

การพัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชนโดยใช้ข้อมูล สมรรถนะคนพิการ

นริสา วงศ์พานารักษ์*

ศิรินาถ ทองศิริ†

บังอร กุมพล‡

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมผ่านแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในการขับเคลื่อนงาน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชน โดยใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการร่วมกับการศึกษาความรู้และทัศนคติต่อการดูแลคนพิการ การดำเนินการมี 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา/ความต้องการ/การวางแผน 2) พัฒนาระบบการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม 3) ประเมินและสรุปผลการศึกษา ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยจำนวน 52 คน เป็นบุคลากรที่ดูแลคนพิการจาก 4 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากแบบสอบถาม การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การจดบันทึกภาคสนาม การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ และการสัมภาษณ์ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการศึกษา จนได้พัฒนาระบบการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) คัดกรองเบื้องต้น 2) เลือกกลุ่มเป้าหมาย 3) ประเมินระดับความพิการและความต้องการโดยสหสาขาวิชาชีพด้วยแบบสอบถามข้อมูลสมรรถนะคนพิการที่พัฒนาจากแนวคิด ICF และนำข้อมูลมาใช้กำหนดปัญหาและค้นหาความต้องการของคนพิการในชุมชน 4) ให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามความต้องการ 5) ประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่าความรู้และทัศนคติต่อการดูแลคนพิการ ความคิดเห็นต่อกระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงเสนอให้มีการสร้างความเข้าใจในการใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ เพื่อประโยชน์ในการหากระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนที่เหมาะสม ความสำเร็จของกระบวนการขึ้นอยู่กับผลการดำเนินงานทั้ง 5 ขั้นตอน และการมีส่วนร่วมในการสร้างข้อตกลงการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย อีกทั้งเสนอให้มีการขยายเครือข่ายผู้ดูแลคนพิการ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน คือ คนพิการและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ, กระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

Abstract The Development of Participatory Community-based Rehabilitation Program for Persons with Disabilities in the Community

Narisa Wongpanarak*, Sirinart Tongsi†, Bungon Kumphon‡

*Faculty of Nursing, Mahasarakham University, †Faculty of Medicine, Mahasarakham University,

‡Faculty of Science, Mahasarakham University

This is a participatory action research using a community-based rehabilitation model as a conceptual framework. The research aims to develop caretaking programs for persons with disabilities (PWDs) in the community through the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) data and explore the participants' basic knowledge and attitudes towards PWDs. The study comprised of three phases: 1) situation and health needs analysis and planning; 2) development of participa-

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, †คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ‡คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

tory program for PWDs; and 3) evaluation. Fifty-two participants working with PWDs from four provinces (Roiet, Khonkaen, Mahasarakham and Kalasin) were involved. Quantitative and qualitative data were collected through questionnaire, seminar workshops, observations, field notes and informal interviews. All participants were involved in all three phases. The participatory rehabilitation program comprised of five steps: 1) initial screening; 2) target group selection; 3) function and need assessment; 4) provision of care; and 5) engagement across different organizations. Knowledge, attitude and satisfaction toward participatory rehabilitation programs for PWDs were improved after the workshops. Comprehension of the PWD functioning data should be encouraged among participants. An appropriate program should be developed from the multidisciplinary teamwork across different organizations following the five steps as mentioned. Care network should also be expanded to improve the quality of life of the PWDs and families.

Keywords: *Participatory Action Research, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Community-based rehabilitation program*

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยเริ่มมีการสำรวจความพิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2517 โดยรวมไว้ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ซึ่งทำการสำรวจทุก 5 ปี แต่เนื่องจากความต้องการใช้ข้อมูลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และในขอบเขตที่เฉพาะเจาะจงทั้งกว้างและลึกขึ้น ในรอบปี พ.ศ.2545 จึงแยกออกมาเป็นการสำรวจเฉพาะความพิการและภาวะทุพพลภาพเป็นครั้งแรก และในปี พ.ศ.2550 ซึ่งเป็นการสำรวจครั้งที่ 2 จึงเปลี่ยนชื่อเป็นการสำรวจความพิการ รวมทั้งเปลี่ยนมุมมองความพิการจากการมีลักษณะความพิการ และการมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เรียกว่าภาวะทุพพลภาพ ไปสู่มุมมองที่เน้นสมรรถนะหรือความสามารถหรือความยากลำบากในการทำกิจกรรมประจำวัน จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2550 พบว่า จากประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน เป็นคนพิการ 1.9 ล้านคน หรือร้อยละ 2.9 ซึ่งเพิ่มจากปี พ.ศ.2544 ที่มีคนพิการเพียง 1.1 ล้านคน ประชากรที่พิการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย คือประมาณ 1 ล้าน และ 9 แสนคน หรือร้อยละ 3.0 และ 2.7 ตามลำดับ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรพิการสูงสุดลำดับ 1 และ 2 คือร้อยละ 4.4 และ 3.5 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราความพิการของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽¹⁾

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดไว้ว่าคนพิการเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดใน

การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด และมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และต้องได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้ ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึงการเสริมสร้างสมรรถภาพ การจัดสวัสดิการ การส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้⁽²⁾ การดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจึงเป็นไปเพื่อเพิ่มสมรรถนะและคุณภาพชีวิตของคนพิการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดทำฐานข้อมูลที่สะท้อนสมรรถนะและคุณภาพชีวิตของคนพิการเพื่อใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อมูลสมรรถนะคนพิการมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลที่สอดคล้องความต้องการและตอบสนองต่อความจำเป็นและความเป็นมนุษย์บัญญัติสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) เป็นเครื่องมือที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ.2544 เพื่อให้แนวทางสำรวจและประเมินความพิการด้าน



ความสามารถและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตที่เป็นผลมาจากความพิการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน⁽³⁾ และนับตั้งแต่ได้มีการจัดพิมพ์ฉบับทดลองใน ปี ค.ศ.1980 จนปัจจุบันได้ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลสมรรถนะ (Functioning) วิจัย บำบัดรักษา และวางนโยบายทางสังคมการศึกษาและจัดหาอาชีพให้กับคนพิการ ข้อมูลสมรรถนะคนพิการยังนำมาใช้กำหนดคำอธิบายสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของร่างกายมนุษย์และข้อจำกัด และใช้เป็นตัวกำหนดสำหรับการบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ง่ายต่อการประมวลผลข้อมูลด้านสุขภาพ⁽⁴⁾

ข้อมูลสมรรถนะคนพิการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประกอบด้วย ส่วนที่หนึ่ง คือการทำหน้าที่ของร่างกายและความพิการ ได้แก่ การทำงานของร่างกาย (รวมทั้งการทำงานด้านจิตใจ) (body functions) และโครงสร้างของร่างกาย (body structures) กิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activity and participation) ส่วนที่สอง ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factor) และปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor)⁽³⁾ ในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาแบบสอบถามเพื่อสำรวจสมรรถนะของคนพิการและนำไปใช้ในการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อหาความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคมในจังหวัดนครพนม⁽⁵⁾ หลังจากนั้น ได้นำไปใช้สำรวจคนพิการในจังหวัดหนองบัวลำภูและอีกหลายพื้นที่ในความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 7 ขอนแก่น

ข้อมูลสมรรถนะคนพิการที่พัฒนาขึ้นมาจากแนวความคิด ICF สามารถนำมาใช้ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation หรือ CBR) องค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) และองค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ร่วมกันกำหนดความหมายของ CBR ว่าเป็น “กลยุทธ์ที่ใช้ควบคู่ไปกับการพัฒนาชุมชนเพื่อให้คนพิการมีโอกาสได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีโอกาสเท่าเทียมกับคนไม่พิการ ลดความยากจน และอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี” CBR จึงเป็นความร่วมมือระหว่าง คนพิการ ครอบครัว

คนพิการ กลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษา การพัฒนาอาชีพ การพัฒนาสังคมและอื่นๆ⁽⁶⁾ ข้อมูลสมรรถนะคนพิการมีส่วนสำคัญที่จะช่วยค้นหาปัญหาและความต้องการของคนพิการ และระบุปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้คนพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและไม่สามารถอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี ข้อมูลนี้จะทำให้ผู้ที่ทำงาน CBR จากหลากหลายภาคส่วนได้เห็นปัญหาและกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจนและร่วมมือกันทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหตุนี้ข้อมูลสมรรถนะจึงเปรียบเสมือน “ภาษา” (common language) ที่ใช้สื่อสารกันระหว่างคนทำงาน CBR⁽⁷⁾ Madden และคณะได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและสรุปว่าแนวคิด ICF สามารถใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน CBR ได้⁽⁸⁾

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ใช้ได้ผลดีกับคนพิการในหลายการศึกษา ดังเช่น การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลสกลนคร⁽⁹⁾ และการพัฒนากระบวนการจัดการเรียนรวมสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ⁽¹⁰⁾ ซึ่งประสบผลสำเร็จโดยเน้นปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินความต้องการของผู้รับบริการและหน่วยงาน พัฒนาบุคลากร วางแผนจัดการระบบ ดำเนินการตามแผน และร่วมประเมินผลการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังใช้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการค้นหาคนพิการในชุมชน ซึ่งมีความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรและลดต้นทุนในการค้นหาคนพิการในชุมชน อีกทั้งมีประโยชน์ในการเริ่มต้นการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน⁽¹¹⁾ การพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารในประเทศเคนยา ก็ใช้ความร่วมมือระหว่างชุมชนและนักวิจัย โดยพัฒนากระบวนการที่เป็นที่ยอมรับในชุมชน จนประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี⁽¹²⁾

คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชนโดยใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการผ่านแนวคิดการฟื้นฟู

สมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายตลอดกระบวนการ และขยายเครือข่ายการทำงานร่วมกัน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการและครอบครัว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) พัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องโดยใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ 2) ศึกษาความรู้และทัศนคติต่อการดูแลคนพิการในชุมชน

ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Stringer⁽¹³⁾ และแนวคิดของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนขององค์การอนามัยโลก หรือ CBR⁽¹⁴⁾ ในการขับเคลื่อนงาน มีเป้าหมายในการปรับปรุงสถานการณ์ที่กำลังมีปัญหา ซึ่งเกิดจากการร่วมระหว่างนักวิจัยและผู้ร่วมดำเนินการวิจัยที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเป็นผู้เผชิญปัญหานั้นๆ ในการระบุปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติและประเมินผล ส่งผลให้เกิดการสร้างเสริมศักยภาพและพลังอำนาจแก่ทุกภาคีเครือข่าย ผู้เกี่ยวข้อง นำกระบวนการสนทนาหรือสนทนา (dialogue)⁽¹⁵⁾ เพื่อช่วยให้ความเข้าใจตนเอง เข้าใจคนอื่น เข้าใจความพิการ และเข้าใจคนพิการ และร่วมกันพัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการได้

กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ร่วมดำเนินการวิจัย คือบุคคลที่รับผิดชอบการดูแลคนพิการโดยตรงที่สมัครใจและยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีปัญหาการสื่อสาร ผู้วิจัยหลัก ผู้ช่วยวิจัย และผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ และในการเผยแพร่ผลการศึกษา ผู้วิจัยจะใช้ชื่อสมมติแทนชื่อจริง หรือนำเสนอในภาพรวม การคัดเลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเป็นแบบเจาะจง (purposive sampling) จาก 4 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ซึ่งถูกคัดเลือกเป็นพื้นที่นำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น การเก็บข้อมูลสมรรถนะคนพิการมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 13 กรกฎาคม 2555 - 12 มิถุนายน 2556 มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 รุ่น รุ่นที่ 1 วันที่ 7-9 พฤศจิกายน 2555 รุ่นที่ 2 วันที่ 20-22 กุมภาพันธ์ 2556

เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามและแนวคำถามสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา จังหวัด ตำแหน่งประสบการณ์การดูแลคนพิการ มีญาติและบุคคลใกล้ชิดเป็นคนพิการ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับคนพิการและข้อมูลสมรรถนะคนพิการจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบถูก ผิด ค่าคะแนนตอบผิดคือ 0 และตอบถูกคือ 1 คะแนน มีช่วงคะแนน 0-15 ค่าคะแนนมากหมายถึงมีความรู้มาก

ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการดูแลคนพิการ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ค่าคะแนนไล่จาก 1-5 คะแนน มีช่วงคะแนน 10-50 ค่าคะแนนมากหมายถึงมีทัศนคติดีมาก

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อกระบวนการดูแลคนพิการแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ค่าคะแนนไล่จาก 1-5 คะแนน มีช่วงคะแนน 10-50 ค่าคะแนนมากหมายถึงเห็นด้วยมาก

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจต่อการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 11 ข้อเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ค่าคะแนนไล่จาก 1-5 คะแนน มีช่วงคะแนน 10-55 ค่าคะแนนมากหมายถึงพึงพอใจมาก

ตลอดระยะเวลาวิจัย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ การตอบแบบสอบถาม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ การจดบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์ตามแนวคำถาม การสัมภาษณ์ทั้งในขณะดำเนินการโครงการและเมื่อสิ้นสุดโครงการ ในการสัมภาษณ์และการนำเสนอข้อมูลต่อกลุ่ม นักวิจัยขออนุญาตบันทึกเสียง ถ่ายภาพหรือจดบันทึกทุกครั้ง



การเก็บข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ประสานหน่วยงาน/องค์กรภาคี/ชุมชน ชี้แจงโครงการวัตถุประสงค์ของโครงการ สร้างความเข้าใจร่วมกัน สร้างความตระหนักความสำคัญในการดูแลคนพิการในชุมชน และขออนุญาตการตัวแทนของหน่วยงานที่ดูแลคนพิการในชุมชนมาร่วมโครงการ รวมทั้งให้มีการตอบรับเข้าร่วมโครงการ
2. การจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นเวทีรับฟังความคิดเห็นและสรุปข้อมูลสมรรถนะคนพิการ
3. สร้างความเข้าใจตนเองและคนอื่น รวมทั้งความพิการและปรับทัศนคติที่ดีต่อการดูแลคนพิการโดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา
4. พัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Stringer⁽¹³⁾ ร่วมกับแนวคิด CBR⁽¹⁴⁾ กล่าวคือ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความต้องการของคนพิการ ร่วมกันจากผลการสำรวจข้อมูลสมรรถนะคนพิการ วางแผนและออกแบบ รวมทั้งสะท้อนความคิดร่วมกัน จนได้ข้อสรุปกระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม จากนั้นสรุปและประเมินผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงการทำงาน เป็นระยะเวลา 1 เดือนโดยการสัมภาษณ์ และใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา⁽¹⁵⁾ เพื่อช่วยทำความเข้าใจในตนเองและคนอื่น ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง การดำเนินการมี 3 ระยะ คือระยะที่ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาคนพิการในชุมชนจากการทำงานวรรณกรรม ตอบแบบสอบถาม สังเกต สัมภาษณ์ ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เกิดการสะท้อนการเข้าใจตนเองและคนอื่นผ่านกิจกรรมในกระบวนการสุนทรียสนทนา แล้วนำข้อมูลสมรรถนะคนพิการในแต่ละพื้นที่มาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการและวางแผนร่วมกัน ระยะที่ 2) พัฒนากระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ ระยะที่ 3) ประเมินและสรุปผลการศึกษา
5. สรุปกระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งสร้างพันธะสัญญาร่วมกัน เพื่อเกิดเครือข่ายในการทำงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ความรู้และทัศนคติต่อการดูแลคนพิการ ความคิดเห็นต่อกระบวนการดูแลคนพิการแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น และความพึงพอใจต่อการประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ และร้อยละ
 2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบสอบถามปลายเปิด การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ การจดบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อดูความสอดคล้องของผลการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยและผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเป็นผู้วิเคราะห์ก่อนการวิจัยและขณะดำเนินการ
- วิธีข้างต้นใช้ในขั้นตอนติดตามประเมินผลด้วย เพื่อประเมินและติดตามความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงในการนำกระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการทำงาน อีกทั้งผู้วิจัยใช้วิธีพรรณนาเชิงคุณภาพ โดยการบรรยาย การวิเคราะห์ และการแปลผล เพื่อเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละกระบวนการ

ผลการศึกษา

ในการศึกษานี้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยคือผู้ดูแลคนพิการจากภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง รุ่นที่ 1 จำนวน 26 คน รุ่นที่ 2 จำนวน 40 คน รวมทั้งสิ้น 66 คน ตอบแบบสอบถามครบถ้วนและส่งคืนทั้งสิ้น 52 คน คิดเป็นร้อยละ 78.7 ผลการศึกษามีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยรุ่น 1 และรุ่น 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.2 และ 65.4 อายุเฉลี่ย 36 ปีและ 37.6 ปี มีประสบการณ์ทำงานกับคนพิการเฉลี่ย 4.8 ปี และ 7.6 ปี มีญาติและบุคคลใกล้ชิดเป็นคนพิการ ร้อยละ 29.6 และ 16.7 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 74.1 และ 76.9 มาจากจังหวัดขอนแก่นและร้อยเอ็ด ร้อยละ 33.3 และ 30.5 มีตำแหน่งเป็นนักกายภาพบำบัดร้อยละ 37.0 และ 26.9 ตามลำดับ

2. กระบวนการพัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมและผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

กระบวนการพัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการ 3 ระยะ คือ

2.1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา /วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ/การวางแผน

คณะผู้วิจัยเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างมีส่วนร่วม และฝึกกระบวนการสุนทรียสนทนาเพื่อการเข้าใจความพิการและการใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ ที่จัดโดยสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ จำนวน 6 วัน ในวันที่ 10-15 เดือนกรกฎาคม 2555 เพื่อเรียนรู้แนวความคิดความพิการและกระบวนการสุนทรียสนทนา และนำองค์ความรู้และแนวความคิดมาต่อยอดสู่การพัฒนางานวิจัยและการทำงาน จากนั้นได้ทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ มีการประชุมทีมงาน พัฒนาข้อเสนอโครงการเมื่อได้รับอนุมัติ จึงประสานหน่วยงาน/องค์กรภาคี/ชุมชนชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การวิจัยและสร้างความเข้าใจร่วมกัน สร้างความตระหนักความสำคัญในการดูแลคนพิการในชุมชน ประสานงานทางโทรศัพท์และหนังสือราชการเพื่อขอดำเนินการวิจัย ถึงหัวหน้าของหน่วยงานต่างๆ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ และผลที่คาดหวัง และอธิบายวิธีดำเนินการวิจัยอย่างมีส่วนร่วมให้ทราบ รวมทั้งขอเชิญเข้าร่วมโครงการ จากนั้นจึงวางแผนดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการจากบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2.2) พัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ

รายละเอียดผลของการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 มีดังนี้

การวางแผน

การศึกษาค้นคว้าดำเนินการวิจัยตามที่วางแผนไว้ทุกระยะคือ ก่อนจัดประชุมเชิงปฏิบัติการได้มีการประชุมทีมคณะผู้วิจัย

เพื่อมอบหมายงาน สรุปสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ มีการหารือเนื้อหา กิจกรรมและแจ้งรายชื่อผู้ร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และอภิปรายเนื้อหาเพื่อจัดกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ การเตรียมการรุ่นที่ 2 มีการประชุมทีมงานและวิทยากร เพื่อสรุปงานครั้งที่ 1 และเตรียมการก่อนการดำเนินการจัดประชุมในรุ่นที่ 2 เพื่อร่วมกันพิจารณาเนื้อหาและประเด็นในการศึกษา และรายงานผลความก้าวหน้าในการประสานงาน และการเตรียมการก่อนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

คณะผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการมีการทำกิจกรรม 3 วัน เวลา 9.00-16.00 น. ดังนี้

กิจกรรมในวันที่หนึ่ง: กระบวนการสุนทรียสนทนา เพื่อทำความเข้าใจตนเองและคนอื่น เข้าใจความพิการคนพิการและผู้ร่วมงานอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น ร่วมกันสร้างสถานการณ์จำลองความพิการประเภทต่างๆ

กิจกรรมในวันที่สอง: การบรรยายแนวคิดข้อมูลสมรรถนะคนพิการ และแบ่งกลุ่มปฏิบัติการ ใช้ข้อมูลสมรรถนะวิเคราะห์ ระดมความคิดในการพัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

กิจกรรมในวันที่สาม: การนำเสนอกระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น และอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน รวมทั้งสรุปกระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

จะเห็นได้ว่า ทีมจากภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการ ได้สะท้อนข้อมูลการดูแลคนพิการในชุมชน โดยสรุปจะเป็นงานประสานงานและขึ้นทะเบียน การจัดสวัสดิการสังคม การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้านคนพิการ และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป้าหมายในการดูแลคนพิการคือ ช่วยให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดูแลตนเองได้ แก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการของคนพิการ และช่วยให้คนพิการเข้าถึงสิทธิประโยชน์และระบบบริการต่างๆ ทั้งนี้พบว่า การนำข้อมูลสมรรถนะคนพิการมาใช้สำรวจคนพิการในชุมชน จะช่วยตอบโจทย์การทำงานและครอบคลุมการประเมินเบื้องต้น

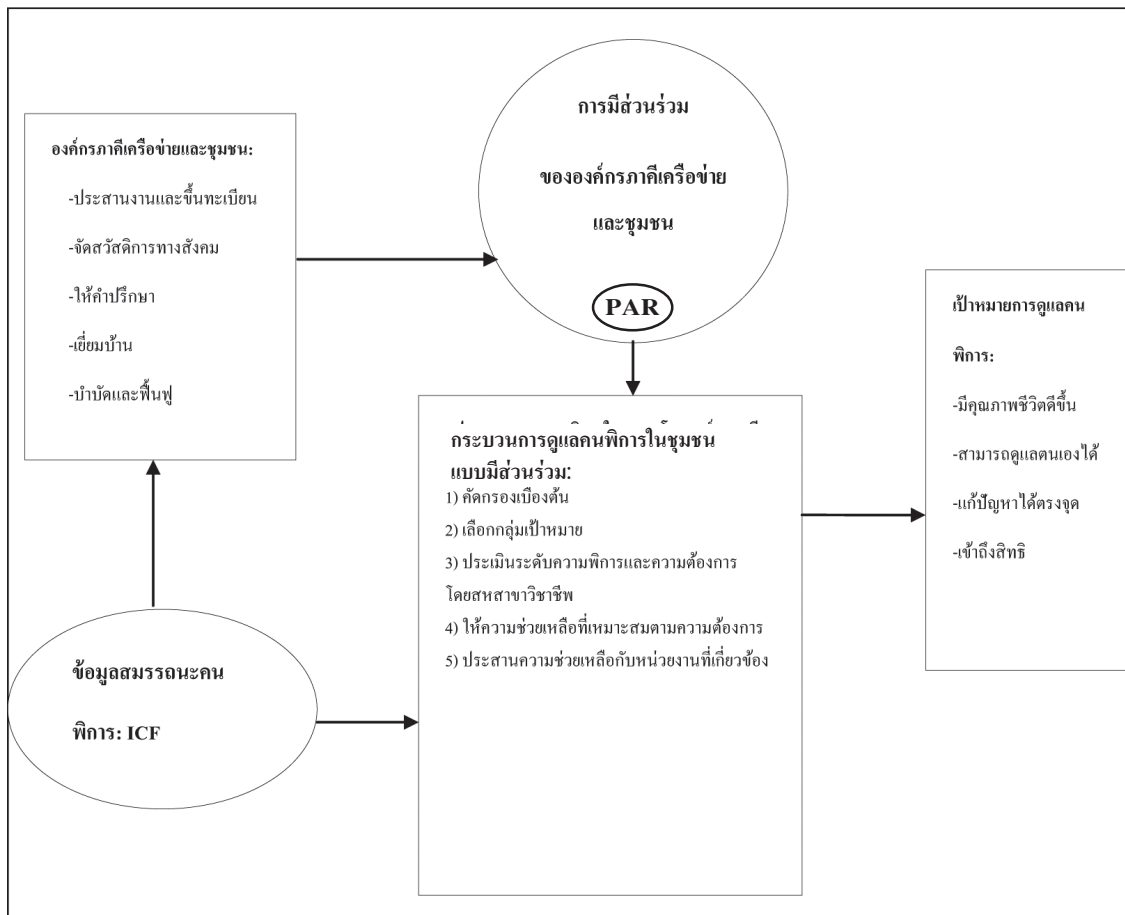


ต้นได้มากขึ้น ประกอบกับการทำงานของหลายหน่วยงานมีความซ้ำซ้อน การเปิดเวทีให้มีโอกาสสะท้อนการทำงาน ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ วางแผนพัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม จึงนำไปสู่เป้าหมายการดูแลคนพิการในชุมชนอย่างครอบคลุมและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งยังได้ข้อสรุปการดูแลคนพิการในชุมชนร่วมกัน ดังแผนภาพที่ 1

การพัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

ทีมจากภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของคนพิการจากข้อมูลสมรรถนะคนพิการ นำผลที่ได้มาวางแผนการดูแลคนพิการ พัฒนาการดูแลคนพิการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ จนเกิดข้อตกลงร่วมกันเป็นกระบวนการ

ดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) การทำงานขององค์กรภาคีเครือข่ายและชุมชน 2) ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ 3) การมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีเครือข่ายและชุมชน 4) รูปแบบการดูแลคนพิการโดยองค์กรภาคีเครือข่ายและชุมชน 5) เป้าหมายการดูแลคนพิการในชุมชน ทั้งนี้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยหรือทีมภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการได้ดำเนินการตามกระบวนการคือ มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนจนได้ข้อตกลงร่วมกันเป็นรูปแบบการดูแลคนพิการในชุมชน สรุปได้ดังนี้ 1) คัดกรองเบื้องต้น 2) เลือกกลุ่มเป้าหมาย 3) ประเมินระดับความพิการและความต้องการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) ให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามความต้องการ 5) ประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

2.3) การประเมินผลการปฏิบัติและสรุปผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต เก็บแบบสอบถามและสัมภาษณ์ พบว่าทีมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน นับตั้งแต่การศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของคนพิการ การวางแผนพัฒนากระบวนการดูแลคนพิการในชุมชน และการประเมินผลร่วมกันจนได้กระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะต่อการดูแลคนพิการ ความคิดเห็นต่อกระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในทางที่ดีขึ้น

3. ความรู้และทัศนคติต่อการดูแลคนพิการในชุมชน

3.1) ความรู้เกี่ยวกับคนพิการและข้อมูลสมรรถนะคนพิการ

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยรุ่น 1 มีคะแนนเฉลี่ยหลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรมผู้ร่วมดำเนินการวิจัยรุ่น 2 คะแนนหลังอบรมโดยเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนก่อนการอบรมไม่มากนัก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับคนพิการและข้อมูลสมรรถนะคนพิการ

คะแนนความรู้	รุ่น 1		รุ่น 2	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
เฉลี่ย	11.73	12.41	12.32	12.58
ต่ำสุด	0	6	7	10
สูงสุด	15	15	15	15

3.2) ทักษะต่อการดูแลคนพิการ

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัย รุ่น 1 ก่อนและหลังประชุมส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลคนพิการในระดับมาก จะเห็นว่าทัศนคติของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยส่วนใหญ่ก่อนและหลังการอบรมไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีบางข้อที่ผู้เข้าร่วมมีทัศนคติในทางที่ดีขึ้น คือ มีความมั่นใจในการดูแลคนพิการ (ร้อยละเพิ่มขึ้น 7.7) ไม่คิดว่าการดูแลคนพิการเป็นภาระ (ร้อยละเพิ่มขึ้น 3.9)

คนพิการจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง (ร้อยละเพิ่มขึ้น 3.8)

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยรุ่น 2 ก่อนและหลังประชุมส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลคนพิการในระดับมากถึงมากที่สุด จะเห็นว่าทัศนคติของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยส่วนใหญ่ก่อนและหลังการอบรมไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีบางข้อที่ผู้เข้าร่วมมีทัศนคติในทางที่ดีขึ้น คือ การดูแลคนพิการเป็นภาระ (ร้อยละลดลง 13.7) การดูแลคนพิการทำให้รู้สึกหดหู กังวลใจและท้อแท้ (ร้อยละลดลง 35.4) ดังตารางที่ 2

3.3) ความคิดเห็นต่อกระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยรุ่น 1 และรุ่น 2 ส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อกระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก ในเกือบทุกข้อถาม ดังตารางที่ 3

3.4) ความพึงพอใจต่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยรุ่น 1 และรุ่น 2 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมงานครั้งนี้ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยสามารถนำสิ่งที่ได้จากการประชุมไปใช้จริง การเข้าร่วมในครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์และความคาดหวัง ดังตารางที่ 4

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ยังแสดงให้เห็นว่าพวกเขาสามารถนำข้อมูลสมรรถนะคนพิการไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานในการวางแผนให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และวางแผนปฏิบัติงานในชุมชน นอกจากนี้ยังนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความต้องการของคนพิการ ระดับความสามารถ เพื่อวางแผนการทำงานได้ถูกต้อง อีกทั้งทำให้ทราบเป้าหมายของการจัดบริการที่ตรงตามความต้องการ ส่งผลให้มีการวางแผนงานอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถนำข้อมูลคนพิการไปจัดแผนการช่วยเหลือฟื้นฟูคนพิการในปีงบประมาณต่อไปได้ ตลอดจนสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อให้การช่วยเหลือตามลำดับความสำคัญของแต่ละคนได้

คณะผู้วิจัยได้ติดตามประเมินผลจากตัวแทนผู้ร่วมดำเนินการวิจัย รุ่นที่ 1 และ รุ่นที่ 2 ภายหลังจากอบรม 1 เดือน ทั้งจากการร่วมสังเกตการณ์ และจากการสัมภาษณ์ เพื่อ



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของทัศนคติต่อการดูแลคนพิการ

ข้อคำถาม	รุ่น 1					รุ่น 2				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การดูแลคนพิการเป็นภาระ	2 (7.7)	6 (23.1)	7 (26.9)	7 (26.9)	4 (15.4)	0 (0.0)	1 (5.6)	7 (38.9)	6 (33.3)	4 (22.2)
2. คนพิการควรได้รับการดูแลเอาใจใส่	10 (38.5)	13 (50.0)	3 (11.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (72.2)	5 (27.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรมีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ	17 (65.4)	8 (30.8)	1 (3.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (88.9)	2 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. คนพิการควรมีการออกสู่สังคมปะปนคนอื่น	13 (50.0)	12 (46.2)	1 (3.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (55.6)	8 (44.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. การดูแลคนพิการทำให้รู้สึกหดหู่ กังวลใจและท้อแท้	1 (3.9)	3 (11.5)	11 (42.3)	6 (23.1)	5 (19.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (27.8)	8 (44.4)	5 (27.8)
6. การดูแลคนพิการเป็นการทำตามหน้าที่	1 (3.9)	6 (23.1)	9 (34.6)	7 (26.9)	3 (11.5)	1 (5.9)	1 (5.9)	5 (29.4)	6 (35.3)	4 (23.5)
7. รู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลคนพิการ	8 (30.8)	14 (53.9)	4 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (22.2)	12 (66.7)	2 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. คนพิการสามารถพัฒนาศักยภาพได้	15 (57.7)	11 (42.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (61.1)	7 (38.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. คนพิการสามารถได้รับสิทธิและการดูแลขั้นพื้นฐาน	17 (65.4)	7 (26.9)	2 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (63.2)	6 (31.6)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)
10. คนพิการจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง	12 (46.2)	7 (26.9)	6 (23.1)	0 (0.0)	1 (3.9)	11 (61.1)	5 (27.8)	1 (5.6)	1 (5.6)	0 (0.0)

สำรวจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการนำกระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นไปใช้ในงานที่รับผิดชอบ สรุปได้ดังนี้

“นำข้อมูลสมรรถนะคนพิการไปใช้โดยมีกระบวนการ คือ จัดอบรมการใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจสมรรถนะคนพิการ แก่ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพสต. ร่วมนิเทศการสำรวจ ICF จากนั้นลงข้อมูลในโปรแกรม ICF วิเคราะห์ข้อมูลนำข้อมูลมาวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามตัวชี้วัด สิ่งที่ได้คือการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากข้อมูล ICF ผู้บริหารรับทราบข้อมูล ให้แนวทางดำเนินงาน มีการกำหนดตัวชี้วัด ประชุมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง วางแผนปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด

วัด คั้นข้อมูลสู่ชุมชน ประชุมภาคีเครือข่ายรับทราบข้อมูล กำหนดตัวชี้วัดและวางแผนปฏิบัติงานร่วมกันผู้พิการ ได้รับการดูแลตรงกับปัญหา หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลและแก้ปัญหาได้ตรงความรับผิดชอบ เป็นช่องทางให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่มีศักยภาพสูงกว่าประเมินผลการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรม สะดวกและง่ายต่อการนำข้อมูลมาวางแผน การปฏิบัติงานและทำโครงการต่างๆที่เกี่ยวข้อง”(สัมภาษณ์นักกายภาพบำบัดจังหวัดขอนแก่น วันที่ 7 พฤษภาคม 2556)

“ข้อมูลสมรรถนะช่วยในการทำงานดีกว่าข้อมูลเดิม ช่วยให้เห็นคุณภาพชีวิตคนพิการดี ครอบคลุมทุกส่วน มีข้อมูลความต้องการด้วย ตอนนี้อยู่ระหว่างการจัดทำฐานข้อมูล ลงข้อมูล

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นต่อกระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น

ท่านคิดว่า...กระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นนี้	รุ่น 1					รุ่น 2				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. พัฒนาขึ้นตามความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย (ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ คนพิการ ชุมชน)	12 (52.2)	9 (39.1)	2 (8.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (13.6)	17 (77.3)	2 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้ความสนใจอย่างจริงจัง	5 (21.7)	14 (60.9)	4 (17.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (27.3)	12 (54.5)	4 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. ผู้เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมในการคิดวางแผน และกำหนดแนวทางร่วมกัน	1 (4.3)	13 (56.5)	9 (39.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (22.7)	14 (63.6)	3 (13.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ได้รับความรู้และทัศนคติต่อการดูแลคนพิการอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง	14 (39.1)	9 (60.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (36.4)	13 (59.1)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จได้	11 (47.8)	10 (43.5)	2 (8.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (27.3)	13 (59.1)	3 (13.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. สามารถกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มเพื่อการดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ	6 (26.1)	16 (69.6)	1 (26.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (40.9)	9 (40.9)	4 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. ผู้เกี่ยวข้องมีศักยภาพและความสามารถที่ดำเนินการต่อไปด้วยตนเองได้	4 (17.4)	19 (82.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (22.7)	15 (68.2)	2 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจ สังคม และบริบทวิถีชีวิตของชุมชน	3 (13.0)	15 (65.2)	5 (21.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (36.4)	11 (50.0)	2 (9.1)	1 (4.5)	0 (0.0)
9. สามารถแก้ไขปัญหาของการดูแลคนพิการในชุมชน และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของคนพิการให้สูงขึ้น	8 (34.8)	11 (47.8)	4 (17.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (31.8)	14 (63.6)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. สมควรขยายผลให้กว้างขวางต่อไปอย่างต่อเนื่อง	18 (78.3)	5 (21.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (59.1)	8 (36.4)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)

ให้สมบูรณ์ที่สุด และได้กระจาย ICF ไปแล้วตาม รพสต. รพช. ให้ลงไปเก็บ อบรมไปหมดแล้ว ตอนนี้เป็นช่วงของการเก็บ ลงข้อมูล ทำฐานข้อมูล ยังไม่ได้เอามาใช้งาน ในส่วนนี้ก็ดูแลกับรับนโยบายมาทำ ได้รับการสนับสนุนให้ทำ”(สัมภาษณ์นักวิชาการสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 4 มิถุนายน 2556)

“หลังกลับจากร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนั้น ก็กลับมาทำ KM ในหน่วยงาน คิดว่า ข้อมูลสมรรถนะทำให้มองผู้รับบริการได้กว้างขึ้น เดิมมองด้านร่างกายอย่างเดียว ปวดกินยา แต่ข้อมูลสมรรถนะช่วยให้มองด้านอื่น ครอบคร้ว ลิ่งแวดล้อม เปลี่ยนแปลงการทำงาน คือเราเชื่อมโยงได้ เห็นบริบทมากขึ้น เพราะอะไรจึงเกิดปัญหานี้ แต่ข้อมูลสมรรถนะ

ครั้งเดียวอาจได้ข้อมูลไม่ครบ นอกจากแค่ถาม อาจต้องดูเพิ่มซักประวัติเพิ่มเติม ดูสิ่งแวดล้อมประกอบ แล้วการให้คะแนนระดับ qualifier แต่ละคนก็อาจไม่เหมือนกัน...ทำให้เห็นปัญหาของผู้รับบริการชัดเจนขึ้น อะไรคือปัญหาหลัก อะไรที่ทำได้ มองต่อยอดได้ว่าใครจะมาช่วยเราได้อีกในปัญหานี้ ไม่ยากสำหรับคนใช้คอมพิวเตอร์ได้ก็น่าจะได้แผนดูแลรายบุคคล”(สัมภาษณ์นักกายภาพบำบัดจังหวัดมหาสารคาม วันที่ 4 มิถุนายน 2556)

จากการติดตามประเมินผลการนำข้อมูลสมรรถนะคนพิการไปใช้ในการทำงานในพื้นที่ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการในชุมชน



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจของผู้ร่วมดำเนินการวิจัย

ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อ	รุ่น 1					รุ่น 2				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การประชาสัมพันธ์	1 (6.7)	4 (26.7)	8 (53.3)	2 (13.3)	0 (0.0)	1 (6.2)	11 (68.7)	4 (25)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. การติดต่อประสานงานและการอำนวยความสะดวก	3 (20.0)	10 (66.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	0 (0.0)	6 (37.5)	7 (43.7)	3 (18.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. การต้อนรับและลงทะเบียน	4 (26.7)	10 (66.7)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (56.2)	1 (6.2)	6 (37.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. สถานที่จัดประชุม	4 (26.7)	6 (40.0)	5 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (18.7)	7 (43.7)	6 (37.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. วิทยากร										
5.1 กระบวนการสุนทรียสนทนา	6 (40.0)	7 (46.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (43.7)	8 (50.0)	1 (6.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.2 แนวคิดข้อมูลสมรรถนะคนพิการและการนำไปใช้	2 (16.7)	10 (83.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (50.0)	7 (43.7)	1 (6.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.3 ตัวอย่างการนำข้อมูลสมรรถนะคนพิการไปใช้ในการดูแลคนพิการ	3 (27.3)	7 (63.6)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (37.5)	9 (56.2)	1 (6.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	2 (13.3)	12 (80.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (31.2)	10 (62.5)	1 (6.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. ความเหมาะสมของกิจกรรม	2 (13.3)	12 (80.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (31.2)	9 (56.2)	2 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. เอกสารและสื่อการบรรยาย	1 (6.7)	13 (86.7)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (31.2)	3 (18.7)	8 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. บรรลุวัตถุประสงค์และความคาดหวังของท่าน	3 (20.0)	12 (80.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (37.5)	0 (0.0)	10 (62.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. สามารถนำสิ่งที่ได้จากการประชุมไปใช้ได้จริง	3 (20.0)	12 (80.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (43.7)	8 (50.0)	1 (6.2)	0 (0.0)	0 (0.0)

คือ มีการนำข้อมูลสมรรถนะไปใช้ในการทำงาน ตั้งแต่การนำไปเผยแพร่ให้บุคลากรในหน่วยงานรู้จักข้อมูลสมรรถนะคนพิการในเบื้องต้นมีการจัดอบรมการใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการเพื่อให้เข้าใจการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูล จนกระทั่งมีการนำไปใช้งานจริง โดยลงไปเก็บข้อมูลคนพิการในพื้นที่ โดยใช้แบบสำรวจสมรรถนะคนพิการนี้ ติดตามนิเทศ ประเมินซ้ำ ลงข้อมูลในฐานข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล จนสามารถนำข้อมูลมา

วางแผนการดูแลคนพิการ และนำเสนอผู้บริหารให้รับทราบข้อมูล และดำเนินงานต่อ รวมทั้งเกิดความร่วมมือในทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนปฏิบัติงานมากขึ้น มีการประสานงานกันมากขึ้น โดยวางแผนดูแลคนพิการที่คำนึงถึงความต้องการของคนพิการมากขึ้น สามารถคัดกรอง เลือกเป้าหมายที่จะช่วยเหลือ และประเมินเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ รวมทั้งให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามความต้องการ และ

ประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ เนื่องจากได้รู้จักการทำงานที่แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบ การศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดตรงข้อมูลสมรรถนะคนพิการยังลงในระบบฐานข้อมูลไม่ครบทุกพื้นที่ โดยขณะนี้ ฐานข้อมูลสมรรถนะคนพิการกำลังดำเนินการลงข้อมูลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทุกพื้นที่นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรภาคีในการดูแลคนพิการในชุมชน โดยใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ ผู้เข้าร่วมประชุมมีโอกาสศึกษาปัญหาและความต้องการของคนพิการผ่านการใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิด ICF และวิเคราะห์ผลที่ได้จากการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้เป็นการระบุปัญหา ความต้องการของคนพิการและครอบครัวและอุปสรรคต่างๆ ที่ทำให้คนพิการไม่สามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้ การแก้ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ต้องใช้ความร่วมมือจากองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน กระบวนการดำเนินงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมก่อให้เกิดการทำความเข้าใจปัญหาร่วมกัน สร้างความรู้จัก ความคุ้นเคย ไว้วางใจและให้เกียรติกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันคิดหากระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยสร้างข้อตกลงร่วมกันในการปฏิบัติ มีผู้รับผิดชอบดำเนินการแต่ละเรื่อง เกิดกระบวนการในการดูแลคนพิการที่ร่วมกันระดมความคิดขึ้น คือ คัดกรองเบื้องต้น เลือกกลุ่มเป้าหมาย ประเมินระดับความพิการและความต้องการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามความต้องการ และประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกัน เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งชุมชนและองค์กรภาคีเครือข่ายได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของตนเอง และเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น ทุกคนจึงเกิดการเรียนรู้ เกิดความมั่นใจ และเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง

หรือเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ และสามารถพัฒนาทักษะในการทำงานต่อไป⁽¹⁶⁾ กล่าวคือ ได้ร่วมกันดูว่ามีปัญหาอะไร (Look) คิดพิจารณา (Think) และลงมือปฏิบัติ (Act) คุณค่าของการวิจัยลักษณะนี้ คือ กระบวนการความร่วมมือ^(13,17) ซึ่งถือว่าสามารถช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย ได้การดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการจากการมีส่วนร่วม และร่วมมือกันดำเนินการจนประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมช่วยให้เกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหานั้นประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์^(9-12, 18-19)

การดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ ควรเริ่มตั้งแต่การที่บุคลากรจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งคนพิการและครอบครัว ทำความรู้จักและเปิดใจเรียนรู้กัน การวิจัยครั้งนี้ ใช้กระบวนการสุนทรียสนทนาเป็นเครื่องมือในการทำมาความรู้จัก เรียนรู้และเข้าใจกัน เมื่อผู้ให้บริการเข้าใจถึงข้อจำกัดและความยากลำบากในการดำรงชีวิตของคนพิการ และคนพิการได้เรียนรู้วิธีการทำงานและข้อจำกัดของผู้ให้บริการแล้ว ต่างฝ่ายก็จะสามารถปิดจุดอ่อนหรือทำงานหนุนเสริมกันเป็นทีมในฐานะที่เป็นพวกเดียวกันได้ ข้อมูลสมรรถนะคนพิการในพื้นที่ จึงถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนดำเนินงานร่วมกันตั้งแต่การคัดกรอง การจัดลำดับการให้บริการให้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีความพิการหรือมีระดับความยากลำบากในการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน การประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ โดยเป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพจากหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเสร็จสิ้นการให้บริการแล้ว ก็ควรมีการปรับข้อมูลสมรรถนะคนพิการให้เป็นปัจจุบัน เพื่อสำรวจว่าสมรรถนะดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ต่อไป

ข้อยุติและข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ระบุปัญหาและความต้องการ วางแผนและพัฒนาการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้



ข้อมูลสมรรถนะคนพิการและประเมินผลร่วมกัน จนได้กระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ดังนี้
 1) คัดกรองเบื้องต้น 2) เลือกรูปแบบเป้าหมาย 3) ประเมินระดับความพิการและความต้องการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) ให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามความต้องการ 5) ประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้และทัศนคติต่อการดูแลคนพิการของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมงานครั้งนี้ และนำสิ่งที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการไปใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของคนพิการบอกระดับความสามารถ เพื่อการวางแผนดูแลที่ตรงจุด ทั้งยังทำให้ทราบเป้าหมายจัดบริการที่ตรงตามความต้องการของคนพิการ อันนำไปสู่การวางแผนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับกระบวนการดูแลคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก ได้รับความรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลคนพิการ นำความรู้ที่ได้รับไปสู่งานปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จได้ และเห็นควรให้ขยายผลกว้างขวางต่อไปอย่างต่อเนื่องในระดับที่มากที่สุด

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

1. ควรสร้างความเข้าใจในการใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการ สำหรับนำมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางดูแลคนพิการและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
2. ควรขยายผลการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลคนพิการให้กว้างขวางต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อไปสู่เป้าหมายคนพิการและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. ควรจัดการฝึกอบรมในลักษณะนี้อีก เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้บริการคนพิการได้เข้ามาเรียนรู้กระบวนการสุนทรียสนทนา และใช้ข้อมูลสมรรถนะคนพิการในการวางแผนให้บริการหรือให้การช่วยเหลือตามความต้องการของคนพิการ
4. ควรเชิญตัวแทนคนพิการมาเข้าร่วมการประชุมให้มากกว่านี้ แต่ควรคัดเลือกคนพิการที่สามารถแสดงความคิดเห็น

เห็นและร่วมทำงานกับเจ้าหน้าที่ได้รวมทั้งเข้าร่วมการประชุมได้ และช่วยเหลือตนเองได้มากพอสมควร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ผู้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกท่านซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการโดยตรงในพื้นที่ จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550. (Cited 14 April, 2013). Available from: URL:http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-5-4.html.
2. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550. (2550, กันยายน, 27). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 8-9.
3. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland, WHO; 2001.
4. Cerniauskaite M, et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. Disability and Rehabilitation 2011;33:281-309.
5. Tongsiri S, Riewpaiboon W. Using the ICF to develop the capability-oriented database of persons with disabilities: a case study in Nakornpanom province, Thailand. Disability & Rehabilitation 2012;35:1078-1086.
6. Khasnabis C, Motsch KH. Towards Community-Based Inclusive Development. Malta: World Health Organization; 2010.
7. Schneider M, Hartley S. Chapter 8 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and CBR. In Sally Hartley. CBR as Part of Community Development : A Poverty Reduction Strategy. India. University College London, Centre for International Child Health; 2006.
8. Madden RH, Dune T, Lukersmith S, Hartley S, Kuipers P, Gargett A. et al. The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in monitoring and evaluating Community-based Rehabilitation (CBR). Disabil Rehabil. 2013; 14.[Epub ahead of print].
9. พิษชาติ ดลเฉลิมยุทธนา และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพ โรง

- พยาบาลสกจนคร. ศรีนครินทร์เวชสาร 2550;22:120-6.
10. สุภาพร ชินชัย. การพัฒนาระบบการจัดการเรียนรวมสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ: กรณีศึกษาโรงเรียนเรียนรวมในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยาศาสตร์สุขภาพบัณฑิต สาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
 11. Gona JK, et al. Identification of people with disabilities using participatory rural appraisal and key informants: a pragmatic approach with action potential promoting validity and low cost. *Disability Rehabilitation* 2010;32:79-85.
 12. Hartley S, et al. Using community/researcher partnerships to develop a culturally relevant intervention for children with communication disabilities in Kenya. *Disability Rehabilitation* 2009;31: 490-9.
 13. Stringer ET. *Action research*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1999.
 14. องค์การอนามัยโลก. *CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community-Based Rehabilitation)*. กรุงเทพฯ: ฟรีเมียม เอ็กซ์เพรส; 2556.
 15. ศรีสุดา คล้ายคลองจิตร. Dialogue: สุนทรียสนทนา. (Cited 14 April, 2013). Available from: URL:<http://www.ns.mahidol.ac.th/english/KM/article003.htm>.
 16. นิตย์ ทศน์นิยม, สมพันธ์ ทศน์นิยม. การสร้างเสริมสุขภาพ: การสร้างพลังอำนาจ. ขอนแก่น: หจก. คลังนานาวิทยา; 2555.
 17. Creswell JW. *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River, New Jersey: Merrill Prentice Hall; 2002.
 18. Knightbridge SM, et al. Using participatory action research in a community-based initiative addressing complex mental health needs. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:325-32.
 19. วิรมณ กาสีวงศ์, สุชาดา คงธนชโย, สุรัชชัย เฉนียง. การสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองเทา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครพนม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2555;5:65-74.