วยสมุนไพร หลากชนิด เพราะถ้าไม่ช่วยกันรักษาสมุนไพรอาจหมดไปได้เช่นกันรูปแบบแนวทางการรักษาผู้พิการ พืชสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาผู้พิการมีจำนวน 96 ชนิด และมีรูปแบบของวิธีการรักษาจำแนกออกเป็น 3 ประเภทด้วยกันคือ หมอสมุนไพร หมอเหยียบเหล็กแดง และหมอศัลยกรรม รักษาแผลเบาหวานติดเชื้อ เรื้อรังที่สืบเนื่องมาจากโรคเบาหวาน มีรูปแบบการให้บริการ 3 รูปแบบคือ ผู้ป่วยเดินทางมารับการ รักษาที่บ้านหมอพื้นบ้านแล้วกลับไปรักษาต่อบ้านผู้ป่วยเอง หมอพื้นบ้านเดินทางไปหาผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วย และผู้ป่วยมาพักรับการรักษที่บ้านหมอพื้นบ้าน ทั้งสามรูปแบบนี้มีความจำเป็นที่แตกต่างกันตาม ลักษณะโรคและอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่ปัจจุบันในเขตพื้นที่ศึกษารูปแบบการให้บริการเหลือ 2 รูปแบบส่วนรูปแบบที่สามจำเป็นต้องเลิกให้บริการไปอย่างน่าเสียดาย เนื่องจากกลัวงแรงทางด้าน กฎหมาย ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ส่วนค่ารักษาจะเป็นค่าบูชาครู ผู้ป่วย บางรายไม่มีเงินก็สามารถให้เป็นข้าวสาร อาหารหรือของใช้ก็ได้ เมื่อหายแล้วผู้ป่วยจะทำพิธีขอบคุณ และจ่ายค่ารักษาเป็นเงินทองเพิ่มขึ้นให้กับหมอพื้นบ้านตามความสมัครใจ ตามกำลังทรัพย์ที่มีอยู่

ขั้นตอนการรักษาสุขภาพผู้พิการสามารถแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนคือ การวินิจฉัยและหาสาเหตุของโรค ออกแบบวิธีการและทำการรักษาตามรูปแบบที่ชำนาญ ผู้ป่วยรักษาข้อเข่า และการติดตามผลหรือเยี่ยมผู้ป่วย การสืบทอดองค์ความรู้ส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อว่า จะไม่รับลูกหลานตนเองเป็นศิษย์ การถ่ายทอดวิชาการแพทย์พื้นบ้านต้องมีอายุอย่างน้อย 60 ปีขึ้นไปมิเช่นนั้นหมอฟันบ้านจะอายุสั้น การเลือกศิษย์หมอฟันบ้านจะดูแววของลูกศิษย์ว่าสามารถเป็นหมอฟันบ้านที่ดีได้หรือไม่ ก็ต้องมีจิตใจดี มีความเมตตา กรุณาต่อผู้ป่วย ไม่โลภ ไม่อิจฉาริษยา มีความซื่อสัตย์ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และเคารพครูบาอาจารย์ และเชื่อว่าศิษย์สามารถรักษาสิโรตถาของธิดา (รักษา) และข้อเข่าได้หรือไม่ เพราะบางวิชาที่แข็งถ้าปฏิบัติไม่ได้อาจเป็นอันตรายได้ การสืบทอดจะเป็นลักษณะการเรียนรู้แบบซึมซับวิชาความรู้และจิตวิญญาณจากหมอฟันบ้านโดยตรงตัวต่อตัว หมอฟันบ้านส่วนใหญ่จะเป็นแบบอย่างอันดีงามเป็นที่พึ่งเป็นที่เคารพนับถือของชุมชน ด้วยเหตุผลเหล่านี้ทำให้การรับศิษย์จึงมีข้อจำกัด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปาริชาติ สุวรรณบุบผา และคณะ (2549) การศึกษาวิจัยเรื่อง พระพุทธศาสนากับการเสริมสร้างพลังในการดำรงชีวิตและ ทัศนคติที่เหมาะสมของคนพิการ กรณีคนพิการในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อตนเอง และสังคมยังมีท่าทีไม่เหมาะสมในการให้โอกาสต่อคนพิการ ชุมชนสงฆ์ยังไม่สามารถตอบสนองให้คนพิการได้พึ่งพิงในฐานะที่เป็นบ่อเกิดของธรรมบ่าบัค ธรรมชาติน่าบัค และชุมชนน่าบัคได้เท่าที่ควรจะเป็น

สงวนศรี แดงบุญงาม และคณะ (2549) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 4 ภาค ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยหมอฟันบ้าน พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ไม่เคยไปรักษากับหมอฟันบ้าน เนื่องจากไม่เชื่อหรือกลัวถูกหลอก ส่วนผู้ที่เคยไปรักษาเพราะมีความเชื่อหรือศรัทธา และผู้ที่แนะนำให้ไปรักษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว โดยไปรักษากับหมอพระมากที่สุด รองลงมา คือหมอดู

นางเจนจิรา เทศทิพย์ (2549) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การสังเคราะห์องค์ความรู้ ชุดโครงการวิจัย เรื่อง ศาสนากับคนพิการในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า หลักคำสอนในศาสนาทุกศาสนามีแนวปฏิบัติให้บุคคลทั่วไปและคนพิการได้ใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทางกายและใจ แต่ละศาสนาได้วางหลักแนวข้อพึงปฏิบัติ และข้อห้ามปฏิบัติต่อคนพิการ เพื่อธำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของคนพิการ และความเท่าเทียม เพื่อช่วยให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตร่วมอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ศาสนามีพลังที่จะสนับสนุนเป็นกำลังใจ และเยียวยาคนพิการให้ออกจากความทุกข์ทางร่างกายสู่การพัฒนาตนเองให้ถึงศักยภาพสูงสุด และพึ่งพาตนเองได้ ดังกรณีศึกษาของผู้พิการชาวพุทธ คริสต์ และมุสลิม ที่ได้รับพลังศาสนาจนสามารถใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจได้เป็นอย่างดี สามารถเป็นอุปถัมภ์ธรรม เป็นผู้ชี้แนะ ให้กำลังใจแก่ผู้ที่ตกอยู่ในความทุกข์ ทั้งผู้ที่พิการและไม่พิการในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้ด้วย ปัญหาอุปสรรคของการเข้าถึงศาสนาของคนพิการได้แก่ ความจำกัดทางด้านร่างกาย การขาดการสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิดในการนำคนพิการเข้าสู่ศาสนา สภาพแวดล้อมของศาสน

สถานที่ขาด สื่อ ถึงอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการประเภทต่างๆ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ไม่เอื้อต่อผู้พิการ ข้อห้ามในศาสนาบางประการ เช่น การห้ามมิให้อุปัชฌาย์อุปสมบทและบรรพชาแก่ผู้พิการในพระพุทธศาสนา การห้ามมิให้ผู้พิการถวายเครื่องสักการะในพระวิหารในคริสต์ศาสนา ตลอดจนความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้เผยแพร่ศาสนา และสถาบันศาสนาต่อหลักคำสอนที่เกี่ยวกับผู้พิการ ทำให้มีผลการปฏิบัติเชิงลบต่อผู้พิการ ศาสนาสามารถมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและเยียวยาคนพิการได้เป็นอย่างดี หากสถาบันศาสนาสามารถสนับสนุนและส่งเสริมให้คนพิการมีโอกาสเข้าถึงศาสนา โดยร่วมกับคนพิการองค์กรคนพิการ ครอบครัวคนพิการ และผู้เกี่ยวข้อง จัดอุปสรรคต่างๆ ข้างต้น คนพิการจะสามารถนำศาสนามาใช้เป็นกำลังใจเยียวยาจิตใจตนเองให้ออกจากทุกข์สู่การพัฒนาตนเองให้ถึงศักยภาพสูงสุด

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นเรื่องแนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการจิตพฤติกรรมโดยครอบครัว ชุมชน องค์กรที่เกี่ยวข้อง ในอำเภอสีดา ในครั้งนี้ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกันอยู่ 4 ส่วน คือ คนพิการจิตพฤติกรรม(ผู้ป่วยทางจิต) ชุมชน องค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้องประสานกันในการดูแลคนพิการทางจิต เพราะลักษณะของการเกิดโรคนั้นถ้าครอบครัว มีความรู้เรื่องอาการเริ่มแรกของโรคจิตก็จะสามารถ นำเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ทันไม่ปล่อยให้ เป็นมากแล้วถึงรู้ ส่วนชุมชนเพื่อบ้านที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้มีอาการทางจิตก็จะสังเกตเห็นความผิดปกติของผู้ป่วยได้ก็จะสามารถบอกกล่าวยังครอบครัวผู้ป่วยได้ส่วนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ก็จะเฝ้าระวังร่วมกับ ชุมชน ซึ่งมี ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ร่วมกันสร้างแนวทางและระบบการดูแลตามธรรมชาติการดำเนินของโรคจิต ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการป่วยเป็น โรคจิต การรักษาผู้ป่วยโรคจิต และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคจิต ที่ต้องประสานกันตั้งแต่ ครอบครัว ของผู้ป่วย ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีและประสบการณ์งานวิจัยจากพื้นที่อื่นมาเป็นแนวทางวิจัยในครั้งนี้และมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

บทคัดย่อวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(1): 89-100ขวัญสุดา บุญทศวัตอุประสงค์ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเพื่อขยายความ (exploratory descriptive study)อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่นวิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 106 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 18 ราย และเครือข่ายที่ให้การสนับสนุน ประกอบด้วยสมาชิกครอบครัวจำนวน 47 ราย และสมาชิกชุมชนที่ให้การสนับสนุน จำนวน 41 ราย ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในการเก็บข้อมูลแล้ววิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และจัดหมวดหมู่สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท มีเครือข่ายระหว่าง 3-8 คน ต่อ 1 คน เครือข่ายลำดับแรกๆ ที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุด คือ แม่ พี่ชาย/พี่สาว พ่อ และบุคลากรทางสุขภาพตามลำดับโดยให้ความสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจมากที่สุด รองลงมาคือการให้ในด้านข้อมูลคำแนะนำการให้สิ่งของ และการสนับสนุนด้านการจ้างงาน การเสริมแรงบวก การช่วยให้รับรู้คุณค่า

การให้เงิน ส่วนการส่งเสริมหรือจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพพบว่าได้รับความสนับสนุนน้อยที่สุดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการช่วยเหลือคือ รายได้น้อย อายุมาก มีปัญหาสุขภาพ อาการทางจิตและความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย ส่วนเหตุผลที่ได้รับการช่วยเหลือคือ เห็นใจสงสาร เป็นบทบาทหน้าที่ และพึงพอใจที่ได้ช่วยเหลือสรุป ผู้ป่วยจิตเภทมีเครือข่ายทางสังคมแคบ โดยมากมักเป็นบุคคลในครอบครัวแม้สวัสดิการที่ได้รับจากรัฐคือการรักษาตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังคงขาดการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมที่หลากหลาย และเสนอให้มีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องนี้ต่อไป

เปรมฤดี คำรักษ์¹ อังคณา วังทอง² นายแพทย์อนุชิต วังทอง วารสารสมาคมนักวิจัย ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 25573 บทคัดย่อ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ชับซ้อน อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานีกุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ (1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (2) กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิต เภทเรื้อรังซับซ้อน โดยทีมวิจัยได้คัดแปลงกิจกรรมย่อยบางส่วนจากรูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนของโรงพยาบาลสาทรณรมย์ เพื่อความเข้าใจง่ายและความเหมาะสมตามบริบท ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-34 ปีนับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพรับจ้าง สถานภาพทางสังคมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข รองลงมามีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา ส่วนการมี ส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน 7 กิจกรรม สรุปได้เป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 เชื่อมโยงสายใย เป็นการถ่ายทอดตามเจตคติ ความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน วงจรที่ 2 ร้อยใจร่วม กัน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน วงจรที่ 3 ผูกพัน ต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็น รูปแบบหนึ่งที่จัดขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลรักษาและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตัวเองตาม ศักยภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่สำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

เมธศางษณ์ กัตร์ ขวัญฤทธุนารักษ์ องค์ภา สามคถยะ อรอุมา ภูโสภา การสำรวจความต้องการของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตาม แนวทางกิจกรรมบำบัด/อาชีพบำบัด

บทคัดย่อ ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่สอดคล้องกับ ความต้องการและสภาพปัญหาของชุมชน กลุ่มตัวอย่างทำการศึกษา คือกลุ่มชุมชนที่มี ความสุขของผู้ป่วยจิตเวช ตำบลนครเจดีย์อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช 25 คน กลุ่มญาติผู้ป่วย 28 คน กลุ่มเพื่อนบ้าน 29 คน และกลุ่มผู้นำชุมชน 53 คน ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group interviews) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยกาวเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช หรือ การเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่ 1.1) สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต เกิดจากความเครียด ไม่ได้รับการยอมรับ หรือรู้สึกลึกซึ้ง หวัง ยาเสพติด หรือสุรา และกรรมพันธุ์ 1.2) อาการเจ็บป่วยทางจิต ได้แก่ อาการหูแว่วและกลัว อาการนอนไม่หลับ อาการแยกตัว เหม่อลอยและซึมเศร้า 1.3) การรักษาการเจ็บป่วยทางจิตให้ดีขึ้น ได้แก่ การรับประทานยา การทำจิตใจให้ดีขึ้น การเข้าสังคม และ การทำงาน 2) ปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิต คือผู้ป่วยไม่มีรายได้ ทำให้ยากลำบาก ไม่มีความสุข รวมทั้งนอนไม่หลับและร่างกายทรุดโทรม อีกทั้งยังทำให้เกิดปัญหาในครอบครัวและเป็นภาระของญาติและตัวผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ก็จะทำให้เกิดปัญหาเคื้อคร่อนแก่ผู้อื่นในชุมชน 3) ความต้องการการช่วยเหลือ ประกอบด้วย ทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วย การได้รับความสะดวกในการรับยาและได้รับยาตลอด ความต้องการความรู้เรื่องจิตเวช วิธีการปฏิบัติตัวให้หายจากโรคหายจากโรค และวิธีการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย รวมทั้งความต้องการให้ผู้ป่วยมีงานทำ ซึ่งผู้ป่วยก็ต้องการมีงานอาชีพทำเช่นกัน และผู้นำชุมชนต้องการให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 2552; 42: 71-81. คำสำ

เบญจมาศ พฤษกานนท์ การสำรวจระดับความวิตกกังวลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

6.ผลการศึกษาพบว่า

อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบัน (Current prevalence) เท่ากับร้อยละ 12.2 โดยกลุ่มอายุ 15-59 ปี (โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะไฮโปแมนเนีย ภาวะแมนเนีย ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารเสพติด โรคจิต และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย) มีอัตราความชุกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบัน เท่ากับร้อยละ 15.7 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (โรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย) มีอัตราความชุกร้อยละ 6.6 กลุ่มโรคทางอารมณ์ พบอัตราความชุกในปัจจุบัน (Current prevalence) ร้อยละ 3.3 (โรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะไฮโปแมนเนีย ภาวะแมนเนีย ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยมีอัตราความชุกเท่ากับร้อยละ 1.7 0.6 0.5 0.4 และ 0.1 ตามลำดับ) กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ พบร้อยละ 12.4 กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารเสพติด พบร้อยละ 1.4 โรคจิต พบร้อยละ 0.5 ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย พบร้อยละ 6.4 โรคสมองเสื่อม พบร้อยละ 3.9 ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมาก่อน โดยกลุ่มอายุ 15-59 ปี พบร้อยละ 93 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 95 อัตราการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในทุกโรคค่อนข้างต่ำ มีบางโรคเข้าถึงบริการฯ ไม่ถึงร้อยละ

ละ 10 ได้แก่ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ โรคสมองเสื่อม ยกเว้นโรคจิตซึ่งร้อยละ 48 เข้าถึงบริการและได้รับการตรวจวินิจฉัยจำนวน 65 รายหรือร้อยละ 12.9 เป็นผู้ป่วยจิตเวชเดิม หลังจากได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์แล้วได้รับการบริการด้านการรักษาติดตามต่อ โดยเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลรัฐ มีประมาณร้อยละ 5-10 รับการรักษาในสถานพยาบาลเอกชน ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช นอกจากนั้นผู้ป่วยยังได้รับการรักษาด้วยการให้คำปรึกษา กิจกรรมบำบัด การฝึกทักษะทางสังคมด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60) มีบางประเด็นที่เข้าใจผิด เช่น ร้อยละ 41 เข้าใจผิดว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาโรคทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 53) บางประเด็นกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงลบเช่น ร้อยละ 72 คิดว่าเมื่อพูดถึงคำว่า “สุขภาพจิต” จะนึกถึงคนบ้าหรือโรงพยาบาลโรคจิต ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีทั้งปัจจัยด้านบุคคล เศรษฐกิจและสังคม เช่นเพศชาย อายุระหว่าง 25-44 ปี ผู้ที่มีสถานภาพหย่า/แยก/หม้าย ผู้ที่เรียนจบปริญญาตรีหรือสูงกว่าลักษณะภาคหรือพื้นที่ของ CUP รพ.น่านและ CUP รพ. นครพิกค์ ปัจจัยเหล่านี้มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากกว่ากลุ่มลักษณะประชากรอื่น นอกจากนั้นพบปัจจัยอื่น ๆ ที่มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมาก เช่น ผู้ที่มีประวัติเคยป่วยโรคจิตเวช ผู้ที่มีทัศนคติไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด ประสบเหตุการณ์ที่เครียดมากในชีวิต เป็นต้น ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 55-59 ปี ลักษณะภาคหรือพื้นที่ เช่น CUP รพ.ตากสิน ผู้ที่มีโรคประจำตัว 2 โรคหรือมากกว่า มีโอกาสเข้าถึงบริการตรวจ วินิจฉัยและรักษามากผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพติด เสพติด พบโอกาสเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาน้อยกว่าโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคจิต กลุ่มโรคทางอารมณ์ ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย

7.กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ศักยภาพ บริบทความเป็นอยู่ในสังคม และเพื่อแสวงหาแนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

2. ประชากรและกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัย

2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือผู้พิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 63 คน ทีมวิจัยเพื่อท้องถิ่นจำนวน 26 คน บุคลากรในสังกัด CUP(เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ) บัวใหญ่ จำนวน 14 คน รวม 103 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีดา,2555)

2.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างและวิธีสุ่มตัวอย่าง

1) การประเมินศักยภาพของผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกผู้ดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม จำนวน 63 คน

2) ผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมโดยวิธีการสนทนากลุ่ม ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากทีมนักวิจัยเพื่อท้องถิ่นอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 26 คน

3) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม โดยวิธีการสนทนากลุ่ม มีจำนวน 14 คน ได้มาจากการเลือกโดยใช้เทคนิคการบอกต่อ (Snow Ball Sampling) ประกอบด้วยนักวิชาการระดับ CUP (เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ) จำนวน 5 คน ผอ.รพ.สต. จำนวน 5 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้พิการระดับอำเภอ จำนวน 4 คน

3. ขอบเขตของการศึกษา

งานวิจัยนี้ ทำการศึกษาในกลุ่มคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมพร้อมทั้งคนที่ดูแล เขตอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 63 ราย และองค์กรที่เกี่ยวข้อง คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน วัด ชมรม อสม.ชมรมคนพิการ อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) และชุมชน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน

4. กระบวนการและขั้นตอนในการทำวิจัย

ทีมวิจัยได้มีการประชุมทีม พร้อมทั้งได้จัดเวทีเสวนา แสดงความคิดเห็นในการทำวิจัย โดยมี พี่เลี้ยง NODE (คุณพัชรภรณ์ ชนกันฑารักษ์ และคุณณวิศ ตรีวรปรัชญ์) เป็นที่ปรึกษา โดยมี กระบวนการและขั้นตอนในการทำวิจัยดังนี้

วิธีการดำเนินการ

1. จัดประชุมชี้แจง สร้างความเข้าใจทีมนักวิจัยเพื่อท้องถิ่น จำนวน 26 คน เพื่อสร้างความเข้าใจในเป้าหมายในการดำเนินงานและบทบาทนักวิจัยเพื่อท้องถิ่น และจัดทำแผนการดำเนินงานการวิจัย
2. อบรมพื้นฐานการเป็นนักวิจัยและการสร้างเครื่องมือ เพื่อให้ นักวิจัยมีความรู้ความสามารถในการทำวิจัยเพื่อท้องถิ่น
3. ทดลองการใช้เครื่องมือก่อนลงพื้นที่ เพื่อให้ นักวิจัยเกิดความเข้าใจและสร้างเสริมประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล ก่อนลงเก็บข้อมูลจริงในพื้นที่
4. แบ่งทีมนักวิจัยเก็บข้อมูลในพื้นที่ เพื่อให้ นักวิจัยได้ศึกษาข้อมูลด้วยตนเองได้ความรู้จากการศึกษาการเก็บข้อมูล
5. จัดเวทีรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ นักวิจัย สามารถนำข้อมูลในการรวบรวมและร่วมแลกเปลี่ยนกับทีมวิจัยเพื่อท้องถิ่นด้วยกัน
6. จัดเวทีการสนทนากลุ่ม ให้ นักวิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูล มาประกอบการสร้างรูปแบบในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม
7. จัดเวทีสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญระดับ CUP (เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ) ระดับอำเภอ และระดับตำบล ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม
8. จัดเวทีนำเสนอผลการศึกษากลุ่มเป้าหมายและชุมชนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็น แนวทางในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม
9. เขียนรายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์

5. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) และแบบสนทนากลุ่ม (Focus group) ที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพของผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม และรูปแบบในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา

5.1 แบบสอบถาม การวิจัยครั้งนี้มีแบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด คือ

- 1) แบบสอบถามชุดที่ 1 แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล/ผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน คนที่เป็นกำลังหลักในการหารายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวผู้ดูแลคนพิการ ความสัมพันธ์กับคนพิการ การได้รับการอบรมความรู้ ระยะเวลาที่ดูแลคนพิการ กำลังหลักในการดูแลคนพิการ ความรู้สึกต่อคนพิการ และ วิธีการจัดการดูแลพฤติกรรมคนพิการ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการประกอบอาชีพ ประเภทความพิการ การขึ้นทะเบียนคนพิการ ประวัติความพิการ อาการและพฤติกรรมการแสดงออก ความถี่ของการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ที่มีส่วนช่วยในการควบคุมผู้พิการที่แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม การรักษาอาการที่ผิดปกติ โรคประจำตัวของคนพิการ ค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละครั้ง การได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ และสวัสดิการที่ได้รับจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับเกี่ยวกับการประเมินระดับการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 27 ข้อซึ่งมีเกณฑ์ในการตอบดังนี้

ระดับมากที่สุด (5) หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประ โยคนั้นครอบครัวคน พิการ ได้รับการดูแลเป็นอย่างดี สม่่าเสมอ ต่อเนื่อง

ระดับมาก (4) หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประ โยคนั้น ครอบครัวคน พิการ ได้รับการช่วยเหลือมีการปฏิบัติบ่อยๆ

ระดับปานกลาง (3) หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประ โยคนั้น ครอบครัวคนพิการ ได้รับการช่วยเหลือหรือมีการปฏิบัติค่อนข้างบ่อย

ระดับน้อย (2) หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประ โยคนั้น ครอบครัวคน พิการ ได้รับการช่วยเหลือหรือมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง

ระดับน้อยที่สุด (1) หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประ โยคนั้น ครอบครัวคนพิการ ได้รับการช่วยเหลือหรือมีการปฏิบัติน้อยหรือไม่ปฏิบัติเลย

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ ความคิดเห็น ของผู้ให้ข้อมูลและผู้ดูแลคน พิการ เป็นคำถามปลายเปิด ให้ตอบอย่างอิสระ จำนวน 4 ข้อ

1) แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) นำไปให้ ทีมนักวิจัยเพื่อท้องถิ่นจำนวน 26 คน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์กรที่เกี่ยวข้องและแนวทางในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม

2) แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) นำไปให้ กลุ่มนักวิชาการ ผู้รับผิดชอบงานคนพิการระดับ CUP(เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ)อำเภอ ตำบล ช่วยตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม

5.2 การสร้างเครื่องมือ

- 1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม
- 2) สร้างแบบสอบถามชุดที่ 1 โดยทีมนักวิจัยเพื่อท้องถิ่นเป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด และแบบประมาณค่าโดยประยุกต์จากแนวคิดของ (Best.1977) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จ ให้ที่ปรึกษา จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบ และทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)
- 3) แบบสอบถามชุดที่ 2 โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเคราะห์แบบสอบถามชุดที่ 1 มาสร้างแบบการสนทนากลุ่ม นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จ ปรึกษาที่ปรึกษา จำนวน 2 ท่าน ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และให้นักวิจัยเพื่อท้องถิ่นแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางสำหรับการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา
- 4) สร้างแบบการสนทนากลุ่ม เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้พิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ ได้มีการแบ่งความรับผิดชอบ ตามพื้นที่ที่ทีมวิจัยเพื่อท้องถิ่นรับผิดชอบอยู่ ใช้เวลาลงเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ และเก็บตกในรายที่ยังเก็บข้อมูลได้ไม่ครบ หรือเก็บข้อมูลได้เพิ่มเติม

เมื่อได้ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ครบทุกรายแล้ว ทีมวิจัยได้นำไปรวบรวมข้อมูล แปรผลแยกเป็นรายชื่อ เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ง่าย โดยใช้หลักสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าสุด พร้อมทั้งวิเคราะห์จากประเด็นคำตอบ ข้อเสนอแนะของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ แล้วนำข้อมูลมารวบรวมเป็นกลุ่มๆ แยกให้เห็นประเด็นสำคัญของแต่ละข้อ

โดยในกระบวนการนี้ ได้จัดเวทีทำร่วมกันเป็นทีม ให้ทีมวิจัยได้มีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อมูล ซึ่งมีข้อมูลบางส่วนที่ไม่ครบ เพื่อให้สามารถเพิ่มเติมข้อมูลในแต่ละข้อให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น อีกทั้งที่ปรึกษาของทีมมีการกระตุ้นความคิด จุดประกายในประเด็นสำคัญ ชี้ทางให้ทีมวิจัยนำเสนอข้อมูลมาตอบคำถาม และวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รวมทั้งชี้ประเด็นสำคัญที่จะทำให้สามารถนำไปสู่แนวทางในการพัฒนารูปแบบที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองกับความต้องการของคนพิการและครอบครัวได้มากที่สุด

7. กิจกรรมที่วิจัย

กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในนักวิจัยประจำโครงการ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทีมนักวิจัยประจำโครงการเข้าใจการดำเนินงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นมากขึ้น สามารถเตรียมความพร้อมนักวิจัยในการทำงานวิจัยได้

กลุ่มเป้าหมาย

นักวิจัยท้องถิ่นประจำโครงการ จำนวน 40 คน

สถานที่และระยะเวลา

วันที่ 27 เดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2555 ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1 วัน

ขั้นตอนและวิธีการ

1. งานวิจัยที่บ้านคืออะไร กระบวนการคนในชุมชน หรือองค์กรนั้น ที่ได้ร่วมกันคิด ทบทวนสถานการณ์ ตั้งคำถาม วางแผน หาข้อมูล ทดลอง วิเคราะห์ สรุปหาคำตอบ และถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงงานทั่วไป

2. ทีมที่เล็งงานบริหารการสนับสนุนงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นฯ พัฒนาคนพิการ จังหวัดนครราชสีมา ได้ลงร่วมประชุมกับทีมวิจัยเพื่อท้องถิ่นฯ แจ้งโครงการ โดยพูดถึงความเป็นมาของงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น ว่ามีที่มาอย่างไร เนื้อหาสำคัญของงานของงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น(สกว.) ซึ่งงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นที่สนับสนุนโครงการวิจัยในครั้งนี้ อยู่ฝ่ายที่ 5 ของสำนักงานวิจัยที่สังกัดสำนักงานนายกรัฐมนตรีซึ่งมีนโยบายให้หน่วยงานหรือองค์กรชุมชนการศึกษาในการทำงานหรือต้องศึกษาแนวทางในการวิธีการทำงานเพื่อต่อยอดการทำงานของตนเอง

3. พี่เลี้ยงบริหารงานการหนุนงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น ได้แนวคิดในการทำงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น เป็นงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นที่ต้องร่วมรับผิดชอบทุกคน ไม่ใช่เป็นหน้าที่หัวหน้าโครงการวิจัยเท่านั้น ส่วนงานวิจัยที่ได้มาจากการใช้กระบวนการศึกษาที่ทางสำนักงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นเป็นเงินอนุมัติให้สามารถดำเนินการศึกษาเบื้องต้น

4. หัวหน้าโครงการได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยให้ผู้ร่วมโครงการได้เข้าใจสิ่งที่ชี้แจงมาและความสำคัญของงานวิจัยร่วมกำหนดแนวทางของการดำเนินงานวิจัยโดยการทบทวน

ปัญหาอุปสรรค

1. นักวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ทั้งหมด เนื่องจากมีภารกิจทางบ้านที่ต้องรับผิดชอบ

2. หัวหน้าโครงการวิจัยต้องสร้างความเข้าใจเพิ่มเติม เพราะยังมีผู้เข้าร่วมวิจัยท่านที่ยังไม่เข้าใจโครงการ

บทเรียนที่ได้จากกิจกรรม

ผู้นำชุมชนและทีมวิจัย มีความเห็นสอดคล้องในการสร้างทีมงานขึ้นมาพัฒนางานคนพิการในระดับท้องถิ่น เพื่อสามารถนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของครอบครัวคนพิการ และสามารถนำรูปแบบไปพัฒนากลุ่มอื่นได้ ถ้าทุกคนให้ความร่วมมือและช่วยเหลือกันพัฒนาต่อไป

กิจกรรมที่2 กิจกรรมการฝึก ทักษะการพูด ทักษะการฟัง ทักษะการจับประเด็น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ นักวิจัยประจำโครงการ ฝึกทักษะการพูด ทักษะการฟัง ทักษะการจับประเด็น เป็นการค้นคว้าหาข้อมูลในสิ่งที่คนสนใจ และเป็นการเตรียมนักวิจัยประจำโครงการที่จะนำไปสู่กระบวนการฝึกภาคปฏิบัติในการทำวิจัยในวันต่อไปได้

กลุ่มเป้าหมาย

นักวิจัย จำนวน 20 คน

สถานที่และระยะเวลา

วันที่ 8 เดือนตุลาคม ปี พ.ศ.2555 ณ อุทยานแห่งชาติภูแล่นคา อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ระยะเวลา 2 วัน

ขั้นตอนวิธีการ

ใช้เทคนิคจัดการอบรมใช้การศึกษาประวัติของตนเอง โดยให้ทีมวิจัยสามารถเขียนเรื่องราวบอกกล่าวให้คนอื่นได้รับทราบรายละเอียดว่ามีความภาคภูมิใจในการทำงานของตนเองอย่างไร และให้แลกเปลี่ยนกับเพื่อนในการเสนอ และนักวิจัยทั้งหมดจับประเด็นหลักว่าแต่ละคนนำเสนอเรื่องราวอะไรและใครสามารถเล่าเรื่องราวเล่าเรื่องของตนเองได้ดี นักวิจัยฟังเรื่องของเรารู้เรื่องและให้นักวิจัยคนนั้นมานำเสนอว่าตนเองมรเทคนิคอย่างไร ในการเรียบเรียงเรื่องราวที่ตนเองนำเสนอ

ปัญหาและอุปสรรค

การเข้าร่วมประชุมนอกสถานที่ งานวิจัยเป็นสิ่งที่แปลกใหม่ทีมวิจัยยังปรับตัวรับความรู้ใหม่ยังไม่ได้ทีมวิจัยเพื่อท้องถิ่นยังต้องอาศัยพัฒนาไปพร้อมกับเวลาพัฒนา

บทเรียนในการทำกิจกรรม

ช่วงเวลาที่นักวิจัยเขียนประวัติของตนเองเป็นการฝึกการเขียนที่ดีเพราะเป็นเรื่องราวที่ต้องกลั่นกรองออกมาจัดลำดับเรียบเรียงให้ตรงกับช่วงเวลา ว่าแต่ละช่วงเวลามีกิจกรรมที่ตนเองพึงพอใจที่อยากเล่าให้คนอื่นฟัง สามารถเขียนเรื่องราวอย่างไร ที่สื่อสารให้คนอื่น มีความรู้ความเข้าใจ และเป็นการเตรียมการนักวิจัยประจำโครงการที่จะนำไปสู่กระบวนการฝึกภาคปฏิบัติในการทำวิจัยในวันต่อไปได้

กิจกรรมที่ 3 การประชุมพัฒนาเครื่องมือ เพื่อเก็บข้อมูลในพื้นที่

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาต่อยอดความรู้เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

กลุ่มเป้าหมาย

นักวิจัยเพื่อท้องถิ่น และพี่เลี้ยง 32 คน

สถานที่และระยะเวลา

วันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน ปี พ.ศ.2555 ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลา 1 วัน

ขั้นตอนและวิธีการ

1. หัวหน้าโครงการวิจัยชี้แจงหลักการและเหตุผลสถานการณ์อาชีพครอบครัวคนพิการในท้องถิ่นเกี่ยวกับครอบครัวคนพิการร่วมทำเครื่องมือปรับเพื่อให้เข้ากับบริบทชุมชนครอบครัวคนพิการสรุปผลการพัฒนาเพื่อนำมาหาความตรงประเด็นในการถาม การจับคู่ทดลองหาคำถามที่ละคนแล้วตอบ

2. หัวหน้าโครงการและนักวิจัยร่วมพัฒนาเครื่องมือเพื่อคัดกรองครอบครัวคนพิการทั่วไปให้เหลือเฉพาะครอบครัวคนพิการระดับรุนแรงแต่ละประเภท ร่วมกำหนดเงื่อนไขคุณสมบัติของครอบครัวคนพิการระดับรุนแรงตำบลโคกกลาง เพื่อแยกข้อคำถามออกให้ชัดเจน

ปัญหาและอุปสรรค

ทีมนักวิจัยยังไม่ค่อยเข้าใจเครื่องมือในบทเรียนต้องให้ความรู้ทีมวิจัยเพิ่มเติมในเรื่องการสร้างเครื่องมือ

บทเรียนที่ได้รับจากกิจกรรม

ได้พัฒนาเครื่องมือและร่วมรับฟังการแสดงความคิดเห็นของทีมวิจัยระดับท้องถิ่น ได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิด กรอบความคิดที่เหมาะสมสภาพท้องถิ่น

กิจกรรมที่ 4 การประชุมเตรียมการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการเก็บข้อมูลคนพิการจิตพฤติกรรมอย่างถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

กลุ่มเป้าหมาย

นักวิจัยท้องถิ่น จำนวน 32 คน

สถานที่และระยะเวลา

วันที่ 10 เดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ.2556

ขั้นตอนวิธีการ

หัวหน้าโครงการวิจัยทบทวนวัตถุประสงค์โครงการวิจัยครอบครัวคนพิการ แบ่งกลุ่มการลงเก็บข้อมูลเป็นกลุ่ม เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถาม มาให้ครอบครัวกำหนดเป้าหมาย แบ่งตามความสามารถ ของคนที่เรียนรู้เร็วและคล่อง ไปกับคนที่ไม่เข้าใจ เพื่อจะได้ข้อมูลครบ คือ

- 1.การลงแจกแบบสอบถามเป็นทีมเป็นหมู่บ้าน
- 2.การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวคนพิการในการเก็บแบบสอบถาม
- 3.การสร้างความเข้าใจกับครอบครัวคนพิการในการเก็บข้อมูล
- 4.การประสานผู้นำชุมชนก่อนเก็บข้อมูล
- 5.การเตรียมเอกสารเก็บข้อมูลให้เพียงพอ
- 6.การเตรียมความพร้อมของคนเก็บข้อมูล

ปัญหาและอุปสรรค

- 1.นักวิจัยเพื่อท้องถิ่นมาไม่ตรงเวลานัดหมาย เนื่องจากติดภารกิจต่างๆ
- 2.นักวิจัยบางท่านยังไม่เข้าใจคำถามบางข้อ

บทเรียนที่ได้จากกิจกรรม

การแบ่งกลุ่มในการทำงานเป็นทีม การศึกษาเอกสารแบบสัมภาษณ์/แบบสอบถามให้เข้าใจก่อนที่จะลงเก็บข้อมูลจริง

กิจกรรมที่ 5 การประชุม ปรับปรุงแก้ไขปัญหาเครื่องมือ จากการทดสอบเครื่องมือ

วัตถุประสงค์

เพื่อปรับปรุงเครื่องมือ และเก็บรวบรวมเครื่องมือ

กลุ่มเป้าหมาย

ทีมนักวิจัยท้องถิ่น จำนวน 30 คน

สถานที่และระยะเวลา

วันที่ 26 เดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ.2556 ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลา 1 วัน

ขั้นตอนและวิธีการ

1.หัวหน้าโครงการทีมวิจัยเพื่อท้องถิ่นทำการประชุมระดมความคิดเห็นเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม วิเคราะห์ปัญหาที่เจอในการลงพื้นที่สอบถามข้อมูล เพื่อนำปัญหาอุปสรรคของแบบสอบถามมาปรับปรุงเนื้อหา ความตรงประเด็นของข้อมูล และแลกเปลี่ยนข้อมูล ข้อเสนอแนะ ปัญหาอุปสรรคตัวแบบสอบถามปรับจัดหมวดหมู่ ให้เหมาะสมกับครอบครัวคนพิการในพื้นที่ตำบลโคกกลาง พัฒนาโดยการจับคู่ทดลองถามกันเพื่อให้เกิดความตรงประเด็นเชิงเนื้อหาและการคล่องตัว

ในการถามในภาคสนามในชุมชน และเพื่อวิเคราะห์แบบสอบถามแต่ละข้อ ทำการปรับแก้ไขให้เข้ากับสภาพท้องถิ่น

ปัญหาและอุปสรรค

ทีมวิจัยเพื่อท้องถิ่น ดิถาคาริกทางบ้าน ทำให้การนำเสนอข้อมูลให้ความเข้าใจไม่พร้อมกันจึงไม่ครอบคลุมทุกประเด็นเพราะมาไม่พร้อมกัน

บทเรียนที่ได้รับจากกิจกรรม

แบบสอบถามเหมือนกันแต่การถามแต่ละคนแตกต่างกันได้ แบบสอบถามแก้ไขโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งมีความคิดหลากหลายในการแก้ไขคนเดียว แก้ปัญหาไม่ได้ ต้องใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันมองไปในภาพเดียวกัน

กิจกรรมที่ 6 การรวบรวมผลการวิเคราะห์ข้อมูล

วัตถุประสงค์

เพื่อการสรุปและวิเคราะห์ผลการสำรวจแบบสอบถามงานวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย

ทีมนักวิจัยท้องถิ่น จำนวน 32 คน

สถานที่และระยะเวลา

วันที่ 27 เดือนมีนาคม ปี พ.ศ.2556 ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลา 1 วัน

ขั้นตอนและวิธีการ

1.หัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อท้องถิ่นจัดการประชุมกลุ่มย่อยเพิ่มเติมข้อมูลส่วนตัวที่เป็นรายละเอียดส่วนบุคคลที่ต้องเก็บเพิ่มเติม เพื่อนำมารวบรวมข้อมูลแต่ละครอบครัวคนพิการและในแต่ละหมู่บ้านในเรื่องของทรัพยากรท้องถิ่นที่มีผลต่อการพัฒนาอาชีพครอบครัวคนพิการแต่ละประเภท การแยกเอกสารเพื่อรวบรวมข้อมูลรายกลุ่ม การวิเคราะห์แบบสอบถามที่ยังไม่ครบหาประเด็นเพิ่มในส่วนขาด สรุปแบบสอบถามและรวบรวมวิเคราะห์เป็นหมู่บ้านในส่วนของทรัพยากรในท้องถิ่น โดยอาศัยข้อมูลจากผู้นำชุมชนในการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อนำมาเป็นรากฐานในการพัฒนาอาชีพครอบครัวคนพิการระดับรุนแรง

ปัญหาและอุปสรรค

มีแบบสอบถามที่ยังไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ เนื่องจากคนพิการ ไม่อยู่บ้าน จำเป็นต้องมีการนำเก็บข้อมูลในส่วนที่ขาดมาเพิ่มเติมให้ครบเพื่อจะได้สรุปข้อมูล

บทเรียนที่ได้จากกิจกรรม

1.การทำงานเป็นทีมทุกคนมีความตั้งใจดี แต่ยังมีบางส่วนที่ยังเก็บข้อมูลไม่ครบ เปรียบเสมือนนิ้วมือทุกนิ้วยาวไม่เท่ากัน ดังนั้นทีมนักวิจัยก็เช่นกันต้องเอาใจและช่วยเหลือเห็นใจกัน

2.การทำงานทุกอย่างถ้ามีความร่วมมือกันทุกคน ผลงานก็จะออกมาให้ทุกคนได้ชื่นใจ และประสบความสำเร็จร่วมกัน

กิจกรรมที่ 7 การจัดเวทีคืนข้อมูลแก่ชุมชนและคนพิการ

วัตถุประสงค์

เพื่อแจ้งให้ชุมชนได้ทราบสถานการณ์ของคนพิการในอำเภอสีดา

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้นำชุมชน อสม.สมาชิก อบต. องค์กรที่เกี่ยวข้อง

สถานที่และระยะเวลา

วันที่ 20 เดือนเมษายน ปี พ.ศ.2556 ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีดา

ขั้นตอนและวิธีการ

1.หัวหน้าโครงการทีมวิจัยเพื่อท้องถิ่น ได้เชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อำเภอสีดาและตัวแทนคนพิการเข้าร่วมรับฟัง การจัดเวทีคืนข้อมูลแก่ชุมชน การจัดประชุมชี้แจงและสรุปผลการศึกษาโครงการ ดังนี้

1.1ชี้แจงความสำคัญของงานวิจัยครั้งนี้

1.2สรุปความเป็นมาของโครงการ

1.3การแจ้งวัตถุประสงค์โครงการวิจัยเพื่อท้องถิ่น โดยชุมชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนางานวิจัยเพื่อพัฒนาครอบครัวคนพิการจิตพิศุติกรรมในท้องถิ่น

1.4การสรุปผลการวิจัย เพื่อให้ระดมความคิดแนวทางการพัฒนาอาชีพของครอบครัวคนพิการจิตพิศุติกรรมให้เกิดขึ้นในชุมชน

ปัญหาและอุปสรรค

ครอบครัวคนพิการจิตพิศุติกรรม มาเข้าร่วมรับฟังไม่ครบทุกครอบครัว เนื่องจากบางครอบครัวติดภาระงานอื่นซึ่งจำเป็น จึงทำให้ไม่สะดวกเข้าร่วมรับฟังการคืนข้อมูล การเข้าร่วมรับฟังของผู้นำชุมชนให้ความสำคัญน้อย

บทเรียนที่ได้จากกิจกรรม

1.การให้ความร่วมมือทุกภาคีเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญ และแสดงถึงความเอาใจใส่งาน และจะส่งผลสำเร็จของงานที่ทำด้วย

2.การประสานงานเป็นสิ่งสำคัญของการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เพราะขาดไปก็ทำให้ข้อมูลไม่ครบและหล่นหาย ทำให้ชุมชนบางแห่งขาดหาย ความต่อเนื่องของงานและความไม่พร้อมในความสำเร็จในการทำงาน

8. การนำเสนอข้อมูล

ใช้วิธีนำเสนอแบบตารางและการบรรยาย

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการศึกษาแนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการจิตพิการโดยครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา ที่มีวัตถุประสงค์การวิจัย 5 ข้อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินชีวิตคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวชุมชน 2) เพื่อศึกษาสถานการณ์และศักยภาพครอบครัวคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมต้องการทำและสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ 3) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) เพื่อศึกษาศักยภาพต้นทุนของชุมชนและทัศนคติมุมมองการอยู่ร่วมกันของชุมชนที่มีต่อคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัวคนพิการ 5) เพื่อค้นหาแนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมาซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มคนพิการและครอบครัวคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมในเขตอำเภอสีดา จำนวน 63 คน ประกอบด้วยตำบลโพธิ์ทอง จำนวน 15 คน ตำบลสามเมือง จำนวน 8 คน ตำบลหนองตาใหญ่ จำนวน 4 คน ตำบลสีดา จำนวน 19 คน และตำบลโนนประดู่ จำนวน 17 คน โดยการเก็บข้อมูลใช้วิธีการสอบถามจากแบบสัมภาษณ์ และใช้การสังเกตร่วมด้วย โดยทีมวิจัยแบ่งเนื้อหาและสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1.สถานการณ์การดำเนินชีวิตคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวชุมชน

ผลจากการศึกษาพบว่า คนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชาย มีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 60.32 เพศหญิงมีจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 39.68 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 22 คนคิดเป็นร้อยละ 34.92 รองลงมาอายุ 31-40 ปีจำนวน 16 คนคิดเป็นร้อยละ 25.40 และอายุ 51-60 ปีจำนวน 10 คนคิดเป็นร้อยละ 15.87 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด มีจำนวน 46 คนคิดเป็นร้อยละ 73.02 รองลงมาได้แก่สถานภาพสมรสหย่า หย่า แยกจำนวน 10 คนคิดเป็นร้อยละ 15.87 และสมรสแล้วมีจำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 11.11 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

ลักษณะประชากร		จำนวน	ร้อยละ
		(n = 63)	
เพศ			
	ชาย	38	60.32
	หญิง	25	39.68
อายุ			
	อายุ 0-20 ปี	0	0.0
	อายุ 21-30 ปี	3	4.76
	อายุ 31-40 ปี	16	25.40
	อายุ 41-50 ปี	22	34.92
	อายุ 51-60 ปี	10	15.87
	อายุ 61-70 ปี	9	14.29
	อายุ 71-80 ปี	3	4.76
สถานภาพสมรส			
	โสด	46	73.02
	สมรส	7	11.11
	หม้าย/หย่า/แยก	10	15.87

1.1 ข้อมูลทั่วไปของคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม จำแนกตามระดับการศึกษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผลจากการศึกษาพบว่า คนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 45 คนคิดเป็นร้อยละ 71.43 รองลงมาก็คือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 6.35 สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการส่วนใหญ่มีความสามารถปฏิบัติได้ดี มีจำนวน 47 คนคิดเป็นร้อยละ 74.60 รองลงมาก็คือปฏิบัติได้บ้าง จำนวน 12 คนคิดเป็นร้อยละ 19.05 และปฏิบัติไม่ได้เลยมีจำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 6.35 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามระดับการศึกษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ลักษณะประชากร	จำนวน ร้อยละ (n = 63)	
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	7.94
ประถมศึกษา	45	71.43
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	6.35
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	11.11
อนุปริญญา	0	0.00
ปริญญาตรี	2	3.17
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00
ด้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ไม่ได้เลย	4	6.35
ได้บ้าง	12	19.05
ได้ดี	47	74.60

1.2 ข้อมูลทั่วไปของคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม จำแนกตามความสามารถในการประกอบอาชีพ และประเภทความพิการ

ผลจากการศึกษาพบว่า คนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ส่วนใหญ่มีความสามารถในการประกอบอาชีพได้ มีจำนวน 42 คนคิดเป็นร้อยละ 66.67 และประกอบอาชีพไม่ได้ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 โดยอาชีพที่คนพิการสามารถทำได้ที่พบมากที่สุดคือ การช่วยงานทั่วไปมีจำนวน 23 คนคิดเป็นร้อยละ 54.76 รองลงมาคือการทำเกษตรกรรมมีจำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 16.67 และอาชีพรับจ้างมีจำนวน 5 คนคิดเป็นร้อยละ 7.94 สำหรับประเภทความพิการพบความพิการซ้ำซ้อนกับการได้ยิน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 1.59 และพิการซ้ำซ้อนกับการมองเห็นจำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1.59 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามความสามารถในการประกอบอาชีพ และประเภทความพิการ

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 63)	
ความสามารถในการประกอบอาชีพ		
ไม่ได้	21	33.33
ได้ (รวม)	42	66.67
- บวชเป็น	2	3.17
- เย็บเสื้อผ้า	1	1.59
- เกษตรกรรม	7	11.11
- ขายของชำ	3	4.76
- เลี้ยงวัว	1	1.59
- รับจ้าง	5	7.94
- ช่วยงานทั่วไป	23	36.51
ประเภทความพิการ		
จิตใจหรือพฤติกรรม	63	100
ทางกายหรือการเคลื่อนไหว	0	0.0
การได้ยินหรือสื่อความหมาย	1	1.59
สติปัญญาหรือการเรียนรู้	1	1.59
การมองเห็น		

1.3 ข้อมูลทั่วไปของคนพิการ จำแนกตามการขึ้นทะเบียน และประวัติความพิการ

ผลจากการศึกษาพบว่าคนพิการส่วนใหญ่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว จำนวน 46 คนคิดเป็นร้อยละ 73.02 ยังไม่ขึ้นทะเบียน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 26.98 ส่วนที่ขึ้นทะเบียนแล้วพิการระดับ 2 มากที่สุด จำนวน 21 คนคิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือพิการระดับ 1 จำนวน 16 คนคิดเป็นร้อยละ 37.21 สำหรับประวัติและสาเหตุความพิการ ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 30 คนคิดเป็นร้อยละ 26.98 ทราบสาเหตุมีจำนวน 27 คนคิดเป็นร้อยละ 42.89 โดยมีสาเหตุเกิดจากความเครียดมากที่สุดมีจำนวน 9 คนคิดเป็นร้อยละ 14.28 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามการขึ้นทะเบียน และประวัติความพิการ

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 63)	
การขึ้นทะเบียนคนพิการ		
ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน	17	26.98
ขึ้นทะเบียนแล้วรวมทั้งหมด	46	73.02
- ระดับ 1	16	37.21
- ระดับ 2	21	33.33
- ระดับ 3	7	11.11
- ระดับ 4	2	3.18
- ระดับ 5	0	0.00
ประวัติ/สาเหตุความพิการ		
เป็นมาแต่กำเนิด/ตอนเด็ก	6	9.52
ไม่ทราบสาเหตุ	30	47.62
ทราบสาเหตุ	27	42.86
- ชักตอนเด็ก	2	3.17
- ยาเสพติด	2	3.17
- อุบัติเหตุ	5	7.94
- ถูกทำร้าย	4	6.35
- เจ็บป่วย	3	4.76
- กรรมพันธุ์	2	3.17
- เครียด	9	14.28

1.4 ข้อมูลทั่วไปของคนพิการ จำแนกตามอาการ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และความถี่ของการแสดงพฤติกรรม

ผลจากการศึกษาพบว่าคนพิการส่วนใหญ่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วยอาการซึมเศร้า แยกตัว ไม่พูดกับผู้อื่น มีถึง 24 คนคิดเป็นร้อยละ 38.10 รองลงมาคือแสดงอาการประสาทหลอน จำนวน 14 คนคิดเป็นร้อยละ 22.22 และแสดงอาการอื่น ๆ อีก เช่น เดินไปมา มีจำนวน 12 คนคิดเป็นร้อยละ 19.05 สำหรับความถี่ของการแสดงพฤติกรรม มากที่สุดคือการแสดงพฤติกรรมไม่แน่นอน มีจำนวน 41 คนคิดเป็นร้อยละ 65.08 รองลงมาคือเดือนละครั้งจำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 12.70 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามอาการ/พฤติกรรมที่แสดงออก และความถี่ของการแสดงพฤติกรรม

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 63)	
อาการ/พฤติกรรมคนพิการ		
คลุ้มคลั่ง เอะอะ อาละวาด เกรี้ยวกราด ขโมยของ	8	12.70
ขี้ม พุดพืมทำ เดินไปมา	12	19.05
ประสาทหลอน	14	22.22
หลงผิด หวาดระแวง เก็บตัว กลัวถูกทำร้าย	0	0.00
ซึมเฉย แยกตัว ไม่พูดกับผู้อื่น	24	38.10
มีอาการหลายๆอย่าง	2	3.17
ไม่มีอาการผิดปกติ ใช้ชีวิตเหมือนคนปกติ	3	4.76
ความถี่ของการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม		
ทุกวัน	4	6.35
2-3 วัน/ครั้ง	3	4.76
สัปดาห์ละครั้ง	3	4.76
เดือนละครั้ง	8	12.70
ปีละครั้ง	4	6.35
แสดงอาการ พฤติกรรม ไม่นั่นอน	41	65.08

1.5 การรักษา

สำหรับการรักษาส่วนใหญ่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง มีจำนวน 38 คนคิดเป็นร้อยละ 60.32 รักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 26.98 ไม่รักษา 5 คน คิดเป็นร้อยละ 7.94 หยุดรักษา 3 คนคิดเป็นร้อยละ 4.76 ส่วนโรคประจำตัวคนพิการส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 60 คนคิดเป็นร้อยละ 95.24 มีโรคประจำตัว จำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 4.76 ซึ่งพบว่าเป็นโรคเบาหวานทั้ง 3 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของคนพิการ ที่ได้รับการรักษา และ โรคประจำตัวของคนพิการ

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 63)	
การได้รับการรักษา		
ไม่รักษา	5	7.94
รักษาไม่ต่อเนื่อง	17	26.98
รักษาต่อเนื่อง	38	60.32
หยุดรักษา	3	4.76
โรคประจำตัวคนพิการ		
ไม่มี	60	95.24
มี (โรคเบาหวาน)	3	4.76

2.สถานการณ์และศักยภาพครอบครัวคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมต้องการทำและสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ

2.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลคนพิการ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง มีจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 82.54 เพศชาย 11 คน คิดเป็นร้อยละ 17.46 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 18 คนคิดเป็นร้อยละ 28.57 รองลงมาอายุ 51-60 ปีจำนวน 13 คนคิดเป็นร้อยละ 20.63 และอายุ 61-70 ปีจำนวน 12 คนคิดเป็นร้อยละ 19.05 อายุสูงสุด 59 ปีต่ำสุด 27 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 42 คนคิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง จำนวน 9 คนคิดเป็นร้อยละ 14.28 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสแล้วมีจำนวน 34คน คิดเป็นร้อยละ 53.97 รองลงมาได้แก่สถานภาพสมรสโสด จำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 23.81 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลคนพิการ จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส

ลักษณะประชากร		จำนวน ร้อยละ (n = 63)	
เพศ	ชาย	11	17.46
	หญิง	52	82.54
อายุ	อายุ 0-20 ปี	0	0
	อายุ 21-30 ปี	5	7.94
	อายุ 31-40 ปี	4	6.35
	อายุ 41-50 ปี	18	28.57
	อายุ 51-60 ปี	13	20.63
	อายุ 61-70 ปี	12	19.05
	อายุ 71-80 ปี	11	17.46
	(Max = 79 Min = 25)		
อาชีพ	เกษตรกรรวม	42	66.67
	ค้าขาย	5	7.94
	รับราชการ	0	0.00
	รับจ้าง	9	14.28
	สถานภาพสมรส	15	23.81
	โสด	34	53.97
	สมรส	14	22.22
	หม้าย/หย่า/แยก		

2.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ควบคุมพฤติกรรมคนพิการ จำแนกตามบุคคลที่ช่วยควบคุม เมื่อแสดงอาการที่ไม่เหมาะสม การได้รับการรักษา และ โรคประจำตัวของคนพิการ

ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีส่วนช่วยในการควบคุมคนพิการที่แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว จำนวน 42 คนคิดเป็นร้อยละ 40.78 รองลงมาคือผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 22.33 ในขณะที่ญาติและเพื่อนบ้านมีส่วนช่วยเท่ากัน จำนวน 13 คนคิดเป็นร้อยละ 12.62 สำหรับการรักษาส่วนใหญ่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง มีจำนวน 38 คนคิดเป็นร้อยละ 60.32 รักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 26.98 ส่วนโรคประจำตัวคนพิการส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 60 คนคิดเป็นร้อยละ 95.24 มีโรคประจำตัว จำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 4.76 ซึ่งพบว่าเป็นโรคเบาหวานทั้ง 3 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามบุคคลที่ช่วยควบคุม เมื่อแสดงอาการที่ไม่เหมาะสม การได้รับการรักษา และโรคประจำตัวของคนพิการ

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 63)	
บุคคลที่ช่วยควบคุมเมื่อแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม		
ผู้ดูแลคนพิการ	23	22.33
บุคคลในครอบครัว	42	40.78
เพื่อนบ้าน	13	12.62
ผู้นำ	6	5.83
ญาติ	13	12.62
อื่นๆ	6	5.82
การได้รับการรักษา		
ไม่รักษา	5	7.94
รักษาไม่ต่อเนื่อง	17	26.98
รักษาต่อเนื่อง	38	60.32
หยุดรักษา	3	4.76
โรคประจำตัวคนพิการ		
ไม่มี	60	95.24
มี (โรคเบาหวาน)	3	4.76

2.3 มุมมอง ทักษะคนที่ผู้ดูแลมีต่อคนพิการ จำแนกตามอายุผู้ดูแล

จากการศึกษาผู้ดูแลในแต่ละกลุ่มอายุ ที่ได้แสดงทัศนคติ และมุมมองต่างๆที่มีต่อคนพิการ จะเห็นว่าทัศนคติ มุมมองของผู้ดูแลที่มีต่อคนพิการ ที่พบมากที่สุดคือ ความรู้สึกสงสาร มีจำนวน 15 คนคิด

เป็นร้อยละ 20.27 โดยกลุ่มที่มีความรู้สึกอย่างนี้จะพบในผู้ที่มีอายุ 61-70 ปีมีจำนวน 7 คนและกลุ่มอายุ 41-50 ปีมีจำนวน 4 คน ทศนคติมุมมองรองลงมาคือ จำเป็น/ทำใจยอมรับ อยู่ร่วมกันจนกว่าจะตายจากกันไป มีจำนวน 9 คนคิดเป็นร้อยละ 12.16 และ รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้กับชีวิต ที่แบกรับภาระ มีจำนวน 9 คนคิดเป็นร้อยละ 12.16 สรุปรายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 สรุปมุมมองทัศนคติที่คนดูแลมีต่อคนพิการ โดยแยกจำนวนตามกลุ่มอายุของคนดูแล

ทัศนคติมุมมองของผู้ดูแลที่มีต่อคนพิการ	จำนวนผู้ดูแลจำแนกตามกลุ่มอายุ							ร้อยละ
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	รวม	
1.เป็นภาระตนเองและคนในครอบครัวทุกด้านเพิ่มมากขึ้น	1	0	2	2	1	2	8	10.81
2.ไม่ปกติ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ	0	0	3	3	0	1	7	9.46
3.เป็นเรื่องปกติ รับผิดชอบ เป็นลูกเป็นหลาน คนในครอบครัว เป็นเวรกรรม	1	0	0	1	0	1	3	4.05
4.รู้สึกสงสาร	0	2	4	1	7	1	15	20.27
5.จำเป็น/ทำใจยอมรับ อยู่ร่วมกันจนกว่าจะตายจากกันไป	0	1	4	2	0	2	9	12.16
6.เหนื่อย ท้อแท้กับชีวิต ที่แบกรับภาระ	0	0	2	2	3	2	9	12.16
7.หวาดกลัว ไม่อยากเข้าใจ ไม่อยากดูแล เมื่อคนพิการมีอาการไม่ปกติ	0	0	1	1	1	0	3	4.05
8.เป็นห่วงเป็นใย กังวล กลัวอันตรายจะเกิดกับคนพิการ กลัวไปทำร้ายผู้อื่น	2	1	2	1	1	1	8	10.81
9.โกรธ โมโห รำคาญ กับพฤติกรรมที่แสดงออกมาของคนพิการ	0	0	1	1	0	0	2	2.70
10.อยากให้หายเป็นปกติ จะได้ดูแลตนเองได้	1	0	3	1	2	1	8	10.81
11.กลัวคนในชุมชนรังเกียจ ครอบครัวยุติสนทนา อับอาย ไม่กล้าเข้าสังคม	0	1	1	0	0	0	2	2.70

2.4 วิธีการที่ผู้ดูแลคนพิการใช้จัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ จำแนกตามกลุ่มอายุของผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า วิธีที่ผู้ดูแลใช้จัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ที่พบมากที่สุดคือ ใช้วิธีการพูดคุย หวานล่อม ให้กำลังใจ หรือไม่ก็พูดตามคนพิการ มีจำนวน 40 คนคิดเป็นร้อยละ 48.19 โดยกลุ่มผู้ดูแลที่ใช้วิธีนี้มากที่สุดคือ ผู้ดูแลอายุ 51-60 ปีมีจำนวน 11 คน และอายุ 41-50 ปีมีจำนวน 10 คน ส่วนวิธีการจัดการรองลงมาคือ การให้คนพิการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีจำนวน 21 คนคิดเป็นร้อยละ 25.30 โดยผู้ดูแลที่นิยมใช้วิธีนี้จะเป็นกลุ่มอายุ 41-50 ปีมีจำนวน 11 คน ส่วนวิธีการคอยใส่ใจ ดูแลกิจวัตรประจำวัน ระวังระวังสิ่งกระตุ้นที่ไม่ดี เช่น บุหรี่ สุรา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง การดูแลทุกข์ระทมอารมณ์ มีจำนวน 10 คนคิดเป็นร้อยละ 12.05 โดยกลุ่มที่ใช้วิธีนี้มากที่สุดจะเป็นผู้ดูแลอายุ 51-60 ปีมีจำนวน 4 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 วิธีการที่ผู้ดูแลใช้จัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของคนพิการ โดยจำแนกตามกลุ่มอายุของผู้ดูแลคนพิการ

วิธีการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของคนพิการ	กลุ่มอายุผู้ดูแลคนพิการ							ร้อยละ
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	รวม	
1.พูดคุยหวานล่อมให้กำลังใจหรือไม่ก็พูดตามคนพิการ	2	8	10	11	6	3	40	48.19
2.เฝ้าระวังห่างๆรออาการสงบ	0	0	1	3	3	2	9	10.84
3.นำส่งโรงพยาบาลพบหมอจิตเวช	0	0	0	0	1	0	1	1.21
4.จัดยาให้รับประทานอย่างต่อเนื่อง	3	1	11	2	1	3	21	25.30
5.คอยใส่ใจดูแลกิจวัตรประจำวัน ระวังระวังสิ่งกระตุ้นที่ไม่ดี เช่น บุหรี่ สุรา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง การดูแลทุกข์ระทมอารมณ์	0	1	2	4	2	1	10	12.05
6.บอก ตักเตือน กำชับ บังคับ	0	0	0	1	0	1	2	2.41

2.5 ศักยภาพของครอบครัว

ศักยภาพครอบครัวในการหารายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และ โรคประจำตัวผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลคนพิการ ส่วนใหญ่มีคนที่กำลังหลักในการหารายได้คือทุกคนช่วยกันหารายได้ จำนวน 20 คนคิดเป็นร้อยละ 31.75 รองลงมาคือสามี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 17.46 สำหรับจำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ยมีจำนวน 4 คนสูงสุด 12 คน และต่ำสุด 1 คนโดยช่วงอายุสมาชิกในครอบครัวที่มีมากที่สุดคือ 25-59 ปีมีร้อยละ 55.34 ในขณะที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 22.14 อายุ 13-24 ปีมีร้อยละ 12.21 ตามลำดับ ส่วนโรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน

52 คนคิดเป็นร้อยละ 82.54 มีโรคประจำตัว จำนวน 11 คนคิดเป็นร้อยละ 17.46 ดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลคนพิการ ที่เป็นกำลังหลักในการหารายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวของผู้ดูแล

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 63)	
คนที่กำลังหลักในการหารายได้		
บิดา	2	3.17
มารดา	9	14.29
สามี	11	17.46
ภรรยา	1	1.59
บุตร	10	15.87
ญาติ	10	15.87
ช่วยกันหา	20	31.75
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อายุ 0-12 ปี	27	10.31
อายุ 13-24 ปี	32	12.21
อายุ 25-59 ปี	145	55.34
อายุ 60 ปีขึ้นไป	58	22.14
($\bar{X}$ = 4, Max = 12 Min = 1)		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	52	82.54
มี (ความดัน 1/เบาหวาน 4 /หอบหืด 1/หัวใจ 1/ปวดข้อข้อเสื่อม 1)	11	17.46

2.6 ด้านค่าใช้จ่ายและการได้รับสวัสดิการ

ผลจากการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาคนพิการต่อครั้งที่พบมากที่สุดคือ 100-500 บาท จำนวน 45 คนคิดเป็นร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ 501-1000 บาท จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 20.63 และ 1001-3000 บาท จำนวน 5 คนคิดเป็นร้อยละ 7.94 สำหรับสวัสดิการการช่วยเหลือส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือ มีจำนวน 54 คนคิดเป็นร้อยละ 85.71 โดยสวัสดิการที่ได้รับมากที่สุดคือเบี้ยยังชีพ

และอุ้งยั้งชีพ มีจำนวน 46 คนคิดเป็นร้อยละ 73.01 รองลงมาคือการได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 43 คนคิดเป็นร้อยละ 68.25 ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษา การได้รับการดูแลช่วยเหลือและสวัสดิการ

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ (n = 63)
ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อครั้ง		
100 – 500 บาท	45	71.43
501 – 1000 บาท	13	20.63
1001 – 3000 บาท	5	7.94
3001 – 5000 บาท	0	0.00
มากกว่า 5000 บาทขึ้นไป	0	0.00
การได้รับสวัสดิการช่วยเหลือ		
ไม่ได้รับ	9	14.29
ได้รับการช่วยเหลือ	54	85.71
- บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	43	68.25
- เบี้ยยังชีพ/อุ้งยั้งชีพ	46	73.01
- ภาษีลดหย่อน	2	3.17
- การสงเคราะห์ อื่นๆเช่น บริจาค	2	3.17

2.7 สิ่งที่ครอบครัวต้องการทำ

การทำให้ทุกคนในครอบครัวยอมรับผู้ป่วย ว่าต้องช่วยกันดูแล ในทุกๆเรื่อง ตั้งแต่ ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน การพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน

2.8 สิ่งที่ครอบครัวคนพิการต้องการให้ช่วยเหลือสรุปได้ดังนี้

1)การส่งเสริมด้านอาชีพ โดยการฝึกอาชีพเสริม เช่น เกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์หรือการปลูกพืช เพื่อให้มีงานที่สร้างรายได้เสริมให้กับครอบครัว

2)ต้องการช่วยเหลือสร้างหรือซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้ดีกว่าเดิม เพราะบ้านอยู่กันหลายคน มีความแออัด

3) ต้องการให้มีการช่วยเหลือด้านการไปรับการรักษาพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว

4) ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐ เช่น อบต./พมจ.เข้ามาช่วยเหลือ ดูแล เอาใจใส่มากกว่านี้ ในทุกๆด้าน เช่น การขึ้นทะเบียนคนพิการ การรักษา สวัสดิการ ค่าใช้จ่ายอื่นๆตามความเหมาะสม

5) ต้องการให้มีการเพิ่มสวัสดิการของคนพิการครอบครัวคนพิการให้มากขึ้น และมีสวัสดิการอื่นช่วยเหลือเพิ่มเติม

6) ต้องการให้คนในชุมชน สังคมยอมรับ เอาใจใส่ ไม่แสดงความรังเกียจคนพิการ เข้าใจยอมรับ และช่วยกันดูแลคนพิการและไม่หยิบยื่นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ เช่น กาแฟ บุหรี่ สุรา M100 หรือการพูดกระดู้นอารมณ์คนพิการ

7) ต้องการให้มีการให้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงสิทธิ์ต่างๆของคนพิการและครอบครัว

2.9 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลคนพิการจำแนกตามระดับการศึกษา และรายได้

ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 74.60 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.52 สำหรับรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 52.38 รองลงมาคือ 5,000-10,000 บาท จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 และรายได้ 10,001-15,000 บาท จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.17 ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลคนพิการ จำแนกตาม ระดับการศึกษา และรายได้

ลักษณะประชากร		จำนวน	ร้อยละ
		(n = 63)	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ		1	1.59
ประถมศึกษา		47	74.60
มัธยมศึกษาตอนต้น		7	11.11
มัธยมศึกษาตอนปลาย		6	9.52
อนุปริญญา		1	1.59
ปริญญาตรี		1	1.59
สูงกว่าปริญญาตรี		0	0.00
รายได้			
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน		33	52.38
5,000 – 10,000 บาท/เดือน		27	42.86
10.001 – 15,000 บาท/เดือน		2	3.17
มากกว่า15,000 บาท/เดือน		1	1.59

2.10 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลคนพิการจำแนกตามความสัมพันธ์ การได้รับการอบรม และระยะเวลาที่ดูแลคนพิการ

ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลคนพิการ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับคนพิการคือเป็นบิดา/มารดา จำนวน 23 คนคิดเป็นร้อยละ 36.51 รองลงมาคือเป็นญาติ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 26.98 และเป็นน้องสาว/พี่สาว จำนวน 11คนคิดเป็นร้อยละ 17.46 สำหรับการอบรมพบว่าเคยอบรมมีจำนวน 34 คนคิดเป็นร้อยละ 53.97 ไม่เคยอบรม จำนวน 29 คนคิดเป็นร้อยละ 46.03 ส่วนระยะเวลาในการดูแลคนพิการ ส่วนใหญ่ดูแล 1-5 ปีจำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 26.98 รองลงมาคือ 6-10 ปีจำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 23.81 และมากกว่า 20 ปีจำนวน 14 คนคิดเป็นร้อยละ 22.22 ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลคนพิการ จำแนกตาม ความสัมพันธ์ การได้รับการอบรม และระยะเวลาในการดูแลคนพิการ

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 63)	
ความสัมพันธ์กับคนพิการ		
บิดา/มารดา	23	36.51
ภรรยา	1	1.59
บุตร	6	9.52
หลาน	5	7.94
ญาติ	17	26.98
น้องสาว/พี่สาว	11	17.46
การได้รับการอบรมความรู้		
ไม่เคย	29	46.03
เคย	34	53.97
ระยะเวลาดูแลคนพิการ		
1-5 ปี	17	26.98
6-10 ปี	15	23.81
11-15 ปี	8	12.70
16-20 ปี	9	14.29
มากกว่า 20 ปี	14	22.22

3) สถานการณ์การดำเนินงานในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยพบว่าสถานการณ์การดูแลคนพิการ ขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งมีทั้งหมด 9 องค์กร จำแนกตามสวัสดิการ ความช่วยเหลือตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กร มีจำนวน 27 แนวทาง ได้ผลดังนี้

3.สถานการณ์การดูแล ระดับการดูแลช่วยเหลือในภาพรวม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม พบว่า ระดับการได้รับการดูแลของคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 27 แนวทางพบว่า ระดับปานกลางมีมากที่สุด จำนวน 17 ข้อคิดเป็นร้อยละ 62.96 ระดับมาก 6 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 22.22 และระดับน้อยมีจำนวน 4 ข้อคิดเป็นร้อยละ 14.82 ดังรายละเอียดในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ระดับการได้รับการดูแลช่วยเหลือคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในภาพรวม

ประสิทธิผลของการบริหารงาน แบบมุ่งผลสัมฤทธิ์	การประเมินผล จำนวน	Valid ร้อยละ (%)	Cumulat vie ร้อยละ (%)
ระดับน้อยที่สุด	0	0.00	0.00
ระดับน้อย	4	14.82	14.82
ระดับปานกลาง	17	62.96	77.78
ระดับมาก	6	22.22	100
ระดับมากที่สุด	0	0.00	0.00
รวม	27	100	100

3.2 สถานการณ์การดูแลคนพิการจำแนกตามรายองค์กรและรายข้อ

ทีมวิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพื่อให้ทราบรายละเอียดระดับการได้รับการดูแลของคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้องจำนวน 9 องค์กร ซึ่งมีทั้งหมด 27 แนวทาง พบว่าองค์กรที่ดูแลช่วยเหลือคนพิการ ที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์มากมี 2 องค์กรคือ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($\bar{X} = 3.89, SD = 1.01$) และชุมชน ($\bar{X} = 4.18, SD = 0.69$) และมีองค์กรที่มีระดับผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย 2 องค์กรคือ โรงเรียน ($\bar{X} = 2.73, SD = 1.22$) และ อาสาพัฒนาชุมชน ($\bar{X} = 2.72, SD = 1.20$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ระดับการได้รับการดูแลของคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง รายข้อ

แนวทางการดูแลคนพิการ จากองค์กรที่เกี่ยวข้อง	ผลการประเมิน					$\bar{X}$	SD	แปลผล
	5	4	3	2	1			
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น								
1. ได้รับการช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกและการติดตาม เยี่ยม	8	20	13	9	13	3.02	1.35	ปานกลาง
2. ได้รับการจัดสรรสวัสดิการ เช่น เบี้ย ยังชีพ ธูงยังชีพ อำนวยความสะดวกใน การเดินทางไปรักษา การเข้าถึงสิทธิ สวัสดิการ	14	21	12	6	10	3.37	1.36	ปานกลาง
3. ได้รับการส่งเสริมด้านอาชีพ การ จัดหาทุนทำกิน รายได้เสริม	5	12	17	10	19	2.59	1.32	น้อย
รวม						2.99	1.34	ปานกลาง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล								
4. ได้รับการติดตามการรักษา ฟื้นฟู ดูแลที่บ้าน และให้คำปรึกษา จากบุคลากรด้านสาธารณสุขตามเกณฑ์	15	25	14	3	6	3.63	1.18	ปานกลาง
5. ได้รับการ อบรมความรู้ในการดูแล คนพิการอย่างถูกต้อง	14	21	15	2	10	3.44	1.33	ปานกลาง
6. ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง	19	20	13	3	8	3.62	1.31	ปานกลาง
รวม						3.56	1.27	ปานกลาง

ตารางที่ 16 ระดับการได้รับการดูแลของคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง รายข้อ (ต่อ)

แนวทางการดูแลคนพิการ จากองค์กรที่เกี่ยวข้อง	ผลการประเมิน					$\bar{X}$	SD	แปล ผล
	5	4	3	2	1			
โรงเรียน								
7. ได้รับโอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์ ขั้นพื้นฐาน	2	18	12	8	14	2.74	1.28	น้อย
8. ได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมการดำเนิน กิจกรรมของทางโรงเรียน	7	14	17	9	8	3.05	1.24	ปาน กลาง
9. ในกรณีที่คนพิการเป็นนักเรียน ได้รับ การประสานแจ้งพฤติกรรมของคน พิการและมีการติดตามเยี่ยม	1	6	20	6	16	2.39	1.13	น้อย
รวม						2.73	1.22	น้อย
วัด								
10. ได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วม ในกิจกรรมของวัด และกิจกรรมการ ส่งเสริมศาสนาวัฒนธรรมของชุมชน	14	23	16	3	7	3.54	1.22	ปาน กลาง
11. ได้รับการส่งเสริมความรู้ ธรรมะ แนวทางการจัดการปัญหา การดำเนิน ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข	17	23	13	3	7	3.63	1.25	ปาน กลาง
12. ได้รับการสงเคราะห์จากวัด รวมถึง การส่งเสริมให้มีรายได้ กิจกรรมในการ สร้างคุณค่าชีวิต	8	18	14	6	16	2.94	1.40	ปาน กลาง
รวม						3.37	1.29	ปาน กลาง

ตารางที่ 16 ระดับการได้รับการดูแลของคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง รายข้อ (ต่อ)

แนวทางการดูแลคนพิการ จากองค์กรที่เกี่ยวข้อง	ผลการประเมิน					$\bar{X}$	SD	แปลผล
	5	4	3	2	1			
ชมรม อสม.								
13. ได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือใน ด้านการรักษาส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนความรู้ อย่างสม่ำเสมอ	16	35	7	1	4	3.92	1.00	มาก
14. เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ทีม อสม. จะคอยให้การช่วยเหลือ ประสานงานและส่งต่อข้อมูลแก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างทันการ	16	31	10	2	4	3.84	1.05	มาก
15. ได้รับการสนับสนุนข่าวสารต่างๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา	17	30	11	3	2	3.90	0.96	มาก
รวม						3.89	1.01	มาก
อาสาพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)								
16. ได้รับการสนับสนุนส่งเสริมการ เข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับ สิทธิการรักษาพยาบาล สวัสดิการ การ ส่งเสริมอาชีพ รวมถึงสิทธิด้าน มนุษยชน	7	24	14	6	11	3.16	1.28	ปานกลาง
17. ได้รับการส่งเสริมและประสานงาน เพื่อให้เข้าถึงสิทธิประโยชน์จาก หน่วยงาน อพม.	1	25	18	9	9	3.00	1.10	ปานกลาง
18. ได้รับการอำนวยความสะดวกใน การเข้าถึงสิทธิต่างๆอย่างสม่ำเสมอ	3	25	20	4	9	3.15	1.12	ปานกลาง
รวม						3.10	1.17	ปานกลาง

ตารางที่ 16 ระดับการได้รับการดูแลของคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง รายข้อ (ต่อ)

แนวทางการดูแลคนพิการ จากองค์กรที่เกี่ยวข้อง	ผลการประเมิน					$\bar{X}$	SD	แปล ผล
	5	4	3	2	1			
ชมรมคนพิการ								
19.ได้รับการดูแล เยี่ยมให้กำลังใจ จาก ชมรมคนพิการอย่างสม่ำเสมอ	5	22	21	7	7	3.18	1.11	ปาน กลาง
20.ได้รับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมใน กิจกรรมของชุมชน การสร้างความ เข้าใจในพฤติกรรมของคนพิการฯ	4	20	24	6	7	3.13	1.07	ปาน กลาง
21.ได้รับการส่งเสริมความรู้และ สนับสนุนในด้านการจัดหาสวัสดิการ ช่วยเหลือเพิ่มเติม	2	24	20	6	10	3.03	1.13	ปาน กลาง
รวม						3.11	1.10	ปาน กลาง
อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)								
22.ได้รับการดูแลช่วยเหลือในด้านช่วย สอดส่องดูแลเฝ้าระวังพฤติกรรมของ คนพิการ	2	25	11	11	13	2.87	1.25	ปาน กลาง
23.ได้รับการส่งเสริมความรู้แนวทาง ปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี ของคนพิการและครอบครัวอย่าง สม่ำเสมอ	0	22	18	8	14	2.77	1.17	น้อย
24.ได้รับการดูแลช่วยเหลือ เช่น ช่วยเหลือสร้าง/ซ่อมแซมบ้าน ช่วย นำไปเลือกตั้ง	0	16	19	7	19	2.52	1.19	น้อย
รวม						2.72	1.20	น้อย

ตารางที่ 16 ระดับการได้รับการดูแลของคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง รายข้อ (ต่อ)

แนวทางการดูแลคนพิการ จากองค์กรที่เกี่ยวข้อง	ผลการประเมิน					$\bar{X}$	SD	แปล ผล
	5	4	3	2	1			
ชุมชน (ผู้นำชุมชน , เพื่อนบ้าน , คน ในชุมชน)								
25.ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ด้านการ สอดคล้องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรมของ คนพิการ	22	33	8	0	0	4.22	0.66	มาก
26.ชุมชนมีการประชุม ประชาคมหา แนวทางในการดูแลช่วยเหลือ คนพิการ	12	28	23	0	0	3.83	0.73	มาก
27.คนในชุมชนมีความเข้าใจ ยอมรับ ไม่แสดงความรังเกียจพฤติกรรมอาการ ที่แสดงออกของคนพิการ	36	21	6	0	0	4.48	0.67	มาก
รวม						4.18	0.69	มาก

4. ศักยภาพต้นทุนของชุมชนและทัศนคติมุมมองการอยู่ร่วมกันของชุมชนที่มีต่อคนพิการด้านจิตใจ หรือพฤติกรรมและครอบครัวคนพิการ

4.1 ศักยภาพต้นทุนของชุมชนประกอบไปด้วย

1) ศักยภาพต้นทุนที่เป็นคนในชุมชน ที่ประกอบด้วยประชาชนทั่วไป พบว่าคนทั่วไปในชุมชนจะมีส่วนในการช่วยให้คนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมดีขึ้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับคนในชุมชนที่จะคอยให้กำลังใจทั้งคนพิการเองและครอบครัว ส่วน ผู้นำชุมชนเช่น ท่านัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. คอยประสานกับครอบครัวคนพิการ ในการช่วยเหลือเมื่อคนพิการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือคนพิการเมื่อยามมีปัญหา คอยชี้แจงให้คนในชุมชนเข้าใจธรรมชาติของอาการผู้ป่วยจิตใจและพฤติกรรม

2) ศักยภาพต้นทุนที่เป็นเงิน ได้แก่ กองทุนต่างๆที่มีในชุมชน ได้แก่ กองทุนหมู่บ้านและชุมชน (กองทุนเงินล้าน) กองทุนแก้ไขปัญหาคาความยากจน พบว่ามีการจัดสรรให้เป็นสวัสดิการแก่คนในชุมชน โดยเฉพาะคนพิการเมื่อครอบครัวคนพิการไม่มีค่าเดิน ทางไปรักษาพยาบาล รวมถึงการให้กู้ยืมโดยไม่คิดดอกเบี้ยเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนได้บ้างบ้างตำบลมีกองทุนสวัสดิการชุมชน(ออมวันละ1บาท)ก็จะจัดสวัสดิการให้แก่คนพิการได้เมื่อยามเจ็บป่วยหรือเวลาไปพบหมอรับยาตามนัด

3)ศักยภาพต้นทุนด้านประเพณีและวัฒนธรรมในชุมชนพบว่าประเพณีวัฒนธรรมที่ช่วยสร้างกำลังใจให้คนพิการและครอบครัวได้คือการบายศรีสู่ขวัญให้คนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมทำให้อาชีพของคนพิการมีกำลังใจมากขึ้นไม่รู้สึกว่าคนในชุมชนรังเกียจหรือทอดทิ้ง

และพบว่าศักยภาพต้นทุนของชุมชนมีผลต่อทัศนคติมุมมองการอยู่ร่วมกันของชุมชนที่มีต่อคนพิการดังนี้

4.2.1ด้านการอยู่ร่วมกันของคนพิการในชุมชน

1)คนพิการสามารถอาศัยอยู่ในชุมชน สังคมเหมือนคนปกติ อยู่ร่วมกันได้ ช่วยเหลือกัน

2)คนทั่วไป สังคม ยังไม่ยอมรับ มีความหวาดกลัว หวาดระแวงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากคนพิการ เช่น การถือมีดและเอะอะโวยวาย

3)เพื่อนบ้าน ชุมชน มีความเห็นอกเห็นใจคนพิการ และคนในครอบครัว ที่ต้องแบกภาระหนักกว่าครอบครัวคนปกติ เช่น มีการพูดคุยแสดงความเห็นใจ ชวนไปทำบุญเสริมบารมี การให้กำลังใจ และแบ่งปันอาหาร สิ่งของ เป็นครั้งคราว

4)ผู้นำชุมชน หน่วยงานรัฐ ยังให้ความสำคัญน้อยกว่าคนพิการประเภทอื่น ไม่ค่อยได้รับการช่วยเหลือและดูแล ไม่ทราบแนวทางการช่วยเหลือคนคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม

5)คนในชุมชน สังคม ยังไม่เข้าใจความผิดปกติของคนพิการ ขาดความเข้าใจ จึงทำให้ไม่ยอมรับ รังเกียจคนพิการ เช่น เวลาทีมงานบุญบางคนก็ไม่ให้คนพิการเข้าไปร่วมงาน

5.การอยู่ร่วมกันของคนพิการกับชุมชนและความต้องการ

5.1 ด้านปัญหาและอุปสรรค

ที่พบในการดูแลคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรม โดยสัมภาษณ์จากคนดูแลและคนในครอบครัว แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา พบปัญหาอุปสรรคดังนี้

1)คนพิการ ไม่ยอมรับว่าตัวเองว่าผิดปกติ จึงไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและยังปฏิเสธการรักษา

2)คนพิการแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การดูแลควบคุมพฤติกรรมมีความยากลำบาก เหนื่อยกาย เหนื่อยใจ

3)ครอบครัวมีฐานะยากจน ต้องทำงานหนักและรายได้ก็ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายในครอบครัว

4)การเดินทางไปรักษาและรับยาลำบาก ไกล ค่าใช้จ่ายมาก การหาเงินก็หาได้น้อย

5)สังคมไม่เข้าใจ ทำให้การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนในสังคมลำบาก สังคมไม่ยอมรับคนพิการ

6)คนพิการอายุมาก และคนที่ดูแลก็มีอายุมากเหมือนกัน เกิดความกังวลกลัวไม่มีผู้ดูแล

5.2 ด้านความต้องการของผู้ดูแลคนพิการอยากให้คนในชุมชน องค์การภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วม ให้ความช่วยเหลือในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัวสรุปได้ดังนี้

- 1) ให้ส่งเสริมด้านอาชีพ การมีงานที่สร้างรายได้เสริมให้กับครอบครัว
- 2) ให้ช่วยสร้างหรือซ่อมแซมบ้าน ที่อยู่อาศัยให้ดีกว่าเดิม เพราะบ้านอยู่กันแออัด
- 4) ให้มีการช่วยเหลือด้านรักษาพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว
- 5) ให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาช่วยเหลือ ดูแล เอาใจใส่มากกว่านี้ ในทุกๆด้าน เช่น การขึ้นทะเบียนคนพิการ การรักษา สวัสดิการ ค่าใช้จ่ายอื่นๆตามความเหมาะสม
- 6) ให้มีการเพิ่มสวัสดิการของคนพิการครอบครัวคนพิการให้มากขึ้น และมีสวัสดิการอื่นช่วยเหลือเพิ่มเติม
- 7) ให้คนในชุมชน สังคมยอมรับ เอาใจใส่ ไม่แสดงความรังเกียจคนพิการ เข้าใจยอมรับ และช่วยกันดูแลคนพิการและไม่หยิบยื่นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่ออาการไม่พึงประสงค์ เช่น กาแฟ บุหรี่ สุรา M100 หรือการพูดกระดุนอารมณ์คนพิการ
- 8) ให้มีการให้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงสิทธิต่างๆของคนพิการและครอบครัว

ข้อมูลเพิ่มเติม จากการจัดเวทีรวบรวมและสรุปข้อมูลในกลุ่มทีมนักวิจัยที่ได้จากการสังเกตในพื้นที่ร่วมด้วย เมื่อนักวิจัยลงพื้นที่สังเกตเห็นคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมสรุปได้ดังนี้

1.นายชัยรัตน์ มุนเพิ่ม อายุ 36 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับแม่

ประวัติการเจ็บป่วย หลังจากปลดประจำการทหารก็มีอาการพูดไม่รู้เรื่อง เป็นโดยไม่รู้สาเหตุ พาไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชกินยาเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ทุกวันนี้มารับยาไปทานที่โรงพยาบาลบัวใหญ่

การดูแลรักษา คุณแม่คอยจัดยาเตรียมยาให้กินทุกวันทุกเวลา

ปัญหาและอุปสรรค เวลาที่คุณแม่อยู่ไปค้างคืนจะเอาลูกมาฝากไว้กับคนข้างบ้าน จัดเตรียมยาให้ คุณแม่ออกประชุมบ่อย

ข้อเสนอแนะ อยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยเหลืออะไรก็ได้

2.นาย หยุ นาะไร อายุ 69 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านคนเดียว

ประวัติการเจ็บป่วย เป็นมาตั้งแต่อายุ 20 ปี แต่งงานอยู่กับภรรยาแต่ไม่มีลูกอยู่มาวันหนึ่งได้มีอาการผิดปกติภรรยาจึงได้บอกญาติพี่น้อง พาไปหาหมอจิตเวชบ่อยครั้งแต่คนไข้ก็ไม่ดีขึ้น สุดท้ายภรรยาเลยแยกทางกันปัจจุบันคนไข้อาศัยอยู่คนเดียวในบ้านหลังนั้น มีหลานคอยส่งข้าวส่งน้ำให้ บางครั้งก็เป็นจิตหลอน

การดูแลรักษา คนไข้ไม่ได้รับการรักษาที่ไหนเลย

ปัญหาและอุปสรรค บางครั้งคนไข้ก็ไม่ยอมฟังอะไรทั้งสิ้นญาติจึงปล่อยให้ยู่คนเดียวแบบไม่ได้รับการรักษา

3.นายกำพล แทนอุดมเรือ อายุ 30 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับแม่

ประวัติการเจ็บป่วย เป็นมาตั้งแต่กำเนิด แต่ยังไม่รุนแรง จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก็ไม่ได้เรียนต่อเพราะจิตและพฤติกรรมไม่ค่อยดี จะมีอาการไม่ค่อยดีในวันพระเป็นอย่างนี้เรื่อยมา จนทุกวันนี้

การดูแลรักษา คนไข้เป็นเหมือนคนปกติทั่วไปแต่พอถึงวันพระจะมีอาการไม่รู้เรื่อง และเวลาที่คนไข้ไม่พอใจหรือโมโหคนในครอบครัวเท่านั้นจึงไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ปัญหาและอุปสรรค คนไข้ดื่มเหล้าเป็นบางเวลา พอเมาก็โวยวาย แต่ถ้าวันไหนเขาไม่ดื่มเหล้าเขาจะเป็นคนที่ดีมากเลย

ข้อเสนอแนะ ไม่มีข้อเสนอแนะใดๆ

4.นายเผด็จ ภาวะรัตน์ อายุ 52 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับคนเคียวเพราะแม่ที่เคยดูแลได้เสียชีวิตแล้ว

ประวัติการเจ็บป่วย พอเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ได้ไปมีเรื่องชกต่อยกับเพื่อน หลังจากนั้นก็มีอาการไม่ค่อยดี นานวันขึ้นเริ่มมีอาการหนักขึ้นเรื่อยๆพอแม่จะพาไปหาหมอคนไข้ก็ไม่ยอมไปรักษา แม่ก็เลยให้ผู้ใหญ่บ้านมาพูดหลอกล่อคนไข้เลยยอมไปโรงพยาบาล หลังจากได้รับการรักษา นิดยาและกินยาอาการก็สงบลง และต่อมาแม่ก็ได้มาเสียชีวิตไป และคนไข้ได้อาศัยอยู่กับพี่เขยที่บ้านอยู่ติดกัน คอยหุงหาอาหารและยาให้กินซึ่งพี่เขยก็ยังดูแลภรรยาที่พิการเช่นกัน

ปัญหาและอุปสรรค คนไข้ไม่ค่อยพูดชอบเก็บตัว กินข้าวกินยาเสร็จแล้วก็นอน

ข้อเสนอแนะ อยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าช่วยเหลือเรื่องครองชีพแบบไหนก็ได้ขอให้ช่วยเพราะลำพังมีแค่เบี้ยคนพิการมันไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย

5.นายฉัฐพงษ์ เก่าแสน อายุ 40 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับแม่

ปัญหาการเจ็บป่วย เมื่อ พ.ศ.2540 ไปทำงานที่ต่างประเทศ(ซาอุ)อยู่ได้ 2 ปี ก็ถูกส่งกลับบ้านเพราะมีอาการเพ้อเจ้อ พูดไม่รู้เรื่องเพื่อนร่วมงานเล่าให้ฟัง พอมาถึงบ้านก็พูดไม่ค่อยรู้เรื่อง โดยไม่ทราบสาเหตุ และยังคงขบโมขโมยสิ่งของเล็กๆน้อยๆของเพื่อนบ้านมาไว้ที่บ้านของตนเอง เก็บอย่างมิดชิด ปิดประตูใส่กุญแจแน่นหนา เป็นอย่างนี้มาเรื่อยๆจนแม่ได้ตัดสินใจให้ตำรวจมาจับพาส่งโรงพยาบาลจิตเวชโคราช กินยาและนิตยาอาการก็เลดีขึ้นและปัจจุบันหมอได้นัดนิตยาทุกเดือน

การดูแลรักษา คนไข้จัดยากินเองโดยมีแม่คอยบอก และพี่สะใภ้คอยไปรับยาที่โรงพยาบาลมาให้

ปัญหาและอุปสรรค คนไข้ไม่ค่อยพูดเวลาถาม พูดนิดหน่อย เก็บตัวนอนอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะ อยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าช่วยเหลือเรื่องการครองชีพ แบบไหนก็ได้จะเป็นถุงยังชีพอะไรก็ได้หรือจะแวนมาเยี่ยมก็ดี

5.3ด้านจิตใจและสังคม

- มีความหวาดระแวง กลัวคนอื่นเขานินทา หรือ คำ
- มีความเชื่อว่าเขาเป็นคนเก่งเหนือกว่าคนอื่น
- มีการต่อต้านการดูแลรักษา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง
- คิดว่าตนเองเป็นคนปกติ ต้องการมีครอบครัว ต้องการมีเพศสัมพันธ์ คนใน

ชุมชนเกิดความกลัว และกังวล

- ชอบเก็บสะสม ข้าวของที่ไม่น่าเป็นประโยชน์ และของสิ่งของนั้นๆ
- แสดงพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น ซักผ้าทั้งวัน
- ก้าวร้าว คำคน อย่างไม่มีเหตุผล
- คิดว่าตนเอง เป็นร่างทรงของเทพต่างๆ
- ไม่ยอมรับการรักษา เวลาไปพบแพทย์จะไม่แสดงอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติให้เห็น พูดยุบ ตอบคำถามเหมือนคนปกติ แพทย์วินิจฉัยไม่ได้ แต่พอลงกลับบ้าน ก็แสดงอาการเหมือนเดิม
- มีนิสัยชอบขโมยสิ่งของของผู้อื่น
- ทำตัวเหมือนคนปกติ ไปเซ็นชื่อของร้านค้าไว้ แล้วญาติต้องไปรับผิดชอบ
- คิดว่าตนเองทำอะไรก็ไม่ผิด

5.4ด้าน สุขภาพร่างกาย

- ไม่มีการดูแลเรื่องความสะอาด ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า สกปรกมอมแมม

5.5ด้านสังคม อารมณ์ และความรู้

- ผู้ดูแลเครียดและเป็นกังวล เป็นห่วงกลัวจะเกิดอะไรที่ไม่ดีกับคนพิการ หรือกลัวคนพิการจะไปทำอะไร ไม่ดีกับคนอื่น กลัวได้รับอันตราย

- ผู้ดูแล มีอารมณ์เบื่อง่าย รู้สึกว่าชีวิตส่วนตัวขาดหายไป
- ผู้ดูแลรู้สึก ว่า สังคม เพื่อนบ้านมองว่าเราไม่ได้เอาใจใส่ดูแล ดูแลไม่ดี ถูกตำหนิต่อว่า

ทำให้รู้สึกน้อยใจ เบื่อหน่าย

- ผู้ดูแลรู้สึกว่า ครอบครัวมีปมด้อย ไม่อยากเข้าร่วมกับสังคม
- ผู้ดูแลคิดว่า การดูแลคนพิการนั้น ไม่มีใครมาช่วยอย่างจริงจัง ต้องรับผิดชอบและ

เรียนรู้ ที่จะอยู่กับสิ่งนี้ให้ได้

- ผู้ดูแลรู้สึกว่า ขาดเทคนิค จิตวิทยา ในการกระตุ้นการกินยา รักษา และบางครั้งคนพิการไม่ให้ความร่วมมือ แต่ไม่ทราบวิธีว่าจะจัดการอย่างไร

- ผู้ดูแลรู้สึกกังวล คนเองอายุมาก กังวลกลัวจะ ไม่มีผู้ดูแลคนพิการต่อจากตนเอง.

ซึ่งจากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด นักวิจัยได้สนทนากลุ่ม หาแนวทางสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการดังรายละเอียดตามข้อ 7

6. แนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา

จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือคนพิการและครอบครัว โดยทีมนักวิจัยเพื่อท้องถิ่นจำนวน 26 คน มีความเห็นเกี่ยวกับแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมาพบว่า แนวทางที่ทีมนักวิจัยเพื่อท้องถิ่นเห็นสอดคล้องกันคิดเป็นร้อยละสามลำดับแรกได้แก่ ร้อยละ 100 มีจำนวน 10 แนวทางได้แก่ สวัสดิการ เบี้ยยังชีพ ธุงยังชีพ การเดินทางไปรักษา,ติดตาม ส่งเสริม รักษา พึ่งพิง ให้คำปรึกษา,โอกาสทางการศึกษาดูตามเกณฑ์,การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม,ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้,ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม.,การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม,สอดคล้องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม,ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือ, การพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพในการดูแลคนพิการ ร้อยละ 92.31 มีจำนวน 2 แนวทาง ได้แก่ ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ,สอดคล้องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน ร้อยละ 88.46 มีจำนวน 2 แนวทาง ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี,ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งแต่ละหน่วยงาน มีแนวทางช่วยเหลือ ดังนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเหลือ ที่พักอาศัย สิ่งอำนวยความสะดวก การติดตามเยี่ยม76.92 สวัสดิการ เบี้ยยังชีพ ธุงยังชีพ การเดินทางไปรักษาพยาบาล 100 การส่งเสริมอาชีพ ทุน รายได้เสริม84.61 สนับสนุนงบประมาณในการอบรมพัฒนาความรู้ ศึกษา นอกพื้นที่73.08 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ช่วยเหลือเรื่องติดตามส่งเสริม รักษา พึ่งพิง ให้คำปรึกษา 100 ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ92.31 การตรวจสุขภาพประจำปี 88.46 โรงเรียน โอกาสทางการศึกษาดูตามเกณฑ์100 การมีส่วนร่วมกิจกรรมของโรงเรียน73.08 การประสานงาน แจ้งพฤติกรรมเยี่ยมบ้าน84.61วัด การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม100 ความรู้ด้านธรรมะ การจัดการปัญหา69.24 การสงเคราะห์ 80.77 ชมรม อสม. ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้100 การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล84.61 สนับสนุนข่าวสาร 69.23 อพม. ส่งเสริมสิทธิประโยชน์ สวัสดิการ สิทธิด้านมนุษยชน73.08 ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม. 100 อำนวยความสะดวกการเข้าถึงสิทธิต่างๆ73.08ชมรมคนพิการ การติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ73.08 การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม 100 ส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติม80.77อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม 100 ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต88.46 การดูแลช่วยเหลือด้านอื่นๆ73.08 ชุมชน สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน 92.31 ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือ100 สร้างการยอมรับ73.08 ครอบครัว การสร้างความเข้าใจแก่

คนในครอบครัว การปรับตัว 84.61 การให้กำลังใจคนพิการ สัมพันธภาพ 73.08 การพัฒนาองค์ความรู้
ศักยภาพในการดูแลคนพิการ 100 ดังรายละเอียดปรากฏตามตารางที่ 17
ตารางที่ 17 ข้อมูลแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยเหลือ ดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและ
ครอบครัวจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นแนวทางการดูแลช่วยเหลือ

ร้อยละ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1 ที่พักอาศัย สิ่งอำนวยความสะดวก การติดตามเยี่ยม	76.92
2 สวัสดิการ เบี้ยยังชีพ อุดหนุนชีพ การเดินทางไปรักษา	100
3 การส่งเสริมอาชีพ ทุน รายได้เสริม	84.61
4 สนับสนุนงบประมาณในการอบรมพัฒนาความรู้ ศึกษานอกพื้นที่	73.08

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

5 ติดตามส่งเสริม รักษาฟื้นฟู ให้คำปรึกษา	100
6 ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ	92.31
7 การตรวจสุขภาพประจำปี	88.46

โรงเรียน

8 โอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์	100
9 การมีส่วนร่วมกิจกรรมของโรงเรียน	73.08
10 การประสานงาน แจ้งพฤติกรรม เยี่ยมบ้าน	84.61

วัด

11 การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม	100
12 ความรู้ด้านธรรมะ การจัดการปัญหา	69.24
13 การสงเคราะห์	80.77

ชมรม อสม.

14 ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้	100
15 การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล	84.61
16 สนับสนุนข่าวสาร	69.23

อพม.

17 ส่งเสริมสิทธิประโยชน์ สวัสดิการ สิทธิด้านมนุษยชน	73.08
18 ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม.	100
19 อำนวยความสะดวกการเข้าถึงสิทธิต่างๆ	73.08

ตารางที่ 17 ข้อมูลแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยเหลือ ดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัวจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ประเด็นแนวทางการดูแลช่วยเหลือ	ร้อยละ
ชมรมคนพิการ	
20 การติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ	73.08
21 การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม	100
22 ส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติม	80.77
อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)	
23 สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม	100
24 ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต	88.46
25 การดูแลช่วยเหลือด้านอื่นๆ	73.08
ชุมชน	
26 สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน	92.31
27 ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือ	100
28 สร้างการยอมรับ	73.08
ครอบครัว	
29 การสร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว การปรับตัว	84.61
30 การให้กำลังใจคนพิการ สัมพันธภาพ	73.08
31 การพัฒนาองค์ความรู้ ตักยภาพในการดูแลคนพิการ	100

ทีมนักวิจัยเพื่อท้องถิ่นจำนวน 26 คน ได้คัดเลือกแนวทางกิจกรรมที่ได้คะแนนความคิดเห็น สอดคล้องกันตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป เป็นแนวทางการในการนำไปปฏิบัติและสร้างรูปแบบในการดูแล คนพิการและครอบครัวที่เหมาะสมสามารถตอบสนองความต้องการของคนพิการและครอบครัว ได้ดี มากขึ้น ประกอบด้วย 10 ภาวการณ์ช่วยเหลือ และ 20 กิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือ มีรายละเอียด ดังนี้

1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1 สวัสดิการ เบี้ยยังชีพ ธุงยังชีพ การเดินทางไปรักษา	100
2 การส่งเสริมอาชีพ ทุน รายได้เสริม	84.61

2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	
3 ติดตามส่งเสริม รักษา พื้นฟู ให้คำปรึกษา	100
4 ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ	92.31
5 การตรวจสุขภาพประจำปี	88.46
3.โรงเรียน	
6 โอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์	100
7 การประสานงาน แจ้งพฤติกรรม เชียนบ้าน	84.61
4.วัด	
8. การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม	100
9 การสงเคราะห์	80.77
5.ชมรม อสม.	
10 ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้	100
11 การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล	84.61
6.อพม.	
12 ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม.	100
7.ชมรมคนพิการ	
13 การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม	100
14 ส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติม	80.77
8.อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)	
15 สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม	100
16 ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต	88.46
9.ชุมชน	
17 สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน	92.31
18 ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือ	100
10.ครอบครัว	
19 การสร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว การปรับตัว	84.61
20 การพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพในการดูแลคนพิการ	100

7. การตรวจสอบแนวทางที่เหมาะสม ในการสนับสนุนการดูแลช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวโดยผู้เชี่ยวชาญ

ทีมวิจัยได้แนวทางการดูแลคนพิการและผู้ดูแลทั้ง 20 กิจกรรม นำมาจัดสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 14 คนตรวจสอบความเหมาะสมและเป็นไปได้ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันมากกว่าร้อยละ 80 ทั้ง 20 กิจกรรม ดังรายละเอียดในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 แสดงข้อมูลการตรวจสอบแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยเหลือ ดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัวจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยผู้เชี่ยวชาญ

ประเด็นแนวทางการดูแลช่วยเหลือ	ร้อยละ
1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
1 สวัสดิการ เบี้ยยังชีพ อุดหนุนชีพ การเดินทางไปรักษา	100
2 การส่งเสริมอาชีพ ทุน รายได้เสริม	85.71
2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	
3 ติดตามส่งเสริม รักษาฟื้นฟู ให้คำปรึกษา	100
4 ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ	92.86
5 การตรวจสุขภาพประจำปี	85.71
3.โรงเรียน	
6 โอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์	100
7 การประสานงาน แจ้งพฤติกรรม เยี่ยมบ้าน	92.86
4.วัด	
8. การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม	100
9 การสงเคราะห์	85.71
5.ชมรม อสม.	
10 ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้	100
11 การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล	85.71
6.อพม.	
12 ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม.	100

ตารางที่ 18 แสดงข้อมูลการตรวจสอบแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยเหลือ ดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัวจากองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

ประเด็นแนวทางการดูแลช่วยเหลือ	ร้อยละ
7.ชมรมคนพิการ	
13 การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม	100
14 ส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติม	85.71
8.อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)	
15 สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม	100
16 ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต	92.86
9.ชุมชน	
17 สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน	92.86
18 ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือ	100
10.ครอบครัว	
19 การสร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว การปรับตัว	85.71
20 การพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพในการดูแลคนพิการ	100

ทีมนักวิจัยได้นำกิจกรรมทั้ง 20 กิจกรรม จัดทำเป็นรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมและผู้ดูแล โดยคนในครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีภาคีเครือข่ายจำนวน 10 องค์กร

8. ผลการนำแนวทางไปปฏิบัติของแต่ละแนวทางขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

1)องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1 การจัดสวัสดิการได้แก่ เบี้ยยังชีพให้คนพิการเป็นรายเดือน ถุงยังชีพ เมื่อมีการออกหน่วยบริการประชาชน การเดินทางไปรักษาพยาบาล จัดรถรับส่งไปสถานบริการสาธารณสุข

2 การส่งเสริมอาชีพ ทุน รายได้เสริม มีการสำรวจข้อมูลครอบครัวคนพิการจิตหรือพฤติกรรมว่ามีความต้องการในการเข้ารับการอบรมการประกอบอาชีพเสริม

2)โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

3 ติดตามส่งเสริม รักษาฟื้นฟู ให้คำปรึกษามีการออกเยี่ยมผู้ป่วยจิตหรือพฤติกรรมเคลื่อนไหว 1 ครั้ง ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 4 แห่งของ อำเภอสีดา

4 ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ มีการอบรม ความรู้และทักษะในการดูแลคนพิการจิตหรือพฤติกรรมและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนพิการ

5 การตรวจสุขภาพประจำปี มีการตรวจสุขภาพประจำปีให้ คนพิการจิตหรือพฤติกรรม

3)โรงเรียน

6 โอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์ ยังไม่มีมีการดำเนินงาน

7 การประสานงาน แจ้งพฤติกรรม เชิญบ้าน ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นบางครั้ง

4)วัด

8. การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนาวัฒนธรรม ผู้ดูแลพาคนพิการทางจิตหรือพฤติกรรมเข้ารักษาด้านจิตใจในบางโอกาส

9 การสงเคราะห์

5)ชมรม อสม.

10 ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ ติดตามการดูแลคนพิการทางจิตหรือพฤติกรรมเช่น การทานยาต่อเนื่อง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

11 การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล มีการเฝ้าระวังการกลับมาเป็นโรคซ้ำและประสานกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบ

6)อพม.

12 ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม. มีการช่วยเหลือการเข้าถึงสิทธิของคนพิการเช่นการต่ออายุบัตรคนพิการ

7)ชมรมคนพิการ

13 การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม มีการสนทนา พูดคุยกับคนในชุมชนในการอยู่อยู่ร่วมกับคนพิการจิตหรือพฤติกรรม ให้คนในชุมชนเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วย

14 ส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติม มีการทำทะเบียน สำรวจข้อมูลคนพิการที่เป็นปัจจุบัน เพื่อการเข้าถึงสิทธิคนพิการ

8)อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)

15 สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ร่วมกับ อสม.ชุมชนในการดูแลช่วยเหลือ

16 ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

9)ชุมชน

17 สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน

18 ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือ

10)ครอบครัว

19 การสร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว การปรับตัว เพื่ออยู่ร่วมกันกับคนพิการ อย่างมีความสุขตามสภาพที่เป็นอยู่

20 การพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพในการดูแลคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการมีความตระหนักในการหาความรู้ เรื่อง สุขภาพจิต ทำตัวเองให้มีความสุขไม่กดดันผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้บ้าง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1.สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยโครงการการศึกษาแนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการจิตพฤติกรรม โดยครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ศักยภาพ บริบท ความเป็นอยู่ในสังคม และเพื่อแสวงหาแนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม โดยความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้พิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 63 คน ทีมวิจัยเพื่อท้องถิ่นจำนวน 26 คน บุคลากรในสังกัด คบสอ.สีดาจำนวน 12 คน รวม 101 คนสรุปผลการวิจัยเรียงตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1.1สถานการณ์การดำเนินชีวิตคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน

ผลจากการศึกษาพบว่า คนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดระหว่าง 41-50 ปี รองลงมาอายุ 31-40 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ได้แก่สถานภาพสมรสหย่า และสมรสแล้ว ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการส่วนใหญ่มีความสามารถปฏิบัติได้ดี รองลงมาคือปฏิบัติได้บ้าง และปฏิบัติไม่ได้เลย ส่วนความสามารถในการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีความสามารถในการประกอบอาชีพได้ โดยอาชีพที่คนพิการสามารถทำได้ที่พบมากที่สุดคือ การช่วยงานทั่วไป รองลงมาคือการทำเกษตรกรรม และอาชีพรับจ้าง การขึ้นทะเบียน ส่วนใหญ่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว ยังไม่ขึ้นทะเบียน จำนวน 17 คน และความพิการพบ ระดับ 2 มากที่สุด รองลงมาคือพิการระดับ 1 สำหรับประวัติและสาเหตุความพิการ ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ ทราบสาเหตุมีจำนวน 27 คน โดยมีสาเหตุเกิดจากความเครียดมากที่สุดมีจำนวน 9 คน ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ของคนพิการพบว่าคนพิการส่วนใหญ่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วยอาการซึมเศร้า แยกตัว ไม่พูดกับผู้อื่น รองลงมาคือแสดงอาการประสาทหลอน และแสดงอาการขี้มึน ทำเดินไปมา สำหรับความถี่ของการแสดงพฤติกรรม มากที่สุดคือการแสดงพฤติกรรมไม่แน่นอน การควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของคนพิการ พบว่าผู้ที่มีส่วนช่วยในการควบคุมคนพิการที่แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว รองลงมาคือผู้ดูแลคนพิการ ในขณะที่ญาติและเพื่อนบ้านมีส่วนช่วยเหลือกัน สำหรับการรักษาส่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ส่วนการรักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 17 คน ส่วนโรคประจำตัวคนพิการส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่พบคือโรคเบาหวานทั้ง 3 คน สำหรับการรักษาส่ง

ใหญ่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง มีจำนวน 38 คน รักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 17 คน ไม่รักษา 5 คน หยุดรักษา 3 คน

1.2 สถานการณ์และศักยภาพครอบครัวคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมต้องการทำและสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ

1.2.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ดูแลคนพิการ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 18 คน รองลงมาอายุ 51-60 ปี และอายุ 61-70 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ต่ำสุด 27 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสแล้ว

1.2.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลคนพิการจำแนกตามระดับการศึกษา และรายได้ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมปลาย สำหรับรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท รองลงมาคือ 5,000-10,000 บาท และรายได้ 10,001-15,000 บาท จำนวน 2 คน

1.2.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลคนพิการจำแนกตามความสัมพันธ์ การได้รับการอบรม และ ระยะเวลาที่ดูแลคนพิการพบว่าผู้ดูแลคนพิการ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับคนพิการคือเป็นบิดา/มารดา จำนวน 23 คน รองลงมาคือเป็นญาติ จำนวน 17 คน และเป็นน้องสาว/พี่สาว จำนวน 11 คน สำหรับการอบรมพบว่าเคยอบรมมีจำนวน 34 คน ไม่เคยอบรม จำนวน 29 คน ส่วนระยะเวลาในการดูแลคนพิการ ส่วนใหญ่ดูแล 1-5 ปีจำนวน 17 คน รองลงมาคือ 6-10 ปีจำนวน 15 คน และมากกว่า 20 ปีจำนวน 14 คน

1.2.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ควบคุมพฤติกรรมคนพิการ จำแนกตามบุคคลที่ช่วยควบคุม เมื่อแสดงอาการที่ไม่เหมาะสม การได้รับการรักษา และ โรคประจำตัวของคนพิการ พบว่าผู้ที่มีส่วนช่วยในการควบคุมคนพิการที่แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว รองลงมาได้แก่ญาติและเพื่อนบ้านมีส่วนช่วยเท่ากัน สำหรับการรักษาส่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง 38 ไม่ต่อเนื่อง 17 คน และเป็นโรคเบาหวาน 3 คน

1.2.5 สถานการณ์ด้านค่าใช้จ่ายและการได้รับสวัสดิการพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาคคนพิการต่อครั้งที่พบมากที่สุดคือ 100-500 บาท จำนวน 45 คน รองลงมาคือ 501-1000 บาท จำนวน 13 คน และ 1001-3000 บาท สำหรับสวัสดิการการช่วยเหลือส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือ มีจำนวน 54 คน โดยสวัสดิการที่ได้รับมากที่สุดคือเบี้ยยังชีพและถุงยังชีพ มีจำนวน 46 คน รองลงมาคือการได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 43 คน

1.2.6 มุมมอง ทักษะชีวิตที่ผู้ดูแลมีต่อคนพิการ จำแนกตามอายุผู้ดูแล จากการศึกษาคคนพิการในแต่ละกลุ่มอายุ ที่ได้แสดงทักษะชีวิต และมุมมองต่างๆที่มีต่อคนพิการ พบว่ามีความรู้สึกสงสาร มีจำนวน 15 คน โดยกลุ่มที่มีความรู้สึกอย่างนี้จะพบในผู้ที่มีอายุ 61-70 ปีมีจำนวน 7 คนและกลุ่มอายุ 41-

50 ปีมีจำนวน 4 คน ทศนคติมุมมองรองลงมาคือ จำเป็น/ทำใจยอมรับ อยู่ร่วมกันจนกว่าจะตายจากกันไป มีจำนวน 9 คน และ รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้กับชีวิต ที่แบกรับภาระ มีจำนวน 9 คน

1.2.7 วิธีการที่ผู้ดูแลคนพิการใช้จัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ จำแนกตามกลุ่มอายุของผู้ดูแล พบว่า วิธีการที่ผู้ดูแลใช้จัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ที่พบมากที่สุดคือ ใช้วิธีการพูดคุย หวานล้อม ให้กำลังใจ หรือไม่ก็พูดตามคนพิการ มีจำนวน 40 คน โดยกลุ่มผู้ดูแลที่ใช้วิธีนี้มากที่สุดคือ ผู้ดูแลอายุ 51-60 ปีมีจำนวน 11 คน และอายุ 41-50 ปีมีจำนวน 10 คน ส่วนวิธีการจัดการรองลงมาคือ การให้คนพิการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีจำนวน 21 คน โดยผู้ดูแลที่นิยมใช้วิธีนี้จะเป็นกลุ่มอายุ 41-50 ปีมีจำนวน 11 คน ส่วนวิธีการคอยใส่ใจดูแลกิจวัตรประจำวัน ระวังระวังสิ่งกระตุ้นที่ไม่ดี เช่น นุหรี สุรา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง การดูแลทุกข์อารมณ์ มีจำนวน 10 คน โดยกลุ่มที่ใช้วิธีนี้มากที่สุดจะเป็นผู้ดูแลอายุ 51-60 ปีมีจำนวน 4 คน

ศักยภาพครอบครัวในการหารายได้ พบว่าส่วนใหญ่มีคนที่เป็นกำลังหลักในการหารายได้คือ ทุกคนช่วยกันหารายได้ จำนวน 20 คน คิด รองลงมาคือสามี สำหรับจำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ยมีจำนวน 4 คน สูงสุด 12 คน และต่ำสุด 1 คน โดยช่วงอายุสมาชิกในครอบครัวที่มีมากที่สุดคือ 25-59 ปี ในขณะที่อายุ 60 ปีขึ้นไปและ 13-24 ปี ตามลำดับ ส่วนโรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 52 คน มีโรคประจำตัว จำนวน 11 คน

ส่วนสิ่งที่ครอบครัวต้องการทำคือ การทำให้ทุกคนในครอบครัวยอมรับผู้ป่วย ว่าต้องช่วยกันดูแล ในทุกๆเรื่อง ตั้งแต่ ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน การพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน สิ่งที่ครอบครัวคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมที่ต้องการให้ช่วยเหลือสรุปได้ดังนี้

- 1) การส่งเสริมด้านอาชีพ โดยการฝึกอาชีพเสริม เช่น เกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์หรือการปลูกพืชเพื่อให้มีงานที่สร้างรายได้เสริมให้กับครอบครัว
- 2) ต้องการช่วยช่วยสร้างหรือซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้ดีกว่าเดิม เพราะบ้านอยู่กันหลายคน มีความแออัด
- 3) ต้องการให้มีการช่วยเหลือด้านการไปรับการรักษาพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว
- 4) ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐ เช่น อบต./พมจ.เข้ามาช่วยเหลือ ดูแล เอาใจใส่มากกว่านี้ ในทุกๆด้าน เช่น การขึ้นทะเบียนคนพิการ การรักษา สวัสดิการ ค่าใช้จ่ายอื่นๆตามความเหมาะสม
- 5) ต้องการให้มีการเพิ่มสวัสดิการของคนพิการครอบครัวคนพิการให้มากขึ้น และมีสวัสดิการอื่นช่วยเหลือเพิ่มเติม

6)ต้องการให้คนในชุมชน สังคมยอมรับ เอาใจใส่ ไม่แสดงความรังเกียจคนพิการ เข้าใจ ยอมรับ และช่วยกันดูแลคนพิการและไม่หยิบยื่นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ เช่น กาแฟ บุหรี่ สุรา M100 หรือการพูดกระดุนอารมณ์คนพิการ

7)ต้องการให้มีการให้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงสิทธิต่างๆของคนพิการ และครอบครัว

1.3 สถานการณ์การดำเนินงานในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์การดูแลคนพิการ ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กร มีจำนวน 27 แนวทาง จากการจัดเวทีระดมความคิดเห็น ร่วมของภาคเครือข่าย 9 องค์กร ได้ผลดังนี้

1.3.1 ระดับการดูแลช่วยเหลือในภาพรวม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม พบว่า ระดับการได้รับการดูแลของคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 27 แนวทางพบว่า ระดับปานกลางมีมากที่สุด จำนวน 17 ข้อ ระดับมาก 6 ข้อ และระดับน้อยมีจำนวน 4 ข้อ ทีมวิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพื่อให้ทราบรายละเอียดระดับการได้รับการดูแลของคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้องจำนวน 9 องค์กร ซึ่งมีทั้งหมด 27 แนวทาง พบว่าองค์กรที่ดูแลช่วยเหลือคนพิการ ที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์มากมี 2 องค์กรคือ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชน และมีองค์กรที่มีระดับผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย 2 องค์กรคือ โรงเรียน และ อาสาพัฒนาชุมชน และการดูแลคนพิการจำแนกตามรายองค์กร

ผลการวิจัยพบว่าสถานการณ์การดูแลคนพิการ ขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งมีทั้งหมด 9 ภาคีเครือข่าย มีกิจกรรมการดูแลของแต่ละองค์กรดังนี้ (1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแลเรื่อง การช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกและการติดตามเยี่ยม การจัดสรรสวัสดิการ เช่น เบี้ยยังชีพ ดูกองชีพ อำนาจความสะดวกในการเดินทางไปรักษาพยาบาล การเข้าถึงสิทธิสวัสดิการ การส่งเสริมด้านอาชีพ การจัดหาทุนทำกิน สนับสนุนการหารายได้เสริม (2) โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ดูแลเรื่องการติดตามการรักษาฟื้นฟู ดูแลที่บ้าน และให้คำปรึกษา จากบุคลากรด้านสาธารณสุขตามเกณฑ์ การ อบรมความรู้ในการดูแลคนพิการอย่างถูกต้อง การตรวจสุขภาพประจำปี (3) โรงเรียน ดูแลเรื่องโอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมการดำเนินกิจกรรมของทางโรงเรียน กรณีที่คนพิการเป็นนักเรียน ได้รับการประสานแจ้งพฤติกรรมของคนพิการและมีการติดตามเยี่ยม (4) วัด ดูแลเรื่องการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของวัด กิจกรรมการส่งเสริมศาสนาวัฒนธรรมของชุมชน การส่งเสริมความรู้ ธรรมะ แนวทางการจัดการปัญหา การดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข การสงเคราะห์จากวัด รวมถึงการส่งเสริมให้มีรายได้ กิจกรรมในการสร้างคุณค่าชีวิต (5) ชมรม อสม. การติดตามดูแลช่วยเหลือในด้านการรักษาส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนความรู้ การประสานงานและส่งต่อข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนข่าวสารต่างๆ (6) อพม. (อาสาพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์) การสนับสนุนส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่

ควรจะได้รับ สิทธิการรักษาพยาบาล สวัสดิการ การส่งเสริมอาชีพ รวมถึงสิทธิด้านมนุษยชน ได้รับการส่งเสริมและประสานงาน เพื่อให้เข้าถึงสิทธิประโยชน์จากหน่วยงาน การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงสิทธิต่างๆอย่างสม่ำเสมอ (7)ชมรมคนพิการ คูแฉ่ เข้มแข็งให้กำลังใจ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน การสร้างความเข้าใจในพฤติกรรมของคนพิการฯ การส่งเสริมความรู้และสนับสนุนในด้านการจัดหาสวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติม (8)อช.(อาสาพัฒนาชุมชน) คูแฉ่ช่วยเหลือในด้านช่วยเหลือสอดคล้องคูแฉ่เฝ้าระวังพฤติกรรมของคนพิการ การส่งเสริมความรู้แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการและครอบครัว (9)ชุมชน (ผู้นำชุมชน , เพื่อนบ้าน , คนในชุมชน)คูแฉ่ช่วยเหลือด้านการสอดคล้องคูแฉ่ เฝ้าระวังพฤติกรรมของคนพิการ ประชาคมหาแนวทางในการดูแลช่วยเหลือ

1.4 ศักยภาพต้นทุนของชุมชนและทัศนคติมุมมองการอยู่ร่วมกันของชุมชนที่มีต่อคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัวคนพิการ

1.4.1 ศักยภาพต้นทุนของชุมชนประกอบไปด้วย

1)ศักยภาพต้นทุนที่เป็นคนในชุมชน ที่ประกอบด้วยประชาชนทั่วไป พบว่าคนทั่วไปในชุมชนจะมีส่วนในการช่วยให้คนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมดีขึ้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับคนในชุมชนที่จะคอยให้กำลังใจทั้งคนพิการเองและครอบครัว ส่วน ผู้นำชุมชนเช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. คอยประสานกับครอบครัวคนพิการฯในการช่วยเหลือเมื่อคนพิการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือคนพิการเมื่อยามมีปัญหา คอยชี้แจงให้คนในชุมชนเข้าใจธรรมชาติของอาการผู้ป่วยจิตใจและพฤติกรรม

2)ศักยภาพต้นทุนที่เป็นเงิน ได้แก่ กองทุนต่างๆที่มีในชุมชนได้แก่ กองทุนหมู่บ้านและชุมชน(กองทุนเงินล้าน) กองทุนแก้ไขปัญหาคาความยากจน พบว่ามีการจัดสรรให้เป็นสวัสดิการแก่คนในชุมชนโดยเฉพาะคนพิการเมื่อครอบครัวคนพิการ ไม่มีค่าเดิน ทางไปรักษาพยาบาล รวมถึงการให้กู้ยืมโดยไม่คิดดอกเบี้ยเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนได้บ้างบางตำบลมีกองทุนสวัสดิการชุมชน(ออมวันละ1บาท)ก็จะจัดสวัสดิการให้แก่คนพิการได้เมื่อยามเจ็บป่วยหรือเวลาไปพบหมอรับยาตามนัด

3)ศักยภาพต้นทุนด้านประเพณีและวัฒนธรรมในชุมชนพบว่ามีประเพณีวัฒนธรรมที่ช่วยสร้างกำลังใจให้คนพิการและครอบครัวได้คือการบายศรีสู่ขวัญให้คนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมทำให้ญาติของคนพิการมีกำลังใจมากขึ้นไม่รู้สึกลัวว่าคนในชุมชนรังเกียจหรือทอดทิ้งและพบว่าศักยภาพต้นทุนของชุมชนมีผลต่อทัศนคติมุมมองการอยู่ร่วมกันของชุมชนที่มีต่อคนพิการฯดังนี้

1.ด้านการอยู่ร่วมกันของคนพิการในชุมชน

1.1 คนพิการสามารถอาศัยอยู่ในชุมชน สังคมเหมือนคนปกติ อยู่ร่วมกันได้ ช่วยเหลือกันดี

1.2 คนทั่วไป สังคม ยังไม่ยอมรับ มีความหวาดกลัว หวาดระแวงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากคนพิการ เช่น การถือมีดและอะอะ ไวยวาย

1.3 เพื่อนบ้าน ชุมชน มีความเห็นอกเห็นใจคนพิการ และคนในครอบครัว ที่ต้องแบกรับภาระหนักกว่าครอบครัวคนปกติ เช่น มีการพูดคุยแสดงความเห็นใจ ชวนไปทำบุญเสริมบารมี การให้กำลังใจ และแบ่งปันอาหาร สิ่งของ เป็นครั้งคราว

1.4 ผู้นำชุมชน หน่วยงานรัฐ ยังให้ความสำคัญน้อยกว่าคนพิการประเภทอื่น ไม่ค่อยได้รับการช่วยเหลือและดูแล ไม่ทราบแนวทางการช่วยเหลือคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม

1.5 คนในชุมชน สังคม ยังไม่เข้าใจความผิดปกติของคนพิการ ขาดความเข้าใจ จึงทำให้ไม่ยอมรับ รังเกียจคนพิการ เช่น เวลาทีมงานบุญบางคนก็ไม่ให้คนพิการเข้าไปร่วมงาน

2.ด้านปัญหาและอุปสรรค ที่พบในการดูแลคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรม โดยสัมภาษณ์จากคนดูแลและคนในครอบครัว แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า

2.1คนพิการ ไม่ยอมรับว่าตัวเองว่าผิดปกติ จึงไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและยังปฏิเสธการรักษา

2.2คนพิการแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การดูแลควบคุมพฤติกรรมมีความยากลำบาก เหนื่อยกาย เหนื่อยใจ

2.3ครอบครัวมีฐานะยากจน ต้องทำงานหนักและรายได้ก็ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายในครอบครัว

2.4การเดินทางไปรักษาและรับยาลำบาก ไกล ค่าใช้จ่ายมาก การหาเงินก็หาได้น้อย

2.5สังคมไม่เข้าใจ ทำให้การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนในสังคมลำบาก สังคมไม่ยอมรับคนพิการ

2.6คนพิการอายุมาก และคนที่ดูแลก็มีอายุมากเหมือนกัน เกิดความกังวลกลัวไม่มีผู้ดูแล

3.ด้านความต้องการของผู้ดูแลคนพิการอยากให้คนในชุมชน องค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วม ให้ความช่วยเหลือในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัวสรุปได้ดังนี้

3.1 ให้ส่งเสริมด้านอาชีพ การมีงานที่สร้างรายได้เสริมให้กับครอบครัว

3.2ให้ช่วยสร้างหรือซ่อมแซมบ้าน ที่อยู่อาศัยให้ดีกว่าเดิม เพราะบ้านอยู่กันแออัด

3.4 ให้มีการช่วยเหลือด้านรักษาพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว

3.5 ให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาช่วยเหลือ ดูแล เอาใจใส่มากกว่านี้ ในทุกๆด้าน เช่น การขึ้นทะเบียนคนพิการ การรักษา สวัสดิการ ค่าใช้จ่ายอื่นๆตามความเหมาะสม

3.6ให้มีการเพิ่มสวัสดิการของคนพิการครอบครัวคนพิการให้มากขึ้น และมีสวัสดิการอื่นช่วยเหลือเพิ่มเติม

3.7 ให้คนในชุมชน สังคมยอมรับ เอาใจใส่ ไม่แสดงความรังเกียจคนพิการ เข้าใจยอมรับ และช่วยกันดูแลคนพิการและไม่หยิ่งยื่นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ เช่น กาแฟ บุหรี่ สุรา M100 หรือการพูดกระตุ้นอารมณ์คนพิการ

3.8 ให้มีการให้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงสิทธิต่างๆของคนพิการและครอบครัว

ข้อมูลเพิ่มเติม จากการจัดเวทีรวบรวมและสรุปข้อมูลในกลุ่มที่นักวิจัยที่ได้จากการสังเกตในพื้นที่ร่วมด้วย สรุปได้ดังนี้

4. ข้อมูลของคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรม

ด้านจิตใจและสังคม

- มีความหวาดระแวง กลัวคนอื่นเขานินทา หรือ ด่า
- มีความเชื่อว่าเขาเป็นคนเก่งเหนือกว่าคนอื่น
- มีการต่อต้านการดูแลรักษา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง
- คิดว่าตนเองเป็นคนปกติ ต้องการมีครอบครัว ต้องการมีเพศสัมพันธ์ คนใน

ชุมชนเกิดความกลัว และกังวล

- ชอบเก็บสะสม ข้าวของที่ไม่เป็นประโยชน์ และของสิ่งของนั้นๆ
- แสดงพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น ชักผ้าทั้งวัน
- ก้าวร้าว คำคน อย่างไม่มีเหตุผล
- คิดว่าตนเอง เป็นร่างทรงของเทพต่างๆ
- ไม่ยอมรับการรักษา เวลาไปพบแพทย์จะไม่แสดงอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติให้

เห็น พูดคุย ตอบคำถามเหมือนคนปกติ แพทย์วินิจฉัยไม่ได้ แต่พอลกลับมาบ้าน ก็แสดงอาการเหมือนเดิม

- มีนิสัยชอบขโมยสิ่งของของผู้อื่น
- ทำตัวเหมือนคนปกติ ไปเซ็นชื่อของร้านค้าไว้ แล้วญาติต้องไปรับผิดชอบ
- คิดว่าตนเองทำอะไรก็ไม่ผิด

ด้านสุขภาพร่างกาย

- ไม่มีการดูแลเรื่องความสะอาด ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า สกปรกมอมแมม

ด้านสังคม อารมณ์ และความรู้

- ผู้ดูแลเครียดและเป็นกังวล เป็นห่วงกลัวจะเกิดอะไรที่ไม่ดีกับคนพิการ หรือกลัวคนพิการจะไปทำอะไรไม่ดีกับคนอื่น กลัวได้รับอันตราย

- ผู้ดูแล มีอารมณ์เบื่อง่าย รู้สึกว่าชีวิตส่วนตัวขาดหายไป
- ผู้ดูแลรู้สึกว่า สังคม เพื่อนบ้านมองว่าเราไม่ได้เอาใจใส่ดูแล ดูแลไม่ดี ถูกตำหนิต่อว่า

ทำให้รู้สึกน้อยใจ เบื่อหน่าย

- ผู้ดูแลรู้สึกว่า ครอบครัวมีปมด้อย ไม่อยากเข้าร่วมกับสังคม

- ผู้ดูแลคิดว่า การดูแลคนพิการนั้น ไม่มีใครมาช่วยอย่างจริงจัง ต้องรับผิดชอบและเรียนรู้ ที่จะอยู่กับสิ่งนี้ให้ได้

- ผู้ดูแลรู้สึกว่ายางขาดเทคนิค จิตวิทยา ในการกระตุ้นการกินยา รักษา และบางครั้งคนพิการไม่ให้ความร่วมมือ แต่ไม่ทราบวิธีว่าจะจัดการอย่างไร

- ผู้ดูแลรู้สึกกังวล คนเองอายุมาก กังวลกลัวจะไม่มีผู้ดูแลคนพิการต่อจากตนเอง

1.5 แนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา

จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือคนพิการและครอบครัว โดยทีมนักวิจัยเพื่อท้องถิ่นจำนวน 26 คน มีความเห็นเกี่ยวกับแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมาพบว่า แนวทางที่ทีมนักวิจัยเพื่อท้องถิ่นเห็นสอดคล้องกัน 100% ใน 3 อันดับแรกใน 10 แนวทางได้แก่ สวัสดิการ เบี้ยยังชีพ ธุงยังชีพ การเดินทางไปรักษา,ติดตาม ส่งเสริม รักษาฟื้นฟู ให้คำปรึกษา,โอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์,การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม,ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้,ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม.,การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม,สอดคล้องดูแล เผื่อระวังพฤติกรรม,ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือ,การพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพในการดูแลคนพิการ ร้อยละ 92.31 มีจำนวน 2 แนวทาง ได้แก่ ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ,สอดคล้องดูแล เผื่อระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน ร้อยละ 88.46 มีจำนวน 2 แนวทาง ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี,ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งแต่ละหน่วยงาน มีแนวทางช่วยเหลือ ดังนี้

1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเหลือ ช่วยเหลือ ที่พักอาศัย สิ่งอำนวยความสะดวก การติดตามเยี่ยม จัดสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ ธุงยังชีพ การเดินทางไปรักษาพยาบาล การส่งเสริมอาชีพ ทุนรายได้เสริม สนับสนุนงบประมาณในการอบรมพัฒนาความรู้ ศึกษานอกพื้นที่

2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ช่วยเหลือเรื่องติดตามส่งเสริม รักษา ฟื้นฟู ให้คำปรึกษา ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ การตรวจสุขภาพประจำปี

3.โรงเรียนโอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์ การมีส่วนร่วมกิจกรรมของโรงเรียน การประสานงาน แจ้งพฤติกรรม เยี่ยมบ้าน

4.วัด การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม ความรู้ด้านธรรมะ การจัดการปัญหาการสงเคราะห์

5.ชมรม อสม. ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล สนับสนุนข่าวสาร

6.อพม. ส่งเสริมสิทธิประโยชน์ สวัสดิการ สิทธิด้านมนุษยชน ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม.อำนวยความสะดวกการเข้าถึงสิทธิ์ต่างๆ

7.ชมรมคนพิการ การติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม ส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติม

8.อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลช่วยเหลือด้านอื่นๆ

9. ชุมชน สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือ สร้างการยอมรับ

10.ครอบครัว การสร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว การปรับตัว การให้กำลังใจคนพิการ สัมพันธภาพ การพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพในการดูแลคนพิการ

ผลการนำแนวทางไปปฏิบัติ

ทีมนักวิจัยเพื่อท้องถิ่นจำนวน 26 คน ได้คัดเลือกแนวทางกิจกรรมที่ได้คะแนนความคิดเห็นสอดคล้องกันตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป เป็นแนวทางการในการนำไปปฏิบัติและสร้างรูปแบบในการดูแลคนพิการและครอบครัวที่เหมาะสมสามารถตอบสนองความต้องการของคนพิการและครอบครัว ได้ดีมากขึ้น ประกอบด้วย 10 ภาติเครือข่าย และ 20 กิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือ มีรายละเอียดดังนี้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จัด สวัสดิการ เบี้ยยังชีพ ธุงยังชีพ การเดินทางไปรักษา การส่งเสริมอาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ติดตามส่งเสริม รักษา ฟันฟู ให้คำปรึกษา ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ การตรวจสุขภาพประจำปี.โรงเรียนโอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์ การประสานงาน แจ้งพฤติกรรม เยี่ยมบ้าน วัด การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม การสงเคราะห์ ชมรม อสม.ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล .อพม. ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม.ชมรมคนพิการ การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม ส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติม อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ชุมชน สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือ ครอบครัว การสร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว การปรับตัว การพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพในการดูแลคนพิการ

1.6 การตรวจสอบแนวทางที่เหมาะสม ในการสนับสนุนการดูแลช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวโดยผู้เชี่ยวชาญ

ทีมวิจัยได้แนวทางการดูแลคนพิการและผู้ดูแลทั้ง 20 กิจกรรม นำมาจัดสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 14 คนตรวจสอบความเหมาะสมและเป็นไปได้ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันมากกว่าร้อยละ 80 ทั้ง 20 กิจกรรม

ทีมนักวิจัยได้นำกิจกรรมทั้ง 20 กิจกรรม จัดทำเป็นรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมและผู้ดูแล โดยคนในครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีภาคีเครือข่ายจำนวน 10 องค์กร

1.7 ผลการนำแนวทางไปปฏิบัติของแต่ละแนวทางขององค์กรที่เกี่ยวข้องคือ

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1 การจัดสวัสดิการได้แก่ เบี้ยยังชีพให้คนพิการเป็นรายเดือน ดึงยังชีพ เมื่อมีการออกหน่วยบริการประชาชน การเดินทาง ไปรักษาพยาบาล จัดรถรับส่งไปสถานบริการสาธารณสุข

2 การส่งเสริมอาชีพ ทุน รายได้เสริม มีการสำรวจข้อมูลครอบครัวคนพิการ จิตหรือพฤติกรรมว่ามีความต้องการในการเข้ารับการอบรมการประกอบอาชีพเสริม

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

1. ติดตามส่งเสริม รักษาฟื้นฟู ให้คำปรึกษา มีการออกเยี่ยมผู้ป่วยจิตหรือพฤติกรรมเดือนละละ 1 ครั้ง ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 4 แห่งของ อำเภอสีดา

2. ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ มีการอบรม ความรู้และทักษะในการดูแลคนพิการจิตหรือพฤติกรรมและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนพิการ

3. การตรวจสุขภาพประจำปี มีการตรวจสุขภาพประจำปีให้ คนพิการจิตหรือพฤติกรรม

3) โรงเรียน

1. โอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์ ยังไม่มีการดำเนินงาน

2. การประสานงาน แจ้งพฤติกรรม เชิญบ้าน ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นบางครั้ง

4) วัด

1. การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม ผู้ดูแลพาคนพิการทางจิตหรือพฤติกรรมเข้ารักษาด้านจิตใจในบางโอกาส

2. การสงเคราะห์

5) ชมรม อสม.

1. ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ ติดตามการดูแลคนพิการทางจิตหรือพฤติกรรมเช่น การทานยาต่อเนื่อง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

2. การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล มีการเฝ้าระวังการกลับมาเป็นโรคซ้ำและประสานกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบ

6) อพม.

3. ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม. มีการช่วยเหลือการเข้าถึงสิทธิของคนพิการเช่นการต่ออายุบัตรคนพิการ

7)ชมรมคนพิการ

1. การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม มีการสนทนาพูดคุยกับคนในชุมชนในการอยู่อยู่ร่วมกับคนพิการจิตหรือพฤติกรรม ให้คนในชุมชนเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วย

2. ส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติม มีการทำทะเบียน ดำรวจข้อมูลคนพิการที่เป็นปัจจุบัน เพื่อการเข้าถึงสิทธิคนพิการ

8)อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)

1. สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ร่วมกับ อสม.ชุมชนในการดูแลช่วยเหลือ

2. ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

9)ชุมชน

1. สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน

2. ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือ

10)ครอบครัว

1. การสร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว การปรับตัว เพื่ออยู่ร่วมกันกับคนพิการอย่างมีความสุขตามสภาพที่เป็นอยู่

2. การพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพในการดูแลคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการมีความตระหนักในการหาความรู้ เรื่อง สุขภาพจิต ทำตัวเองให้มีความสุขไม่กดดันผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้บ้าง

2. การอภิปรายผล

1. สถานการณ์การดำเนินชีวิตคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนผลจากการศึกษาพบว่า คนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดระหว่าง 41-50 ปี รองลงมาอายุ 31-40 ปี ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของระดับประเทศ คือ จะพบในวัยผู้ใหญ่เช่นกัน สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ว่าผู้ป่วยจะป่วยเมื่อสมรสแล้ว ระดับการศึกษานั้นผู้ป่วยทั้งหมดจะการศึกษาระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งในชนบทจะมีการศึกษาอยู่ในระดับนี้อยู่แล้ว สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการส่วนใหญ่มีความสามารถปฏิบัติได้ดี เป็นเพราะมีการรักษาดูแลจากครอบครัวที่ดี รองลงมาคือปฏิบัติได้บ้าง จะเกิดจากการทานยารักษาไม่ต่อเนื่อง และปฏิบัติไม่ได้เลย เป็นกลุ่มที่ขาดการรักษา ส่วนความสามารถในการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีความสามารถในการประกอบอาชีพได้ ซึ่งเป็นไปตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ ก็จะประกอบอาชีพหรือช่วยงานครอบครัวได้เช่นกัน การช่วยงานทั่วไป ทำเกษตรกรรมมี และอาชีพรับจ้าง

การขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการ ส่วนใหญ่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว ยังไม่ขึ้นทะเบียน จำนวน 17 คน สาเหตุที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเนื่องจากไม่มีใบรับรองความพิการจากแพทย์ เพราะผู้ป่วยไม่ยอมไปพบแพทย์ ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของคนพิการที่ไม่เหมาะสมคืออาการซึมเศร้า แยกตัว ไม่พูดกับผู้อื่น แสดงอาการประสาทหลอน อาการอึด ปั่นป่วน เดินไปมา ซึ่งจะเป็นกลุ่มที่ทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือทานไม่ต่อเนื่อง ส่วนการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของคนพิการ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องปกติที่ครอบครัวต้องดูแล สำหรับการรักษาส่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ส่วนการรักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 17 คน ในกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีอาการมากครอบครัวไม่ค่อยสนใจและเป็นกลุ่มที่ไม่ค่อยสร้างปัญหาให้แก่ครอบครัวและชุมชน

2. สถานการณ์และศักยภาพครอบครัวคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมต้องการทำและสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือผู้ดูแลคนพิการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายนั้น โดยทั่วไปเพศหญิงจะเป็นผู้ดูแลคนในครอบครัวเป็นคนหลักอยู่แล้ว ส่วนกลุ่มอายุของผู้ดูแลที่อยู่ในช่วง 41-70 ปี ก็เป็นไปตามบริบทของแต่ละครอบครัวว่าใครเหมาะสมในการดูแล ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะร่วมกันกำหนดของแต่ละครอบครัว และที่พบว่าผู้ที่มีส่วนช่วยในการควบคุมคนพิการที่แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมนั้น ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดและถือเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่เป็นไปตามวัฒนธรรมประเพณีของชาวชนบทอยู่แล้วและเมื่อคนดูแลในครอบครัวไม่อยู่ก็จะมีญาติหรือเพื่อนบ้านเข้ามาช่วยเหลือ เรื่องค่าใช้จ่ายในการไปรับการรักษาพยาบาล ที่อยู่ในช่วง 100-500 บาท จำนวน 45 คนจะไปรับบริการกับที่โรงพยาบาลใกล้ส่วนช่วง 501-1000 บาท จำนวน 13 คน จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดและ 1001-3000 บาทเป็นกลุ่มที่ต้องไปรับบริการถึงกว่าปกติจึงทำให้ค่าใช้จ่ายมากกว่ากลุ่มอื่นสำหรับสวัสดิการที่ได้รับการช่วยเหลือ เป็นเรื่องของเบี้ยยังชีพและถุงยังชีพ จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นการทำตามกฎหมายของแต่ละหน่วยงาน

มุมมองทัศนคติที่ผู้ดูแลมีต่อคนพิการที่พบว่ามีความรู้สึกสงสารซึ่งน่าจะมาจากมองคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จะพบในผู้ที่มีอายุ 61-70 ปี และกลุ่มอื่น ทำใจยอมรับ บางส่วนมีความรู้สึกละอายหรืออึดกับชีวิตซึ่งเป็นธรรมชาติของครอบครัวที่เผชิญกับการมีคนพิการเกิดขึ้นในครอบครัวย่อมมีความรู้สึกละอายส่วนเรื่องวิธีการที่ผู้ดูแลคนพิการใช้จัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นที่พบมากที่สุดคือใช้วิธีการพูดคุยหวานล่อ ให้กำลังใจ หรือไม่ก็พูดคุยตามคนพิการ ซึ่งตรงกับหลักการดูแลสุขภาพด้วยจิตใจและสังคมซึ่งเป็นการรักษาด้วยยาการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคมที่แพทย์ผู้รักษาอาจใช้ร่วมกับยาคือให้คนพิการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ศักยภาพครอบครัวในการหารายได้ ที่พบว่าส่วนใหญ่มีคนที่กำลังหลักในการหารายได้คือทุกคนช่วยกันหารายได้ซึ่งเป็นลักษณะของครอบครัวชนบททั่วไปที่จะมีการช่วยกันหารายได้ทั้งครอบครัว

ส่วนสิ่งที่ครอบครัวต้องการทำคือ การทำให้ทุกคนในครอบครัวยอมรับผู้ป่วย ว่าต้องช่วยกันดูแล ในทุกๆเรื่อง ตั้งแต่ ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน การพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน สิ่งที่ครอบครัวคนพิการ ซึ่งเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับหลักการของ CBR ก็จะต้องอาศัยการประสานกันระหว่างตัวของคนพิการเอง ครอบครัวของคนพิการ และชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่ และที่ต้องการให้ช่วยเหลือ ที่พบว่า เป็นเรื่องการส่งเสริมด้านอาชีพ โดยการฝึกอาชีพเสริม เช่น เกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์หรือการปลูกพืชเพื่อให้มีงานที่สร้างรายได้เสริมให้กับครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องพื้นฐานในการดำรงชีพพื้นฐานที่ครอบครัวคนพิการที่มักจะใช้แรงงานและเวลาในการคอยดูแลคนพิการอยู่ประจำ ส่วนความต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการช่วยสร้างหรือซ่อมแซมที่อยู่อาศัย ด้านการไปรับการรักษาพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในครอบครัวให้หน่วยงานภาครัฐ เช่น อบต./พมจ.เข้ามาช่วยเหลือ ดูแล เอาใจใส่มากกว่านี้ เช่น การขึ้นทะเบียนคนพิการ การรักษา สวัสดิการ ค่าใช้จ่ายอื่นๆตามความเหมาะสม การเพิ่มสวัสดิการของคนพิการครอบครัวคนพิการให้มากขึ้น และมีสวัสดิการอื่นช่วยเหลือเพิ่มเติม ซึ่งข้อค้นพบนี้บ่งบอกว่า การเข้าถึงบริการของภาครัฐยังเข้าไม่ถึงเท่าที่ควร และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ พฤษกานนท์ และคณะที่พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในทุกโรคค่อนข้างต่ำ ส่วนความต้องการให้คนในชุมชน สังคมยอมรับ เอาใจใส่ ไม่แสดงความรังเกียจคนพิการ เข้าใจ ยอมรับ และช่วยกันดูแลคนพิการและไม่หยิบยื่นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่ออาการไม่พึงประสงค์ เช่น กาแฟ บุหรี่ สุรา M100 หรือการพูดกระดู้นอารมณ์คนพิการ นั้นตรงกับมูลนิธิสถาบันวิจัยกฎหมาย ที่พบว่าคนพิการนั้นต้องการยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงสิทธิต่างๆของคนพิการและครอบครัว

3.สถานการณ์การดำเนินงานในการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม ที่พบว่า ระดับการได้รับการดูแลของคนพิการจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง กับชุมชนมี 9 องค์กร มีแนวทางการดูแล 27 แนวทางพบว่า ระดับปานกลางมีมากที่สุด จำนวน 17 ข้อ ระดับมาก 6 ข้อ และระดับน้อยมีจำนวน 4 ข้อ ทีมวิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพื่อให้ทราบรายละเอียดระดับการได้รับการดูแลของคนพิการจาก ซึ่งมีทั้งหมด 27 แนวทาง พบว่าองค์กรที่ดูแลช่วยเหลือคนพิการ ที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์มากมี 2 องค์กรคือ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชน และมีองค์กรที่มีระดับผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย 2 องค์กรคือ โรงเรียน และ อาสาพัฒนาชุมชน และการดูแลคนพิการจำแนกตามรายองค์กร ที่เป็นเช่นนั้น ในพื้นที่องค์กร อสม.อยู่ใกล้ชิดกับคนพิการอยู่แล้วเพราะมี อสม.อยู่ประจำทุกคุ้มที่มีครอบครัวดูแลตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ อสม. 1 คน ดูแลครอบครัว 8-15 ครอบครัวจึงมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากชุมชนก็เช่นกัน ส่วนโรงเรียนและอาสาพัฒนาชุมชนมีบทบาทหน้าที่ที่มีลักษณะเฉพาะมีความเกี่ยวข้องกับคนพิการน้อยจึงทำให้ระดับผลการปฏิบัติงานน้อยไปด้วย อีกประการหนึ่งที่ผลการวิจัยพบว่าสถานการณ์การดูแลคนพิการ ขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน ที่มี 9

ภาคีเครือข่าย เป็นจัดกลุ่มของทีมวิจัยเพื่อสะดวกในการประสานการปฏิบัติงานดูแลคนพิการและแต่ละองค์กรได้ทำมีกิจกรรมการดูแลคนพิการแต่ละองค์กรดังนี้ (1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแลเรื่องการช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกและการติดตามเยี่ยม การจัดสรรสวัสดิการ เช่น เบี้ยยังชีพ ธุงยังชีพ อำนาจความสะดวกในการเดินทางไปรักษาพยาบาล การเข้าถึงสิทธิสวัสดิการ การส่งเสริมด้านอาชีพ การจัดหาทุนทำกิน สนับสนุนการหารายได้เสริม (2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดูแลเรื่องการติดตามการรักษาฟื้นฟู ดูแลที่บ้าน และให้คำปรึกษา จากบุคลากรด้านสาธารณสุข ตามเกณฑ์ การ อบรมความรู้ในการดูแลคนพิการอย่างถูกต้อง การตรวจสุขภาพประจำปี (3) โรงเรียน ดูแลเรื่องโอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมการดำเนินกิจกรรมของทางโรงเรียน กรณีที่คนพิการเป็นนักเรียน ได้รับการประสานแจ้งพฤติกรรมของคนพิการและมีการติดตามเยี่ยม (4) วัด ดูแลเรื่องการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของวัด กิจกรรมการส่งเสริมศาสนาวัฒนธรรมของชุมชน การส่งเสริมความรู้ ธรรมะ แนวทางการจัดการปัญหา การดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข การสงเคราะห์จากวัด รวมถึงการส่งเสริมให้มีรายได้ กิจกรรมในการสร้างคุณค่าชีวิต (5) ชมรม อสม. การติดตามดูแลช่วยเหลือในด้านการรักษาส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนความรู้ การประสานงานและส่งต่อข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนข่าวสารต่างๆ (6) อพม. (อาสาพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์) การสนับสนุนส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับ สิทธิการรักษาพยาบาล สวัสดิการ การส่งเสริมอาชีพ รวมถึงสิทธิด้านมนุษยชน ได้รับการส่งเสริมและประสานงาน เพื่อให้เข้าถึงสิทธิประโยชน์จากหน่วยงาน การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงสิทธิต่างๆอย่างสม่ำเสมอ (7) ชมรมคนพิการ ดูแล เยี่ยมให้กำลังใจ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน การสร้างความเข้าใจในพฤติกรรมของคนพิการฯ การส่งเสริมความรู้และสนับสนุนในด้านการจัดหาสวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติม (8) อช. (อาสาพัฒนาชุมชน) ดูแลช่วยเหลือในด้านช่วยเหลือดูแลผู้เฝ้าระวังพฤติกรรมของคนพิการ การส่งเสริมความรู้แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการและครอบครัว (9) ชุมชน (ผู้นำชุมชน , เพื่อนบ้าน , คนในชุมชน) ดูแลช่วยเหลือ ด้านการสอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรมของคนพิการ ประชาคมหาแนวทางในการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งการปฏิบัติงานของแต่ละองค์กรนั้นเป็นการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง

4. ศักยภาพต้นทุนของชุมชนและทัศนคติมุมมองการอยู่ร่วมกันของชุมชนที่มีต่อคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมและครอบครัวคนพิการ

4.1 ศักยภาพต้นทุนของชุมชนประกอบไปด้วย

1) ศักยภาพต้นทุนที่เป็นคนในชุมชน ที่ประกอบด้วยประชาชนทั่วไป พบว่าคนทั่วไปในชุมชนจะมีส่วนในการช่วยให้คนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมดีขึ้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับคนในชุมชนที่จะคอยให้กำลังใจทั้งคนพิการเองและครอบครัว ส่วน ผู้นำชุมชนเช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. คอยประสานกับครอบครัวคนพิการฯ ในการช่วยเหลือเมื่อคนพิการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือคนพิการเมื่อเขามีปัญหา คอยชี้แจงให้คนในชุมชน

เข้าใจธรรมชาติของอาการผู้ป่วยจิตใจและพฤติกรรมซึ่งเป็นลักษณะของ CBR จะเริ่มต้น จะต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจ การประสานสัมพันธ์กันของกลุ่มบุคคล ต่างๆ ได้แก่ คนพิการในชุมชน ครอบครัวของคนพิการ ชุมชนของคนพิการ หน่วยงานภาครัฐ ทั้งในระดับท้องถิ่นเป็นการประสานความร่วมมือกันเพื่อช่วยเหลือคนพิการให้อยู่ร่วมกับสังคมชุมชนได้อย่างปกติหรือใกล้เคียง

2) ศักยภาพต้นทุนที่เป็นเงิน ได้แก่ กองทุนต่างๆที่มีในชุมชน ได้แก่ กองทุนหมู่บ้านและชุมชน(กองทุนเงินล้าน)กองทุนแก้ไขปัญหาคาความยากจนพบว่ามีการจัดสรรให้เป็นสวัสดิการแก่คนในชุมชนโดยเฉพาะคนพิการเมื่อครอบครัวคนพิการไม่มีค่าเดิน ทางไปรักษาพยาบาล รวมถึงการให้กู้ยืมโดยไม่คิดดอกเบี้ยเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนได้บ้างบ้างตำบลมีกองทุนสวัสดิการชุมชน(ออมวันละบาท)ก็จะจัดสวัสดิการให้แก่คนพิการได้เมื่อยามเจ็บป่วยหรือเวลาไปพบหมอรับยาตามนัด ที่ถือเป็นลักษณะของการปรับตัวของชุมชนในการอยู่ร่วมกันช่วยเหลือเกื้อกูลกันของคนชนบท

3) ศักยภาพต้นทุนด้านประเพณีและวัฒนธรรมในชุมชนพบว่าประเพณีวัฒนธรรมที่ช่วยสร้างกำลังใจให้คนพิการและครอบครัวได้คือการบวชบุญให้คนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมทำให้ญาติของคนพิการมีกำลังใจมากขึ้นไม่รู้สีกว่าคนในชุมชนรังเกียจหรือทอดทิ้ง ซึ่งเป็นลักษณะที่ชุมชนยังมีความเป็นอยู่ที่สัมพันธ์กันและกันด้วยประเพณีและวัฒนธรรมและพบว่าศักยภาพต้นทุนของชุมชนมีผลต่อทัศนคติมุมมองการอยู่ร่วมกันของชุมชนที่มีต่อคนพิการและ คนพิการสามารถอาศัยอยู่ในชุมชน สังคมเหมือนคนปกติ อยู่ร่วมกันได้ ช่วยเหลือกันได้ถึงแม้จะมีบ้างที่ คนทั่วไป ในสังคม ยังไม่ยอมรับ มีความหวาดกลัว หวาดระแวงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากคนพิการ เช่น การถือมีดและเอะอะโวยวาย แต่เมื่อเทียบกับคนปกติที่ทำร้ายกันยังมีมากกว่าคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมทำร้ายคน จึงทำให้คลายความหวาดกลัว เพื่อนบ้าน ชุมชน มีความเห็นอกเห็นใจคนพิการ และคนในครอบครัว ที่ต้องแบกภาระหนักกว่าครอบครัวคนปกติ จึงต้องเพื่อนคนในชุมชนคอยพูดคุยแสดงความเห็นใจ ถือเป็นความต้องการของครอบครัวที่มีคนพิการเกิดขึ้น

4.2 ด้านปัญหาและอุปสรรค ที่พบในการดูแลคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรม โดยสัมภาษณ์จากคนดูแลและคนในครอบครัว แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ผู้นำชุมชน หน่วยงานรัฐ ยังให้ความสำคัญน้อยกว่าคนพิการประเภทอื่น ไม่ค่อยได้รับการช่วยเหลือและดูแล ไม่ทราบแนวทางการช่วยเหลือคนคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม คนในชุมชน สังคม ยังไม่เข้าใจความผิดปกติของคนพิการ ขาดความเข้าใจ ซึ่งทำให้ไม่ยอมรับ รังเกียจคนพิการ เช่น เวลาในงานบุญบางคนก็ไม่ให้คนพิการเข้าไปร่วมงาน คนพิการไม่ยอมรับว่าตัวเองว่าผิดปกติ จึงไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและยังปฏิเสธการรักษาการแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ อายุมาก ครอบครัว/คนดูแล มีฐานะยากจนต้องทำงานหนักและรายได้ก็ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายในครอบครัว คนดูแลอายุมากการดูแลควบคุมพฤติกรรมมีความยากลำบากเหนื่อยยาก เหนื่อยใจการเดินทางไปรักษาและรับยาลำบาก โกลด ค่าใช้จ่ายมาก การหาเงินก็หาได้น้อย ซึ่งเป็นปัญหาโดยรวมที่ยังมีปรากฏอยู่ในพื้นที่วิจัย

4.3 ด้านความต้องการของผู้ดูแลคนพิการอยากให้คนในชุมชน องค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วม ให้ความช่วยเหลือในการดูแลคนพิการและครอบครัวได้แก่ด้านส่งเสริมด้านอาชีพ การมีงานที่สร้างรายได้เสริมให้กับครอบครัว ช่อมแซมที่อยู่อาศัย ด้านรักษาพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว การขึ้นทะเบียนคนพิการ การรักษา สวัสดิการ ค่าใช้จ่ายอื่นๆตามความเหมาะสม การเพิ่มสวัสดิการของคนพิการครอบครัวคนพิการให้มากขึ้น และมีสวัสดิการอื่นช่วยเหลือเพิ่มเติม ให้คนในชุมชน สังคมยอมรับ เอาใจใส่ ไม่แสดงความรังเกียจคนพิการ เข้าใจ ยอมรับ และช่วยกันดูแลคนพิการและไม่หยิบยื่นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ เช่น กาแฟ บุหรี่ สุรา M100 หรือการพูดกระตุ้นอารมณ์คนพิการ ให้มีการให้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงสิทธิต่างๆของคนพิการและครอบครัว

5. แนวทางการสร้างรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง อำเภอสีดา

จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือคนพิการ ที่พบว่า แต่ละองค์กรมีแนวทางในการช่วยเหลือ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเหลือ ช่วยเหลือที่พักอาศัย สิ่งอำนวยความสะดวก การติดตามเยี่ยม จัดสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ ฌางยังชีพ การเดินทางไปรักษาพยาบาล การส่งเสริมอาชีพ ทุน รายได้เสริม สนับสนุนงบประมาณในการอบรมพัฒนาความรู้ ศึกษานอกพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วยเหลือเรื่องติดตามส่งเสริม รักษา พันฟู ให้คำปรึกษา ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ การตรวจสุขภาพประจำปี โรงเรียนโอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์ การมีส่วนร่วมกิจกรรมของโรงเรียน การประสานงาน แจ้งพฤติกรรม เยี่ยมบ้าน วัด การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม ความรู้ด้านธรรมะ การจัดการปัญหา การสงเคราะห์ ชมรม อสม. ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล สนับสนุน ข่าวสาร อพม. ส่งเสริมสิทธิประโยชน์ สวัสดิการ สิทธิด้านมนุษยชน ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม. อำนวยความสะดวกการเข้าถึงสิทธิต่างๆชมรมคนพิการ การติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม ส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติม อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ส่งเสริมความรู้ แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลช่วยเหลือด้านอื่นๆ ชุมชน สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือ สร้างการยอมรับ ครอบครัว การสร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว การปรับตัว การให้กำลังใจคนพิการ สัมพันธภาพ การพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพในการดูแลคนพิการ จะเห็นว่ากิจกรรมต่างๆที่ หน่วยงาน/องค์กรได้ให้ความช่วยเหลือคนพิการนั้นเป็นการทำตามบทบาทหน้าที่และเกิดจากการที่ประชาชนมีส่วนร่วมทั้งกับหน่วยงานและเสนอความต้องการตามสิทธิอีกประการก็เพราะมีตัวแทนของชุมชนเข้าไปร่วมในหน่วยงานและองค์กรด้วยเช่น อสม. ก็เข้าไปร่วมกับ หน่วยงานสาธารณสุข ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มี สอบค. หรือ สท.เข้าไปเป็นตัวแทนเสนอความต้องการให้คนพิการอยู่ได้เป็นต้น

ผลการนำแนวทางไปปฏิบัติ

จากการคัดเลือกแนวทางที่ได้คะแนนความคิดเห็นสอดคล้องกันและนำไปปฏิบัติและสร้างรูปแบบในการดูแลคนพิการและครอบครัวที่เหมาะสมสามารถตอบสนองความต้องการของคนพิการและครอบครัว ได้ดีมากขึ้น ซึ่งมี 10 ภาติเครือข่าย และ 20 กิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือ ของหน่วยงานได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ ดุจยังชีพ การเดินทางไปรักษา การส่งเสริมอาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ดัดตามส่งเสริม รักษา ฟันฟู ให้คำปรึกษา ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ การตรวจสอบสุขภาพประจำปีโรงเรียน โอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์ การประสานงาน แจ้งพฤติกรรม เชื้อบ้าน วัด การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม การสงเคราะห์ ชมรม อสม.ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล อพม. ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม.ชมรมคนพิการ การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม ส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติมอาสาพัฒนาชุมชน (อช.) สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ชุมชน สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน ประชุม ประชาคม หาแนวทางช่วยเหลือครอบครัว การสร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว การปรับตัว การพัฒนาองค์ความรู้ศักยภาพในการดูแลคนพิการ ซึ่งเป็นลักษณะของความสนใจในการช่วยเหลือคนพิการ โดยใช้กรอบของบทบาทหน้าที่มาเป็นแนวทาง

การตรวจสอบแนวทางที่เหมาะสม ในการสนับสนุนการดูแลช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวโดยผู้เชี่ยวชาญ

ทีมวิจัยได้แนวทางการดูแลคนพิการและผู้ดูแลทั้ง 20 กิจกรรม นำมาจัดสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 14 คนตรวจสอบความเหมาะสมและเป็นไปได้ และ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันมาจัดทำเป็นรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมและผู้ดูแลโดยคนในครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีภาติเครือข่ายจำนวน 10 องค์กร จึงสรุปเป็นรูปแบบโดยใช้ชื่อว่า "สืคาทศภาติวิถีการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม" ที่ทีมวิจัยเชื่อว่าเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีในโอกาสต่อไป เนื่องจากในพื้นที่มีกลุ่มองค์กรและหน่วยงานที่มีความสัมพันธ์กันการตรวจสอบแนวทางจึงถือว่าเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติซึ่งจะได้ผลหรือไม่ต้องประเมินผลเป็นระยะๆต่อไป

ผลการนำแนวทางไปปฏิบัติ

การนำแนวทางของแต่ละแนวทางขององค์กรที่เกี่ยวข้องที่ปรากฏผลได้แก่ 1)องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสวัสดิการ ได้แก่ เบี้ยยังชีพให้คนพิการเป็นรายเดือน ดุจยังชีพ เมื่อมีการออกหน่วยบริการประชาชน การเดินทางไปรักษาพยาบาล จักรรถรับส่งไปสถานบริการสาธารณสุข การ

ส่งเสริมอาชีพ ทุน รายได้เสริม มีการสำรวจข้อมูลครอบครัวคนพิการจิตหรือพฤติกรรมว่ามีความต้องการในการเข้ารับการอบรมการประกอบอาชีพเสริม 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ติดตามส่งเสริมรักษาฟื้นฟู ให้คำปรึกษา มีการออกเยี่ยมผู้ป่วยจิตหรือพฤติกรรมเดือนละ 1 ครั้ง ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 4 แห่งของ อำเภอสีดา ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ มีการอบรม ความรู้และทักษะในการดูแลคนพิการจิตหรือพฤติกรรมและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนพิการ การตรวจสุขภาพประจำปี มีการตรวจสุขภาพประจำปีให้ คนพิการจิตหรือพฤติกรรม 3) โรงเรียนโอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์ ยังไม่มีการดำเนินงาน การประสานงาน แจ้งพฤติกรรมเยี่ยมบ้าน ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นบางครั้ง 4) วัด การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรมผู้ดูแลพาคนพิการทางจิตหรือพฤติกรรมเข้ารักษาจิตใจในบางโอกาส การสงเคราะห์ 5) ชมรม อสม.ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ ติดตามการดูแลคนพิการทางจิตหรือพฤติกรรมเช่น การทานยาต่อเนื่อง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล มีการเฝ้าระวังการกลับมาเป็นโรคซ้ำและประสานกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบ 6) อพม.ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม. มีการช่วยเหลือการเข้าถึงสิทธิของคนพิการเช่นการต่ออายุบัตรคนพิการ 7) ชมรมคนพิการ การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม มีการสนทนา พูดคุยกับคนในชุมชนในการอยู่ร่วมกับคนพิการจิตหรือพฤติกรรม ให้คนในชุมชนเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติม มีการทำทะเบียน สำรวจข้อมูลคนพิการที่เป็นปัจจุบัน เพื่อการเข้าถึงสิทธิคนพิการ 8) อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ร่วมกับ อสม.ชุมชนในการดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริมความรู้ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต 9) ชุมชน สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน ประชุม ประชาคมหาแนวทางช่วยเหลือ 10) ครอบครัว การสร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว การปรับตัว เพื่ออยู่ร่วมกันกับคนพิการอย่างมีความสุขตามสภาพที่เป็นอยู่ การพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพในการดูแลคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการมีความตระหนักในการหาความรู้ เรื่อง สุขภาพจิต ทำตัวเองให้มีมีความสุข ไม่กดดันผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้บ้าง ซึ่งผลการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้ เกิดประโยชน์กับ คนพิการ ที่ได้รับการช่วยเหลือตามสิทธิของคนพิการ และตรงกับปัญหาและความต้องการของคนพิการ ส่วนหน่วยงานก็ได้ให้ความเหลือที่ถูกกลุ่มเป้าหมายและสิ่งที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้อาจนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม โดยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1) จากการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรด้าน ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม พบว่าในเรื่องเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา รายได้ต่อเดือน กำลัง

หลักในการหารายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับคนพิการ การได้รับการอบรม ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ บุคคลหลักในการดูแลคนพิการ ความรู้สึกรู้สีกที่มีต่อคนพิการ และวิธีการจัดการดูแลพฤติกรรมคนพิการ ส่วนใหญ่มีข้อมูลที่ไม่แตกต่างกัน แต่ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการมีภาระรับผิดชอบดูแลคนพิการนั้นส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และตัวผู้ดูแลโดยตรง ดังนั้นผู้ดูแลคนพิการควรได้รับการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะคติ มุมมอง การได้รับการดูแลด้านสภาพจิตใจ การจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างถูกวิธี และการส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสม ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน วางแนวทาง และมาตรการเพื่อการดูแลผู้ดูแลคนพิการอย่างเหมาะสมต่อไป

2) จากการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรด้านข้อมูลทั่วไปของคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม พบว่าความแตกต่างในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการประกอบอาชีพ ประเภทความพิการ การขึ้นทะเบียนคนพิการ ประวัติความพิการ อาการและพฤติกรรมที่แสดงออกในปัจจุบัน พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ควบคุมเมื่อแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การได้รับการรักษา โรคประจำตัว ค่าใช้จ่ายในการรักษา การได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นและสวัสดิการที่ได้รับ ส่วนใหญ่มีข้อมูลที่ไม่แตกต่างกัน แต่ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า คนพิการควรได้รับการดูแลทั้งด้านเศรษฐกิจครอบครัว การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง การควบคุมดูแลเมื่อมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม การจัดสวัสดิการที่เหมาะสม การสร้างการยอมรับและให้โอกาสจากครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา องค์กรที่เกี่ยวข้อง ควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน วางแนวทาง และมาตรการเพื่อการดูแลคนพิการอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3) จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า องค์กรที่เกี่ยวข้องจำนวน 9 องค์กร พบว่าองค์กรที่ดูแลช่วยเหลือคนพิการ ที่มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในเกณฑ์มากมี 2 องค์กรคือ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชน ในขณะที่องค์กรที่มีระดับผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย 2 องค์กรคือ โรงเรียน และ อาสาพัฒนาชุมชน นอกนั้นมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นองค์กรที่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในเกณฑ์น้อยและปานกลาง ควรมีการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานการดูแลคุณภาพชีวิตของคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

4) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาแนวทางรูปแบบการดูแลคนพิการและผู้ดูแล โดยการจัดสนทนากลุ่มทีมนักวิจัยและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมและเป็นไปได้ ได้กิจกรรมที่เหมาะสม 20 กิจกรรม แล้วนำมาจัดทำเป็นรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลคนพิการจิตใจหรือพฤติกรรมและผู้ดูแล โดยคนในครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีภาคีเครือข่ายจำนวน 10 องค์กร สรุปเป็นรูปแบบโดยใช้ชื่อว่า "สัปดาห์ภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม" ซึ่งทีมผู้วิจัยจะได้นำเสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และเผยแพร่ในวงกว้าง เพื่อการนำไปพัฒนาแนว

ทางการดูแลคนพิการด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ที่จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่ดีต่อไป

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด
- 2) ควรมีการนำรูปแบบไปทดลองใช้หรือนำกรอบแนวคิดนี้ไปทดสอบอีกครั้งว่าสามารถอธิบายและใช้เป็นแนวทางในการดูแลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการได้อย่างไร
- 3) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลา และ พื้นที่ในการทำการวิจัย ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาวิจัยซ้ำในพื้นที่อื่น และตัวแปรอื่น เพื่อขยายผลการศึกษานี้ให้กว้างขวาง และเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่

บรรณานุกรม

- “การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน:CBR.” (2550) [ออนไลน์].แหล่งที่มา: <http://www.bloggang.com> [กรกฎาคม 2555]
- เจนจิรา เทศทิม. (2549). การสังเคราะห์องค์ความรู้ชุดโครงการวิจัยเรื่องศาสนากับ
คนพิการในประเทศไทย. ฝ่ายการวิจัย วิทยาลัยราชสุดา. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จูไร ทิพวงษ์ และคณะ. (2554). แนวทางการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการในส่วน
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทวี เชื้อสุวรรณทวี. (2555). การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน : ความหลากหลายแห่งมิติ
และนัยยะ. [ออนไลน์].แหล่งที่มา: www.rs.mahidol.ac.th/thai/research [กรกฎาคม 2555]
- “ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.” (2555) เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์
ความพิการ [ออนไลน์].แหล่งที่มา: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th>
[กรกฎาคม 2555]
- ปาริชาติ สุวรรณบุบผา และคณะ. (2549). พระพุทธศาสนากับการเสริมสร้างพลังในการดำรงชีวิต
และทัศนคติที่เหมาะสมของคนพิการ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- พัชริน วิจิตรลงกรณ์ และคณะ. (2550). โครงการเสริมสร้างสุขภาพคนพิการในชุมชน
ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข
- “พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐.” (2550) [ออนไลน์].แหล่งที่มา:
<http://www.thailandlawyercenter.com> [กรกฎาคม 2555]
- มูลนิธิสถาบันวิจัยกฎหมาย. (2553). โครงการศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงพระราชบัญญัติส่งเสริมและ
พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. กราฟฟิคเมตลอน. ปทุมธานี.
- สงวนศรี แต่งบุญงาม และคณะ. (2549). การพัฒนาศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้ป่วย
ภาค. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- “สภาพปัญหาสิทธิของคนพิการ.” (2555) [ออนไลน์].แหล่งที่มา: <http://www.opp.go.th> [กรกฎาคม 2555]

“สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต.” (2555) [ออนไลน์].แหล่งที่มา: <http://www2.swu.ac.th> [กรกฎาคม 2555]

สาวตรี รัตนชูโชติ. (2552). การเข้าถึงสิทธิของคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา

คุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550.ภาคนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาศึกษา)

คณะพัฒนาศึกษาและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

“สิทธิมนุษยชน (Human Right).” (2555) [ออนไลน์].แหล่งที่มา: <http://kittayaporn28.wordpress.com> [กรกฎาคม 2555]

“สิทธิคนพิการที่กฎหมายไทยรับรอง.” (2555) [ออนไลน์].แหล่งที่มา: www.pnnrak.go.th [กรกฎาคม 2555]

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.(2547).กฎกระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพฯ:

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.(2555).แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัด

นครราชสีมา ประจำปี 2555. โคราชพรินติ้ง นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสนา.(กรกฎาคม 2555).Hos-xp PCU (รายงาน)

: สำนักงานสาธารณสุข.

อัญมณี นูรณากนน์ และคณะ. (2553). โครงการศึกษาการจัดทำมาตรฐานผู้ช่วยคนพิการ

คณะสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Best,John W. (1977) Research in education. Engle wood cliff,

Nj:Prentice-Hal.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สุขภาพจิตคืออะไร

<http://www.dmh.go.th/qa/view.asp?id=41><http://www.dmh.go.th/qa/view.asp?id=41>

นภวัลย์ กัมพลาศิริ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ประกาศ อุดรพันธ์และคณะ 2557 การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

พิมพ์ที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถนนชาติตะพาน ตำบลในเมือง

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล. (2541). เภมณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ :

โรงพิมพ์ชวนพิมพ์

พระราชบัญญัติ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

มาโนช หล่อ ตระกูลมา ได้เขียนบทความลงใน Articles from Ram mental ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ ศาสตราจารย์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่องโรคจิตและโรคจิตเภทฉบับละเอียด 2554.

เบญจมาศ พงษ์กานนท์และคณะ ระบุว่าวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2556.

ภาคผนวก

แบบสอบถามชุดที่ 2 (สนทนากลุ่ม)

รูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรมของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อ.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

หัวข้อในการสนทนากลุ่มย่อย คือ แนวทางในการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรมของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา โดยทีมวิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิด กระบวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสถาบันเป็นฐาน (Institution – based rehabilitation: IBR) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ โดยชุมชน (Community- based rehabilitation : CBR) และ แนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน ที่คนพิการเป็นมนุษย์ และกฎหมาย พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง กับคนพิการ จะมีส่วนประกอบที่สำคัญ 9 ส่วน 27 แนวทาง มีรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม

1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 1) คนพิการฯและครอบครัว ได้รับการดูแลช่วยเหลือในด้านที่พักอาศัย ถึงอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม และการติดตามเยี่ยม
- 2) คนพิการฯและครอบครัว ได้รับการจัดสรรสวัสดิการ การสนับสนุน อำนวยความสะดวกในการเดินทางไปรักษา การเข้าถึงสิทธิ สวัสดิการที่ง่าย ไม่ยุ่งยาก
- 3) คนพิการฯและครอบครัว ได้รับการส่งเสริมด้านการประกอบอาชีพ การจัดหาทุนทำกิน ตลาดรองรับ การหารายได้เสริม รวมถึงการสนับสนุนการดำรงชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง

2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- 4) คนพิการฯและครอบครัว ได้รับการติดตามการรักษา ฟื้นฟู ดูแลที่บ้าน และให้คำปรึกษาในการดูแลที่ถูกต้อง
- 5) คนพิการฯและครอบครัว ได้รับการส่งเสริม อบรมความรู้ในการดูแลคนพิการอย่างถูกต้อง
- 6) คนพิการฯและครอบครัว ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3.โรงเรียน

7) คนพิการฯ ได้รับการสนับสนุน โอกาสทางการศึกษา ตามเกณฑ์ขั้นพื้นฐานหรือการศึกษาที่เหมาะสมกับคนพิการ

8) ครอบครัวของท่านได้รับ โอกาสให้มีส่วนร่วมการดำเนินกิจกรรมของทางโรงเรียน

9) ในกรณีที่คนพิการฯเป็นนักเรียน ครอบครัวของท่านได้รับการประสานจากทางโรงเรียนในด้านพฤติกรรมของคนพิการ มีการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ชี้แจงและค้นหาแนวทางในการช่วยเหลือ

4.วัด

10) คนพิการฯและครอบครัว ได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของทางวัด การส่งเสริมศาสนา วัฒนธรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

11) คนพิการและครอบครัว ได้รับการส่งเสริมความรู้ ธรรมะ แนวทางการในการจัดการปัญหา การดำเนินชีวิต เพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

12) คนพิการฯและครอบครัว ได้รับการสงเคราะห์จากวัด กิจกรรมการสงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาส รวมถึงการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีรายได้ กิจกรรมในการสร้างคุณค่าชีวิต

5.ชมรม อสม.

13)คนพิการและครอบครัวได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือในด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนความรู้ จากทีม อสม. อย่างสม่ำเสมอ

14) ครอบครัวของท่าน เมื่อต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทีม อสม.จะคอยให้การช่วยเหลือ ประสานงาน และส่งต่อข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างทันการณ์

15) ทีม อสม. จะสนับสนุนข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการฯ ให้กับครอบครัวของท่าน เพื่อให้สามารถ ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา

6.อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)

16) ครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ เช่น สิทธิการรักษาพยาบาล สวัสดิการ ในการส่งเสริมการประกอบอาชีพ รวมถึงสิทธิด้านมนุษยชน

17) ครอบครัวของท่านได้รับการส่งเสริมและประสานงาน เพื่อให้คนพิการดูแลช่วยเหลือในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์

18) คนพิการฯและครอบครัวได้รับการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงสิทธิต่างๆอย่างสม่ำเสมอ

7.ชมรมคนพิการ

19) ครอบครัวของท่านได้รับการดูแล เยี่ยมให้กำลังใจ จากชมรมคนพิการอย่างสม่ำเสมอ

20) คนพิการฯและครอบครัวได้รับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน การสร้างความเข้าใจในพฤติกรรมของคนพิการฯ

21) คนพิการฯและครอบครัวได้รับการส่งเสริมความรู้และสนับสนุน ในด้านการจัดหาสวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติม

8.อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)

22) ครอบครัวของท่าน ได้รับการดูแลช่วยเหลือในด้านช่วยเหลือดูแล เผื่อระวังพฤติกรรมของคนพิการ

23) ครอบครัวของท่าน ได้รับการส่งเสริมความรู้แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ

24) คนพิการฯและครอบครัว ได้รับการดูแลช่วยเหลือ เช่น ช่วยเหลือสร้าง/ซ่อมแซมบ้าน ช่วยพาไปเลือกตั้ง

9.ชุมชน (ผู้นำชุมชน , เพื่อนบ้าน , คนในชุมชน)

25) ครอบครัวของท่าน ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ในด้านช่วยเหลือดูแล เผื่อระวังพฤติกรรมของคนพิการ

26) ชุมชน ได้มีการประชุม ประชาคม มติต่างๆ ในการดูแลให้การช่วยเหลือ สนับสนุน คนพิการ หรือ ครอบครัวของท่าน

27) คนในชุมชนมีความเข้าใจยอมรับไม่แสดงความรังเกียจในความผิดปกติด้านจิตพฤติกรรม อาการที่แสดงออกของคนพิการ

แนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรมของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา

1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็นคำถามที่ 1 แนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประเด็นคำถามที่ 2 แนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

3.โรงเรียน

ประเด็นคำถามที่ 3 แนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

4.วัด

ประเด็นคำถามที่ 4 แนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

5.ชมรม อสม.

ประเด็นคำถามที่ 5 แนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

6.อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)

ประเด็นคำถามที่ 6 แนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

7.ชมรมคนพิการ

ประเด็นคำถามที่ 7 แนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

8.อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)

ประเด็นคำถามที่ 8 แนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

9.ชุมชน (ผู้นำชุมชน , เพื่อนบ้าน , คนในชุมชน)

ประเด็นคำถามที่ 9 แนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

10. องค์กรอื่นๆ

ประเด็นคำถามที่ 10 องค์กรอื่นๆมีองค์กรใดบ้างและควรมีแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

ชื่อผู้วิจัย นายพงษ์พิพัฒน์ ชุ่มสิดา

ศาสตราจารย์อำนวยการและทีมวิจัยเพื่อท้องถิ่น

แบบสอบถามชุดที่ 3 (สนทนากลุ่ม)

รูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรมของอำเภอสีดาจังหวัดนครราชสีมา

ชื่อ.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

หัวข้อในการสนทนากลุ่มย่อย คือ รูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรมของอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา ที่ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็น และตรวจสอบความเหมาะสม ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบหลัก 20 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับ 1) ช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดหาสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ ดูกังชีพ การเดินทางไปรักษา 2) การส่งเสริมอาชีพ ทุน รายได้เสริม

2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีบทบาทในการ 3) ติดตามส่งเสริม รักษาฟื้นฟู ให้คำปรึกษา 4) ส่งเสริมอบรมความรู้ในการดูแลคนพิการ 5) การตรวจสุขภาพประจำปี

3.โรงเรียน มีบทบาทเกี่ยวกับ 6) โอกาสทางการศึกษาตามเกณฑ์ 7) การประสานงาน แจ้งพฤติกรรม เข็มบ้าน

4.วัด มีบทบาทในการ 8) สร้างการมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านศาสนา วัฒนธรรม 9) การสงเคราะห์

5.ชมรม อสม.มีบทบาทในการ 10) ติดตามดูแลด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ 11) การประสานงาน ส่งต่อข้อมูล

6.อพม.มีบทบาทในการ 12) ประสานงานเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์จาก อพม.

7.ชมรมคนพิการ มีบทบาทในการ 13) การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ความเข้าใจต่อพฤติกรรม 14) ส่งเสริมความรู้ จัดหาสวัสดิการเพิ่มเติม

8.อาสาพัฒนาชุมชน (อช.) มีบทบาทในการ 15) สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม 16) ส่งเสริมความรู้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

9.ชุมชน มีบทบาทในการ 17) สอดส่องดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม ช่วยเหลือฉุกเฉิน 18) ประชุม ประชาคมหาแนวทางช่วยเหลือ

10.ครอบครัวมีบทบาทในการ 19) การสร้างความเข้าใจแก่คนในครอบครัว การปรับตัว 20) การพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพในการดูแลคนพิการ

องค์ประกอบรูปแบบการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรมอำเภอธัญญาประดิษฐ์จังหวัดนครราชสีมาที่เหมาะสมและเป็นไปได้

1. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็นคำถามที่ 1 องค์ประกอบแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ที่เหมาะสมและเป็นไปได้
ในทางปฏิบัติ ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประเด็นคำถามที่ 2 องค์ประกอบแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ที่เหมาะสมและเป็นไปได้
ในทางปฏิบัติ ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

3. โรงเรียน

ประเด็นคำถามที่ 3 องค์ประกอบแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ที่เหมาะสมและเป็นไปได้
ในทางปฏิบัติ ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

4. วัด

ประเด็นคำถามที่ 4 องค์ประกอบแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ที่เหมาะสมและเป็นไปได้
ในทางปฏิบัติ ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

5. ชมรม อสม.

ประเด็นคำถามที่ 5 องค์ประกอบแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ที่เหมาะสมและเป็นไปได้
ในทางปฏิบัติ ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

6. อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)

ประเด็นคำถามที่ 6 องค์ประกอบแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ที่เหมาะสมและเป็นไปได้
ในทางปฏิบัติ ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

7. ชมรมคนพิการ

ประเด็นคำถามที่ 7 องค์ประกอบแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ที่เหมาะสมและเป็นไปได้
ในทางปฏิบัติ ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

8. อาสาพัฒนาชุมชน (อช.)

ประเด็นคำถามที่ 8 องค์ประกอบแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ที่เหมาะสมและเป็นไปได้
ในทางปฏิบัติ ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

9. ชุมชน (ผู้นำชุมชน , เพื่อนบ้าน , คนในชุมชน)

ประเด็นคำถามที่ 9 องค์ประกอบแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ที่เหมาะสมและเป็นไปได้
ในทางปฏิบัติ ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

10. ครอบครัว

ประเด็นคำถามที่ 4 องค์ประกอบแนวทางการดูแลคนพิการด้านจิตพฤติกรรม ที่เหมาะสมและเป็นไปได้
ในทางปฏิบัติ ประกอบไปด้วยเรื่องอะไรบ้าง

ชื่อผู้วิจัย นายพงษ์พัฒน์ ชุ่มสิดา

สาธาณสุขอำเภอสีดาและทีมวิจัยเพื่อท้องถิ่น

รายชื่อทีมวิจัย

ทีมวิจัย 26 คน ได้แก่

นายพงษ์พิพัฒน์	ชุมสีกา	สาธารณสุขอำเภอสีดา/หัวหน้าโครงการ
พระอุเทน	ไพรเขียว	เจ้าอาวาสวัดบ้านโนนประคู้
พระประเสริฐ	ฉันทัมโม	เจ้าอาวาสวัดบ้านหนองศาลใหญ่
พระครูสุวรรณ	ปสาทคุณ	เจ้าอาวาสวัดบ้านโพนทอง
พระอาจารย์คะนอง	บุญกว้าง	เจ้าอาวาสวัดบ้านคอนโก้ง
นางบุญเพ็ง	พลโคด	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ 9 ต.โนนประคู้
นายสุรนต์	เดชนอก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางเพ็ญศิลป์	ระพล	ผู้ปกครองคนพิการจิตพิการ
นายชาญณรงค์	เทพังเทียม	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. ต.โนนแดง
นางพิสมัย	ศรีแจ้งรุ่ง	พัฒนารองค์การบริหารส่วนตำบลโนนประคู้
นางดวงจันทร์	นาถนอก	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ 7 ต.โนนประคู้
นายณัฐพงษ์	แสนศรี	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน รพ.สต.หนองจะบก
นางสุมิตร	มหาวงษ์	พัฒนารองค์การบริหารส่วนตำบลหนองศาลใหญ่
นางเบญจพร	บรรดาศักดิ์	ผู้ปกครองคนพิการจิตพิการ
นางกุลทอง	ดาลไชสง	ผู้ปกครองจิตพิการ
นางจันททอง	พลดงนอก	ประธานชมรมคนพิการ ต.หนองศาลใหญ่
นางสาวณัฐริกา	ราชตราฐ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน
นางอำนวย	ประจง	ผู้ปกครองคนพิการจิตพิการ
นางละม่อม	บุญมาตร	ผู้ปกครองคนพิการจิตพิการ
นางนารี	อภัยนอก	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.โพนทอง
นางสาวสมนึก	นิลศิริ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รพ.สต.หินแห่
นางประทุมมา	ชมพูปงษ์	นักพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลสีดา
นางสาวกรรณิกา	วงศ์ราชา	พัฒนารองค์การบริหารส่วนตำบลโพนทอง
นางชะดา	จอมพลเรือง	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
นางทองแบ่ง	แสงภักดี	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
นางละออง	ผิวไรสง	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ภาพกิจกรรม









