

## การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชน ตำบลหินเหล็กไฟ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ชินวัฒน์ อนุพันธ์, ส.ม.<sup>1</sup>

ศิรินาถ ตงศิริ, Ph.D.<sup>2</sup>

ชนัดดา พลอยล้อมแสง, Ph.D.<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชน ตำบลหินเหล็กไฟ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา 40 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว บุคลากรภาครัฐ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มที่ได้รับผลจากการพัฒนา 116 คน ประกอบด้วย คนพิการทางการเคลื่อนไหวและผู้ดูแล เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลบริบทของพื้นที่ 2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) กำหนดแผนงาน 4) ปฏิบัติตามแผน 5) การติดตามประเมินผล และ 6) การสรุปผล กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ดูแลมีวิธีการปฏิบัติตัวต่อคนพิการที่ดีขึ้น และมีเจตคติต่อความพิการและคนพิการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งคนพิการและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบในภาพรวมระดับมากที่สุดและเกิดกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลคนพิการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจาก ผู้นำชุมชนชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาครัฐ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลคนพิการ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่ตัวคนพิการและผู้ดูแล เกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยยึดหลักการทำงานร่วมกันเป็นภาคีเครือข่ายอย่างมีคุณภาพ เพื่อช่วยเหลือและดูแลคนพิการในชุมชนทางการเคลื่อนไหวอย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** ระบบการดูแลคนพิการ; การมีส่วนร่วมของชุมชน; คนพิการทางการเคลื่อนไหว

<sup>1</sup> นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**The Development of the Community-based Rehabilitation Program  
for persons with physical disabilities in HinLek Fai Subdistrict,  
Kumeung District, Buriram Province**

*Chinnawat Anupan, M.P.H.<sup>1</sup>*

*Sirinart Tongsiri, Ph.D.<sup>2</sup>*

*Chanuttha Ploylearmsang, Ph.D.<sup>3</sup>*

**Abstract**

This study applied an action research aiming to develop the community-based rehabilitation (CBR) program for persons with physical disabilities in HinLek Fai Subdistrict, Kumeung District, Buriram Province. The Appreciation-Influence-Control (AIC) model was applied in a group of 40 persons consisting of community leaders, health professionals, care providers and a target group of 116 persons with physical disabilities and their care givers. Data were collected from questionnaires and interviews. The quantitative data were analyzed by paired t-test. The content analysis was used for the qualitative data.

The results showed that the processes of the CBR program for persons with physical disabilities consists of six elements: 1) community context analysis, 2) participatory meeting 3) program planning 4) implementation 5) Evaluation 6) Conclusions. The effects of the CBR program on persons with disabilities and care givers; persons with disabilities showed the significant improvement of their health behaviors; care givers showed the increase of their skills for persons with disabilities and their attitude toward disabilities significantly improved. Both persons with disabilities and care givers were satisfied on this care plan at the highest level.

Key success factors of the program were the participation among the network of community leaders, community members and government organizations. The community had learned and contributed to the implementation of all stages. Changes could be identified in the continuity of care processes and at the individuals both persons with disabilities and their caregiver. The multidisciplinary approach and team-working are essential to effective community-based rehabilitation program for persons with physical disabilities.

**Keywords:** community-based rehabilitation, community participation, persons with physical disabilities

<sup>1</sup> Master of Public Health Candidate, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Medicine, Mahasarakham University

<sup>3</sup> Assistant Professor, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

## บทนำ

คนพิการมีอยู่ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรโลกหรือ 700 ล้านคนในจำนวนนี้ร้อยละ 80 มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการพื้นฐานด้านสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (World Report on Disability, 2011) องค์การสหประชาชาติกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขึ้น 4 ด้านคือด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ทางการศึกษา ทางสังคมและทางอาชีพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อเสริมสร้างความก้าวหน้า สิทธิความยุติธรรมและความเสมอภาคสำหรับคนพิการ และองค์การอนามัยโลกได้เริ่มแนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Rehabilitation [CBR]) ขึ้นใน พ.ศ. 2537 โดยเปลี่ยนแนวคิดจากวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยสถาบันเป็นฐาน (Institutional Based Rehabilitation [IBR]) และแบบแผนทางการแพทย์ (Medical model) ที่เน้นบทบาทของผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาชีพอยู่เหนือการตัดสินใจของคนพิการที่อยู่ในฐานะของผู้รับบริการหรือคนไข้เป็นแนวคิดแบบแผนเชิงสังคม (Social model) โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและการสร้างชุมชนที่ร่วมรับผิดชอบต่อกันทุกคนในชุมชนซึ่งแนวคิด CBR นี้จะเน้นการมีส่วนร่วมของคนพิการครอบครัวของคนพิการและสมาชิกในชุมชน (WHO, 2004)

สำหรับประเทศไทยในพ.ศ. 2555 มีคนพิการประมาณ 1.5 ล้านคนหรือร้อยละ 2.2 ของประชากรทั้งประเทศภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราร้อยละของคนพิการสูงกว่าภาคอื่นคิดเป็นร้อยละ 2.8 และพบความพิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด ร้อยละ 49.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,

2555) สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทยได้ปฏิบัติตาม “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ” (Convention on the Rights of Persons with Disabilities ; CRPD) และมีกฎหมายที่เป็นประโยชน์ต่อคนพิการได้แก่พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่พึงได้ตามสิทธิมนุษยชนและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับคนอื่น (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2550) และกรอบแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2555-2559) ได้กำหนด วิสัยทัศน์ คือคนพิการดำรงชีวิตอิสระร่วมกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข สามารถเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันและในแผนนี้ได้กำหนดเป้าหมายการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ในเรื่องการสนับสนุนการดำเนินงานองค์กรด้านคนพิการ ของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังได้มีการกำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน ซึ่งก็น่าจะเอื้อต่อการดูแลสุขภาพคนพิการในระดับชุมชน

อย่างไรก็ตามจากการรายงานสถานการณ์คนพิการปี 2555 ยังพบว่า 1) คนพิการยังขาดโอกาสเข้าร่วมประชุมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวมถึงการเข้าร่วมเวทีประชาคมที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) คนพิการและครอบครัวต้องการการช่วยเหลือจากรัฐโดยต้องการเงินสนับสนุนมีงานมีรายได้ทำที่บ้านและพยาบาลมาเยี่ยมและดูแลที่บ้านเมื่อจำเป็น 3) คนพิการ

อายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.4 ไม่ได้รับการศึกษา 4) คนพิการวัยแรงงานร้อยละ 40 ไม่มีงานทำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

จังหวัดบุรีรัมย์ มีคนพิการที่จดทะเบียนแล้วจำนวน 53,047 คน มีคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายจำนวน 28,794 คน ร้อยละ 54.28 การสำรวจข้อมูลคนพิการในตำบลหินเหล็กไฟ ในปี พ.ศ.2558 พบว่า มีคนพิการทั้งหมดจำนวน 101 คน (ร้อยละ 2.49) พบคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมากที่สุด จำนวน 58 คน (ร้อยละ 57.43) (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินเหล็กไฟ, 2558) จากการสอบถามข้อมูลเชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการตำบลหินเหล็กไฟ พบว่าสาเหตุที่ทำให้ระบบการดูแลคนพิการตำบลหินเหล็กไฟ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ไม่บรรลุตามเป้าหมายและไม่ต่อเนื่อง ทำให้คนพิการไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้การช่วยเหลือคือให้การรักษาพยาบาลตามปัญหาที่พบ และติดตามเยี่ยมคนพิการปีละสองครั้ง 2) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านกิจกรรมที่ดำเนินการคือ สำรวจข้อมูลส่งรายชื่อคนพิการให้เทศบาล เพื่อรับเบี้ยความพิการ 3) ผู้ดูแล/ครอบครัวให้การดูแลตามสภาพการพึ่งพาของคนพิการ 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ทราบระบบบริการที่คนพิการในเขตรับผิดชอบควรจะได้รับในแต่ละด้านตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และชุมชนขาดความร่วมมือในการจัดการดูแลและสนับสนุนแก่คนพิการในการดำเนินชีวิต ไม่ยอมรับในความสามารถของคนพิการ ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ การจัดระบบบริการที่เป็นอยู่จึงไม่สามารถ

รับประกันได้ว่า คนพิการจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างครบถ้วนและเป็นจริง

ดังนั้น เพื่อการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาการดูแลพิการจึงต้องพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้มีศักยภาพให้เข้ามามีบทบาทพร้อมในการจัดการตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Rehabilitation: CBR) ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อวิเคราะห์บริบทสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการในพื้นที่การจัดทำแผนปฏิบัติการที่ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) ในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน เกิดการเรียนรู้ สร้างการยอมรับความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยชุมชนแล้วสังเกตผลที่เกิดขึ้นวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาเป็นระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหินเหล็กไฟ อำเภอคูเมืองจังหวัดบุรีรัมย์โดยหวังว่าผลการศึกษานี้จะทำให้ได้กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทชุมชนส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตคนพิการให้ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชน ตำบล

หินเหล็กไฟ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย

1.1 ศึกษาบริบทชุมชน และศึกษาข้อมูลพื้นฐานคนพิการตำบลหินเหล็กไฟ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ สำรวจปัญหาการดูแลสุขภาพคนพิการแบบเดิม มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จ

1.2 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยรวมทั้งขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย

1.3 เตรียมทีมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งอยู่ในพื้นที่ตำบลหินเหล็กไฟร่วมดำเนินการจัดการกิจกรรมการทดลองจำนวน 3 คน โดยร่วมเป็นวิทยากรประจำกลุ่มจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ตลอดระยะเวลาในการจัดอบรม

### 2. กระบวนการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนไว้ 4 ระยะตามตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (2000) โดยมีขั้นตอนที่ได้ดำเนินการไว้ 6 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน(Plan) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทของพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัยเพื่อศึกษาบริบทชุมชนว่าเป็นอย่างไโดยอาศัยข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลจากผู้วิจัยรวบรวมมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินเหล็กไฟในขั้นตอนเตรียมการเป็นฐานในการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนสุขภาพปี 2559 การวางแผนใช้กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม (AIC) โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ระดมความคิด เพื่อวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์รวบรวมข้อมูลและสรุปภาพรวมปัญหาความต้องการการดูแลสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่โดยใช้ข้อเท็จจริงของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีในชุมชนจากผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลจากการสัมภาษณ์คนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยผู้วิจัยมาเป็นฐานในการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดแผนงานโครงการและการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นการนำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ตั้งแต่การศึกษาบริบทพื้นที่ตนเองเพื่อให้ทราบถึงบริบทชุมชนความต้องการของคนพิการในชุมชนแล้วระดมความคิดเห็นข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมวิจัยจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชน และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบกิจกรรมสำคัญระยะเวลาดำเนินการงบประมาณสู่การปฏิบัติในขั้นตอนการปฏิบัติต่อไป

ระยะที่ 2 ปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วย 1 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติการตามแผนแบบมีส่วนร่วมที่ได้มีการกำหนดตามกิจกรรมบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้โดยผู้วิจัยลงพื้นที่สังเกตแบบมีส่วนร่วมพร้อมกับบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ



(observation) ประกอบด้วย 1 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 5 การสังเกต ติดตาม ประเมินผล การสังเกต โดยผู้วิจัยศึกษาปรากฏการณ์ การที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเชิงประจักษ์จาก กระบวนการจัดการให้เกิดกิจกรรมโครงการตาม กรอบโครงสร้างการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (CBR Matrix) ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา ด้านสังคม ด้านการเลี้ยงชีพและ ด้านการเสริมพลัง การประเมินผลโดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นได้แก่แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อ กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการ เคลื่อนไหว แบบสังเกตการมีส่วนร่วมและแบบ บันทึกลักษณะนามเพื่อเป็นการศึกษาผลการดำเนิน กิจกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากใช้กระบวนการพัฒนา ระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยการ มีส่วนร่วมของชุมชนตลอดจนเป็นการรวบรวมข้อ เสนอแนะเพื่อสรุปผลเป็นข้อมูลนำเข้าไปในขั้นตอน ต่อไปของการวิจัย

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับการปฏิบัติ (Reflection) ประกอบด้วย 1 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 6 การสรุปและถอดบทเรียนเพื่อ ทบทวนกิจกรรมขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดที่ เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบการ ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชนตั้งแต่ เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดผลการดำเนินงานทั้งที่ดำเนินการ สำเร็จและไม่สำเร็จหรือได้ดำเนินการตามแผนและ ไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ปัญหาอุปสรรคที่ เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการความร่วมมือที่ได้รับรวบรวม ประเด็นต่าง ๆ นำไปสู่การวิเคราะห์ปัจจัยความ สำเร็จ

การถอดบทเรียนเป็นการทบทวนผลการ ดำเนินงานที่ได้จากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่

เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติการผลสำเร็จที่ได้จาก การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปัญหาอุปสรรคที่เกิด ขึ้นระหว่างการปฏิบัติเพื่อใช้ในการวางแผนแก้ไข ปัญหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและประสบการณ์ที่ ผ่านมาในช่วงระยะของการวิจัยของผู้ร่วมวิจัยนำ มาถอดบทเรียนเฉพาะประเด็นและถอดบทเรียน ทั้งระบบเพื่อนำไปกำหนดเป็นกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดย ชุมชน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ การดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดย ชุมชนในพื้นที่วิจัย ทั้งหมด 240 คน และประชากร ผู้รับผลจากการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคน พิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชน จำนวน 116 คน กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณลักษณะ รวม ทั้งหมด 7 กลุ่ม จำนวน 40 คน ประกอบด้วยผู้ดูแลคน พิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 9 คน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 9 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 คน ครู จำนวน 4 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 คน
2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลการพัฒนา ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งหมด 2 กลุ่ม จำนวน 116 คน ประกอบด้วยคนพิการ ทางการเคลื่อนไหว จำนวน 58 คน ผู้ดูแลคนพิการ ทางการเคลื่อนไหวจำนวน 58 คน

## พื้นที่การวิจัย

คัดเลือกพื้นที่ทำการวิจัยโดยผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบเจาะจงคือชุมชนในตำบลหินเหล็กไฟอำเภอคูเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ประกอบด้วย 9 หมู่บ้านเป็นพื้นที่ทำการวิจัยด้วยเหตุผลหลายประการดังนี้

1. เป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่มีคณพิการทางการเคลื่อนไหวมักเป็นอันดับที่ 2 ของอำเภอ เป็นหมู่บ้านที่มีปัญหากระบวนการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. เป็นพื้นที่เป้าหมายเชิงนโยบายที่ต้องการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชน
3. มีทุนทางสังคมหลากหลายและแกนนำมีความสนใจด้านสุขภาพ

## รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดการฟื้นฟูคนพิการโดยชุมชน (CBR) โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) โดยยึดกระบวนการของ Kemmis and McTaggart (2000) มาเป็นกรอบดำเนินการประกอบด้วย 4 ระยะ 6 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

ขั้นที่ตอน 1 ศึกษาข้อมูลบริบทของพื้นที่

ขั้นที่ตอน 2 จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ

การ

ขั้นที่ตอน 3 กำหนดแผนงาน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) ขั้นที่ตอน 4 ปฏิบัติตามแผน

ระยะที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ขั้นที่ตอน 5 การสังเกต ติดตาม ประเมินผล

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ขั้นที่ตอน 6

สรุปผลและถอดบทเรียนการดำเนินการทั้ง 4 ระยะเป็นการดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 วงรอบ (Loop) เพื่อค้นหากระบวนการในการแก้ไขปัญหากระบวนการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมหาครบ 1 วงรอบการวิจัยแล้วยังไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ก็นำประเด็นต่างๆ ที่เป็นปัญหาหรือต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นเข้าสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาในระยะของการวางแผนระยะปฏิบัติการระยะสังเกตและระยะสะท้อนผลในวงรอบต่อไปเรื่อยๆหากกระบวนการดังกล่าวสามารถพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ดีขึ้นได้ก็ยุติการวิจัยเพื่อถอดบทเรียนให้ได้กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีส่วนร่วมของประชาชนที่เป็นรูปธรรมต่อไป

## เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงปริมาณ

1.1 แบบสอบถามคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้แก่

1.1.1 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการฟื้นฟู ด้านการพักผ่อน ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ และด้านสุขภาพจิตกับการจัดการความเครียด จำนวน 35 ข้อ

1.1.2 แบบประเมินความพึงพอใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชนจำนวน 9 ข้อ

1.2 แบบสอบถามผู้ดูแลคนพิการทางการ





ค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไปได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังต่อไปนี้

1) แบบสอบถามคนพิการทางการเคลื่อนไหว

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว เท่ากับ 0.82

แบบประเมินความพึงพอใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชนเท่ากับ 0.87

2) แบบสอบถามผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

แบบประเมินเจตคติต่อความพิการและคนพิการทางการเคลื่อนไหว เท่ากับ 0.89

แบบสอบถามการปฏิบัติต่อคนพิการทางการเคลื่อนไหว เท่ากับ 0.78

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชน เท่ากับ 0.80

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงปริมาณ (Quantitative Analysis)

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเจตคติและการปฏิบัติต่อคนพิการก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชนโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนำข้อมูลที่ได้จากการสรุปมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content Analysis)ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและปัญหาการดูแลคนพิการ ความต้องการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของผู้ดูแลความคิดเห็นรูปแบบการบริการในปัจจุบันและข้อมูลที่ได้จากกระบวนการพัฒนา

## การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง: PH012 / 2559 ให้ไว้ ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2559

## ผลการวิจัย

บริบทชุมชนตำบลหินเหล็กไฟ ตำบลหินเหล็กไฟ อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ห่างจากอำเภอกุเมืองประมาณ 10 กิโลเมตรห่างจากอำเภอเมืองประมาณ 30 กิโลเมตรลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทประกอบด้วย 17 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่วิจัย 9 หมู่บ้าน โดยแบ่งชุมชนในเขตการปกครองของเทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ 7 หมู่บ้าน เป็นชุมชนในเขตการปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลหินเหล็กไฟ 2 หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือน 1,555 หลังคาเรือน จำนวนประชากร 7,632 คน ประชากรชาย 3,831 คน ประชากรหญิง 3,801 คน การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนยังไม่มีชมรมคนพิการและขาดผู้ช่วยคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ผ่านการฝึกอบรม มีการค้นหาคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนเพื่อให้ได้รับการดูแลด้านสวัสดิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้

ได้รับเบี้ยความพิการ 800 บาทต่อเดือน และการจดทะเบียนคนพิการทางการเคลื่อนไหวรายใหม่ยังขาดการอำนวยความสะดวกในหลายๆ ด้าน ทำให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวรายใหม่ไม่ยอมขึ้นสิทธิคนพิการ จากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวพบปัญหาจากการดำเนินงานระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ผ่านมาสรุปได้เป็น 4 ประเด็นคือ ปัญหาภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานที่ชัดเจน ปัญหาความเข้าใจในการทำงานและขาดทักษะการทำงานเป็นทีม ปัญหาการบูรณาการทำงานของแต่ละหน่วยงาน ปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

## ผลกระบวนการ

1.1 ลักษณะทางประชากรของคนพิการทางการเคลื่อนไหวตำบลหินเหล็กไฟ พบว่าเพศ

ชายร้อยละ 75.9) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 34.5) ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 43.1) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.4) รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 36.2) ซึ่งไม่เพียงพอ (ร้อยละ 56.9) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 56.9) เป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 58.6) ระยะเวลาของความพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ต่ำกว่า 20 ปี (ร้อยละ 82.8) สาเหตุความพิการพิการจากโรคและความเจ็บป่วย (ร้อยละ 50)

1.2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการพัฒนาระบบพบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ.05 แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวรายด้านก่อนและหลังได้รับการดูแลตามระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชน จำนวน (n=58)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	M	SD	M	SD		
1. ด้านการบริโภคอาหาร	2.31	0.21	2.48	0.20	7.54	<0.001*
2. ด้านการออกกำลังกายและการฟื้นฟูสภาพ	2.07	0.27	2.30	0.25	7.77	<0.001*
3. ด้านการพักผ่อน	2.22	0.30	2.37	0.26	3.38	<0.001*
4. ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษา	2.12	0.27	2.36	0.26	6.85	<0.001*
5. ด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด	2.10	0.28	2.43	0.23	8.12	<0.001*
โดยรวม	2.17	0.12	2.39	0.09	15.16	<0.001*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.3 คนพิการมีความพึงพอใจต่อการพัฒนา ระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดย ชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุดเป็นร้อยละ 87.9 (M=4.39,SD=0.19) แสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ความพึงพอใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยภาพรวม หลังการพัฒนา ระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชน จำนวน (n=58)

ระดับความพึงพอใจ		จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	(คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00)	51	87.9
มาก	(คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20)	7	12.1

(M=4.39, SD = 0.19)

1.4 ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลคน พิการตาบอดหูหนวกเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.5) เพศชาย (ร้อยละ 15.5) มีอายุ 41 - 50 ปี (ร้อยละ 34.5) ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 44.8) อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 46.6) มีความเกี่ยวข้องกับคนพิการส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว (ร้อยละ 93.1) ระยะเวลาการดูแลคนพิการ 1 - 10 ปี (ร้อยละ 58.6)

1.5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติต่อคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการพัฒนาระบบพบว่า การปฏิบัติ ต่อคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงใน ตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติต่อคนพิการทางการเคลื่อนไหวของ ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติต่อคนพิการ	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติ ต่อคนพิการ			
	M	SD	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	2.05	0.19	11.23	<0.001*
หลังการพัฒนา	2.32	0.24		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่า เฉลี่ยของเจตคติก่อนและหลังการพัฒนาระบบพบ

ว่าเจตคติมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 แสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติต่อความพิการและคนพิการของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา

คะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อความพิการและ คนพิการ	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ			
	M	SD	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	3.33	0.22	6.50	<0.001*
หลังการพัฒนา	3.84	0.23		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.7 ผู้ดูแลคนพิการมีความพึงพอใจจาก พัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 60.3 และมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 39.7 แสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** จำนวน ร้อยละ ความพึงพอใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยภาพรวม หลังการพัฒนา ระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยชุมชน จำนวน (n=58)

ระดับความพึงพอใจ		จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	(คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00)	35	60.3
มาก	(คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20)	23	39.7

(M = 4.23, SD = 0.24)

### ขั้นวางแผน

โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อจัดทำแผนสุขภาพปี 2559 การวางแผนใช้กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม (AIC) โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ระดมความคิดเห็น เพื่อวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์รวบรวมข้อมูลและสรุปภาพรวมปัญหาสาเหตุและกำหนดแนวทางการแก้ไขจัดทำแผนงานโครงการ และพัฒนาเป็นแผนปฏิบัติการ และร่วมติดตามประเมินผลในกระบวนการพัฒนาการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

### ขั้นดำเนินการ

ได้มีการดำเนินการตามกิจกรรม/โครงการ และปฏิบัติตามแผนที่กำหนด

ขั้นติดตามประเมินผล

ติดตามประเมินผลหลังการดำเนินงาน เกิดผลลัพธ์ใน 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสาธารณสุข ได้มีการออกเยี่ยมบ้านตามแผนที่วางไว้ มีการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการลงพื้นที่จริงเพื่อสอนการปฏิบัติจริงกับตัวคนพิการ และมีการติดตามดูแลคนพิการโดยทีมสหวิชาชีพ เกิด

โครงการจัดหากายอุปกรณ์สำหรับคนพิการช่วยเหลือคนพิการให้ได้รับความสะดวกในการเคลื่อนย้ายตนเองและลดภาระความช่วยเหลือของผู้ดูแลหรือญาติในการประกอบกิจวัตรประจำวันเกิดการจัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ให้ยืมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

2. ด้านการศึกษา จากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมจึงได้เลือกครูเข้ามามีบทบาทในด้านการศึกษาคด้วย แต่กลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุจึงทำให้ไม่สนใจในด้านนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มองแค่เป็นการศึกษาในห้องเรียนเท่านั้น แต่หมายถึงเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตก็คือการศึกษา

3. ด้านสังคมเกิดการเชื่อมโยงการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในสังคม ผู้นำชุมชน ชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนในการดูแลคนพิการจัดตั้งชมรมคนพิการเพื่อช่วยเหลือคนพิการ ให้การช่วยเหลือและพิทักษ์สิทธิคนพิการ ให้ความรู้และคำปรึกษาตามสิทธิทางกฎหมายของคนพิการให้ความช่วยเหลือในการขึ้นทะเบียนสิทธิคนพิการรายใหม่ การมีบริการรถรับ - ส่งเพื่อขอใบรับรองความพิการ และการประสานงานในการทำบัตรคนพิการรายใหม่โดยที่คนพิการไม่ต้องเดินทางไปเอง การให้ความช่วยเหลือในการต่อบัตรคนพิการรายเก่า มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ โครงการสงเคราะห์คนพิการและไรที่พึ่ง ให้ได้รับการช่วยเหลือ ทั้งด้านการเงินหรือสิ่งของที่อยู่อาศัยและห้องน้ำ

4. ด้านการเลี้ยงชีพ ได้มีการจัดตั้งโครงการฝึกอาชีพให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการในเขตเทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ ในส่วนของเขตการ

ปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลหินเหล็กไฟไม่มีโครงการนี้ ถ้ามีผู้สนใจในการฝึกอาชีพจะให้ผู้เข้าอบรมที่ผ่านการฝึกอาชีพแล้วช่วยสอนความรู้ด้านอาชีพให้

5. ด้านการเสริมพลัง มีการจัดตั้งชมรมคนพิการโดยทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและให้ความช่วยเหลือคนพิการ โดยมีเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยให้คำปรึกษาและประสานงานแต่ยังขาดคนพิการที่จะเข้ามาเป็นตัวหลักเพื่อช่วยคนพิการด้วยกันเอง

### ขั้นตอนผลการดำเนินการ

การประชุมเวทีถอดบทเรียนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ 1) ผู้นำชุมชนได้แก่ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และ อสม. ผู้นำเข้มแข็งใส่ใจในปัญหาการดูแลคนพิการมีความกระตือรือร้นในการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและพร้อมเพียง ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบการออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกันจนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2) ชุมชนเห็นพร้อมและมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำแผนและการปฏิบัติการมีการรวมกลุ่มกันเป็นชมรมเพื่อให้เกิดพลังในการทำงานและช่วยเหลือคนพิการในชุมชนดังจะเห็นได้จากผลการสังเกตการมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานการดูแลคนพิการและการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ

3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ให้การกำกับติดตามประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

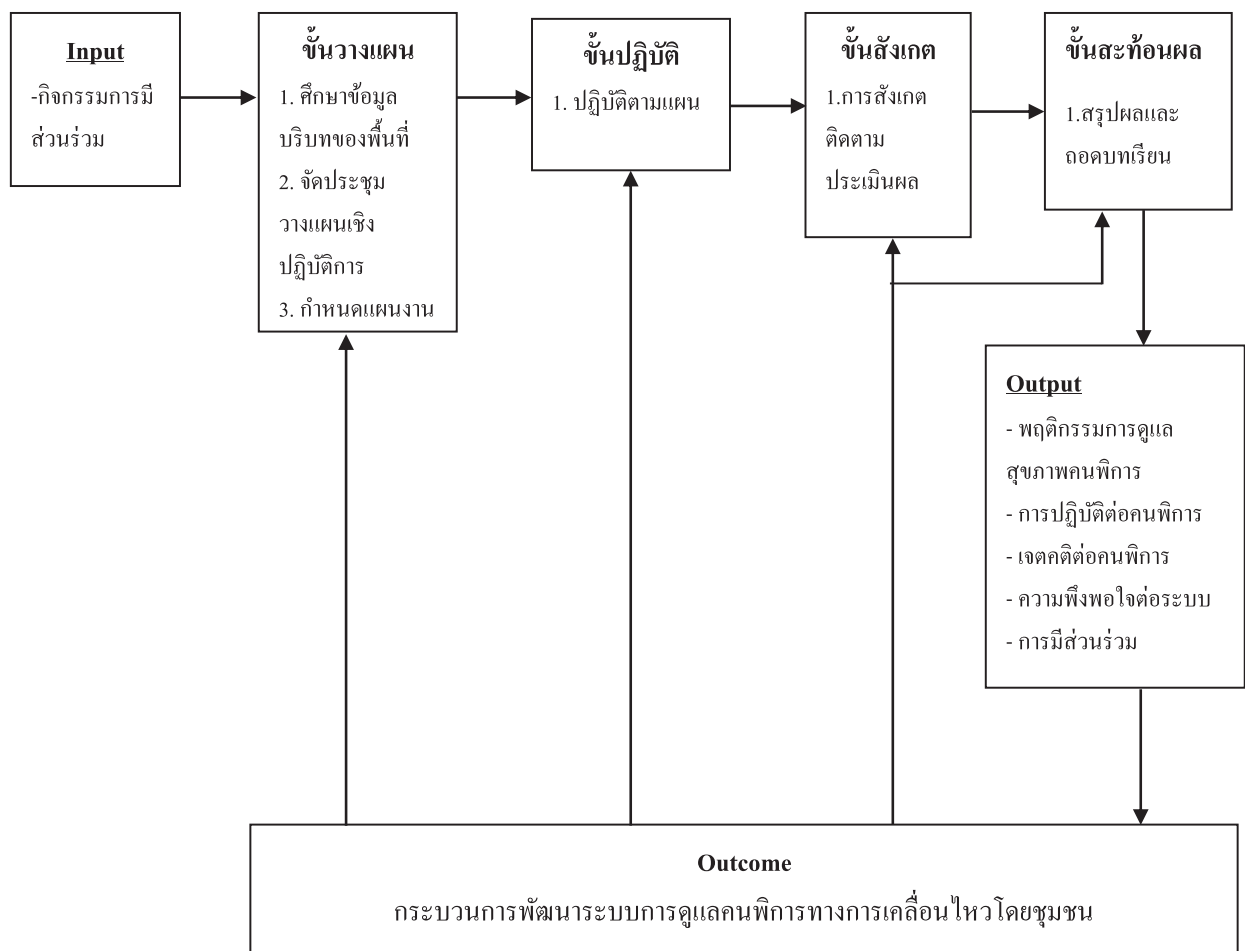


เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องแสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทาง/โครงการ/แผนงานที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น

4) ภาศึภาครัฐมีบทบาทคอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานคอยให้คำปรึกษาอำนวยความสะดวกติดตามประสานงานกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชนและร่วมประเมินผลสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานดูแลคนพิการเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

### กรอบแนวคิด



## อภิปรายผลการวิจัย

จากการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่าก่อนการดำเนินงานการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว การทำงานแยกส่วนของหน่วยงานต่างๆ เกิดความไม่เชื่อมโยงจากการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุและวางแผนแก้ไขปัญหาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เท่านั้น ทำให้การแก้ไขปัญหาไม่ไปในทิศทางเดียวกันเกิดการแก้ปัญหาไม่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายไม่สอดคล้องกับบริบทชุมชนผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อต้องการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนในการพัฒนาระบบเกิดการแก้ไขปัญหาตรงตามความต้องการชุมชนเป็นการฟังเสียงจากประชาชนโดยนำแนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) จากการศึกษาพบว่าประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของดำเนินงานตั้งแต่จุดเริ่มต้นไปจนถึงการพัฒนาระบบจนได้ระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่แตกต่างไปจากเดิมแล้วนำไปปฏิบัติงานจริงในชุมชนและสุดท้ายประชาชนได้ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานเป็นกระบวนการที่จะทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งเข้าใจและแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเองอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืน ผลการดำเนินงานในการศึกษานี้สอดคล้องกับมนตรี จันทรา (2554) ได้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วม ตำบล

หนองบัว อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์พบว่าหลังเสร็จสิ้นการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้เทคนิคกระบวนการ AIC ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนทุกกลุ่มได้ตระหนักมองเห็นปัญหาและความรุนแรงของปัญหาที่แสดงออกจากรูปร่างของคนที่ได้อย่างดีต่อการเสนอแนะการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นและกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเกิดแนวทางและกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวและเครือข่ายในการดูแลสุขภาพสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่งผลให้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นในทุกด้านและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้พิการ นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับรักษา สิมเทพ (2551) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคของชุมชนโดยเทคนิค AIC บ้านโสกนาครตำบลวังม่วงอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่นพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาโดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่ตนเองเผชิญอยู่การมีส่วนร่วมจะทำให้ผู้ป่วยรู้ปัญหาสุขภาพของตนเองเกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวการมีผู้นำชุมชนมีศักยภาพและเข้มแข็งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน การมีความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรมจะช่วยสร้างความตระหนักให้

ชุมชนเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือและดูแลคนพิการเพราะผู้นำชุมชนมีผลต่อความน่าเชื่อถือได้รับความศรัทธาจากคนในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดพลังในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับรัชนี สรรเสริญ และคณะ (2553) ได้ศึกษาศึกษาการบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จคือผู้นำมีความตระหนักและเห็นความสำคัญกับการพัฒนางานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง มีกำหนดนโยบายและแผนเป็นลายลักษณ์อักษรโดยอยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงหลักฐานที่เชื่อถือได้และเกิดกระบวนการจัดทำอย่างมีส่วนร่วม ส่งผลให้การทำงานเป็นเครือข่ายสุขภาพแบบหุ้นส่วนที่เข้มแข็งทั้งภายในภายนอกองค์กรผลการศึกษายังสอดคล้องกับนาวิกัศ มุลสาร (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านห้องแซงตำบลห้องแซงอำเภอเลิงนกทาจังหวัดยโสธรพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนคือศักยภาพของผู้นำและแกนนำกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมและทุนทางสังคมของชุมชนเนื่องจากทุนทางสังคมเป็นทุนที่เกิดจากการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำบนฐานของความไว้วางใจกันมีความผูกพันศรัทธาเชื่อมั่นและมีวัฒนธรรมที่ดีงาม

การพัฒนาารูปแบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจ เพราะการที่ประชาชนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเอง

ตระหนักถึงจุดหมายปลายทางของตนและชุมชนอันนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนนอกจากนี้ชุมชนยังสามารถบูรณาการทางานร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ และให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนด้วยซึ่งสอดคล้องกับ สร้อยสุรินทร์ น้อยบุคดี (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนตำบลปะหลานอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคามพบว่าความสำเร็จมาจากการทำงานร่วมกันเป็นทีมและการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่โดยมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดนวัตกรรมที่เป็นของตัวเองซึ่งเป็นการประยุกต์ในการเฝ้าระวังกำกับกันเองของชุมชน

การดำเนินงานในชุมชนปัจจัยสู่ความสำเร็จนอกจากการมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้วสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ กำกับติดตามเจ้าหน้าที่ภาครัฐ คอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาอำนวยความสะดวกติดตามประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชนและร่วมประเมินผลสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานดูแลคนพิการ ซึ่งสอดคล้องกับ มยุรี บุญศักดิ์ (2554) ได้ศึกษาระบบการจัดการสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานีพบว่าปัจจัยความสำเร็จในการจัดการระบบสุขภาพคนพิการ คือ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ในชุมชน หน่วยงานในพื้นที่ ที่คอยสนับสนุนงบประมาณและวิชาการ ช่วยประสาน

งานหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการดูแลคนพิการ ส่งผลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ต้องส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดูแลคนพิการโดยใช้พลังความร่วมมือของทุกฝ่ายนับตั้งแต่วิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานร่วมรับผิดชอบในผลการดำเนินงานโดยให้มีการร่วมสรุปบทเรียนร่วมกัน นำไปสู่การพัฒนาเพื่อค้นแนวทางแก้ไขปัญหายั่งยืนต่อไป

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมสามารถใช้เป็นรูปแบบในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดูแลคนพิการหรือผู้ด้อยโอกาสในกลุ่มอื่นๆ ได้ โดยจะต้องทำความเข้าใจในแนวคิดและเทคนิควิธีการมีส่วนร่วมและมีความเชื่อมั่นในแนวคิดการมีส่วนร่วมคือเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เข้าร่วมในกระบวนการโดยทุกคนมีความเสมอภาคมีความเป็นเจ้าของเกิดความภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วมซึ่งจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จของงานสูง

3. ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานบริการสาธารณสุขควรมีฐานข้อมูลคนพิการและฐานข้อมูลผู้ดูแลคนพิการมีการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นการเชื่อมข้อมูลในชุมชนเนื่องจากความต้องการและสิทธิคนพิการมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์

หรืออาจมีความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยเพื่อทดแทนอุปกรณ์เดิมเช่นกายอุปกรณ์ที่คนพิการเคยได้รับมาหลายสิบปีและเสื่อมสภาพไปแล้ว เป็นต้น

4. ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลคนพิการ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม ที่จะดำเนินการดูแลคนพิการในพื้นที่ต่างๆ เพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาวต่อไปเพื่อดูความยั่งยืนของกิจกรรมและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพคนพิการ

2. ควรนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มคนในชุมชนหรือกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสถานบริการด้านสาธารณสุข

### เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2558, 5 กรกฎาคม). การดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการทั่วประเทศ เดือน มิถุนายน 2558. สืบค้นจาก [http://www.msociety.go.th/more\\_new.php?cid=18](http://www.msociety.go.th/more_new.php?cid=18)
- นาถวิทย์ มุสสาร. (2556). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมี

- ส่วนร่วมของชุมชนบ้านห้องแซง ตำบลห้องแซง อำเภอเสิงสาง จังหวัดยโสธร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- มนตรี จันทา. (2554). รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วม ตำบลหนองบัว อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- มยุรี บุญศักดิ์. (2554). ระบบการจัดการสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- มยุรี ผิวสุวรรณ และคณะ. (2556). *CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community Based Rehabilitation)*. กรุงเทพมหานคร: พรีเมียมเอ็กซ์เพรส.
- รักษณา สิงห์เทพ. (2551). การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคของชุมชนโดยเทคนิค AIC :กรณีศึกษาบ้านโสกนาค ตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- รัชณี สรรเสริญ และคณะ. (2553). การบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการปฐมภูมิบทเรียนรู้จากประเทศไทย. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 3(2), 99-113.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินเหล็กไฟ. (ม.ป.ป.). *สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2558*. บุรีรัมย์. โรงพยาบาลคูเมือง (ม.ป.ป.). *งานประเมินมาตรฐาน PCA ขั้นที่ 3*. [ม.ป.พ.].
- สร้อยสุรินทร์ น้อยบุตดี. (2557). *การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนตำบลปะหลาน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *สรุปเบื้องต้นการสำรวจประชากรผู้พิการในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2550). *พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.
- องค์การอนามัยโลก. (2547). *บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ: ICF (ฉบับภาษาไทย)*. กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (2000). Participatory Action Research. In Denzin, K.N., Lincoln, S.Y. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publication.
- World Health Organization. (2004). *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities*.



Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2005). *Disability  
and Rehabilitation WHO Action Plan  
2006-2011*. [N.P].