



การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร

นายเจษฎา เกรียงทอง

บทนำ

นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทเป็นผู้จัดบริการสังคมด้านสุขภาพ (Social Care) ที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาสังคมจิตใจ สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยปฏิบัติงานร่วมกับทีมบริการสุขภาพซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะทางสังคมสงเคราะห์ในการปฏิบัติงานกับผู้ให้บริการโดยตรง ทั้งด้านการบำบัดทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาทักษะทางสังคม การจัดการ ฝ่าละออง ระงับ และแก้ไขปัญหาทางสังคม ทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทดลองใช้เครื่องมือ Digital Platform Social Telecare ในการดูแลทางสังคมกับผู้ป่วยพิการ
2. เพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยคนพิการ จำนวน 106 ราย ที่เข้ารับบริการกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์การเยี่ยมบ้าน และการประเมินผ่านเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment: S.D.M.A.) และเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Assessment : F.A.)

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อดูปัญหาหรือความต้องการ พบว่า ร้อยละ 69.81 มีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดคือ ผู้ป่วยหรือญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาที่เหมาะสม ปัญหารองลงมาคือ ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือคนพิการ เช่น มีสมาชิกในครอบครัวสูงอายุที่ต้องดูแล จนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาอันดับที่ 3 คือ ปัญหาทางการเงิน

สรุป

เครือข่ายอาสาสมัครในระดับชุมชน หรือเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคนพิการในระยะยาว และยังเป็นเครือข่ายการฝ่าละออง ระงับ คัดกรองปัญหาในระดับปฐมภูมิ แต่ในปัจจุบันเครือข่ายอาสาสมัครยังมีจำนวนจำกัดเมื่อเทียบกับจำนวนคนพิการในพื้นที่ ดังนั้น การขยายจำนวนและการเพิ่มพูนทักษะการดูแลคนพิการแก่กลุ่มอาสาสมัครจึงเป็นความต้องการของชุมชนในพื้นที่

คำสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยคนพิการ/ การพัฒนา Platform Social Telecare/ สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

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

Mr.Jedsada Rienthong

Introduction

A social worker plays a role as a social care provider related to social, psychological, and environmental problem among patients and families to provide healthservices, covering all aspects including physical, mental, social, and spiritual through cooperative work with the public health service team. This requires social work knowledge and skills to work directly with service users, including social therapy, rehabilitation, the development of social skills, management, monitoring, prevention, and social problem-solving at the individual, group, family, and community levels. Therefore, patients can access health services and achieve a better quality of life.

Objectives

1. To examine the digital platform telecare in social care for people with disabilities.
2. To develop a social care network for people with disabilities in the area.

Methodology

The sample group consisted of 106 patients with disabilities who were sent to receive social work group services. Data collection was conducted through interviews, home visits, and instrument assessment, including the Social Diagnosis and Management Assessment (S.D.M.A.) and the Family Readiness Assessment (Family Assessment : F.A.).

Results

Based on the data analysis on problems or needs, it was found that 69.81% had problems in providing care to patients, such as patients or relatives lacking knowledge and understanding about the disease and proper care, followed by the burden of taking care of patients or patients with disabilities, such as having elderly family members who need care, causing mental health problems and the third problem was finance.

Conclusion

The volunteer network in the community is a key factor in long-term care for people with disabilities and a network for surveillance and screening of problems at the primary level. However, there is still a limited number compared to the number of people with disabilities in the area at present. Therefore, finding more volunteers and enhancing their care skills for people with disabilities are required by the local community.

Keywords

Care for people with disabilities /
development of platform social telecare /
medical social work

บทนำ

นโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง โดยล่าสุดได้มีการจัดระดมความคิดด้านบูรณาการงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามระบบสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และมีการต่อยอดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จึงเกิดเป็นนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้ หลักสำคัญของนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” ประกอบด้วย

1. หมอครอบครัวคือ ทุกครอบครัวจะมีหมอเวชศาสตร์ครอบครัวประจำในการดูแล ซึ่งจะเป็นแพทย์ที่มีองค์ความรู้หรือจบการศึกษาทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้ หมอครอบครัว 1 คน จะรับผิดชอบประชากร จำนวน 10,000 คน หรือประชากรประมาณ 1-3 ตำบล

2. หมอสาธารณสุขคือ ทุกครอบครัวจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำในการดูแล ทั้งนี้ ในระดับตำบลจะมีบุคลากรสาธารณสุขระบบปฐมภูมิ 1 คน รับผิดชอบประชาชน จำนวน 1,250 คน

3. หมอประจำบ้านคือ ทุกครอบครัวจะมีหมอประจำบ้านในการดูแล โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งกำหนดให้อาสาสมัครฯ 1 คน จะรับผิดชอบประชาชน จำนวน 8 -15 ครัวเรือน

ในปีงบประมาณ 2564 หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 2,500 ทีม ซึ่งดูแลประชาชนประมาณ 25 ล้านคน โดยประชาชนในพื้นที่จะได้รับการปรึกษากับทีมหมอครอบครัวที่สะดวก มีคุณภาพ รวมทั้งมีการดูแลกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องใช้นักสังคมสงเคราะห์ (หมอสังคม) มาเป็นหนึ่งในทีมงานระบบหลักประกันสุขภาพปฐมภูมิ

ดังนั้น การสนับสนุนให้นักสังคมสงเคราะห์ได้เข้าใจและมีบทบาทสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับทีมสหวิชาชีพจะทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสังคมได้รับการดูแลทางสังคมจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันจะส่งผลดีและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยให้มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครบถ้วน และต่อเนื่อง

งานสังคมสงเคราะห์เป็นวิชาชีพและวิชาการที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติกับบุคคลครอบครัว กลุ่มชุมชน องค์กร และสังคม ที่จะนำไปสู่การสร้างหลักประกันความมั่นคงของมนุษย์ ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสังคมและการพัฒนาสังคม การยอมรับความหลากหลายในมิติต่าง ๆ การเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชนและสิทธิการเข้าถึงบริการของทุกภาคส่วน

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้จัดบริการสังคมด้านสุขภาพ (Social Care) ที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาสังคมจิตใจ สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว หน้าที่จัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยปฏิบัติงานร่วมกับทีมบริการสุขภาพ ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะทางสังคมสงเคราะห์ในการปฏิบัติงานกับผู้ใช้บริการโดยตรง ทั้งด้านการบำบัดทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาทักษะทางสังคม การจัดการ ฝ่าระว่าง ป้องกันและแก้ไขปัญหาทางสังคม ทั้งในระดับบุคคล กลุ่มชน ครอบครัว และชุมชนตามจรรยาบรรณและมาตรฐานทางวิชาชีพสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม ปัญหากลุ่มผู้ป่วยเปราะบางทางสังคม กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้ประสบปัญหาทางสังคม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับการกำหนดนโยบายการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับนักสังคมสงเคราะห์ ในเรื่องของให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค Non-acute และ Sub-acute ผู้สูงอายุ คนพิการผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายก่อนเสียชีวิต รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางเฉพาะอื่น ๆ

ปัจจุบันจังหวัดฉะเชิงเทรา มุ่งเน้นการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในมิติด้านการพัฒนาศักยภาพผู้นำคนพิการ เพื่อให้เกิดผู้นำคนพิการมีศักยภาพและนำพาองค์กรไปสู่มาตรฐานและร่วมเป็นแกนนำสำคัญในกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับจังหวัดร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการจัดบริการให้คนพิการได้อย่างทั่วถึง¹

จากสถิติการให้บริการกลุ่มเปราะบางของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564 พบว่า มีผู้ใช้บริการกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกัน/มีปัญหาการใช้สิทธิ์มากที่สุด ร้อยละ 20.5 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่ถูกกระทำรุนแรง (One Stop Crisis Center: OSCC) ร้อยละ 11.5 และคนพิการ ร้อยละ 10.6 ตามลำดับ โดยจากการประเมินวินิจฉัยทางสังคมในกลุ่มคนพิการยัง พบว่า คนพิการที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยมากพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลหลักมักเป็นผู้สูงอายุในครอบครัว หรืออาจเป็นสมาชิกครอบครัวที่เป็นคนพิการ โดยสมาชิกที่อยู่ในวัยทำงานของครอบครัวจะเป็นผู้หารายได้ครอบครัวมากกว่าดูแลคนพิการโดยตรง นอกจากนี้ ในด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลที่มีแต่คนพิการยังมีผลกระทบต่อการรักษาฟื้นฟูต่อเนื่องและการใช้ชีวิตประจำวันของคนพิการ เช่น ผู้ดูแลไม่มีความเข้าใจในเรื่องของอาหารหรือหลักโภชนาการที่เหมาะสม คนพิการทานอาหารที่ไม่เพียงพอต่อร่างกายอันเนื่องจากการทานอาหารเดิมซ้ำ ๆ บางครอบครัวประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากเกิดค่าใช้จ่ายสูงในครัวเรือน ทั้งวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายที่สูงจากการเดินทาง จนส่งผลต่อความท้อแท้และการหมดกำลังใจในตัวคนพิการและครอบครัว คนพิการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองได้เข้าโรงพยาบาลมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นและคุณภาพชีวิตของคนพิการไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร

ทั้งนี้ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นถึงความจำเป็นที่นักสังคมสงเคราะห์จะต้องทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อลดการเกิดปัญหาทางสังคมที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพและทำให้ผู้ป่วยที่เป็นคนพิการและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รวมทั้งจัดบริการที่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในการลดความแออัด ลดระยะเวลาครองเตียงนาน (Length of Stay)

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีประสิทธิภาพมากขึ้น การจัดบริการคุณภาพในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว การช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวคนพิการต้องเป็นการช่วยเหลือให้คนพิการและครอบครัวช่วยตนเองได้ในระยะยาว²

ทั้งนี้ นักสังคมสงเคราะห์เป็นวิชาชีพที่มีแนวทางการปฏิบัติที่ใช้วิธีการหลากหลาย ทั้งวิธีการปฏิบัติงานทางตรง การปฏิบัติงานทางอ้อม ในลักษณะการประสานวิธีการสามารถสร้างทางเลือกใหม่ ๆ ในการทำงานกับมนุษย์ซึ่งการเชื่อมโยงนักสังคมสงเคราะห์ โดยพัฒนาสมรรถนะ ความรู้ เทคนิค ทักษะการทำงานกับทีมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการลง รวมทั้งส่งเสริมให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในระบบสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ โดยผสมผสานนวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสื่อสารแก้ไข และเป็นการพัฒนาระบบจัดการข้อมูลเพื่อการวางแผนการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และประยุกต์การปฏิบัติงานทางด้านสังคมสงเคราะห์ในยุคดิจิทัล โดยใช้ระบบปฏิบัติการทางไกล (Digital Platform Social Telecare) ในการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงบริการสุขภาพระดับสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่ปฐมภูมิ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทดลองใช้เครื่องมือ Digital Platform Social Telecare ในการดูแลทางสังคมกับผู้ป่วยคนพิการ
2. เพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่

วิธีการวิจัย

วิธีการวิจัย เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : RD) ศึกษาเชิงพรรณนา โดยระยะเวลาดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2565 - 31 มกราคม 2566 เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคนพิการที่มารับบริการกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร และดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ปัญหา หรือความต้องการร่วมกับทีมสหวิชาชีพภายในและภายนอก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยคนพิการทุกประเภท โดยประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี จำนวน 451 ราย ซึ่งมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จากโครงการหลักตามสูตรยามาเน่ ทาโรโดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในงานวิจัยร้อยละ 10 จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 106 ราย และมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกจากผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่มารับการรักษาสุขภาพที่โรงพยาบาลและเข้ารับบริการจากกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร และได้รับการชี้แจงเพื่อเชิญชวนให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการศึกษา

เครื่องมือในการทำวิจัย

การศึกษานี้ มีการนำเครื่องมือการปฏิบัติงานทางด้านสังคมสงเคราะห์ร่วมประเมินการศึกษา ได้แก่ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัยและจัดการทางสังคม เป็นเครื่องมือใช้ศึกษาข้อเท็จจริงเพื่อให้ได้ข้อมูลประวัติบุคคลประวัติครอบครัว วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ โดยใช้หลักการวินิจฉัยทางสังคมตามแบบบัญชีปัญหาทางสังคม (Social Problem List) และเครื่องมือประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Assessment : F.A.) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ และเป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งจะมีการกำหนดแยกกลุ่มผู้ป่วยเป็นสี่เขี้ยวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมไม่เกิน 1 ปัญหา มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุดกลุ่มผู้ป่วยสี่เหลี่ยม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม 2 ปัญหา มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อยและกลุ่มผู้ป่วยสี่แฉกคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม 3 ปัญหา หรือมากกว่านั้น

มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อยที่สุดหรือมีความเสี่ยงต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบปฏิบัติการระบบทางไกล (Digital Platform Social Telecare) ที่พัฒนาเป็นระบบบันทึกข้อมูลออนไลน์โดยคณาจารย์คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ร่วมกับคณาจารย์จากคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB 013/2565 วันที่รับรอง 16 สิงหาคม 2565

ผลการวิจัย

โครงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร ในการวางกรอบประเด็นการถอดบทเรียนพื้นที่ฉะเชิงเทราส่วนสำคัญมาจากการดำเนินการสำรวจและเก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้โปรแกรม Digital Platform Social Telecare จากกลุ่มตัวอย่างคนพิการจำนวน 106 ราย โดยสามารถสรุปผลได้ ดังนี้

-ข้อมูลด้านความพิการ พบว่า ประเภทความพิการ 3 อันดับแรกคือ ความพิการด้านการเคลื่อนไหว จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.53 ความพิการด้านจิตใจ จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.81 และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 ราย ไม่ได้ระบุประเภทความพิการ

-ข้อมูลด้านเพศสภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.5 และเป็นเพศหญิง จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.5

-ข้อมูลด้านสถานะภาพสมรส พบว่า มีสถานภาพโสด จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.51 มีสถานภาพคู่ จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.53 มีสถานภาพหย่าร้าง จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.92 มีสถานภาพหย่าร้าง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.66 และกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์ระบุข้อมูล 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.38

-ข้อมูลด้านสิทธิการรักษา พบว่า สิทธิการรักษา ประเภท ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 95 ราย คิดเป็น ร้อยละ 89.62 รองลงมาเป็นสิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.66 สิทธิ การรักษาประกันสังคม จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.83 และสิทธิชำระเงินเองเนื่องจากอยู่นอกเขตพื้นที่ 2 ราย คิด เป็นร้อยละ 1.89

-ข้อมูลด้านรายได้ พบว่า คนพิการส่วนใหญ่มี รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน จำนวน 100 ราย คิดเป็น ร้อยละ 94.34 รองลงมามีรายได้อยู่ที่ 2,001- 5,000 บาท/ เดือน จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.83 และมีรายได้ มากกว่า5,001 บาทขึ้นไป /เดือน จำนวน 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.83

-ข้อมูลปัญหาทางสังคม อ้างอิงจากบัญชีปัญหาทาง สังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางสังคม 3 อันดับแรก คือ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 74 รายคิดเป็นร้อยละ 69.81 ปัญหาภาระในการ ดูแลผู้เจ็บป่วยหรือคนพิการ จำนวน 52 รายคิดเป็นร้อยละ 49.06 และปัญหาทางการเงิน จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อย ละ 49.06

ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A.) ในกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 106 ราย เพื่อดูปัญหาหรือความต้องการที่เกิดขึ้นใน ภาพรวมนั้น พบว่า ปัญหาอันดับแรกคือ **ปัญหาที่เป็น อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย (69.81%)**เช่น ผู้ป่วยหรือญาติ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาที่ เหมาะสม, การขาดผู้ดูแล หรือความไม่พร้อมในการดูแล และญาติปฏิเสธการดูแล ปัญหารองลงมาคือ **ปัญหาภาระ ในการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือคนพิการ(49.06%)**เช่นมี สมาชิกในครอบครัวสูงอายุที่ต้องดูแล จนทำให้เกิดปัญหา สุขภาพจิต, มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง พิกการทาง กายหรือทางจิต หรือการติดสารเสพติด และปัญหาด้านที่ 3 คือ **ปัญหาทางการเงิน(49.06%)**เช่น ไม่มีรายได้/รายได้ ไม่เพียงพอต่อการครองชีพ, มีภาระหนี้สิน, ปัญหาค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล

ผลการประเมินความพร้อมของครอบครัว โดย การใช้เครื่องมือประเมินความพร้อมครอบครัว พบว่า ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างโดยมากมีระดับความพร้อมน้อย จำนวน 46 ราย หรือร้อยละ 42.99 รองลงมาครอบครัวมี ระดับความพร้อมปานกลาง จำนวน 45 ราย หรือร้อยละ 42.06 ครอบครัวมีระดับความพร้อมน้อยที่สุด จำนวน 10 ราย หรือร้อยละ 9.35ตามลำดับครอบครัวมีระดับความ พร้อมมาก จำนวน 5 ราย หรือร้อยละ 4.67 และครอบครัว มีระดับความพร้อมมากที่สุด จำนวน 1 ราย หรือร้อยละ 0.93

ตารางที่ 1 สรุปข้อมูลปัญหาทางสังคม

ปัญหาทางสังคม	ราย	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหาสังคม	-	-
2. ปัญหาคู่สมรสและการครองเรือน	3	2.83
3. ปัญหาหระหว่างบิดา มารดา บุตร	3	2.83
4. ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว	6	5.66
5. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ	19	17.92
6. ปัญหาความรัก	2	1.89
7. ปัญหาทางเพศ	3	2.83
8. ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย / ผู้พิการ	52	49.06
9. ปัญหาที่อยู่อาศัย/สภาพแวดล้อม	33	31.13
10. ปัญหาที่เกิดจากบุคคลอื่นนอกครอบครัว	4	3.77
11. ปัญหาการเงิน	52	49.06
12. ปัญหาการศึกษา	3	2.83
13. ปัญหาการประกอบอาชีพ	-	-
14. ปัญหาทางกฎหมาย	1	0.94
15. ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วย	74	69.81
16. ปัญหาความเชื่อทางด้านวัฒนธรรมและ การเมือง	-	-
17. ปัญหาสารเสพติด/ สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิต ประสาท	5	4.71
18. ปัญหาที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม / ปัญหาอื่น ๆ	11	10.38

ตารางที่ 2 การประเมินความพร้อมครอบครัว

ความพร้อมครอบครัว	คะแนน
1. ระดับรายได้ของครอบครัว	107
- ไม่มีรายได้ทั้งจากตนเอง หรือได้รับจากผู้อื่น	18
- ไม่มีรายได้ของตนเอง (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม)	25
- มีรายได้ไม่น้อยกว่ารายจ่าย (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม)	46
- มีรายได้เท่ากับรายจ่าย (ไม่มีเงินออมและไม่มีปัญหาหนี้สิน)	16
- มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย แต่ไม่มีเงินออม (ไม่มีเงินออมและไม่มีปัญหาหนี้สิน)	1
- มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย (มีเงินออม ไม่มีปัญหาหนี้สิน)	1
2. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน	190
- ไม่มีที่อยู่แน่นอน เร่ร่อนไร้บ้าน	12
- มีที่อยู่แน่นอน แต่มีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม	62
- ที่อยู่มีความเป็นสัดส่วน	62
- ที่อยู่ถูกสุขลักษณะ สะอาด อากาศถ่ายเท	24
- ที่อยู่มีความปลอดภัยทางกายภาพ	23
- ที่อยู่มีพื้นที่ว่างในการทำกิจกรรม	7
3. ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว	192
- ไม่ได้รับความรัก	24
- ดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร	83
- ส่งเสริมสนับสนุนทางจิตใจชื่นชม	46
- มีการสัมผัสทางกาย	27
- ทำกิจกรรมร่วมกันสม่ำเสมอ	12
4. ความสามารถในการแก้ไขปัญหของสมาชิกในครอบครัว	296
- ไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญห	19
- เผชิญปัญหาร่วมกัน	77
- รับรู้ปัญหาและหาร่วมกัน	84
- รับผิดชอบปัญหาร่วมกัน	50
- ช่วยกันแก้ไขปัญห	29
- ยอมรับความเจ็บป่วย	37

ความพร้อมครอบครัว	คะแนน
5.ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย	202
- ไม่มีความสามารถในการจัดการพฤติกรรม	30
- ทักษะการควบคุมพฤติกรรม	68
- การให้แรงเสริมที่เหมาะสม	44
- ฝึกระเบียบวินัย	9
- สมาชิกในครอบครัวรู้วิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรม	35
- ยอมรับกฎ กติกาของครอบครัว	16
6.การยอมรับของสมาชิกครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	199
- ไม่มีการยอมรับ หรือให้กำลังใจ	16
- ยอมรับความแตกต่างส่วนบุคคล	90
- ให้อภัยและให้อีกโอกาสแก้ไข	44
ความพร้อมครอบครัว	คะแนน
- ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข	22
- ให้กำลังใจ	27
7.การสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว	246
- ไม่มีการสื่อสารใด ๆ	12
- มีการรับรู้ความรู้สึก	89
- พูดคุย/แสดงความรู้สึกและความต้องการได้อย่างเปิดเผย	74
- มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น	35
- มีสัมผัส โอบกอดระหว่างสมาชิก	13
- มีการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง	23
8.การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว	262
- ไม่มีการทำหน้าที่ตามบทบาท	13
- ตระหนักรู้ มีความชัดเจนในบทบาทของตน	90
- การแบ่งเบาระ	64
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว	29
- การมอบหมายหน้าที่ในครอบครัว	24
- รับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่	42

ความพร้อมครอบครัว	คะแนน
9.ความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย	190
- ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย	20
- มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น	75
- มีความรู้ ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วย	50
- มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	24
- มีความสามารถในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอาการทางกายของผู้ป่วยได้	12
- มีความเข้าใจในสภาพจิตใจผู้ป่วย	9
10.การมีเครือข่ายทางสังคมของในครอบครัวเพื่อขอรับการช่วยเหลือ	211
- ไม่มีเครือข่าย	9
- ญาติ (ที่ไม่ได้อยู่ใน ครอบครัว)	64
- เพื่อนบ้าน	36
- ผู้นำชุมชน / อาสาสมัครในชุมชน	34
- หน่วยงานภาครัฐ / เอกชน	67
- รู้จักหาข้อมูลเพิ่มเติมจากที่อื่น	1

สรุปผลและอภิปราย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวได้นำมาวิเคราะห์สถานการณ์ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

ข้อมูล ด้านจุดแข็งของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว ซึ่งพบจุดแข็งของครอบครัวในกลุ่มตัวอย่าง 3 อันดับแรกคือ กลุ่มตัวอย่างมีจุดแข็งของครอบครัวในด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม 296 คะแนน รองลงมา ครอบครัวมีการตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม 262 คะแนนและการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม 246 คะแนน ตามลำดับ

ข้อมูล ด้านจุดอ่อนหรือข้อจำกัด ของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง โดยอ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว

ซึ่งพบ จุดอ่อนหรือข้อจำกัดของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง 3 อันดับแรก มีคะแนนน้อยสุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดของครอบครัวในด้านระดับรายได้ของครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม 107 คะแนน รองลงมา ความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย มีคะแนนประเมินรวม 190 คะแนนและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน มีคะแนนประเมินรวม 190 คะแนน ตามลำดับ

นอกจากนี้ การการวิเคราะห์ข้อมูลยังสามารถนำมาออกแบบการจัดกิจกรรมการดูแลทางสังคมทั้งแบบเฉพาะรายบุคคลและแบบกลุ่มภาพรวม ซึ่งในการจัดกิจกรรมการดูแลทางสังคมแบบเฉพาะรายบุคคลนั้น การใช้เครื่องมือประเมินทางวิชาชีพในระบบโปรแกรม Digital Platform Social Telecare ช่วยในการจำแนกความจำเป็นในการให้บริการดูแลช่วยเหลือให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ทดลอง โดยได้มีการจำแนกความจำเป็นเร่งด่วนหรือระดับความรุนแรงของกลุ่มเป้าหมายจำนวน 106 ราย ผ่านการจัดกลุ่มสี 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสีแดง กลุ่มผู้ป่วยสีเหลืองและกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

-กลุ่มผู้ป่วยสีแดง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม 3 ปัญหา หรือมากกว่านั้น มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อยที่สุดหรือมีความเสี่ยงต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัย มีจำนวนทั้งสิ้น 11 ราย

-กลุ่มผู้ป่วยสีเหลืองคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม 2 ปัญหา มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อยมีจำนวนทั้งสิ้น 46 ราย

-กลุ่มผู้ป่วยสีเขียวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมไม่เกิน 1 ปัญหา มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุดมีจำนวนทั้งสิ้น 49 ราย

จากข้อมูลได้มีจำแนกความจำเป็นเร่งด่วนหรือระดับความรุนแรงของกลุ่มเป้าหมายผ่านการจัดกลุ่มสีดังกล่าว ทำให้เกิดพื้นที่เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือคนพิการในพื้นที่โดยการบูรณาการทำงานเป็นทีม ทั้งระดับหน่วยงานส่วนกลาง หน่วยงานพื้นที่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อร่วมกันประเมินปัญหาหรือความต้องการ กำหนดวางแผนและดำเนินการอย่างเชื่อมโยงกัน รวมทั้งติดตามการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายนั้น ๆ เป็นต้น

นอกจากนี้ ผลของการใช้โปรแกรม Platform Social Telecare ได้นำมาพัฒนาในการจัดกิจกรรมการดูแลทางสังคมแบบภาพรวมหรือกลุ่มนั้น โดยมีการวางแผนดำเนินโดยมุ่งให้การส่งเสริมและป้องกันเชิงสุขภาพและกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มบุคลากร หรือผู้ที่ต้องให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยคนพิการ เช่น ผู้ช่วยคนพิการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น และกลุ่มตัวแทนผู้นำชุมชน เป็นต้น เนื่องจากปัญหาทางสังคมอันดับแรก โดยอ้างอิงจากแบบบัญชีปัญหาทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเช่น การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาที่เหมาะสมการขาดผู้ดูแลหรือความไม่พร้อมในการดูแล และญาติปฏิเสธการดูแล ซึ่งแนวโน้มจะต้องมีหน่วยงานหรือผู้ปฏิบัติหน้าที่เข้าช่วยเหลือที่มากขึ้นนอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวได้นำมาเป็นแนวทางการกำหนดประเด็นการจัดบริการทางสังคมซึ่งได้มุ่งไปในด้านการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะสอดคล้องกับผลการใช้เครื่องมือแบบประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางสังคมในประเด็นปัญหาที่พบ อันดับที่ 1 คือ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งข้อจำกัดครอบครัวตามผลการประเมินเครื่องมือประเมินความพร้อมครอบครัวและกิจกรรมเฝ้าระวังจิตใจแก่กลุ่มเป้าหมายกิจกรรมซึ่งจะสอดคล้องกับผลการใช้เครื่องมือแบบประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางสังคม ในประเด็นปัญหาที่พบ อันดับที่ 2 คือ ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย / คนพิการ ฯ ซึ่งนำมาสู่สุขภาพจิตของผู้ดูแลนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะร่วมกิจกรรมการดูแลทางสังคมและประเด็นกิจกรรมการดูแลทั้งนี้ทางสังคมทางกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์จึงได้กำหนด แผนกิจกรรมการดูแลทางสังคม 2ส ในชื่อกิจกรรม “การอบรมเชิงปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มคนพิการ 2ส” เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2565 ณ สำนักงานเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา ซึ่งมีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 41 ราย โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนชุมชนในพื้นที่เทศบาลเมืองฉะเชิงเทราและผู้ช่วยคนพิการอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา โดยมีวัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนการดูแลทางสังคมแก่ผู้ป่วยคนพิการในด้านการสร้างทักษะชีวิตและโภชนาบำบัด รวมทั้งการเสริมพลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการในระดับชุมชนโดยทีมวิทยากรจากกลุ่มงานโภชนาศาสตร์ โรงพยาบาลพุทธโสธร และจากกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

ดังนั้น ข้อมูลดังกล่าวได้นำมาวิเคราะห์จะมีประเด็นร่วมที่สนับสนุนกันคือ ประเด็นความรู้ความเข้าใจในการดูแลคนพิการ และประเด็นรายได้และการเงิน แต่ด้วยหลักการของโครงการได้มุ่งประเด็นการส่งเสริมและป้องกัน และภารกิจของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จึงเห็นประเด็นที่สำคัญในการเข้าร่วมแก้ไขคือ การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลคนพิการในโรคหรือประเด็นที่สำคัญ นั่นคือ ภาวะโภชนาการ รวมทั้งการเฝ้าระวังจิตใจให้กับผู้ที่เป็นกลไกหลักในการดูแลคนพิการ คือ ครอบครัว ผู้ดูแลคนพิการ ผู้ช่วยคนพิการและอาสาสมัครที่รับผิดชอบงานคนพิการ

ภายหลังจากการจัดกิจกรรม ดังกล่าว ได้มีการจัดกิจกรรมประชุมวางแผนเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาถอดบทเรียนและวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมถอดบทเรียน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบโครงการ นักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลพุทธโสธร ตัวแทนทีมสหวิชาชีพจากสำนักงานเทศบาลเมืองฉะเชิงเทราตัวแทนจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดฉะเชิงเทราและตัวแทนจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานกับคนพิการในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ช่วยคนพิการ โดยประเด็นที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลประกอบด้วยสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ผ่านมุมมองของแต่ละทีมสหวิชาชีพ บทบาทหน้าที่ และขอบเขตการทำงานของแต่ละหน่วยงานผ่านการยกตัวอย่างผู้ใช้บริการที่เป็นคนพิการในระบบ Platform Social Telecare โดยยกระดับมา 3 ระดับด้วยกัน ได้แก่ สีแดง สีเหลือง และสีเขียวรวมทั้งการนำข้อมูลจากโครงการการพัฒนาและเสริมสมรรถนะกลไกและเครือข่ายการดูแลทางสังคมของสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปทุมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร ไปปรับใช้ อุปสรรค/ข้อจำกัดของแต่ละหน่วยงานในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

จากข้อมูลการศึกษาวิจัยในประเด็นความพร้อมของครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับน้อย ถึงร้อยละ 42.99 ซึ่งจุดแข็งที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวมีการตระหนักในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสม แต่ด้วยความซับซ้อนของปัญหาทางด้านสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างจึงมีข้อจำกัดในด้านความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ได้กำหนดบริการทางสังคมในระยะเวลาที่ผ่านมา โดยเน้นมิติเรื่องกายและจิต ซึ่งได้วางแผนดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมในมิติด้านสังคม โดยจะขอความร่วมมือจากผู้ช่วยคนพิการหรือศูนย์บริการคนพิการจังหวัดฉะเชิงเทราในการถ่ายทอดองค์ความรู้ในด้านสิทธิสวัสดิการ และการดูแลคนพิการผ่านกิจกรรมที่ผู้ช่วยคนพิการดำเนินการอันเป็นการขยายต่อความรู้ของผู้ช่วยคนพิการในพื้นที่ที่มีจำนวนจำกัด รวมถึงการจัดทำ “ทำเนียบแหล่งทรัพยากรคนพิการ” ระบุชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่/หน่วยงานภาคีเครือข่าย ซึ่งจะเป็นแหล่งข้อมูลและการพัฒนาขยายเครือข่ายการประสานงานจากระดับเล็กในระดับชุมชนเปลี่ยนเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ในระดับอำเภอ/จังหวัด ที่มีตัวแทนจากทุกตำบล/ชุมชน ตลอดจนการจัดทำแผนประจำปีเพื่อขอการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในประเด็นต่างๆ ดังนี้

สถานการณ์ / ปัญหาในพื้นที่ คือ การดูแลคนพิการในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งระดับชุมชน และระดับหน่วยงานคือ การขาดแคลนการสนับสนุนในเรื่องของอุปโภค/บริโภค เช่น แพมเพิส รวมไปถึงการขาดแคลนบุคลากรในด้านของการทำงาน เช่น บุคลากร/เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอต่อความต้องการ, ผู้ช่วยคนพิการ/อาสาสมัครสาธารณสุขมีการดูแลที่มากเกินไปมีการกิจกรรมไปถึงการมีประชากรแฝงทำให้การกลุ่มคนเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิสวัสดิการที่จะได้รับ

และสภาพความเป็นอยู่ผู้คนมักอาศัยอยู่เป็นทาว์เฮาส์ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการลงเยี่ยมบ้าน ที่อยู่อาศัยคับแคบ การพึ่งพาธรรมชาติน้อยกว่าชุมชนนอกเมืองที่หาอาหารจากธรรมชาติได้

บทบาท หน้าที่ ขอบเขตการทำงาน พบว่า การประสานงานของหน่วยงานต่างๆจะประสานงานกันผ่านแอปพลิเคชัน Line หรือประสานงานผ่านโทรศัพท์ เป็นต้น ซึ่งจะมีความสะดวกรวดเร็วต่อการดำเนินการช่วยเหลือ การคาดหวังหรือการตั้งเป้าหมายต่อการทำงานคือ การพัฒนาเครือข่าย การเพิ่มบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่ มีการจัดการอย่างเป็นระบบ มีภาคีเครือข่ายที่แข็งแรง เพื่อลดระยะเวลา ลดขั้นตอน ให้ผู้ใช้บริการ หรือกลุ่มเป้าหมายได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วนอกจากนี้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่คนในพื้นที่และมีการทำงานบูรณาการกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁴

การบริการทางสังคมสำหรับคนพิการ พบว่า จากการดำเนินโครงการทำให้เกิดพื้นที่ได้เกิดเวทีของการเรียนรู้ และการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือคนพิการในพื้นที่ โดยการบูรณาการทำงานเป็นทีม ทั้งระดับหน่วยงาน ส่วนกลาง หน่วยงานพื้นที่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อร่วมกันประเมินปัญหาหรือความต้องการ กำหนดวางแผนและดำเนินการอย่างเชื่อมโยงกัน รวมทั้งติดตามการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายนั้น ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังได้นำมาพัฒนาในการจัดกิจกรรมการดูแลทางสังคมแบบภาพรวมหรือกลุ่มนั้น โดยมีการวางแผนดำเนินการโดยมุ่งให้การส่งเสริมและป้องกันเชิงสุขภาพและกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มบุคลากร หรือผู้ที่ต้องให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยคนพิการ เช่น ผู้ช่วยคนพิการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และกลุ่มตัวแทนผู้นำชุมชน เป็นต้น และผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวได้นำมาเป็นแนวทางการกำหนดประเด็นการจัดบริการทางสังคม ซึ่งได้มุ่งไปในด้านการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะสอดคล้องกับผลการใช้เครื่องมือแบบประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางสังคม

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ในด้านของระบบโปรแกรม Digital Platform Social Telecare หากมีการพัฒนาระบบและใช้เป็นมาตรฐาน สามารถนำเป็นเครื่องมือหลักในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย เนื่องจากระบบดังกล่าวช่วยเอื้อต่อการใช้เครื่องมือแบบประเมิน การทำระบบรายงาน ตลอดจนอนาคตอาจมีการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง โดยหากสามารถเชื่อมโยงกับระบบของโรงพยาบาลได้จะนำไปสู่การทำงานในยุค Digital และที่สำคัญองค์ความรู้ต่างๆที่ผ่านมาทั้งรูปแบบการจัดกิจกรรมทางสังคมหรือการใช้โปรแกรมเครื่องมือ Digital Platform Social Telecare หากสามารถพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแลในระดับปฐมภูมิต่อประเด็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เมื่อคนพิการเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะท้าย จะเป็นการต่อยอดการดูแลให้ผู้ป่วยรายนั้นเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย

นอกจากนี้ระยะแรกของการเข้าร่วมโครงการพบว่า คณะผู้รับผิดชอบโครงการในพื้นที่ค่อนข้างมีความกังวลในการใช้งาน Platform Social Telecare ค่อนข้างมากเนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมจัดอยู่ในระดับที่น้อยมาก และด้วยการดำเนินโครงการค่อนข้างมีรายละเอียดการจัดการหลายส่วน จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้แรงจูงใจในการบริหารโครงการในช่วงแรกไม่มากพอ แต่เมื่อได้รับการอบรมให้คำแนะนำจากคณะที่ปรึกษาโครงการสามารถมองภาพรวมและลำดับขั้นตอนการบริหารจัดการโครงการได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ประกอบกับได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายมาตลอด จนสามารถดำเนินโครงการได้สำเร็จตามเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1.กาญจนา สนามน้อย. **คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้นำคนพิการในจังหวัดฉะเชิงเทรา** [วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบาย สว ส ศ ก ร ส ง ค ม]. ก ร ง เท พ ข : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.

2.อภิญญาวดี สีนทะเกิด. **การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในเขตเทศบาลนครสมุทรสาคร**[วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบาย สว ส ศ ก ร ส ง ค ม]. ก ร ง เท พ ข : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

3.บุญธิดา บุญแก้ว. **การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาต** [วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบาย สว ส ศ ก ร ส ง ค ม]. ก ร ง เท พ ข : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

4.นฤนธร รอดทอง. **แนวทางการพัฒนาระบบการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการเพื่อดูแลคนพิการ**[วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563.