



ถอดบทเรียน DHS South
การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประเด็น

คนพิการ

ชาคริต โภชะเรือง เขียน
ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย บรรณาธิการ

ถอดบทเรียน DHS South
การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ
ประเด็น ‘คนพิการ’

เลขมาตรฐานสากลประจำหนังสือ : 978-616-8059-02-9

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2559

ราคา : 150 บาท

ผู้เขียน : ชาคกริต โภชะเรือง และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
ในโครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพ
ระดับอำเภอเพื่อการจัดการอำเภอสุขภาพ
ผ่านเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบ
ในเขตบริการสุขภาพที่ 12
website : www.DHSSouth.net

บรรณาธิการ : ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย

จัดพิมพ์โดย : มูลนิธิสุขภาพภาคใต้
ชั้น 1 อาคารบริหาร คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
โทรศัพท์/โทรสาร 0 7445 1168
website: www.SHFthailand.org

จัดทำรูปเล่ม : DSDC³

พิมพ์ที่ : หจก.ภาพพิมพ์ กรุงเทพฯ 0 2879 9154 6

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ชาคริต โภชะเรือง.

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอประเด็นคนพิการ.--

สงขลา : โครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
เพื่อการจัดการอำเภอสุขภาพผ่านเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบ
ในเขตบริการสุขภาพที่ 12 มูลนิธิสุขภาพภาคใต้,

2559.

64 หน้า. -- (ถอดบทเรียน DHS South).

1. การส่งเสริมสุขภาพ. 2. คนพิการ--สุขภาพและอนามัย.

I. ชื่อเรื่อง.

613

ISBN 978-616-8059-02-9

คนร่วมสร้าง

บทเรียนการทำงานระบบสุขภาพพระดับอำเภอ
ประเด็น 'คนพิการ' สังคมไม่ทอดทิ้งกัน
เครือข่ายสุขภาพพระดับอำเภอเพื่อคนพิการ

วาสนา กาญจนะ, กิ่งลัญจดา หนูริช

รพ.ตากใบ จ.นราธิวาส

จำเนียร มานะกล้า

รพ.ปะเหลียน จ.ตรัง

สุพัตร เพ็ชรการ

รพ.บางกล้า จ.สงขลา

จินตนา สวัสดิโรจน์

รพ.ป่าบอน จ.พัทลุง

สมจิต พรหมจันทร์

รพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จ.สงขลา

ยะห์ยา บานีอัลมาฮ์มุดี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรามัน จ.ยะลา

ชัยณิวัฒน์ สายสุวรรณ

องค์การบริหารส่วนตำบลกาบูกะ จ.ยะลา

ชาคริต โภชะเรือง

มูลนิธิชุมชนสงขลา จ.สงขลา

สารบัญ

| | |
|---|----|
| คำนำ | 9 |
| คำนิยม | 10 |
| ก้าวสู่สังคมไม่ทอดทิ้งกัน | 12 |
| สังคมไม่ทอดทิ้งกัน เครือข่ายสุขภาพพระระดับอำเภอเพื่อคนพิการ | 17 |
| ก้าวอย่างของระบบสุขภาพพระระดับอำเภอ เสียงสะท้อนจากคนเคลื่อนงาน เพื่อคนพิการ 6 พื้นที่ | 20 |
| 6 พื้นที่ 6 วิธีการขับเคลื่อน | 23 |
| ปัจจัยแห่งความสำเร็จ | 59 |
| ข้อเสนอเพื่องานคนพิการ | 62 |

ถอดบทเรียน DHS South

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอเชิงประเด็น

บทเรียนการนำแนวคิดทฤษฎี DHS ลงสู่การปฏิบัติ
ที่สกัดจากประสบการณ์การทำงานจริงในพื้นที่
ผสมผสานด้วยหลักคิด อุดมการณ์ และแรงบันดาลใจ
ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอเชิงประเด็น

ปัญหาที่มาจากหลายเหตุปัจจัยที่สัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน
ทำให้การสร้างสุขภาวะไม่ได้เป็นหน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง
แต่ต้องอาศัยการถักทอพลังภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะมีได้เป็นเพียงสะพาน
ที่ทอดพาเราไปชื่นชมความงามของดอกไม้หลากสีเท่านั้น
แต่ยังเป็นหนทางในการเก็บเกี่ยวดอกผลของการทำงาน
เพื่อนำเมล็ดพันธุ์ของวิคิดไปลงมือทดลองบ่มเพาะวิธีทำ
จนแตกหน่อ เติบโต งอกงาม และขยายพันธุ์ต่อไปในที่ต่าง ๆ
จนกลายเป็นระบบสุขภาพที่ยั่งยืน
--ที่ทุกคนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน

วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย
บรรณารักษ์

คำนิยาม

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ District Health System (DHS) คือ การทำงานพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ระดับอำเภอ ที่เน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ **มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง** โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ในการร่วมแบ่งปันทรัพยากร ร่วมเรียนรู้ และร่วมทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน เพื่อเป้าหมาย คือ ความเข้มแข็งของชุมชนที่สามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

แนวทางการดำเนินงานของ DHS ที่มีองค์ประกอบ คือ **UCCARE** ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดกระบวนทัศน์ใหม่ในการทำงานสุขภาพในชุมชนที่เคารพในคุณค่าของชุมชนและเชื่อมั่นในศักยภาพของคนทำงาน สามารถบูรณาการทรัพยากรและสร้างความสัมพันธ์แนวราบระหว่างภาคีทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน ที่มาช่วยกันถักทอ **‘ระบบสุขภาพระดับอำเภอ’** จนเกิดการเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย และต่อยอดการทำงานไปสู่ประเด็นอื่น ๆ ในพื้นที่ร่วมกัน

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้น คือ สุขภาวะที่ดีขึ้นของ
คนในพื้นที่ บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายสุขภาพ
ระดับอำเภอมีความสุขจากการทำงานร่วมกัน--งานที่มีคุณค่า
ต่อผู้คนในชุมชนและช่วยหล่อเลี้ยงหัวใจของคนทำงาน

ประสบการณ์การทำงานของจริงใน 7 จังหวัดภาคใต้
ตอนล่าง ดินแดนแห่งความหลากหลายทางสังคมและวัฒน-
ธรรม เปรียบเสมือนดอกไม้หลากสีที่บานสะพรั่งเต็มพื้นที่
ด้ามขวาน ผมได้สัมผัส ‘ความจริง ความดี ความงาม’ เหล่านี้
จากต้นฉบับหนังสือถอดบทเรียนการนำ DHS ไปขับเคลื่อน
ประเด็นทั้ง 4 คือ 1) โรคเบาหวาน 2) โรคความดันโลหิต
สูง 3) คนพิการ และ 4) โรคไข้เลือดออก ที่ทีมบรรณาธิการ
ส่งให้อ่าน ผมพอจะสรุปได้ว่า **คนร่วมสร้าง** เหล่านี้ ต่างตั้งใจ
ที่จะถ่ายทอดเรื่องราวการทำงานของตัวเองจริงเสียงจริง ใน
เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอให้ทุกท่านได้รับรู้ จึงขอเชิญชวน
กัลยาณมิตรร่วมเรียนรู้ไปกับบทเรียนที่สกัดมาจากคนเล็ก
คนน้อยที่มีจิตใจอันยิ่งใหญ่ไปด้วยกันนะครับ

สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ
ประธานมูลนิธิสุขภาพภาคใต้

ก้าวสู่สังคมไม่ทอดทิ้งกัน

สังคมไทยในยุคเปลี่ยนผ่าน กำลังต้องการนวัตกรรมทางสังคมแบบใหม่เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้คน DHS จึงเป็นหนึ่งในการสร้างนวัตกรรมดังกล่าว DHS ย่อมาจากคำว่า District Health System หมายถึง ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งมีการทำงานสุขภาพโดยใช้อำเภอเป็นฐานพัฒนาระบบสุขภาพ ด้วยการนำปัญหาของพื้นที่รวมไปถึงสิ่งดีดีที่มีอยู่ผ่านประเด็นร่วมในการดำเนินการ คำนึงถึงการร่วมเป็น **‘หุ้นส่วนการทำงาน’** มากกว่าเจ้าหน้าที่ไปดำเนินการให้

DHS ถักทอคนทำงานระดับอำเภอซึ่งถือเป็น **‘จุดคนจัด’** สำคัญของระบบสุขภาพ ร่วมกันพัฒนาระบบการทำงานเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างเต็มประสิทธิภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 โดยมี 6 พื้นที่อำเภอ ดำเนินการในประเด็นการดูแลคนพิการด้วยการใช้กลไกขับเคลื่อนแบบ DHS

6 พื้นที่ประกอบด้วย อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง อำเภอบางกล่ำ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา และอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส DHS ทำหน้าที่ถักทอประสานพลังจากหลายภาคส่วนจับมือร่วมกันดูแลคนพิการในพื้นที่ ประสาน

กับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลในภาพใหญ่

อำเภอปฏิบัติการทั้ง 6 แห่ง ล้วนมีแนวทางดูแลคนพิการที่ต่างกันไปตามบริบทของตน แต่มีหลักการร่วมที่สำคัญและเปรียบเสมือนเป็น **'หัวใจ'** ของการทำงาน DHS อาทิ **การทำงานเป็นทีม (Unity district health team)** แต่ละพื้นที่ได้นำคนที่มีจิตอาสาและจิตบริการสาธารณะมาร่วมทำงานด้วยกัน ขยายภาพฝันสุขภาพเพื่อคนพิการที่แตกต่างไปจากเดิมและมองมิติสุขภาพในมุมที่เปิดกว้าง **การค้นหากลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน (Customer focus)** ร่วมกันสืบค้นปัญหาสุขภาพของคนในพื้นที่จนพบว่ามีปัญหาอะไรและกลุ่มเป้าหมายของปัญหาคือกลุ่มใด **ภาคีเครือข่ายความร่วมมือ (Community participation)** ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น วิชาการ ประชาสังคม ชุมชน โดยทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและยินยอมปฏิบัติตาม **การชื่นชมความสำเร็จ (Appreciation)** เพื่อให้ทั้งคู่ให้และผู้รับบริการมีความสุข มีความภาคภูมิใจ **การแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน (Resource sharing)** ทั้งคน เงิน สิ่งของ แบ่งปัน ร่วมกันใช้ ร่วมกันพัฒนา ขับเคลื่อนช่วยเหลือกันอย่างมีประสิทธิภาพ **จัดการปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (Essential care)** ในแต่ละพื้นที่หรือชุมชนประสบ

ปัญหาที่แตกต่างกัน วิธีการแก้ไขก็อาจแตกต่างกันไป รวมไปถึงรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทคนพิการ

เหล่านี้คือพื้นที่ตัวอย่างที่นำเอา DHS มาปรับใช้จนเกิดความสำเร็จอย่างน่าสนใจ แล้วกลายมาเป็นบทเรียนร่วมในงานสังเคราะห์การทำงานชิ้นนี้ **ความรู้คืออำนาจ** เรามาช่วยกันสร้างความรู้จากปัญญาปฏิบัติด้วยกันนะครับ เพื่อสร้างพลังนำพาสังคมไทยไปสู่สุขภาวะอันเป็นปลายทางที่ทุกคนปรารถนา

ด้วยจิตคารวะ

ชาคริต โภชะเรือง

ผู้จัดการมูลนิธิชุมชนสงขลา

**สังคมไม่ทอดทิ้งกัน
เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อคนพิการ**

ชาคริต โภชะเรือง

บทนำ

คนพิการ หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือมีข้อจำกัดต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น ได้ยิน สื่อสาร เคลื่อนไหว จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมสติปัญญา และการเรียนรู้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

ประเภทของความพิการ

แบ่งออกเป็น 7 ประเภทดังนี้ ⁽¹⁾

1. ความพิการทางการมองเห็น ได้แก่ ตาบอด ตาเห็นเลือนราง

2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
ได้แก่ หูหนวก หูตึง

3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย การสูญเสียความสามารถของอวัยวะต่อการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจสืบเนื่องจากอัมพาตแขนขาอ่อนแรง สืบเนื่องจากอุบัติเหตุแขนขาขาด หรือจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนเกิดผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย

⁽¹⁾ ที่มาจาก: ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556

4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของ การรับรู้อารมณ์หรือความคิด

5. ความพิการทางสติปัญญา บุคคลที่มีพัฒนาการช้ากว่าปกติหรือมีระดับเซาว์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นปรากฏขึ้นก่อนอายุ 18 ปี

6. ความพิการทางการเรียนรู้ หมายถึง บุคคลที่มีความบกพร่องทางสมอง ในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

7. ความพิการกลุ่มออทิสติก บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคมภาษา การสื่อความหมาย พฤติกรรม และอารมณ์ สืบเนื่องจากความผิดปกติของสมองและความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุสองปีครึ่ง ทั้งนี้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอเกอร์ (Asperger's Syndrome) ⁽²⁾

⁽²⁾ โรคที่อยู่ในกลุ่มอาการที่ระบบทางประสาทผิดปกติ จัดอยู่ในกลุ่มออทิสติก พบในเด็กผู้ชายมีความเฉลียวฉลาดสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่กลับมีปัญหาเรื่องทักษะการเข้าสังคม แต่มีความสามารถพูดคุยสื่อสารกับคนทั่วไปได้ปกติ

ตัวอย่างของระบบสุขภาพระดับอำเภอ เสียงสะท้อนจากคนเคลื่อนงานเพื่อคนพิการ 6 พื้นที่ ความจำเป็นต่อการพัฒนางานคนพิการระดับอำเภอ

จินตนา สวัสดิโรจน์ ตัวแทนจากอำเภอป่าบอน และสุพัตร เพ็ชรการ ตัวแทนจากอำเภอบางกล่ำ สะท้อนสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับคนพิการในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง เผยให้เห็นถึงสภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม กับภาวะความบกพร่องทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่พวกเขาเผชิญ อันส่งผลกระทบต่อข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันต่างไปจากบุคคลทั่วไปซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน ถือได้ว่าเป็นประเด็นปัญหาหลักหนึ่งในระบบสุขภาพของพื้นที่

“...สภาพบ้านเป็นบ้านไม้หลังคามุงสังกะสี แม่ของน้องลุกขึ้นจากเตียงที่กำลังดูดเสมหะน้องอยู่เพื่อเดินมาที่ประตูหน้าบ้าน ท่าทางดูกังวล แม้สีหน้าจะเรียบเฉย แต่ก็ยอมพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ด้วยความเต็มใจอย่างเป็นกันเอง สภาพภายในบ้านร้อนอบอ้าวมาก เมื่อหันหน้ามองหลังคาพบรูโหว่ของสังกะสีหลายรู เต็มไปด้วยหยากไย่ สภาพชั้นบนของบ้านคงไม่ใช่ที่พักผ่อนของสมาชิกในครอบครัว ข้าวของภายในบ้านวางไว้ระเกะระกะไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย สภาพน้องนอนบนเบาะเก่าๆ มีเพียงพัดลม 1 ตัวไว้เป่าคลายร้อน...”

จินตนา สวัสดิโรจน์, รพ.ป่าบอน

“...ลุงดำ ชายสูงวัย สีหน้าเรียบเฉยไม่ค่อยสบตา ร่างกายผอมบางมีแต่หนังหุ้มกระดูก ใส่ท่อเจาะคอ จะสื่อสารถามไถ่กันก็ลำบาก หลายครั้งที่ดิฉันสังเกตเห็นน้ำตาหล่ออยู่ที่ตาของลุง ภรรยาลุงเสียชีวิตแล้วเมื่อหลายปีก่อน ลุงมีลูก 2 คน คนโตเป็นผู้หญิง แต่งงานย้ายไปอยู่ต่างจังหวัด ช่วงที่ลุงไม่สบาย ลูกสาวก็เฝ้าดูแลที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่หลังจากลุงกลับมาอยู่ที่บ้าน ลูกสาวต้องกลับไปอยู่กับครอบครัว เนื่องจากต้องดูแลลูกอยู่ด้วย ลุงอาศัยอยู่กับลูกชายคนเล็ก ทำงานอยู่ในโรงงานแห่งหนึ่งห่างจากบ้านไปซัก 20 กิโลเมตรของลุงยังช่วยตัวเองไม่ได้ พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ ใช้ช้อนตักอาหารเองไม่ได้ นั่งไม่ได้ กิจวัตรประจำวัน คือ ตอนเช้าลูกชายต้องตื่นขึ้นมาเตรียมอาหาร เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายและท่อเจาะคอ ทำแผลกดทับพร้อมป้อนอาหารให้พ่อ เปิดทีวีเออาร์โมททีวีสีมือพ่อไว้ เสริจแล้วตัวเองก็รีบไปทำงาน ตอนเที่ยงรีบกลับมาป้อนอาหารพ่ออีกครั้ง แล้วกลับไปทำงาน ทำแบบนี้เป็นประจำทุกวัน จนทีผมลงเยี่ยมพบว่าแผลกดทับของลุงใหญ่ขึ้นจากตอนอยู่โรงพยาบาล ในท่อเจาะคอมีเสมหะเยอะมาก ได้ยินเสียงครี๊ดคราดเสียงต่อการอุดตัน ปลายเท้าของลุงเริ่มบวม ดิฉันคิดในใจว่าอย่างนี้คงต้องทำอะไรสักอย่างแล้ว...”

สุภัทร เพ็ชรการ, รพ.บางกล้า

จำเนียร มานะกล้า ตัวแทนจากอำเภอปะเหลียน และ
สมจิตร พรหมจันทร์ ตัวแทนจากอำเภอนาทวี ต่างมองเห็น

ช่องว่างที่เกิดขึ้นกับระบบการให้บริการคนพิการ รวมถึงทัศนคติและกระบวนทัศน์ทางสังคมต่อคนพิการที่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงในมิติใหม่ให้เกิดกระบวนทัศน์ใหม่ที่สร้างสรรค์กว่าเดิม

“...อำเภอปะเหลียนเริ่มต้นงานคนพิการเมื่อปี 2549 ทุกวันศุกร์ ฉันได้เห็นปัญหาการทำงานจากการที่คนพิการเข้ารับบริการประเมินความพิการ ณ บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จที่โรงพยาบาลปะเหลียน คนพิการและญาติต้องไปจดทะเบียนความพิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรัง (พมจ.ตรัง) เพื่อขอรับสมุดความพิการ ไปขึ้นทะเบียนรับเงินยังชีพที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แสดงว่าสังคมยังมองคนพิการไม่มีความสามารถหรือมีความสามารถจำกัด ‘ทำให้คนพิการถูกมองว่าเป็นภาระของสังคม’ การดูแลคนพิการจึงใช้แนวทางเวทนานิยมที่เมตตาสงสารให้คนพิการเป็นผู้รับการสงเคราะห์...”

จำเนียร มานะกล้า, รพ.ปะเหลียน

“...ผมไม่ได้ต้องการความสงสาร เพียงขอที่ยืนในสังคม’ เป็นประโยคของคุณลีเขวน เหมนุ้ย คนพิการทางการมองเห็นที่มีโอกาสเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลตำแหน่งผู้ช่วยนวดแผนไทย ด้วยศักยภาพของเขาได้เปลี่ยนจากการเป็นผู้รับบริการเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุข สิ่งที่เขาเป็น สิ่งที่เขาทำ ได้มาพลิกแนวคิดคนทำงานอย่างฉัน...”

สมจิต พรหมจันทร์, รพ.นาทวี

ดังนั้นเมื่อย้อนกลับไปทบทวนแนวทาง DHS ซึ่งย่อมาจากคำว่า District Health System หมายถึง ระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือ การทำงานสุขภาพโดยใช้อำเภอเป็นฐาน มองทุกภาคส่วนเป็นเนื้อเดียวกัน เน้น การมีส่วนร่วมการจัดการปัญหาด้วยกัน มุ่งเน้นการดึงศักยภาพของภาคีเครือข่ายที่มีอยู่ในอำเภอให้เข้ามามีบทบาทร่วมกันแก้ไขปัญหา และร่วมกันดำเนินการให้บรรลุผลอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

6 พื้นที่ 6 วิธีการขับเคลื่อน

จังหวะก้าวของการทำงาน DHS เริ่มต้นจากการร่วมกันค้นหาปัญหา กำหนดประเด็นการทำงาน สืบสาวเหตุปัจจัย พร้อมร่วมดำเนินการพัฒนาระบบการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างเต็มประสิทธิภาพ จนเกิดการบูรณาการภาคีเครือข่ายและนำไปสู่เป้าหมายร่วม เมื่อเกิดผลสำเร็จจึงมีกระบวนการชื่นชม รวมถึงการถอดผลสำเร็จในรูปแบบการจัดการความรู้แบบอิงบริบทของพื้นที่ ดังตัวอย่างของพื้นที่ 6 อำเภอต่อไปนี้

1. เครือข่ายสุขภาพอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

สมจิตร พรหมจันทร์ เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู
ชำนาญงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ
อำเภอนาทวี และคณะทีมทำงาน DHS อำเภอนาทวี จังหวัด

สงขลา เป็น 1 ใน 6 พื้นที่กรณีตัวอย่างซึ่งเลือกประเด็นคนพิการในการขับเคลื่อน

DHS อำเภอนาทวี เดินตามยุทธศาสตร์ “**คนนาทวี ไม่ทอดทิ้งกัน**” เน้นพัฒนาระบบการดูแลคนพิการในชุมชน โดยบทบาทโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายในการดูแลผู้พิการในชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ คณะทำงาน DHS อำเภอนาทวี ประกอบด้วย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนคนพิการ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอ การศึกษานอกโรงเรียน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยพวกเขาเริ่มจากการวิเคราะห์บริบทของคนพิการ

“คนพิการในพื้นที่ของเรามีจำนวนกี่คนคะ?” คำถามของสมจิตร พรหมจันทร์ ต่อคณะทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอนาทวี กระตุ้นให้เวทีเกิดการถกเถียงค้นข้อมูลหาคำตอบที่ชัดเจน

สิ่งที่พบคือ จำนวนข้อมูลผู้พิการของแต่ละภาคส่วนมีข้อมูลที่ไม่ตรงกัน **“แล้วจะอย่างไรให้ข้อมูลจำนวนคนพิการตรงกันทั้งอำเภอ”** เพื่อนำข้อมูลมาใช้ร่วมกันได้ นั่นจึงเป็นที่มาของการพัฒนาระบบฐานข้อมูลคนพิการ โดยได้รับความร่วมมือจากมูลนิธิชุมชนสงขลาออกแบบเครื่องมือการเก็บข้อมูล พร้อมใช้รูปแบบการบันทึกข้อมูลร่วมกันจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการใน Website www.ข้อมูลชุมชน.com ครอบคลุมตอบสนององการใช้งานของแต่ละภาค

ส่วน ซึ่งสามารถค้นหาคนพิการที่ตกหล่นได้เพิ่มขึ้นถึง 11.7% จนทราบจำนวนคนพิการทั้งอำเภอในบันทึกว่ามีจำนวน 1,258 ราย แยกตามประเภท 1) ทางกรมมองเห็น 104 ราย 2) ทางกรไ้ได้ยินและสื่อความหมาย 284 ราย 3) ทางกาย และการเคลื่อนไหว 568 ราย 4) ทางจิตใจและพฤติกรรม 110 ราย 5) ทางสติปัญญา 160 ราย 6) ทางการเรียนรู้ 17 ราย และ 7) ออทิสติก 15 ราย

จากข้อมูลชุดนี้ ทางทีมได้เรียนรู้ว่า **ยังมีคนพิการอีกจำนวนหนึ่งที่ทีมสุขภาพไม่เคยรู้ว่ามิอยู่ในชุมชน** และคนพิการก็ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานที่ควรจะได้รับ เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ก็พบข้อมูลอีกหลายประเด็นที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน ทั้งคนพิการที่ยังไม่ขึ้นทะเบียน ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ ไม่ได้รับการศึกษา และคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จนเกิดการวางแผนพัฒนาโครงการเพื่อให้การช่วยเหลือ เช่น โครงการจดทะเบียนคนพิการเชิงรุก โครงการอบรมจิตอาสาและผู้ดูแลคนพิการ โครงการฟื้นฟูการศึกษา โครงการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการรวมตัวกันของคนพิการจนต่อยอดเป็นชมรมคนพิการโดยใช้ชื่อว่า **“ชมรมคนนาทิวไม่ทอดทิ้งกัน”**

ชมรมคนนาทิวไม่ทอดทิ้งกัน ถูกจัดตั้งขึ้นด้วยทีมระดับอำเภอนาทิว โดยมีคนพิการในชุมชนแต่ละตำบลเป็นคณะกรรมการชมรมขับเคลื่อนดำเนินงานคนพิการร่วมกับทีม DHS อย่างต่อเนื่อง พร้อมเกิดโครงการกิจกรรมอีกมากมาย เช่น เพื่อนเยี่ยมเพื่อน การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ จัด

นิทรรศการงานกาชาดกิ่งอำเภอ และโครงการฝึกอาชีพ การปลูกผัก การเพาะเห็ด การทำขนม และการทำลูกประคบ เป็นกิจกรรมที่ทีมสุขภาพร่วมกันทำให้คนพิการ รวมถึงการผลักดันให้คนพิการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม แต่การดำเนินงานคนพิการในอำเภอนาทวียังไม่หยุดเพียงแค่นี้ ยังมีประเด็นที่ท้าทายเป็นโจทย์ใหญ่ให้ทีมงานเดินต่อด้วยความตั้งใจว่า **ไม่ยอมเห็นคนพิการเพิ่มขึ้น** จึงจะดำเนินการแก้ไขที่ต้นเหตุของความพิการ

จากการนำข้อมูลคนพิการประเภททางกายและการเคลื่อนไหวซึ่งมีจำนวนมากกว่าคนพิการประเภทอื่น มาวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของความพิการ จึงเริ่มพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อป้องกันการเกิดความพิการขึ้น โดยดูแลครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู จัดบริการที่สอดคล้องครอบคลุมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมวางแผนในการรักษา มีการหนุนเสริมการดูแลโดยสร้างศักยภาพครอบครัว อสม. ท้องถิ่น ชุมชนโดยทำงานร่วมกันเป็น **“สหสาขาอาชีพอำเภอนาทวี”** ส่วนผู้ป่วยกลุ่มระยะกึ่งเฉียบพลัน ไม่เฉียบพลัน และกลุ่มที่เกิดความพิการจะต้องรักษาฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบปัญหาด้านการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเพราะข้อจำกัดของการเดินทางและผู้ดูแล จึงมี

แผนพัฒนาหน่วยบริการใกล้บ้านเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ตำบลนาหมอศรีเป็นตำบลนำร่อง โดยมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลและจิตอาสาจากชุมชนร่วมกันให้บริการภายในศูนย์รองรับผู้รับบริการทั้งในและนอกตำบล และมีกระแสตอบรับที่ดีจนได้รับประกาศยกย่องให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลนาหมอศรีเป็น “ศูนย์เรียนรู้การดูแลคนพิการ” และได้ขยายศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนสู่ตำบลทับช้างโดยใช้รูปแบบเดียวกันกับตำบลนาหมอศรี ที่เน้นการมีส่วนร่วมจากชุมชน ชุมชนเป็นเจ้าของ ร่วมกันออกแบบระบบการให้บริการและอาคารสถานที่ ปรับพื้นที่ให้เป็นสวนสมุนไพรและปลูกผักต่าง ๆ ดึงคนในชุมชน มาแะเวียนดูแลศูนย์จนกลายเป็นกิจวัตรประจำวัน จนทำให้ศูนย์เป็นของชุมชนอย่างแท้จริง

2. เครือข่ายสุขภาพอำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

จำเนียร มานะกล้า โรงพยาบาลปะเหลียน เครือข่าย DHS อำเภอปะเหลียน ดำเนินงานโดยยึดถือพระราชดำริสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวต่อการทำงานคนพิการที่ว่า “งานช่วยเหลือคนพิการมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะว่าผู้พิการมิได้เป็นผู้ที่อยากจะพิการ ถ้าเราไม่ช่วยเขาให้สามารถที่จะปฏิบัติอะไรเพื่อมีชีวิตและเศรษฐกิจของครอบครัวจะทำให้เกิดสิ่งที่หนักในครอบครัว หนักในสังคมนั้น นโยบายที่จะกระทำก็ช่วยให้เขาช่วยตัวเองได้ เพื่อจะ

ให้เขาเป็นประโยชน์ต่อสังคม”

จำเนียรได้ประสานงานเพื่อเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในพื้นที่นาร่อง คือ ตำบลท่าพญา บ้านนา ลิพัง และปะเหลียน อบรมให้ความรู้คนพิการและครอบครัวในการดูแลสุขภาพถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของคนกลุ่มพิการทุกประเภท และอบรมอาสาสมัครดูแลคนพิการ ในระยะแรกเป็นเพียงการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมของคนพิการภายในตำบลปะเหลียนโดยมีอาสาสมัครคอยดูแลซึ่งกันและกันและต่อมาจึงยกระดับจัดตั้งเป็นชมรมขึ้นชื่อว่า **“ชมรมทวีพลังคนพิการ”**

ในช่วงเดือนมีนาคม ปี 2551 จัดตั้งอาสาสมัครเพื่อดูแลคนพิการในหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน และต่อมาได้พัฒนาเป็น **“อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดูแลคนพิการ (อพมก.)”** ทำหน้าที่ค้นหาสำรวจคนพิการเพื่อขึ้นทะเบียนรับรองความพิการ ตลอดจนให้ความรู้เรื่องสิทธิคนพิการ

ต่อมา สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรัง ได้ดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation: CBR) **“ชุมชนดูแลคนพิการ”** โดยเลือกตำบลปะเหลียนเป็นพื้นที่ต้นแบบและใช้ชื่อว่า **“ศูนย์เรียนรู้คนพิการตำบลปะเหลียน”** และได้จัดตั้งคณะทำงานศูนย์เรียนรู้คนพิการขึ้น ส่วนที่ทำการของศูนย์เรียนรู้คนพิการตำบลปะเหลียนได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรัง
สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ ธนาคารออมสิน และองค์การบริหาร
ส่วนตำบลปะเหลียน

เมื่อมาทบทวนการทำงานพบว่า คนพิการและ
ครอบครัวยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ขาด
ความครอบคลุมจดทะเบียนคนพิการ ในปี 2552 ทาง
ศูนย์เรียนรู้ฯ ให้ อพมก. สํารวจคนพิการที่ยังตกหล่นไม่ได้
จดทะเบียนเพิ่มเติมทั้ง 15 หมู่บ้านในตำบลปะเหลียน มี
กิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพ มีของที่ระลึกจากการ
สนับสนุนขององค์การบริหารส่วนตำบลและยาสามัญประจำ
บ้านจากการสนับสนุนของสถานีอนามัย นอกจากนี้ ทางศูนย์
เรียนรู้ฯ ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลปะเหลียนได้จัด
งานวันคนพิการสากล เปิดโอกาสให้คนพิการได้เข้าร่วม
กิจกรรมทางสังคมมากขึ้น

ในปี 2553 พบปัญหาเรื่องคนพิการที่ถูกทอดทิ้งและ
ขาดความชัดเจนของคนทำงานประจำศูนย์เรียนรู้ฯ ในการ
ให้บริการ ทางคณะทำงานประชุมหารือกันแล้วปรับการ
ทำงานให้มีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เพื่อ
ตอบสนองความจำเป็นเรื่องคนพิการติดเตียง ไม่มีญาติ
ยากจน ไม่มีบ้านอยู่ ทาง พมจ.ตรัง มีโครงการอบรมผู้ช่วย
คนพิการโดยเลือกตำบลปะเหลียนนำร่องและมีสมาชิก
ในตำบล 2 คนผ่านการอบรมหลักสูตรนี้ ต่อมาเป็นผู้ช่วย
คนพิการเพิ่มขึ้นอีก 5 คน ดูแลคนพิการไม่มีญาติติดเตียงใน

พื้นที่ 15 หมู่บ้าน และมีการนัดหมายเพื่อทำกิจกรรมกลุ่ม มีหน่วยงาน คือ ธนาคารออมสิน ให้การช่วยเหลือสมาชิกที่ลำบากยากจนในครอบครัวตามความจำเป็น โดยมีการทำเวทีประชาคมและคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

ต่อมา “ข้อเสนอจากเวทีประชาคมตำบล” ถูกยก ระดับไปสู่ “ร่างมติสมัชชาสุขภาพจังหวัด” ในประเด็น คุณภาพชีวิตคนพิการ ประเด็นปัญหาทางด้านการแพทย์ การศึกษา สังคม และอาชีพจำนวน 27 ข้อ ผ่านมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดครั้งที่ 1 ปี 2553 พื้นที่ได้เป็นผู้ร่างมติสมัชชาฯ ส่งการปฏิบัติ และประธานคนพิการตำบลปะเหลียน ได้เป็นคนทำงานในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพจังหวัด สร้าง กิจกรรมของศูนย์เรียนรู้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เกิดการร้อยเรียงการทำงานให้เกิดพลังพร้อมได้รับการเติมเต็มปัจจัยส่วนขาดจากภาคส่วนต่างๆ ได้อย่างสอดคล้อง และลดความซ้ำซ้อนของงบประมาณ

จนกระทั่งในปี 2556 เป็นต้นมา ทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายเรื่องการทำงานเป็นเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันทุกภาคส่วน ปี 2558 การดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการพบว่า มีข้อมูลคนพิการที่ไม่สอดคล้องกัน พบปัญหาต่างคนต่างทำงาน ข้อมูลขาดการบูรณาการเชื่อมโยงและไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้ทีมคนทำงานคนพิการปะเหลียนได้เดินทางมาศึกษาดูงานที่อำเภอนาทวี

“คนนาทวิไม่ทอดทิ้งกัน” นำงบประมาณจาก
สมัชชาสุขภาพประท้วงร่วมกับมูลนิธิชุมชนสงขลาเพื่อพัฒนา
โปรแกรมพื้นฐานคนพิการ 5 ตำบล คือ ตำบลปะเหลียน
ท่าข้าม บางด้วน สุโสะ และท่าพญา เพื่อเกิดการใช้ข้อมูล
ร่วมกันที่มีความเป็นปัจจุบัน พร้อมทั้งคืนข้อมูลสู่พื้นที่ 5
ตำบล

หลังจากดำเนินงานคนพิการผ่านระบบเครือข่าย
สุขภาพระดับอำเภอ (DHS) อำเภอปะเหลียนได้พบคุณค่า
ของการทำงานแต่ละด้านดังนี้

1) ด้านทีมงานและคณะทำงานระดับตำบล (Unity district health team) และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย/ชุมชน (Community participation) ชุมชนภาคีทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมเป็นทีมในการทำงานครบวงจรทุกกิจกรรม ชุมชนและหน่วยงานสามารถร่วมกันประเมินการทำงานเป็นทีม เช่น โรงพยาบาลปะเหลียน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 12 สงขลา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ธนาคารออมสิน องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่อำเภอปะเหลียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ชมรมทวิพลังคนพิการ อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดูแลคนพิการ ศูนย์เรียนรู้คนพิการตำบลปะเหลียน คณะทำงานศูนย์เรียนรู้คนพิการ ผู้ช่วยคนพิการประจำตำบล ส่วนหน่วยงานที่สนับสนุนการศึกษา เช่น ศูนย์การศึกษาพิเศษ มีผู้ช่วยพี่เลี้ยงการศึกษานอก

โรงเรียน 1 คน ศูนย์เรียนร่วมที่โรงเรียนบ้านวังเจริญ ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัดตรัง วิทยาลัยสารพัดช่างจังหวัดตรัง โดยศูนย์บริการคนพิการตำบล 5 แห่ง ขยายพื้นที่ทำงานแบบมีส่วนร่วม (THS:DHS) คือ ตำบลท่าข้าม บางด้วน ท่าพญา สุโสะ โดยมีตำบลปะเหลียนเป็นผู้ร่วมถอดบทเรียนการทำงาน

2) ด้านการทำงานจนเกิดคุณค่ากับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Appreciation) ที่ทำการของศูนย์เรียนร่วมคนพิการตำบลปะเหลียน เดิมเป็นบ้านเช่าของ นางไพรัช เพ็งสุวรรณ ที่ได้ให้การสนับสนุนยกบ้านเช่าให้เป็นสถานที่จัดตั้งของศูนย์ฯ เพื่อหนุนเสริมความต่อเนื่องในการทำงาน และใช้สถานที่ทำกิจกรรมกลุ่มคนพิการ จนเครือข่ายคนพิการเกิดความผูกพัน จากการดำเนินงานตั้งแต่ ปี 2549 ตำบลปะเหลียนกลายเป็นพื้นที่ศึกษาดูงานของหน่วยงานภายในและภายนอกจังหวัดและมีการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งระดับภาคและระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง

3) ด้านทรัพยากรบุคคลากร (Resources sharing and human development) มีการจัดการทรัพยากรร่วมกันของคนพิการจากแหล่งงบประมาณต่างๆ โดยการใช้ร่วมกันภายใต้บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานเพื่อลดความซ้ำซ้อนของงานและงบประมาณ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลปะเหลียนสนับสนุนของที่ระลึกเยี่ยมบ้าน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอบรมให้ความรู้การดูแลกิจกรรมสันตนาการกลุ่ม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม

สุขภาพสนับสนุนกิจกรรมการฟื้นฟูดูแลคนพิการและการเยี่ยมบ้าน ธนาคารออมสินสนับสนุนเรื่องสวัสดิการชุมชน ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนอำเภอปะเหลียนและศูนย์การศึกษาพิเศษที่ 4 จังหวัดตรังดูแลการเรียนการสอน ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัดตรังและวิทยาลัยสารพัดช่างตรังช่วยฝึกอาชีพ โรงพยาบาลปะเหลียน และ รพ.สต. 4 แห่งดูแลเรื่องกายอุปกรณ์ บัตรสิทธิ การรักษา ทีมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้าน ท.74 สมัชชาสุขภาพจังหวัดตรังดูแลการพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการผ่านโปรแกรม www.ข้อมูลชุมชน.com ร่วมกับมูลนิธิชุมชนสงขลา สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรังสนับสนุนกิจกรรมในพื้นที่ เช่น สิทธิของคนพิการ โครงการ CBL สนับสนุนฟื้นฟูความรู้ อพมก. พาไปศึกษาดูงานคนพิการ และมีวาระจังหวัดตรัง ปี 2559 กำหนดให้เปิดศูนย์บริการคนพิการทั่วไปทุกตำบล โดยรองผู้ว่าราชการจังหวัดดูแลต่อเนื่อง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลัก

4) ด้านการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential Care) ทางศูนย์เรียนรู้คนพิการตำบลปะเหลียนเน้นการจัดการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพ ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟู ให้บริการอย่างเชื่อมโยงประสานแบบเบ็ดเสร็จ และชุมชนมีส่วนร่วม

3. เครือข่ายสุขภาพอำเภอบางกล่ำ

สุภัทธร เพ็ชรการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางกล่ำ นำข้อมูลของลุงดำ คนพิการที่พบขณะลงไปเยี่ยมบ้าน นำเสนอต่อคณะกรรมการ DHS อำเภอ บางกล่ำ ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธาน นายอำเภอให้ความสนใจและให้การสนับสนุน กระทั่งประกาศให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส เป็นวาระสุขภาพของอำเภอบางกล่ำ

ลุงดำเป็นคนพิการด้านการเคลื่อนไหวมา 6 ปี มีปัญหากระดูกสันหลัง แต่พอจะเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันได้ ต่อมาอาการปวดหลังมีมากขึ้นจนทำให้เคลื่อนไหวได้ลำบาก ลูกจึงพาไปรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างการรักษาเกิดมีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ต้องเข้ารักษาในห้อง ICU ต้องเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่ ประมาณ 2 เดือน เมื่อรักษาจนอาการดีขึ้นจนพ้นขีดอันตราย โรงพยาบาลหาดใหญ่จึงส่งมารักษาต่อที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลบางกล่ำซึ่งเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลหาดใหญ่

ลุงดำมีแผลกดทับที่ก้นกดค่อนข้างใหญ่ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ขยับพลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ หลังจากรับการดูแลฟื้นฟูที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลบางกล่ำ 2 สัปดาห์ อาการก็ดีขึ้นตามลำดับ โรงพยาบาลบางกล่ำจึงวางแผนส่งลุงกลับบ้าน ทีมเจ้าหน้าที่จากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

ของโรงพยาบาลได้ลงไปเยี่ยมและเตรียมพื้นที่และสิ่ง-
แวดล้อมที่บ้านของลุงเพื่อรองรับเวลาที่ลุงกลับบ้าน พร้อม
ทำแผนดูแลในพื้นที่หลังจากลุงกลับบ้านได้ 1 สัปดาห์ โดยมี
ทีมหมอครอบครัวลงเยี่ยมตามแผนที่วางไว้

ทีมได้พูดคุยวางแผนดูแลร่วมกัน คือ พมจ. สงขลา
ที่มีบุคลากรอยู่ในทีมคณะกรรมการ DHS ของอำเภอบางกล่ำ
ดำเนินการขอเงินย้งซีพจาก พมจ. สงขลา ได้จำนวน 2,000
บาทต่อปี โรงงานในพื้นที่บริษัทกรีนริเวอร์ ซึ่งบุคลากรที่เป็น
ทีมจิตอาสาในโรงงานและอยู่ในทีมคณะกรรมการ DHS
อำเภอบางกล่ำ ร่วมนำข้าวสาร น้ำ นม ผ้าอ้อมแพมเพิส
กระดาษทิชชู มาร่วมให้การดูแลลุงดำเดือนละ 1 ครั้ง มี
เทศบาลมาช่วยปรับสภาพแวดล้อมรอบบ้านให้สามารถใช้
รถเข็นได้ ซึ่งทีมงานทุกภาคส่วนให้การดูแลตามแผนที่วางไว้
ทั้งแบบรายวัน รายสัปดาห์ และรายเดือน จนทำให้อาการ
ของลุงดำดีขึ้นตามลำดับ แผลกดทับก็เริ่มเล็กลง อารมณ์
ดีขึ้นและเริ่มยิ้มแย้มได้เป็นปกติ หลังจากกลับมาบ้านได้
1 เดือน ลุงพลิกตะแคงได้ด้วยตนเองและสามารถพยุงให้
ลุกขึ้นนั่งได้ และลุงสามารถลุกขึ้นยืนได้เองตอน 3 เดือน
จนถึงเดือนที่ 4 ลุงก็สามารถเดินได้ด้วยไม้เท้าโดยมีผู้ช่วย
พยุงและสามารถถอดท่อเจาะคอได้ และเมื่อถึง 5 เดือน
แผลกดทับของลุงหายเป็นปกติ และในระยะเวลาเพียง 1 ปี
ลุงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองสามารถ
กลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติ

หมายเหตุ รพ.บางกล่ำ ได้พัฒนาเป็น “ศูนย์เวช-

ศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลบางกล้า” เครือข่ายโรงพยาบาล
หาดใหญ่ ทำให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟู
ที่ รพ.บางกล้า ส่งผลให้มีระบบการฟื้นฟูต่อเนื่องตั้งแต่
โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลบางกล้า และชุมชน
ทำให้ผู้ป่วยระยะ Subacute ⁽³⁾ ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง
หลายรายไม่หลงเหลือความพิการจนสามารถกลับใช้ชีวิต
ได้ตามปกติ ต่อมา สปสช. สนับสนุนงบประมาณให้
โรงพยาบาลบางกล้าพัฒนาเป็นอำเภอนำร่องดำเนินงาน
ดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลจึงดำเนิน
งานผู้สูงอายุและผู้พิการไปพร้อมกัน มีการสำรวจกลุ่ม
ผู้สูงอายุและผู้พิการใหม่ทั้งหมด ครอบคลุมทั้งอำเภอ
แยกกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเข้าสังคมได้ กลุ่มติดบ้าน และ
กลุ่มติดเตียง โดยกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงที่มีความ
พิการ โรงพยาบาลดำเนินการจดทะเบียนคนพิการให้
จัดเวทีคืนข้อมูลให้ภาคีเครือข่ายเพื่อวางแผนการทำงาน
ร่วมกัน ต่อมาจัดอบรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย
ในชุมชน ประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่
อยู่ที่บ้าน ด้วยหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ 420 ชั่วโมง
โดยมีภาคีเครือข่ายเข้าอบรมครอบคลุมทั้ง 36 หมู่บ้าน
จำนวน 50 คน

⁽³⁾ ผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง

4. เครือข่ายสุขภาพอำเภอป่าบอน

จินตนา สวัสดิ์โรจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลป่าบอน จังหวัดพัทลุง เครือข่าย DHS อำเภอป่าบอน ได้ดูแลมารดาและลูกชายที่เป็นคนพิการที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งถูกส่งต่อจากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) มาให้ติดตามเยี่ยมบ้าน จินตนา ชักประวัติ ประเมินสภาพ และให้การพยาบาลตามแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน (INHOMESSS) ของโรงพยาบาลและแบบฟอร์มการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลพัทลุง พบว่า มารดามีภาวะเครียดเนื่องจากหลังจากลูกชายอายุ 4 ปีของเธอได้ผ่าตัดเอาเลือดคั่งในสมองออกแล้วต้องนอนรักษาตัวในรพ.พัทลุง นาน 2 เดือน ต้องเจาะคอ ยกถ้าได้มาทำทวารเทียมเพื่อขับถ่ายของเสียออกทางหน้าท้อง และยังมีพัฒนาการล่าช้า อีกทั้งยังมีปัญหาหายใจไม่พอใช้จ่ายในครอบครัว จินตนาได้ส่งต่อให้นักกายภาพบำบัดทำการฟื้นฟูกายภาพบำบัด เคาะปอด บริหารกล้ามเนื้อแขนขา ซึ่งมารดามีความรู้ในการปฏิบัติเป็นอย่างดี เนื่องจากก่อนออกจากโรงพยาบาลพัทลุงได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติจากความร่วมมือหลายฝ่าย คือ เภสัชกรสอนการดูแลเรื่องยา ทันตแพทย์แนะนำการทำความสะอาดช่องปาก แพทย์แผนไทยแนะนำการนวด แขน ขา นักโภชนาการสอนการให้อาหารทางสายยาง ส่วนพยาบาลสุขภาพจิตประเมินสภาพจิตใจ พบว่ามารดามีความเครียดสูงและมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย

ปัญหาของครอบครัวคนพิการนี้ คือ มารดาของ

ผู้พิการรายนี้แยกทางกับสามี โดยมีบุตรสาวอีก 1 คนเรียน อยู่ชั้นประถมศึกษา ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ ต้องกู้ พมจ. จำนวน 4,500 บาท เพื่อให้เป็นรายจ่ายในครอบครัวและเป็นทุนประกอบอาชีพ อาศัยในบ้านไม้ชั้นเดียวสภาพใกล้ ผุพัง หลังคาสังกะสีเป็นรูโหว่จนเวลาฝนตกต้องย้ายเบาะ ที่นอนหนีฝน ในบ้านมีน้องชายซึ่งไม่มีงานทำและสูบบุหรี่ จัดจนคว้นบุหรี่ปริมาณหนึ่งซึ่งนอนติดเตียงจนมีอาการเกร็ง เมื่อมีสิ่งกระตุ้น มารดาของเธอก็ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จนเธอเกิดความเครียดจากปัญหาต่างๆ ที่รุมเร้า

ทีมงานจึงได้วางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยการหารือ กันในทีมหมอครอบครัวเพื่อขับเคลื่อนการช่วยเหลือผ่าน กระบวนการ UCCARE โดยได้ประสานภาคีเครือข่ายจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อขอรับน้องคนพิการเป็น คนไข้มูลนิธิแพทย์อาสา สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราช-ชนนี (พอสว.) และประสานกาชาดจังหวัดลงมาเยี่ยมน้อง ที่บ้าน พร้อมทั้งสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัด นายอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อาสาสมัคร สาธารณสุข จิตอาสา เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล ให้การช่วยเหลือในระดับหนึ่งโดยนายกเหล่า กาศาตจังหวัดพัทลุงได้มอบเงินจำนวนหนึ่ง เบาะ มุ้ง เครื่อง ใช้ พมจ. ทำบัตรคนพิการให้แบบ One Stop Service โรง-พยาบาลป่าบอนช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ ชุดทำแผล สายดูด เสมหะ สายยางให้อาหาร สมาชิกเหล่ากาชาดได้ประสาน

โรงพยาบาลพัทลุงให้งดเก็บค่าเช่าเครื่องดูดเสมหะ จากเดิม ต้องจ่ายเงินเช่าเครื่อง 1,500บาท/เดือน

สมาชิกเหล่ากาชาดซึ่งเป็นเจ้าของร้านอุปกรณ์ก่อสร้างได้บริจาควัสดุอุปกรณ์ก่อสร้างบ้าน เช่น อิฐ หิน ดิน ทราย พร้อมประสานขอสนับสนุนงบประมาณในการสร้างบ้านจากกองทุนปลายข้าวโตโยต้าพัทลุง หลังจากนั้นเหล่ากาชาดจังหวัดได้มอบเงิน 100,000 บาท ผ่านทางอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อใช้สร้างบ้านบนที่ดินของยายบริเวณหน้าบ้านหลังปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายในต่างจังหวัด อาทิ กองทุนชมรมวิฑูหาคัดใหญ่ได้ประสานงานกับมูลนิธิเชียงใหม่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ให้การสนับสนุนงานฉาบปูน ทาสี เดินสายไฟภายในบ้าน และการถมดินรอบบ้านด้วย ซึ่งเมื่อบ้านสร้างเสร็จ ผู้ว่าราชการจังหวัดพัทลุงจะมาทำการมอบบ้านให้หนึ่งอย่างเป็นทางการ

เรื่องราวการช่วยเหลือดูแลครอบครัวผู้พิการครอบครัวนี้ได้มีรายการสารธารณสุขพบทีมหมอครอบครัวมาถ่ายทำสื่อบุปรายการเพื่อออกโทรทัศน์ช่อง 5 เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2558 ซึ่งการช่วยเหลือดูแลผู้พิการแบบเป็นองค์รวมนี้นี้ คณะทำงานไม่สามารถทำงานให้สำเร็จได้ด้วยตัวคนเดียว กลุ่มเดียว หรือองค์กรเดียว แต่ต้องมีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ให้ความร่วมมือและมีระบบสุขภาพระดับอำเภอ DHS ที่เข้มแข็ง จึงสามารถทำให้ครอบครัวหนึ่งที่หมดความหวังในทุกสิ่งทุกอย่างสามารถกลับมาลุกขึ้นยืนได้อีกครั้ง

ปัจจุบันคุณภาพชีวิตของผู้พิการและมารดาดีขึ้น

ในระดับหนึ่ง โดยมารดาประกอบอาชีพขายลูกชิ้นหน้าบ้าน เพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ตัวผู้พิการเองได้รับเบี้ยยังชีพ ผู้พิการ 800 บาท/เดือน ได้รับการฉีดวัคซีนและตรวจ พัฒนาการที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และได้รับการรักษา พัฒนาการที่ล่าช้าอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพัทลุงและ คลินิกพร้อมพัฒนา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ โดย รพ.สงขลานครินทร์ ได้ฝึกกระตุ้นการยืนและการพูด โดย เริ่มสามารถส่งเสียงอ้อแอ้ออกมาพร้อมกับรอยยิ้มของ ผู้เป็นแม่

5. เครือข่ายสุขภาพอำเภอตากใบ

วาสนา กาญจนะ และกิ่งลัญญา หนูริช รพ.ตากใบ คณะทำงาน DHS กับการขับเคลื่อนงานคนพิการอำเภอ ตากใบ ได้เลือกประเด็นคนพิการเป็นประเด็นหลักใน การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ หลังจากการปรึกษา แนวทางการดำเนินงานจากผู้รับผิดชอบงานของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส และสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 12 สงขลา จึงได้เริ่มสำรวจ ข้อมูลคนพิการอำเภอตากใบ และจัดทำทะเบียนจำแนก ตามประเภทคนพิการ ซึ่งมีการจัดตั้งคณะกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการโรงพยาบาลตากใบขึ้น โดยมีบุคลากร ฝ่ายต่างๆ ในโรงพยาบาลเป็นทีมทำงาน

ในการประชุมคณะกรรมการครั้งแรกได้มีการระดม ความคิดวางระบบการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดย

มีความคิดไปในทิศทางเดียวกัน คือ ต้องการไปศึกษาดูงาน
ในโรงพยาบาลที่มีระบบงานฟื้นฟูที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อ
ศึกษาการจัดกระบวนการทำงานคนพิการ โดยเลือกศึกษา
ดูงานที่ “โรงพยาบาลนาทวี” ซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีระบบ
การทำงานที่ดีและมีนักกายภาพในโรงพยาบาล ประกอบกับ
โรงพยาบาลตากใบเองมีนักกายภาพหญิงคนแรกมาทำงาน
ประจำ ณ แผนกกายภาพ และได้ร่วมไปศึกษาดูงานโดย
ได้รับการชี้แนะการทำงานอย่างเป็นระบบและเอกสารต่าง ๆ
ที่เอื้อต่อการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแต่ละประเภท
ทำให้คณะกรรมการฟื้นฟูฯ โรงพยาบาลตากใบทุกคนเกิด
แรงบันดาลใจและมีความเข้าใจในการทำงานเป็นอย่างดี

ภายหลังการศึกษาดูงาน วาสนาจึงได้เขียนโครงการ
พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ
One Stop Service ปี 2553 เสนอของบประมาณจาก สปสช.
เขต 12 สงขลา และได้รับอนุมัติสนับสนุนงบประมาณ
โครงการ จึงเป็นที่มาของการเกิดระบบการทำงานฟื้นฟู
สมรรถภาพคนพิการแบบเบ็ดเสร็จขึ้นในปี 2553 โดยมี
กิจกรรมการขึ้นทะเบียนความพิการ โดยเริ่มจากออก
ใบรับรองความพิการและส่งผู้ป่วยไปขึ้นทะเบียนคนพิการ
ที่ พมจ. ขึ้นทะเบียนเปลี่ยนสิทธิหลักประกันสุขภาพเป็น
ท.74 แจกอุปกรณ์ความพิการตามความเหมาะสม ขึ้น
ทะเบียนฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งต่อข้อมูลไปยัง รพ.สต. เพื่อให้
ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ

ต่อมาปี พ.ศ. 2554 คนพิการได้เข้าถึงระบบการฟื้นฟู

สมรรถภาพในโรงพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากได้รับการ
แบบเบ็ดเสร็จในระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่ล่าช้า ผู้รับบริการ
เกิดความพึงพอใจในบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมาใช้บริการมาก
ขึ้น แต่เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลแล้วกลับไป
บ้านก็ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง
และญาติ ส่งผลให้คนพิการไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ คณะ
กรรมการฟื้นฟู โรงพยาบาลตากใบจึงจัดโครงการอบรม
ผู้ดูแลเครือข่ายคนพิการด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ
ให้ผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลฟื้นฟู คนพิการต่อเนื่องที่บ้าน
ในขณะนั้นทางคณะกรรมการฟื้นฟู โรงพยาบาลตากใบ
เล็งเห็นว่า **เมื่อผู้ดูแล (Care Giver) สามารถดูแลคนพิการ
ได้ ชุมชนก็ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟู ร่วม
ด้วย** จึงเกิดคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
อำเภอตากใบขึ้น ประกอบด้วย ฝ่ายสาธารณสุข (โรงพยาบาล
ตากใบ สสอ. รพ.สต.) ฝ่ายปกครอง (ปลัดปกครองประจำ
ตำบล) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. และเทศบาล) ภาค
ประชาชน อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา เข้ามาเป็นทีมฯ และ
มีการออกแบบระบบการดูแลและกำหนดบทบาทร่วมกัน
อันเป็นจุดเริ่มต้นของการฟื้นฟูคนพิการแบบทีมสุขภาพ
อำเภอ DHS

จนมาถึงปี พ.ศ. 2555 สามารถพัฒนาระบบการดูแล
คนพิการในกลุ่ม 3 ความพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว
ในระยะไม่เกิน 1 ปีแรกด้วยผู้ดูแลใกล้ชิดตัว (Caregiver) จน
สามารถเห็นผลลัพธ์เป็นรูปธรรม คือ คนพิการมีระดับ ADL

(ศักยภาพและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน) พึ่งพาตนเองได้มากกว่าร้อยละ 90 โดยหนึ่งในจำนวนนั้น คือ คุณเจี๊ยะซูโบตะห์ เป็นคนพิการที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรง โดยในระยะแรกมีอาการอ่อนแรงทั้งตัว สามารถเคลื่อนไหวได้เพียงสายศรชะไปมาเท่านั้น ภายหลัง 6 เดือนที่โรงพยาบาลตากใบร่วมกับผู้ดูแลให้การดูแล คุณเจี๊ยะซูโบตะห์สามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถลุกนั่ง ยืน เดิน และขับรถจักรยานยนต์ได้ตามลำดับ และเกิดเป็นผลงานวิจัยจากงานประจำ R2R และได้รับรางวัลงานวิจัยดีเด่นไปนำเสนอใน R2R Forum ระดับประเทศในเวลาต่อมา

จากผลลัพธ์การดำเนินงานในปี พ.ศ. 2553-2555 ได้มีโรงพยาบาลจากหลายพื้นที่ เช่น อำเภอกะพ้อ อำเภอ ยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี อำเภอสุคีริน จังหวัดนราธิวาส ได้มาศึกษาดูงานฟื้นฟูฯ ในโรงพยาบาลตากใบ ในปี พ.ศ. 2555 เส้นทางการพัฒนางานฟื้นฟูคนพิการยังคงมีความท้าทายในการแก้ปัญหาการดูแลเด็กพิการในพื้นที่ จากการลงเยี่ยมบ้าน ได้พบเด็กพิการประเภทต่าง ๆ ได้แก่ เด็กออทิสติก (Autistic) เด็กปัญญาอ่อน (Down syndrome) เด็กบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disability - LD) เด็กสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) เด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy - CP) และมีเด็กพิการซ้ำซ้อนจำนวนมากในชุมชน โดยส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่ยากจน ทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัวอย่างมาก มารดาผู้ให้การดูแลเด็กมักคิดว่าไม่

สามารถแก้ไขฟื้นฟูให้เด็กเหล่านั้นดีขึ้นได้

จากปัญหาดังกล่าว ผู้รับผิดชอบงานได้นำปัญหาไปปรึกษากับ นายแพทย์สมชาย ศรีสมบัณฑิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากใบ เพื่อขอใช้สถานที่ตรงลานใต้ต้นไม้ในโรงพยาบาล จัดกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กพิการ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละครึ่งวัน ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้การสนับสนุนในทุกรูปแบบ นับเป็นจุดเริ่มต้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการในโรงพยาบาลตากใบและได้ประสานภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ ศูนย์การศึกษาพิเศษ จังหวัดนราธิวาส ปลัดเทศบาลเมืองตากใบ เข้ามาร่วมสนับสนุนการดูแลเด็กพิการร่วมกันภายใต้การลงนามข้อตกลง (MOU) ในเวลาต่อมา โดยโรงพยาบาลตากใบสนับสนุนบุคลากร ทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เข้ามากระตุ้นพัฒนาการและจัดหาสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูฯ จัดเตรียมอาหารกลางวัน ศูนย์การศึกษาพิเศษ จังหวัดนราธิวาส สนับสนุนครู 4 ท่าน ในการฟื้นฟูทักษะวิชาการ เทศบาลเมืองตากใบสนับสนุนงบประมาณค่าอาหารกลางวัน และค่าพาหนะในกิจกรรมการเรียนรู้นอกสถานที่ รวมถึงอุปกรณ์กระตุ้นพัฒนาการ ทำให้เด็กพิการเข้ารับการฟื้นฟูพัฒนาการในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเด็กมีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองและเรียนร่วมกับเด็กในโรงเรียนปกติ เรียนฝึกอาชีพ เป็นต้น

จากผลการดำเนินงานดังกล่าว ได้ต่อยอดไปยังครอบครัวโดยดึงพ่อแม่เข้ามาฝึกอบรมดูแลเด็กพิการภายใต้

“โครงการปรับบ้านเป็นโรงเรียน ปรับพ่อแม่เป็นครู” จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในกลุ่มเด็กพิการ ในปี 2556 ได้รับรางวัลจาก กพร. และเป็นแหล่งศึกษาดูงานจากภาคส่วนต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และในปีเดียวกันนั้นได้พบปัญหาของคนพิการกลุ่มบกพร่องทางการมองเห็นที่ถูกจำกัดอยู่ภายในบ้านจำนวนมาก สิ่งที่สะท้อนจากคนพิการเหล่านั้นคือ แม้ว่าพวกเขาจะมองไม่เห็น แต่ก็อยากไปวัด ไปมัสยิด ไปตลาด และที่อื่นๆ ในชุมชนบ้าง จากปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลตากใบร่วมกับ สปสช. เขต 12 สงขลา ดำเนินโครงการฝึกอบรมทักษะคนตาบอดด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility – O&M) พร้อมส่งพยาบาลรักบ้านเกิดของโรงพยาบาลจำนวน 4 คน ไปอบรมเป็นครูฝึกทักษะ O&M เพื่อจัดการฝึกอบรมคนตาบอดในพื้นที่อำเภอตากใบได้อย่างครอบคลุม ซึ่งในเวลาต่อมาก็ได้ขยายโครงการไปยังพื้นที่จังหวัดนราธิวาส 8 อำเภอจากทั้งหมด 13 อำเภอ

ปี 2557 ได้รับรางวัลผลการดำเนินงานจัดบริการภาครัฐดีเด่น รางวัล กพร. เส้นทางพัฒนาระบบงานพิการอำเภอตากใบ แม้จะมีระบบการจัดบริการครอบคลุมความพิการ 7 ประเภท แต่ที่มสุขภาพระดับอำเภอตากใบยังต้องการผลักดันให้คนพิการมีการรวมกลุ่มเป็นชมรมเพื่อทำกิจกรรม จึงได้จัดตั้ง “ชมรมคนพิการอำเภอตากใบ” ขึ้น พร้อมมีเครือข่ายนักพัฒนาชุมชนจากทุก อบต. ในอำเภอตากใบและผู้รับผิดชอบงานคนพิการใน รพ.สต. ร่วมทำงานไป

ด้วยกัน โดยมีเวทีการนำเสนอปัญหาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลคนพิการในพื้นที่ทุก 2 เดือน เพื่อให้เครือข่ายชมรมคนพิการ นักพัฒนาชุมชน พยาบาลใน รพ.สต. มาประชุมหารือทิศทางดูแลคนพิการในพื้นที่ พร้อมวางแผนช่วยเหลือแก้ปัญหาในระยะต่อไป

ปัญหาที่พบจากเวทีประชุม ได้แก่ ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่บ้านและในชุมชนที่ไม่เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวันของคนพิการและคนพิการจำนวนหนึ่งที่อาการดีขึ้นแล้วแต่ประกอบอาชีพไม่ได้ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดย อปท. สนับสนุนงบประมาณร่วมกับโรงพยาบาลตากใบ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก “บริษัทไอเอสเอส” จัดกิจกรรม “พัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งกว่า” จนกลุ่มคนพิการได้รับความช่วยเหลือด้านการปรับสภาพบ้าน รวมถึงได้รับการสนับสนุนด้านอาชีพจนถึงปัจจุบันในปีเดียวกันนี้ยังได้จัดตั้งโรงงานขาเทียมพระราชทานในมูลนิธิสมเด็จย่าขึ้นในโรงพยาบาลตากใบด้วยการนำเทคนิคการทำขาเทียมแบบแกนในที่มีน้ำหนักเบา และที่สำคัญคือใช้ระยะเวลาในการทำรวดเร็ว โดยช่างทำขาเทียมมาจากคนพิการในพื้นที่ โดยโรงพยาบาลตากใบได้รับเป็นลูกจ้างโรงพยาบาล แล้วส่งไปฝึกอบรมการทำขาเทียมที่มูลนิธิฯ และจากการที่ช่างทำขาเทียมเป็นคนพิการเองนั้นเป็นจุดสำคัญมากในการทำขาเทียมให้คนพิการคนอื่นๆ ใส่ ด้วยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อปัญหาที่เกิดจากการใส่ขาเทียม นอกจากนี้โรงพยาบาลตากใบได้จัดเลี้ยงอาหารกลางวันแก่ผู้รับบริการ

ทั้งผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ ทำให้คนพิการ ทั้ง 13 อำเภอของจังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี และ สงขลาเข้ามาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

ปี 2558 ได้พัฒนาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคน-พิการครอบคลุมความพิการ 7 ประเภท และมีทีมสุขภาพ คนพิการอำเภอตากใบที่ดำเนินงานอย่างเป็นเนื้อเดียวกัน อย่างต่อเนื่อง โดยมีประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาและความท้าทาย คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBR) จึงได้เกิดการพัฒนานวัตกรรมจากภูมิปัญญาของ ชุมชนโดยคนพิการเองที่ศูนย์ CBR ตำบลบางขุนทอง นวัตกรรมจักรยานบำบัดปั่นมือและเท้า ศูนย์ CBR ตำบล พร่อน ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์การเรียนรู้คนพิการใน ปี 2558 และปี 2559 มีการต่อยอดการดำเนินงานขยายพื้นที่ ใหม่ต่อยอดการจัดตั้งและดำเนินงาน CBR อีก 2 ตำบล คือ ศูนย์ CBR ตำบลศาลาใหม่และศูนย์ CBR ตำบลโฆษิต

6. เครือข่ายสุขภาพอำเภอรามัน

ยะห์ยา บานีอัลมาฮ์มุดี นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรามัน จ.ยะลา อาศัยการคิดบวกและ “อีกเราะ” ซึ่งแปลว่า “จงอ่านเถิด” เป็นโครงการแรกของพระมหาคัมภีร์อัลกุรอานที่ถูกระทาน ลงมาสำหรับให้ตระหนักถึงความสำคัญของการอ่าน เป็น แรงบันดาลใจให้ริบหาข้อมูลเกี่ยวกับ DHS มาอ่านเพื่อ ทำความเข้าใจ

ตั้งแต่ในปี 2557 ที่ยะหยาเริ่มได้มีโอกาสเข้ารับฟัง
เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อน DHS ที่จัดขึ้นโดย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ภายใต้การสนับสนุนจาก
มูลนิธิสุขภาพภาคใต้ โดยมี นพ.วราวุธ สุรพฤกษ์ นักวิชาการ
อิสระด้านสาธารณสุขเป็นอาจารย์ที่ช่วยชี้แนะความรู้แนว
ทางใหม่ๆ สำหรับคนทำงานด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการ
สร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน ยะหยาเริ่มรู้จักคำว่า
UCARE เป็นครั้งแรก และพอจะเห็นภาพการทำงานระบบ
สุขภาพระดับอำเภอในอนาคตจากการชี้แนะของอาจารย์

คำว่า UCARE ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนเป็น UCCARE
ซึ่งเป็นคำสั้น ๆ ที่แฝงด้วยความหมายในตัวของมันและใช้
ผลักดันขับเคลื่อนให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและมุ่งเน้นให้
เกิดผลสำเร็จแบบยั่งยืน

UCCARE มีความหมายคือ

U = Unity district health team ทีมงาน คณะทำงาน
ที่จะขับเคลื่อนภารกิจไปด้วยกัน

C = Customer focus ตอบสนองความต้องการ
แก้ไขปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย

C = Community participation ภาคีเครือข่าย
ในพื้นที่มาช่วยขับเคลื่อนกับเรา

A = Appreciation การชื่นชมความสำเร็จ ความภาค
ภูมิใจ เพื่อให้ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมีความสุข

R = Resource sharing and human development
การแบ่งปันทรัพยากร ทั้งคน เงิน สิ่งของ

E = Essential care การจัดการปัญหาตามบริบท
ของพื้นที่

ในช่วงเริ่มต้นของการขับเคลื่อน DHS ระดับอำเภอ มีการประชุมหารือในเครือข่ายเพื่อออกแบบการขับเคลื่อน ในระดับอำเภอ นำโดย นายมะยาก็ กาเจ สาธารณสุขอำเภอ รามัน และนายแพทย์รอซาลี ปัตยะบุตร ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรามัน ได้เข้าพบกับนายปรีชา ชนะกิจกำจร นายอำเภอรามัน เพื่อทำความเข้าใจการขับเคลื่อนภารกิจ DHS ในพื้นที่อำเภอรามัน

อำเภอรามันใช้ **ประเด็น ODOP การดูแลผู้ป่วย ติดเตียง** ชักชวนภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยหัวหน้าส่วน ราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วน ตำบล กำหนดผู้ใหญ่บ้านในแต่ละพื้นที่มาร่วมแก้ไขปัญหา สาธารณสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ไป ด้วยกัน

ในปี 2557 ภายใต้การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ได้ดำเนินการให้หน่วยบริการทุกแห่งสำรวจผู้ป่วยติดเตียง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ สำรวจข้อมูลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นอนติดเตียง ทำให้มีข้อมูล ผู้ป่วยติดเตียงในปีแรกของการสำรวจทั้งอำเภอรวม 98 ราย

ในปี 2558 ทางคณะทำงานได้ดำเนินการสำรวจผู้ สูงอายุและผู้พิการ พบว่า มีจำนวน 9,614 คน เป็นผู้สูงอายุ ป่วยติดเตียงจำนวน 86 ราย มีผู้พิการทั้งหมด 1,492 คน เป็น ผู้พิการติดเตียง จำนวน 75 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยระยะ

สุดท้าย จำนวน 17 ราย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถใช้ในการติดตาม ค้นหาปัญหา และร่วมวิเคราะห์ ช่วยเหลือ รักษาฟื้นฟู และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ต่อมา การขับเคลื่อนเริ่มเข้มข้นขึ้น มีการสร้างทีม (Unity district health team) โดยดึงภาคีมาร่วมทีมดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยทีมสหวิชาชีพมีแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หัวหน้าส่วนราชการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อิหม่าม ที่มาร่วมกันขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วย มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งเป็น **“คณะทำงานระบบสุขภาพอำเภอ”** โดยมีนายอำเภอรามันเป็นประธานขับเคลื่อนดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยกัน โดยในช่วงบ่ายของทุกวันศุกร์ นายอำเภอและหัวหน้าส่วนราชการจะลงพื้นที่เพื่อพบปะและตรวจสุขภาพประชาชน รวมทั้งตรวจสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านตามโครงการอำเภอเคลื่อนที่

ทั้งนี้ ปัญหาจากการเยี่ยมบ้านได้ถูกหารือต่อในที่ว่าการอำเภอ หรือบางครั้งได้จัดประชุมหรือที่บ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินความช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยหัวหน้าส่วนราชการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นายกองจัดการบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อิหม่าม พมจ. ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ **หลัก 4 ท ได้แก่ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ และทางออก**

ผลสำเร็จที่เกิดกับคนพิการ เช่น ตัวอย่างของนาย

รอมแม ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเป็นอัมพาตครึ่งซีก ไม่สามารถเดินได้ อาศัยอยู่ในยุงข้าวของเพื่อนบ้านกันสองตายายด้วยเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดือนละ 600 บาท ไม่มีน้ำประปาที่ต้องใช้น้ำบ่อดักเข้าบ้าน ในพื้นที่บ้านมีไฟฟ้าแต่รอมแมต้องอาศัยแสงสว่างจากตะเกียงท่ามกลางความมืดในยามค่ำคืน

คณะทำงาน DHS ได้ร่วมลงเยี่ยมบ้านเพื่อเก็บข้อมูลและระดมความคิดเพื่อช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ จนในปัจจุบันนายรอมแมสามารถเดินได้หลังจากได้รับการดูแล พี่นพ ทำกายภาพบำบัด มีบ้านหลังใหม่ที่ชุมชนได้ร่วมกันช่วยเหลือระดมเงินทุนให้ โดยบริเวณบ้านมีพื้นที่ปลูกผักสวนครัวและมีแพะเลี้ยงไว้เพื่อเพิ่มรายได้

นายมะรอนิง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างจากอุบัติเหตุเมื่อหลายปีก่อน หลังจากรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลา กลับมานอนอยู่ที่บ้านและประสบปัญหาทั้งความเครียดจากการขาดรายได้ ปัญหาการติดเชื้อจากท่อสายปัสสาวะจากการนอนพื้นราบที่ทำให้น้ำปัสสาวะไหลย้อนกลับ การช่วยเหลือเกิดขึ้นผ่านเวทีการปรึกษาหารือเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจุบันนายมะรอนิงและครอบครัวมีรายได้เสริมจากการเปิดร้านขายก๋วยเตี๋ยวเล็กๆ ในหมู่บ้านและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในวันที่ทีม DHS อำเภอรามันลงเยี่ยมแค่เห็นใบหน้าที่เต็มไปด้วยรอยยิ้มของครอบครัวนายมะรอนิงก็ทำให้ทีมงานมีความสุขไปด้วย

ทีมคณะทำงานจัดระบบการขับเคลื่อน DHS อำเภอรามัน

เติมเต็มศักยภาพขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้มีขีดความสามารถในการจัดการปัญหาสาธารณสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้มีรูปแบบภายใต้หลักคิดขั้นพื้นฐาน “การดูแลคนในพื้นที่ โดยคนในพื้นที่เอง” ด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ตลอดจนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลล้วนเป็นคนในพื้นที่ จึงตั้งต้นจากความทุกข์ของคนในพื้นที่และสร้างกลไกให้คนในพื้นที่มาช่วยเหลือกัน รวมถึงทีมสาธารณสุขระดับอำเภอทำหน้าที่เสมือนพี่เลี้ยงช่วยเติมเต็มคณะทำงาน DHS ระดับตำบลให้เดินหน้าได้ เช่นพื้นที่ตำบลบาไองย เลือกขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ พื้นที่ตำบลเนินงาม เลือกขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพจิตชุมชน พื้นที่ตำบลจะกะวี เลือกขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นต้น

“อบต.กายุบอเกาะ” เป็นกรณีพื้นที่ระดับตำบลในอำเภอรามัน ซึ่งดำเนินงานดูแลผู้ป่วยติดเตียงมาดีระยะหนึ่ง คณะทำงานระดับอำเภอได้ลงไปเติมในส่วนที่ยังขาดในพื้นที่ ด้วยการประชุมผู้นำชุมชนเพื่อทำความเข้าใจแนวทาง DHS พร้อมคัดเลือกบุคคลทำงานร่วม และผนวกทีมกับการขับเคลื่อน FCT หรือทีมหมอครอบครัว ค่อยๆ กระตุ้นส่งเสริมให้ชุมชนได้รู้จักปัญหาของตนเองและหันมาทำภารกิจร่วมกันด้วยความสัมพันธ์แบบแนวราบ มีการแบ่งงานตามบทบาทหน้าที่ ตามศักยภาพ และเน้นการปรึกษาหารือแบบง่าย เป็นกันเอง นำเสนอข้อมูลเชิงลึกของพื้นที่ผ่านเวทีชุมชน โดยคนในชุมชนร่วมรับรู้สถานการณ์ความเจ็บป่วยของ

สมาชิก ตลอดจนรับรู้สภาพปัญหาราย Case ผ่านการบอกเล่าของคนในพื้นที่ จนสามารถรับรู้ข้อมูลเชิงลึกและร่วมหาทางแก้ไขเพื่อชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมพบปะผู้ป่วยถูกนำเข้าเวทีการประชุมใหญ่เพื่อพิจารณาการให้ความช่วยเหลือผ่านการหารือของคณะทำงานในชุมชน และเรียงลำดับความจำเป็นเร่งด่วน มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่เกิดในชุมชนด้วยระบบ Line application ผ่านมือถือ ซึ่งเป็นระบบที่เข้าถึงเครือข่ายสุขภาพทุกคน มีการใช้ในการนัดประชุม นัดเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ที่เมื่อถึงวันที่นัดทุกคนจะมารวมตัวกันโดยรู้บทบาทหน้าที่ตนเอง ทั้งยังมีทีมช่างอาสาซึ่งรวมเหล่าช่างฝีมือในชุมชนร่วมดำเนินการตามความถนัดและตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายคนละไม้คนละมือ เช่น แม่บ้านปิดกวาดภายในบ้าน ชูรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) ปรับสภาพแวดล้อมรอบบ้าน

ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนจะได้รับการแก้ไขผ่านการประชุมของคณะทำงาน DHS ตำบล เพื่อให้ทุกคนร่วมวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาแบบยั่งยืน ตั้งแต่ ปี 2557 ถึง ปี 2558 คณะทำงานได้จัดอบรม DHS ระดับอำเภอให้ทีมตำบลอบรมทีมผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และสอนแนวคิดการขับเคลื่อนด้วย UCCARE ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าใจว่าคืออะไร จะดำเนินการขับเคลื่อนอย่างไร ทั้งยังส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่แก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขตามบริบทชุมชน โดยใช้ประเด็นการดูแลผู้ป่วย

ติดเตียงเป็นเรื่องหลัก และอีกประเด็นปัญหาที่พื้นที่เลือก
ขึ้นมาเพื่อทดลองใช้แนวคิด UCCARE ให้คุ้นเคย ซึ่งถือได้
ว่าองค์การบริหารส่วนตำบลกาญจนาภิเษกเปรียบเสมือนบ้าน
เล็กในป่าใหญ่ ที่มีความพร้อมในการขับเคลื่อนและให้
การสนับสนุนให้เกิดกลไก DHS ในพื้นที่อย่างเต็มรูปแบบ

เปรียบเทียบการดำเนินงาน

ด้านการเริ่มต้นขับเคลื่อนดำเนินงานคนพิการ 6
พื้นที่ จำแนกลักษณะการเริ่มต้นได้ 2 ประการ

1) **อำเภอที่เริ่มต้นด้วยกระบวนการทำงานตาม
แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ** คือ อำเภอ
นาทวี จังหวัดสงขลา และอำเภอรามัน จังหวัดยะลา

2) **อำเภอที่มีทุนเดิมจากประสบการณ์การดำเนิน
งานในเรื่องคนพิการหรือผู้สูงอายุมาก่อนทั้งในระดับ
ตำบลและโรงพยาบาลชุมชน จนถูกยกระดับสู่งานระบบ
สุขภาพระดับอำเภอ** ได้แก่ อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง
อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา
อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส

เมื่อเข้าสู่กระบวนการทำงานร่วมกันจึงได้เรียนรู้
แนวคิด DHS จากมูลนิธิสุขภาพภาคใต้และทีมงานพัฒนา
กระบวนการ UCCARE เพื่อปรับใช้ในการดำเนินงานจริง
ต่อยอดการทำงานในพื้นที่และเลือกประเด็นหรือกลุ่ม
เป้าหมายที่จะดำเนินการ ในช่วงเริ่มต้นหลายแห่งเลือก
วิธีการดูงานเพื่อเรียนรู้ จากพื้นที่ที่ดำเนินงานได้ดีก่อน

แล้วนำมาต่อยอดการดำเนินงานในพื้นที่ของตน เช่น โรงพยาบาลตากใบมาดูงานโรงพยาบาลนาทวีในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและกลับไปสำรวจข้อมูลในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย **หลายแห่งพัฒนาระบบข้อมูลกลางในอำเภอเพื่อให้เกิดการประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และนำมาวิเคราะห์จัดทำยุทธศาสตร์และแผนงานรองรับ** ในส่วนของการจัดระบบบริการมีความครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟู และหลายแห่งมีการขยายกรอบในการดูแลไปครอบคลุมสิทธิด้านการแพทย์ สังคม การศึกษา และอาชีพ

จุดเด่นของเครือข่าย DHS จะพบว่ามีการทำงานเป็นทีม ประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนท้องที่ ชุมชน จิตอาสา ทั้งในพื้นที่ และนอกพื้นที่ เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพดำเนินการร่วมกัน มีการวางยุทธศาสตร์ร่วมระดับอำเภอในลักษณะชุมชน ช่วยดูแลกันและกัน ทำงานในลักษณะเชื่อมโยงส่งต่อ โดยเฉพาะส่วนของระบบบริการสุขภาพ อาศัยระบบข้อมูลกลางให้เกิดการทำงานร่วมกันและมีการพัฒนาศักยภาพทีมงาน และอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง หลายแห่งมีการทำงานเชิงรุกเพื่อการฟื้นฟูและป้องกันความพิการ โดยโรงพยาบาลอำเภอทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน รวมไปถึงญาติ และแทบทุกที่ผลักดันให้มีชมรมคนพิการเพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทางสังคม

อำเภอนาทวี มียุทธศาสตร์ระดับอำเภอ “**คนนาทวีไม่ทอดทิ้งกัน**” มีระบบข้อมูลกลางเพื่อบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้ความสำคัญกับการดูแลคนพิการครอบคลุมสิทธิขั้นพื้นฐาน ทั้งทางด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม จัดตั้งชมรมคนพิการ “**ชมรมคนนาทวีไม่ทอดทิ้งกัน**” มีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรม ทำงานเชิงรุก ป้องกันความพิการ จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการระดับชุมชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อำเภอปะเหลียน ใช้แนวคิด “**ชุมชนดูแลคนพิการ**” เริ่มด้วยการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในพื้นที่นำร่องระดับตำบล จัดตั้ง “**ชมรมทวีพลังคนพิการ**” ต่อมาพัฒนาเป็น “**อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดูแลคนพิการ**” (อพมก.) และกลายเป็น “**ศูนย์เรียนรู้คนพิการตำบลปะเหลียน**” อบรมให้ความรู้คนพิการและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ สิทธิขั้นพื้นฐานของคนพิการทุกประเภท และยกระดับเชิงนโยบายไปสู่สมัชชาสุขภาพจังหวัดประเด็นคุณภาพชีวิตคนพิการ ดูแลคนพิการครอบคลุมประเด็นปัญหาทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา สังคมและอาชีพ มีการจัดการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไปเพื่อเป็นกลไกสนับสนุนระดับชุมชน

อำเภอบางกล่ำ มีการประกาศเป็นวาระอำเภอ เชื่อมโยงงานคนพิการและผู้สูงอายุไปด้วยกัน อาศัยงานศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลบางกล่ำเป็นเครือข่ายโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการ

ฟื้นฟูที่ รพ.บางกล้า มีการพัฒนาเป็นอำเภอนำร่องในการดำเนินงานดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สํารวจกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการใหม่ทั้งหมดครอบคลุมทั้งอำเภอ แยกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มเข้าสังคมได้ กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง มีทีมหมอครอบครัวทั้งระดับชุมชน ตำบล และอำเภอ

อำเภอป่าบอน การจัดบริการคนพิการแบบ One Stop Service มีการประสานงานเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ มาช่วยเหลือคนพิการ มีการประเมินสภาพและให้การพยาบาลตามแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน (INHOMESSS) และแบบฟอร์มการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักกายภาพบำบัดทำการฟื้นฟูกายภาพบำบัด ทีมพยาบาล ให้ความรู้ให้ฝึกปฏิบัติจนมีความชำนาญ เกสซ์กรดูเรื่อง ยาต่างๆ ทันตแพทย์สอนการทำความสะอาดช่องปาก แพทย์แผนไทยแนะนำเรื่องการนวด แขน ขา นักโภชนาการ สอนการเตรียมอาหารให้ทางสายยาง ส่วนพยาบาลสุขภาพจิตได้ประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้า มีการ Conference case กันโดยทีมหมอครอบครัว โดยมีการขับเคลื่อนการช่วยเหลือด้วยหลักการ UCCARE

อำเภอตากใบ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ One Stop Service สร้างความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองและญาติ จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูฯ จัดกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กพิการประเภทต่างๆ เช่น เด็กออทิสติก (Au-

tistic) เด็กปัญญาอ่อน (Down syndrome) เด็กบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disability - LD) เด็กสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) เด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy - CP) และเด็กพิการซ้ำซ้อน ปรับบ้านเป็นโรงเรียน ปรับพ่อแม่เป็นครู จัดทำโครงการฝึกอบรมทักษะคนตาบอดด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวกว (Orientation & Mobility) มีระบบการจัดบริการที่ครอบคลุมความพิการทั้ง 7 ประเภท

อำเภอรามัน เลือกประเด็นการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ชักชวนภาคีเครือข่าย มีความเป็นทีม โดยมีนายอำเภอรามันเป็นประธานร่วมกับหัวหน้าส่วนราชการ อปท. อบต. กำหนดผู้ใหญ่บ้านในแต่ละพื้นที่ แก้ไขปัญหาสาธารณสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ไปด้วยกันบนฐานคิด **“การดูแลคนในพื้นที่โดยคนในพื้นที่เอง”** มีการสำรวจข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นอนติดเตียง และนำเสนอข้อมูลเชิงลึกของพื้นที่ผ่านเวทีของชุมชนพร้อมหาทางแก้ไข โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันขับเคลื่อนดูแลผู้ป่วย มีการพัฒนาระบบการสื่อสารด้วยการสร้างกลุ่ม Line Application ขยายผลการดำเนินงานลงไปในพื้นที่ระดับตำบล

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากกระบวนการการดำเนินงานคนพิการทั้ง 6 พื้นที่
สรุปปัจจัยความสำเร็จได้ดังนี้

1.การทำงานเป็นทีม (Unity district health team) สร้างทีม
ให้มีความเข้มแข็ง โดยดึงคนที่เห็นด้วยมาก่อน และเลือกคน
ที่มีจิตอาสาและจิตบริการสาธารณะมาร่วมทำงานด้วยกัน
พร้อมกับขยายความคิด ขยายภาพสุขภาวะที่อยากให้เกิด
เพื่อให้เกิดทัศนคติการทำงานกับคนพิการที่ต่างไปจาก
เดิม มองมิติสุขภาพในมุมที่เปิดกว้าง ให้ทีมได้รู้ว่าสิ่งที่ทำ
แม้เป็นเพียงกลุ่มคนเล็ก ๆ แต่ผลที่เกิดขึ้นยิ่งใหญ่
เพียงใด ซึ่งเป็นผลดีกว่าต่างคนต่างทำ ดึงภาคส่วนต่าง ๆ มา
ช่วยกันวางเป้าหมาย วางแผนพัฒนา และแก้ไขปัญหาใน
พื้นที่ให้เป็นหนึ่งเดียวกันโดยไม่แยกส่วนการพัฒนา ผู้บริหาร
เองควรสนับสนุนการทำกิจกรรมทุกรูปแบบ สนับสนุนงบประมาณ
อย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินผล โดยมีทีมงานที่เข้มแข็ง
โดยมีทีมงานที่เข้มแข็งสามารถจัดการและแก้ไขปัญหาอย่าง
ต่อเนื่องแบบ “กัดไม่ปล่อย”

2. ค้นหาเป้าหมายที่ชัดเจน (Customer focus) สืบค้น
ปัญหาสุขภาพของคนในพื้นที่ให้พบว่ามีปัญหาอะไร หาข้อมูล
พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางเพื่อการทำงานร่วมกัน วิเคราะห์
ให้รู้ที่มาของปัญหา กลุ่มเป้าหมายของปัญหา และผลกระทบ
ที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว

3. ภาครือข่ายความร่วมมือ (Community participation)

เนื่องจากปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้โดยลำพัง บุคคล หน่วยงาน องค์กร ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น วิชาการ ประชาสังคม ชุมชน เพื่อแบ่งเบาภารกิจ และให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการช่วยเหลือจากภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยทีมช่วยประสานงาน แบ่งบทบาทหน้าที่ ดึงภาคีที่เกี่ยวข้องมาร่วมเป็นคณะทำงานเพื่อรับรู้ปัญหาาร่วมกัน การรวมตัวกันของบุคคลเป็นเครือข่ายก่อให้เกิดพลังที่เข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และตรงเป้าหมาย โดยทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และทำให้ผู้มีส่วนร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้นตกลงยอมรับ ยินยอมปฏิบัติตามได้อย่างสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ รวมถึงการเพิ่มขีดความสามารถพัฒนาศักยภาพทีมงานและเครือข่ายจากการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละครั้งของเครือข่ายทำให้เกิดแนวคิดเพื่อพัฒนาและมองปัญหาแบบครอบคลุมมากขึ้นจนสามารถแก้ปัญหาที่ต้นเหตุที่แท้จริงได้

4. การชื่นชมในความสำเร็จ (Appreciation) การทำงานกับ

คน สิ่งหนึ่งขาดไม่ได้ คือ การชื่นชมในความสำเร็จร่วมกัน เพื่อให้ทั้งคู่ให้และผู้รับบริการมีความสุข มีความภาคภูมิใจ ยินดีไปด้วยกัน และช่วยให้เกิดความสนิทสนม เชื่อมความสัมพันธ์อันดีต่อกันอันเป็นผลลัพธ์ที่ประเมินค่ามิได้

5. การแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน (Resource sharing) ทั้งคน เงิน สิ่งของ แบ่งปัน ร่วมกันใช้ ร่วมกันพัฒนาเพื่อขับเคลื่อน การช่วยเหลือให้มีประสิทธิภาพ แม้แต่การแนะนำองค์ความรู้ เองก็ช่วยให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการมีสุขภาพที่ดีในชุมชน

6. จัดการปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (Essential care) ใน แต่ละพื้นที่หรือชุมชนมีปัญหาที่แตกต่างกันตามบริบท ของพื้นที่ วิธีการแก้ไขก็อาจแตกต่างกันไปตามสภาพความ พร้อมของพื้นที่ เมื่อได้ศึกษาวิเคราะห์จนเข้าใจดีแล้วต้องคืน ข้อมูลให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบปัญหาในชุมชนของ ตนเอง และเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่ชุมชนกำลัง เผชิญ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความร่วมมือในการจัดการ ปัญหาสุขภาพของชุมชน และพร้อมที่จะพัฒนาสู่อำเภอ สุขภาวะในอนาคตจากความร่วมมือทุกภาคส่วน การคืน ข้อมูลให้ชุมชนทำให้ชุมชนเห็นปัญหาและมีส่วนร่วมใน การป้องกันและแก้ไขปัญหามากขึ้น และการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายจะยั่งยืนหากเครือข่ายสามารถทำให้กิจกรรม ต่างๆ กลายเป็นวิถีของชุมชน รวมถึงรูปแบบการจ้ดบริการ ที่เหมาะสมกับบริบทคนพิการ โดยใช้กลยุทธ์ เข้าถึง เข้าใจ และพัฒนา ส่งผลให้การดำเนินงานครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย อย่างสอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการ

ข้อเสนอเพื่องานคนพิการ

1. **ผู้บริหารควรให้ความสำคัญต่องานคนพิการ** มีความเข้าใจงานการดูแลคนพิการ โดยเน้นที่ทัศนคติที่มีต่อคนพิการและระบบสุขภาพที่มากกว่าระบบสาธารณสุข และใช้ปัญหาหรือศักยภาพของพื้นที่ซึ่งมีความหลากหลายตามบริบทมากกว่าวิธีการเชิงนโยบายที่มีลักษณะ “สำเร็จรูป” ทำเหมือนกันทั่วไป

2. **การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพื่อไม่ให้เกิดความพิการ** ให้นักกายภาพหรือพยาบาลหรือจิตอาสา มีความเข้าใจต่อการบริการดูแลสุขภาพที่มากกว่างานฟื้นฟู

3. **สร้างความรู้สู่สาธารณะ** โดยเฉพาะการดูแลคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมเด็กออทิสติก (Autistic) เด็กปัญญาอ่อน (Down syndrome) เด็กบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disability - LD) เด็กสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) เด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy - CP) และเด็กพิการซ้ำซ้อน และการป้องกันความพิการรายใหม่ที่เกิดจากโรคเรื้อรัง ซึ่งความรู้ดังกล่าวยังอยู่ในแวดวงวิชาชีพ ยังไม่เป็นที่รู้สู่สาธารณะ

4. **เพิ่มบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง** ให้ครอบคลุมกับความพิการทุกประเภท และกระจายบุคลากรให้มีความสมดุลของความต้องการ

5. **การพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับคนพิการ** สามารถเรียนรู้ได้จากการศึกษาพื้นที่ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จเพื่อปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

การดูแลคนพิการโดยระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นระบบการทำงานมิติใหม่ที่แตกต่างกันเดิม ทั้งด้าน กระบวนการทัศน์ต่อคนพิการและการทำงานในรูปแบบที่ก้าวข้าม กรอบการทำงานสาธารณสุขรูปแบบเดิม ซึ่งเน้นการคิดและ สั่งการจากนโยบาย แต่การดูแลคนพิการโดยเครือข่ายระบบ สุขภาพระดับอำเภอนั้นจะเน้นการใช้พื้นที่เป็นฐาน โดยมี เป้าหมายและวิธีการทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จน สามารถทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้และตระหนักถึงสุขภาพ ของตนเอง เกิดเครือข่ายการร่วมสร้างสุขภาพะในระดั บอำเภอให้ดีขึ้น มีความสมดุลงมากขึ้น และด้านทิศทางการ ทำงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในลักษณะลงไปขอมี ส่วนร่วม มีความเป็น “หุ้นส่วน” มากกว่าเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขลงไปทำให้

บทเรียนจาก 6 พื้นที่ตัวอย่างนี้ คงช่วยให้ทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักรู้ เข้าใจ เข้าถึง และร่วมกันดูแล คนพิการได้ดีขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้มีใช้เพื่อหวังสิ่งใด แต่เพื่อตอ บสนองต่อปัญหาสุขภาพะในสภาวะที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด เวลาในชุมชนนั่นเอง

“...คนพิการสามารถทำอะไรได้มากกว่าที่ฉันคิด เพียงแค่เราให้ออกาส...”

สมจิต พรหมจันทร์

รพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี



บทเรียนการนำแนวคิดทฤษฎี DHS ลงสู่การปฏิบัติ
ที่สกัดจากประสบการณ์การทำงานจริงในพื้นที่
ผสมผสานด้วยหลักคิด อุดมการณ์ และแรงบันดาลใจ
ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอเชิงประเด็น



Copyright © 2014 DSDC