

การดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว ในแขวงเสมดำ
เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร
A study of family-based care for people with
severe disabilities in Samae Dam Subdistrict
Bang Khun Thian District Bangkok

Received 16 June 2024

Revised 18 July 2024

Accepted 23 July 2024

ธัญญลักษณ์ รุ่งแสงจันทร์¹

Tunyalak Roongsangjun²

สุวิชา เป้าอารีย์³

Suvicha Pouaree⁴

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแล แนวทางการดูแล และสร้างตัวแบบการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว โดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกคนพิการ 6 คน ครอบครัวที่ดูแลคนพิการ 6 คน ที่อยู่ในแขวงเสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร และนักวิชาการด้านคนพิการผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการจากหน่วยงานของรัฐ และผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการจากหน่วยงานของเอกชนหรือภาคประชาสังคม 6 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทำการจัดหมวดหมู่ข้อมูล ตามด้วยการตีความ และการสร้างข้อสรุปอุปนัย ผลการศึกษาพบว่า คนพิการรุนแรงทุกคนอยู่ในการดูแลโดยคนในครอบครัว แนวทางส่งผลให้เกิดตัวแบบการดูแลคนพิการที่มีความพิการ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย
E-mail: r.tunyaluk@gmail.com

² Assistant Professor, Lecturer of Faculty of Social Administration, Thammasat University, Bangkok, Thailand.

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., อาจารย์ประจำคณะพัฒนาสังคมและยุทธศาสตร์การบริหาร สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย E-mail: pouaree@yahoo.com.au

⁴ Assistant Professor Dr., Lecturer of Faculty of Social Development and Management Strategy, National Institute of Development Administration, Bangkok, Thailand.

รุนแรงดังนี้ การดูแลคนพิการรุนแรงต้องดูแลแบบองค์รวมใน 5 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์จิตใจ 3) ด้านจิตวิญญาณ 4) ด้านสังคม และ 5) ด้านสิทธิสวัสดิการ ซึ่งประกอบไปด้วย (1) ความรู้ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน อาหาร ยา กายภาพบำบัด และการสื่อสาร (2) อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ ได้แก่ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ วีลแชร์ ไม้เท้าคนพิการ เครื่องดูดเสมหะ และอุปกรณ์ทำแผล (3) ผู้ช่วยเหลือ ได้แก่ Personal Assistant อาสาสมัคร สาธารณสุข ครอบครัวอุปถัมภ์ (4) เงิน ได้แก่ เงินคนพิการ เงินกู้ยืม และการลดหย่อนภาษี (5) กลุ่มทางสังคม ได้แก่ กลุ่มธรรมชาติ ชุมชน สมาคม และมูลนิธิ (6) ชุมชน ได้แก่ ท่าทีของคนในชุมชน การช่วยเหลือในการอุ้มยก เคลื่อนย้าย การจ้างงาน และการแผ้วถางเตียงจากชุมชน ส่วนข้อเสนอแนะควรมีการศึกษาการนำตัวแบบการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัวไปใช้กับจังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทย หรือประเทศในภูมิภาคเอเชียที่มีลักษณะเป็นเมืองเศรษฐกิจอื่นๆ ที่ลักษณะการดำเนินชีวิตในรูปแบบเดียวกับกรุงเทพมหานคร

คำสำคัญ: คนพิการรุนแรง, การดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว, ผู้ดูแลคนพิการ

Abstract

The objective of this research is to study the caring situation, and guidelines, and create a model for caring for disabled people with severe disability. The data were collected through in-depth interviews with 6 disabled people and 6 family caregivers of disabled people in the Samae Dam subdistrict, Bang Khun Thian district, Bangkok, and 6 disabled academicians, disabled experts from government agencies and 6 experts on disabled people working in the private sector or civil society sector. The collected data were analyzed by conducting typological analysis followed by

interpretation and analytic production. The result of this study shows that disabled people within the guidelines for taking care of severely disabled people require holistic care in 5 areas as follows: 1) Physical aspect, 2) Emotional aspect, 3) Spilite aspect, 4) Social aspect and, 5) Welfare rights. (1) Knowledge is daily routine caring including food, medicine, physical therapy, and communication. (2) Required accessories for disabled people are adult diapers, a wheelchair, a cane for disabled people, suction, and first aid kits. (3) Helper including personal assistant, public health volunteer, foster family, foster home, etc. (4) Money including disability allowance, loans, and tax deductions, etc. (5) Social Group, namely, nature groups, clubs, associations, and foundations, etc. (6) Community including people in the community attitude, assistance in carrying and moving, employment, and monitoring and warning. The suggestion and recommendation in this study are to implement a prototype (model) studying caring disability people with severe disability through family prototypes in other provinces in Thailand or countries in the Asia region which have similar economic, and lifestyle models as Bangkok City.

Keywords: Severe disability, Caring for disabled people with severe disability, Caregiver

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

คนพิการคือบุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ที่มีความบกพร่องทางร่างกาย พฤติกรรม

อารมณ์จิตใจ หรือสติปัญญาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่านั้น (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2566) แบ่งประเภทความพิการ 7 ประเภท ได้แก่ 1) คนพิการทางการเห็น 2) คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย 3) คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย 4) คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5) คนพิการทางสติปัญญา 6) คนพิการทางการเรียนรู้ และ 7) คนพิการออทิสติก (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2564) การดูแลคนพิการมีหลักและวิธีการดูแล 2 รูปแบบ คือ รูปแบบการคุ้มครองเชิงสถาบัน (Institutionalization) เป็นการดูแลโดยหน่วยงานของรัฐ และ 2) รูปแบบการคุ้มครองแบบนอกสถาบัน (Deinstitutionalization) เป็นการดูแลคนพิการโดยหน่วยงานที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ ได้แก่ 1) รูปแบบดูแลคนพิการโดยครอบครัวเป็นฐาน (Families-based Model) 2) รูปแบบการดูแลคนพิการบริการโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based Model) 3) รูปแบบบริการแบบถ่ายโอนภารกิจให้ท้องถิ่น (Local Administration-based Model) และ 4) รูปแบบบริการแบบหุ้นส่วน (Partnership - Based Model) (ธัญญลักษณ์ รุ่งแสงจันทร์, 2563)

ประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งประเทศที่มีคนพิการจำนวนมาก กล่าวคือ จากสถิติภาพรวมตามข้อมูลสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2566) ระบุว่า จำนวนคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว ใน พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีคนพิการ จำนวน 2,167,745 คน และจากการสำรวจของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2565) พบว่า ใน พ.ศ.2565 กรุงเทพมหานครมีคนพิการ 98,756 คน โดยการดำเนินชีวิตของคนที่ย้ายอยู่ในกรุงเทพมหานครมีความเคร่งเครียด ร่งรีบ ค่าครองชีพสูง และคนส่วนใหญ่ต้องทำงาน มีเวลาในการดูแลคนพิการน้อย ชุมชนเป็นชุมชนเมืองที่มีความเป็นอยู่แบบต่างคนต่างอยู่ ดังนั้นการดูแลคนพิการจึงทำได้ยาก และส่งผลต่อการดูแลคนพิการของครอบครัว โดยข้อมูลจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2566) ระบุว่า ใน กรุงเทพมหานครพื้นที่ที่มีคนพิการมากที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ลำดับแรก แขวง

แสมดำ เขตบางขุนเทียน จำนวน 2,846 คน มากเป็นลำดับที่สอง คือ แขวงดินแดง เขตดินแดง จำนวน 2,279 คน และลำดับที่สาม คือ แขวงหนองค้างพลู เขตหนองแขม จำนวน 1,673 คน (สำนักบริหารการทะเบียน, 2565)

โดยคนพิการในแขวงแสมดำที่มีความพิการรุนแรงจะเป็นคนพิการที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ได้แก่ คนพิการที่เกิดจากการบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) ส่งผลให้เกิดความยากลำบากต่อการเคลื่อนไหว และเกิดข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยคนพิการที่มีความพิการรุนแรง หรือมีสภาพความพิการมากจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง เช่น ลูกนั่งไม่ได้ นิ่งทรงตัวไม่ได้ กินข้าว อาบน้ำด้วยตนเองไม่ได้ เป็นต้น จำเป็นต้องมีผู้ดูแล โดยอยู่ในการดูแลของครอบครัว ซึ่งครอบครัวที่ดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงมีบทบาท ดังนี้ 1) ช่วยเหลือ ดูแล กระตุ้น ให้คนพิการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันให้มากที่สุด 2) ช่วยป้องกัน หรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความพิการที่อาจเกิดขึ้น 3) ให้กำลังใจ ให้แง่คิด ให้คำแนะนำที่ดีแก่คนพิการให้ก้าวข้ามผ่านอุปสรรค และ 4) ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับคนพิการในด้านต่างๆ ทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ เพื่อให้คนพิการได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (องค์การบริการส่วนตำบลคลองแดน, 2563) การดูแลคนพิการต้องมีลักษณะเป็นองค์รวม ผสมผสาน ครอบคลุมทุกมิติการดูแล ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการฟื้นฟู (รัชนิ สรรเสริญ และคณะ, 2556)

แขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียนกรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ในเขตเมืองหลวงที่มีอัตลักษณ์วิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีความเร่งรีบ ความเครียด ต่างคนต่างอยู่ ค่าครองชีพที่สูง โดยความพิการรุนแรงคนพิการมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยถึงน้อย ต้องมีผู้ดูแลและการดูแลยุ่งยากและมีความซับซ้อน หากมีการศึกษาให้ได้ทราบว่าครอบครัวที่ดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงมีการดูแลอย่างไร มีแนวทางการดูแลอย่างไร และมีตัวแบบการดูแลคน

พิการที่มีความพิการรุนแรงที่มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม และจะทำให้สามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลจะทำให้การดูแลมีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น คนพิการและครอบครัวจะเกิดความเข้มแข็ง พึ่งตนเองในการดูแลคนพิการ ลดการพึ่งพิงรัฐ ลดงบประมาณ คนพิการได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ดี มีความสุขกาย สุขใจ และยังสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาไปผลักดันให้เกิดนโยบาย กฎหมาย หรือมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงโดยครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัวที่อยู่ในแขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร
- 2) เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัวที่อยู่ในแขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร
- 3) เพื่อสร้างตัวแบบการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว

นิยามศัพท์

คนพิการรุนแรง หมายถึง คนที่มีความพิการรุนแรง หรือมีสภาพความพิการมากจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง เช่น ลูกนั่งไม่ได้ นิ่งทรงตัวไม่ได้ กินข้าว อาบน้ำด้วยตนเองไม่ได้ เป็นต้น จำเป็นต้องมีผู้ให้การช่วยเหลือ มีสิทธิที่จะยื่นเรื่องขอใช้บริการผู้ช่วยคนพิการ (Personal Assistant: PA) ที่มีการจดทะเบียนคนพิการ อาศัยอยู่ในความดูแลของครอบครัว 3 ปีขึ้นไป ในแขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร

การดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว หมายถึง การดูแลทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสิทธิสวัสดิการต่างๆ โดยครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือทางกฎหมาย ได้แก่ คู่สมรสทั้งจดทะเบียนและไม่ได้จดทะเบียน สมรส บิดามารดา บิดามารดาบุญธรรม บุตรบุญธรรม และญาติพี่น้อง เป็นต้น

อาศัยอยู่และความดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงมาแล้ว 3 ปีขึ้นไป ใน
แขวงสามตำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร

ตัวแบบการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว หมายถึง แนวทางใน
การดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงโดยครอบครัวในด้านร่างกาย ด้าน
อารมณ์จิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านสิทธิสวัสดิการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)
โดยการเก็บข้อมูลทั้งปฐมภูมิ (Primary Data) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก
(In-Depth Interview) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) โดยใช้การศึกษา
จากเอกสาร (Documentary Research) ได้แก่ ศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ จากเอกสารทางวิชาการ วารสาร หนังสือ รายงานวิจัย
และการสืบค้นข้อมูลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต นโยบาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
เอกสารเผยแพร่ ตลอดจนข้อมูลและสถิติ เพื่อให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มี
ความครอบคลุมรอบด้าน โดยมีวิธีวิจัย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาการดูแลและแนวทางในการดูแลคนพิการที่มีความ
พิการรุนแรงโดยครอบครัว โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับ
คนพิการที่มีความพิการรุนแรง ครอบครัวที่ดูแลคนพิการรุนแรง และนักวิชาการ
หรือผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการ

ระยะที่ 2 นำผลที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหา
(Content Analysis) ทำการจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Typological Analysis) ตาม
ด้วยการตีความ (Interpretation) และการสร้างข้อสรุปอุปนัย (Analytic
Induction) เพื่อสร้างตัวแบบการดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงโดย
ครอบครัว

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก มีผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

1) คนพิการรุนแรงที่อยู่ในการดูแลของครอบครัว จำนวน 6 คน ที่มีคุณสมบัติเป็นคนพิการที่มีความพิการรุนแรงที่อยู่ในการดูแลของครอบครัวอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในแขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

2) ผู้ดูแลคนพิการรุนแรง จำนวน 6 คน ที่มีคุณสมบัติเป็นครอบครัวที่ดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในแขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

3) นักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการ จำนวน 6 คน ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

- นักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญ มีผลงานการเรียนการสอน การค้นคว้าหรือศึกษาวิจัย หรือเขียนตำราวิชาการ ที่เกี่ยวกับคนพิการมาเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน

- ผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานรัฐที่มีประสบการณ์ในการทำงาน หรือการกำหนดแนวทงนโยบาย แผนงาน กฎหมาย ที่เกี่ยวกับคนพิการ มาเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน

- ผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานเอกชน หรือภาคประชาสังคมที่มีการทำงานให้บริการ หรือผลักดันนโยบาย แผนงาน กฎหมาย ที่เกี่ยวข้องกัคนพิการมาเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) จัดทำกรอบ และแผนการดำเนินการกำหนดการพัฒนาการดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงโดยครอบครัวในแขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร

2) ศึกษา รวบรวมข้อมูล สถานการณ์ด้านการพัฒนาการดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงโดยครอบครัวในประเทศไทยและต่างประเทศ

3) ดำเนินการขออนุญาตทำวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ (รหัสเลขโครงการวิจัย เลขที่ ECNIDA 2024/0048)

4) วางแผนการลงพื้นที่ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัวในแขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก คนพิการที่มีความพิการรุนแรง จำนวน 6 คน 1 ครั้ง ผู้ดูแลคนพิการรุนแรง จำนวน 6 คน 1 ครั้ง และนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการ จำนวน 6 คน 1 ครั้ง

5) ผู้วิจัยปรึกษาประสานงานกับชุมชน เพื่อลงพื้นที่ตามวัน เวลา ที่กำหนด หากพื้นที่ใดไม่สะดวก ผู้วิจัยจะปรับวัน เวลา ให้สอดคล้องกับพื้นที่

6) ลงเก็บข้อมูลพื้นที่หลังได้รับอนุมัติการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยแนะนำตัวว่าเป็นนักศึกษาปริญญาเอกกำลังศึกษาการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว และเมื่อได้ข้อมูลแล้วจะทำการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์แนวทางการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัวในแขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียนกรุงเทพมหานคร ในประเทศและต่างประเทศเชิงเปรียบเทียบ

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์พร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะทำความเข้าใจกับเนื้อหาของข้อมูลที่ได้รับ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ไปด้วย หากยังไม่เกิดความกระจ่างจะทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบถ้วน และส่วนที่ 2 การ

วิเคราะห์หลังเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเสร็จสิ้น จะดำเนินการวิเคราะห์อีกครั้ง มีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพิ่มเติม ทำการจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Typological Analysis) ตามด้วยการตีความ (Interpretation) และการสร้างข้อสรุปอุปนัย (Analytic Induction) (สิริศักดิ์ อาจริชัย, 2567, น. 19-22) โดยมีแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การจัดระเบียบข้อมูล (Data Organizing)

การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาจัดให้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะนำมาวิเคราะห์ได้สะดวก ทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้แล้วมาจัดระเบียบของข้อมูล โดยเริ่มจากการถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกจากการสังเกตมาพิมพ์ไว้ในรูปเอกสารแล้วบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ จากนั้นจะทำการอ่านและตรวจทานข้อมูลที่ได้จัดระเบียบแล้ว และทำการสรุปข้อมูลไว้เพื่อง่ายต่อการเรียกใช้ข้อมูล โดยการจัดระเบียบข้อมูลจะทำในเวลาไม่นานหลังจากการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง

2. การแสดงข้อมูล (Data Display)

หลังจากจัดระเบียบข้อมูลแล้ว จะทำการจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ตามเรื่องที่กำหนดไว้ในแนวคิดการวิจัย แล้วแสดงข้อมูลเป็นเรื่องๆ หรือประเด็น หากมีเรื่องหรือประเด็นใหม่ จะกำหนดหมวดหมู่ใหม่เพิ่มเติม หลังจากนั้นจึงนำมาเชื่อมและหาความสัมพันธ์ระหว่างเรื่องหรือประเด็น รวมทั้งพยายามรวมเป็นกลุ่มของประเด็นในการวิเคราะห์ ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มประเภทของข้อความที่มีความสัมพันธ์กันทางความหมายและมีความเชื่อมโยงของเนื้อหา

3. การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยจะตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อสรุปที่ได้ 3 ลักษณะ คือ 1) การตรวจสอบด้านข้อมูล เป็นการตรวจสอบข้อมูลชุดเดียวกันจากหลายแหล่งว่าข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่ หากเหมือน สอดคล้อง และเสริมกัน แสดงว่าข้อมูลนั้นถูกต้องและมีความกระจ่าง หากไม่ตรงกันจะทำการตรวจสอบหรือหาข้อมูลเพิ่มเติมจนกว่าจะเกิดความชัดเจนหรืออึดตัว 2) ตรวจสอบโดยใช้วิธีการเก็บ

ข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ การสังเกต การสนทนาตามธรรมชาติ การสัมภาษณ์เชิงลึก การค้นคว้าเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนำมาเปรียบเทียบกัน โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากวิธีการเก็บรวบรวมที่แตกต่างกัน และ 3) การตรวจสอบกับกลุ่มตัวอย่าง ตัวผู้วิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการ ให้ช่วยสะท้อนคิดเพื่อสรุปข้อค้นพบเกี่ยวกับข้อสรุปผลการศึกษา (สิริศักดิ์ อาจวิชัย, 2567, น. 19)

4. การสรุปข้อมูล การตีความและการยืนยัน (Conclusion, Interpretation and Verification)

หลังจากจัดทำการแสดงผลข้อมูลแล้ว จะนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาสังเคราะห์และอธิบายแต่ละประเด็น หาความเชื่อมโยงระหว่างประเด็น และเชื่อมโยงกับบริบท จากนั้นจะนำมาสรุปและตีความ โดยการวิเคราะห์หาข้อสรุปนี้จะใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม ในบทที่ 2 มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์เทียบเคียง และนำบริบทต่างๆ มาเชื่อมโยงในการอธิบายข้อค้นพบ แล้วจึงทำการหาข้อสรุปและอภิปรายผลการวิจัย จากนั้นจะนำเสนอเป็นรายงานเชิงพรรณนา (Description)

เครื่องมือในการวิจัย

- 1) ตัวผู้วิจัยที่ผ่านการศึกษาระเบียบวิธีวิจัยในระดับปริญญาเอก และมีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยด้านคนพิการมาแล้ว
- 2) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึก
- 3) เครื่องมือสำหรับจัดบันทึกข้อมูล คือ สมุดจดและปากกา เพื่อจัดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก คำพูด บรรยายภาค และพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลและช่วยในการถอดเทปให้สะดวกยิ่งขึ้น

ผลการศึกษา

ข้อค้นพบในการวิจัยเรื่อง การดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัวใน แขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร สามารถแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 บริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล สำคัญ ส่วนที่ 3 สภาพการณ์การดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว ส่วนที่ 4 แนวทางการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว และส่วนที่ 5 ตัวแบบการดูแล คนพิการโดยครอบครัว โดยสามส่วนหลังเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยแต่ละส่วนมีผลการศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 บริบทของพื้นที่

ในพื้นที่แขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร มีจำนวน ประชากร 122,925 คน ความหนาแน่นประชากร 3,416.96 คน/ ตร.กม. (สำนักบริหารการทะเบียน, 2565) เป็นแขวงที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดของ เขตบางขุนเทียน มีจำนวนคนพิการที่จดทะเบียนคนพิการมากที่สุดใน กรุงเทพมหานคร ข้อมูลจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2566) ระบุว่าแขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร มีจำนวนคน พิการเพศชาย จำนวน 1,470 คน เพศหญิง จำนวน 1,376 คน รวม 2,846 คน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วยบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มคนพิการ รุนแรงที่อยู่ในการดูแลของคนในครอบครัวมาแล้ว 3 ปีขึ้นไป มีปัญหาหรือ ข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ประกอบไปด้วยคนพิการที่มีลักษณะความพิการ รุนแรงที่นอนติดเตียง เดินไม่ได้ หรือบางคนเดินไม่ได้ แต่ลุกนั่งได้บ้าง โดยมี สาเหตุความพิการ ได้แก่ เส้นเลือดสมองตีบ เส้นเลือดสมองอุดตัน พิการทาง สมองและไขสันหลัง หกล้มกระดูกสะโพกหัก เส้นเลือดสมองแตก มีเลือดออกที่ ไตเยื่อหุ้มสมอง และ อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม จำนวน 6 คน 2) ผู้ดูแลคน พิการที่เป็นคนในครอบครัว จะทำหน้าที่ในการดูแลคนพิการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และสิทธิสวัสดิการต่อเนื่องมาเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน

และ 3) กลุ่มนักวิชาการที่มีผลงานการเรียนการสอน การค้นคว้าหรือศึกษาวิจัย หรือเขียนตำราวิชาการ ที่เกี่ยวกับคนพิการมาเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป และผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการ ที่ประกอบไปด้วยนักวิชาการที่มีองค์ความรู้ด้านคนพิการ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเอกชนหรือภาคประชาสังคมที่มีประสบการณ์ในการทำงาน หรือการกำหนดแนวทางนโยบาย แผนงาน กฎหมาย ที่เกี่ยวกับคนพิการ มาเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน

ส่วนที่ 3 สภาพการณ์การดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว

1) การดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงมี 4 รูปแบบ คือ

1.1 การดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงโดยรัฐ เป็นการดูแลตามแนวคิดการดูแลในสถาบัน (Institutional Care) มีรูปแบบการดูแล ขั้นตอน และกระบวนการที่ชัดเจน (ระพีพรรณ คำหอม และ ธัญญลักษณ์ รุ่งแสงจันทร์, 2562) จากการศึกษาพบว่าลักษณะการดูแลคนพิการโดยรัฐ มี 2 ลักษณะ คือ 1) การดูแลในลักษณะของการสนับสนุนครอบครัว โดยเจ้าหน้าที่ที่ไปช่วยส่วนใหญ่จะสนับสนุนในเรื่องของข้าวของ อุปกรณ์ หรืออะไรที่เค้าจำเป็นจะได้รับ เช่น ผ้าอ้อม (แพมเพิร์ส) รถเข็น (วีลแชร์) ไม้เท้า วอคเกอร์ เครื่องช่วยฟัง ข้าวสาร และอาหารแห้ง เป็นต้น เพื่อช่วยลดภาระแก่ครอบครัวที่ดูแลคนพิการลดความหวาดหวั่น หรือความอ่อนล้าจากการดูแล ได้แก่การดูแลของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ผู้ช่วยคนพิการ (Personal Assistant: PA) และ 2) การดูแลในลักษณะของการให้บริการเต็มรูปแบบ เป็นการดูแลตลอดช่วงชีวิตของคนพิการ ได้แก่การดูแลของสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ (สถานสงเคราะห์คนพิการ) โดยดูแลของรัฐจะให้การดูแลใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ดำเนินการโดยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ 2) การดูแลด้านอารมณ์จิตใจ ดำเนินการโดยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และ 3) การดูแลด้านสิทธิสวัสดิการ

ดำเนินการโดยนักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ศูนย์สิทธิหรือศูนย์ประกันสุขภาพ

1.2 การดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงโดยชุมชน เป็นรูปแบบการดูแลคนพิการตามแนวคิดการดูแลนอกสถาบัน (Deinstitutional Care) โดยเน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-based Model) (ระพีพรรณ คำหอม และธัญญลักษณ์ รุ่งแสงจันทร์, 2562) จากการศึกษาพบว่า ชุมชนมี 2 ลักษณะ คือ 1) ชุมชนที่อยู่ด้วยกันมานาน คนในชุมชนจะรู้จักกัน การดูแลคนพิการโดยชุมชนจะมีการฝากดูแล หรือช่วยกันดูแลคนพิการได้ แต่ชุมชนมีบทบาทในการดูแลคนพิการและทำหน้าที่แทนครอบครัวเป็นครั้งคราว โดยจะทำในช่วงเวลาที่ประธาน กรรมการ และอาสาสมัครว่างเท่านั้น ทำให้การดูแลไม่ค่อยต่อเนื่อง และ 2) ชุมชนที่มีการอัตราการเข้าออกชุมชนตลอดเวลา คนในชุมชนจะไม่ค่อยรู้จักกัน และชุมชนที่เป็นบ้านจัดสรร คอนโดมิเนียม อพาร์ทเมนต์ แพลต และ หอพัก จะมีลักษณะต่างคนต่างอยู่ การดูแลคนพิการโดยชุมชนในลักษณะนี้จะไม่ดี และไม่สามารถขอความช่วยเหลือในการดูแลคนพิการได้เลย

1.3 การดูแลคนพิการโดยสถานดูแลเอกชน จากการศึกษาพบว่า การดูแลมี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบแรก การส่งคนดูแลมาดูแลคนพิการที่บ้านคนพิการ โดยมีการดูแลแบบ 24 ชั่วโมง และแบบไปกลับ และโดยครอบครัว และรูปแบบที่สอง การส่งคนพิการไปรับการดูแลที่สถานดูแลเอกชน โดยมีการดูแลแบบ 24 ชั่วโมง และแบบไป-กลับ ซึ่งการดูแลโดยสถานดูแลเอกชนจะมีค่าใช้จ่ายสูงตั้งแต่ 15,000- 50,000 บาท แตกต่างกันไปตามลักษณะของห้องพัก เครื่องอำนวยความสะดวก เช่น พัดลม แอร์คอนดิชัน ตู้ โต๊ะ ฯลฯ และลักษณะความพิการ โดยคนพิการรุนแรงจะมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อย หรือไม่เลย บางคนต้องให้อาหารสายอาหาร เจาะคอ ใช้เครื่องออกซิเจน จะมีค่าใช้จ่ายในการรับบริการสูง

1.4 การดูแลคนพิการโดยครอบครัว เป็นการดูแลตามแนวคิดการดูแลนอกสถาบัน (Deinstitutional Care) ที่เรียกว่า การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นฐาน (Family-base Model) (ระพีพรรณ คำหอม และ ธัญญลักษณ์ รุ่งแสง

จันทร์, 2562) ที่สำคัญ จากการศึกษาพบว่า การดูแลโดยครอบครัวมี 3 ลักษณะ คือ 1) การดูแลโดยคนดูแลเพียงคนเดียวตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน 2) การดูแลโดยคนดูแลเพียงคนเดียวตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน แต่เมื่อต้องพาคนพิการไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลจะมีคนอื่นคนพาไป และ 3) การดูแลโดยมีคนดูแลหลายคนผลัดเปลี่ยนกันดูแล ซึ่งการดูแลลักษณะนี้เป็นการดูแลโดยคนใกล้ชิดกับคนพิการมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด มีความผูกพัน ความรัก และความใกล้ชิดกับคนพิการ การดูแลโดยบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา บุตร คู่สมรส พี่น้อง และญาติ เป็นต้น

2) แหล่งความรู้ในการดูแลคนพิการ

การดูแลคนพิการต้องกระทำโดยคนที่มีความรู้และมีทักษะเฉพาะ โดยแหล่งความรู้ในการดูแลคนพิการ ดังนี้

2.1 บุคลากรของโรงพยาบาลที่คนพิการรักษาพยาบาลอยู่ จากการศึกษาพบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความรู้หลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ จิตแพทย์พยาบาล นักกายภาพ นักอรรถบำบัด ธาราบำบัด อาชีวบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น โดยเป็นแหล่งความรู้ในการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และสิทธิสวัสดิการ

2.2 ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่คนพิการอาศัยอยู่ จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่ดูแลคนพิการหากต้องการรับบริการต้องไปติดต่อขอรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯจะทำการสัมภาษณ์ประวัติเพื่อพิจารณาปัญหาและความต้องการ หลังจากนั้นจะมีบุคลากรของศูนย์ฯ ให้ความรู้ และคำแนะนำต่างๆ และมีการลงเยี่ยมบ้านในบางรายที่มีการพิจารณาจากสหวิชาชีพแล้วมีความจำเป็นต้องเยี่ยมบ้าน โดยวิชาชีพที่เยี่ยมบ้านมีหลายวิชาชีพตามความปัญหา และความจำเป็นของคนพิการแต่ละราย เช่น พยาบาล นักกายภาพ และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2.3 อาสาสมัครในพื้นที่ที่คนพิการอาศัยอยู่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ของกรมอนามัย กรุงเทพมหานคร อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ

มนุษย์ (อพม.) และผู้ช่วยคนพิการ (PA) สังกัดกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งจะมีบทบาทการให้ความรู้เฉพาะสำหรับการดูแลคนพิการ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และสิทธิสวัสดิการ และการให้ความรู้ทั่วไปตามสถานการณ์ต่างๆ เช่น ให้ความรู้เรื่องลูกน้ำ ยุงลาย และการป้องกันโรคโควิด เป็นต้น

2.4 สมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน และชุมชน คือ คนในครอบครัวที่เป็นญาติ เพื่อนคนพิการ หรือเพื่อนสมาชิกในครอบครัวที่มีคนพิการ และเพื่อนบ้านที่อยู่ในชุมชนเดียวกันที่มีความรู้จักใกล้ชิดคนพิการหรือครอบครัวคนพิการ จากการศึกษพบว่า การให้ความรู้มี 2 ลักษณะ คือ 1) ความรู้จากประสบการณ์ตรง เช่น อาจเคยเป็นคนพิการ หรือเคยดูแลคนพิการมาก่อน 2) ความรู้ที่ได้รับรู้มาจากแหล่งอื่นๆ อีกที เช่น จากบอร์ดประชาสัมพันธ์ จากสื่อโซเชียลมีเดียฯ ฟังจากผู้นำชุมชน หรือบุคลากรทางการแพทย์มาอีกที ทั้งด้านการดูแลทางร่างกาย เช่น การพลิกตัว ทำกายภาพ อาหารที่มีประโยชน์ ยา ยาสมุนไพร และการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ด้านอารมณ์จิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การฝึกสมาธิ และด้านสิทธิสวัสดิการ เช่น เงินคนพิการ เงินกู้ยืม และการยกเว้นหรือลดหย่อนภาษี เป็นต้น

2.5 โซเชียลมีเดียฯ จากการศึกษพบว่า แหล่งความรู้ที่สำคัญ เข้าถึงง่าย และได้รับความนิยมมากในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เว็บไซต์ เพจ เฟสบุ๊ก แพลตฟอร์มต่างๆ ไลน์ และ TikTok เป็นต้น ที่มีการเผยแพร่ความรู้ แต่ต้องระมัดระวังอาจมีข้อมูลที่เป็นข่าวปลอม หรืออาจจะไม่ใช่ข่าวปลอมแต่อาจไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยของคนพิการ

2.6 สมาคม และชมรมคนพิการ การดูแลคนพิการจากกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ (Peer Group) เป็นกลุ่มที่เป็นกลุ่มจัดตั้งต่างๆ เช่น สมาคม ชมรมคนพิการ หรือผู้ปกครองคนพิการ เป็นต้น โดยจากการศึกษาพบว่า ให้ความรู้ 1) ด้านการดูแล การพลิกตัว ยกแบกอุ้ม เคลื่อนย้ายคนพิการ การทำกายภาพบำบัด การรับประทานยา อาหาร สมุนไพร การนวดแผนไทย แผนจีน

2) ด้านจิตใจ คือ มีการให้ความรู้ในการนั่งสมาธิ การควบคุมอารมณ์ การเข้าใจพฤติกรรม อารมณ์ และข้อจำกัดของคนพิการ ให้กำลังใจ ให้การปรึกษาด้านจิตใจคนพิการและคนดูแล และ 3) ด้านสิทธิสวัสดิการของคนพิการ ในลักษณะแบบเพื่อนช่วยเหลือ สื่อสารให้ความรู้กันทางโทรศัพท์ เพจ เฟสบุ๊ก และไลน์

3) ปัญหาการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว

จากการศึกษาพบปัญหาในการดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงโดยครอบครัว 5 ปัญหา ดังนี้

3.1 ปัญหาสภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว เพราะคนพิการไม่สามารถทำงานและมีรายได้ และการดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงจะมีค่าใช้จ่ายสูง

3.2 ปัญหาการดูแลด้านร่างกายคนพิการที่มีความพิการรุนแรง ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน อาหาร การรับประทานยา การทำกายภาพบำบัด และการทำแผล เป็นต้น

3.3 ปัญหาการดูแลด้านจิตใจคนพิการที่มีความพิการรุนแรง ได้แก่ การปรับตัว ความเครียด วิตกกังวล เคร้า รู้สึกเป็นภาระ ขาดความมั่นคงในจิตใจ เป็นต้น ซึ่งคนพิการจะสะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรมมีทั้งนั่งเงียบ และใช้ความรุนแรง เพราะคนพิการจะเกิดความรู้ที่ไม่ดี อับอาย เป็นภาระ ไม่สามารถเข้าสังคม และไม่สามารถทำกิจกรรมในชุมชนสังคมได้เหมือนเดิม (Knafl et al., 2012)

3.4 ปัญหาการดูแลด้านสวัสดิการคนพิการที่มีความพิการรุนแรง คนพิการและครอบครัวส่วนใหญ่เข้าถึงสิทธิคนพิการ สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคม แต่ยังพบว่ามีคนพิการบางรายไม่ทราบสิทธิ เข้าไม่ถึงสิทธิ

3.5 ปัญหาคนดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรง ได้แก่ การอ่อนล้าทางอารมณ์ (burnout) การดูแลที่ยาวนานแบบไม่มีญาติคนอื่นมาช่วยผลัดเปลี่ยน ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และซึมเศร้า อีกทั้งปัญหาที่

ญาติคนอื่นๆ ไม่เข้าใจการดูแลคนพิการของคนดูแล คนดูแลไม่เข้าใจหรือจดจำไม่ได้เมื่อได้เรียนรู้วิธีการดูแลคนพิการจากโรงพยาบาลแล้ว ทำไม่ถูก และขาดอุปกรณ์สิ่งของจำเป็น และปัญหาญาติต้องทำงาน ทำให้ไม่มีเวลาดูแลคนพิการ

ส่วนที่ 4 แนวทางการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว

1) การดูแลคนพิการด้านร่างกาย

การพัฒนาความรู้ในการจัดการตัวเองและทักษะวิธีการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง และเมื่อคนดูแลเจ็บป่วย ติดธุระหรือมีภารกิจจำเป็นที่ต้องทำ หรือต้องการพักผ่อน เพื่อลดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ความเครียด และความเบื่อหน่าย ต้องมีระบบคนดูแลคนพิการแทนชั่วคราว หรือมี “บ้านที่ดูแลคนพิการในภาวะวิกฤต” หรือ “บ้านฉุกเฉิน” ให้บริการดูแลที่ไม่ใช่สถานสงเคราะห์ที่ตั้งอยู่ในชุมชน ดังนั้นชุมชนจะต้องเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลโดยครอบครัว ในส่วนอุปกรณ์สิ่งของที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการดูแลคนพิการต้องมีการจัดสรรให้เพียงพอต่อความต้องการ นอกจากนี้ต้องมีระบบช่วยดูแลคนพิการที่ไม่มีญาติ หรือญาติไม่สามารถดูแลได้ ที่เรียกว่า “ครอบครัวอุปถัมภ์” หรือ “ครอบครัวบุญธรรม” สำหรับการดูแลต้องดูแลแบบไร้รอยต่อ คือ เป็นระบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ (สถานสงเคราะห์) มีขั้นตอนและคิวการรับบริการ มีการพัฒนาระบบการพบหมอออนไลน์ หรือที่เรียกว่า telemedicine และสุดท้ายคือ มีการประชาสัมพันธ์ให้รู้ว่ามีกลุ่มคนพิการที่เป็นกลุ่มที่จัดตั้งที่สามารถช่วยเหลือและสนับสนุนครอบครัวในการดูแลคนพิการ

2) การดูแลคนพิการด้านจิตใจ

การเรียนรู้ทักษะและวิธีการเตรียมความพร้อม และการรับมือกับเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายของคนพิการ โดยการพาคนพิการไปทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด เช่น การพาคนพิการไปท่องเที่ยว ไปไหว้พระ และร่วมกิจกรรมในวันสำคัญๆ เป็นต้น และมีการให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดพลังใจในการใช้ชีวิต มีการสื่อสารที่ดีกับคนพิการ มีการส่งเสริมออกกำลังกาย

ทำกายภาพ และดูแลตัวเอง ซึ่งจะช่วยผ่อนคลายความเครียดของคนพิการได้นอกจากนี้ท่าทีของคนในชุมชนที่มีต่อคนพิการและครอบครัวที่ไม่เข้าใจในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของคนพิการ เช่น ก้าวร้าว โวยวาย ส่งเสียงรบกวน เป็นต้น ครอบครัวที่ดูแลคนพิการต้องมีการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจว่าพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากความเจ็บป่วย และสุดท้ายคนดูแล ญาติ และเพื่อนต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่ดีและการรักษาความเป็นส่วนตัวของคนพิการ ซึ่งเป็นการให้เกียรติและส่งเสริมให้คนพิการเกิดความนับถือตนเอง (self esteem)

3) การดูแลคนพิการด้านสิทธิสวัสดิการ

การจัดการด้านสิทธิสวัสดิการแก่คนพิการมีดังนี้ 1) จ่ายเบี้ยคนพิการหรือเงินคนพิการต้องมีความเท่าเทียมและทั่วถึง 2) ปัจจัยสี่ และอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ผ้าอ้อม อุปกรณ์ วีลแชร์ ไม่เท่า เครื่องอุปโภคบริโภค ต้องได้รับโดยอัตโนมัติไม่ต้องร้องขอ 3) ทุนหรือเงินกู้ยืมแก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ ปรับปรุงบ้าน การประกอบอาชีพของคนพิการและคนดูแล มีการจัดสรรที่เป็นธรรม และเหมาะสมกับปัญหาและค่าครองชีพ 4) ประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงสิทธิสวัสดิการให้มากกว่านี้ทั้งทางสื่อทีวี วิทยุ โซเชียลมีเดีย 5) เจ้าหน้าที่ของรัฐดูแลในเขตพื้นที่บ้านของคนพิการ เข้าเยี่ยมเป็นประจำต่อเนื่อง มีการแนะนำ ส่งเรื่องไปรับบริการอื่นๆ ตามความจำเป็นและปัญหาคนพิการตามสิทธิสวัสดิการคนพิการ และ 6) การส่งเสริมพลังกลุ่ม สมาคม ชมรมคนพิการ เพื่อส่งเสริมการดูแลคนพิการที่ไม่ใช่รัฐ และมีความยืดหยุ่นมากกว่ารัฐ

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าคนพิการมีความต้องการเพิ่มอีก 2 ด้าน คือ 1) ด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการดูแลที่ครอบคลุมการดูแลไปถึงการค้นหาเป้าหมาย และตอบสนองความต้องการของคนพิการต่อสิ่งที่มีความหมายหรือมีความหมายในชีวิตของคนพิการ รวมถึงความปรารถนา ความเชื่อ ความรัก การให้อภัย และศาสนาพิธีกรรม และ 2) การดูแลด้านสังคมด้วย ได้แก่ ความต้องการการดูแลโดยส่งเสริมหรือนำพาให้ได้มีกิจกรรมพบปะพูดคุยกับญาติหรือเพื่อนๆ ของตน การทำกิจกรรมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม หรือการไป

ท่องเที่ยว ซึ่งในกรณีท่องเที่ยวอาจมีความยากลำบาก แต่สามารถเป็นการส่งเสริมแรงใจ และกำลังใจการดูแลและฟื้นฟูร่างกายของคนพิการได้

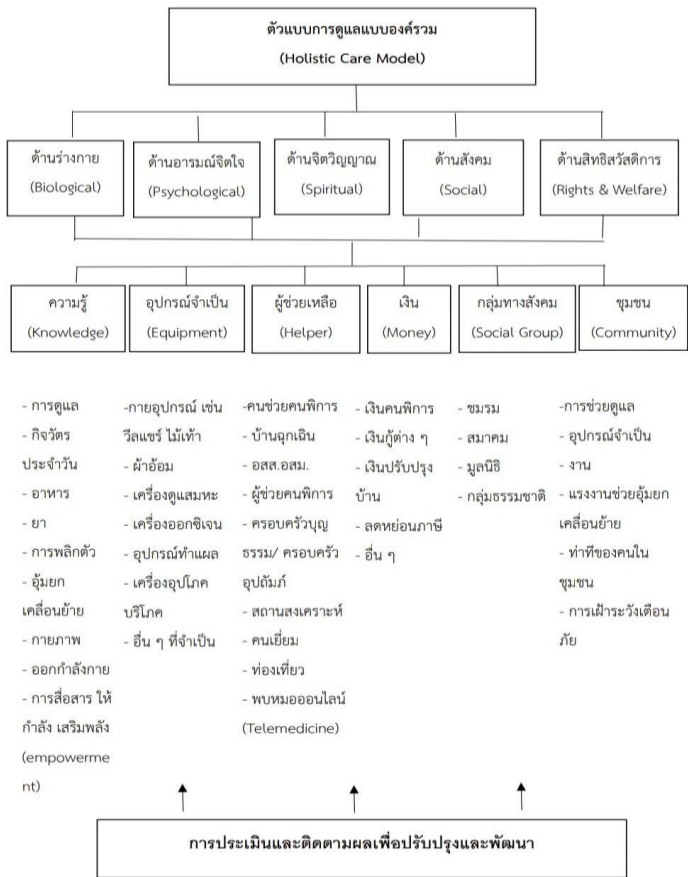
ส่วนที่ 5 ตัวแบบการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว

คนพิการที่มีความพิการรุนแรงจะมีความสามารถในการดูแลตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย จำเป็นต้องมีคนดูแล และการดูแลต้องได้รับการดูแลในทุกๆ ด้าน ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญทำให้ได้แนวทางในการดูแลที่เหมาะสมกับคนพิการรุนแรง และนำแนวทางดังกล่าวมาทำการวิเคราะห์ตีความ และตกผลึกองค์ความรู้จนทำให้เกิดตัวแบบในการดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรง โดยตัวแบบการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัวแบบองค์รวมมี 5 ด้าน คือ ด้านที่หนึ่ง ร่างกาย (Biological) ด้านที่สอง อารมณ์จิตใจ (Psychological) ด้านที่สาม จิตวิญญาณ (Spiritual) ด้านที่สี่ สังคม (Social) และด้านที่ห้า สิทธิสวัสดิการ (Rights & Welfare) โดยในทุกด้านนั้นจะมีองค์ประกอบในการดูแล 6 ประการ คือ 1) การให้ความรู้ (Knowledge) ให้แก่คนพิการและครอบครัวที่ดูแลคนพิการ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำแผล การรับประทานยา การพลิกตัว อัมยกลเคลื่อนย้ายคนพิการอย่างปลอดภัย การทำกายภาพ การฝึกทักษะการใช้ชีวิตในรถเข็น การใช้ไม้เท้า เครื่องอุปกรณ์ต่างๆ การออกกำลังกาย และการสื่อสาร ให้กำลังใจ และเสริมพลัง (Empowerment) 2) วัสดุอุปกรณ์ (Equipment) ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตของคนพิการ ได้แก่ เตียง รถเข็น วีลแชร์ ผ้าอ้อม ไม้เท้า เครื่องออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน อุปกรณ์ทำแผล และเครื่องอุปโภคบริโภค 3) ผู้ช่วยเหลือ (Helper) คนพิการ ได้แก่ คนช่วยดูแลในเวลาที่ครอบครัวที่ดูแลคนพิการต้องการพักผ่อน ตัดธุระ หรือเจ็บป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ผู้ช่วยคนพิการ (Personal Assistant: PA) บ้านฉุกเฉินหรือบ้านในภาวะวิกฤตที่ช่วยดูแลคนพิการเมื่อครอบครัวที่ดูแลคนพิการเจ็บป่วย หรือเสียชีวิตกระทันหัน บ้านพิทักษ์ ครอบครัวอุปถัมภ์ ครอบครัวบุญธรรม การมีคนมาเยี่ยมเยียน การพาไปท่องเที่ยว และการพบหมอออนไลน์ (Telemedicine) 4) เงิน (Money) ช่วยเหลือสำหรับคนพิการและ

ครอบครัวที่ดูแลคนพิการ ได้แก่ เงินคนพิการ เงินกู้ประกอบอาชีพ ปรับปรุงบ้าน และการลดหย่อนภาษี 5) กลุ่มทางสังคม (Social Group) ในการช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวที่ดูแลคนพิการ ได้แก่ ชมรม สมาคม มูลนิธิ และกลุ่มธรรมชาติ 6) ชุมชน (Community) ได้แก่ การดูแล อุปกรณ์ การมีงานทำ แรงงานช่วยยกแบกหาม ทำทึคนในชุมชน ดูแลเมื่อยามติดธุระ และเฝ้าระวังเตือนภัย เป็นต้น ดังแสดงตามภาพที่ 1

ภาพที่ 1

ตัวแบบ (โมเดล) ในการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว



อภิปรายผล

สภาพการณ์การดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว

จากการศึกษาสภาพการณ์การดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัวพบว่า การดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัวมี 4 ประเภท คือ 1) การดูแลคนพิการรุนแรงโดยรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ผู้ช่วยคนพิการ (Personal Assistant: PA) และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ (สถานสงเคราะห์คนพิการ) เป็นต้น เพราะความพิการมีสาเหตุการเจ็บป่วย เช่น เส้นเลือดสมองแตก เส้นเลือดสมองตีบ เส้นเลือดสมองอุดตัน และอุบัติเหตุทิ่มแทง หรืออุบัติเหตุจากรถ จึงต้องมีการพาคนพิการไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาทางด้านร่างกาย และจิตใจ เมื่อแพทย์สิ้นสุดการรักษาจะมีศูนย์บริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ผู้ช่วยคนพิการ (Personal Assistant: PA) และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ (สถานสงเคราะห์คนพิการ) ให้การดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นคนพิการทุกคนต้องได้รับการดูแลโดยรัฐ 2) การดูแลคนพิการรุนแรงโดยชุมชน เพราะคนพิการต้องอาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งชุมชนในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีลักษณะต่างคนต่างอยู่ เช่น บ้านจัดสรร คอนโด อพาร์ทเมนต์ เป็นต้น แต่ก็ยังมีชุมชนแออัดและชุมชนดั้งเดิมที่ชุมชนมีบทบาทในการดูแลคนพิการ คือ มีการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลคนพิการด้านร่างกาย เช่น ยา ผ้าอ้อม วีลแชร์ และอุปกรณ์จำเป็นต่างๆ 3) การดูแลคนพิการรุนแรงโดยสถานดูแลเอกชน เพราะบางครอบครัวไม่สามารถดูแลคนพิการเองได้ เช่น ต้องทำงาน หรือสูงอายุแล้ว เป็นต้น จึงเลือกใช้บริการสถานดูแลเอกชน ได้แก่ เนอร์สซิงโฮม เนอร์สซิงแคร์ ศูนย์ดูแลคนพิการ เป็นต้น และ 4) การดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว แม้ว่าลักษณะครอบครัวในกรุงเทพมหานครที่ต้องทำงาน มีความเครียดสูง เพราะมีความเร่งรีบและค่าครองชีพสูง แต่

ครอบครัวก็ดูแลคนพิการเอง โดยพยายามปรับตัว บริหารจัดการเวลา โดยการดูแลโดยรัฐ ชุมชน สถานดูแลเอกชน และครอบครัวมีสอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีพรณ คำหอม และ ัญญลักษณ์ รุ่งแสงจันทร์ (2562) ที่พบว่าการดูแลคนพิการในประเทศแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การดูแลในสถาบัน (Instituional Care) คือ การดูแลโดยรัฐมีรูปแบบการดูแล ขึ้นตอน และกระบวนการที่ชัดเจน และการดูแลนอกสถาบัน (Deinstituional Care) คือ การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นฐาน (Family-based Model) และการดูแลที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-based Model)

นอกจากนี้พบว่า คนพิการความพิการรุนแรงจะมีภาวะการไม่สามารถยอมรับความพิการ และปรับตัวกับความพิการที่เกิดขึ้นได้ในช่วงแรกที่พบความพิการ โดยคนพิการที่เผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะคนพิการที่มีความพิการภายหลัง คือ คนพิการที่เดิมสามารถเคลื่อนไหวและดำรงชีวิตได้ปกติ แต่ต่อมาต้องประสบอุบัติเหตุ หรือเกิดความเจ็บป่วย เช่น เส้นเลือดสมองแตก เส้นเลือดสมองตีบ (stroke) และเลือดออกที่สมอง เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม มีข้อจำกัดการดำเนินชีวิต การเรียน และการทำงาน เกิดความรู้สึกกังวลไม่รู้ว่าจะต้องดำเนินชีวิต และดูแลตนเองอย่างไรต่อไป อีกทั้งคนพิการและครอบครัวยังไม่เคยมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลคนพิการมาก่อน โดยคนพิการที่เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในช่วงแรกๆ จะมีการปฏิเสธความพิการเกิดขึ้นสอดคล้องกับ กมลพรณ พันธ์ (2551) ที่ได้จำแนกลักษณะอัตลักษณ์ความพิการ โดยในลักษณะที่หนึ่ง คือ การปฏิเสธความพิการว่า“ฉันไม่ใช่คนพิการ” เพราะไม่อยากเข้าร่วมเป็นพวกเดียวกับกลุ่มคนพิการเพราะไม่ต้องการถูกเรียกว่า “คนพิการ” รู้สึกว่าความพิการเป็นสัญลักษณ์ของความหดหู่ น่าสงสาร ไม่พึงปรารถนา ไร้ความสามารถ และพึงพอใจกว่าถ้าใช้คำเรียกว่า “คนป่วย” หรือใช้คำอื่น รู้สึกว่าการเป็นคนป่วยยังเป็นสถานะที่พึงประสงค์กว่าการเป็นคนพิการ เพราะสื่อถึงว่าอาจหายจากอาการบกพร่องของอวัยวะได้ และยังไม่ถูกนับรวมว่าเป็นพวก

เดียวกับกลุ่มคนพิการ ซึ่งการไม่ยอมรับหรือปรับตัวต่อความพิการไม่ได้ จะทำให้คนพิการปฏิเสธการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สิทธิสวัสดิการ และเข้าถึงการดูแลที่ถูกต้องล่าช้า ส่วนคนพิการโดยกำเนิดจะมีลักษณะอัตลักษณ์ความพิการในลักษณะที่สอง คือ จะรู้สึกเบื่อซ้ำซาก จำเจ ขาดความกระตือรือร้น “อยู่ไปวันๆ” ยกเลิกการมีเป้าหมายในชีวิต ดังนั้นการดูแลด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลในลำดับต้นๆ เพราะเมื่อคนพิการยอมรับและปรับตัวได้ สภาพจิตใจดี จะส่งผลต่อการมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต การดูแลตนเอง และการออกกำลังกาย เพื่อพัฒนาตนเองให้มีสภาพร่างกายหรือความพิการที่ดีขึ้นได้ สิ่งสำคัญอีกประการคือ ทำที่ การยอมรับ และความเข้าใจในความพิการของคนพิการของคนดูแล ญาติ เพื่อน ชุมชน และสังคม ซึ่งจะส่งผลต่อความรู้สึกของคนพิการ

แนวทางการดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงโดยครอบครัว

1) การดูแลที่มีความพิการรุนแรงด้านร่างกาย

เนื่องจากคนพิการที่มีความพิการรุนแรงมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือไม่ได้เลย บางรายขับถ่ายเองไม่ได้ รับประทานอาหารแบบปกติไม่ได้ต้องรับประทานอาหารปั่น สอดคล้องกับการแบ่งระดับความสามารถของคนพิการของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2550) โดยคนพิการที่มีความพิการรุนแรงจะมีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในระดับที่ 1 คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เลย แต่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นค่อนข้างสูง ระดับที่ 2 คือ ประกอบกิจวัตรประจำวันได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นค่อนข้างมาก ต้องการคนคอยช่วยเหลือ แนะนำหรือคอยช่วยระวังอยู่ด้านข้าง หรือใช้อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่จะไม่สามารถออกนอกบ้านเพื่อไปศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเอง แม้จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการก็ตาม จำเป็นต้องมีคนดูแล ครอบครัวที่เป็น

คนดูแลคนพิการจะเป็นคนใกล้ชิดที่คุ้นเคยและมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคนพิการ โดยการดูแลด้านร่างกายต้องครอบคลุมถึงการให้ความรู้ในลักษณะอาการ สมรรถภาพ และความสามารถของคนพิการ การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นที่ช่วยในการดำเนินชีวิตของคนพิการจะช่วยให้การดูแลคนพิการมีคุณภาพมากขึ้น

2) การดูแลคนพิการรุนแรงด้านอารมณ์จิตใจ

จากผลการศึกษาพบว่าคนพิการประสบปัญหาทางอารมณ์จิตใจอย่างยิ่ง โดยมีความรุนแรงมากในช่วงเริ่มพบความพิการ คนพิการจะเผชิญกับความเศร้า ท้อแท้ อับอาย และสูญเสียการนับถือตนเอง การดูแลด้านอารมณ์จิตใจต้องคนดูแลที่มีความรู้ ความเข้าใจในสภาพจิตใจของคนพิการ อีกทั้งยังต้องมีความรู้ในการให้การดูแล การสื่อสาร และการให้กำลังใจที่ถูกวิธี และหากปัญหามีความรุนแรง หรือซับซ้อนมาก ต้องมีนักวิชาชีพเข้าไปให้การดูแลแทนอย่างรวดเร็ว ดังนั้นหากสามารถดูแลด้านอารมณ์จิตใจคนพิการอย่างถูกต้องจะสามารถทำให้คนพิการมีสภาพจิตใจเข้มแข็ง ซึ่งการมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งจะส่งผลต่อการมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต การดูแลตนเอง และการออกกกำลังกาย (Silverman et al., 2015) และการมีปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ที่ดี (Wang et al., 2023, pp. 5-12) จะช่วยให้คนพิการสามารถดำเนินชีวิต เข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งคนพิการจะมีความรับรู้ความสามารถในการเผชิญปัญหา จัดการสถานการณ์และอารมณ์ของตนเองได้ (Hassanein et al., 2021) และส่งผลต่อการมีสภาพร่างกายหรือความพิการที่ดีขึ้นได้ สิ่งสำคัญอีกประการคือ ท่าที การยอมรับ และความเข้าใจในความพิการของคนพิการของคนดูแล ญาติ เพื่อน ชุมชน และสังคม ซึ่งจะส่งผลต่อความรู้สึกของคนพิการ

3) การดูแลคนพิการรุนแรงด้านสังคม

นอกจากนี้การดูแลด้านสังคมเป็นอีกด้านหนึ่งที่สำคัญและส่งผลต่อการรักษาและอาการของคนพิการที่ไม่ควรมองข้าม กล่าวคือ การดูแลให้คนพิการได้พบปะผู้คน เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อน และคนรู้จัก เป็นต้น และการให้คน

พิการได้ไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน และสังคม เช่น กิจกรรมปีใหม่ สงกรานต์ และวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น หรือการได้ไปท่องเที่ยวในที่ต่างๆ เช่น ทะเล ไร่หว้าพระ เป็นต้น เพราะคนพิการมีความต้องการความสุขและการมีตัวตน การพาคนพิการไปพบปะผู้คน ไปทำกิจกรรม และไปท่องเที่ยวเป็นการดูแลทางสังคมที่ทำให้คนพิการไม่ต้องอยู่แต่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของระพีพรรณ คำหอม และ ธัญญลักษณ์ รุ่งแสงจันทร์ (2562) ที่พบว่า การให้ความสำคัญและจัดให้มีการมีส่วนร่วมทางวัฒนธรรม นันทนาการ การผ่อนคลายยามว่าง และกีฬา ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการขององค์การสหประชาชาติ ตามความต้องการของคนพิการจะทำให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่พบว่าครอบครัวคนพิการบางครอบครัวมีฐานะยากจน การพาคนพิการไปร่วมกิจกรรมหรือท่องเที่ยวมีค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าเดินทางสูง มีความไม่สะดวกในหลายๆ อย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภิญโญ ประกอบผล (2559) เรื่อง การพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อความมั่นคงของประเทศ ที่พบว่าคนพิการส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ความยากจนทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ และการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา ได้แก่ ข้อยกจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วม และการถูกเลือกปฏิบัติ เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาและรูปแบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนพิการของ กิตติวัฒน์ ฉัตรศรีโพธิ์ และคณะ (2558) ที่พบว่า คนพิการมีปัญหาการเดินทางลำบาก ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ไม่สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ โดยเฉพาะปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การไม่มีเงินค่ารถ ค่าอาหาร จึงเป็นอุปสรรคการดูแลด้านสังคมในการพาคนพิการเข้าร่วมกิจกรรมและท่องเที่ยว จำเป็นต้องให้การสนับสนุนหรือมีสวัสดิการท่องเที่ยว เช่น รถบริการฟรี หรือราคาถูกลง เงินสนับสนุน เป็นต้น

4) การดูแลที่มีความพิการรุนแรงด้านสิทธิสวัสดิการ

ด้านสิทธิและสวัสดิการคนพิการควรมีการส่งเสริมให้คนพิการได้รับอย่างเท่าเทียม เป็นธรรม และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แนวคิดที่ว่าด้วยคน

พิการที่เท่าเทียม ที่กล่าวว่า คนพิการทุกคนมีทางเลือกเท่ากับคนอื่นๆ การให้บริการและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ตอบสนองความต้องการของคนพิการ ต้องได้รับเท่าเทียมกับคนอื่นๆ (United Nations, 2007) โดยจากการศึกษาด้านสิทธิสวัสดิการในการดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงพบว่า คนพิการบางคนไม่ทราบสิทธิและสวัสดิการที่ตัวเองควรได้รับในฐานะที่เป็นประชาชนคนไทย เพราะไม่ได้สนใจในการศึกษาหาความรู้ ไม่มีใครบอก และใช้ส่วนใหญ่หมดไปกับการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ภคชล มัจฉา (2556) เรื่อง แนวทางพัฒนาการดำเนินงานด้านการให้บริการ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ พบว่า คนพิการและครอบครัวที่ดูแลคนพิการมีความรู้ความเข้าใจในสิทธิของคนพิการในการเข้าถึงบริการของรัฐถูกต้องมากที่สุด คือ ด้านสังคมและสวัสดิการเบี้ยยังชีพ เพราะมีการประชาสัมพันธ์ในโทรทัศน์และสื่อต่างๆ มาก แต่จะมีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ ด้านการศึกษา ส่วนสวัสดิการด้านอื่นๆ ที่จำเป็นในการดูแล การดำเนินชีวิต และการประกอบอาชีพหรือการจ้างงาน จึงทำให้เข้าไม่ถึงสิทธิสวัสดิการดังกล่าว และส่วนสิทธิที่จะได้รับจากภาคเอกชนหรือบริษัทเอกชนและองค์กรไม่แสวงหากำไร (Non-Government Organizations: NGOs) คนพิการไม่ค่อยรู้สิทธิ และทำให้เข้าไม่ถึง หรือไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายของหน่วยงานดังกล่าว ดังนั้นการดูแลคนพิการด้านสิทธิสวัสดิการ ต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้คนพิการและครอบครัวรู้ในหลายๆ ช่องทาง ให้บริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ให้บริการอย่างรวดเร็ว และจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการ ความจำเป็น และค่าครองชีพ

นอกจากนี้จากผลการศึกษาพบว่า การให้ความสำคัญกับการตรวจสอบปัญหา ความจำเป็นและความต้องการของคนพิการและครอบครัวคนพิการรุนแรงเป็นฟังเสียงจากคนพิการ และครอบครัวโดยตรง เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาแนวทางปฏิบัติต่างๆ กฎหมาย บริการและสวัสดิการให้สอดคล้องกับปัญหา ความจำเป็น และความต้องการของคนพิการที่แท้จริงของคนพิการและ

ครอบครัว ซึ่งมีความเป็นพลวัตคือ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและแตกต่างกันไปในแต่ละคน เป็นการพัฒนาแบบจากล่างสู่บน (bottom up) (อมร รักษาสัตย์, 2546) อีกทั้งยังต้องมีการปรับปรุงกฎ ระเบียบ และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการให้ทันสมัยสอดคล้องกับปัญหาและสถานการณ์ความรุนแรงของการดูแลคนพิการที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถบังคับใช้อย่างจริงจัง (จิรวรรณ ทิววัฒน์ปর্ণ และคณะ, 2564) และมีมาตรการในการลงโทษคนที่แสวงประโยชน์จากคนพิการ การใช้ความรุนแรง และทำร้ายร่างกาย เพื่อเป็นการป้องกันและขจัดอันตรายที่จะเกิดกับคนพิการที่เป็นคนเปราะบางและตกอยู่ภาวะอันตรายได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

ตัวแบบการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัว

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญทำให้ได้แนวทางในการดูแลที่เหมาะสมกับคนพิการที่มีความพิการรุนแรง และนำแนวทางดังกล่าวมาทำการวิเคราะห์ ตีความ และตกผลึกองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมด้านคนพิการ จนทำให้เกิดตัวแบบในการดูแลคนพิการรุนแรงการดูแลคนพิการตลอดช่วงชีวิตคนพิการ ตั้งแต่พบความพิการ การดำเนินชีวิตของคนพิการ ต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุดอายุขัยของคนพิการ โดยตัวแบบการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัวต้องเป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นการดูแลคนพิการในทุกๆ ด้านของคนพิการ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์จิตใจ 3) ด้านสังคม 4) ด้านสิทธิสวัสดิการ (ทับทิม ศรีวิไล และคณะ, 2565) และจากผลการศึกษาพบข้อค้นพบใหม่ในการดูแลคนพิการที่น่าสนใจคือ 5) ด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลครอบคลุมการดูแลไปถึงการค้นหาเป้าหมาย และตอบสนองความต้องการของคนพิการต่อสิ่งที่มีคุณค่าหรือมีความหมายในชีวิตของคนพิการ รวมถึงความปรารถนา ความเชื่อ ความรัก การให้อภัย และศาสนา พิธีกรรม (รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2556) การดูแลคนพิการต้องมีความเท่าเทียมและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (United Nations, 2015) ส่วนการดูแลด้านสังคมพบว่า คนพิการมีความต้องการพบปะและร่วมกิจกรรมกับคน

อื่นๆ ซึ่งบางกิจกรรมคนพิการอาจไม่สามารถทำได้ เช่น การไปท่องเที่ยว แต่สามารถเป็นสิ่งที่สร้างแรงจูงใจกำลังใจการดูแลและฟื้นฟูร่างกายตนเอง โดยการดูแลทั้ง 6 ด้าน มีองค์ประกอบการดูแล 6 ประการ ได้แก่ (1) การให้ความรู้ (Knowledge) แก่คนพิการและครอบครัวที่ดูแลคนพิการ (2) วัสดุอุปกรณ์ (Equipment) ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตของคนพิการ (3) ผู้ช่วยเหลือ (Helper) คนพิการ (4) เงิน (Money) ช่วยเหลือสำหรับคนพิการและครอบครัวที่ดูแลคนพิการ (5) กลุ่มทางสังคม (Social Group) จะให้การช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวที่ดูแลคนพิการ และ (6) ชุมชน (Community)

ดังนั้นการดูแลคนพิการรุนแรงโดยครอบครัวจะเป็นการดูแลแบบองค์รวมโดยครอบครัว ซึ่งครอบครัวต้องมีความเข้มแข็ง คือ ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม มีความสุข มั่นคงแข็งแรง มีการสื่อสารทางบวก (รัชนิ สรรเสริญ และคณะ, 2556) ครอบครัวสามารถพึ่งตนเองได้ ปรับตัวได้ ดูแลคนพิการได้ และมีมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง (จรรยา สุวรรณทัต, 2554) จะทำให้สามารถดูแลคนพิการได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้การดูแลต้องมีการประเมินและติดตามผลเพื่อปรับปรุงให้การดูแลมีทิศทางที่ดีขึ้น สิ่งใดที่เป็นปัญหาต้องปรับแก้ ซึ่งรัฐเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความชอบธรรม และกฎหมายให้อำนาจไว้ให้มีหน้าที่ในการบริหารจัดการดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลคนพิการที่เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลชั่วคราว หรือคนดูแลแทนชั่วคราว เพื่อให้คนดูแลคนพิการได้มีเวลาในการพักผ่อน จะสามารถลดความเครียด ความเบื่อหน่าย ซึมเศร้า ความกดดันต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการทอดทิ้ง หรือทำร้ายคนพิการได้ และคนดูแลแทนในยามที่คนดูแลคนพิการมีฐานะเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์ หรือนอนพักจากอาการป่วย โดยหน่วยงานของรัฐ หรือส่วนท้องถิ่น หรือชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งคนดูแลแทนต้องเป็นคนที่ได้รับ

การฝึกอบรมให้ความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรง

2) ควรมีบ้านหรือสถานที่รองรับกรณีที่คนดูแลแก่ชรา หรือเสียชีวิต ไม่สามารถดูแลคนพิการได้อีกต่อไป ที่ไม่ใช่สถานสงเคราะห์ แต่จะตั้งอยู่ในหรือใกล้ชุมชนที่อยู่อาศัยของคนพิการ โดยมีชุมชน และท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ จ้างคนชุมชนเป็นผู้ดูแล โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ หรือจัดให้มีครอบครัวอุปถัมภ์ หรือครอบครัวบุญธรรมมาดูแลคนพิการ

3) ควรมีการกำหนดมาตรการหรือกฎหมายในลงโทษผู้กระทำความรุนแรงหรือแสวงหาประโยชน์ต่อคนพิการ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1) ควรมีการศึกษาการนำตัวแบบการดูแลคนพิการที่มีความพิการรุนแรงโดยครอบครัวไปใช้กับจังหวัดที่มีลักษณะเป็นเมืองเศรษฐกิจอื่นๆ ที่ลักษณะการดำเนินชีวิตในรูปแบบเดียวกับกรุงเทพมหานคร เช่น เชียงใหม่ ภูเก็ต และชลบุรี เป็นต้น และต่างประเทศในกลุ่มเอเชียอื่นๆ เช่น สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ และญี่ปุ่น เป็นต้น

2) ควรมีการกลุ่มต่างๆ เช่น ชมรม สมาคม และมูลนิธิคนพิการในการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลคนพิการโดยครอบครัว ซึ่งกลุ่มเป็นแหล่งความรู้และให้การสนับสนุนการดูแลโดยครอบครัวที่มีความยืดหยุ่น เข้าถึงง่าย และให้ความช่วยเหลือได้เร็ว ขั้นตอนในการดำเนินการน้อย

เอกสารอ้างอิง

กมลพรรณ พันพิง. (2551). *ไอลแอล: การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ* = IL:

Independent living of persons with disabilities. สถาบันการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการประเทศไทย.

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2566). *ภารกิจ อำนาจหน้าที่*.

<https://dep.go.th/th/about-us/duty-authority>

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2566). สถิติผู้ใช้บริการในสถาน
คุ้มครองและพัฒนาคนพิการและศูนย์พัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก
กองคุ้มครองสวัสดิภาพและพัฒนาคนพิการ เดือนมีนาคม 2566.

https://dep.go.th/images/uploads/files/_thumbs/_65_-_66.pdf

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2566). สถิติข้อมูลคนพิการที่มี
บัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามจังหวัด ประเภทความพิการ และ
เพศ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2537 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566.

https://ecard.dep.go.th/nep_all/file/Stat2566/Stat_Feb66.pdf

กิตติวัฒน์ ฉัตรศรีโพธิ์, กิตติยา พรหมจันทร์ และ ภิรมย์พร ไชยยนต์. (2558).

โครงการวิจัยศึกษาปัญหาและรูปแบบการเข้าถึงบริการด้าน
สาธารณสุขของคนพิการ: พื้นที่ศึกษา เทศบาลตำบลเมืองศรีไคและ
เทศบาลตำบลราชูจังหวัดอุบลราชธานี.

<https://web.kpi.ac.th/knowledge/research/data/345?page=1>

จรรยา สุวรรณทัต. (2554). ชุดความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ
ครอบครัวตามมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง. สำนักงานกิจการสตรีและ
สถาบันครอบครัว.

จิรวัดน์ ทิววัฒน์ปรมณ์, พงศ์เทพ สุธีรวัฒน์, ทวีศักดิ์ วงศ์กิริติเมธาวี และ สีนินาฏ
สุขอุบล. (2564). สถานการณ์การดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิด
นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง กรณีศึกษา: เทศบาลตำบลพะตง
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัย
บูรพา, 16(1), 120-133.

ทับทิม ศรีวิไล, ฆมร ชันชะหัดธ์ และ ธนิศร ยืนยง. (2565). การบริหารการ
พัฒนาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยกรมส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการในเขตภาคกลาง. วารสารรัชกาลย์, 16(49),
371-385.

- ชัยญลักษณ์ รุ่งแสงจันทร์. (2563). แนวทางพัฒนารูปแบบและการบริหารจัดการในสถาบัน กองคุ้มครองสวัสดิภาพและพัฒนาคนพิการ. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 28(2), 86-112.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. (18 กันยายน 2550). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 61 ก. หน้า 8-17.
- ภคชล มัจฉา. (2556). แนวทางพัฒนาการดำเนินงานด้านการให้บริการด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ. มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- ภิญโญ ประกอบผล. (2559). การพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อความมั่นคงของประเทศ. <https://www.trat.go.th/admin/upload/document/202101221422282201.pdf>
- ระพีพรรณ คำหอม และ ชัยญลักษณ์ รุ่งแสงจันทร์. (2562). แนวทางพัฒนารูปแบบและการบริหารจัดการในสถาบัน กองคุ้มครองสวัสดิภาพและพัฒนาคนพิการ (พิมพ์ครั้งที่ 1). SMILE COPY.
- รัชนิ สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ และ วรณรัตน์ ลาวัณ. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน อำเภอแห่งหนึ่งจังหวัดจันทบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(3), 25-41.
- สิริศักดิ์ อาจวิชัย. (2567). การวิจัยเชิงคุณภาพ. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. https://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2015112820040788.pdf
- สำนักบริหารการทะเบียน. (2565). สถิติประชากรและบ้าน-จำนวนประชากรแยกอายุ. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php
- อมร รักษาสัตย์. (2546). *ปรัชญารัฐศาสตร์และนิติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). วี.เจ.พรินติ้ง.

- Hassanein, E. E. A., Adawi, T. R., & Johnson, E. S. (2021). Social support, resilience, and quality of life for families with children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 112*, 103910.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103910>
- Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the family management style framework. *Journal of Family Nursing, 18*(1), 11-34.
<https://doi.org/10.1177/1074840711427294>
- Silverman, J. J., Galanter, M., Jackson-Triche, M., Jacobs, D. G., Lomax, J. W., Riba, M. B., ... Yager, J. (2015). The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults. *American Journal of Psychiatry, 172*(8), 798–802.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.1720501>
- United Nations. (2007). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-19-living-independently-and-being-included-in-the-community.html>
- United Nations. (2015). *Universal Declaration of Human Rights*. https://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf

Wang, P., Niu, M., Chen, Y., Wang, S., Wu, C., Zhao, D., Wang, P., Yang, H., & Guo, P. (2023). Developing family-community interactive program for the disabled older adults at home: a study protocol. *BMC Geriatr*, 23(1), 609.
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04273-7>