



การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
บ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์
อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

อำนาจ สุวรรณไตร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

สิงหาคม 2557

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
บ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์
อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

อำนาจ สุวรรณไตร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
สิงหาคม 2557
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายอำนาจ สุวรรณไตร
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล) ประธานกรรมการ
(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ) กรรมการ

.....
(ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต) กรรมการ
(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์) กรรมการ

.....
(ผศ.ดร.สมัทนา กลางคาร) กรรมการ
(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์) กรรมการ

.....
(ผศ.ดร.วิรัตน์ ปานศิลา) กรรมการ
(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ) กรรมการ

.....
(อาจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพี้ย) กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิ) กรรมการ

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....

(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)
คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์

.....

(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 31 เดือน ค.ค. พ.ศ. 2557

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล ประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ ปานศิลา กรรมการสอบ และอาจารย์ ดร.สุภาวดี แถวเพี้ย ผู้ทรงคุณวุฒิ

ขอขอบพระคุณ นายสมชัย คำหงษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ นางกัณริษา พรหมกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางสาวสโรชา ชัยโคตร ที่อนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจเครื่องมือการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ ที่อนุเคราะห์เจ้าหน้าที่เป็นทีมผู้ช่วยวิจัย อนุเคราะห์สถานที่สำหรับรวบรวมข้อมูล จัดอบรมเตรียมทีมวิจัย ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ ผู้ใหญ่ กรรมการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากบ้านนาทรายสามัคคี และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกคน ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

อำนาจ สุวรรณไตร

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ
ผู้วิจัย	นายอำนาจ สุวรรณไตร
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2557

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตคนพิการเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมาย การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ แต่การพัฒนาที่ยั่งยืนนั้นภาคประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมเป็นพื้นฐานสำคัญ การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างในชุมชนประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้พิการ บุคลากรภาครัฐ จำนวน 30 คน กระบวนการศึกษาประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไข ปัญหา การปฏิบัติการ และการติดตามประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การวิเคราะห์ปัญหา 3) การวิเคราะห์บริบท 4) การกำหนดแนวทาง 5) การจัดทำแผนงาน/กิจกรรม 6) การบริหารจัดการแผน 7) การปฏิบัติตามแผน 8) การติดตามประเมินผล 9) การสรุปผล 10) การประกาศผลและยกย่องเชิดชู กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่การจัดตั้งชมรมช่วยเหลือคนพิการในชุมชน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนส่งผลให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายเพิ่มขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน 2) ชุมชน และ 3) องค์กรภาครัฐ ระดับพื้นที่ ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมจึงต้องอาศัยศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนเป็นพื้นฐาน ในกระบวนการจัดการ หน่วยงานรัฐระดับพื้นที่สนับสนุนงบประมาณและวิชาการ โดยยึดหลักการทำงานร่วมกันเป็นภาคีเครือข่ายอย่างมีคุณภาพ เพื่อช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตคนพิการ ; การมีส่วนร่วมของชุมชน

TITLE Quality of life improvement for the disable by community participation in Ban Nasaisamukkee, Nasing Sub-District, Sriwilai District, Buengkan Province

AUTHOR Mr. Amnart Suwannatrai

DEGREE Master degree of public health **MAJOR** Public health

ADVISORS Asst. Prof. Vorapoj Promasatayaprot, Ph.D.
Asst. Prof. Sumattana Glangkarn, Ph.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2014

ABSTRACT

Quality of life of the disable is a fundamental right legally. Development of disabled life quality is the role of government agencies. However sustainable development requires community participation as an essential foundation. This research was a participatory action research aimed to learn the improvement of the disable by the participation of the community. The studies with community compose of community leaders, disabled, and government officers 30 people. Educational process consisted of problem analysis, planning solves problem, implementing, and evaluation. Data was collected by observation and interview. The statistics used in the analysis of quantitative data including percentage, median, standard deviation. For qualitative data used content analysis.

The results showed that the quality of life improvement of the disable by participation of the community consist 10 procedure including 1) Data gathering 2) Problem analysis 3) Contextual analysis 4) Solutions 5) Planning program/ project 6) Management 7) Implementing 8) Evaluating 9) Conclusions 10) Announcement and exalt. Such a process leads to establishment help disabled club in the community. Development of disabled life quality in the community resulting them receive increasing of benefits legally.

Factors of success in this research consisted of 1) Community leaders 2) Community 3) Local government agencies such as Sub district Administrative Organization and Sub district Health Promoting Hospital. In consequence of the development of disabled life quality by participation of the community had to rely on potentiality and the strength of community is rudimentary in management process. Local government agencies support budget and academic matter with the main use collaboration of equilibrium of agencies to help and develop quality of life of disabled in community efficiently.

Key Words : Quality of life of the disable ; Community participation

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามในการวิจัย	3
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย	4
1.4 ความสำคัญของการวิจัย	4
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.6 นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	5
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	7
2.1 ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ	7
2.2 แนวทางการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย	14
2.3 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน	22
2.4 แนวคิดและเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของชุมชน	24
2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	35
2.6 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	41
2.7 การถอดบทเรียน	42
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	46
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	51
3.1 รูปแบบการวิจัย	51
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
3.4 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	54
3.5 ขั้นตอนการวิจัย	56
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
3.7 การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย	59
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	60
3.9 สถิติที่ใช้ในการวิจัย	60

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย	61
4.1 สัญลักษณ์ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	61
4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	103
5.1 สรุปผล	103
5.2 อภิปรายผล	107
5.3 ข้อเสนอแนะ	111
เอกสารอ้างอิง	113
ภาคผนวก	118
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	119
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	121
ภาคผนวก ค จริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์	129
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	131
ภาคผนวก จ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	153
ภาคผนวก ฉ รูปภาพการดำเนินกิจกรรม	163
ประวัติย่อผู้วิจัย	166

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตาราง 2.1	ความถี่และสัดส่วนของคนพิการ จำแนกตามเพศ ภาคและเขตการปกครอง	12
ตาราง 2.2	เกณฑ์การปฏิบัติงานที่ดีที่สุด	29
ตาราง 4.1	จำนวนหลังคาเรือนและประชากรตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ	63
ตาราง 4.2	ประเภทความพิการของคนพิการ ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ	66
ตาราง 4.3	ลักษณะข้อมูลทางประชากรคนพิการบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ	67
ตาราง 4.4	ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คนพิการ บ้านนาทราย ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ (N=11)	69
ตาราง 4.5	การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานคนพิการ บ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ (N=11)	70
ตาราง 4.6	ผลการวิเคราะห์ปัญหาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ร่วมวิจัย	75
ตาราง 4.7	แผนปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ	76
ตาราง 4.8	ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ร่วมวิจัย	80
ตาราง 4.9	ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการบวกรับพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ด้านบริบทชุมชนของผู้ร่วมวิจัย (n=30)	81
ตาราง 4.10	ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการบวกรับพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ด้านปัจจัยนำเข้าของผู้ร่วมวิจัย (n=30)	83
ตาราง 4.11	ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการบวกรับพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ด้านกระบวนการจัดการ ของผู้ร่วมวิจัย (n=30)	86
ตาราง 4.12	ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการบวกรับพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ด้านผลลัพธ์ ของผู้ร่วมวิจัย (n=30)	89
ตาราง 4.13	ผลการดำเนินกิจกรรม /โครงการเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ บ้านนาทราย ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ	92
ตาราง 4.14	การเข้าถึงสิทธิคนพิการ ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. 2550 เปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินการ (N=11)	94
ตาราง 4.15	ขั้นตอนการดำเนินการกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ	99
ตารางภาคผนวก จ-1	แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan) การพัฒนาคุณภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ	154

สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1	เกลียวปฏิสัมพันธ์ (Interacting Spiral) 38
ภาพประกอบ 2.2	กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนตำบลนาสิงห์ 50
ภาพประกอบ 4.1	แผนที่แสดงที่ตั้งของตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ 62
ภาพประกอบ 4.2	กระบวนการค้นหาช่วยเหลือคนพิการในชุมชน ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ 66
ภาพประกอบ 4.3	ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 98
ภาพประกอบ 4.4	กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมบ้านนาทราย 102

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

คนพิการเป็นบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีอยู่ในทุกสังคมที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ไม่ว่าสาเหตุของความพิการนั้นจะมาจากพิการแต่กำเนิด หรือพิการภายหลังจากความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประมาณร้อยละ 10 ของประชากรโลก เป็นคนพิการด้วยเหตุผลทางการแพทย์ ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ องค์การสหประชาชาติกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขึ้น 4 ด้าน คือ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคมและทางอาชีพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อเสริมสร้างความก้าวหน้า สิทธิ ความยุติธรรมและความเสมอภาคสำหรับคนพิการ (พวงแก้ว กิจธรรม, 2553) และองค์การอนามัยโลกได้เริ่มแนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Rehabilitation ; CBR) ขึ้นใน พ.ศ. 2537 โดยเปลี่ยนแนวคิดจากวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยสถาบันเป็นฐาน (Institutional Based Rehabilitation ; IBR) และแบบแผนทางการแพทย์ (Medical Model) ที่เน้นบทบาทของผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาชีพอยู่เหนือการตัดสินใจของคนพิการที่อยู่ในฐานะของผู้รับบริการหรือคนไข้เป็นแนวคิดแบบแผนเชิงสังคม (Social Model) แก่คนพิการโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและการสร้างชุมชนที่ร่วมรับผิดชอบต่อกันทุกคนในชุมชน ซึ่งแนวคิด CBR นี้จะเน้นการมีส่วนร่วมของคนพิการ ครอบครัวของคนพิการ และสมาชิกในชุมชน (WHO, 2004)

สำหรับประเทศไทย ใน พ.ศ. 2550 มีคนพิการประมาณ 1.9 ล้านคน หรือร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งประเทศ โดยเพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชายเล็กน้อย คือ ร้อยละ 3.0 และ ร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไปร้อยละ 30 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 4.4 ภาคใต้และภาคกลาง มีอัตราใกล้เคียงกันร้อยละ 2.3 และ 2.2 ส่วนกรุงเทพมหานครมีคนพิการร้อยละ 0.5 และพบว่า ประเภทของความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 48.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทยได้ปฏิบัติตาม “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ” (Convention on the Rights of Persons with Disabilities ; CRPD) และมีกฎหมายที่เป็นประโยชน์ต่อคนพิการได้แก่ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่พึงได้ตามสิทธิมนุษยชน และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับคนอื่น (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2550) และกรอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550 - 2554 ที่ระบุเป้าหมาย

อย่างชัดเจนให้คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ และการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่ด้วยความเสมอภาค ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค ด้วยการปฏิรูประบบบริหารจัดการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การสร้างความเข้มแข็งให้คนพิการ องค์กรด้านคนพิการได้รับการยอมรับและมีส่วนร่วมในสังคมเต็มที่และเสมอภาค ตลอดจนการส่งเสริมสภาพแวดล้อม (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555) ซึ่งมีหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงแรงงาน โดยให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้พิการในด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม 2) ด้านการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ทางภูมิสถาปัตยกรรม 3) ด้านสาธารณสุข 4) ด้านการศึกษา 5) ด้านการจ้างงานและการประกอบอาชีพ 6) ด้านสวัสดิการ 7) ด้านสื่อเทคโนโลยีสำหรับคนพิการ 8) ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

อย่างไรก็ตาม จากการรายงานสถานการณ์คนพิการ ปี 2550 ยังพบว่า 1) คนพิการยังขาดโอกาสเข้าร่วมประชุมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมถึงการเข้าร่วมเวทีประชาคมที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) คนพิการที่มีอายุ 7 ปีขึ้นไปมีความลำบากในการดูแลตนเอง หรือปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่อยู่กับผู้ดูแล และส่วนหนึ่งไม่มีผู้ดูแล เป็นคนพิการรุนแรง จำนวน 239,782 คน 3) คนพิการและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือจากรัฐ โดยต้องการเงินสนับสนุน ต้องการให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน ต้องการรายได้และพาหนะเวลาจำเป็น และ 4) คนพิการอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.8 เป็นผู้ไม่มีอาชีพหรือไม่มีงานทำ (สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2550) และกระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพคนพิการโดยกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายบริการในแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagship Project) ใน พ.ศ. 2556 ด้วย

จังหวัดบึงกาฬ มีคนพิการที่จดทะเบียนแล้ว จำนวน 7,594 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.9 ของประชากร ประกอบด้วย พิการด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 45.8 ทางสายตาร้อยละ 14.5 ทางสื่อความหมายร้อยละ 11.3 ทางจิตใจ/พฤติกรรมร้อยละ 5.5 ทางสติปัญญาร้อยละ 13.4 และพิการซ้ำซ้อน ร้อยละ 9.5 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ , 2556) อำเภอศรีวิไลมีคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนจำนวน 350 คน แยกเป็น พิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 42.6 พิการทางการได้ยิน ร้อยละ 18.3 พิการทางการมองเห็น ร้อยละ 10.0 พิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ ร้อยละ 13.4 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ร้อยละ 12.9 และพิการซ้ำซ้อน ร้อยละ 2.9 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีวิไล, 2556)

ตำบลนาสิงห์ มีคนพิการจำนวน 101 คน เป็นพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 40.6 พิการทางการได้ยิน ร้อยละ 20.8 พิการทางการมองเห็น ร้อยละ 14.9 พิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ ร้อยละ 11.9 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ร้อยละ 8.9 และพิการซ้อน ร้อยละ 3.0 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์, 2556) และจากการสำรวจความต้องการความช่วยเหลือของคนพิการ ตำบลนาสิงห์โดยผู้วิจัยเมื่อเดือนมิถุนายน 2556 ในคนพิการ 97 คน พบว่า มีความต้องการคำแนะนำปรึกษา/ความรู้ด้านการแพทย์ ร้อยละ 49.5 ต้องการคำแนะนำ/ความรู้เรื่องบทบาทของคนในครัวเรือนในการดูแลคนพิการ ร้อยละ 15.5 ต้องการคำแนะนำ/ความรู้เรื่องกฎหมายและสิทธิที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 12.4 ต้องการคำแนะนำ/ความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ร้อยละ 12.4 ต้องการอาสาสมัครดูแล ร้อยละ 4.1 ต้องการจัดหาที่อยู่อุปถัมภ์คนพิการ ร้อยละ 18.6 ต้องการสงเคราะห์/รับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ ร้อยละ 7.2 ต้องการฝึกอาชีพหลักสูตรต่าง ๆ ร้อยละ 13.4 ต้องการ

ให้ชุมชน และ อบต. ช่วยเหลือ ร้อยละ 47.4 ได้แก่ การขอเพิ่มเบี้ยยังชีพ ทุนการศึกษา ชุมชนเอาใจใส่ดูแล ค่าพาหนะเมื่อยามเจ็บป่วย อาหารเสริม และที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นความต้องการที่หลากหลายตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าคนพิการในตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ยังเข้าไม่ถึงสิทธิที่ พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ที่กำหนด ซึ่งได้แก่ ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านสวัสดิการ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านสวัสดิการสังคม ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร ด้านอาชีพและการมีงานทำ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะ ด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย และด้านขจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ ส่งผลต่อสุขภาพและทำให้ระดับคุณภาพชีวิตคนพิการต่ำกว่าที่กำหนดใน พ.ร.บ. และเมื่อวิเคราะห์สาเหตุปัญหาในระดับชุมชนพบว่า ไม่มีส่วนร่วมในการจัดการการช่วยเหลือ พี่นฟู ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ชัดเจน มีเพียงการค้นหาคนพิการเพื่อขึ้นทะเบียนให้ได้สิทธิรับเบี้ยยังชีพเท่านั้น จากการศึกษาประโยชน์ของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประพิน วัฒนกิจ (2542) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของวิจัยไว้ 4 ประการ คือ 1) ให้ความสำคัญและเคารพต่อความรู้พื้นบ้าน ด้วยการยอมรับและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ คือ ยอมรับว่าความรู้พื้นบ้านและระบบการสร้างความรู้ในรูปแบบอื่นยังคงมีปฏิบัติอยู่ในหมู่คนจน เพื่อแก้ไขปัญหาและเพื่อการดำรงชีวิตของเขา 2) พัฒนาและปรับปรุงศักยภาพของชุมชนและของบุคคล โดยส่งเสริมและฟื้นฟูความเชื่อมั่นในตนเอง ให้สามารถที่จะวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ของเขาเอง 3) สร้าง แสวงหา และประยุกต์องค์ความรู้ ที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของแต่ละชุมชนมาใช้ในการให้ความรู้แก่บุคคลในชุมชนนั้น 4) ยอมรับในมุมมอง ความคิดเห็น และประสบการณ์ของชาวบ้านว่ามีความสำคัญ เป็นการมองให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของเขา

ดังนั้น เพื่อการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตคนพิการจึงต้องพัฒนาระบบการส่งเสริมและคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้มีศักยภาพให้เข้ามามีบทบาทร่วมในการจัดการตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBR) ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อวิเคราะห์บริบท สภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการในพื้นที่ การจัดทำแผนปฏิบัติการที่ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม การดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยชุมชน แล้วสังเกตผลที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ โดยหวังว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะทำให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทชุมชน ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตคนพิการให้ดีขึ้น

1.2 คำถามในการวิจัย

กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ เป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่ การวางแผน การลงมือกระทำ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ และพัฒนาให้ได้รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้

1.4.1 คนพิการในชุมชนได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นตามสิทธิที่ควรได้รับตาม ร.พ.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

1.4.2 ชุมชนมีกระบวนการจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ เพื่อจัดการดูแลคนพิการในชุมชนอย่างยั่งยืน

1.4.3 พัฒนาระบบการเพื่อใช้กับปัญหาอย่างอื่นที่ต้องใช้กระบวนการจัดการที่คล้ายกันในชุมชนเดียวกันหรือต่างชุมชนที่มีพื้นฐานทางสังคมใกล้เคียงกัน

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในประชากร 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) คนพิการที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) ผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอบต. อสม. กรรมการหมู่บ้าน 3) บุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล นักสุขภาพครอบครัว (นสค.) และเจ้าหน้าที่ผู้รับงานผู้พิการใน อบต. โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตการณ์ เพื่อร่วมกันค้นหารูปแบบที่เหมาะสมจากกระบวนการวิจัยตามโมเดลของ Kemmis และ McTaggart ได้แก่ วางแผน (Planning) ลงมือกระทำ (Acting) สังเกต (Observing) และไตร่ตรอง (Reflecting) ในหนึ่งรอบเกลียว

(Loop) การวิจัย นำผลการดำเนินงานในทุกขั้นตอนมาวิเคราะห์ และถอดบทเรียนเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

1.6 นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

1.6.1 คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ตามความหมายในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มี 6 ประเภท ได้แก่ 1) ความพิการทางการมองเห็น 2) ความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย 3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4) ความพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม หรือออทิสติก 5) ความพิการทางสติปัญญา 6) ความพิการทางการเรียนรู้ ในพื้นที่ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ยึดตามสำเนาทะเบียนบ้าน

1.6.2 คุณภาพชีวิตคนพิการ หมายถึง การดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์เสมอภาคกับบุคคลทั่วไป ได้รับและสามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้แก่ ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านสวัสดิการ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านสวัสดิการสังคม ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร ด้านอาชีพและการมีงานทำ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะ ด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย ด้านการจัดการเลือกปฏิบัติ

1.6.3 กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการจัดการโดยคนในชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ที่มีการเชื่อมโยงระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยราชการที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อจัดกิจกรรมการฟื้นฟูด้านการแพทย์และดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูอาชีพ การยอมรับและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับเบี้ยยังชีพ และการปรับสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการในชุมชนให้ดีขึ้น เสริมพลังอำนาจของคนพิการให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ ในทุกมิติ โดยเน้นการมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ

1.6.4 ชุมชน หมายถึง บ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ที่ประกอบด้วย บุคคล กลุ่มบุคคล ที่มีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในหมู่บ้าน

1.6.5 ผู้นำชุมชน หมายถึง บุคคลที่ได้รับคัดเลือก แต่งตั้ง ให้เป็นผู้นำในบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.6.6 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ รวมถึง ผู้บริหาร บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบลที่ชุมชนตั้งอยู่ที่ทำหน้าที่ด้านสงเคราะห์และช่วยเหลือคนพิการ ได้แก่ นายกององค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากนายกององค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์

1.6.7 นายกององค์การบริหารส่วนตำบล (นายก อบต.) หมายถึง นายกององค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

1.6.8 สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) หมายถึง สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ ที่ได้รับเลือกตั้งเป็นตัวแทนจากบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

1.6.9 บุคลากรภาครัฐ หมายถึง บุคลากรที่ทำหน้าที่ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในพื้นที่ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ และบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์

1.6.10 เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ หมายถึง บุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่หรือรับผิดชอบงานคนพิการในองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์

1.6.11 นักสร้างสุขภาพครอบครัว (นสค.) หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ที่ทำหน้าที่เป็นหมอประจำครอบครัวในชุมชน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

1.6.12 การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้ามามีบทบาทหรือบทบาทนำในทุกกระบวนการจัดการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสะท้อนผล และการวิเคราะห์ปัญหาสู่การวางแผนปฏิบัติในเก็ลยต่อไป โดยมีสิทธิแสดงความคิดเห็น และลงมตอย่างเสมอภาค

1.6.13 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึง การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาทำงาน หรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ

1.6.14 การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการ การส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป การมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ ของตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

1.6.15 ผู้ดูแลคนพิการ หมายถึง บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ ในพื้นที่ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

1.6.16 ผู้ช่วยคนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งให้ความช่วยเหลือคนพิการเฉพาะบุคคล เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการจัดการดูแลคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย และสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ
- 2.2 แนวทางการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย
- 2.3 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน
- 2.4 แนวคิดและเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- 2.6 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
- 2.7 การถอดบทเรียน
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ

2.1.1 ความหมายของคนพิการ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2000: Web Site) ได้ให้ความหมายของคนพิการไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ความผิดปกติหรือความบกพร่อง (Impairment) หมายถึง ความสูญเสียหรือความผิดปกติในด้านจิตใจ ด้านสรีระหรือด้านกายภาพของโครงสร้างหรือหน้าที่
2. ความพิการ (Disability) หมายถึง ความจำกัดหรือความบกพร่อง (ที่เป็นผลจากความผิดปกติหรือความบกพร่อง) เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตของมนุษย์
3. ความด้อยโอกาส (Handicap) หมายถึง ความจำกัดในการดำเนินชีวิตของระดับบุคคลที่เป็นผลจากความบกพร่องหรือความพิการ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2546 ให้ความหมายไว้ว่า คนพิการหมายถึงบุคคลซึ่งมีความสามารถถูกจำกัดให้ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคมได้โดยวิธีการทั่วไป เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยินการเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาและการเรียนรู้และมีความต้องการจำเป็นพิเศษ ด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายคนพิการว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสารสติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

กฎกระทรวงฉบับที่ 2 พ.ศ. 2537 ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ให้ความหมายคนพิการไว้ดังนี้ คนพิการ หมายความว่า คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทาง จิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายของทุพพลภาพ หมายถึง หย่อนกำลังความสามารถที่จะประกอบการทำงานตามปกติได้

นิรันดร์ โคกคาน (2547: 9) ให้ความหมาย คนพิการหมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย สติปัญญา จิตใจ และสังคมจนเป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างหนึ่งอย่างใด หรือไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวัน ศึกษาเล่าเรียน หรือประกอบอาชีพ ได้ดังเช่นคนปกติทั่วไปซึ่งอาจเป็นระยะเวลาชั่วคราวหรือถาวรก็ได้

สรุปว่าคนพิการ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจตามสภาพที่เห็น ซึ่งอาจจะมีหนังสือรับรองจากแพทย์หรือไม่ก็ตาม โดยแบ่งลักษณะความพิการเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

1. ทางการได้ยินหรือสื่อสาร หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเข้าใจ หรือการใช้ภาษาพูด จนไม่สามารถสื่อความหมายกับคนอื่นได้ เช่น หูตึง หูหนวก เป็นใบ้
2. ทางการมองเห็น หมายถึง ผู้ที่ตาบอดข้างเดียวหรือสองข้าง
3. ทางกายหรือการเคลื่อนไหว หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือผู้ที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาต หรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้
4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางจิตใจหรือสมองในส่วนของ การเรียนรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมความประพฤติที่จำเป็นในการดูแลตนเอง หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น เช่น วิกัลจริต
5. ทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญา หรือสมองจนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้ เช่น ปัญญาอ่อน
6. พิการซ้ำซ้อน หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องมากกว่า 1 ประเภท

2.1.2 ประเภทของความพิการ

ประเภทคนพิการตามกฎหมายกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 กำหนดลักษณะมี 6 ประเภท ดังนี้

1) พิการทางการมองเห็น คือ คนที่มีสายตาข้างที่ต่ำกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้วมองเห็นน้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 จมมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีเลนส์สายตาแคบกว่า 30 องศา

2) พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย คือ การได้ยิน เด็กอายุน้อยกว่า 7 ปี ลักษณะความพิการ คือ หูตึงปานกลาง หูตึงมาก หูตึงรุนแรง หูหนวก ความดังเฉลี่ยเกิน 40 เดซิเบล จนไม่ได้ยิน ระดับความผิดปกติ 2 ถึง 5 เด็กอายุเกิน 7 ปี ถึงผู้ใหญ่ ลักษณะความพิการ คือ ความผิดปกติ หูตึงมาก หูตึงรุนแรง หูหนวก ความดัง 55 เดซิเบลขึ้นไป ระดับความผิดปกติ 2 ถึง 5 การสื่อสาร

3) พิการทางการเคลื่อนไหว หรือการเคลื่อนไหว คือ ความพิการ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายเห็นชัดเจน และคนที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้ ระดับความผิดปกติ 3 ถึง 5

4) พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม คือ ลักษณะความพิการ คนที่มีความผิดปกติ ความบกพร่องทางจิตใจ หรือสมองในส่วนรับรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเอง หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น ระดับความผิดปกติ ระดับที่ 1 และระดับที่ 2

5) พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้คือ ลักษณะพิการ คือ คนที่มีความผิดปกติ หรือความบกพร่องทางสติปัญญาหรือสมอง จนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้

6) พิการซ้ำซ้อน คือ มีความพิการมากกว่า 1 ลักษณะขึ้นไป

ประเภทความพิการตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดประเภท ของคนพิการไว้ 6 ประเภท ได้แก่ 1) คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 2) คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 3) คนพิการทางการมองเห็น 4) คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือ ออทิสติก 5) คนพิการทาง สติปัญญา และ 6) คนพิการทางการเรียนรู้

ประเภทของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2552 ได้กำหนดประเภทของคนพิการ ออกเป็น 9 ประเภท ได้แก่บุคคลที่มีความบกพร่อง 1) ทางการมองเห็น 2) ทางการได้ยิน 3) ทางสติปัญญา 4) ทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวหรือสุขภาพ 5) ทางการเรียนรู้ 6) ทางการพูดและภาษา 7) ทางพฤติกรรม หรืออารมณ์ 8) ออทิสติก และ 9) พิการซ้อน

จะเห็นได้ว่าถึงแม้จะมีการแบ่งประเภทความพิการไว้หลายรูปแบบแต่ที่นิยมใช้ในระดับสากลคือ การแบ่งกลุ่มความพิการตามองค์การอนามัยโลก ส่วนในประเทศไทย ยึดถือการแบ่งประเภทความพิการ ตามแนวพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยยึดเอาประเภทความพิการตามการวินิจฉัยความพิการออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งได้ให้ความหมายของคนพิการไว้ 6 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 ความพิการทางการมองเห็น

1) ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น

เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตารธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับแยกกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

2) ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็นเมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อใช้แว่นสายตารธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ไปจนถึงแยกกว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

ประเภทที่ 2 ความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย

1) หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 400 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

2) หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบลลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

3) ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

ประเภทที่ 3 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือเท้า แขน ขา

ประเภทที่ 4 ความพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม หรือออทิสติก

1) ความพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

2) ความพิการออทิสติก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง และความผิดปกติที่นั่นแสดงก่อนอายุ 2 ปีครึ่ง ทั้งนี้ ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอร์เกอร์ (Asperger)

ประเภทที่ 5 ความพิการทางสติปัญญา

การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 18 ปี

ประเภทที่ 6 ความพิการทางการเรียนรู้

การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์ มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

2.1.3 สภาวะคนพิการ

2.1.3.1 ลักษณะทั่วไปของคนพิการ

1) เพศ และอายุ คนพิการหญิง มีมากกว่าชาย (ร้อยละ 50.9 และ 49.0 ตามลำดับ) โดยคิดเป็นสัดส่วนในแต่ละเพศ คนพิการหญิงมีร้อยละ 3.0 และชายมีร้อยละ 2.7 จำนวนคนพิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากตามอายุที่เพิ่มขึ้นโดยพบว่ามีคนพิการที่อายุมากกว่า 70 ปีถึงร้อยละ 24.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) แสดงว่ากลุ่มอายุที่เสี่ยงมากที่สุดคือกลุ่มผู้สูงอายุ

2) การศึกษา คนพิการส่วนใหญ่ไม่ได้มีการศึกษาถึง ร้อยละ 81.7 กำลังศึกษามีเพียงร้อยละ 18.3 โดยมีการศึกษาก่อนประถมศึกษา ร้อยละ 1.9 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 9.5 คนพิการที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นมีน้อยคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 6.0 และระดับปริญญาตรี มีเพียงร้อยละ 0.5

3) อาชีพ คนพิการที่มี อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1.8 ล้านคน เป็นผู้ที่มีงานทำในรอบปีที่แล้ว 0.6 ล้านคน หรือร้อยละ 35.2 และเป็นผู้ไม่ได้ทำงาน จำนวน 1.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 64.8 โดยในกลุ่มผู้ทำงานนั้น เป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้านการเกษตรและประมงมากที่สุด (ร้อยละ 19.4) รองลงมาคืออาชีพ ขึ้นพื้นฐานต่าง ๆ ในด้านการขาย การให้บริการและผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 4.8)

4) สถานภาพการทำงาน คนพิการที่ทำงานส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 46.6 ประกอบธุรกิจส่วนตัว รองลงมา คือ ช่วยธุรกิจในครัวเรือน ร้อยละ 25.8 และลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 20.5

5) รายได้คนพิการคนพิการที่ทำงานและมีรายได้ ส่วนใหญ่จะมีรายได้ต่ำ โดยร้อยละ 35.4 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 21.6 มีรายได้ 3,000 - 5,000 บาท และร้อยละ 12.4 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท จากข้อมูลการศึกษา อาชีพ รายได้ยังเป็นสิ่งที่แสดงถึง ความด้อยโอกาสทางสังคมของคนพิการ

2.1.3.2 จำนวนคนพิการ จากการสำรวจความพิการและคุณภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550 พบว่า มีคนพิการจำนวนประมาณ 1,871,860 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งหมด จำนวน 65,566,359 คน โดยเพศหญิงมีสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชายเล็กน้อย คือ ร้อยละ 3.0 และร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 30.0) สัดส่วนของคนพิการนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลร้อยละ 3.4 และ 1.6 เมื่อแยกเป็นรายภาค ภาคเหนือมีประชากรที่พิการสูงกว่าภาคอื่น ร้อยละ 4.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.5 ภาคใต้และภาคกลาง มีอัตราใกล้เคียงกันร้อยละ 2.3 และ 2.2 กรุงเทพมหานคร มีประชากรที่พิการต่ำคือร้อยละ 0.5 ดังตาราง 2.1

ตาราง 2.1 ความถี่และสัดส่วนของคนพิการ จำแนกตามเพศ ภาคและเขตการปกครอง ปี 2550

ภาคและเขตการปกครอง	จำนวนคนพิการ			ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
ในเขตเทศบาล	312,497	137,901	174,596	1.56	1.45	1.68
นอกเขตเทศบาล	1,559,363	726,127	833,236	3.41	3.20	3.26
กลางรวม กทม.	379,420	169,261	210,158	1.66	1.53	1.78
เหนือ	518,624	249,024	269,600	4.43	4.33	4.45
ตะวันออกเฉียงเหนือ	772,931	353,226	419,705	5.50	3.22	3.78
ใต้	220,885	92,516	108,369	2.25	2.09	2.39
รวม	1,871,860	864,028	1,007,832	2.85	2.69	3.02

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550)

2.1.3.3 ลักษณะความพิการจัดเรียงลำดับตามลักษณะความพิการ 5 ลำดับได้ดังนี้ ลำดับที่ 1 สายตาเลือนราง 2 ข้างมีร้อยละ 21.2 ลำดับที่ 2 สายตาเลือนรางข้างเดียว มีร้อยละ 10.3 ลำดับที่ 3 หูตึง 2 ข้าง มีร้อยละ 9.4 ลำดับที่ 4 อัมพฤกษ์ มีร้อยละ 9.1 ลำดับที่ 5 แขน ขาลีบ หยียดงอไม่ได้มีร้อยละ 7.9

2.1.3.4 อายุที่เริ่มพิการ มากกว่า 1 ใน 3 ของคนพิการหรือประมาณ ร้อยละ 41.3 เริ่มพิการเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.5 พิการตั้งแต่อายุต่ำกว่า 1 ปี และที่เริ่มพิการในกลุ่มอายุอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันมากนัก ร้อยละ 12.2 พิการในช่วงอายุ 25 - 44 ปี ร้อยละ 14.7 พิการในช่วงอายุ 45 - 59 ปี ดังนั้นโดยเฉลี่ยคนพิการจะเริ่มพิการเมื่ออายุประมาณ 45 ปี

2.1.3.5 ความช่วยเหลือที่ต้องการจากรัฐบาล คนพิการ ร้อยละ 91.6 ต้องการความช่วยเหลือจากรัฐบาลประเภทของความช่วยเหลือที่ต้องการ 5 ลำดับแรก คือ งบประมาณสนับสนุนร้อยละ 76.2 มีงานมีรายได้ที่บ้าน ร้อยละ 22.7 มีคนช่วยดูแลบางเวลา 8.4 ช่วยตัดแปลงที่พักให้เหมาะสมกับการดูแลร้อยละ 6.2 การฝึกอบรมให้สามารถดูแลได้ถูกต้องร้อยละ 6.1 ปัญหาความพิการมีแนวโน้มขยายตัวกว้างขวางและรุนแรงยิ่งขึ้น โดยเฉพาะคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว สาเหตุของความพิการ ส่วนใหญ่เกิดจาก อุบัติเหตุ การบาดเจ็บและผลกระทบมาจากการป่วย/หรือบาดเจ็บเมื่อวัยเด็ก รวมถึงผลพวงสืบเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น การเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ โรคเรื้อรังต่าง ๆ หรือการได้รับสารพิษ ฯลฯ ซึ่งเกิดจากปัจจัยที่กำหนดที่สำคัญดังนี้

2.1.4 ปัจจัยกำหนดความพิการ

2.1.4.1 โครงสร้างประชากร โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากอัตราเกิดอัตราตายที่ลดลงและมีผู้สูงอายุยืนยาวขึ้นโดยพบว่าในปี 2533 ประชากรผู้สูงอายุมีร้อยละ 7.0 (5.6 ล้าน) และเพิ่มถึงร้อยละ 9.0 (6.2 ล้าน) ในปี 2543 ในปี 2553 ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 15 ซึ่งมากกว่า 7 ล้านคน (Jitapunkul and Yodpetch, 2001)

กลุ่มอายุที่พบมีความพิการมาก คือ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน ปัญหาความพิการ น่าจะมีแนวโน้มขยายตัวกว้างขวางและรุนแรงยิ่งขึ้น เพราะว่าโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงมากขึ้น

2.1.4.2 การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชากรโลก ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของ การบริโภคยาสูบ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารการลดกิจกรรมทางกาย การเพิ่มขึ้นของการบริโภคแอลกอฮอล์ การเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยและความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นไป น้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดและเบาหวานจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยนำของสาเหตุ ทำให้การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความพิการ โดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.1.4.3 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม นำมาซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการประสบอันตรายจากการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น รวมถึงสภาวะมลพิษจากการประกอบอาชีพ ที่ก่อให้เกิดความพิการถาวรได้ เช่น มลภาวะทางเสียง การสูญเสียอวัยวะและทุพพลภาพ ฯลฯ มีรายงานการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานในชายกองทุนทดแทนแรงงานในปี 2532 - 2542 อยู่ระหว่าง 62,766 - 245,616 รายต่อปี อัตราการเสียชีวิตบางส่วน อยู่ระหว่าง 68.5 - 111.5 ต่อแสน อัตราทุพพลภาพอยู่ระหว่าง 0.3 - 0.9 ต่อแสน ซึ่งเป็นอัตราที่ขึ้น ๆ ลง ๆ ระหว่างปีดังกล่าว

2.1.4.4 อุบัติเหตุจากรถ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในปัจจุบัน จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2545 พบว่า มีจำนวนคนพิการทั้งสิ้น 1.1 ล้านคน ในจำนวนนั้นมีจำนวนประชากรประมาณ 65,300 คน ที่พิการเนื่องจากสาเหตุอุบัติเหตุจากรถบก คิดเป็นร้อยละ 5.9 ของประชากรพิการ โดยเป็นผู้ที่มีความพิการ ทางกาย หรือ การเคลื่อนไหว สูงสุด ร้อยละ 66.9 พิการทางการเห็น ร้อยละ 11.8 พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 4.4 พิการด้วยอาการอื่น ๆ ร้อยละ 16.9

จากปัจจัยกำหนดที่ได้กล่าวมาเมื่อพิจารณา สภาพโครงสร้างประชากร การเจ็บป่วย วิถีชีวิต พฤติกรรม และสภาพสังคม ในปัจจุบัน ล้วนส่งผลให้จำนวนผู้พิการมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยเห็นว่าสิ่งนี้น่าจะบอถึง ขนาดปัญหาความพิการก็มากขึ้นตามไปด้วย ภาระการฟื้นฟูสมรรถภาพก็มากขึ้นเช่นกัน ดังนั้นการสร้างระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ควรหารูปแบบที่เหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาคนพิการ

ส่วนการป้องกันความพิการอาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันความพิการระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention of Disabilities) หมายถึง การให้การป้องกันการเกิดพยาธิสภาพ เช่น การให้ภูมิคุ้มกัน
2. การป้องกันความพิการระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention of Disabilities) หมายถึง การให้การรักษาเมื่อมีพยาธิสภาพ
3. การป้องกันความพิการระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention of Disabilities) หมายถึง การที่เราพยายามจะลดผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพ จากความพิการ ป้องกันการเกิดพยาธิสภาพซ้ำ (World Health Organization, 2004)

สรุปว่า คนพิการคือบุคคลที่ผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ จนเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และการอยู่ร่วมกับสังคมได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายคนพิการในตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ว่าเป็นบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วม

ทางสังคมเนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสารสติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

2.2 แนวทางการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย

แนวทางการพัฒนาศักยภาพ คนพิการในประเทศไทยมีความชัดเจนมากขึ้นหลังการกำหนดพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งเป็นกฎหมายฉบับแรกของคนพิการที่ส่งเสริมสิทธิพัฒนาและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิคนพิการมุ่งเน้นให้คนพิการ ได้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพและด้านสังคม และได้มีการปรับปรุงนโยบายและกฎหมายของประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพคนพิการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของคนพิการในด้านต่าง ๆ ในบริบทไทย ซึ่งกฎหมายและนโยบายของประเทศไทยที่สนับสนุนการศึกษานี้ ได้แก่

2.2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

2.2.2 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

2.2.3 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550 - 2554

2.2.4 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555 - 2559

2.2.5 แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน

โรค (8 Flagship Project)

2.2.6 การจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย

2.2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

มาตรา 4 เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคล

มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในทางกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิดเชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพสถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้

มาตรา 32 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

มาตรา 54 บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

2.2.2 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

การประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เป็นผลให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิและได้รับบริการอย่างครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้น โดยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดสวัสดิการมุ่งเน้นการส่งเสริมศักยภาพและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ สังคมมีการปรับเจตคติที่ดีต่อคนพิการและเปิดโอกาสให้คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้นตามพระราชบัญญัตินี้มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาดังนี้

มาตรา 20 คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ดังต่อไปนี้

1. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การส่งเสริมการประกอบอาชีพและบริการสื่ออำนวยความสะดวกเทคโนโลยีหรือความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อการทำงานและประกอบอาชีพของคนพิการ
3. การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเศรษฐกิจและการเมืองอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไปตลอดจนได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ
4. การจัดสวัสดิการเบี้ยคนพิการ
5. การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคนพิการหรือการจัดการให้มีสวัสดิการอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 37 จัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะบริการขนส่งหรือบริการสาธารณะอื่น ให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

2.2.3 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550 - 2554

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2554 ได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานด้านคนพิการ คือ คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ มีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่และเสมอภาคภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมเจตคติที่ดีของคนพิการ ครอบครัวและสังคมที่มีความพิการและคนพิการ โดยส่งเสริมให้จัดกิจกรรมทางสังคมให้คนพิการและครอบครัวมีโอกาสแสดงศักยภาพและมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เสริมสร้างเจตคติที่ถูกต้องและสร้างสรรค์ต่อคนพิการและครอบครัว สนับสนุนให้คนพิการมีงานทำและสนับสนุนการจัดทำสื่อที่มีคุณภาพเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมศักยภาพการมีส่วนร่วมและความเสมอภาคของคนพิการ

ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของคนพิการ โดยผลักดันให้มีนโยบายและวาระแห่งชาติในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคและส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

2.2.4 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555 – 2559

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555 – 2559 ยึดหลักการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างรอบด้าน และบูรณาการการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของทุกภาคส่วนโดยเน้นผลลัพธ์เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ของแผนดังต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม โดยไม่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ มีแนวทางและมาตรการคือ

1. ภาครัฐมีหน้าที่จัดให้มีบริการเพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิตามกฎหมาย และตอบสนองความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท
2. สนับสนุนให้องค์กรภาคเอกชนจัดบริการตามกฎหมายให้ตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท
3. เฝ้าระวังและป้องกันการแสวงหาประโยชน์ การใช้ความรุนแรง และการล่วงละเมิดต่อคนพิการ
4. พัฒนา ปรับปรุง แก้ไข กฎหมาย กลไก และวิธีปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมคุ้มครองสิทธิและจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษต่อเด็กพิการและสตรีพิการ
5. สร้างหลักประกันให้คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ ในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ
6. รณรงค์ เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคมบูรณาการให้มีส่วนร่วมสนับสนุนการเข้าถึงสิทธิ และจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาเทคโนโลยี และข้อมูลข่าวสาร ที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ มีแนวทางและมาตรการคือ

1. ภาครัฐรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้องค์กรทุกภาคส่วนรวมถึงองค์กรธุรกิจเอกชนจัดให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสภาพแวดล้อม อาคาร สถานที่ และการคมนาคมขนส่ง
2. ภาครัฐรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้องค์กรทุกภาคส่วน รวมถึงองค์กรธุรกิจเอกชนจัดให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากผลิตภัณฑ์ อุปกรณ์ และเครื่องช่วยความพิการ รวมถึงเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน โดยมีการประเมินความต้องการและความเหมาะสมในการใช้งานของคนพิการ
3. ภาครัฐรวมถึงองค์กรอิสระ มีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้องค์กรทุกภาคส่วนรวมถึงองค์กรธุรกิจเอกชนจัดให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม รวมถึงเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสาร โดยมีการประเมินความต้องการและความเหมาะสมในการใช้งานของคนพิการ
4. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาหลักสูตร การเรียนการสอน และการฝึกอบรม เกี่ยวกับการสร้างและปรับสภาพแวดล้อมโดยอาศัยหลักการการออกแบบที่เป็นสากลและเป็นธรรม เพื่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ของคนพิการ

5. สนับสนุนการจัดตั้งกลไกให้คำปรึกษา ติดตามประเมินผล และพัฒนานวัตกรรม เพื่อส่งเสริมการปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมและที่อยู่อาศัยให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ ในการดำรงชีวิตได้จริง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ มีแนวทาง และมาตรการคือ

1. เสริมพลังคนพิการให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่าง สอดคล้องและเพียงพอกับความต้องการจำเป็นของแต่ละบุคคลรวมทั้งการเฝ้าระวังและป้องกันความ พิการ การได้รับสิทธิประโยชน์จากบริการหลักประกันสุขภาพ กองทุนประกันสังคม และกองทุนเงิน ทดแทน
2. เสริมสร้างการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของคนพิการตั้งแต่แรกเกิดหรือแรกพบ ความพิการ จนตลอดชีวิตรวมถึงการจัดการศึกษาอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ
3. พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการช่วยเหลือระยะเริ่มแรกแก่คน พิการ ผู้ดูแลคนพิการและผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่คนพิการเพื่อรองรับผลกระทบจาก การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติทางธรรมชาติ
4. เสริมพลังคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อความมั่นคงและความก้าวหน้าด้าน อาชีพ หรือการทำงานโดยมีรายได้ที่เพียงพอ ทั้งในระบบตลาดแรงงาน นอกกระบวนตลาดแรงงาน การ ประกอบอาชีพอิสระ รวมถึงส่งเสริมธุรกิจเพื่อสังคมเพื่อคนพิการ เพื่อร่วมสร้างเศรษฐกิจของประเทศ
5. เสริมพลังคนพิการเพื่อเข้าถึงสิทธิเสรีภาพในการเดินทาง ท่องเที่ยว และ นันทนาการบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป
6. เสริมพลังคนพิการให้มีความถึงพร้อมในการออกกำลังกายและเล่นกีฬา เพื่อสุขภาพ และได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านกีฬาสู่ความเป็นเลิศ
7. ปรับปรุงกลไกด้านการเงิน การคลังและงบประมาณเพื่อการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการให้มีประสิทธิภาพ และกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคส่วน อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ
8. ศึกษาและดำเนินการให้มีแหล่งรายได้เพื่อสนับสนุนการเงินการคลังและ งบประมาณเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างเพียงพอ และอย่างยั่งยืน
9. จัดตั้งและสนับสนุนการดำเนินงานสถาบันทางวิชาการเพื่อการวิจัยและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ
10. พัฒนาผลงานทางวิชาการ งานวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ สามารถนำไปกำหนดนโยบายด้านคนพิการของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและ เครือข่าย มีแนวทางและมาตรการคือ

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการรวมตัว จัดตั้ง และสร้างความเข้มแข็ง ขององค์กร ด้านคนพิการทุกประเภททั้งในระดับจังหวัดและท้องถิ่น
2. ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรด้านคนพิการให้มีบทบาทในภาคสังคมหรือ กิจกรรมด้านคนพิการระดับนานาชาติ

3. ส่งเสริมและสนับสนุนทรัพยากร โดยเฉพาะด้านการเงิน และวิชาการ แก่องค์กรด้านคนพิการให้สามารถบริหารจัดการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิ ตลอดจนจัดบริการให้แก่คนพิการได้อย่างมีมาตรฐาน

4. สนับสนุนให้องค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการในทุกระดับและทุกมิติในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา

5. สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดให้มีการสมทบงบประมาณเพื่อสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพแก่องค์กรด้านคนพิการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ มีแนวทางและมาตรการ คือ

1. สร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักรู้เกี่ยวกับศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ศักยภาพ และการดำรงชีวิตอิสระ สิทธิ และหน้าที่ของคนพิการ

2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจัดกิจกรรมในการสร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการ คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และครอบครัว

3. พัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมทางสังคมในทุกด้านเพื่อให้คนพิการสามารถแสดงศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่

4. พัฒนารูปแบบ และวิธีการ ในการเปลี่ยนแปลงแนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ จากสังคมเวทนามนิยมเป็นสังคมฐานสิทธิ

5. บรรลุความรู้เรื่องความพิการและคนพิการในหลักสูตรการศึกษาทุกระดับและทุกระบบ

6. จัดตั้งและสนับสนุนสถาบันการสื่อสารสังคมเพื่อสื่อสารสาธารณะเรื่องคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.5 แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (8 Flagship Project)

กระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการและอนุกรรมการประสานการบริหารแผนงานส่งเสริมและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคระดับกระทรวง โดยบูรณาการร่วมกันระหว่าง กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 8 แผนงาน (8 Flagship Project) ได้แก่ (1) แผนงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ (2) แผนงานการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี อย่างมีคุณภาพ (3) แผนงานการดูแลสุขภาพเด็กอายุ 3 - 5 ปี อย่างมีคุณภาพ (4) แผนงานการพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ (5) แผนงานการพัฒนาสุขภาพเด็กวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ (6) แผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (7) แผนงานการเฝ้าระวังดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็ง และ (8) แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อดำเนินการจัดทำคำของบประมาณ ด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตามกลุ่มวัยเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประจำปี 2556

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการ พ.ศ. 2550 และแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับที่ 4 ซึ่งรากฐานสำคัญของการดำเนินงานด้านคนพิการที่เข้มแข็งทั้งในเชิงกลไกการดำเนินงานและสิทธิประโยชน์ที่รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญเพื่อคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิคนพิการด้านต่าง ๆ ในทุกระดับเป็นกรอบและทิศทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

2.2.6 การจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการประเทศไทย

2.2.6.1 โครงสร้างของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการสำรวจของศูนย์สิรินธรฯ ปี 2537 มีหน่วยงานงานทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นจำนวนมากที่ดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สำหรับในภาครัฐบาลมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงาน 6 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร แต่ที่ผ่าน การดำเนินงานของกระทรวงต่าง ๆ ผลงานของหลายกระทรวงยังไม่เด่นชัด มีเพียง 4 กระทรวงที่มีการดำเนินงานด้านคนพิการชัดเจน ได้แก่

- 1) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีงานที่เป็นรูปธรรม กล่าวคือ มีการพัฒนามาตรฐานด้านคนพิการ 3 เรื่อง คือ (1) มาตรฐานการจดทะเบียนคนพิการ (2) มาตรฐานส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิคนพิการ และ (3) มาตรฐานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- 2) กระทรวงศึกษาธิการ สามารถดูแลศูนย์การศึกษาพิเศษ ดูแลโรงเรียนสถานสงเคราะห์ ได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการจัดการศึกษาเรียนร่วมให้กับนักเรียนที่มีความพิการปานกลางที่สามารถเรียนร่วมได้ มีการจัดห้องเรียนคู่ขนานสำหรับเด็กออทิสติก
- 3) กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันราชานุกูล ซึ่งดูแลคนพิการทางด้านจิต และศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการซึ่งดูแลคนพิการทางด้านกาย ทั้งสองหน่วยงานมีแผนงานด้านคนพิการค่อนข้างครอบคลุมตามภารกิจ แต่ยังคงมีปัญหาด้านงบประมาณไม่เพียงพอทำให้การดูแลคนพิการยังทำได้ไม่เต็มที่
- 4) กระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน มีการดำเนินงานหลายโครงการ เช่น โครงการส่งเสริมให้คนพิการฝึกอาชีพพร้อมกับคนทั่วไป โครงการส่งเสริมการฝึกอาชีพสำหรับคนพิการแต่ละประเภท และโครงการส่งเสริมการแข่งขันฝีมือคนพิการแห่งชาติและนานาชาติ สำหรับองค์กรภาคเอกชนมีอีกจำนวนมากถึง 68 องค์กร (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2540) องค์กรเอกชนก็มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพแก่คนพิการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 สมาคมคนตาบอด ได้ก่อตั้งขึ้นเป็นองค์กรเอกชนเพื่อคนพิการแห่งแรก โดยทั่วไปองค์กรเอกชนเหล่านี้จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในเรื่องอื่นด้วย เช่น การศึกษา การฝึกอาชีพ ควบคู่ไปกับทางการแพทย์ด้านใดด้านหนึ่ง เช่น การศึกษาทางอาชีพ เช่น มูลนิธิสงเคราะห์และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยพิการนครเชียงใหม่ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการมูลนิธิสายใจไทย เป็นต้น การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและฉบับที่ 8 ได้ใช้ระบบการประสานงานในรูปของคณะกรรมการ ได้แก่ คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แนวการดำเนินงานแผนงานและสนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานของภาครัฐและเอกชน สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และสมาคมคนพิการเพื่อจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการทั้งด้านอาชีพ การศึกษา สังคม และการแพทย์

จากการทบทวนโครงสร้างผู้วิจัยพบว่า โครงสร้างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการมีความหลากหลายทั้งภาครัฐ เอกชน และเป็นการเชื่อมโยงประสานงานกันในระดับกระทรวง ซึ่งนอกจากกระทรวงสาธารณสุขที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งอยู่ในพื้นที่มีบทบาทด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากรแล้วไม่พบการเชื่อมโยงหรือการประสานงาน หน่วยงานในระดับชุมชน ซึ่งเป็นถิ่นอาศัยของผู้พิการที่คอยเชื่อมต่อหรือประสานความช่วยเหลือที่รูปธรรมที่ชัดเจน

2.2.6.2 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็นกลุ่มที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน กลุ่มบุคลากรผู้ทำหน้าที่ให้บริการการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการ เป็นกลุ่มบุคลากรที่มีหลากหลายขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและคนพิการประเภทต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลเวชกรรมฟื้นฟู จักษุแพทย์ โสต/คอ/นาสิกแพทย์ จิตแพทย์ แพทย์ออร์โธปิดิกส์ นักกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด/อาชีพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พนักงานเวชกรรมฟื้นฟู เจ้าหน้าที่อาชีพบำบัด ซึ่งแต่ละสาขาได้ดูแลตามลักษณะความพิการ (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และคณะ, 2540 : 26) ส่วนใหญ่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะเป็นบุคลากรที่สำคัญในการบริการคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นคนพิการที่พบมากที่สุดในประเทศไทย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเทศไทยได้เริ่มการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางในสาขานี้ (หลักสูตร 3 ปี) ตั้งแต่ปี 2526 ที่คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี ซึ่งรุ่นแรกจบการฝึกอบรมใน ปี 2528 ปี 2540 มี 4 โรงเรียนแพทย์ในส่วนกลาง 3 โรงเรียนแพทย์ในส่วนภูมิภาค ที่มีวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู แต่เพียง 5 แห่งในจำนวนนี้เท่านั้น ที่เปิดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งรับได้ปีละ 4 - 5 คนต่อแห่ง (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และคณะ, 2540 : 26)

บุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการประชาชนที่อยู่ในชุมชนหรือในระดับปฐมภูมิ คือบุคลากรในสถานีนอนามัย ผู้พิการเป็นหนึ่งในประชากรเป้าหมายของการดูแล ตามกรอบของบุคลากรระดับสถานีนอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งเป็นบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดระดับปฐมภูมิ เพราะโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะมีนักกายภาพบำบัดบริการประชาชนในอำเภอ แม้มีนักกายภาพบำบัดแต่ก็ไม่พอเพียงต่อปริมาณคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่เพิ่มขึ้นจากข้อมูลสำรวจเมื่อปี 2546 การผลิตนักกายภาพบำบัดทั่วประเทศประมาณ 500 - 600 คนต่อปี อัตราการสูญเสียบัณฑิตกายภาพบำบัดประมาณร้อยละ 45.0 ส่วนใหญ่ไปประกอบวิชาชีพอื่น นักกายภาพบำบัด ที่ขึ้นทะเบียน 4,300 คน นั้นมีที่ยังคงปฏิบัติงานกายภาพบำบัดอยู่เพียง 2,000 คนด้วยเหตุนี้อัตราการเพิ่มนักกายภาพบำบัดที่ยังคงปฏิบัติงานกายภาพบำบัดประมาณร้อยละ 12 ต่อปี (สุวิทย์ อริยชัยกุล และคณะ, 2546: 42)

จากการทบทวนของผู้วิจัยเรื่องบุคลากรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า การบริการคนพิการยึดหลักการดูแลแบบบูรณาการ หรือดูแลผู้ป่วยเป็นทีม แต่ด้วยจำนวนบุคลากรเฉพาะทางปัจจุบันมีจำนวนน้อย ความเป็นไปได้ในการดูแลต่อเนื่องอาจเป็นไปได้ยาก และส่วนใหญ่แล้วการมองบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จะมองเฉพาะที่โรงพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงการฟื้นฟูคนพิการ ไม่ได้อยู่ในแค่โรงพยาบาล การฟื้นฟูยังต้องดำเนินการต่อไปถึงในชุมชน เพื่อป้องกันความพิการซ้ำซ้อนหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความพิการ ซึ่งหากเกิดขึ้นจะทำให้ความพิการเกิดความรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นจึงควรสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นฐาน หรือเครือข่าย เพื่อให้เข้าถึงปัญหาที่แท้จริงที่จะนำไปสู่การช่วยเหลือที่ตรงประเด็น

2.2.6.3 ทรัพยากรสาธารณสุข ด้านงบประมาณ งบประมาณเพื่อการฟื้นฟูคนพิการ ก่อนปี 2540 กระทรวงสาธารณสุข ได้รับงบประมาณในการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล หรือที่เรียกว่า บัตรสวัสดิการรักษายาบาล (สปร.) ซึ่งคนพิการก็เป็นผู้มีสิทธิอยู่ในบัตรดังกล่าวต่อมาจนถึงก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2544 การจัดสรรงบประมาณสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเริ่มแยกชัดเจนขึ้น ต่อมาหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2544 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขในอัตราเหมาจ่าย 4 บาทต่อหัวประชากร ที่ผ่านมางบประมาณที่จัดสรรสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้รับการจัดสรรที่น้อยมากถ้าเทียบกับการบริการรักษา และส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้ามองเทียบกับกลุ่มเป้าหมายอื่น จะเห็นว่ากลุ่มคนพิการได้รับความสำคัญมากเพราะการจัดสรรได้ระบุกลุ่มชัดเจน ส่วนกลุ่มอื่นที่ไม่ถูกระบุก็จัดสรร รวมงานอื่น เช่นงานส่งเสริมสุขภาพ ถ้าเปรียบเทียบจำนวนเงินการจัดสรรงบบนพิการถือว่ายังน้อยเหมือนกับไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูคนพิการ แต่พอในปี 2552 รัฐได้เห็นความสำคัญของคนพิการมากขึ้นจึงได้จัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 5 บาทต่อหัวประชากรมีคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพ 567,703 ราย ได้รับบริการด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น กายภาพบำบัดจิตบำบัด การฟื้นฟูการได้ยิน การแก้ไขการพูด ฟื้นฟูการเห็น และอุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ และในปี 2553 นี้ สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณรายหัวสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่คนพิการผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง ในอัตรา 8.08 บาทต่อประชากร เพิ่มขึ้นจากปี 2552 กว่าทั้งสิ้น 381 ล้านบาทเพื่อให้ผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวังและคนพิการได้รับบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยอย่างทั่วถึง ส่งเสริมให้เกิดรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานีนอกรีงพยาบาลทุกระดับตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ และกลุ่มเป้าหมายที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในท้องถิ่นได้มากขึ้น รวมถึงส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรคนพิการและการพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือคนพิการที่สามารถเชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลมากขึ้น

สรุปว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทยมีวิวัฒนาการความช่วยเหลือจากรัฐตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันโดยได้มีการกฎหมายคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิคนพิการ ครั้งแรก ปี 2534 และปัจจุบันได้มี พ.ร.บ. การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 โดยมุ่งหวังให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิ และได้รับการอย่างครอบคลุมทั่วถึงด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดสวัสดิการมุ่งเน้นการส่งเสริมศักยภาพและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ สังคมมีการปรับเจตคติที่ดีต่อคนพิการและเปิดโอกาสให้คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการ การส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป การมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

2.3 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้พิการในชุมชนโดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้พิการ ครอบครัวและสมาชิกในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

สุชาติ ปันกิจติ (2542) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน หมายถึง การช่วยเหลือพัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกด้านให้แก่คนพิการ โดยความร่วมมือของคนในชุมชนโดยเฉพาะคนพิการและญาติมีการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรมนุษย์ เครื่องมือ ทุน วัสดุ สถานที่ รวมทั้งเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับชุมชนนั้น เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้ทัดเทียมคนปกติซึ่งพบว่าการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนทำให้ชุมชนรับผิดชอบต่อปัญหาคนพิการ ยอมรับคนพิการในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของคนในชุมชนเช่นเดียวกับคนทั่วไปและทำให้ชุมชนเข้าใจสภาพชุมชนทรัพยากรต่าง ๆ รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนสามารถวางแผนแก้ปัญหาในฐานะเจ้าของปัญหาอย่างแท้จริง

ชนิษฐา เทวินทรภักติ (2539) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน หมายถึง การช่วยเหลือ การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพและสังคม ด้วยการใช้ทรัพยากรหน่วยงานและบริการต่าง ๆ ในชุมชนมาดำเนินการร่วมกันโดยการสนับสนุนจากชุมชนและระบบการส่งต่อ ทำให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยเน้นเรื่องความสอดคล้องกับสภาพคนพิการและความเหมาะสมกับสภาพของชุมชนเป็นสำคัญ เพื่อให้คนพิการสามารถที่จะดำรงชีวิตในชุมชนของตนเองได้ทัดเทียมกับคนทั่วไป

อังคณา สาลาด (2541) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน หมายถึง การเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสติปัญญา สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขโดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา การฝึกอาชีพและความร่วมมือของคนพิการ ครอบครัว ชุมชนและได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐและเอกชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน

องค์การอนามัยโลก (WHO) อ่างในสุภรธรรม มงคลสวัสดิ์ ได้ให้ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนว่าเป็นกระบวนการพัฒนาชุมชนในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพโอกาส สิทธิ ความเสมอภาคและการเข้าร่วมในสังคมของคนพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนสามารถดำเนินการได้จากความพยายามของคนพิการเองร่วมกับครอบครัวและชุมชน ในเรื่องการจัดบริการที่เหมาะสมให้แก่คนพิการทั้งในด้านสาธารณสุข การศึกษา อาชีพและบริการด้านสังคม

2.3.2 เป้าหมายการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

ชนิษฐา เทวินทรภักติ (2539) กล่าวถึงเป้าหมายของการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเกิดจากแนวคิดพื้นฐานหลัก 4 ประการ

1. ลดการพึ่งพิงสถาบัน (Deinstitutionalization) เพื่อป้องกันการรับคนพิการไว้ในสถานสงเคราะห์หรือสถาบันต่าง ๆ โดยไม่จำเป็นโดยใช้ทรัพยากรบุคคลและหน่วยบริการที่มีอยู่ในชุมชนในลักษณะเครือข่ายทางสังคมที่เหมาะสม เพื่อให้คนพิการไม่รู้สึกด้อยคุณค่าหรือรู้สึกถูกตีตราทางสังคม (Social Stigma)

2. การใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐาน (Home Base หรือ Family Based) เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวที่พิการได้จะทำให้คนพิการมีความสุขและมีคุณค่าในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. การสร้างความเข้มแข็งของระบบเครือข่าย (Social Network) ในชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งในรูปวัตถุและจิตใจ

4. การพึ่งพาตนเอง (Self Reliance) การพึ่งตนเองได้ของคนพิการโดยใช้วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนต้องอาศัยแนวทางการระดมทรัพยากรในชุมชน การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน กิจกรรมในชุมชน เพื่อให้เกิดการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชีวิตของชุมชน

2.3.3 หลักการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

จากความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนที่ได้กล่าวข้างต้นจะเห็นว่าครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและพัฒนาศักยภาพคนพิการโดยใช้หลักการมีส่วนร่วม การยอมรับและให้โอกาสแก่คนพิการซึ่งการดำเนินงานตามแนวคิดดังกล่าวให้ประสบความสำเร็จมีหลักการที่สำคัญดังนี้

1. คนพิการ ครอบครัวและชุมชนต้องมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
2. การดำเนินงานโครงการต้องเป็นไปตามปัญหาและความต้องการของชุมชน
3. ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนไม่ขึ้นกับทรัพยากรภายนอกมากนัก
4. ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ถูกต้องและประหยัด เช่นการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน

นอกจากนี้พูนพิศ อมาตยกุล อ่างในอังคณา สาลาด ได้เสนอแนวทางการให้บริการพื้นฐานแก่คนพิการในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีบทบาท ร่วมมือช่วยเหลือคนพิการ ดังนี้

1. ชุมชนยอมรับสภาพความพิการ ยอมรับคนพิการเป็นสมาชิกของชุมชน
2. ชุมชนให้โอกาสคนพิการในการบำบัดรักษาแก้ไขความพิการตลอดจนการฟื้นฟู

สภาพ

3. ชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือในการศึกษา การฝึกช่วยตนเองของคนพิการ
4. ชุมชนมีส่วนช่วยสนับสนุนผลผลิตการทำงานของคนพิการ

2.3.4 องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

องค์ประกอบในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนที่สำคัญมีดังนี้

1. เป็นการสนับสนุนการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทุกด้าน ทั้งด้านการแพทย์ การศึกษาและสังคมเพื่อให้คนพิการสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุดตามศักยภาพ
2. การสนับสนุนการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้น จำเป็นอย่างมากที่จะต้องให้ชุมชน ครู พระ เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องและคนพิการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการทุกขั้นตอนเริ่มตั้งแต่การวางแผนการดำเนินการและการติดตามประเมินผล

3. ใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น ภูมิปัญญาชาวบ้าน สถานที่ใน

ชุมชน

4. หน่วยงานภายนอกอาจเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดไปให้ชุมชนได้ แต่มีค่าใช้จ่ายของโครงการ เนื่องจากว่าที่ที่สุดแล้วโครงการจะต้องดำเนินการโดยชุมชนเอง หน่วยงานภายนอกอาจมีบทบาทเป็นเพียงผู้ให้ความรู้สนับสนุนการอบรม ประสานงานและรับการส่งต่อ

5. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการบนพื้นฐานของการให้โอกาส สิทธิและความเสมอภาคแก่คนพิการ

6. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนมิได้เป็นโครงการที่ต้องพึ่งผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา แต่พึ่งผู้มีประสบการณ์ เช่น ญาติคนพิการ คนพิการหรือสนับสนุนให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความสามารถในการดำเนินโครงการเอง

สรุปว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐานคือ การฟื้นฟูคนพิการในชุมชนทุก ๆ ด้านตามสิทธิคุ้มครองตามกฎหมายเพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตและอยู่ร่วมสังคมได้ทัดเทียมคนปกติ โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการ โดยอาศัยศักยภาพชุมชน ทรัพยากร ภูมิปัญญาในท้องถิ่นเป็นต้นทุนในการดำเนินงาน โดยมีหน่วยงานภาครัฐในระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและวิชาการตามที่ชุมชนร้องขอ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ เป็นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้พิการ ครอบครัว สมาชิกในชุมชนและบุคลากรทุกภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการในทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และการส่งเสริมการศึกษา อาชีพแก่ผู้พิการ ในทุกกระบวนการ เพื่อช่วยแก้ปัญหาพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ และลดช่องว่างทางสังคม แก่ผู้พิการที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยใช้ภูมิปัญญาและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเป็นหลัก เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้และเกิดการช่วยเหลือพึ่งพากันเองในชุมชนมากที่สุด

2.4 แนวคิดและเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน (Community Participation) เป็นแนวคิดการพัฒนาแนวใหม่ที่จะทำให้ประชาชนเกิดความศรัทธาและพึ่งพาตนเองได้ (Self Reliance) มีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self Confidence) และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of Belonging) ในการดำเนินการพัฒนาโครงการต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถและประสิทธิภาพในการปกครองตนเองตามระบอบประชาธิปไตย รวมทั้งนำไปสู่การพัฒนาคนให้มีขีดความสามารถยืนหยัดพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง

2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นคำที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยมีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

บวรศักดิ์ อุวรรณโณ และถวิลวดี บุรีกุล (2548) อธิบายว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการกระจายโอกาสให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสรับรู้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็น ได้ร่วมตัดสินใจปฏิบัติรับผลประโยชน์และประเมินผล ในโครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของพวกเขาเป็นการสอดคล้องกับหลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2542) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนในชุมชนนั้น เป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาในชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี สามารถกำหนดปัญหาสาธารณสุข วิเคราะห์ ปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชน รวมทั้งแยกแยะปัญหาที่แก้ไขได้เองจะบริหารจัดการทันที ส่วนที่นอกเหนือจากความสามารถก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกเป็นผู้แก้ไขปัญหานั้น

วันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน (2531) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งแกร่งและเต็มที่ของกลุ่มบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการหรืองานพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมในอำนาจการตัดสินใจและหน้าที่การรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมจะเป็นเครื่องรับประกันว่าสิ่งที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการมากที่สุดนั้นจักได้รับการตอบสนองและทำให้เป็นไปได้มากขึ้น สิ่งที่ทำไปนั้นจะตรงกับความต้องการที่แท้จริงและมั่นใจมากขึ้นว่าผู้เข้าร่วมทุกคนจะได้ประโยชน์เสมอและมีส่วนร่วมจะต้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการนั้นด้วย

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2546) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือกระบวนการที่ ส่งเสริมชักนำสนับสนุนและสร้างโอกาสให้ชาวบ้านทั้งในรูปของส่วนบุคคลและกลุ่มคนต่าง ๆ ให้ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรม โดยจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจมิใช่เข้ามามีส่วนร่วมเพราะการหวังรางวัลตอบแทนและที่สำคัญ คือการมีส่วนร่วมนั้นจะต้อง สอดคล้องกับชีวิต ความจำเป็น ความต้องการและวัฒนธรรมส่วนใหญ่ของชุมชนด้วย

อรทัย ก๊กผล (2552) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือกระบวนการซึ่ง ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีโอกาสได้แสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผลเพื่อ ก่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกันซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

สรุปว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้รับรู้ข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูล แสดงทัศนะและความคิดเห็นพอสมควร เพื่อร่วมกันกำหนดทิศทางหรือแนวทางที่คนส่วนใหญ่มองว่าดีที่สุด แล้วพร้อมใจกันปฏิบัติตาม และยอมรับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนโดยรวม

2.4.2 ปัจจัยและเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยมีผู้อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2542) ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุข ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนและการประสานงานที่ดีต่อกันเจ้าหน้าที่ในภาครัฐเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วยชุมชนเอง หากเจ้าหน้าที่ของรัฐขาดแนวความคิดและความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นผู้ให้และประชาชนเป็นเพียงผู้รับทำให้เกิดการครอบงำทางความคิดของประชาชน การพัฒนาที่จะประสบความสำเร็จและขาดความต่อเนื่อง ตรงกันข้ามถ้ามีการประสานงานที่ดีจะนำมาซึ่งความเข้าใจ ความใกล้ชิด สนับสนุนและความรู้สึกทั่วทุก ๆ คนต่างเป็นส่วนหนึ่งของโครงการนั้น ๆ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระบบราชการ การดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ มุ่งที่จะให้เกิดผลในระยะอันสั้น การกำหนดนโยบายและอำนาจการตัดสินใจอยู่ส่วนกลาง การทำงานจึงมุ่งที่จะสั่งการมากกว่าให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยตรง

3. ปัจจัยทางด้านชุมชน ลักษณะทางภูมิศาสตร์จิตวิทยาทางสังคม การจัดระเบียบสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละชุมชนเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป ชุมชนที่ตั้งรากฐานเป็นเวลานานจะมีการปฏิสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติ การรวมตัวของชุมชนและการเสียสละช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

นุมนวล อุทงบุญ (2554) ได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา ขนาดครอบครัว อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรสและระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่

2. ปัจจัยด้านอื่น ๆ ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ การมองเห็นผลประโยชน์ตอบแทนจากการเข้าร่วมกิจกรรม การได้รับการชักชวนจากเพื่อนบ้าน

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนต่าง ๆ

2.3 ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ การได้รับทราบรายละเอียดและระยะเวลาเกี่ยวกับกิจกรรมของชุมชนเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

2.4 ปัจจัยเกี่ยวกับรูปแบบการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในภาครัฐให้เข้าร่วมกิจกรรม

2.5 ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารต่าง ๆ เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม

2.6 ปัจจัยเกี่ยวกับอิทธิพลของบุคคล ได้แก่ ความศรัทธาต่อบุคคล ความเกรงใจบุคคลที่เคารพ นับถือ การได้รับการใช้อำนาจบังคับจากบุคคล

2.7 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วม เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของโครงการ

2.8 เจตคติต่อโครงการ

2.9 นิสัย ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ บรรทัดฐานทางสังคม

สรุปได้ว่า ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือความรู้สึกรู้สึก ความคาดหวัง และความต้องการมีส่วนร่วม รวมถึงความเข้าใจและยอมรับในวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ปัจจัยด้านผลประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม คือ รางวัลตอบแทน ปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ สังคม การเมือง การปกครอง เศรษฐกิจและวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนจังหวะเวลา และช่วงระยะเวลาของการเข้าร่วมกิจกรรม

2.4.3 ระดับขั้นของการมีส่วนร่วม

Cohen และ Uphoff (ถวิลดี บุรีกุล, 2551) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ คือ

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)
- 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation)
- 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit)
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

ถวิลดี บุรีกุล (2551) ได้อธิบายถึงระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมีหลายระดับ โดยวิธีการแบ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความละเอียดของการแบ่งเป็นสำคัญการแบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้จากระดับต่ำสุดไปหาระดับสูงสุดออกเป็น 7 ระดับ และจำนวนประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละระดับจะเป็นปฏิภาคกับระดับของการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ถ้าระดับการมีส่วนร่วมต่ำ จำนวนประชากรที่เข้ามามีส่วนร่วมจะมากและยิ่งระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นเพียงใดจำนวนประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมก็จะลดลงตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเรียงตามลำดับจากต่ำสุดไปหาสูงสุดได้แก่

1. ระดับการให้ข้อมูล

เป็นระดับต่ำสุดและเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดของการติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชนเพื่อให้ข้อมูลกับประชาชนเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้วางแผนโครงการ แต่ไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือเข้ามาเกี่ยวข้องใด ๆ วิธีการให้ข้อมูลอาจกระทำได้หลายวิธี เช่นการแถลงข่าว การแสดงนิทรรศการและการทำหนังสือพิมพ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ

2. ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน

เป็นระดับที่สูงกว่าระดับแรก กล่าวคือเจ้าหน้าที่เชิญชวนให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้นและประเด็นในการประเมินข้อดีข้อเสียชัดเจนยิ่งขึ้น เช่นการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการบริหารราชการและการบรรยายให้ประชาชนฟังเกี่ยวกับกิจกรรมของหน่วยราชการระดับจังหวัดแล้วขอความคิดเห็นจากผู้ฟังเป็นต้น

3. ระดับการปรึกษาหารือ

เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่สูงกว่าการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน เป็นการเจรจากันอย่างเป็นทางการระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนเพื่อประเมินความก้าวหน้าหรือระบุประเด็นหรือข้อสงสัยต่าง ๆ เช่น การจัดการประชุม การจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการและการเปิดรับฟังความคิดเห็น เป็นต้น

4. ระดับการวางแผนร่วมกัน

เป็นระดับที่สูงกว่าการปรึกษาหารือ กล่าวคือเป็นเรื่องการมีส่วนร่วมที่มีขอบเขตกว้างมากขึ้นมีการรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนเตรียมโครงการและผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินงานต่าง ๆ เหมาะสมที่จะใช้สำหรับการพิจารณาประเด็นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีข้อโต้แย้งมาก เช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5. ระดับการร่วมปฏิบัติ

เป็นระดับขั้นที่สูงถัดไปจากระดับการวางแผนร่วมกัน คือ เป็นระดับผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานกับประชาชนร่วมกันดำเนินการเป็นขั้นการนำโครงการไปปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

6. ระดับร่วมติดตามตรวจสอบ

เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่มีผู้เข้าร่วมน้อยแต่มีประโยชน์ที่ผู้เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบสามารถคอยติดตามการดำเนินกิจกรรมนั้น ๆ ได้ รูปแบบของการติดตามตรวจสอบหรือประเมินผลอาจอยู่ในรูปแบบของการจัดตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลที่มาจากหลายฝ่ายการสอบถามประชาชน โดยการทำการสำรวจเพื่อให้ประชาชนประเมิน เป็นต้น

7. ระดับการควบคุมโดยประชาชน

เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมโดยประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งที่มีอยู่ทั้งหมด เช่น การลงประชามติ เป็นต้น ข้อสังเกตเกี่ยวกับการลงประชามติ มี 2 ประการ คือ ประการแรก การลงประชามติจะสะท้อนถึงความต้องการของประชาชนได้ดีเพียงใด อย่างน้อยขึ้นอยู่กับความชัดเจนของประเด็นที่ลงประชามติ และการกระจายข่าวสารเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของประเด็นดังกล่าวให้ประชาชนเข้าใจอย่างสมบูรณ์และทั่วถึงเพียงใด และประการที่สองในประเทศที่มีการพัฒนาแล้วผลของการลงประชามติจะมีผลบังคับให้รัฐบาลต้องปฏิบัติตาม

2.4.4 การประเมินการมีส่วนร่วม

1. ความหมายของการประเมินผลและการประเมินการมีส่วนร่วม

อรุณี เวียงแสง และคณะ (2548) ได้ให้ความหมายของการประเมินผลว่า คือ การศึกษาว่าการดำเนินโครงการสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่ ภายใต้เงื่อนไขปัจจัยใด หากดำเนินการต่อไปน่าจะอย่างไรบ้าง การประเมินผลจึงมุ่งเน้นเพื่อให้เห็นว่าโครงการพัฒนาได้ดำเนินการบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่และแสดงให้เห็นคุณภาพของโครงการ

วันชัย วัฒนศัพท์ (2551) ได้อธิบายว่าการประเมินการมีส่วนร่วมของสาธารณชนเป็นการประเมินว่าคุณกำลังทำอะไรและจำเป็นที่เปลี่ยนแปลงอย่างไร เพื่อจะบอกได้ว่าโครงการการมีส่วนร่วมสำเร็จหรือไม่อย่างไรหรือควรมีการเปลี่ยนแปลงอะไรเพื่อปรับปรุงโครงการในอนาคต

2. วิธีการประเมินการมีส่วนร่วม

2.1 การประเมินโครงการทั้งหมด มี 3 วิธี ได้แก่

2.1.1 การประเมินที่ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และการวัดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การประเมินนี้พัฒนาขึ้นโดย จูดี รอสเนอร์ อังโน วันชัย วัฒนศัพท์ วิธีนี้ประกอบด้วย 2 หลักการ คือ

1. เป้าหมายและวัตถุประสงค์การมีส่วนร่วมจำเป็นต้องบอกกล่าวตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการ

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่แตกต่างกันมีวัตถุประสงค์และการวัดที่แตกต่างกัน
ขั้นตอนแรก คือทำการสัมภาษณ์ก่อนกระบวนการกับตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์และเกณฑ์การวัดให้ชัดเจน

ขั้นตอนที่สอง คือ ให้สมาชิกตอบแบบสอบถามหลังจากการประชุมปฏิบัติการและกิจกรรมหลักแต่ละครั้ง เกณฑ์บางอย่างสามารถวัดได้โดยการสังเกตของผู้ประเมินในช่วงกิจกรรมการมีส่วนร่วม เมื่อกระบวนการเสร็จสิ้นลงทำการสัมภาษณ์หลังกระบวนการเพื่อตัดสินใจว่า

โครงการเป็นที่พึงพอใจตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แต่ละประเด็นมากน้อยแค่ไหนและรายงานผลการประเมิน โดยแสดงระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มาาร่วมแต่ละคน

2.1.2 การประเมินที่พิจารณาถึงการปฏิบัติที่ดีที่สุด

ทีมนักวิจัยชาวอังกฤษ ซึ่งมีหัวหน้าคือ ลินน์ ฟรุเวอร์และจัน มาร์ช อ่างใน วันชัย ได้พัฒนาชุดเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินการมีส่วนร่วม โดยจุดมุ่งเน้นขึ้นอยู่กับกระบวนการมีส่วนร่วมว่ามี การดำเนินการอย่างไร ซึ่งทีมนักวิจัยเชื่อว่าถ้าการสังเกตพบว่ามี การปฏิบัติการณ์ที่ดีที่สุดจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด การประเมินจะดูว่าการบรรลุถึงเกณฑ์การปฏิบัติงานที่ดีที่สุด ได้ดีมีมากน้อยเพียงใด ตามเกณฑ์การปฏิบัติงานที่ดีที่สุด ดังตาราง 2.2

ตาราง 2.2 เกณฑ์การปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (Best Practices)

เกณฑ์	ความหมาย
การยอมรับ	
การเป็นตัวแทน	- ผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการมีส่วนร่วมควรประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชาชนที่ได้รับผลกระทบอย่างครอบคลุม
ความเป็นอิสระ	- กระบวนการมีส่วนร่วมควรทำอย่างไรไม่มีอคติ
การเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มแรก	- ผู้มีส่วนร่วมควรเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่ต้นที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
อิทธิพล	- ผลกระทบของกระบวนการควรมีผลกระทบที่แท้จริงต่อนโยบาย
ความโปร่งใส	- กระบวนการควรโปร่งใส เพื่อให้ประชาชนที่เกี่ยวข้องสามารถเห็นว่าอะไรกำลังดำเนินการอยู่และการตัดสินใจจะเกิดขึ้นได้อย่างไร
แสดงตัวอย่าง	
การเข้าถึงทรัพยากร	- ผู้มีส่วนร่วมควรเข้าถึงทรัพยากรที่เหมาะสม
ความหมายของงาน	- ลักษณะและขอบเขตของงานมีส่วนร่วมควรให้ความหมายไว้อย่างชัดเจน
การตัดสินใจที่เป็นโครงสร้าง	- การดำเนินการมีส่วนร่วมควรใช้หรือจัดเตรียมกลไกที่เหมาะสมสำหรับการกำหนดโครงสร้างการตัดสินใจและการแสดงให้เห็นวิธีการตัดสินใจ
การคุ้มครอง	- กระบวนการที่ดำเนินการควรคุ้มครองในมุมมองของผู้สนับสนุน

2.1.3 การประเมินที่ใช้เป้าหมายทางสังคม

โรมัส อี เปียร์เร่ และเจอร์รี่ เคย์ฟอร์ด อ่างใน วันชัย วัฒนศัพท์ ได้เสนอวิธีการประเมินที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่พึงพอใจซึ่งเรียกว่า “เป้าหมายสังคม” ของการมีส่วนร่วมของสาธารณชน ประกอบด้วย 5 เป้าหมาย ได้แก่

เป้าหมายที่ 1 รวมเอาค่านิยมความเชื่อทั้งหลายของสาธารณชนเพื่อการตัดสินใจ

เป้าหมายที่ 2 ปรับปรุงคุณค่าที่สำคัญในการตัดสินใจ

เป้าหมายที่ 3 แก้ไขความขัดแย้งระหว่างจุดสนใจที่แข่งขันเอาชนะกันอยู่

เป้าหมายที่ 4 สร้างความไว้วางใจในสถาบัน

เป้าหมายที่ 5 ให้ความรู้และให้ข้อมูลต่อสาธารณชน

2.2 การประเมินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนเฉพาะเรื่อง

ในบางสถานการณ์เมื่อต้องการประเมินกิจกรรมการมีส่วนร่วมเฉพาะกิจกรรมบางอย่างหรือในบางขั้นตอน มีเทคนิคดังนี้

2.2.1 ใช้แบบแสดงความคิดเห็น เป็นการส่งแบบฟอร์มการแสดงความคิดเห็นให้ประชาชนเขียนข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ประชาชนหลายคนที่จะเลือกจะไม่พูดจะเขียนลงในแบบสอบถาม คำถามไม่จำเป็นต้องจำกัดอยู่แค่หัวข้อที่อภิปรายให้ใส่คำถาม 2 ถึง 3 คำถามลงในแบบสอบถาม เช่น “คุณประเมินวิธีการมีส่วนร่วมที่ดำเนินการนี้อย่างไร” “มีกิจกรรมการมีส่วนร่วมอะไรอีกบ้างที่คุณอยากเห็น” “มีข้อมูลอะไรอีกบ้างที่คุณอยากได้รับ” “คุณจะแนะนำให้มีการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมอะไรไหม”

2.2.2 การสัมภาษณ์ โดยทำการสัมภาษณ์ในตอนต้นของกระบวนการและหลังเสร็จสิ้นกระบวนการ ซึ่งช่วยให้เข้าใจว่ากลุ่มมองกระบวนการอย่างไร มองกระบวนการตัดสินใจอย่างไร โดยประชาชนสามารถเสนอแนะในช่วงการสัมภาษณ์ว่าเกิดอะไรขึ้นภายในกลุ่มและวิธีการหรือสิ่งที่รับรู้ที่เกิดจากกระบวนการกลุ่มที่ไม่สามารถพูดในเวทีสาธารณะได้

2.2.3 การทบทวนด้วยการประชุมกลุ่ม อาจใช้การประชุมกลุ่ม (Focus Group) ช่วยในการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วม โดยให้สมาชิกกลุ่มร่วมซักถามแลกเปลี่ยนและเพิ่มเติมข้อมูลโดยผู้ดำเนินการประชุมควรวางแผนในการใช้วิธีการที่สามารถกระจายการมีส่วนร่วมให้ผู้เข้าร่วมการประชุมได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง เช่นการวาดรูป การลงคะแนนความพึงพอใจต่อผลสำเร็จของกลุ่ม การแลกเปลี่ยนในกลุ่มย่อยหรือการใช้กระดาษคำตอบรายบุคคลเป็นต้น

2.2.4 การประชุมเพื่อตรวจสอบ เป็นการประชุมตรวจสอบเพื่อประเมินว่าต้องการการมีส่วนร่วมของประชาชนมากกว่าที่วางแผนตั้งแต่แรกหรือไม่มีกิจกรรมหรืออื่น ๆ เพิ่มเติมหรือไม่ช่วยให้มีโอกาสได้กำหนดเวลาและวางแผนให้กลุ่มมารวมกันอีกครั้งและทำการประเมินอีกครั้ง

2.2.5 การประเมินหลังโปรแกรมเสร็จสิ้น เป็นการประชุมเพื่อประเมินว่าอะไรทำไปดีแล้วและอะไรที่พลาดหลังจากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนสิ้นสุดลงเป้าหมายเพื่อปรับปรุงว่าต้องการทำอะไรที่แตกต่างในอนาคต

2.2.6 การสำรวจความคิดเห็น (Polls) บางหน่วยงานต้องการสำรวจความคิดเห็นเพื่อประเมินทัศนคติของสาธารณชนต่อกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนที่พึงทำไป เพื่อดูว่าประชาชนมีภาระรับรู้อย่างไรหรือได้รับรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้หรือไม่

การวิจัยครั้งนี้การมีส่วนร่วมคือการที่คนบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้พิการ/ญาติ/ผู้ดูแล 2) ผู้นำชุมชน 3) บุคลากรที่เกี่ยวข้องการการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มาร่วมกันแก้ไขปัญหาคุณภาพคนพิการร่วมกันในทุกระดับของการมีส่วนร่วม ตั้งแต่การให้ข้อมูล การแสดงความคิดเห็น การปรึกษาหารือ การวางแผนร่วมกัน การปฏิบัติงานร่วมกัน การติดตามตรวจสอบ ตลอดจนการควบคุมร่วมกัน มีการประเมินผลด้วยแบบสัมภาษณ์และประชุมกลุ่ม

2.4.5 เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation ; TOP)

เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) ถูกพัฒนาขึ้นโดย The Institute of Cultural Affairs (ICA) เป็นวิธีการใช้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม โดยการคิดพูดและทำงานร่วมกัน เป็นกลุ่ม ช่วยส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกในมุมมองที่แตกต่าง รวมทั้งพัฒนาสัมพันธภาพของทีม ความไว้วางใจและสร้างพลังของบุคคลและกลุ่มเพื่อนนำไปสู่แนวทางที่คนส่วนใหญ่ต้องการ โดยเริ่มจากการสะท้อนมุมมองและแรงจูงใจของคนส่วนใหญ่ไปสู่การปฏิบัติ

เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมให้คุณค่าพื้นฐานในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วม (Participation) ให้อำนาจทุกคนได้มีส่วนร่วมในการพูดและการตัดสินใจในสิ่งที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม
2. การทำงานเป็นทีมและความร่วมมือ (Teamwork & Collaboration) ทำให้เกิดเจตนาความมุ่งมั่นของทีมและบรรลุความสำเร็จ
3. ความสามารถในการสร้างสรรค์ (Creativity) ทำให้เกิดแนวคิดใหม่
4. การปฏิบัติ (Action) บุคคลได้พบปะและสนทนาร่วมกัน ทำให้รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในการตัดสินใจของกลุ่มซึ่งมีความหมายต่อการดำเนินงาน
5. การสะท้อนและการเรียนรู้ (Reflection and Learning) ทำให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้มากขึ้นเกี่ยวกับตนเองและประเด็นอื่น ๆ จากกระบวนการทำงานร่วมกัน

ตัวอย่างเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสนทนาแบบมีส่วนร่วม (Focused Conversation Method) ซึ่งเป็นการสนทนาในประเด็นหรือหัวข้อที่สมาชิกมีประสบการณ์ร่วมกันเป็นการแลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลายแต่ไม่เผชิญหน้า เป็นการทำความเข้าใจความมุ่งมั่นของกลุ่มให้ลึกซึ้งแน่นแฟ้นโดยการสนทนาผ่านระดับการสำนึก 4 ระดับ คือ วัตถุประสงค์หรือความเป็นจริง (Objective) ไตร่ตรอง (Reflective) ตีความ (Interpretative) และตัดสินใจ (Decisional) การสนทนาที่เน้นการอภิปรายหรือเรียกว่าการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) ซึ่งอาจใช้ร่วมกับการสนทนากลุ่มเพื่อหาทางออกในการแก้ปัญหา ชุมชน วิธีการวางแผนเชิงปฏิบัติการ (Action Planning Method) วิธีการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Strategic Planning) เป็นต้น

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมโดยวิธีการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตพิการโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.4.5.1 การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม (Focus Group Interviews) เป็นเทคนิคที่สามารถใช้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) โดยมีเป้าหมายเพื่ออธิบายและเข้าใจการรับรู้ การแปลความหมายและความเชื่อของประชากรที่เลือกเป็นกลุ่มเป้าหมายที่อาจเรียกว่า สมาชิกกลุ่มเพื่อเข้าใจประเด็นปัญหาเฉพาะจากมุมมองของสมาชิกกลุ่ม โดยใช้วิธีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ระหว่างผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มด้วยกันเองและกับนักวิจัยแล้วพยายามหาข้อสรุปในประเด็นเหล่านั้น การถกเถียงและแสดงความคิดเห็นในประเด็นสนทนามีความเป็นอิสระโดยมีผู้ดำเนินการกลุ่ม (Moderator) เป็นผู้ผลักดันให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม รวมทั้งช่วยให้กระบวนการ

กลุ่มดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผลจากการสนทนากลุ่มจะถูกนำไปใช้ในกระบวนการตัดสินใจ พิจารณาโครงหรือนโยบายต่าง ๆ เพราะประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมจะเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องนั้น ๆ หรือเป็นผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากโครงการนั้น ๆ

1) องค์ประกอบและขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มจะประกอบไปด้วยสิ่งต่าง ๆ และเป็นไปตามขั้นตอนดังนี้

- (1) กำหนดเรื่องที่จะศึกษา
- (2) กำหนดประเด็นหรือตัวแปรหรือตัวบ่งชี้เกี่ยวกับเรื่องที่ทำการศึกษา
- (3) เขียนแนวคำถามที่จะใช้เป็นแนวทางในการสนทนา โดยต้องจัดเป็น

หมวดหมู่ตามลำดับเนื้อหาที่ต้องการสนทนาและตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- (4) คัดเลือกบุคคลหรือสมาชิกผู้เข้าร่วมสนทนา ซึ่งมีแนวปฏิบัติดังนี้

(4.1) คัดเลือกสมาชิกที่สอดคล้องกับเรื่องหรือประเด็นที่ต้องการศึกษา

ซึ่งจะทำให้ได้ผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีความรู้หรือมีความคิดเห็นต่อเรื่องที่ทำการศึกษาได้อย่างตรงประเด็น

(4.2) คัดเลือกสมาชิกที่มีพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน

ได้แก่ อายุ ตำแหน่งหน้าที่การงาน ฐานะครอบครัวและระดับการศึกษา จะทำให้ได้สมาชิกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันและช่วยให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็นซักถามโต้ตอบเกิดพลวัตรของกลุ่ม

(4.3) กำหนดจำนวนและขนาดของกลุ่มผู้วิจัยต้องพิจารณาตัดสินใจว่า

ควรจะมีกลุ่มสนทนาจำนวนกี่กลุ่มและในแต่ละกลุ่มควรมีสมาชิกเท่าใด ในส่วนของสมาชิกกลุ่มสนทนาที่เหมาะสมสำหรับดำเนินการสนทนาจะประกอบด้วยสมาชิกประมาณ 6 ถึง 12 คนซึ่งจะช่วยให้การดำเนินการสนทนากระทำได้ดีทั่วถึงกับสมาชิกทุกคนในกลุ่มขณะเดียวกันก็ไม่แน่นเกินไป สำหรับการแสดงความเป็นตัวแทนของภาพในชุมชนที่ศึกษาวิจัย

- (5) ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามประเด็นคำถามที่เตรียมไว้ ซึ่งการสนทนากลุ่มนั้นจะต้องประกอบด้วย

(5.1) ผู้สนทนาหรือสมาชิกที่ได้รับการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่ต้องการ

(5.2) ผู้ดำเนินการกลุ่มจะเป็นผู้ที่ผลักดันให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม

โดยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่และช่วยกระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม อีกทั้งช่วยควบคุมการสนทนากลุ่มให้เป็นไปอย่างตรงประเด็นและราบรื่น

สิ่งที่ผู้ดำเนินการกลุ่มต้องพึงตระหนักถึงในการดำเนินการสนทนากลุ่ม คือการอดทนรับฟังความคิดเห็นและแสดงอาการยอมรับเต็มใจฟังเมื่อสมาชิกในกลุ่มสนทนาแสดงความคิดเห็นที่ดูเหมือนว่านอกประเด็นคำถามอย่างรีบขัดจังหวะหรือแสดงอาการเบื่อหน่ายผู้พูด นอกจากนั้นต้องระวังมิให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งแสดงความคิดเห็นคนเดียวหรือควบคุมการพูดไม่ให้สมาชิกคนอื่น ได้พูดรวมทั้งช่วยกระตุ้นให้สมาชิกที่ไม่แสดงความคิดเห็นได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึงและเมื่อจบการสนทนากลุ่มแล้วจะต้องแสดงความมีน้ำใจ ขอบคุนหรืออาจให้ของตอบแทนเล็กน้อยได้

(5.3) ผู้จัดบันทึกทำหน้าที่จัดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนาทั้งข้อมูล

ที่เป็นคำพูดของสมาชิกในการสนทนากลุ่มและข้อมูลที่ไม่ใช่คำพูดแต่เป็นเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในขณะสนทนากลุ่ม เช่น อากัปกริยา ท่าทาง การแสดงสีหน้าของผู้สนทนาเมื่อทำการโต้ตอบหรือนั่งเงียบ เป็นต้น

(5.4) ผู้ให้บริการทั่วไป ทำหน้าที่ในการเตรียมอาหารว่าง บันทึกเทป ถ่ายภาพ รวมทั้งการป้องกันไม่ให้บุคคลอื่นที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามารบกวนขัดจังหวะการสนทนากลุ่ม

2) ข้อดีและข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม

ข้อดี (Advantages) ของการสนทนากลุ่ม

(1) การสนทนากลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยค้นหาความรู้ในแนวคิดของสมาชิกกลุ่มได้อย่างรวดเร็วและมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการสัมภาษณ์เดี่ยว แต่การดำเนินการสนทนากลุ่มใช้เงินและเวลาในปริมาณมากเช่นเดียวกับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพอื่น ๆ

(2) การสนทนากลุ่มช่วยให้ผู้วิจัยได้ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา เช่น เพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในชุมชน

(3) เนื่องจากธรรมชาติของการสนทนากลุ่ม นักวิจัยอาจค้นพบข้อมูลที่ซ่อนเร้นหรือที่ไม่ได้คาดหวัง ซึ่งอาจมีคุณค่าต่อการวิจัยและมีความสำคัญต่อการนำไปพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนในท้องถิ่น

(4) ข้อดีที่เห็นได้ชัดที่สุด คือ การเน้นที่การปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลและสมาชิกกลุ่มได้เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของประสบการณ์และมุมมองต่าง ๆ Morgam และ Kruger กล่าวว่า การสนทนากลุ่มทำให้ได้ทราบข้อมูลที่ตีคุณค่าต่อพฤติกรรมที่ซับซ้อนและความคิดของประชาชนที่ทำได้ยากด้วยวิธีเชิงคุณภาพแบบอื่น

(5) การสนทนากลุ่มเน้นที่การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกอาจช่วยให้บางคนอภิปรายประเด็นปัญหาที่พวกเขา รู้สึกไม่สบายใจหรือรู้สึกคุกคามที่จะพูดถึงในการสัมภาษณ์แบบเดี่ยว โดยเฉพาะในหัวข้อที่ไวต่อความรู้สึก เช่น ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเพศ ความรุนแรงในครอบครัวเมื่อบุคคลเห็นว่าบุคคลอื่นมีประสบการณ์หรือมุมมองคล้ายกันอาจรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นที่จะพูด

(6) การปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มสามารถช่วยสร้างเสริมสมาชิกที่พูดน้อยให้พูดได้มากขึ้นได้ การได้ยินประสบการณ์ของผู้อื่นอาจช่วยกระตุ้นให้คนที่พูดน้อยให้แสดงความคิดเห็นหรือช่วยเตือนให้นึกถึงประสบการณ์ของตัวเองซึ่งอาจจะจำไม่ชัดหรือทำลายกำแพงน้ำแข็งของสมาชิกที่ขี้อายได้

(7) การสนทนากลุ่มลดโอกาสการเข้าใจผิดเกี่ยวกับคำถามวิจัยเนื่องจากสมาชิกสามารถถามทุกสิ่งทุกอย่างในช่วงการอภิปรายได้ สมาชิกกลุ่มยังช่วยแก้ไขความผิดพลาดที่ไม่ได้ตั้งใจของสมาชิกกลุ่มบางคนได้

(8) ในการสนทนากลุ่มนักวิจัยและสมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันโดยตรง นักวิจัยอาจช่วยด้วยการทำให้กระจ่างในทันที การติดตามและการกระตุ้นการตอบสนองสิ่งนี้จะช่วยเปิดโอกาสสำหรับการสังเกตการตอบสนองทางอวัจนภาษาโดยตรงระหว่างสมาชิก ซึ่งอาจมีคุณค่าในการแปลผลข้อมูลที่รวบรวมมาได้

(9) การสนทนากลุ่มมีคุณค่าเมื่อผู้วิจัยต้องการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มด้วยโอกาส เช่น ชุมชนที่ไม่รู้หนังสือ คนจนจากชนบท เด็กและชุมชนกลุ่มน้อย ซึ่งผู้วิจัยมีความยากลำบากในการแสดงความคิดเห็นผ่านวิธีวิจัยอื่น เช่น การตอบแบบสอบถามหรือมีความกลัวเกี่ยวกับการแสดงออกถึงมุมมองของตนเอง การสนทนากลุ่มช่วยเสริมความกล้าแสดงออกของกลุ่มที่ด้อยโอกาสเพราะสมาชิกกลุ่มสามารถเป็นสมาชิกที่กระตือรือร้นในกระบวนการวิจัยได้

(10) ระหว่างการดำเนินการสนทนากลุ่มโดยปกติสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัยจะรู้สึกสนุกความสนุกช่วยให้การอภิปรายราบรื่นมีชีวิตชีวารวมทั้งสร้างความรู้สึกร่วมกันของการไว้วางใจระหว่างสมาชิกกลุ่ม บางครั้งสมาชิกกลุ่มจะกลายเป็นเพื่อนและช่วยกันขยายเครือข่ายทางสังคมขึ้นได้

ข้อจำกัด (Limitations) ของการสนทนากลุ่ม

(1) ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเป็นเพียงตัวแทนมุมมองของสมาชิกกลุ่มระบุขอบเขตมุมมองในชุมชนที่ไม่ใช่มุมมองของคนส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนโดยภาพรวมได้

(2) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมีคุณค่าที่บ่งบอกถึงข้อมูลบางอย่าง ซึ่งผู้วิจัยไม่รู้เกี่ยวกับสมาชิกกลุ่ม แต่ไม่ได้บ่งชี้ถึงปริมาณของความรู้ ข้อมูลทางสถิติจึงไม่ควรเกิดจากข้อมูลการสนทนากลุ่ม

(3) ถึงแม้ว่าการสนทนากลุ่มจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกแต่ไม่สามารถค้นหาความเชื่อที่ซับซ้อนและการปฏิบัติของแต่ละบุคคลที่สามารถค้นหาได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากธรรมชาติของการอภิปรายกลุ่มและข้อจำกัดของเวลา จึงเป็นไปได้ที่จะสร้างข้อมูลเชิงลึกจากสมาชิกกลุ่ม 8 ถึง 10 คนภายในเวลา 1 หรือ 2 ชั่วโมง

(4) การสนทนากลุ่มสามารถตรวจสอบความรู้ เจตคติและประเด็นปัญหาของสมาชิกกลุ่มแต่ไม่สามารถตรวจสอบพฤติกรรมการแสดงออกที่อาศัยการสังเกตได้ ผู้คนอาจพูดในสิ่งที่ตนเองคิดแต่ไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งที่พวกเขาทำ ในกรณีนี้ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มอาจไม่แม่นยำ

(5) เนื่องจากการสนทนาเป็นกลุ่ม สมาชิกบางคนอาจคล้อยตามการตอบสนองของสมาชิกคนอื่นในกลุ่มถึงแม้ว่าพวกเขาอาจไม่เห็นด้วย ในทางตรงกันข้ามสมาชิกบางคนอาจไม่ต้องการพูดเกี่ยวกับความลับของตนเองในกลุ่มเพราะกลัวการนิทาจะกระจายไปในชุมชนแต่จะพูดเกี่ยวกับความลับของเขาเป็นการส่วนตัวกับผู้วิจัยหรือทีมงาน

(6) ผู้วิจัยกระตุ้นการสนทนากลุ่มจากสิ่งที่ตนเองสนใจซึ่งอาจจะมียอดคิดต่อผลลัพธ์ที่ตั้งใจไว้เนื่องจากไม่ได้เป็นสิ่งที่สมาชิกกลุ่มสนใจ

(7) ผู้ดำเนินกลุ่มเป็นผู้ชี้แนะและควบคุมช่วงเวลาการสนทนากลุ่มตามที่ Mogan ชี้ให้เห็นว่าผู้ดำเนินการกลุ่มจะมีอิทธิพลต่อการปฏิสัมพันธ์กลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มที่มีอคติหรือไม่มีประสบการณ์อาจเป็นอุปสรรคต่อการแสดงความสนใจที่เป็นจริงเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสิ่งนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อข้อมูลที่เก็บได้จากการสนทนากลุ่ม

(8) การสนทนากลุ่มให้ข้อมูลที่มีปริมาณมาก สิ่งนี้อาจแสดงถึงปัญหาบางอย่างในแต่ละด้าน เช่น วิจัยข้ามวัฒนธรรม (Cross - Cultural Research) สำหรับวิจัยข้ามวัฒนธรรมนี้ การแปลผลและการแปลผลกลับมีความจำเป็นต่อกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ปริมาณข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มอาจเป็นงานยากเพราะนอกจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ง่ายจากข้อมูลปริมาณมากแล้วยังต้องใช้เวลามากด้วย

สรุปว่า แนวคิดและเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของชุมชนคือ การให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในกิจกรรมใด ๆ เพื่อเป็นการแก้ไข พัฒนา อันเป็นผลประโยชน์ร่วมกันของชุมชน โดยทุกคนมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมโดยเท่าเทียมกัน มีอิสระในการแสดงความเห็นอันเป็นประโยชน์ และตัดสินใจร่วมกันที่จะเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งหรือหลายทางเลือก แล้วร่วมมือกันปฏิบัติจนสำเร็จผล ด้วย

กระบวนการหรือเทคนิคการจัดการร่วมกันของชุมชน ปัจจัยและระดับการมีส่วนร่วมนั้นแตกต่างกัน ขึ้นกับกิจกรรม หรือผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในชุมชน หรือผู้เข้าร่วมกิจกรรม

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการและสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ เนื่องจากการสนทนากลุ่มเป็นเทคนิคและวิธีการที่สามารถใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เนื่องจากผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มทุกคนจะได้ร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ รวมทั้งการสนทนากลุ่มสามารถนำไปใช้ได้เกือบทุกตอนของกระบวนการมีส่วนร่วมโดยเฉพาะในขั้นของการปรึกษาหารือ การวางแผน การตัดสินใจ และการประเมินผล ดังนั้นการสนทนากลุ่มจะช่วยให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการอภิปราย แสดงความคิดเห็นของบุคคลในชุมชน รู้สึกมีคุณค่า มีพลังในการช่วยเหลือกันเองในชุมชน

2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

2.5.1 ความหมายการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีประวัติความเป็นมาที่ยาวนานในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน สังคม ระบบอุตสาหกรรม และองค์การต่าง ๆ แต่มีน้อยมากในงานด้านการศึกษา ซึ่งมีอยู่บ้างเมื่อครูแต่ละคนทำการแก้ปัญหาในชั้นเรียนหรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในโรงเรียนของตนเอง การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมต้องมีการทำความเข้าใจที่ชัดเจนร่วมกับชุมชนและสังคม และมีจุดเน้นของการวิจัยที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความเป็นอิสระหรือมีส่วนร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในสังคม การวิจัยในลักษณะนี้มักจะเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ และอาจจะเก็บข้อมูลเชิงปริมาณร่วมด้วยก็ได้ (Creswell, 2002: 609)

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบของการวิจัยที่นักวิจัยมีความเกี่ยวข้องในฐานะเป็นผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่วนหนึ่งขององค์การและการเป็นนักวิจัย เป็นการนำแนวคิดและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการศึกษา โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยช่วยกันแสวงหารูปแบบของการพัฒนาหรือหาวิธีการแก้ปัญหา มีการพัฒนาความสำนึกในการวิเคราะห์วิจารณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงสถานะความเป็นอยู่และวิถีชีวิต ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสภาพโครงสร้างและความสัมพันธ์พื้นฐานในสังคมของตนเอง ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต การสะท้อนผลการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนเพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรการปฏิบัติช่วงต่อไปจนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจ ซึ่งกระบวนการวิจัยต้องมีความยืดหยุ่นสูง มีความเป็นพลวัติ ไม่จำเป็นต้องเป็นการดำเนินงานเชิงเส้นตรง สามารถทำการวิจัยซ้ำ ๆ กันได้อีก โดยพิจารณาจากผลสะท้อนกลับ ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาแผนงานและกระบวนการวิจัยในลำดับต่อ ๆ ไป (สมโภชน์ อเนกสุข, 2548)

แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีคุณลักษณะหลายประการแตกต่างไปจากการวิจัยแบบปกติทั่วไป เช่น กระบวนการที่ใช้สามารถปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ มีพันธะกรณีระหว่างนักวิจัยกับชุมชน กรอบของการดำเนินงานกำหนดขึ้นโดยกลุ่มคนในพื้นที่วิจัย จุดเน้นของการวิจัยเริ่มที่คนเป็นหลัก โดยทำให้คนมีคุณค่า มีความภูมิใจในการกระทำ เป้าหมายของการวิจัยสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการของกลุ่มคนในพื้นที่

ตามเงื่อนไขที่เหมาะสมและตามความจำเป็น เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนถึงแม้ว่าแต่ละคนจะแตกต่างกันในด้านพื้นฐาน ทักษะและโครงสร้างทางสังคม แต่นักวิจัยเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเรียนรู้ได้ของคน จึงต้องการให้คนเหล่านั้นมีส่วนร่วม โดยนักวิจัยจะไม่กำหนดกรอบที่ตายตัว แต่ผ่อนสั้นผ่อนยาวตามลักษณะของชุมชน ใช้วิธีการดำเนินการที่เรียบง่ายซึ่งคนในชุมชนรู้จักคุ้นเคยและมีทางเลือกหลากหลาย นักวิจัยมองชุมชนอย่างองค์รวมในลักษณะประสานสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ตามมาตรฐานเฉพาะพื้นที่นั้น ๆ ข้อมูลที่ศึกษา มีลักษณะเป็นนามธรรม ค่านิยม ความรู้สึก และความพอใจของคนในชุมชน การดำเนินการใช้หลักประชาธิปไตยโดยให้กลุ่มคนในพื้นที่มีการตัดสินใจร่วมกัน มีการสร้างกำลังและอำนาจในการคิดและการต่อรองให้ได้รับความสำเร็จในสิ่งที่คนในชุมชนอยากทำ ส่งเสริมวัฒนธรรมการพึ่งตนเอง ผู้ได้รับผลประโยชน์ต้องเป็นผู้ลงมือกระทำหรือมีส่วนร่วมให้โครงการประสบผลสำเร็จ ผลลัพธ์ที่ได้ ไม่เน้นวัตถุ แต่เน้นความสามารถของคนในชุมชน เน้นการเรียนรู้ และความพอใจของผลที่ได้รับ (พันธุทิพย์ รามสูตร, 2550: 60 - 63)

2.5.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงคุณภาพองค์การประชาชน ชุมชน และชีวิตครอบครัว (Creswell, 2002: 609 อ้างถึงใน สมโภชน์ อเนกสุข, 2548: 21) โดยมีสาระที่สำคัญ คือการใช้กระบวนการวิจัยเพื่อส่งเสริมจุดมุ่งหมายของความเสมอภาค และความเป็นประชาธิปไตยเปิดกว้างให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกิดความร่วมมือในการตัดสินใจ มีความเห็นร่วมกัน ทั้งในฐานะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์การและเป็นผู้ร่วมกระทำกิจกรรมการวิจัยบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ในทางการเมือง การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมยังมีจุดเน้นที่การกระจายอำนาจทางการเมืองไปสู่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการออกแบบ และกำหนดวิธีการปฏิบัติในโครงการวิจัยนั้น การร่วมกันปฏิบัติในการดำเนินการวิจัยเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของรูปแบบการวิจัยนี้ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคลในการวิจัย จะทำให้คนส่วนใหญ่เกิดความเข้าใจ ที่ดีในรายละเอียดและทำให้เกิดข้อปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมวิถีชีวิตในส่วนที่เกี่ยวข้องตลอดจนวิธีการที่จะต้องปฏิบัติทั้งหมด (Merriam, 2002 : 138-139 อ้างถึงใน สมโภชน์ อเนกสุข, 2548 : 21) เมื่อพิจารณาบทบาทของนักวิจัยจะพบว่า นักวิจัยมีบทบาทเป็นสมาชิกในบางด้านขององค์การ เป็นผู้มีส่วนร่วมตลอดกระบวนการของวิจัยในองค์การนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์การ นักวิจัยจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ทั้งในสถานะภาพของสมาชิกในองค์การและการเป็นนักวิจัย บทบาทเหล่านี้ จะกำหนดให้นักวิจัยต้องพัฒนาข้อสรุปที่ถูกต้องตรงตาม ความเป็นจริง (Valid Conclusions) เพื่อนำไปสู่การสร้างความสำเร็จลักษณะเฉพาะของกลุ่มคนในองค์การ และเกิดความพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น (Schutt, 1996: 432, 584, อ้างถึงใน สมโภชน์ อเนกสุข, 2548)

2.5.3 ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีรูปแบบที่แตกต่างกันและมีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน เช่น การวิจัยโดยมีชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Inquiry) การวิจัยปฏิบัติการแบบร่วมมือ (Collaborative Action Research) การวิจัยปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Critical Action Research) เป็นต้น คุณค่าของการวิจัยแบบนี้คือ กระบวนการของความร่วมมือ (Stringer, 1999: 9 ; Kemmis & McTaggart, 2000: 567 ; Mills, 2000: 7 Cited in Creswell, 2002: 609)

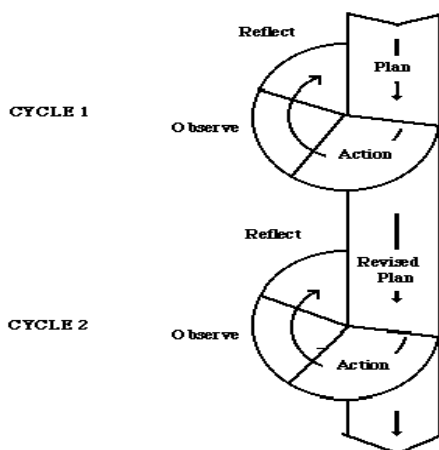
ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนเพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจ ซึ่งต้องมีความยืดหยุ่นสูงและไม่ควรกำหนดเวลาในการวิจัยหรือกิจกรรมไว้ล่วงหน้า รวมทั้งตระหนักถึงภูมิปัญญาของชาวบ้านว่ามีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภูมิปัญญาของนักวิชาการ (ประพิน วัฒนกิจ, 2542: 140) เคมมิส และวิลคินสัน (Kemmis & Wilkinson, 1988 Cited in Creswell, 2002: 609-610) ได้สรุปลักษณะที่สำคัญของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ 6 ประการ คือ

- 1) เป็นกระบวนการทางสังคมที่นักวิจัยมีเจตนาขยายความสัมพันธ์ของบุคคลแต่ละบุคคลกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อทำความเข้าใจว่าแต่ละบุคคลสร้างความสัมพันธ์หรือพฤติกรรมผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างไร
- 2) รูปแบบของการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วม หมายความว่า แต่ละคนจะเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ตนทำ แล้วเสนอความรู้และความคิดเห็นสู่บุคคลอื่น รวมทั้งผลักดันให้เกิดการกระทำร่วมกัน
- 3) เป็นความร่วมมือในการปฏิบัติร่วมกัน เพราะการวิจัยจะมีความสมบูรณ์ต้องเกิดจากการกระทำของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการปฏิบัติเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชน หรือสร้างความรู้ให้กับองค์การทางสังคม เพื่อลดความไม่สมเหตุสมผล ความล้มเหลว และความไม่ยุติธรรม ในการปฏิบัติ หรือจากปฏิสัมพันธ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ
- 4) การดำเนินงานไม่มีการบังคับ ทุกคนมีอิสระจากกฎเกณฑ์ที่ไม่มีเหตุผลและโครงสร้างที่ไม่ยุติธรรม ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาตนเอง
- 5) ช่วยให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีความเป็นอิสระในตัวเอง จากข้อกำหนดต่าง ๆ เช่น สื่อ ภาษาและกระบวนการทำงาน เป็นต้น
- 6) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถเกิดขึ้นซ้ำ ๆ กันได้อีก โดยการพิจารณาผลที่สะท้อนกลับและเหตุผลที่เหมาะสม เพราะเป็นกระบวนการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำการเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติ

2.5.4 วิธีการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีลักษณะร่วมกันกับการวิจัยปฏิบัติการหลายประการ จึงขอสร้างความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการ ดังนี้การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เป็นรูปแบบของการแสวงหาความรู้ความจริงอย่างเป็นระบบโดยผู้ที่ปฏิบัติมีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้เทคนิคกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานของตน (Gall & Others, 1999 : 468 อ้างถึงใน สมโภชน์ อเนกสุข, 2548) ลักษณะของการวิจัยมีจุดมุ่งหมายเพื่อหาคำตอบของปัญหาทั่ว ๆ ไปในระดับย่อยหรือเฉพาะท้องถิ่น โดยอาศัยจากกลุ่มเฉพาะเล็ก ๆ ซึ่งการวิจัยลักษณะนี้ไม่เคร่งครัดในกฎเกณฑ์และรูปแบบเหมือนกับวิธีการวิจัยตามปกติการวิจัยปฏิบัติการเป็นสิ่งที่มีความหมายเป็นงานวิจัยที่มีเป้าหมายเพื่อเชื่อมโยงสิ่งที่ดีจากข้อค้นพบที่มีคุณภาพจากข้อมูลในการวิจัยเข้ากับประสิทธิภาพของระบบที่เกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัยนั้น (Fryer & Feather, 1994: 230 อ้างถึงใน สมโภชน์ อเนกสุข, 2548) และใช้ข้อค้นพบนั้นไปปรับปรุงหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการพิจารณากระบวนการวิจัยปฏิบัติการจะพบว่า มีลักษณะเป็นเกลียวของการคิดการพิจารณา และการกระทำ ซึ่งเรียกว่า “เกลียวปฏิสัมพันธ์ (Interacting Spiral)” ซึ่งเสนอไว้โดยสตริงเกอร์ (Stringer, 1999 Cited in Creswell, 2002: 610) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ดูว่ามีปัญหาอะไร (Look) คิดพิจารณา

(Think) และลงมือปฏิบัติ (Act) ซึ่งรูปแบบลักษณะนี้จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่จำเป็นต้องเป็นแนวเส้นตรง กระบวนการทั้งหลายสามารถเกิดขึ้นได้ซ้ำอีกและจะมีการปรับปรุงกระบวนการและการให้ความหมายในขั้นตอนต่อไป ดังขั้นตอนที่แสดงในภาพประกอบ 2.1



ภาพประกอบ 2.1 เกลียวปฏิสัมพันธ์ (Interacting Spiral)

เครสเวลล์ (Creswell, 2002: 614) ได้สรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับการวิจัยปฏิบัติการ ดังนี้

- 1) มีจุดเน้นไปสู่การนำไปปฏิบัติ
- 2) การดำเนินการวิจัยมีการปฏิบัติร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 3) เป็นความร่วมมือกันระหว่างนักวิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัย
- 4) เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (Dynamic Process) ของเกลียวปฏิสัมพันธ์

ที่มีกระบวนการย้อนกลับและนำไปสู่การพัฒนาขั้นต่อไป (Back and Forth) จากผลสะท้อนของสิ่งที่ปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการปฏิบัติ

- 5) การพัฒนาแผนการดำเนินงานต้องสามารถนำไปปฏิบัติได้
- 6) มีการนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้เกี่ยวข้องเช่นโรงเรียนในท้องถิ่น ชุมชน และบุคลากร

ทางการศึกษา เป็นต้น

แม้ว่าการวิจัยปฏิบัติการและการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะมีลักษณะร่วมกันหลายประการแต่มีข้อแตกต่างที่สำคัญ คือ การวิจัยปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนั้นระเบียบวิธีการวิจัยจึงต้องการมาตรฐานทางทฤษฎีที่มากเพียงพอต่อการนำไปใช้และการนำไปปฏิบัติ ส่วนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อสร้างความรู้และกระตุ้นประชาชนธรรมดา (สมโภชน์ อเนกสุข, 2548) ซึ่งกระบวนการนี้มีการประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการมีอำนาจและการไร้อำนาจของบุคคลในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ยากจนและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เพื่อส่งเสริมให้บุคคลเหล่านี้มีสิทธิ์มีเสียงในการกำหนดนโยบายหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยเน้นความร่วมมือที่ทุกคนมีอำนาจอย่างเท่าเทียมกันทั้งตัวผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูล

และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนกระบวนการของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัต มีความยืดหยุ่นในการดำเนินการสูง และเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทุก ๆ คนที่เกี่ยวข้องซึ่ง พันธุ์ทิพย์ งามสุด (2550) ได้เสนอกระบวนการของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การเตรียมชุมชน เพื่อให้จะให้ชุมชนมีความพร้อมในการเข้ามีส่วนร่วมในการวิจัยในระดับที่เสมอภาคกัน
 - 2) อบรมนักวิจัยร่วมจากชุมชน เพื่อเตรียมนักวิจัยในท้องถิ่นให้มีความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ในท้องถิ่น บทบาทของผู้ทำหน้าที่เป็นนักวิจัยท้องถิ่น การจัดองค์การชุมชน รูปแบบของผู้นำ การสนับสนุนและมนุษยสัมพันธ์
 - 3) กำหนดรูปแบบการวิจัย โดยกลุ่มนักวิจัยท้องถิ่นจะร่วมกันกำหนดรูปแบบการวิจัย เช่นการพิจารณารายละเอียดปัญหาทั่วไปที่ชุมชนได้เลือกขึ้นมา การจำแนกออกเป็นปัญหาย่อย ๆ เพื่อที่จะสามารถทำการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาได้ทีละส่วน กำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ เครื่องมือที่จะใช้ รูปแบบคำถาม วิธีการถาม กลุ่มและขนาดของตัวอย่าง เป็นต้น
 - 4) ลงมือเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 5) ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล กลุ่มนักวิจัยท้องถิ่นจะร่วมกันประมวลผลและสรุปข้อมูลให้ข้อสังเกตหรือข้อวิจารณ์สิ่งที่พบ วิเคราะห์ว่าเหตุใดจึงได้ข้อมูลเช่นนั้น เขียนสรุปสิ่งที่พบออกอย่างกว้าง ๆ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะประกอบ
 - 6)หารือข้อค้นพบกับชุมชน เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเสนอคืนต่อชุมชน ให้มีโอกาสดูตรวจสอบและแก้ไขให้เกิดความถูกต้อง ตลอดจนทำการวิเคราะห์ สรุปประเด็น หรือชี้แนะประเด็นสำคัญให้แก่กลุ่มนักวิจัย
 - 7) วางแผนชุมชน โดยการอบรม กลุ่มที่ทำหน้าที่วางแผนให้สามารถเขียนโครงการได้ รวมทั้งมีความสามารถในการจัดองค์การชุมชนด้วย โครงการที่กลุ่มวางแผนเขียนขึ้นนี้จะต้องนำมาปรึกษาหารือกับชุมชน ให้ชุมชนตรวจสอบแก้ไขและรับรองก่อนนำไปเสนอขอรับการสนับสนุนจากองค์การที่เกี่ยวข้องต่อไป
 - 8) นำแผนไปปฏิบัติโดยการระดมทรัพยากรต่าง ๆ ตลอดจนองค์การประชาชนต่าง ๆ ในชุมชนมาร่วมปฏิบัติตามแผนที่จัดวางขึ้น จากพื้นฐานข้อมูลที่เป็นผลมาจากการศึกษาร่วมกัน
 - 9) ติดตามกำกับและประเมินผลในชุมชน โดยกลุ่มนักวิจัยร่วมกับชุมชน
- ข้อควรพิจารณา ในการเลือกชุมชนเป้าหมายควรมีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการคัดเลือก มีการพิจารณาศักยภาพของชุมชน และศึกษาข้อมูลที่สำคัญของชุมชนนั้นมาก่อน การเข้าสู่ชุมชนต้องทำความรู้จักชุมชน หาความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง สร้างความคุ้นเคยกับบุคคลผู้นำชุมชน และกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน การเลือกทีมนักวิจัยท้องถิ่นที่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ตลอดโครงการ จากนั้นนักวิจัยร่วมกับนักวิจัยท้องถิ่นจะทำการเก็บข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ที่จำเป็น หลังจากทำการวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลเสร็จแล้ว ต้องนำข้อมูลเหล่านั้นเสนอให้ชุมชนรับทราบ มีการแนะนำกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมให้แก่ประชาชนทำการพัฒนาทัศนคติของประชาชนให้รู้จักการทำงานร่วมกัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการทำการวิจัย จัดกิจกรรมการวิจัยขนาดเล็กเพื่อให้ประชาชนได้เรียนรู้ทักษะในการทำการวิจัยซึ่งทุกคนจะต้องเกี่ยวข้องตลอดกระบวนการในการพัฒนา เลือกปัญหาที่จะทำการวิจัยซึ่งปัญหานั้นต้องสามารถจะหา

คำตอบมาแก้ปัญหาได้ จากนั้นจึงหาทางเลือกและวิธีการต่าง ๆ มาใช้ ในขั้นตอนต่อไปจะมีการวางแผนการวิจัย การวางแผนการปฏิบัติ การกำกับดูแล ติดตามความก้าวหน้า การประเมินผล การเขียนรายงานการวิจัย ถ้าการดำเนินการประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ประชาชนในชุมชนนั้นสามารถนำกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกลับมาใช้ใหม่ โดยไม่ต้องมีนักวิจัยจากภายนอกมาช่วยดำเนินการ และเป็นการเริ่มต้นวงจรต่อไปของกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของชุมชนนั่นเอง

2.5.5 ประโยชน์ของวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีประโยชน์ต่อการพัฒนาประชาชน และกลุ่มชนในพื้นที่หลายประการ ดังที่ ประพนธ์ วัฒนกิจ (2542) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของวิจัยในแนวทางนี้ ไว้ 4 ประการคือ

- 1) ให้ความสำคัญและเคารพต่อความรู้พื้นบ้าน ด้วยการยอมรับและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ คือ ยอมรับว่าความรู้พื้นบ้านและระบบการสร้างความรู้ในรูปแบบอื่นยังคงมีปฏิบัติอยู่ในหมู่คนจน เพื่อแก้ไขปัญหาและเพื่อการดำรงชีวิตของเขา
- 2) พัฒนาและปรับปรุงศักยภาพของชุมชนและของบุคคล โดยส่งเสริมและฟื้นฟูความเชื่อมั่นในตนเอง ให้สามารถที่จะวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ของเขาเอง
- 3) สร้าง แสวงหา และประยุกต์องค์ความรู้ ที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน มาใช้ในการให้ความรู้แก่บุคคลในชุมชนนั้น
- 4) ยอมรับในมุมมอง ความคิดเห็น และประสบการณ์ของชาวบ้านว่ามีความสำคัญ เป็นการมองให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของเขา

สรุปว่า การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้นำแนวคิดของการวิจัยเชิงคุณภาพมาประยุกต์ใช้ โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัยมีส่วนร่วมกันแสวงหารูปแบบหรือวิธีการแก้ปัญหาของตน เน้นการพัฒนาความสำนึกในการวิเคราะห์วิจารณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงสถานะความเป็นอยู่และชีวิต ตลอดจนเปลี่ยนแปลงสภาพโครงสร้างและความสัมพันธ์พื้นฐานในสังคมของตนให้ดีขึ้น และเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำวิจัยเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง และเป็นการคืนอำนาจการตัดสินใจให้กับประชาชนอย่างสมบูรณ์แบบ เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือองค์กรจากภายนอกทำหน้าที่เป็นเพียงที่ปรึกษาหรือเป็นผู้ประสานงานเพื่อให้การดำเนินการต่าง ๆ บรรลุเป้าหมายตามที่คนในสังคมนั้นต้องการและเกิดความพึงพอใจ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อแสวงหากระบวนการ หรือรูปแบบการแก้ไขปัญหาชุมชน ระหว่าง คนพิการ/ญาติ/ผู้ดูแลคนพิการ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการ ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยทุกขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน แล้วนำไปสู่การวางแผนใหม่ และในทุกขั้นตอนการปฏิบัติมีความยืดหยุ่นสูง ไม่เคร่งครัดในกฎเกณฑ์หรือกติกา ทำซ้ำไปเรื่อย ๆ จนได้รูปแบบที่ดีหรือพอใจ แล้วนำมาวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ถอดบทเรียนเพื่อนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมต่อไป

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น แบบสอบถามปลายเปิด การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์ และการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เป็นต้น มาทำการวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีเทคนิคที่สำคัญ ดังนี้

1) การจำแนกและจัดระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy) เป็นการนำข้อมูลที่ได้นำมาจำแนกและจัดหมวดหมู่ออกให้เป็นระบบ เช่น ข้อมูลหมวดบุคลากร ข้อมูลหมวดงบประมาณ ข้อมูลหมวดวัสดุอุปกรณ์ ข้อมูลหมวดงบประมาณ เป็นต้น

2) การวิเคราะห์สรุพบัญ (Analytic Induction) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มาวิเคราะห์เพื่อหาบทสรุปร่วมกันของเรื่องนั้น

3) การเปรียบเทียบเหตุการณ์ (Constant Comparison) เป็นการนำข้อมูลที่ได้นำไปเทียบเคียงหรือเปรียบเทียบกับเหตุการณ์อื่น เพื่อหาความเหมือนและความแตกต่างกันที่เกิดขึ้น เช่น เปรียบเทียบหน่วยงานหนึ่งกับอีกหน่วยงานหนึ่งที่ประสบผลสำเร็จทางการบริหาร เป็นต้น

4) การวิเคราะห์ส่วนประกอบ (Componential Analysis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์ออกให้เห็นเป็นส่วน ๆ เช่น วิเคราะห์การบริหารงานขององค์การออกเป็น 7 หมวด ตามกรอบของ Public Sector Management Quality Award ; PMQA เป็นต้น

5) การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Content Analysis) เป็นการนำเอกสารหรือหลักฐานต่าง ๆ มาวิเคราะห์ให้เห็นว่า มุ่งพรรณนาและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น วิเคราะห์การปกครองสมัย พ.ศ. 2475 จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ เป็นต้น

6) การวิเคราะห์สาเหตุและผล (Cause and Effect Analysis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ให้เห็นว่าจากผลมาจากเหตุ คือ วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น ย้อนกลับมาให้เห็นว่าเกิดมาจากเหตุปัจจัยใดบ้าง หรือวิเคราะห์เหตุไปหาผล คือ วิเคราะห์จากเหตุไปหาผล คือ วิเคราะห์ให้เห็นว่าเมื่อเหตุนี้เกิดขึ้น ได้นำไปสู่ผลที่เกิดขึ้นอะไรบ้าง

7) การสร้างจินตนาการเชิงสังคมวิทยา (Sociology Imaginary) เป็นการนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยเปลี่ยนมุมมองการวิเคราะห์ไปยังมุมมองอื่น ๆ เพื่อดูผลการวิเคราะห์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นเช่นใด เช่น เปลี่ยนมุมมองการวิเคราะห์จากมุมมองค่านิยม มาเป็นการวิเคราะห์มุมมองด้านวัฒนธรรม เป็นต้น

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นการใช้เทคนิคใด ก่อนที่จะมีการนำเทคนิคทั้ง 7 เทคนิคมาใช้นั้น จำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีการตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมานั้นมีความถูกต้องก่อน ทั้งนี้เพราะการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เน้นการใช้อัตวิสัย (Subjectivity) ไม่เหมือนกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่เน้นการใช้วัตถุวิสัย (Objectivity)

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ เรียกว่า “การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation)” โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) และ 3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory Triangulation)

1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล จะเน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ นั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ ซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบมาเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย จะเน้นการตรวจสอบจากผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลต่างคนกันว่าได้ค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งถ้าผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลทุกคนพบข้อค้นพบที่ได้มามีความเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี จะเน้นการตรวจสอบว่าถ้ามีการใช้ทฤษฎีที่หลากหลายแล้ว ข้อมูลที่ได้มาเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ ถ้าผู้วิจัยพบว่าไม่ว่าจะนำทฤษฎีใดมาใช้ได้ข้อค้นพบที่เหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Content Analysis) และตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

2.7 การถอดบทเรียน

ในปัจจุบันหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้มากขึ้น โดยเห็นว่าองค์กรที่จะพัฒนาไปสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ได้ต้องนำกระบวนการจัดการความรู้ไปใช้พัฒนาการทำงานในองค์กรและวิธีการจัดการความรู้ที่ได้รับความนิยมอย่างกว้างขวาง คือ การถอดบทเรียน (Lesson Distilled) แนวทางการถอดบทเรียนในเอกสารชุดนี้ได้แนวคิดจากคู่มือการถอดบทเรียน โครงการพัฒนาชุมชน และเอกสารอื่น ๆ ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจพอสรุปได้ดังนี้

2.7.1 ความหมายของการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียน คือ การทบทวนหรือสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอกซึ่งทำให้เกิดผลอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว หรืออาจกล่าวได้ว่าเราถอดบทเรียนก็เพื่อสืบค้นความรู้จากการปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการสกัดความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึกจากกลุ่มเป้าหมายที่ได้ร่วมการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน และความรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลวเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และสามารถเผยแพร่ศึกษาเรียนรู้ได้

2.7.2 รูปแบบการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนโดยทั่วไปมี 2 รูปแบบ คือ

1) การถอดบทเรียนเฉพาะประเด็น เป็นการถอดบทเรียนที่เน้นเฉพาะกิจกรรมสำคัญของโครงการ และสามารถนำผลการถอดบทเรียนจากกิจกรรมนั้น ๆ ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาโครงการให้ประสบความสำเร็จในอนาคต (Best Practice)

2) การถอดบทเรียนทั้งโครงการ เป็นการถอดบทเรียนทั้งระบบ โดยเริ่มตั้งแต่ความเป็นมาของโครงการกระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดโครงการ

การถอดบทเรียนทั้ง 2 ลักษณะต้องใช้ในการวิเคราะห์เชิงลึก เช่น วิเคราะห์ด้วย SWOT เพื่อศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขที่นำไปสู่ผลของการดำเนินโครงการ

ขั้นตอนการถอดบทเรียน ขั้นตอนการถอดบทเรียนมี 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

- 1) ขั้นเตรียมการถอดบทเรียน
- 2) ขั้นดำเนินการถอดบทเรียน
- 3) ขั้นเขียนรายงานการถอดบทเรียน
- 4) ขั้นติดตามการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์

1) ขั้นเตรียมการถอดบทเรียน

สร้างทีมงานถอดบทเรียนที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานได้จริง ประมาณ 3 - 6 คน พร้อมทั้งทำคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษรและประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เรียนรู้ ทีมงานถอดบทเรียนโดยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นภายในทีมงาน เน้นการเคารพซึ่งกันและกัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน และความเท่าเทียมกัน วิเคราะห์โครงการ เพื่อให้ทีมงานมีความเข้าใจตรงกันใน แต่ละหัวข้อในโครงการ ได้แก่ หลักการและเหตุผลของโครงการ ระยะเวลาในการดำเนินงาน และงบประมาณ กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานถอดบทเรียน ซึ่งประกอบด้วยดังนี้

1.1 หัวหน้าทีมหรือผู้เอื้อ เป็นผู้ทำการถอดบทเรียนดำเนินงานได้อย่างราบรื่น และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1.2 ผู้อำนวยการกระบวนการ เป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ร่วมถอดบทเรียนได้แลกเปลี่ยน ประสพการณ์และความคิดเห็นจากกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ ดังนั้น จึงต้องมีทักษะในการตั้งคำถามที่ กระตุ้นให้ผู้ร่วมถอดบทเรียนได้วิเคราะห์สาเหตุของความสำเร็จและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน

1.3 ผู้จัดบันทึก เป็นผู้จัดบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสพการณ์ การอภิปรายของผู้ร่วมถอดบทเรียนพร้อมทั้งเขียนเรียบเรียงเป็นเรื่องราวที่น่าสนใจตั้งแต่เริ่มต้นจน สิ้นสุดโครงการ

1.4 ผู้ประสานงาน เป็นผู้ช่วยเหลือให้ทีมงานถอดบทเรียนมีความสะดวกใน การติดต่อระหว่างสมาชิกทีมงานถอดบทเรียนเพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างดี รวมทั้งประสาน ความร่วมมือจากบุคคลภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการถอดบทเรียน

จัดทำแผนภูมิโครงร่างกระบวนการถอดบทเรียนซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่าง ๆ

ดังนี้

1. หัวข้อกิจกรรมที่ต้องการถอดบทเรียน
2. กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการถอดบทเรียน
3. เลือกวิธีการถอดบทเรียนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
4. กำหนดขั้นตอนในการถอดบทเรียนตามลำดับก่อนหลัง
5. กำหนดประเด็นคำถามที่มีความชัดเจน โดยเรียงลำดับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่ง

สิ้นสุด

6. กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการถอดบทเรียน พร้อมทั้งจัดทำเอกสาร

การถอดบทเรียน

เลือกเทคนิคการถอดบทเรียน ควรเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ทีมงานถอดบทเรียนและ ผู้ร่วมถอดบทเรียนเกิดการเรียนรู้ระหว่างการทำงาน และได้บทเรียนพัฒนาวิธีการทำงานให้ดีขึ้น เช่น เทคนิคการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After Action Review ; AAR) แล้วจัดทำปฏิทินการถอดบทเรียน เพื่อวางแผนการดำเนินการถอดบทเรียนของแต่ละกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการดำเนินงาน

โดยหัวข้อที่ควรปรากฏในปฏิทินการถอดบทเรียนได้แก่ ลำดับที่ของกิจกรรม ประเด็นกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม ผู้รับผิดชอบกิจกรรม และวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในกิจกรรม

2) ขั้นตอนการถอดบทเรียน

ทีมงานควรแจ้งกำหนดการ ระยะเวลาและสถานที่ที่จะดำเนินการถอดบทเรียนให้กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมถอดบทเรียนล่วงหน้า ในขั้นนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ การถอดบทเรียนและการบันทึกบทเรียน

(1) การถอดบทเรียนมีขั้นตอนที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นแรก การสร้างบรรยากาศ เพื่อให้ผู้ร่วมการถอดบทเรียนมีความผ่อนคลายเป็นกันเอง ซึ่งอาจใช้เพลงหรือเกมส์ในการละลายพฤติกรรม รวมทั้งผู้อำนวยความสะดวกควรชี้แจงถึงความเสมอภาคและสิทธิในการร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้ร่วมการถอดบทเรียน

ขั้นสอง การกำหนดกติกาในการถอดบทเรียนอย่างมีส่วนร่วม โดยกติกาควรครอบคลุมประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. เป้าหมายการถอดบทเรียนคืออะไร มีวัตถุประสงค์เพื่ออะไร
2. วิธีการถอดบทเรียนใช้วิธีอะไร เช่น ใช้การระดมความคิดเห็น เน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และไม่ได้เถียงหรือทะเลาะวิวาท
3. หน้าที่ของผู้ร่วมถอดบทเรียนเป็นอย่างไร เช่น ทุกคนให้ข้อเสนอแนะยอมรับความจริง และเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงงานให้ดีขึ้น
4. ข้อพึงระวังในการถอดบทเรียนควรเป็นอย่างไร เช่น ไม่ตำหนิ และไม่ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ร่วมถอดบทเรียน

ขั้นสาม การจัดกิจกรรมอุ่นเครื่อง ผู้อำนวยความสะดวกชี้แจงให้ผู้ร่วมถอดบทเรียนเข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการเพื่อให้สามารถทบทวนความทรงจำจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา

ขั้นสุดท้าย การเข้าสู่ประเด็นสำคัญของการถอดบทเรียนเป็นขั้นตอนสำคัญในการสกัดความรู้จากผู้ร่วมถอดบทเรียนโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเล่าประสบการณ์จากวิธีการปฏิบัติงานของผู้ร่วมถอดบทเรียน
2. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างวิธีการปฏิบัติงานที่กำหนดในแผนปฏิบัติงานกับวิธีการปฏิบัติงานจริง
3. การวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานที่ได้เป็นอย่างดี
4. การให้ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานต่อไปให้ได้ดี
5. การวิเคราะห์อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน
6. การให้ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
7. ข้อเสนอแนะในสิ่งที่ควรทำเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา
8. การประเมินความพึงพอใจผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

ทั้งนี้ผู้จัดบันทึกต้องจดรายละเอียดของข้อมูลทุกขั้นตอน บันทึกเสียง พร้อมทั้งสังเกตบรรยากาศในระหว่างการถอดบทเรียนและจดบันทึกไว้ประกอบการจัดทำรายงานการถอดบทเรียน

(2) การบันทึกบทเรียน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นแรก การเตรียมตัวก่อนบันทึกบทเรียน เป็นขั้นตอนที่ผู้จัดบันทึกควรเตรียมความพร้อมก่อนบันทึกบทเรียนใน 4 ประเด็น คือ

- 1) ศึกษารายละเอียดของโครงการ/กิจกรรมที่จะถอดบทเรียน
- 2) ศึกษารายละเอียดการถอดบทเรียนเกี่ยวกับกรอบแนวคิด ขั้นตอนการถอดบทเรียน และประเด็นคำถามที่ใช้ในการถอดบทเรียน
- 3) จัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกการถอดบทเรียน และ
- 4) เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายจิตใจ

ขั้นสอง การบันทึกข้อมูลการถอดบทเรียน ข้อมูลที่ต้องจัดบันทึกระหว่างการถอดบทเรียน คือ

- 1) ข้อมูลขั้นตอนและวิธีการจัดกิจกรรมถอดบทเรียน
- 2) ข้อมูลการเล่าเรื่อง การวิเคราะห์ และการอภิปรายของผู้ร่วมถอดบทเรียน
- 3) ข้อมูลบรรยากาศของระหว่างการถอดบทเรียน

ขั้นสุดท้าย การสรุปและรายงานการถอดบทเรียน ผู้จัดบันทึกต้องอ่านรายงานการถอดบทเรียนให้ที่ประชุมของผู้ร่วมถอดบทเรียนและทีมงานการถอดบทเรียนได้รับทราบข้อมูลที่จัดบันทึกไว้เพื่อให้มีการปรับแก้และเพิ่มเติมให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยบทเรียนที่ถอดได้ต้องได้รับการสรุปให้เห็นอย่างน้อย 2 ประเด็นคือ

- 1) อะไรคือสิ่งที่ได้อยู่แล้วและควรทำต่อไปเพื่อกลับไปวางแผนพัฒนาลงมือทำ แล้วตามด้วยการวิจัยให้ก้าวหน้าต่อเนื่องเป็นงานวิจัยและพัฒนา
- 2) อะไรคือสิ่งที่ยังบกพร่องเป็นจุดอ่อน และควรปรับปรุงอย่างไร มีความรู้พอที่จะปรับปรุงหรือไม่ ควรเป็นการวิจัยแบบ (Participatory Action Research) ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ของคนทั้งหมด
- 3) ขึ้นเขียนรายงานการถอดบทเรียน ในขั้นตอนนี้ควรแบ่งเป็น 3 หัวข้อหลัก ดังนี้

3.1) ความเป็นมาของโครงการ/กิจกรรมที่จะถอดบทเรียน
วัตถุประสงค์ของการถอดบทเรียน

3.2) การเตรียมการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ในขั้นตอนการเตรียม ซึ่งได้แก่ วิธีการทีมงาน บทบาทหน้าที่ กรอบแนวคิด เทคนิคการถอดบทเรียน กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมถอดบทเรียน และปฏิทินการถอดบทเรียน

3.3) เนื้อเรื่องการดำเนินการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดในข้อ (1.4) ซึ่งครอบคลุม

1. ประสบการณ์จากวิธีการปฏิบัติงานจริงของผู้ร่วมถอดบทเรียน
2. วิธีการปฏิบัติงานที่กำหนดในแผนปฏิบัติงาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่าง
4. สิ่งที่ได้เป็นข้อดีจากการปฏิบัติ
5. ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานต่อไปให้ดีขึ้น
6. ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน

7. ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
8. ข้อเสนอแนะในสิ่งที่ควรทำเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา
9. ประเมินความพึงพอใจผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

4) ขั้นตอนติดตามการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์

ในขั้นตอนนี้ให้ความสำคัญกับการนำบทเรียนที่เรียนรู้จากการปฏิบัติไปใช้เพื่อให้งานปฏิบัติงานต่อไปมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ดังนั้นหัวหน้าทีมหรือผู้เกี่ยวข้องได้มีการนิเทศกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ เพื่อตรวจสอบว่าได้มีการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์หรือไม่ เพราะอะไร

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้การถอดบทเรียนตามวิธีการดังกล่าวข้างต้น กล่าวคือ การทบทวนหรือสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้เกิดผลอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว โดยมีรูปแบบการถอดบทเรียนคือ การถอดบทเรียนเฉพาะประเด็น และการถอดบทเรียนทั้งโครงการ และมีขั้นตอนสำคัญอยู่ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการถอดบทเรียน ขั้นตอนดำเนินการถอดบทเรียน ขั้นตอนเขียนรายงานการถอดบทเรียน และขั้นตอนติดตามการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พิชาติ ดลเฉลิมยุทธนา และปิยนุช บุญกอง (2550) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลสกลนครพบว่า ระยะที่ 1 ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ก่อนการพัฒนากระบวนการสุขภาพ โรงพยาบาล สกลนคร นำนโยบายด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างต่อเนื่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาดำเนินงานตั้งแต่ ปี 2546 ถึงปัจจุบัน โดยมีหน่วยงานของรัฐและองค์กรเอกชนบางหน่วยงานเข้าร่วมจัดบริการได้แก่ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมทำหน้าที่จัดหางาน และฝึกอาชีพ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ให้สวัสดิการสนับสนุนบางอย่าง เช่น เบี้ยยังชีพ ให้กับคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และยากจน แต่การจัดบริการที่ผ่านมาเป็นแบบแยกส่วน ขาดการประสานงานกัน วางแผนการ ประโยชน์สำหรับคนพิการได้ทั้งระบบชุมชนไม่ทราบระบบบริการ ชุมชนไม่ยอมรับความสามารถของคนพิการ ระยะที่ 2 ระยะการเสริมพลังอำนาจ ทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้พิการได้และทีมสุขภาพเกิดการเรียนรู้กับผู้ป่วยจนเกิดแนวทางทางการจัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะที่ 3 ระยะพัฒนาอย่างยั่งยืนระยะนี้ได้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย มีทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนร่วมกันดูแลคนพิการ ผลลัพธ์การดูแลต่อผู้พิการ ผู้พิการทุกคนได้รับการวางแผนการจำหน่าย ส่งต่อ และติดตามการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ไม่กลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปกติ ผลต่อผู้ให้บริการและโรงพยาบาล ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแล และโรงพยาบาลมีระบบการดูแลคนพิการที่มีประสิทธิภาพ

ข้อผูก ไชยมงคล (2550) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่เป็น

การศึกษาตามหลักเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด 13 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน 9 คน และผู้พิการจากโรคหลอดเลือดในสมอง จำนวน 4 คน ด้านการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมพบว่า สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับเปิดรับความคิดเห็นและปรึกษาหารือ ด้านลักษณะการอภิปรายพบว่า สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอภิปรายในลักษณะโต้แย้งและสานเสวนา แต่สมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้นำชุมชนเท่านั้นที่มีลักษณะเสวนาหาทางออก ด้านความเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็นสมาชิกกลุ่มให้ข้อมูลว่าได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ โดยเห็นว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการมีส่วนร่วม ได้แก่ ได้มีส่วนร่วมในการรับฟังแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้รับความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือจากผู้พิการโรคหลอดเลือดสมอง และด้านจิตใจคือ รู้สึกมีความสุขและสบายใจที่ได้มีส่วนร่วม

กิตติยา ติดไชย (2550) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในตำบลท่าหนักธรรม อำเภอนองม่วง จังหวัดแพร่ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้พิการ 109 คน ผลการศึกษาพบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวสามารถพัฒนาให้ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยเกือบทุกกิจกรรมด้านสุขภาพ ผู้รับผิดชอบหลักควรเป็นสมาชิกครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยมีบางกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่าผู้รับผิดชอบควรเป็นกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชมรมคนพิการและเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

นิตยา บัวสาย (2551) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เขตอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักกายภาพบำบัด โดยการศึกษากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาทำให้ผู้ร่วมวิจัย มองเห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเอง มองเห็นศักยภาพตนเองโดยต้องให้ชุมชนผู้ดูแล และคนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นเจ้าภาพหลักของการจัดการ ผู้ให้บริการสุขภาพเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาขึ้นกับการตัดสินใจร่วมกันของชุมชน ผู้ดูแล และคนพิการทางการเคลื่อนไหว

รัชณี สรรเสริญ และคณะ (2553) ได้ทำการศึกษาการบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการปฐมภูมิ เพื่ออธิบายสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในประเทศไทย เก็บรวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสาร และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 137 ราย เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยบุคลากรทางสุขภาพจำนวน 36 รายจากโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่งและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 5 แห่งคนพิการ 36 ราย ญาติผู้ดูแล 36 ราย ผู้นำของคนพิการ 7 ราย ผู้นำชุมชน 14 ราย และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 7 ราย ผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่จัดระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดำเนินการปรับปรุงเครือข่ายการดูแลสุขภาพ และการให้บริการการส่งต่อทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันความพิการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิเริ่มดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงการบูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน เช่น

การสนับสนุนทุน การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การระดมคนพิการ ครอบครัวและสมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความต้องการของคนพิการเป็นฐาน แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรทางสุขภาพยังได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ตลอดจนการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างจำกัดส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน มีบทบาทเป็นพันธมิตรและร่วมดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับปานกลาง ดังนั้น เพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญและลงทุนทั้งการส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย การสร้างความมั่นใจในระบบสนับสนุนการดำเนินงานการใช้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาความร่วมมืออย่างเป็นทางการเป็นส่วนระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ชุมชน คนพิการ และครอบครัวอย่างเป็นทางการเพื่อเป็นการส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ

มนตรี จันทา (2554) ได้ศึกษารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนองบัว อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยศึกษาในผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 36 คน กระบวนการศึกษาประกอบด้วยวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหาการนำไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล พบว่า ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่เป็นชาย อายุเฉลี่ย 47.7 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา จากการวิเคราะห์กระบวนการได้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ 2) การร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา 3) การกำหนดแผนงาน/โครงการ 4) การปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ และ 5) การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตามขั้นตอนเหล่านี้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพจิต ดีขึ้นทุกด้าน โดยรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพนี้ ทำให้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เนื่องจากเป็นรูปแบบที่สนองต่อความต้องการที่แท้จริง สอดคล้องกับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน และจะทำให้การส่งเสริมสุขภาพของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีความต่อเนื่องและดำเนินการอย่างเป็นระบบต่อไป

มยุรี บุญศักดิ์ (2554) ได้ศึกษาระบบการจัดการสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของคนพิการ โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 กระบวนการวิจัยปฏิบัติการเพื่อหาระบบโดยการ สนทนากลุ่ม และประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ กลุ่มตัวอย่างสุ่มเลือกแบบเจาะจงในพื้นที่ ตำบลเชียงใน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว 46 คน ญาติ/ผู้ดูแลคนพิการ 46 คน และผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการ 46 คนโดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systemic Sampling) กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพได้แก่ คนพิการ 5 คน ญาติ/ผู้ดูแล 5 คนและผู้เกี่ยวข้อง 14 คน ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาคนพิการร้อยละ 62.2 เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 47.1 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 73.3 ปัญหาที่พบมากที่สุด คือความยากจน รองลงมาคือการไม่มีอาชีพ ขาดแคลนเครื่องอุปโภคบริโภค ไม่มีคนดูแลบางเวลา อยู่บ้านตามลำพัง ความต้องการของคน

พิการส่วนใหญ่คือได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น รองลงมาคือมีงานทำมีทุน เครื่องช่วยความพิการ สุขภาพดีขึ้น สังคมยอมรับ ระบบการจัดการที่ได้ 1) กระบวนการทำบัตรประจำตัวคนพิการ ผลที่ได้คือรับเบี้ยความพิการทุกคน ได้รับกายอุปกรณ์ที่จำเป็น 2) การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูคนพิการ 3) มีระบบการเยี่ยมบ้าน 4) มีศูนย์ประสานงานสมาคมพัฒนาอาชีพคนพิการ 5) มีระบบการค้นหาและส่งต่อข้อมูลคนพิการ 6) มีแผนการจัดตั้งกองทุนและชมรมคนพิการใน รพสต. 7) ประเมินผลความพึงพอใจของคนพิการและผู้ดูแลต่อระบบการจัดการสุขภาพคนพิการในชุมชนได้ร้อยละ 83.6 สรุปว่าการดำเนินกิจกรรมจะต้องใช้การบริหารจัดการเชิงระบบ สร้างความเข้าใจร่วมกันสร้างการมีส่วนร่วม และควรมีความต่อเนื่อง แร่งสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ญาติ มีส่วนสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายด้านคนพิการให้ครอบคลุมและเข้มแข็งจึงจะประสบผลสำเร็จ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปพัฒนาการจัดการสุขภาพคนพิการในชุมชนอื่น ๆ ได้ต่อไป

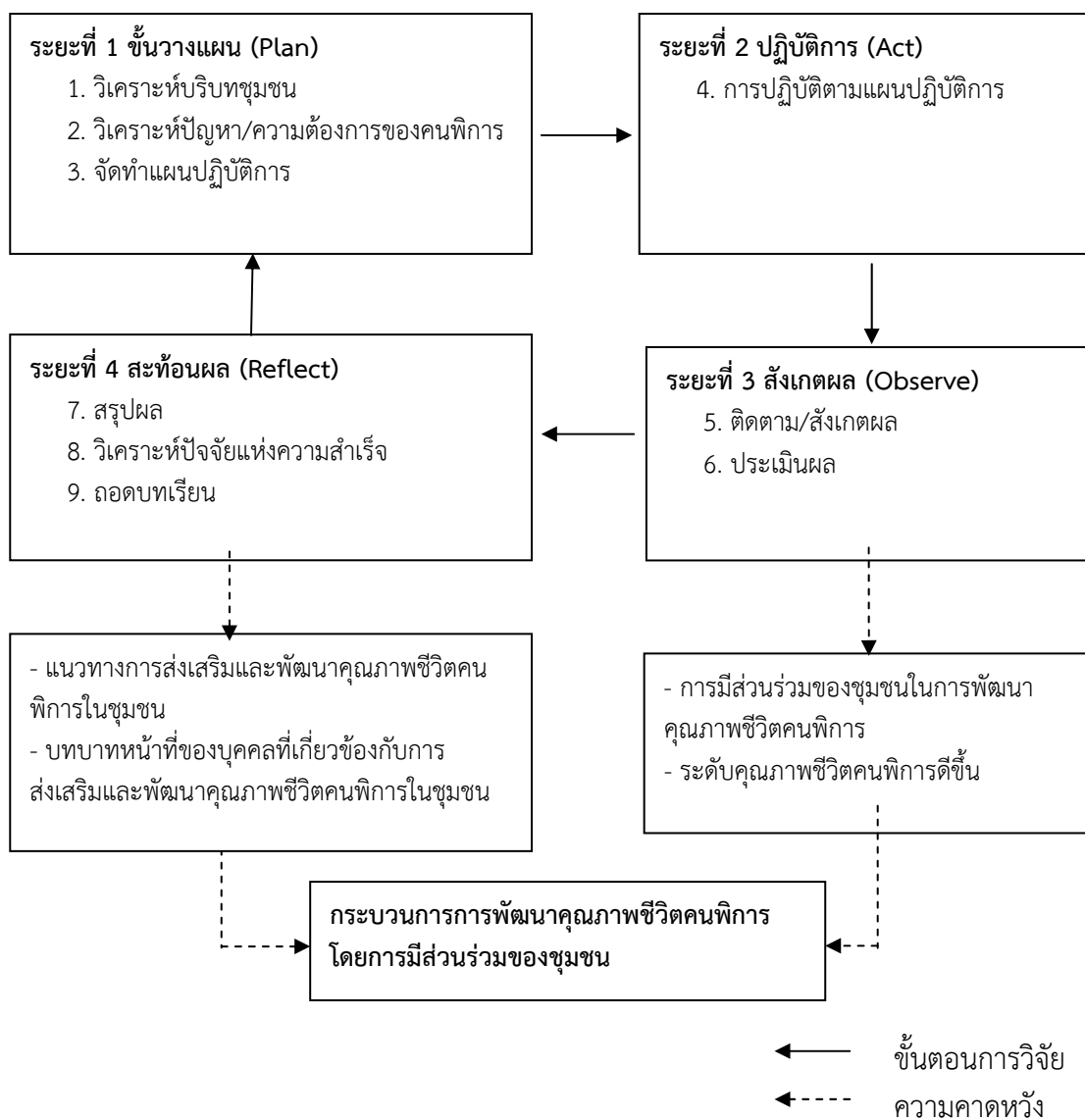
ผลการวิจัยที่ผ่านมาผู้วิจัยเห็นว่าการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการให้ได้ ประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของคนพิการนั้นไม่ได้เป็นหน้าที่ของบุคลากร หรือหน่วยงานจากรัฐตามกฎหมายกำหนดแต่เพียงอย่างเดียว ครอบครัว ญาติพี่น้อง ชุมชนและสังคม ที่ผู้พิการอาศัยอยู่ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่คนพิการคนนั้นจะต้องอยู่ตลอดชีวิต มีส่วนสำคัญที่จะช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ และการช่วยเหลือที่ตรงกับตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นโดยชุมชน การได้รับโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ยังเป็นความต้องการด้านจิตใจของคนพิการ ดังนั้นชุมชนจึงควรเข้ามามีบทบาทร่วมกันในการกำหนด หรือแสวงหารูปแบบที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชน เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคนพิการเหล่านั้นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การดำเนินเกี่ยวกับคนพิการของประเทศไทยนั้นได้ยึดหลัก “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ” และ “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550” สู่การตราพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 พร้อมกฎหมายที่เกี่ยวข้องและนโยบายของรัฐบาล เป็นแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 4 ฉบับ ที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการรัฐ สิทธิพื้นฐานที่คนพิการควรได้รับ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การศึกษา การพัฒนาอาชีพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ด้านสังคมและการกีฬา ซึ่งเป็นโครงสร้างและรากฐานสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสังคมไทยให้ความสำคัญของคนพิการ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายด้านการดูแลคนพิการที่ชัดเจน กำหนดให้คนพิการเป็นกลุ่มเป้าหมายบริการเฉพาะในแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (8 Flagship Project) มีการจัดบริการในทุกระดับตั้งแต่ระดับตติยภูมิลงมาถึงปฐมภูมิ และบริการที่ชัดเจนในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การจัดการบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และนักสร้างสุขภาพครอบครัว ซึ่งเป็นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และมีเครือข่ายการให้บริการเฉพาะภายในกระทรวง แต่ในความเป็นจริงแล้วปัญหาและความต้องการของคนพิการที่พบในชุมชนนั้นไม่ได้จำกัดอยู่ที่ด้านการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นปัญหาคุณภาพชีวิตหลังความพิการที่หลากหลายตามพื้นฐานครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ การมีคนดูแล การประกอบอาชีพ การอยู่ร่วมสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี สิ่งเหล่านี้เป็นความละเอียดอ่อนที่ระบบบริการจากภาครัฐเข้าถึงได้ยาก แต่ผู้วิจัยเชื่อว่าชุมชนที่อยู่อาศัยของคนพิการเข้าใจสภาพปัญหาเหล่านี้ดี หากเข้ามามีส่วนร่วมและได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์บริบท วิเคราะห์สภาพปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาด้วยภูมิปัญญาและทรัพยากรที่มีในชุมชน แล้วร่วมกันปฏิบัติตามโดยคนในชุมชน ติดตามและประเมินผล

โดยชุมชน แล้วพัฒนาต่อเนื่องเป็นรูปแบบเฉพาะของชุมชนแล้วร่วมกันถอดบทเรียนร่วมกัน ก็จะได้แนวทางในการจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้นำแนวคิดการฟื้นฟูคนพิการโดยชุมชน (Community - Based Rehabilitation: CBR) ในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อให้ชุมชนได้มีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาของชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ได้สรุปและนำมาเป็นกรอบการวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ได้ดังนี้



ภาพประกอบ 2.2 กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนตำบลนาสิงห์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดการฟื้นฟูคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation: CBR) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้แก่ การฟื้นฟูด้านการแพทย์ การฟื้นฟูอาชีพ การยอมรับและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับเบี้ยยังชีพ และการปรับสภาพแวดล้อม นำไปสู่การถอดบทเรียนหากระบวนการจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแบบชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ โดยมีการดำเนินการดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยยึดกระบวนการของ Kemmis และ McTaggart (2000) มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ระยะ 9 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan)

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์บริบทชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของคนพิการในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดแผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติการตามแผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 การสังเกตผล (Observe)

ขั้นตอนที่ 5 ติดตาม/สังเกตผล

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect)

ขั้นตอนที่ 7 สรุปผล

ขั้นตอนที่ 8 วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 9 ถอดบทเรียน

การดำเนินการทั้ง 9 ขั้นตอนเป็นการดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 วงรอบ (Loop) เพื่อค้นหากระบวนการในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตคนพิการต่ำ หากครบ 1 วงรอบ การวิจัยแล้วยังไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ ก็นำประเด็นต่าง ๆ ที่เป็นปัญหา หรือต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นเข้าสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาในระยะของการวางแผน ระยะปฏิบัติการ ระยะสังเกต และระยะสะท้อนผล ในวงรอบต่อไปเรื่อย ๆ หากกระบวนการดังกล่าวสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตคนพิการให้ดีขึ้นได้ ก็ยุติการวิจัยเพื่อถอดบทเรียนให้ได้กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยมีส่วนร่วมของประชาชนที่เป็นรูปธรรมต่อไป

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

การวิจัยในครั้งนี้เจาะจงเลือกบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ เป็นพื้นที่วิจัย ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. ผู้พิการ จำนวน 11 คน
2. ผู้นำชุมชน จำนวน 24 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน (1 คน) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (2 คน) กรรมการหมู่บ้าน (5 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (16 คน)
3. บุคลากรจากภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย นายองค์การบริหารส่วนตำบล (1 คน) นักสุขภาพครอบครัว (1 คน) และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (1 คน)

3.2.2 การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

3.2.2.1 กลุ่มตัวอย่างคนพิการ เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่เปราะบาง มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวอย่างคนพิการแบบเจาะจง 3 คน จาก 11 คน ประกอบด้วยคนพิการด้านการเคลื่อนไหว พิการด้านสายตา พิการด้านการได้ยิน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1. เป็นคนพิการในพื้นที่ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ที่ได้รับขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว
2. มีศักยภาพในการเข้าร่วมวิจัย เช่น สามารถสื่อสารกับผู้เข้าร่วมวิจัยคนอื่นได้ แสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลได้
3. เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3.2.2.2 ตัวอย่าง จากกลุ่มผู้นำชุมชนและบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยเลือกประชากรทั้งหมดเข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้นำชุมชนจากหมู่บ้านนาทรายสามัคคีที่ทำการวิจัย ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 16 คน กรรมการหมู่บ้าน 5 คน รวม 24 คน
2. กลุ่มบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ นายองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน นักสุขภาพครอบครัว (นสค.) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบหมู่บ้านที่ทำการวิจัย 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับงานผู้พิการใน องค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน

รวมกลุ่มตัวอย่างและประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน

3.2.3 การเลือกพื้นที่วิจัย

คัดเลือกพื้นที่ทำการวิจัย ผู้วิจัยได้เจาะจงเลือกบ้านนาทราย ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ เป็นพื้นที่ทำการวิจัย เพราะเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนคนพิการมากเป็นอันดับหนึ่งของตำบล คือ ร้อยละ 1.2 ยังไม่เคยมีการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการดูแลคนพิการโดยชุมชนมาก่อน ชุมชนมีพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมเดียวกัน ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้นำชุมชนเป็นคนรุ่นใหม่ ที่มีความเข้มแข็ง มีแนวคิดตามพื้นฐานตามระบอบประชาธิปไตย มีความมุ่งมั่นเสียสละต่อกิจสังคม มีจิตเป็นกุศล สนใจในปัญหาผู้พิการในชุมชน แสดงถึงความพร้อมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นกระบวนการได้ และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสนใจในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

3.3 เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

3.3.1.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับคนพิการ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อทราบถึง ลักษณะทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และสถานการณ์การได้รับหรือเข้าถึงสิทธิของคนพิการ แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของคนพิการบ้านนาทรายสามัคคี หมู่ที่ 4 ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มีจำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 2 การประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการ โดยใช้ดัชนีบาร์เธล (Barthel Index) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกตอบ 3 ตัวเลือก และกำหนดค่าคะแนน คือ ช่วยเหลือตัวเองได้ (3 คะแนน) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (2 คะแนน) และให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (3 คะแนน)

การแปลผลระดับความสามารถคนพิการ พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)หาร จำนวนชั้น (Best อ่างใน สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) โดยสรุปผลเป็น 3 ระดับ และกำหนดค่าคะแนน คือ ระดับมาก (2.34 – 3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67 – 2.33 คะแนน) และระดับน้อย (1.00 – 1.66 คะแนน)

ตอนที่ 3 การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคนพิการบ้านนาทราย ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ เพื่อทราบสถานการณ์ของการได้รับความช่วยเหลือ และการเข้าถึงสิทธิ ตามกฎหมายว่าด้วย พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 จำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ได้รับและไม่ได้รับ โดยแปลผลจาก จำนวนและร้อยละที่ได้รับ

3.3.1.2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านนาทราย ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ร่วมวิจัย (5 ข้อ)
- ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านบริบทชุมชน (8 ข้อ)
- ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า (18 ข้อ)
- ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านกระบวนการ (9 ข้อ)
- ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านผลลัพธ์ (10 ข้อ)

แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2-5 เป็นการแสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ของผู้ร่วมวิจัย แต่ละข้อคำถามมีตัวเลือกตอบ 3 ตัวเลือกและกำหนดค่าคะแนน คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (3 คะแนน)

การแปลผลระดับความคิดเห็น พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)หาร จำนวนขั้น (Best อ้างใน สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) โดยสรุปผลเป็น 3 ระดับและกำหนดค่าคะแนน คือ ระดับมาก (2.34 – 3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67 – 2.33 คะแนน) และระดับน้อย (1.00 – 1.66 คะแนน)

3.3.2 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบบันทึกกิจกรรม แบบบันทึกภาคสนาม และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.3.2.1 แบบบันทึกกิจกรรม เป็นการบันทึกที่ได้จากการสังเกตของผู้วิจัยต่อผู้ร่วมวิจัยในการมีส่วนร่วมกิจกรรมในระยะวางแผนและระยะสะท้อนผล ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรม การแสดงความคิดเห็น การนำเสนอข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา การเสนอตัวรับผิดชอบ การแสดงออกถึงความต้องการในการแก้ไขปัญหาคนพิการ เป็นต้น

3.3.2.2 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการสังเกต สัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการตามแผนในระยะสังเกต (Observe) เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตคนพิการที่เปลี่ยนแปลงไปตามกรอบการได้รับและเข้าถึงสิทธิ ตาม ร.พ.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 โดยมีอุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง

3.3.2.3 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In - Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา เช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มคนพิการ 2) กลุ่มผู้นำชุมชน 3) บุคลากรภาครัฐ

3.4 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 การสร้างเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์และแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

3.4.1.1 ศึกษาและรวบรวมข้อมูล จากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.1.2 นำความรู้ที่ได้มาออกแบบสร้างแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

3.4.1.3 นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเสร็จแล้วไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและนำ

แบบสอบถามกลับมาปรับปรุงแก้ไข

3.4.1.4 นำแบบสัมภาษณ์ ที่ปรับปรุงแก้ไข ให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบคุณภาพ

3.4.1.5 นำแบบสัมภาษณ์ กลับมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมากที่สุด ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกันกับพื้นที่วิจัย

3.4.2 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ หลังจากผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ตามโครงสร้างของการวิจัยแล้วนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้ได้ค่า Index of Concordance (IOC) ให้ค่าอยู่ระหว่าง 0.5 ถึง 1 ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือทั้ง 3 ชุด โดยได้เลือกใช้ข้อที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นตรงกันอย่างน้อย 2 ใน 3 ท่าน ดังนั้น ในแต่ละชุดทุกข้อจึงมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.66 – 1

3.4.3 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือ คือแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหลังจากผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามผู้เชี่ยวชาญแนะนำแล้วได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ข้างเคียงได้แก่ ตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนคนพิการและลักษณะของชุมชนใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ชุด แยกเป็นผู้นำชุมชน 15 คน บุคลากรภาครัฐ 5 คน คนพิการ 10 คน นำมาวิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha - Coefficient) แยกเป็นส่วน คือ ด้านบริบทชุมชน (0.70) ด้านปัจจัยนำเข้า (0.92) ด้านกระบวนการ (0.88) ด้านผลลัพธ์ (0.92) และภาพรวม (0.96)

3.4.4 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้

3.4.4.1 กลุ่มคนพิการ ปัญหาและความต้องการในการดูแลเป็นอย่างไร จากอดีตถึงปัจจุบันได้รับการฟื้นฟู ส่งเสริมและพัฒนาด้านใดบ้าง ผลเป็นอย่างไร หน่วยงานหรือบุคลากรหลักที่คอยให้การดูแลและสนับสนุนเป็นใคร มาจากไหน

3.4.4.2 กลุ่มผู้นำชุมชน การดูแลคนพิการชุมชนควรเป็นอย่างไร ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ของคนพิการในชุมชนเป็นอย่างไร บทบาทในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของผู้นำชุมชนควรเป็นอย่างไร ชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหรือให้ความช่วยเหลือบ้างหรือไม่ อย่างไร มีภูมิปัญญาท้องถิ่นอะไรในชุมชนที่จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

3.4.4.3 กลุ่มบุคลากรภาครัฐผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการ ระบบการดูแลคนพิการในพื้นที่เป็นอย่างไร กิจกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการมีอะไรบ้าง งบประมาณบุคลากร อุปกรณ์ ข้อมูล การวางแผนอย่างไร ชุมชนมีส่วนร่วมวางแผนเกี่ยวกับคนพิการบ้างหรือไม่ อย่างไร ข้อเสนอต่อการจัดระบบการจัดการดูแลคนพิการ ผู้นำชุมชนและองค์กรบริหารส่วนตำบลควรมีบทบาทในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างไร

3.5 ขั้นตอนการวิจัย

3.5.1 ขั้นตอนการคัดเลือกพื้นที่และผู้เข้าร่วมวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีการคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง และเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย 3 กลุ่มที่เป็นทั้งกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากรตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ระบุไว้ในข้อ 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.5.2 ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย

3.5.2.1 ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย หลังจากได้รับการอนุมัติโครงร่างวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยดังนี้

1) การประสานผู้เชี่ยวชาญ โดยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬเพื่อเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2) การประสานพื้นที่วิจัย โดยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้ใหญ่บ้านบ้านนาทรายสามัคคี องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ เพื่อแจ้งให้พื้นที่ได้ทราบพร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.2.2 เตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลการวิจัย หลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตามขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในหัวข้อ 3.4

3.5.2.3 อบรมผู้ช่วยวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ที่จะต้องอาศัยทีมงานที่จะช่วยในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่การจัดเตรียมสถานที่ การดูแลผู้เข้าร่วมวิจัย การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ การบันทึกภาพและเสียง ตลอดทั้งการช่วยอำนวยความสะดวกคนพิการ ผู้วิจัยจึงได้ขอความอนุเคราะห์บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ จำนวน 2 ท่าน เข้าร่วมเป็นทีมผู้ช่วยในการวิจัย โดยการฝึก (Training) และสนทนากันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

3.5.2.4 เตรียมพื้นที่และผู้ร่วมวิจัย หลังจากได้หนังสือประสานงานแล้ว ผู้วิจัยลงพื้นที่แจ้งกลุ่มผู้ร่วมวิจัยเพื่อชี้แจงขั้นตอนและกระบวนการต่าง ๆ ของการวิจัย พร้อมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการจัดกิจกรรม โดยทำเป็นหนังสือเชิญเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการถึงผู้ร่วมวิจัยทุกคน

3.5.2.5 เตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและให้การดำเนินการในระยะของการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชนและข้อมูลทั่วไปของคนพิการ โดยการขอข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ และสัมภาษณ์คนพิการในชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการวิเคราะห์จัดทำแผนปฏิบัติการ ทั้งนี้จะต้องอาศัยข้อมูลอีกส่วนหนึ่งจากผู้เข้าร่วมวิจัย

3.5.3 กระบวนการวิจัย

แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ตามกรอบของ Kemmis และ McTaggart และผู้วิจัยได้เพิ่มขั้นตอนที่จะต้องดำเนินการไว้ 9 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) เป็นการใช้กระบวนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม แล้วดำเนินการตามขั้นตอนที่วางไว้ 3 ขั้นตอน เพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์บริบทชุมชน เป็นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัยเพื่อศึกษาบริบทชุมชนที่เป็นอยู่เป็นอย่างไร โดยอาศัยข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลที่ผู้วิจัยรวบรวมมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ในขั้นตอนเตรียมการเป็นฐานในการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของคนพิการ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของคนพิการในชุมชน โดยใช้ข้อเท็จจริงของคนพิการที่มีในชุมชนจากผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลจากการสัมภาษณ์คนพิการโดยผู้วิจัย เป็นฐานในการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นการนำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชนตนเองเพื่อให้ทราบถึงบริบทชุมชน ความต้องการของคนพิการในชุมชน แล้วระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมวิจัย จัดทำเป็นแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ กิจกรรมสำคัญ ระยะเวลาดำเนินการ งบประมาณ สู่การปฏิบัติในขั้นตอนการปฏิบัติต่อไป

ในระยะที่ 1 นี้ผู้วิจัยทำหน้าที่วิทยากรกระบวนการ (Facilitator) ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยให้ความรู้เรื่องคนพิการ คั้นข้อมูลคนพิการในพื้นที่ ส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยได้แสดงบทบาทและนำเสนอข้อคิด แนวทางการแก้ไขปัญหา และพัฒนาระบบการดูแลคนพิการในชุมชน พร้อมบันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมในทุกขั้นตอน

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ (Action) มี 1 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผนแบบมีส่วนร่วมที่ได้มีการกำหนดไว้จาก ระยะที่ 1 ตามกิจกรรม บทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยลงพื้นที่สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม พร้อมกับบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการ (Observe) มี 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การติดตาม/สังเกตผล โดยผู้วิจัยศึกษาปรากฏการณ์การที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเชิงประจักษ์ จากกระบวนการจัดการให้เกิดกิจกรรมของระยะที่ 2 ตามกรอบการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้แก่ การฟื้นฟูด้านการแพทย์และดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูอาชีพ การยอมรับและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับเบี้ยยังชีพ และการปรับสภาพแวดล้อม ที่ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตคนพิการให้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผล โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้น ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และแบบบันทึกภาคสนาม เพื่อเป็นการศึกษาผลการดำเนินกิจกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากใช้กระบวนการจัดการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนเป็นการรวบรวมข้อเสนอแนะ ความต้องการต่อการจัดการดูแลคนพิการในชุมชนของคนพิการ เพื่อสรุปผลเป็นข้อมูลนำเข้าไปในขั้นตอนต่อไปของการวิจัย

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) การศึกษาระยะสะท้อนผลนี้เป็นการดำเนินการที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนในระยะเวลาเดียวกัน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มคนพิการ 2) กลุ่มผู้นำชุมชน และ 3) กลุ่มบุคลากรภาครัฐผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสรุป เพื่อทบทวนกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด ผลการดำเนินงานทั้งดำเนินการสำเร็จและไม่สำเร็จ หรือได้ดำเนินการตามแผนและ

ไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการ ความร่วมมือที่ได้รับ ความภาคภูมิใจ รวบรวมประเด็นต่าง ๆ สู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ทำให้กิจกรรมแต่ละขั้นตอนของแผนปฏิบัติการบรรลุผล ว่าเกิดจากปัจจัยใดบ้าง ทั้งด้านบุคคล ชุมชน สิ่งแวดล้อม ระบบบริการของภาครัฐ และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอน เก็บประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคไว้เพื่อนำเข้าสู่ระยะการวางแผนเพื่อพัฒนาในวงรอบต่อไป นำปัจจัยแห่งความสำเร็จเข้าสู่ขั้นตอนการถอดบทเรียน

ขั้นตอนที่ 3 การถอดบทเรียน เป็นการทบทวนผลการดำเนินงานที่ได้จากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติการ ผลสำเร็จที่ได้จากการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติเพื่อใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหา ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และประสบการณ์ที่ผ่านมาในช่วงระยะของการวิจัยของผู้ร่วมวิจัย นำมาถอดบทเรียนเฉพาะประเด็น และถอดบทเรียนทั้งระบบ เพื่อนำไปกำหนดเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผลระยะที่ 4 นี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเองโดยใช้ข้อมูลนำเข้าจากสังเกตในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลที่สะท้อนโดยตรงจากผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมบันทึกกิจกรรมที่ดำเนินการในทุกขั้นตอนในรูปแบบบันทึกกิจกรรม

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วม (PAR) ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเป็นทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรในกระบวนการวิจัยและการลงภาคสนามโดยเครื่องมือที่สร้างขึ้น ด้วยวิธีการดังนี้

3.6.1.1 การคัดลอกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Collection of Secondary Data) เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของชุมชน ข้อมูลคนพิการ และความต้องการเบื้องต้นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์

3.6.1.2 การสังเกต (Direct Observation) เป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกขั้นตอนในระยะของการวิจัย ทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม

3.6.1.3 การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ประชากรโดยตรงของผู้วิจัย และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยสัมภาษณ์คนพิการเพื่ออำนวยความสะดวกและป้องกันปัญหาเรื่องการลงข้อมูลแก่คนพิการ

3.6.2 ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.2.1 ติดต่อขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อขออนุญาตเข้าทำการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่วิจัยถึง องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ และผู้ใหญ่บ้านบ้านนาทรายสามัคคี อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

3.6.2.2 ติดต่อประสานงานทีมผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยในพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บและรวบรวมข้อมูล

3.6.2.3 รวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชน ข้อมูลคนพิการของพื้นที่ที่ทำการวิจัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ และสัมภาษณ์คนพิการโดยทีมผู้วิจัย ในระยะของการเตรียมการ

3.6.2.4 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบันทึกกิจกรรมจากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการในระยะการวางแผน (Plan)

3.6.2.5 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบันทึกกิจกรรม การบันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะการปฏิบัติการ (Action) และระยะสังเกตการณ์ (Observe)

3.6.2.6 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ ประชากร และการบันทึกกิจกรรมจากการสนทนากลุ่มในระยะสะท้อนผล (Reflect)

3.6.2.7 รวบรวมตรวจสอบแบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์แล้วลงรหัสเพื่อนำไปประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

3.7 การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย คนพิการ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการที่มีความอ่อนไหวต่อสิทธิขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยจึงเลือกแบบเจาะจงคนพิการที่พร้อมใจเข้าร่วมวิจัยจริง ๆ จากหมู่บ้านที่มีคนพิการ 11 คน เหลือ 3 คน ดังต่อไปนี้

3.7.1 การขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการวิจัย ประโยชน์ คุณค่าของข้อมูล ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจดบันทึก การถ่ายภาพ โดยลงนามอนุญาตให้สัมภาษณ์

3.7.2 ความเป็นอิสระในการให้สัมภาษณ์ของผู้ร่วมวิจัย โดยการสัมภาษณ์ทุกครั้งคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความพร้อมของผู้ร่วมวิจัย การตอบข้อสัมภาษณ์ด้วยความสมัครใจ ไม่จำเป็นต้องตอบหากไม่ประสงค์จะตอบข้อสัมภาษณ์นั้น และสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้เมื่อต้องการแล้วนัดสัมภาษณ์ใหม่ครั้งต่อไป

3.7.3 ความเป็นอิสระในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้ร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยลงนามในยินยอมก่อนการเข้าร่วมวิจัย และสามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล

3.7.4 การเข้ากลุ่มในกิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยจัดให้มีขึ้นตามกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ การถามคำถามใด ๆ ของผู้วิจัยจะไม่เจาะจงรายบุคคลหรือระบุชื่อของผู้ร่วมวิจัย

3.7.5 การรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัยจะไม่มีการระบุชื่อบุคคลลงในผลงานวิจัย การนำเสนอ เว้นแต่การระบุตำแหน่ง หรือการระบุเพื่อยกย่องเชิดชู ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หลังจากงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้วผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายด้วยการเผา

3.7.6 ในขณะที่เก็บข้อมูลหรือปฏิบัติการวิจัย หากผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ร่วมวิจัยต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการสุขภาพหรืออาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะทำการช่วยเหลือโดยการประสานงานผู้เกี่ยวข้อง และให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ร่วมวิจัย

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.8.1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage) ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

3.8.2 แบบสอบถามและแบบประเมินในการวิจัย

3.8.2.1 ระดับความสามารถของคนพิการในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมระดับ ช่วยตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือบ้างและให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด มีเกณฑ์การให้คะแนน 3, 2 และ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3.8.2.2 แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3.8.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.9 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.9.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการนำข้อมูลจากกระบวนการดำเนินการกิจกรรม ติดตาม สังเกต แล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.9.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.9.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.9.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูล การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานของคนพิการ ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของคนพิการ ระดับความเห็นต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การเปรียบเทียบการเข้าถึงสิทธิพื้นฐานของคนพิการก่อนและหลังดำเนินการ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ เป็นการศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีความมุ่งหมายเฉพาะเพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในพัฒนาคุณภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทนค่า	จำนวนตัวอย่าง
Mean	แทนค่า	ค่าเฉลี่ย
Max.	แทนค่า	จำนวนที่มากที่สุด
Min.	แทนค่า	จำนวนที่มีค่าน้อยที่สุด
SD	แทนค่า	เบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ได้รวบรวมข้อมูลและทำการศึกษาตามกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพตามกรอบการวิจัยแล้วผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับของวัตถุประสงค์ โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเรียงลำดับไปพร้อมกัน ตามลำดับดังต่อไปนี้

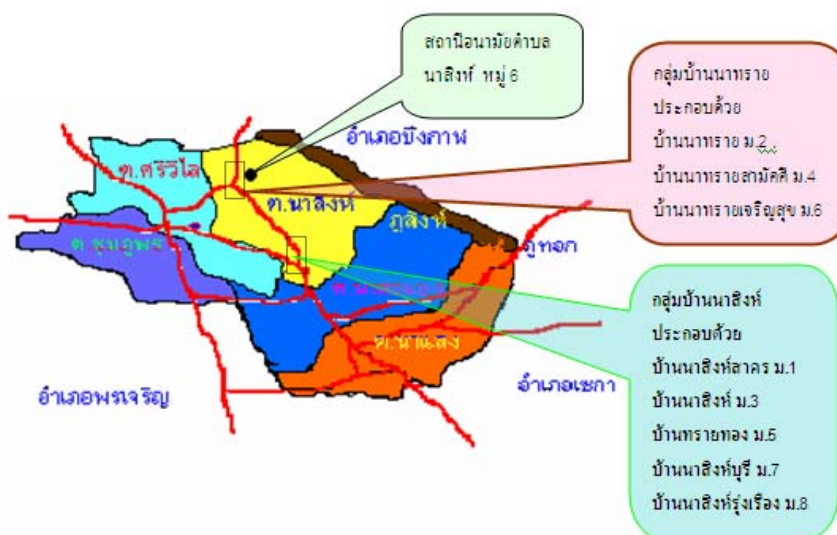
- 4.2.1 บริบทชุมชนและลักษณะทั่วไปของคนพิการในชุมชน
- 4.2.2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 4.2.3 ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 4.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของ

ชุมชน

4.2.1 บริบทชุมชนและลักษณะทั่วไปของคนพิการในชุมชน

4.2.1.1 บริบทชุมชนตำบลนาสิงห์

ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ เป็นชุมชนขนาดใหญ่ 2 ชุมชน ประกอบด้วย ชุมชนบ้านนาสิงห์ มี 5 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านนาสิงห์สาคร หมู่ที่ 1 บ้านนาสิงห์ หมู่ที่ 3 บ้านทรายทอง หมู่ที่ 5 บ้านนาสิงห์บุรี หมู่ที่ 7 บ้านนาสิงห์รุ่งเรือง หมู่ที่ 8 และชุมชนบ้านนาทราย ประกอบด้วย บ้านนาทราย หมู่ 2 บ้านนาทรายสามัคคี หมู่ที่ 4 บ้านนาทรายเจริญสุข หมู่ที่ 6 ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของอำเภอสรีวิไล มีถนน รพช. ลาดยางเชื่อมติดต่อกันระหว่างชุมชนถึงตัวอำเภอ ระยะทางประมาณ 7 กิโลเมตรเดินทางใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีขึ้นอยู่กับฤดูกาล ทั้ง 2 ชุมชนเชื่อมต่อกับถนน รพช. คอนกรีตสลักลูกรัง ระยะทาง 5 กิโลเมตร เดินทางใช้เวลา 7 - 10 นาทีขึ้นอยู่กับฤดูกาล ดังแผนที่ในภาพประกอบ 4.1



ภาพประกอบ 4.1 แผนที่แสดงที่ตั้งของตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

มีจำนวนหลังคาเรือน 1,227 หลัง จำนวนประชากร 6,909 คน ประชากรชาย 3,458 คน ประชากรหญิง 3,451 คน ดังตาราง 4.1

ตาราง 4.1 จำนวนหลังคาเรือนและประชากรตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	หลังคาเรือน	ประชากร		
			ชาย	หญิง	รวม
1	นาสิงห์สาคร	121	347	343	690
2	นาทราย	171	469	488	957
3	นาสิงห์	173	499	485	984
4	นาทรายสามัคคี	169	430	443	873
5	ทรายทอง	186	483	472	955
6	นาทรายเจริญสุข	187	614	596	1,210
7	นาสิงห์บุรี	99	286	270	556
8	นาสิงห์รุ่งเรือง	121	330	354	684
รวม		1,227	3,458	3,451	6,909

ที่มา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ (2557)

1. ภูมิหลังและลักษณะทั่วไปของชุมชน

บ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬมีต้นกำเนิดมาจากการอพยพย้ายถิ่นของชนภูไท ในพื้นที่อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร จากการประสบปัญหาขาดพื้นที่ทำกิน จากนโยบายการก่อสร้างเขื่อนน้ำอูน เมื่อประมาณ 30 ปี มีความสามัคคีและความยึดมั่นในวัฒนธรรมของชนเผ่า ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูแลกันฉันพี่น้อง ทำให้หมู่บ้านแห่งนี้เป็นหมู่บ้านที่มีความเข้มแข็งทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

2. ด้านเศรษฐกิจและสังคม

ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ส่วนใหญ่ กว่าร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีพืชเศรษฐกิจที่สำคัญคือ ยางพารา และข้าว ดังนั้นรายได้หลักจึงมาจากการทำสวนยางพารา ที่ประกอบอาชีพแตกต่างกันไป ได้แก่ การทำสวนยางพารา การรับจ้างกรีดยางพารา การรับจ้างเก็บยางก้อน การเป็นนายหน้ารับซื้อ - ขายยาพารา ทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี กลุ่มวัยแรงงานมีอาชีพและรายได้ดี การดำเนินชีวิตคล้ายสังคมเมืองกล่าวคือ เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การเข้าถึงสินค้าอุปโภคบริโภคได้ง่ายเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีพาหนะส่วนตัวเดินทางเข้าไปจับจ่ายใช้สอยสินค้าได้ที่ห้างสรรพสินค้าในอำเภอและจังหวัด ในขณะที่กลุ่มด้อยโอกาสได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการและเด็กก่อนวัยเรียนต้องอยู่ติดบ้านตามลำพัง ด้วยพื้นฐานทางสังคมที่เป็นชุมชนแบบดั้งเดิมจึงยังคงอนุรักษ์ประเพณีและวัฒนธรรมต่าง ๆ ที่เคยสืบทอดกันมา เช่น ประเพณีฮีตสิบสองครองสิบสี่ของชาวอีสาน การให้ความเคารพแก่ผู้สูงอายุและผู้อาวุโส

3. ด้านการเมืองการปกครอง

ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มีองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 1 แห่ง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ มีสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลจากหมู่บ้านนาทรายสามัคคี จำนวน 2 คน มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบลนาสิงห์ทำหน้าที่สนับสนุนกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มเป้าหมายการให้บริการ ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน มีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นประธานกรรมการบริหาร มีคณะกรรมการ 14 คน ซึ่งในจำนวนนั้นมาจากบ้านนาทรายสามัคคี 3 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทน อสม. และผู้แทนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มีคณะกรรมการชุมชนทำหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ทำหน้าที่คอยปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ใหญ่บ้าน และประชาชนตามบทบาทหน้าที่ตามระบบการปกครอง

4. ด้านการศึกษา

ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มีสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานประถมศึกษา 2 แห่ง โรงเรียนบ้านนาทราย ตั้งอยู่หมู่ 4 รับผิดชอบ หมู่ 2, 4 และ 6 เป็นโรงเรียนขยายโอกาส สอนระดับอนุบาล-มัธยมต้น และโรงเรียนบ้านนาสิงห์ ตั้งอยู่ หมู่ 5 รับผิดชอบ หมู่ 1, 3, 5, 7 และ 8 สอนระดับ อนุบาล-ประถมปลาย นอกจากนี้ยังมีศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย 1 แห่งตั้งอยู่หมู่ 3 บ้านนาสิงห์ คอยให้บริการประชาชนในพื้นที่ตำบลนาสิงห์ ซึ่งสถานการณ์ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.4) และอยู่ระหว่างการศึกษา (ร้อยละ 33.0)

5. ด้านการแพทย์และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข

ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มีสถานบริการทางการแพทย์ที่ให้บริการประชาชนระดับปฐมภูมิ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ ตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ 6 บ้านนาทรายเจริญสุข มีอัตรากำลัง (7 คน) ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ (1 คน) พยาบาลวิชาชีพ (1 คน) นักวิชาการสาธารณสุข (1 คน) เจ้าพนักงานสาธารณสุข (2 คน) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชุมชน (1 คน) เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล (1 คน) ทำหน้าที่คอยให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข แก่ประชาชนในพื้นที่ตำบลนาสิงห์ทั้งกิจกรรมเชิงรับและเชิงรุก นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลศรีวิไลซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการแม่ข่ายรับบริการส่งต่อ และคอยให้การสนับสนุนการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ ซึ่งประชาชนทั้งสองชุมชนสามารถเลือกเข้ารับบริการได้ทั้ง 2 แห่งตามความสะดวกในกรณีผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์จะเป็นประชาชนกลุ่มบ้านนาทรายซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล ส่วนประชาชนกลุ่มบ้านนาสิงห์ส่วนใหญ่จะเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศรีวิไลเนื่องจากเส้นทางคมนาคมสะดวกกว่า นอกจากนี้แล้วยังมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากโรงพยาบาลศรีวิไลโดยเรียกผ่าน 1669 มีองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ (OTOS) เข้าร่วมเป็นเครือข่ายให้บริการประชาชนในพื้นที่ด้วย แต่อย่างไรก็ตามด้านการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสนั้นก็ยังเป็นบทบาทหน้าที่หลักของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์

6. ด้านการสาธารณสุขมูลฐานและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข

ประชาชนในพื้นที่ตำบลนาสิงห์นอกจากได้รับการดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์และโรงพยาบาลศรีวิไลตามระบบการให้บริการระดับปฐมภูมิแล้ว ยังมีการพึ่งตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชน ได้มีการรวมตัวกันเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นชมรมที่หลากหลาย ได้แก่

6.1 ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตำบลนาสิงห์ สมาชิก 119 คน ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือประชาชนในคุ้มหรือระแวกที่แต่ละคนรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. เช่น การเฝ้าระวังโรคติดต่อ การติดตามดูแลกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ได้แก่ กลุ่มเด็ก 0 - 5 ปี กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ และคนพิการ เป็นต้น

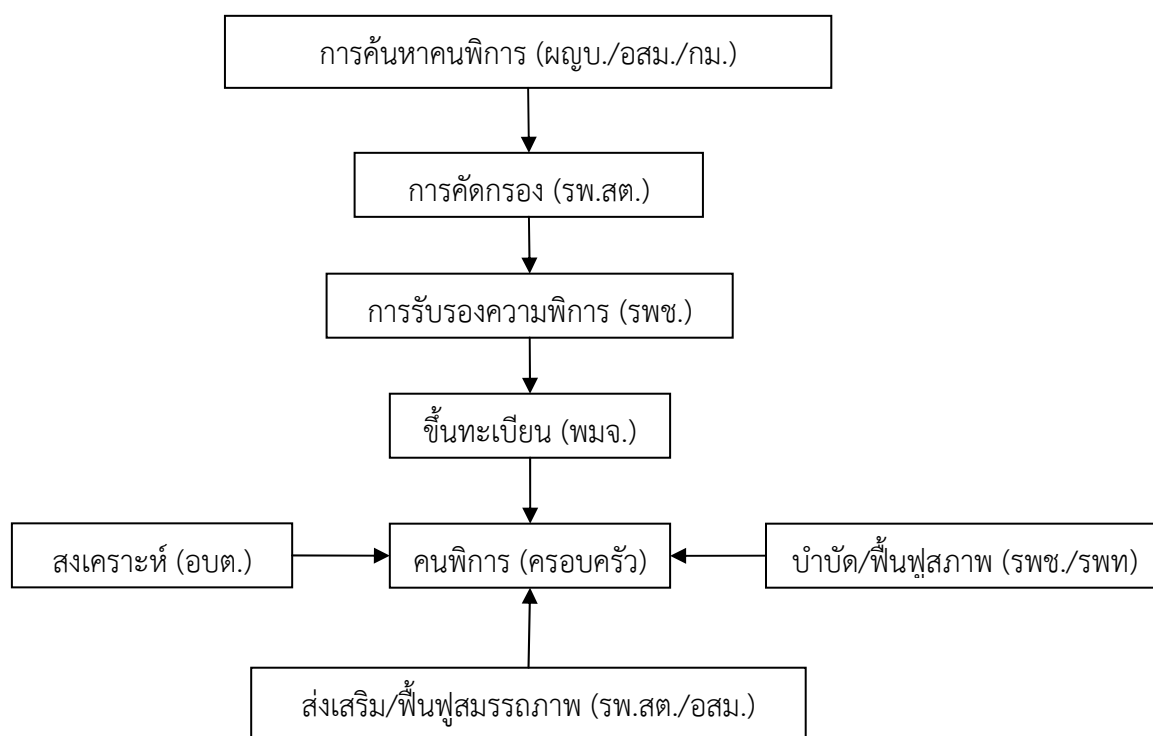
6.2 ชมรมผู้สูงอายุตำบลนาสิงห์ เป็นการรวมกลุ่มของชมรมผู้สูงอายุ มีจำนวนสมาชิก 404 คน ร่วมดำเนินกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนโดยได้รับงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์

6.3 ชมรมปู่สอนหลาน เป็นการรวมตัวของกลุ่มศิลปินพื้นบ้านของชุมชน เพื่อประพันธ์และถ่ายทอดบทเพลงพื้นบ้าน ที่มีเนื้อหาในการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในชุมชน เช่น การส่งเสริมการแปลงพัน การดูแลช่องปาก การป้องกันโรคไข้เลือดออก การป้องกันเอดส์ เป็นต้น

6.4 ชมรมสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มรำไม้พอง กลุ่มเพื่อนรำ กลุ่มแอโรบิค กลุ่มเยาวชน กลุ่มเรือพาย กลุ่มสารพัน เป็นต้น

7. ด้านการดูแลคนพิการ

การดูแลคนพิการในชุมชนยังไม่พบระบบการจัดการดูแลโดยชุมชน ไม่มีชมรมและผู้ช่วยคนพิการที่ผ่านการฝึกอบรม แต่มีการค้นหาคนพิการในชุมชนเพื่อให้ได้รับการดูแลด้านสวัสดิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์เพื่อให้ได้รับเบี้ยยังชีพ 500 บาทต่อเดือน ด้านการแพทย์มีการดูแลตามระบบการดูแลของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยมีนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) เป็นเจ้าภาพในการเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ และหากเกินความสามารถก็ประสานทีมสหวิชาชีพเข้ามาร่วมดูแลหรือส่งต่อไปที่โรงพยาบาลศรีวิไล ในบางกรณีที่ต้องอาศัยการดูแลที่ใกล้ชิดต้องให้ญาติร่วมบ้านคอยดูแล โดยต้องได้รับการสอนเรื่องเทคนิคจากเจ้าหน้าที่ก่อน ซึ่งมีรูปแบบการค้นหา ดังภาพ 4.2



ภาพประกอบ 4.2 กระบวนการค้นหาช่วยเหลือคนพิการในชุมชน ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

4.2.1.2 ลักษณะทางประชากรของคนพิการในชุมชน

ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ จากการศึกษาพบว่ามียังมีจำนวนคนพิการทุกประเภทรวมกัน 101 คน คนพิการทางด้านร่างกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด (ร้อยละ 42.6) รองลงมาคือพิการด้านการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ร้อยละ 19.8) ดังตาราง 4.2

ตาราง 4.2 ประเภทความพิการของคนพิการ ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

ประเภทความพิการ	จำนวน (ร้อยละ)
ร่างกายหรือทางการเคลื่อนไหว	43 (42.6)
การได้ยินหรือการสื่อความหมาย	20 (19.8)
สายตา	15 (14.9)
สติปัญญาและการเรียนรู้	8 (7.9)
จิตใจ/ออทิสติก	9 (8.9)
สมอง	6 (5.9)
รวม	101 (100.0)

จากการศึกษาลักษณะทางประชากรของประชากรคนพิการชุมชนบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ พบว่า เพศหญิง (ร้อยละ 54.6) เพศชาย (ร้อยละ 45.4) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี (ร้อยละ 45.5) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสด (ร้อยละ 54.5) การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.5) อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 72.7) รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 81.1) ส่วนใหญ่ไม่พอใช้ (ร้อยละ 72.7) สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัย (ร้อยละ 72.7) สถานภาพหรือการดำรงตำแหน่งในชุมชน ส่วนใหญ่ไม่มี (ร้อยละ 90.9) สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการส่วนใหญ่พิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 54.5) รองลงมาเกิดจากอุบัติเหตุและความเจ็บป่วยเท่ากันคือ (ร้อยละ 18.2) ลักษณะความพิการส่วนใหญ่พิการด้านร่างกาย และพิการทางหูหรือการสื่อความหมาย (ร้อยละ 27.3) รองลงมาเป็นความพิการทางสายตาหรือการมองเห็น ความพิการทางสมอง/สติปัญญาและพิการทางการเรียนรู้ (ร้อยละ 18.2) ระยะเวลาความพิการส่วนใหญ่ 1 - 19 ปี (ร้อยละ 45.5) จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 1 - 5 คน ดังตาราง 4.3

ตาราง 4.3 ลักษณะข้อมูลทางประชากรคนพิการบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
หญิง	6 (54.5)
ชาย	5 (45.5)
2. อายุ (ปี)	
น้อยกว่า 20	2 (18.2)
20 - 39	2 (18.2)
40 - 59	5 (45.5)
60 ขึ้นไป	2 (18.2)
3. สถานภาพสมรส	
โสด	6 (54.5)
คู่	5 (45.5)
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้ศึกษา	3 (27.3)
ประถมศึกษา	6 (54.5)
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (9.1)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1 (9.1)
5. อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8 (72.7)
เกษตรกรรม	3 (27.3)

ตาราง 4.3 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย (บาท/เดือน)	
< 10,000	9 (81.8)
10,000 ขึ้นไป	2 (18.2)
เพียงพอหรือไม่	
ไม่เพียงพอ	8 (72.7)
เพียงพอ	3 (27.3)
7. สถานะภาพในครอบครัวก่อนเกิดความพิการ	
ผู้อาศัย	8 (72.7)
หัวหน้าครอบครัว	3 (27.3)
8. สถานภาพหรือการดำรงตำแหน่งในชุมชน	
ไม่มี	9 (81.8)
สมาชิก อบต.	1 (9.1)
อสม.	1 (9.1)
9. สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการ	
พิการแต่กำเนิด	6 (54.5)
อุบัติเหตุ	2 (18.2)
พิการจากโรคและความเจ็บป่วย	2 (18.2)
ไม่ทราบสาเหตุ	1 (9.1)
10. ลักษณะของความพิการ	
หูหนวก เป็นใบ้	3 (27.3)
ร่างกายเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือได้น้อย	3 (27.3)
ตาบอดข้างเดียว /ตาบอดสองข้าง	2 (18.2)
ความพิการทางสมอง /สติปัญญา	2 (18.2)
พิการทางการเรียนรู้	1 (9.1)
11. ระยะเวลาความพิการ (ปี)	
1 - 19	5 (45.5)
20 - 39	3 (27.3)
40 - 59	2 (18.2)
60 ขึ้นไป	1 (9.1)
12. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	
1 - 5	9 (81.8)
6 - 10	2 (18.2)

ผลการวิเคราะห์ความสามารถของคนพิการในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า คนพิการในพื้นที่ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ คือ คนพิการทั้งหมด (ร้อยละ 100.0)สามารถรับประทานอาหารเอง เคลื่อนย้ายตนเองได้ (ร้อยละ 72.7) ทำความสะอาดเองได้ (ร้อยละ 81.8) ใช้ห้องส้วมเองได้ (ร้อยละ 81.1) อาบน้ำด้วยตนเองได้ (ร้อยละ 90.1) แต่งตัวเองได้ (ร้อยละ 81.8) เดินบนพื้นที่ราบ/การใช้รถเข็น (ร้อยละ 81.8) ขึ้นลงบันไดเองได้ (ร้อยละ 72.7) ควบคุมอุจจาระได้ (ร้อยละ 81.1) ควบคุมปัสสาวะได้ (ร้อยละ 90.9) และผลวิเคราะห์ระดับความสามารถคนพิการ พบว่า ค่าคะแนนระดับความสามารถการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันในแต่ละกิจกรรมทุกข้ออยู่ในระดับมาก คือค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.34 ขึ้นไป

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าคนพิการส่วนใหญ่ในชุมชนจะมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ในระดับมาก แต่ยังมีคนพิการอยู่จำนวนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือหรือพึ่งพิงคนอื่นอยู่คือ ต้องการความช่วยเหลือในการขึ้นลงบันได (ร้อยละ 27.3) ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายตนเองและต้องการใช้รถเข็น (ร้อยละ 18.2) ดังตาราง 4.4

ตาราง 4.4 ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันคนพิการ
บ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ (N = 11)

กิจวัตรประจำวัน	จำนวน (ร้อยละ)			Mean	SD	ระดับความสามารถ
	พึ่งตนเอง	พึ่งคนอื่นบ้าง	พึ่งคนอื่นทั้งหมด			
1. การรับประทานอาหาร	11 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.00	0.00	มาก
2. การเคลื่อนย้ายตนเอง	8 (72.7)	2 (18.2)	1 (9.1)	2.73	0.64	มาก
3. การทำความสะอาดร่างกาย	9 (81.8)	1 (9.1)	1 (9.1)	2.73	0.64	มาก
4. การใช้ห้องส้วม	9 (81.8)	1 (9.1)	1 (9.1)	2.73	0.64	มาก
5. การอาบน้ำด้วยตนเอง	10 (90.9)	0 (0.0)	1 (9.1)	2.82	0.60	มาก
6. การแต่งตัว	9 (81.8)	1 (9.1)	1 (9.1)	2.73	0.64	มาก
7. การเดินบนพื้นราบ/ การใช้รถเข็นนั่ง	9 (81.8)	0 (0.0)	2 (18.2)	2.64	0.80	มาก
8. การขึ้น-ลงบันได	8 (72.7)	0 (0.0)	3 (27.3)	2.45	0.93	มาก

ตาราง 4.4 (ต่อ)

กิจวัตรประจำวัน	จำนวน (ร้อยละ)			Mean	SD	ระดับความสามารถ
	ฟังตนเอง	ฟังคนอื่น บ้าง	ฟังคนอื่น ทั้งหมด			
9. การควบคุมการถ่าย อุจจาระ	9 (81.8)	1 (9.1)	1 (9.1)	2.73	0.64	มาก
10. การควบคุมการถ่าย ปัสสาวะ	10 (90.9)	0 (0.0)	1 (9.1)	2.82	0.60	มาก

สำหรับผลการวิเคราะห์การได้รับความช่วยเหลือและการเข้าถึงสิทธิพื้นฐานตามกฎหมาย พบว่า มีเพียงการได้รับเบี้ยยังชีพที่ได้รับสิทธิทุกคน (ร้อยละ 100.0) ส่วนสิทธิอื่น ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่า (ร้อยละ 50.0) และไม่ได้รับสิทธิเลยคือ สิทธิด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย ดังตาราง 4.5

ตาราง 4.5 การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานคนพิการบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ (N = 11)

การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานตามกฎหมายการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ	จำนวน (ร้อยละ)	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. ด้านการแพทย์		
- ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	6 (54.5)	5 (45.5)
- ได้รับกายอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ	2 (18.2)	9 (81.8)
- ได้รับการเสริมทักษะการเรียนรู้ตั้งแต่แรกเกิดหรือพบความ พิการ	2 (18.2)	9 (81.8)
2. ด้านการศึกษา		
- ได้รับโควตาเข้าเรียนต่อ	2 (18.2)	9 (81.8)
- ไม่ได้รับทุนการศึกษาเลย	0 (0.0)	11 (100.0)
3. ด้านผู้ดูแลคนพิการ		
- ได้รับความรู้ในการดูแลคนพิการ	5 (45.5)	6 (54.5)
- ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	1 (9.1)	10 (90.9)
- ได้รับการลดหย่อนภาษี	1 (9.1)	10 (90.9)
4. ด้านการมีส่วนร่วมชุมชน		
- ได้รับการยอมรับให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการเมือง	7 (63.6)	4 (36.4)
- ได้รับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม	4 (36.4)	7 (63.6)

ตาราง 4.5 (ต่อ)

การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานตามกฎหมายการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ	จำนวน (ร้อยละ)	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ
5. ด้านสวัสดิการสังคม		
- ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ	11 (100.0)	0 (0.0)
- ได้รับผู้ช่วยคนพิการดูแล	4 (36.4)	7 (63.6)
- ได้รับให้เข้าอยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์	0 (0.0)	11 (100.0)
- ได้รับโอกาสให้ได้ใช้ล่ามภาษามือในการสื่อสาร	2 (18.2)	9 (81.8)
6. ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร		
- ได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการ	2 (18.2)	9 (81.8)
7. ด้านอาชีพและการมีงานทำ		
- ได้รับการฝึกอาชีพ	2 (18.2)	9 (81.8)
- ได้รับการรับเข้าเป็นพนักงาน/ลูกจ้างของรัฐและเอกชน	1 (9.1)	10 (90.9)
- ได้รับการฝึกอาชีพระยะยาว (โครงการสร้างชีวิตใหม่)	1 (9.1)	10 (90.9)
8. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก		
- ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย	3 (27.3)	8 (72.7)
- ได้รับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกหรือช่องทางพิเศษในการเข้าถึงกิจกรรมทางสังคม	3 (27.3)	8 (72.7)
9. ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะ		
- ได้รับการมีบทบาทในโครงการ/กิจกรรมของภาครัฐในระดับพื้นที่ เช่นการประชุม อบรม การแสดงความคิดเห็น โครงการของรัฐในระดับพื้นที่	4 (36.4)	7 (63.6)
10. ด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย		
- ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องกฎหมายและสิทธิที่เกี่ยวข้อง	0 (0.0)	11 (100.0)
- ได้รับยกเว้นค่าประกันตัวผู้ต้องหา/ค่าทนายความ/ค่าธรรมเนียมศาล	0 (0.0)	11 (100.0)
11. ด้านการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ		
- ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแลคนพิการ	4 (36.4)	7 (63.6)
- ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว	5 (45.5)	6 (54.5)
- ได้รับการไม่ถูกล่วงละเมิดและแสวงหาผลประโยชน์จากคนพิการ	4 (36.4)	7 (63.6)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็นปัญหาคนพิการ คือ

1. ความต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ สะดวกขึ้นลดการพึ่งพิงจากคนอื่น
2. ความต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยมบ้านเป็นประจำ
3. ความต้องการกายอุปกรณ์ทดแทน
4. ความต้องการมีอาชีพเสริมเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพ เพื่อเพิ่มรายได้แก่ครอบครัว
5. ความต้องการความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ของคนพิการตามกฎหมาย ดังคำกล่าวคนพิการว่า

“ได้รับรถเข็นแล้วครั้งหนึ่งเมื่อ 10 ปีก่อนทุกวันนี้ไม่มีเหลือแล้ว อยากได้ใหม่แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร คั้นแมนได้ใหม่ไปไสมาไสกะคือสไลค์ต้องยากคนอื่น” (พ. 1)

“หมอมายเยี่ยมที่บ้าน ปี ละ 1 - 2 ครั้ง อยากให้มาเยี่ยมบ่อย ๆ เพราะมาแต่ละครั้งเพิ่มมาแนะนำดี แต่นาน ๆ ก็ลืม ” (พ. 2)

“การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวซึ่งแนะนำตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลเดี๋ยวนี้ก็จำได้มั่งไม่ได้มั่งจำได้แต่ที่ทำประจำ บางอย่างก็ลืมแล้ว ถ้ามาเยี่ยมบ่อยๆก็คงจะดี” (พ. 3)

“ทุกวันนี้อยู่กับลูก แล้วแต่เขาสีหาให้กิน เบี้ยคนพิการก็น้อยถ้าได้เพิ่มก็ดี” (พ. 4)

“ผมไม่เคยรู้ว่าคนพิการมีสิทธิอะไรบ้าง เหนือ คือจังกยวเว้นค่าธรรมเนียมหรือว่าค่าทนายจังกย บัญชีว่าเพิ่มสิให้เฮ้ออีหลีบ่บ่ดยามเป็นอีหลี คั้นมีผู้มาบอกหรือให้ความรู้แน่กะคือลิตีศรีบ ผมว่า” (พ. 5)

แสดงให้เห็นว่าชีวิตความเป็นอยู่คนพิการในชุมชนบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ นั้นต้องการความช่วยเหลือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

4.2.2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการปฏิบัติการและการวิเคราะห์ความเห็นของผู้ร่วมวิจัยต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ดังต่อไปนี้

4.2.2.1 ผลการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

จากการศึกษาบริบทของชุมชนและสภาพปัญหาของคนพิการในชุมชนด้วยการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยแล้วค้นข้อมูลสู่ชุมชนโดยการการประชุมกลุ่มย่อยระดับผู้นำชุมชน เพื่อสะท้อนปัญหาคนพิการในชุมชนว่าบุคคลเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ชุมชนจะต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแล ช่วยเหลือร่วมกันในฐานะเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง แล้ว

ผู้วิจัยจึงได้เริ่มต้นกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วม และได้เกิดกระบวนการอื่นในชุมชนที่เกี่ยวข้องเป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการอบรมผู้ช่วยวิจัย เป็นกระบวนการเตรียมทีมวิจัยโดยผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ จำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยวิจัย แล้วจัดการอบรม ด้วยการสนทนากลุ่มระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ในวันที่ 6 มกราคม 2557 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ เพื่ออธิบายถึงเรื่องการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การเก็บข้อมูล จนเป็นที่เข้าใจ ใช้เวลาประมาณเวลา 2 ชั่วโมง

2. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) เป็นกระบวนการเริ่มที่มีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาโดยรวมกันการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของคนพิการแล้วนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยผู้วิจัยได้สังเกตและใช้แบบบันทึกกิจกรรมเป็นเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มย่อยเกิดขึ้นจากการรวมกลุ่มของผู้วิจัยเพื่อค้นหาข้อมูลคนพิการและปัญหาที่พบที่ได้จากการรวบรวม โดยใช้สถานที่บ้านคนพิการคนหนึ่ง กลุ่มประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ 1 คน และกรรมการหมู่บ้าน 2 คน โดยผู้วิจัยได้บอกจำนวนคนพิการในหมู่บ้าน สภาพปัญหาแต่ละคนที่พบ พร้อมกับถามคำถามที่กลุ่มคนว่าเราจะช่วยเหลือคนเหล่านี้ได้อย่างไรให้เขามีชีวิตคุณภาพชีวิตอย่างน้อยตามสิทธิในกฎหมายในฐานะที่เราเป็นผู้นำชุมชน เป็นคำถามที่นำไปสู่การสนทนาภายในเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ได้บทสรุปว่า เราต้องยกปัญหานี้เป็นปัญหาของชุมชนที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จึงมีการเสนอให้มีการจัดการประชุมเฉพาะเรื่องนี้อีกรอบโดยต้องเชิญกลุ่มบุคคล ผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนมาร่วมประชุมในคราวต่อไป

2) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผน

การประชุมครั้งนี้เป็นการประชุมที่เกิดจากการนัดหมายในครั้งที่แล้วโดยได้เชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมประชุมด้วย จัดการประชุมขึ้นในวันที่ 8 มกราคม 2557 ที่ศาลาวัดจอมศรี หมู่ที่ 4 บ้านนาทรายสามัคคี ซึ่งการประชุมครั้งนี้เป็นการประชุมแบบไม่เป็นการ โดยไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือคนพิการในชุมชน มีผู้วิจัยและผู้ช่วยดำเนินการประชุมโดยได้นำเสนอข้อมูลทั่วไปคนพิการและสภาพปัญหาที่พบ แจ้งสิทธิคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555 - 2559 ให้ที่ประชุมทราบ พร้อมกับตั้งคำถามว่าชุมชนจะมีวิธีการอย่างไรที่ช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในพื้นที่ การประชุมเน้นให้ทุกฝ่ายให้มีส่วนร่วมการประชุมมากที่สุดเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือปัญหาของคนพิการในชุมชน ปรากฏผลดังนี้

1. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม การประชุมครั้งนี้มีคนเข้าร่วมประชุมทั้งหมด 33 คน ประกอบด้วย นายองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน 5 คน อสม. 16 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. 1 คน เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลที่รับผิดชอบคนพิการ 1 คน คนพิการ 4 คน และญาติคนพิการ 3 คน

2. การดำเนินกิจกรรม เมื่อถึงเวลาประชุม ที่ประชุมพร้อมได้เชิญ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล กล่าวเปิดการประชุม ผู้วิจัยดำเนินการประชุมโดยได้ให้ข้อมูลทั่วไปคนพิการและสภาพปัญหาที่พบ สิทธิคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555 - 2559 แก่ที่ประชุม แล้วแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มคนพิการ ประกอบด้วย คนพิการการและญาติคนพิการ 2) กลุ่มผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการ อสม. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 3) กลุ่มบุคลากรภาครัฐที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับคนพิการ ประกอบด้วย นายกองค้การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ โดยได้กำหนดเป็นข้อคำถามที่แตกต่างกันแต่ละกลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 สภาพปัญหาความเป็นอยู่เป็นอย่างไรและความต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนอย่างไร กลุ่มที่ 2 สภาพปัญหาคนพิการในชุมชนเป็นอย่างไรและจะมีวิธีการช่วยเหลือคนพิการอย่างไร กลุ่มที่ 3 สภาพปัญหาคนพิการในพื้นที่ หมู่ 4 บ้านนาทรายสามัคคี เป็นอย่างไร และในฐานะบุคลากรภาครัฐจะมีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหามัอย่างไร โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ผลการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า

กลุ่มที่ 1 มีสมาชิกในการประชุม 7 คน ประกอบด้วย คนพิการ 4 คน และญาติคนพิการ 3 คน ได้ประชุมกลุ่มย่อยแบบง่าย ๆ พูดคุยกันแบบญาติมิตรที่ได้มีการระบุปัญหาที่พบ โดยมากจะระบุปัญหาที่แต่ละคนประสบให้กันฟัง ซึ่งจัดกลุ่มปัญหาได้เป็นปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ความลำบากในการเคลื่อนย้ายตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ขาดแคลนทุนทรัพย์ในการดำเนินชีวิตเนื่องจากเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน ขาดคนดูแลเรื่องการเตรียมอาหาร ขาดรายได้เพื่อดูแลครอบครัวเนื่องจากต้องมาดูแลญาติที่พิการ (กรณีญาติคนพิการ) ส่วนความต้องการความช่วยเหลือจากสังคมนั้นไม่แน่ใจ แต่อยากได้เบี้ยยังชีพเพิ่ม ดังคำพูดคนพิการ 1 “แล้วแต่เพิ่นสนใจ แนวนอยากได้กะคือเบี้ยเพิ่ม เพราะว่าแนวจ่ายมันหลาย” อยากได้รถเข็นเพื่อเคลื่อนย้ายคนพิการไปมาระหว่างบ้านญาติที่ใกล้กัน

กลุ่มที่ 2 มีสมาชิกในการประชุมกลุ่มจำนวน 23 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน อสม. 16 คน กรรมการหมู่บ้าน 5 คน การประชุมดำเนินอย่างเป็นรูปแบบการประชุมโดยมี ผู้ใหญ่บ้านดำเนินการประชุม โดยได้แต่งตั้งเลขา กลุ่มคอยจดบันทึก โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนในกลุ่มเสนอสภาพปัญหาคนพิการเท่าที่ตนเองได้ทราบในชุมชน แต่ก็นำเสนอได้เป็นบางส่วนเพราะไม่ทราบปัญหาเชิงลึกหรือความต้องการที่แท้จริงของคนพิการ วิทยากรได้เสนอให้คิดถึงสิทธิตามกฎหมายว่าเท่าที่เรารู้อเห็นคนพิการในพื้นที่ได้รับสิทธิหรือมีโอกาสเข้าถึงสิทธิหรือไม่ ซึ่งได้มีการเสนอในที่ประชุมได้แก่ การขาดคนดูแล คนดูแลไม่มีความรู้ มีความลำบากในการเคลื่อนย้ายตนเองในการปฏิบัติกิจวัตร เช่น การเข้าห้องน้ำ หลังจากการประชุมได้เสนอปัญหาพอสมควรแล้ว ผู้นำการประชุมได้สรุปประเด็นปัญหา และได้ให้ที่ประชุมได้เสนอแนวทางแก้ไขหรือช่วยเหลืออย่างไร ที่ประชุมได้เสนอแนวทาง ได้แก่ การช่วยเหลือเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมอาศัยของคนพิการให้เหมาะสมโดยชุมชนร่วมมือกัน การอบรมผู้ช่วยคนพิการ และการพัฒนา อสม. คนพิการ โดยให้เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดอบรมให้

กลุ่มที่ 3 มีสมาชิก 3 คน ประกอบด้วย นายกองค้การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ เป็นประชุมแบบกันเอง ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาคนพิการในพื้นที่ เนื่องจากว่าทุกคนมีข้อมูลและทราบปัญหาคนพิการในพื้นที่ทั้งจากการสัมผัสด้วยตนเองและการสำรวจข้อมูลนำเข้า พบว่า คนพิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ขาดคนดูแล การเข้าไม่ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมายกำหนด ขาดการดูแลที่เป็นรูปธรรมจากชุมชน สาเหตุหลักส่วนใหญ่มาจาก ฐานะทางเศรษฐกิจที่จะต้องให้สมาชิกช่วยกันออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ความไม่รู้สิทธิที่ควรได้รับ การไม่รู้จักสถานที่ หรือแหล่งที่จะขอรับการช่วยเหลือหรือเข้าถึงสิทธิ แนวทางการแก้ไข ที่ร่วมกันสรุปได้คือ ส่งเสริมอาชีพแก่สมาชิกคนในครอบครัวคนพิการ หรือผู้ช่วยเหลือคนพิการ ส่งเสริมให้ชุมชนได้เข้ามาจับมือช่วยกันในการจัดการปัญหาคนพิการ สร้างเครือข่ายการช่วยเหลือและดูแลคนพิการในระดับพื้นที่ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน แสวงหาหรือประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างกระทรวงทั้งในแนวราบและแนวตั้ง

หลังจากนั้นได้นำข้อสรุปการประชุมกลุ่มย่อยเสนอกลุ่มใหญ่ที่ละกลุ่ม แล้วนำปัญหาที่พบจากทุกกลุ่มมาจัดเรียงรวบรวมที่คล้ายกัน พร้อมสาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาได้ดังตาราง 4.6

ตาราง 4.6 ผลการวิเคราะห์ปัญหาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ร่วมวิจัย

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางแก้ไข
1. การเคลื่อนย้ายไม่สะดวก	ขาดอุปกรณ์ช่วยเหลือ, สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม	จัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ, จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม
2. สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาดูแล	ขาดแคลนทุนทรัพย์ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน	ส่งเสริมอาชีพคนในครอบครัวและผู้ช่วยคนพิการ
3. ปัญหาสุขภาพ	ขาดคนดูแล	จัดหาผู้ช่วยคนพิการ
4. ไม่ได้รับการดูแลจากชุมชน	ขาดระบบการจัดการดูแลของชุมชน, ไม่มีเครือข่าย	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน, สร้างเครือข่าย, จัดตั้งชมรมที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือคนพิการ
5. เข้าไม่ถึงสิทธิตามกฎหมาย	ขาดความรู้เรื่องกฎหมาย, ไม่รู้จักแหล่งหรือหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ	การสร้างเครือข่าย, การจัดฝึกอบรม, จัดตั้งชมรมทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิ

หลังจากได้ปัญหาดังกล่าวที่ประชุมได้ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ดังตาราง 4.7

ตาราง 4.7 แผนปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

แผนงาน/โครงการ	กิจกรรมหลัก	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
1. จัดตั้งชมรมช่วยเหลือคนพิการ	ดำเนินกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือคนพิการตามสภาพปัญหาและสิทธิตามกฎหมาย	2 สัปดาห์	ระดมทุนจากชุมชน	ประธาน อสม.
2. โครงการปรับสภาพแวดล้อมอาศัยคนพิการ	จัดทำห้องน้ำภายในบ้านคนพิการ	1 เดือน	จากชมรมช่วยเหลือคนพิการร่วมกับเจ้าของบ้าน	ชมรมช่วยเหลือคนพิการ
3. โครงการจัดการรถเข็นคนพิการโดยชุมชน	จัดการรถเข็นแก่คนพิการ	2 เดือน	จากหน่วยงานภายนอก	ชมรมช่วยเหลือคนพิการ
4. โครงการเยี่ยมคนพิการโดยชุมชน	บุคคลระดับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมคนพิการเพื่อทราบปัญหาและสร้างขวัญกำลังใจ	1 เดือน	ระดมทุนผ่านชมรมช่วยเหลือคนพิการ	ชมรมช่วยเหลือคนพิการ
5. โครงการอบรมผู้ช่วยคนพิการ	สร้างผู้ช่วยคนพิการเพื่อดูแลและพิทักษ์สิทธิแทนคนพิการ	4 เดือน	กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	อบต. นาสิงห์
6. โครงการพัฒนาอาชีพเพื่อคนพิการ	อบรมอาชีพเสริมแก่คนในครอบครัวคนพิการและผู้ช่วยคนพิการ	1 ปี	อบต. นาสิงห์	อบต. นาสิงห์
7. โครงการวันคนพิการ	ให้ความรู้คนพิการด้านสิทธิความคุ้มครองคนพิการตามกฎหมาย	1 วัน	อบต. นาสิงห์	อบต. นาสิงห์

ข้อสรุปที่ได้จากการประชุม จากการประชุมเชิงปฏิบัติการในชั้นวางแผน (Plan) ในครั้งนี้ได้วิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหานำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยในเบื้องต้นที่ประชุมมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า ควรจะมีคณะทำงานในระดับชุมชนเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนคนพิการในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นในลักษณะช่วยเหลือและพิทักษ์สิทธิ เนื่องจากว่าคนพิการนั้นเป็นคนที่มีปมด้อยทางสังคม ไม่กล้าที่จะออกไปเรียกร้องสิทธิแก่ตนเอง และอาจจะทำให้ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่มี เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องความพิการ

หลังจากนั้นจึงให้เป็นบทบาทหน้าที่ของคณะทำงานชุดดังกล่าวนี้ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตขึ้น สรุปเป็นกิจกรรมและโครงการได้ 7 กิจกรรม/โครงการ ดังตาราง 4.7

3. การปฏิบัติการ (Action) ในระยะปฏิบัติการ ชุมชนบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ได้ร่วมมือกันปฏิบัติการตามแผน ดังนี้

1) การจัดตั้งชมรมช่วยเหลือคนพิการ หลังจากการประชุมปฏิบัติการวางแผนปฏิบัติการ ผู้ใหญ่บ้านได้มีการเรียกประชุมชาวบ้านในวันที่ 10 มกราคม 2557 ณ ศาลาอเนกประสงค์เพื่อดำเนินการจัดตั้งชมรมช่วยเหลือคนพิการในชุมชนขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือและพิทักษ์สิทธิประโยชน์คนพิการในชุมชนบ้านนาทรายสามัคคี โดยมีขั้นตอนคือ 1) การชี้แจงเหตุผลและขอความเห็นชอบจากที่ประชุมในการจัดตั้งชมรมเพื่อช่วยเหลือคนพิการในระดับชุมชน 2) จัดตั้งคณะกรรมการชมรมประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน เป็นรองประธาน คณะกรรมการฝ่ายต่าง ๆ มีประธาน อสม. เป็นเลขานุการ และนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) ประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยเลขานุการ รวมคณะกรรมการทั้งหมด 25 คน โดยมีพระครูกิตติบุญสาร เจ้าอาวาสวัดจอมศรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ เป็นที่ปรึกษา 3) การรับสมัครสมาชิกชมรมจากคนในชุมชนทั้งคนปกติและคนพิการ เบื้องต้นมีคนสมัครเข้าเป็นสมาชิก จำนวน 34 คน 4) การระดมทุนจากสมาชิกและการขอรับบริจาคเพื่อเป็นทุนดำเนินการ ได้งบประมาณเริ่มต้น 5,700 บาท และหลังจากได้มีการจัดตั้งชมรม แต่งตั้งกรรมการและระดมทุนแล้ว ได้มีการประชุมคณะกรรมการเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมและการใช้จ่ายงบประมาณ วันที่ 15 มกราคม 2557 ณ วัดจอมศรี สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

(1) จัดทำทะเบียนคนพิการในหมู่บ้านลำดับความช่วยเหลือ โดยพิจารณาตามความเร่งด่วนของปัญหา ในเบื้องต้นนี้มี 2 คนที่จำเป็นเร่งด่วนที่สุดคือคนแรกป่วยเป็นผู้หญิง อายุ 44 ปีป่วยเป็นเส้นเลือดในสมองแตก อัมพาตทั้งสมองและร่างกาย เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ต้องอาศัยคนช่วย อาศัยอยู่กับแม่ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคือลำบากเวลาเคลื่อนย้ายไปห้องน้ำต้องมีคนช่วยพยุง สิ่งจำเป็นเร่งด่วนในการช่วยเหลือคือต้องการห้องน้ำที่สะดวก ง่ายต่อการเข้า และรถเข็นคนพิการ และคนที่สอง เป็นผู้หญิง อายุ 86 ปี ป่วยเป็นอัมพาตท่อนล่าง อาศัยอยู่กับลูก ช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องการรถเข็นคนพิการ

(2) จัดทำรถเข็นคนพิการ 2 คัน จากกรณีวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเร่งด่วนของคนพิการในชุมชน พบว่า มีคนพิการ 2 คน มีความต้องการรถเข็นเพื่อความสะดวกในการเคลื่อนย้ายร่างกาย จึงสมควรที่จะต้องช่วยเหลือโดยผู้ใหญ่บ้านได้เสนอตัวเป็นผู้ประสานงาน หาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และจะดำเนินการในส่วนนี้

(3) การออกเยี่ยมคนพิการ กรรมการชมรมควรจะมีการออกเยี่ยมเยียนคนพิการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยนัดหมายออกเยี่ยมพร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

(4) การจ่ายเงินของชมรม ให้นำเงินช่วยเหลือคนพิการ โดยต้องผ่านการพิจารณาของกรรมการ และในวันนี้มีกรรมการเสนอขอใช้งบเพื่อสมทบจัดทำห้องน้ำแก่คนพิการคนแรก โดยสนับสนุนเป็นค่าวัสดุดำเนินการส่วนแรงงานนั้นให้ชุมชนออกแรงช่วยกัน ที่ประชุมอนุมัติงบจำนวน 2,000 บาท แล้วมอบหมายให้ ประธาน อสม. เป็นผู้รับผิดชอบ

(5) การเก็บรักษาเงินให้เหรียญกษาปณ์จัดทำบัญชีรับจ่ายและนำเงินส่วนที่เหลือฝากเข้าบัญชีในนามชมรม

2) โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคนพิการ เป็นกิจกรรมที่เกิดจากแนวคิดผู้นำชุมชนที่จะช่วยเหลือคนพิการที่ลำบากในการเคลื่อนย้ายร่างกายเข้าห้องน้ำ การปฏิบัติกิจกรรมในท้องถิ่นโดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับสภาพแวดล้อมคนพิการให้ได้รับความสะดวกสบายลดภาระของญาติในการช่วยเหลือ โดยชมรมสมทบทุนก่อสร้างห้องน้ำในบ้านคนพิการ 1 คน จำนวน 2,000 บาท แล้วเจ้าบ้านสมทบการซื้อวัสดุอุปกรณ์ก่อสร้างโดยใช้แรงงานในชุมชน ซึ่งได้ดำเนินการจนแล้วเสร็จใช้เวลาดำเนินการ ประมาณ 3 สัปดาห์ หลังการอนุมัติงบประมาณ จากนั้นเจ้าบ้านก็ดำเนินการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น แล้วดำเนินการก่อสร้างได้ถุณบ้านตรงที่คนพิการได้อาศัยอยู่ ซึ่งการดำเนินงานนั้นได้อาศัยแรงงานที่เป็นคนในชุมชนร่วมมือกันสร้างจนแล้วเสร็จ และได้เชิญนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ เป็นประธานในการมอบ

3) โครงการจัดหารถเข็นคนพิการ เป็นกิจกรรมการจัดหารถเข็นคนพิการให้กับคนพิการ เพื่อช่วยเหลือคนพิการให้ได้รับความสะดวกในการเคลื่อนย้ายตนเอง และลดภาระความช่วยเหลือของผู้ดูแลหรือญาติในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีคนพิการที่ต้องการรถเข็นเร่งด่วน จำนวน 2 คน ซึ่งโครงการนี้ไม่ได้เขียนเป็นโครงการที่เป็นรูปธรรม แต่เป็นการริเริ่มจากชุมชนโดย ผู้ใหญ่บ้านในฐานะประธานชมรมช่วยเหลือคนพิการ ได้จัดทำหนังสือประสานขอความช่วยเหลือผ่านทางอำเภอซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดฝ่ายปกครองผ่านไปยังสภาอากาศจังหวัดบึงกาฬ พร้อมกับประสานไปยังโรงพยาบาลศรีวิไลโดยผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ และในระหว่างนั้นผู้ใหญ่บ้านได้ติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาประมาณ 2 เดือนจึงได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลศรีวิไลว่ามีรถเข็นจำนวน 2 คัน ระบุเป็นชื่อคนพิการที่ได้ดำเนินการขอรถเข็นไปทั้ง 2 คน

4) การเยี่ยมคนพิการโดยชุมชน เป็นกิจกรรมในระดับชุมชนที่มีแนวคิดในการออกเยี่ยมเยียนคนพิการในพื้นที่โดยทีมผู้นำชุมชนและคณะกรรมการชมรมคนพิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเติมกำลังใจแก่คนพิการและญาติ ซึ่งได้จัดทำแผนการออกเยี่ยมหลังจากการตั้งชมรม และได้มีมติการใช้จ่ายเงินชมรมในการจัดซื้อของขวัญออกเยี่ยมตามสมควร โดยเลขานุการชมรมได้ดำเนินการจัดทำแผน จัดหาของขวัญ นัดหมายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และคนพิการ จำนวน 11 คน แล้วออกให้บริการเยี่ยมคนพิการทั้งหมดพร้อมกันในวันที่ 9 มีนาคม 2557

5) โครงการอบรมผู้ช่วยคนพิการ เป็นโครงการจิตอาสาเพื่อมาทำหน้าที่ดูแลคนพิการ โดยผู้ช่วยคนพิการนั้นต้องเป็นบุคคลในชุมชนและต้องผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดขึ้นตามมาตรฐานเสียก่อน มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการช่วยเหลือคนพิการอย่างถูกวิธีและทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิแทนคนพิการที่ดูแล ที่ต้องร่วมมือกันของคนในชุมชนและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทั้งด้านวิชาการและงบประมาณดำเนินการ ซึ่งในระดับชุมชนบ้านนาทรายสามัคคีได้ทำโครงการผ่านความเห็นชอบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ เสนอของงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาสิงห์ ปีงบประมาณ 2557 ซึ่งได้รับอนุมัติโครงการแล้ว แต่อยู่ในระหว่างรองบประมาณดำเนินการ

6) โครงการพัฒนาอาชีพเพื่อคนพิการ เป็นโครงการที่มาจาก ปัญหาความยากจน ญาติคนพิการต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาดูแลครอบครัว ทำให้คน พิการต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง จึงมีแนวคิดในการสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัวคน พิการ เพื่อจะได้มีเวลาดูแลคนพิการมากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์โครงการเพื่อพัฒนาอาชีพคนในครอบครัว คนพิการและผู้ช่วยคนพิการให้มีอาชีพเพิ่มรายได้แก่ครอบครัว ซึ่งโครงการดังกล่าวจะต้องสำรวจ ความต้องการของเป้าหมายแล้วนำไปสู่การกำหนดหลักสูตรอบรม พร้อมทั้งจัดหาวิทยากร งบประมาณ ดำเนินการ ซึ่งต้องจัดทำโครงการเสนอผ่านความเห็นชอบหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสนอขอ งบประมาณจากแหล่งงบประมาณทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับเหนือขึ้นไป

7) โครงการวันคนพิการ เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อให้สังคมเห็น ความสำคัญของคนพิการ และเป็นการประกาศเจตจำนงของผู้นำชุมชนและผู้บริหารท้องถิ่นในการให้ ความเสมอภาคแก่คนพิการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างคุณค่าแก่คนพิการ ให้คนพิการได้รับความรู้ สิทธิขั้นพื้นฐานที่ตนควรได้รับจากสังคมและภาครัฐ กิจกรรมสำคัญได้แก่ การรวมพลคนพิการ การให้ ความรู้เรื่องสิทธิตามกฎหมายการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การพบปะคนพิการของ ผู้บริหารและผู้นำท้องถิ่น โดยชมรมได้ผลักดันให้ท้องถิ่นเข้ามาเป็นเจ้าภาพในการดำเนินโครงการ และ ดำเนินการจนแล้วเสร็จในวันที่ 4 มีนาคม 2557

4.2.2.2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อกระบวนการ

ความคิดเห็นต่อกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการศึกษาการพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิเคราะห์ผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นด้านบริบทชุมชน

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นด้านกระบวนการ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นด้านผลลัพธ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า เพศหญิง (ร้อยละ 63.3) เพศชาย (ร้อยละ 36.7) อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40 - 59 ปี (ร้อยละ 56.6) ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.0) อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกรกรรม (ร้อยละ 83.3) สถานภาพทางสังคมส่วนใหญ่เป็น อสม. (ร้อยละ 53.3) ดังตาราง 4.8

ตาราง 4.8 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ร่วมวิจัย

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
หญิง	19 (63.3)
ชาย	11 (36.7)
2. อายุ (ปี)	
20 – 39	11 (36.7)
40 – 59	17 (56.6)
60 ขึ้นไป	2 (6.7)
3. ระดับการศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้ศึกษา	1 (3.3)
ประถมศึกษา	12 (40.0)
มัธยมศึกษา	12 (40.0)
อนุปริญญา/ปวส.	1 (3.3)
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	4 (13.3)
4. อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	
เกษตรกรกรรม	25 (83.3)
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	2 (6.7)
รับจ้างทั่วไป	2 (6.7)
พนักงาน/ลูกจ้าง	1 (3.3)

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นด้านบริบทชุมชน

ด้านบริบทชุมชน พบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยการกับข้อคิดเห็นที่ว่าผู้นำชุมชนมีบทบาทเหมาะสมต่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีบุคลากรภาครัฐสนับสนุนการดูแลคนพิการในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มากที่สุด (ร้อยละ 93.3) รองลงมาคือผู้นำในชุมชนมีความใส่ใจต่อปัญหาคุณภาพชีวิตคนพิการและชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ร้อยละ 83.3) และค่าคะแนนความเห็นเฉลี่ยทุกข้อความเห็นอยู่ในระดับมาก ดังตาราง 4.9

ตาราง 4.9 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการด้านบริบทชุมชน
ของผู้ร่วมวิจัย (n=30)

บริบทชุมชน	จำนวน (ร้อยละ)			Mean	SD	ระดับ ความ เห็น
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย			
1. ผู้นำในชุมชนมีความใส่ใจต่อ ปัญหาคุณภาพชีวิตคนพิการ	25 (83.3)	5 (16.7)	0 (0.0)	2.83	0.37	มาก
2. ผู้นำชุมชนมีบทบาทเหมาะสมต่อ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการ	28 (93.3)	2 (6.7)	0 (0.0)	2.93	0.25	มาก
3. ชุมชนมีความสนใจต่อปัญหา คุณภาพชีวิตคนพิการ	23 (67.7)	7 (23.3)	0 (0.0)	2.77	0.43	มาก
4. ในชุมชนมีคณะกรรมการหรือ คณะทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	23 (76.7)	5 (16.7)	2 (6.7)	2.70	0.59	มาก
5. ชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ	25 (83.3)	3 (10.0)	2 (6.7)	2.77	0.56	มาก
6. ทุกหน่วยงานในชุมชนเข้ามามี ส่วนร่วมในการส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	24 (80.0)	6 (20.0)	0 (0.0)	2.80	0.40	มาก
7. มีบุคลากรภาครัฐสนับสนุนการ ดูแลคนพิการในชุมชน	28 (93.3)	2 (6.7)	0 (0.0)	2.93	0.25	มาก
8. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ การสนับสนุนกิจกรรมการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ	28 (93.3)	2 (6.7)	0 (0.0)	2.93	0.25	มาก
Mean = 2.83, SD = 0.38						มาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าบริบทที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต
หรือการช่วยเหลือคนพิการนั้นอยากให้คนในชุมชน หรือหน่วยงานในระดับชุมชนได้ให้ความช่วยเหลือ
มากกว่าการพึ่งพิงจากบุคคลภายนอก เพราะเข้าใจปัญหาดี มีความเป็นกันเอง ดังคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัย
ดังนี้

“ผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่ใกล้ชิดหรือรู้จักประชาชนในหมู่บ้านตนเองเป็นอย่างดี
ดังนั้นจะเข้าใจปัญหาในชุมชนดี มีความรู้และช่องทางให้ความช่วยเหลือคนพิการได้ดีกว่า” (กม.1)

“ผู้นำชุมชนถ้าใส่ใจคนพิการก็จะทำให้คนพิการมีกำลังใจดีกว่าผู้นำอยู่เฉยๆ” (อบต. 1)

“คนพิการก็มีส่วนช่วยเหลือสังคมและชื่อเสียงให้ประเทศชาติ เราควรจะต้องร่วมมือกันช่วยเหลือคนพิการ เพราะอย่างน้อยก็เป็นคนบ้านเดียวกัน” (อสม. 1)

“คนพิการเป็นกลุ่มที่ชุมชนต้องสนใจให้ความสำคัญจะได้ยกมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เราควรมีการรวมกันช่วยเหลือกันคนละไม้ละมือ” (อสม. 2)

“หน่วยงานมีควรเข้ามามีส่วนร่วมคนพิการ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนต่าง ๆ เพราะมีงบประมาณ และอยู่ใกล้ชีวิตชุมชน ” (กม. 2)

“อบต. ควรมีส่วนในการสนับสนุนกิจกรรมเพื่อกลุ่มคนพิการได้รู้ถึงความเอาใจใส่ และเปิดโอกาสให้คนพิการทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยปีละครั้ง” (อบต. 2)

“ผู้นำต้องจัดหาอาชีพที่เหมาะสมให้กับผู้พิการเพื่อแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว”

(พ. 1)

“คนพิการก็เป็นคนหมู่บ้านเดียวกันจึงต้องใส่ใจด้วย โดยเฉพาะผู้นำชุมชนต้องเป็นคนนำพาลูกบ้านทำเพื่อให้คนพิการมีความสุข” (อสม. 3)

“คนพิการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ต้องช่วยเหลือหรือฝึกอาชีพให้คนในครอบครัวคนพิการเพื่อคนในครอบครัวจะได้ช่วยเหลือคนพิการต่อ” (พ. 2)

“ชุมชนรู้เห็นปัญหาคนพิการอย่างแท้จริงจึงเป็นหน้าที่ที่ชุมชนจะต้องร่วมมือกันช่วยเหลือคนพิการ” (จ. 1)

“คนพิการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้นชุมชนกับภาคส่วนต่าง ๆ ก็มีภาระที่ต้องดูแลคนพิการร่วมกัน” (จ. 2)

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง ควรหากิจกรรมหรืองานให้คนพิการได้ประกอบอาชีพ หรืออาจฝึกอาชีพให้” (จ. 3)

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ให้การสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการก็จะทำให้คนในชุมชนมีความเข้าใจว่าภาครัฐยังใส่ใจดูแลชุมชน” (กม. 3)

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ความเห็นที่มีต่อการมีข้อมูลคนพิการในชุมชนและใช้วางแผนในกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 90.0 รองลงมาคือชุมชนมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ร้อยละ 83.3 และส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 66.7 เห็นด้วยกับแนวความคิดด้านปัจจัยนำเข้า และค่าคะแนนความเห็นเฉลี่ยทุกข้อความเห็นอยู่ในระดับมาก (2.34 – 3.00) ดังตาราง 4.10

ตาราง 4.10 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการด้านปัจจัยนำเข้า
ของผู้ร่วมวิจัย (n=30)

ปัจจัยนำเข้า	จำนวน (ร้อยละ)			Mean	SD	ระดับ ความ เห็น
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย			
1. ชุมชนมีคณะกรรมการหรือ คณะทำงานที่สนับสนุนและเอื้อต่อ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ	25 (83.3)	2 (6.7)	3 (10.0)	2.73	0.64	มาก
2. คณะกรรมการหรือคณะทำงานใน ชุมชนมีความเข้าใจสิทธิประโยชน์ คนพิการเพื่อการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ	22 (73.3)	8 (26.7)	0 (0.0)	2.73	0.45	มาก
3. คณะกรรมการหรือคณะทำงานใน ชุมชนมีความเข้าใจบทบาทในการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการ	22 (73.3)	8 (26.7)	0 (0.0)	2.73	0.45	มาก
4. บทบาทของคณะกรรมการหรือ คณะทำงานในชุมชนมีผลต่อการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการ	21 (70.0)	9 (30.0)	0 (0.0)	2.70	0.46	มาก
5. คนในชุมชนมีส่วนร่วมและสนับสนุน กิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ	24 (80.0)	5 (16.7)	1 (3.3)	2.77	0.50	มาก
6. มีบุคลากรภาครัฐเป็นพี่เลี้ยงคอยให้ คำปรึกษาในการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ	23 (76.7)	7 (23.3)	0 (0.0)	2.77	0.43	มาก
7. มีหน่วยงานในชุมชนช่วยเหลือและมี บทบาทร่วมในการส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	23 (76.7)	7 (23.3)	0 (0.0)	2.77	0.43	มาก
8. มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการอย่างพอเพียง	20 (66.7)	8 (26.7)	2 (6.7)	2.60	0.62	มาก

ตาราง 4.10 (ต่อ)

ปัจจัยนำเข้า	จำนวน (ร้อยละ)			Mean	SD	ระดับ ความ เห็น
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย			
9. ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดทำ งบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการ	22 (73.3)	6 (20.0)	2 (6.7)	2.67	0.60	มาก
10. ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณใน กิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ	23 (76.7)	7 (23.3)	0 (0.0)	2.77	0.43	มาก
11. มีงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ ในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	24 (80.0)	6 (20.0)	0 (0.0)	2.80	0.40	มาก
12. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก หน่วยงาน/องค์กรอื่นนอกชุมชนใน กิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ	21 (70.0)	5 (16.7)	4 (13.3)	2.57	0.72	มาก
13. มีวัสดุ/อุปกรณ์ในการดำเนินการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการอย่างเพียงพอ	22 (73.3)	7 (23.3)	1 (3.3)	2.70	0.53	มาก
14. มีการประยุกต์ใช้วัสดุ/อุปกรณ์ที่มี ในชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการอย่างพอเพียง	21 (70.0)	5 (16.7)	4 (13.3)	2.57	0.72	มาก
15. มีการแสวงหาวัสดุ/อุปกรณ์เพื่อการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการจากหน่วยงาน/องค์กรอื่น	18 (60.0)	9 (30.0)	3 (10.0)	2.50	0.68	มาก
16. มีข้อมูลคนพิการในชุมชนและใช้ วางแผนในกิจกรรมการส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดย ชุมชน	27 (90.0)	3 (10.0)	0 (0.0)	2.90	0.30	มาก
17. มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการ	24 (80.0)	6 (20.0)	0 (0.0)	2.80	0.40	มาก

ตาราง 4.10 (ต่อ)

ปัจจัยนำเข้า	จำนวน (ร้อยละ)			Mean	SD	ระดับ ความ เห็น
	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็น ด้วย			
18. มีหน่วยงานภาครัฐ/ภาคเอกชน สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการการ	21 (70.0)	5 (16.7)	4 (13.3)	2.57	0.72	มาก
Mean = 2.70, SD = 0.52						มาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าความเห็นส่วนใหญ่มองว่าปัจจัยนำเข้าที่จะทำให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการระดับชุมชนประสบความสำเร็จนั้น ต้องมีองค์กรหรือหน่วยงาน เพื่อทำหน้าที่แทนคนพิการในระดับชุมชน และต้องมีงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ ดังคำกล่าวผู้ร่วมวิจัยที่เป็นเหตุผลสนับสนุน ดังนี้

“ชุมชนควรมีกรรมการและ อสม. ผู้ใหญ่บ้านให้การสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” (กม. 1)

“คณะกรรมการชุมชนเข้ามามีบทบาทการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการอย่างมาก” (กม. 2)

“เงินกองทุนต่าง ๆ เวลาที่มีกิจกรรม หรือบุญบ้านควรจัดสรรเงินช่วยเหลือเป็นสาธารณประโยชน์ก็จะได้ช่วยเหลือคนพิการ” (กม. 3)

“ชุมชนมีกรรมการและ ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ให้การสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” (อสม. 1)

“คนพิการควรได้รับสิทธิประโยชน์เท่าเทียมกับคนปกติ โดยให้คณะกรรมการในชุมชนคอยดูแล” (อสม. 2)

“คณะกรรมการในชุมชนเข้ามามีบทบาทการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างมาก”

“ในชุมชนควรมีงบประมาณสนับสนุนคนพิการ” (กม. 1)

“แต่ละเดือนควรจะมีงบประมาณสนับสนุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” (อสม. 3)

“ท้องถิ่นควรจัดหางบประมาณและเครื่องอุปโภคแก่คนพิการ” (อสม. 1)

“ชุมชนควรมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานแทนคนพิการเพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างหน่วยงานราชการกับคนพิการ” (จ. 1)

“คนในชุมชนควรช่วยเหลือคนพิการในการให้เงินทุนในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” (อสม. 4)

“บุคลากรภาครัฐต้องเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาเพื่อให้คนพิการได้นำมาปรับใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต” (อสม. 5)

“งบประมาณในการดำเนินงานไม่มี ถ้าได้รับการสนับสนุนมาให้ชุมชนแล้วชุมชนก็ดำเนินการช่วยเหลือคนพิการอีกที่จะได้มีส่วนร่วมและกระจายงบประมาณให้ทั่วถึง” (อสม. 4)

“การนำวัสดุในชุมชนมาใช้ทำเป็นอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือคนพิการก็ทำให้ชุมชนได้ช่วยเหลือ จะได้ประหยัด และไม่ต้องรอ” (อสม. 1)

“ควรมีการสำรวจข้อมูลคนพิการเป็นประจำเพื่อรู้ปัญหาคนพิการที่เปลี่ยนแปลงไป” (จ. 1)

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นด้านกระบวนการ

ด้านกระบวนการ พบว่า ความเห็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.0) เห็นด้วยกับกระบวนการการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเชิงกระบวนการ มากที่สุดคือชุมชนมีแผนปฏิบัติการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ชัดเจน เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กิจกรรมในแผนปฏิบัติการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมีความชัดเจนและดำเนินการง่าย (ร้อยละ 76.7) และค่าคะแนนความเห็นเฉลี่ยทุกข้อความเห็นอยู่ในระดับมาก (2.34 – 3.00) ดังตาราง 4.11

ตาราง 4.11 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ด้านกระบวนการจัดการของผู้ร่วมวิจัย (n=30)

ด้านกระบวนการจัดการ	จำนวน (ร้อยละ)			Mean	SD	ระดับ ความเห็น
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย			
1. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ชัดเจน	23 (76.7)	6 (20.0)	1 (3.3)	2.73	0.52	มาก
2. กรรมการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนมีความเข้าใจในกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	20 (66.7)	7 (23.3)	3 (10.0)	2.57	0.67	มาก

ตาราง 4.11 (ต่อ)

ด้านกระบวนการจัดการ	จำนวน (ร้อยละ)			Mean	SD	ระดับ ความเห็น
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย			
3. แผนปฏิบัติการส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมา จากสภาพปัญหาที่แท้จริง และ สอดคล้องกับความต้องการคน พิการ	21 (70.0)	6 (20.0)	3 (10.0)	2.60	0.67	มาก
4. เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมใน การจัดทำแผนการส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	23 (76.7)	4 (13.3)	3 (10.0)	2.67	0.66	มาก
5. กิจกรรมในแผนปฏิบัติการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการมีความชัดเจนและ ดำเนินการง่าย	23 (76.7)	5 (16.7)	2 (6.7)	2.70	0.59	มาก
6. มีกระบวนการคัดเลือกคนพิการ หรือการพิจารณากิจกรรม ดำเนินการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการที่ชัดเจน	21 (70.0)	7 (23.3)	2 (6.7)	2.63	0.61	มาก
7. มีการปฏิบัติตามแผนอย่างเป็น รูปธรรมเกิดผลต่อการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการโดยชุมชน	22 (73.3)	7 (23.3)	1 (3.3)	2.70	0.53	มาก
8. มีระบบการติดต่อประสานงาน กับองค์กรภาครัฐ/ภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการที่ชัดเจน	22 (73.3)	6 (20.0)	2 (6.7)	2.67	0.60	มาก
9. มีการติดตามผลการปฏิบัติการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการอย่างต่อเนื่อง	22 (73.3)	8 (27.7)	0 (0.0)	2.73	0.42	มาก
Mean = 2.66, SD = 0.58						มาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าความเห็นส่วนใหญ่ต่อกระบวนการจัดการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนเห็นว่า แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต้องมาจากชุมชน และผู้นำชุมชนทุกด้าน องค์กรบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ดังคำกล่าวผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นข้อสนับสนุนข้อคิดเห็นข้างต้น ได้แก่

“การจัดทำแผนต้องมาจากความต้องการของผู้พิการเองจึงจะตรงความต้องการ” (กม. 1)

“ในชุมชนควรมีแผนปฏิบัติและส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และ อบต. ต้องสนับสนุนงบประมาณอย่างจริงจังอย่างต่อเนื่อง” (กม. 2)

“ผู้นำชุมชน อสม. และทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมจัดทำแผนและส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” (อสม. 1)

“ในชุมชนควรมีแผนในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และในแต่ละปีต้องการให้มีวันคนพิการ มีกิจกรรมสำหรับคนพิการ” (ส.อบต. 1)

“คนพิการบางคนมีฐานะยากจน เป็นปัญหาคุณภาพชีวิตของคนพิการที่ชุมชนต้องจัดทำโครงการช่วยเหลือและแก้ไข” (อสม. 2)

“เห็นด้วยที่จะมีแผนการตรวจเยี่ยมคนพิการและต้องทำอย่างต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ เพราะการเยี่ยมแต่ละครั้งนอกจากคนพิการจะได้รับกำลังใจแล้วพวกเราจะได้ข้อมูลคนพิการเพิ่มอีกด้วย” (กม. 2)

“แต่ละปีชุมชนควรจะมีโครงการจัดวันผู้พิการ ให้มีกิจกรรมร่วมกันของชุมชน เช่น การละเล่น หรือกีฬานันทนาการ และมอบสิ่งของเครื่องใช้แก่ผู้พิการ คนพิการจะได้รู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม” (อสม. 3)

“ชุมชนควรที่จะมีแผนงานให้ความช่วยเหลือดูแลผู้พิการอย่างต่อเนื่อง และต้องสำรวจทุกครั้งว่าใครต้องการอะไรในแต่ละปี แล้วเสนอความต้องการไปยัง อบต.” (อสม. 4)

“การคัดเลือกคนพิการให้ได้รับความช่วยเหลือต้องมาจากชุมชน เพราะชุมชนจะรู้ว่าใครเป็นอย่างไร ส่วนราชการนั้นจัดหางบประมาณและวัสดุ อุปกรณ์มาช่วยเหลือตามที่ โครงการชุมชนเสนอ” (อสม. 5)

“ถ้าคณะกรรมการเข้าใจในบทบาทหน้าที่มากขึ้นก็จะให้ความช่วยเหลือและพัฒนาคนพิการมากขึ้น” (กม. 3)

“อยากให้มีการสำรวจข้อมูลคนพิการเป็นประจำเพื่อให้รู้ปัญหาคนพิการที่เปลี่ยนแปลงไปแล้วนำมาจัดทำแผนพัฒนาโดยให้คนพิการมีส่วนร่วมในการพิจารณาว่าจะให้ช่วยเหลืออะไร เพราะบางทีคนอื่นก็ไม่รู้ว่าเราอยากได้อะไร บางคนก็อยากได้เครื่องช่วยฟัง หรือบางคนอยากได้รถเข็น” (พ. 1)

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นด้านผลลัพธ์

ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมากขึ้น มากที่สุด (ร้อยละ 83.3) รองลงมาคือแผนปฏิบัติการมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการมากขึ้น (ร้อยละ 80.0) และค่าคะแนนความเห็นเฉลี่ยทุกข้อความเห็นอยู่ในระดับมาก (2.34 – 3.00) ดังตาราง 4.12

ตาราง 4.12 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการด้านผลลัพธ์ของผู้ร่วมวิจัย (n=30)

ความคิดเห็นต่อกระบวนการด้าน ผลลัพธ์	จำนวน (ร้อยละ)			Mean	SD	ระดับ ความเห็น
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย			
1. มีกระบวนการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนที่ ชัดเจน เป็นรูปธรรม	22 (73.3)	8 (26.7)	0 (0.0)	2.73	0.45	มาก
2. แผนปฏิบัติการมีความสอดคล้อง กับสภาพปัญหาและความต้องการ ของคนพิการมากขึ้น	24 (80.0)	6 (20.0)	0 (0.0)	2.80	0.40	มาก
3. คณะกรรมการหรือคณะทำงานใน ชุมชนมีบทบาทมากขึ้นในการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการ	23 (76.7)	7 (23.3)	0 (0.0)	2.77	0.43	มาก
4. ชุมชนมีบทบาทมากขึ้นต่อกิจกรรม การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการ	21 (70.0)	7 (23.3)	2 (6.7)	2.63	0.61	มาก
5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วน ร่วมในการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการมากขึ้น	25 (83.3)	4 (13.3)	1 (3.3)	2.80	0.48	มาก
6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณในการ ดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพิ่มขึ้น	23 (76.7)	6 (20.0)	1 (3.3)	2.73	0.52	มาก

ตาราง 4.12 (ต่อ)

ความคิดเห็นต่อกระบวนการด้าน ผลลัพธ์	จำนวน (ร้อยละ)			Mean	SD	ระดับ ความเห็น
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย			
7. ภาครัฐเครือข่ายให้ความร่วมมือใน การส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการเพิ่มขึ้น	22 (73.3)	6 (20.0)	2 (6.7)	2.67	0.60	มาก
8. คนพิการได้รับผลจากการ ปฏิบัติการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการเพิ่มขึ้น	23 (76.7)	4 (13.3)	3 (10.0)	2.67	0.66	มาก
9. มีกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพิ่มขึ้น	25 (83.3)	3 (10.0)	2 (6.7)	2.77	0.56	มาก
10. คนพิการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ตาม กฎหมายมากขึ้น	26 (86.7)	3 (10.0)	1 (3.3)	2.83	0.46	มาก
Mean = 2.74, SD = 0.51						มาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าความเห็นส่วนใหญ่มองว่าผลลัพธ์ที่ได้นั้นเห็นด้วยและชื่นชมกับผลงานที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวผู้ร่วมวิจัยที่เป็นเหตุผลสนับสนุนข้อคิดเห็นข้างต้น ได้แก่

“มีการมอบรถเข็น แก่คนพิการหลังจากได้ดำเนินการ รู้สึกว่าทางผู้ใหญ่เห็นเอาจริงเอาจัง กับปัญหาคนพิการ ก็ดีกับคนที่ได้รับรถเข็นคงจะช่วยให้ได้ไปไหนมาไหนได้สะดวกยิ่งขึ้น” (อสม. 1)

“ในชุมชนมีการจัดหางบประมาณเพื่อช่วยเหลือคนพิการ เป็นครั้งแรกที่เกิดขึ้นผมก็รู้สึกดีใจที่ได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคนบ้านเดียวกัน” (อสม. 2)

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดกิจกรรมวันคนพิการ เป็นครั้งแรกเคยเห็นแต่ในข่าวเขาจัดงานวันคนพิการ รู้สึกดีในแทนคนพิการ ถ้าจะให้ดีต้องช่วยให้ได้อาชีพจะได้ไม่เป็นภาระครอบครัวและสังคม” (ผ.)

“ดีใจมากที่ได้รับรถเข็น อย่างนี้คนพิการก็มีกำลังใจที่ดีและใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ชอบที่ผู้นำชุมชนที่เห็นคนพิการมีสิทธิเท่าเทียมกับคนธรรมดา” (พ. 1)

“ในชุมชนควรจัดกิจกรรมการเล่นแก่ผู้พิการในวันคนพิการ เหมือนปีนี้ ซึ่งทำให้คนพิการได้รับความรู้และได้ของขวัญด้วย” (อสม. 3)

“การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทำให้คนพิการมีกำลังใจที่ดีและใช้ชีวิตอย่างปกติ” (พ. 2)

“ในแต่ละปีควรมีการจัดกิจกรรมคนพิการในวัน คนพิการ และเพิ่มกีฬาคนพิการด้วยก็จะทำให้คนพิการสนุกสนานเพิ่มขึ้น” (อสม. 4)

“การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ชัดเจนที่สุดคือ เปียยงชีพนพิการ” (กม. 1)

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจะมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาคนพิการมากขึ้น เพราะมีงบประมาณมาก เพราะที่ผ่านมาเห็นแต่จ่ายเปียยงชีพนพิการเท่านั้น” (กม. 2)

“คนในชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคนพิการเพิ่มขึ้น เพราะจะรองรับประมาณจากรัฐบาลอย่างเดียวก็น้ำ และไม่เพียงพอ” (กม. 3)

“อบต. ควรจะจัดอบรมสัมมนาคนพิการเกี่ยวกับอาชีพที่คนพิการทำได้ เพราะเป็นการช่วยเหลือระยะยาว” (อสม. 5)

“ทุกวันนี้คนพิการได้รับความรู้และใส่ใจที่จะแสวงหาสิทธิพื้นฐาน เช่น การต้องการฝึกฝนอาชีพจากทางราชการ” (อสม. 6)

“เมื่อมีคณะกรรมการชมรมแล้วผู้พิการได้รับการดูแลเอาใจใส่ และความช่วยเหลือมากขึ้น” (อสม. 7)

4.2.3 ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการดำเนินงานจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้มาจากกระบวนสังเกตผล (Observe) ของกระบวนการวิจัยครั้งนี้ เป็นการติดตามผลการดำเนินงานทั้งในเชิงกระบวนการทำงานตามกิจกรรม และโครงการที่กำหนดไว้ในระยะวางแผน รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับคนพิการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลังระยะวางแผนว่าชุมชนได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนหรือไม่อย่างไร และผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการปฏิบัติการมีผลต่อคนพิการอย่างไร ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ผลการดำเนินงานการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และแบบบันทึกภาคสนามเพื่อบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ปรากฏผลดังต่อไปนี้

4.2.3.1 ผลกิจกรรมโครงการที่ชุมชนได้จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ พบว่า มีโครงการ/กิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ในระดับชุมชน และขับเคลื่อนจนเกิดกิจกรรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ จำนวน 5 โครงการ และโครงการที่ต้องพึ่งพิงหน่วยงานอื่นหรืออยู่นอกเหนือความสามารถในการจัดการที่อยู่ในระหว่างดำเนินการ 2 โครงการดังตาราง 4.13

ตาราง 4.13 ผลการดำเนินกิจกรรม/โครงการเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
บ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

กิจกรรม/ โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ	การ ประเมินผล
1. จัดตั้งชมรม ช่วยเหลือคน พิการ	เพื่อช่วยเหลือและ พิทักษ์สิทธิ ประโยชน์คนพิการ ในชุมชนบ้านนา ทรายสามัคคี	ตั้งชมรมช่วยเหลือ คนพิการในชุมชน 1 ชมรม	มีชมรมช่วยเหลือ คนพิการเกิดขึ้นใน ชุมชน 1 ชมรม	บรรลุตาม วัตถุประสงค์ โครงการ
2. โครงการปรับ สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยคน พิการ	เพื่อปรับ สภาพแวดล้อม อาศัยคนพิการให้มี ความเหมาะสม ปลอดภัยต่อการ ดำรงชีวิตประจำวัน	ที่อยู่อาศัยคน พิการในชุมชน ได้รับการปรับ สภาพแวดล้อมที่ เหมาะสม	สร้างห้องน้ำให้คน พิการได้รับความ สะดวกที่บ้าน 1 คน	บรรลุตาม วัตถุประสงค์ โครงการ
3. โครงการจัดหา รถเข็นคน พิการโดย ชุมชน	เพื่อช่วยเหลือคน พิการที่ต้องการ รถเข็น	คนพิการในชุมชน ได้รับรถเข็นคน พิการ	คนพิการได้รับ รถเข็น 2 คน	บรรลุตาม วัตถุประสงค์ โครงการ
4. โครงการเยี่ยม คนพิการโดย ชุมชน	เพื่อเพิ่มขวัญ กำลังใจแก่คนพิการ และญาติ	เยี่ยมคนพิการ 1 ครั้ง/คนโดย คณะกรรมการ ชมรมช่วยเหลือ คนพิการ	คณะกรรมการออก เยี่ยมคนพิการตาม แผนทุกคน จำนวน 11 คน	บรรลุตาม วัตถุประสงค์ โครงการ
5. โครงการ อบรมผู้ช่วย คนพิการ	เพื่อเป็นการ ช่วยเหลือคนพิการ อย่างถูกวิธีและทำ หน้าที่คุ้มครองสิทธิ แทนคนพิการ	จัดการอบรมผู้ช่วย เหลือคนพิการใน ชุมชน	กองทุนหลัก สุขภาพตำบลนา สิงห์อนุมัติโครงการ แล้วรอผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการ	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ

ตาราง 4.13 (ต่อ)

กิจกรรม/ โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ	การ ประเมินผล
6. โครงการ พัฒนาอาชีพ เพื่อคนพิการ	เพื่อพัฒนาอาชีพ คนในครอบครัวคน พิการและผู้ช่วยคน พิการ	จัดการอบรม/ฝึก อาชีพแก่คนใน ครอบครัวและ ผู้ช่วยคนพิการใน ชุมชน	อยู่ระหว่างการ ขับเคลื่อนของ ชมรมเพื่อให้ได้รับ การบรรจุเข้าใน แผน 3 ปีและ ข้อบังคับการใช้จ่าย งบประมาณ องค์การบริหารส่วน ตำบลนาสิงห์	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ
7. โครงการวันผู้ พิการตำบล	สร้างคุณค่าแก่คน พิการ และเพิ่ม ความรู้ด้านสิทธิ ความคุ้มครองตาม รพบ.	จัดงานวันคน พิการตำบล 1 วัน	องค์การบริหารส่วน ตำบลนาสิงห์จัด งานวันคนพิการ ระดับตำบล ประจำปี 2557 โดยมีกิจกรรมให้ ความรู้ มอบของ ชำร่วยแก่คนพิการ	บรรลุตาม วัตถุประสงค์ โครงการ

4.2.3.2 ผลการบันทึกภาคสนาม (Field Note) จากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย พบว่า คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและกายอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ ได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการ ได้รับการเข้าถึงกิจการสาธารณะ และได้รับการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ เพิ่มขึ้นมากที่สุด (ร้อยละ 18.2) รองลงมา ได้รับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม และได้รับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 9.1) ดังตาราง 4.14

ตาราง 4.14 การเข้าถึงสิทธิคนพิการ ตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550
เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ (N =11)

การเข้าถึงสิทธิพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)		
	ก่อน	หลัง	เพิ่มขึ้น
1. ด้านการแพทย์			
- ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	6 (54.5)	8 (72.7)	2 (18.2)
- ได้รับกายอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ	2 (18.2)	4 (36.4)	2 (18.2)
- ได้รับการเสริมทักษะการเรียนรู้ตั้งแต่แรกเกิดหรือพบความพิการ	2 (18.2)	2 (18.2)	0 (0.0)
2. ด้านการศึกษา			
- ได้รับโควตาเข้าเรียนต่อ	2 (18.2)	2 (18.2)	0 (0.0)
- ไม่ได้รับทุนการศึกษาเลย	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. ด้านผู้ดูแลคนพิการ			
- ได้รับความรู้ในการดูแลคนพิการ	5 (45.5)	5 (45.5)	0 (0.0)
- ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	1 (9.1)	1 (9.1)	0 (0.0)
- ได้รับการลดหย่อนภาษี	1 (9.1)	1 (9.1)	0 (0.0)
4. ด้านการมีส่วนร่วมชุมชน			
- ได้รับการยอมรับให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการเมือง	7 (63.6)	7 (63.6)	0 (0.0)
- ได้รับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม	4 (36.4)	5 (45.5)	1 (9.1)
5. ด้านสวัสดิการสังคม			
- ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ	11 (100.0)	11 (100.0)	0 (0.0)
- ได้รับผู้ช่วยคนพิการดูแล	4 (36.4)	4 (36.4)	0 (0.0)
- ได้รับให้เข้าอยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
- ได้รับโอกาสให้ได้ใช้ล่ามภาษามือในการสื่อสาร	2 (18.2)	2 (18.2)	0 (0.0)
6. ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร			
- ได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการ	2 (18.2)	4 (36.4)	2 (18.2)
7. ด้านอาชีพและการมีงานทำ			
- ได้รับการฝึกอาชีพ	2 (18.2)	2 (18.2)	0 (0.0)
- ได้รับการรับเข้าเป็นพนักงาน/ลูกจ้างของรัฐและเอกชน	1 (9.1)	1 (9.1)	0 (0.0)
- ได้รับการฝึกอาชีพระยะยาว (ตามโครงการสร้างชีวิตใหม่)	1 (9.1)	1 (9.1)	0 (0.0)

ตาราง 4.14 (ต่อ)

การเข้าถึงสิทธิพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)		
	ก่อน	หลัง	เพิ่มขึ้น
8. ด้านสิ่งแวดล้อมและความสะอาด			
- ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย	3 (27.3)	4 (36.4)	1 (9.1)
- ได้รับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกหรือช่องทางพิเศษในการเข้าถึงกิจกรรมทางสังคม	3 (27.3)	3 (27.3)	0 (0.0)
9. ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะ			
- ได้รับการมีบทบาทในโครงการ/กิจกรรมของภาครัฐในระดับพื้นที่ เช่นการประชุม อบรม การแสดงความคิดเห็น โครงการของรัฐในระดับพื้นที่	4 (36.4)	6 (54.6)	2 (18.2)
10. ด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย			
- ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องกฎหมายและสิทธิที่เกี่ยวข้อง	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
- ได้รับยกเว้นค่าประกันตัวผู้ต้องหา/ค่าทนายความ/ค่าธรรมเนียมศาล	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
11. ด้านการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ			
- ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแลคนพิการ	4 (36.4)	6 (54.6)	2 (18.2)
- ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว	5 (45.5)	7 (63.7)	2 (18.2)
- ได้รับการไม่ถูกล่วงละเมิดและแสวงหาผลประโยชน์จากคนพิการ	4 (36.4)	6 (54.6)	2 (18.2)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีคนพิการได้รับการดูแลโดยการเยี่ยมบ้านพร้อมชุดเยี่ยมบ้านจากผู้นำชุมชนและกรรมการชมรม 11 คน ได้รับรถเข็นคนพิการ 2 คน ได้รับห้องน้ำคนพิการเพื่อความสะอาดและปลอดภัย 1 คน นำความสุขและความพึงพอใจแก่คนพิการและญาติที่ได้รับการดูแล และช่วยเหลือของชมรมช่วยเหลือคนพิการบ้านนาทรายสามัคคี ดังคำกล่าวของคนพิการ และญาติ ได้แก่

“มีความสุขหลาย และขอบคุณทุกคนที่ได้หาของมาให้ ที่เห็นความสำคัญของคนพิการอยู่ ขอให้มีความสุขความเจริญสุขคนค้า” (พ. 1)

“แม้มีความสุขหลายที่ได้รับรถเข็น ไปไหนมาไหนคือสบายมาก” (พ. 2)

“ดีใจหลายคับที่เพื่อนมาเยี่ยม มาหยาม เอาของมาฝากพร้อม ถ้าเป็นไปได้ก็ขอให้เฮ็ดจั่งซี่เป็นประจำคนพิการกะสติใจ คือจั่งเฮาบ่ได้ถูกถ่ม” (พ. 3)

“ดีใจหลาย ตั้งแต่ลูกป่วยกะมีตะแมันี่หละโจมเข้าห้องน้ำ ตอนหลังมากะเมื่อยกะเลยปอยให้มันถ่ายในห้องนอน บัดนี้เพิ่มมาชอยเฮ็ดล่วมในบ้านให้กะสิโคแ่มมันกะสิได้ตุ๊ดไปเอง แม่กะสิบได้เมื่อยหลาย คั้นไทบ้านเฮ็ดนำดีปานนี้คนใช้กะมีกำลังใจ ขอบคุณหลาย ๆ ” (ญ. 1)

“คั้นได้รถเข็นจั่งซีกะดีแล้วคับ ยามเข้าผมกะสิได้พาเพื่อนไปใส่บาตร” (ญ. 2)

4.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการสะท้อนผล (Reflect) หลังจากที่ชุมชนได้ดำเนินกิจกรรมตามที่ระบุไว้ในแผนระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่สังเกตการณ์ เก็บข้อมูลแล้วนัดหมายผู้ร่วมวิจัยทุกคนมารวมสนทนากลุ่ม เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ และศึกษากระบวนการเพื่อถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยได้นัดหมายทีมผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดในวันที่ 4 เมษายน 2557 ศาลาประชาคม หมู่ 4 เวลา 09.00 น. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ร่วมวิจัยที่ได้นัดหมายไว้แล้วซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน, สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน, กรรมการหมู่บ้าน 5 คน, อสม. 16 คน, ผู้แทนคนพิการ 3 คน, บุคลากรภาครัฐ 2 คน โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.2.4.1 ทักทายกลุ่ม แนะนำตัว สร้างความคุ้นเคยกับร่วมวิจัยโดยให้แต่ละคนแนะนำตนเองไปจนครบทุกคนพร้อมกับเล่าบทบาทของแต่ละคนที่ได้ดำเนินการเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคนพิการในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นการนำเข้าสู่การสนทนากลุ่ม ตกลงเบื้องต้นในการสนทนา โดยจะพูดคุยที่ละประเด็นไปจนครบ บรรยากาศการสนทนาเป็นไปแบบกันเองมีการแสดงความเห็นอย่างหลากหลายกระจายในทุกกลุ่ม ไม่ค่อยมีข้อขัดแย้ง มีความเห็นต่างกันบ้างแต่ก็ตกลงกันด้วยเหตุและผล

4.2.4.2 การสรุปผลการดำเนินงานของชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการ โดยทุกคนช่วยกันสรุปกิจกรรมและผลงานที่ได้ดำเนินการมาแล้วทั้งหมด โดยผู้วิจัยคอยกระตุ้นและให้ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมา ผลการดำเนินงาน ดังนี้

1) การจัดตั้งชมรมช่วยเหลือคนพิการ ได้ดำเนินกิจกรรมจัดตั้งชมรมช่วยเหลือคนพิการขึ้นในหมู่บ้าน มีสมาชิกชมรม 34 คน แล้วมีการระดมทุนเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้ จำนวน 7,500 บาท โดยมีคณะกรรมการของชุมชนดำเนินกิจกรรมและบริหารจัดการงบประมาณ จำนวน 25 คน มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน

2) การจัดการรถเข็นคนพิการโดยการติดต่อประสานงานของคณะกรรมการชมรมจนได้รับรถเข็นจาก โรงพยาบาลศรีวิไล จำนวน 2 คัน

3) การปรับสภาพแวดล้อมโดยการสร้างห้องน้ำในบ้านคนพิการโดยการระดมเงินช่วยเหลือจากชมรมช่วยเหลือคนพิการ และใช้แรงงานจากชุมชน จำนวน 1 แห่ง

4) การออกเยี่ยมคนพิการในชุมชนโดยชมรมคนพิการได้เป็นแกนนำจัดการประสานงานเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง กำหนดแผนออกเยี่ยมคนพิการ จัดหาของเยี่ยม แล้วนัดหมายกรรมการและผู้เกี่ยวข้องได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต.นาสิงห์ นักกายภาพบำบัดจาก รพ.ศรีวิไล นายกองดีการบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ และคณะเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบล ออกให้บริการเยี่ยมคนพิการทุกคนในชุมชน จำนวน 11 คน

5) การจัดงานวันคนพิการตำบลนาสิงห์ โดยคณะกรรมการชมรมที่เป็น สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ร่วมเสนอโครงการ และผลักดันให้เกิดกิจกรรมวันคนพิการระดับตำบลนาสิงห์ขึ้น เพื่อให้ผู้บริหารระดับตำบล และผู้นำชุมชนอื่น ๆ เห็นความสำคัญของคนพิการ ในวันดังกล่าวได้มีกิจกรรมให้ความรู้ด้านสิทธิตาม พ.ร.บ. การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และมอบของชำร่วยแก่คนพิการที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งมีคนพิการและญาติเข้าร่วมจำนวน 74 คน โดยผู้นำชุมชนแต่ละหมู่เป็นผู้นำคนพิการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการให้ความสำคัญของคนพิการ

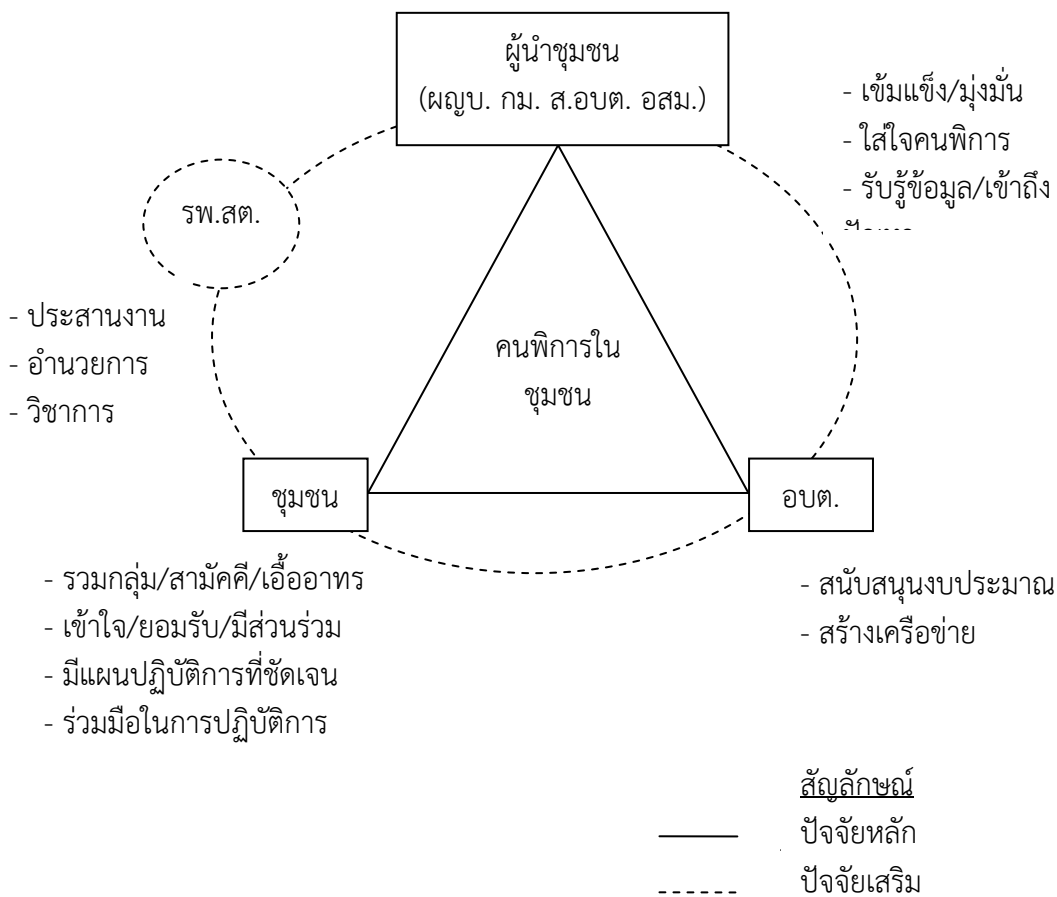
4.2.4.3 การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการระดมสมองในการสนทนากลุ่ม และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานในทุกกิจกรรมดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ เกิดผลลัพธ์ต่อคนพิการที่สำคัญคือ

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และ อสม. ผู้นำเข้มแข็งใส่ใจในปัญหาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีความกระตือรือร้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตั้งแต่เริ่มต้น เข้าร่วมกิจกรรมอย่างพร้อมเพียง ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ การออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2) ชุมชนเห็นพร้อมและมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูลร่วมคิดวิเคราะห์ การจัดทำแผน การปฏิบัติการ มีการรวมกลุ่มกันเป็นชมรมเพื่อให้เกิดพลังในการทำงาน และร่วมบริจาคสมทบทุนช่วยเหลือคนพิการในชุมชน

3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ได้แก่ โครงการจัดอบรมผู้ช่วยคนพิการ และเป็นเจ้าภาพจัดทำโครงการ ได้แก่ โครงการวันคนพิการ

เจ้าหน้าที่ภาครัฐมีบทบาทคอยเสริมพลังใจในการปฏิบัติงานของชมรม คอยให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก ติดตามประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ความเห็นเชิงกระบวนการ ซึ่งเขียนเป็นภาพความสัมพันธ์ของปัจจัยความสำเร็จ ดังภาพ 4.3



ภาพประกอบ 4.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

4.2.4.4 การถอดบทเรียน หลังจากทีกลุ่มได้ข้อสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จแล้วได้ร่วมกันลำดับขั้นตอนการทำงานตั้งแต่เริ่มกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้ปฏิบัติจริงพร้อมกับสรุปผลผลิตที่ได้ในแต่ละขั้นตอน ดังตาราง 4.15

ตาราง 4.15 ขั้นตอนการดำเนินการกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

ขั้นตอนการปฏิบัติการ	ผลผลิตแต่ละข้อ
1. รวบรวมข้อมูลคนพิการ	1. ข้อมูลคนพิการในชุมชนที่มีอยู่จริง
2. วิเคราะห์ปัญหาคนพิการ	2. ปัญหา/ความต้องการคนพิการในแต่ละคน
3. วิเคราะห์บริบทของชุมชน	3. ทราบบริบทของชุมชน
4. กำหนดแนวทาง/วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม	4. ได้แนวทางการแก้ไขปัญหาของคนพิการ เกิดชมรมช่วยเหลือคนพิการในชุมชน
5. จัดทำแผนปฏิบัติการ	5. แผนปฏิบัติการ/โครงการที่เกิดจากการร่วมคิดของชุมชน 7 โครงการ
6. บริหารจัดการแผน	6. เพื่อบอหมายภารกิจหรือผู้รับผิดชอบของแต่ละโครงการ/กิจกรรมว่าจะดำเนินการอย่างไร
7. ปฏิบัติตามแผน	7. ดำเนินการบรรลุผล 5 โครงการ รอดำเนินการ 2 โครงการ
8. ติดตามผล/การประเมินผล	8. ทราบความก้าวหน้าและผลลัพธ์ที่เกิดต่อคุณภาพชีวิตคนพิการระหว่างดำเนินการ
9. สรุปผล	9. ทราบความสำเร็จขั้นสุดท้ายของกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และกระบวนการหรือแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและทราบปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของกระบวนการ
10. ประกาศผล/ผลยกย่องเชิดชู	10. ความภาคภูมิใจ และขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติในระดับชุมชน

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เชิญชวนให้ผู้ร่วมสนทนาได้แสดงความคิดเห็นที่ละขั้นตอน และกิจกรรมเพื่อถอดบทเรียนบทบาทแต่ละคนในแต่ละกิจกรรมอย่างไร และมีส่วนช่วยทำให้กิจกรรมดำเนินไปอย่างไร พบว่า คนพิการที่เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงบทบาทเป็นตัวแทนของคนพิการในการนำเสนอปัญหาและความต้องการของคนพิการในขั้นตอนของการวิเคราะห์ปัญหา อสม. ได้นำเสนอบทบาทในทุกกิจกรรมตั้งแต่ การนำเสนอข้อมูลคนพิการในเขตรับผิดชอบตนเองพร้อมระบุสภาพปัญหาที่พบเห็นและความต้องการของคนพิการตลอดจนได้นำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหามิฉะนั้นขั้นตอนของการวางแผน การลงพื้นที่ปฏิบัติการของกิจกรรมเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนโดยเฉพาะกิจกรรมของชมรมช่วยเหลือคนพิการ ซึ่ง อสม. ส่วนใหญ่จะมีความเห็นคล้อยตามกันเมื่อมี อสม. คนใดคนหนึ่งนำเสนอแล้ว ในส่วนของกรรมการชุมชนแสดงความคิดเห็นค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะคอยสนับสนุนความเห็นของทีม และเสนอแนะให้คนอื่นทำเช่น “การเยี่ยมบ้านคนพิการควรจะเป็นบทบาทหลักของ อสม. ” ในขั้นตอนของการบริหารแผน แต่ก็ไม่ได้ขัดแย้งความเห็นของใคร สนับสนุนและพร้อมปฏิบัติตามมติของกลุ่ม

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการทั้งในบทบาทผู้บริหารท้องถิ่นที่มีความรับผิดชอบโดยตรง และในบทบาทของประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่อนุมัติโครงการที่ชมรมได้เสนอ นอกจากนี้ก็ยังช่วยเป็นผู้อำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และสนับสนุนทุกกิจกรรมที่ดำเนินงาน ด้านเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทสำคัญคือ ดูแลเรื่องสวัสดิการของคนพิการทั้งตำบล รับเรื่องการขอขึ้นทะเบียนคนพิการ คอยขับเคลื่อน เสนอโครงการที่ชมรมได้เสนอขึ้นเพื่อขออุดหนุนงบประมาณ บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาด้านการประเมินสภาพคนพิการเพื่อช่วยจัดลำดับความเร่งด่วนในการช่วยเหลือ การจัดทำทะเบียนคนพิการเพื่อเสนอให้ชุมชนทราบในขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา การออกร่วมกิจกรรมที่ชุมชนได้กำหนดขึ้นในแผน สำหรับผู้ใหญ่บ้านซึ่งถือว่าเป็นบุคคลสำคัญต่อผลสำเร็จ เป็นผู้มีบทบาทในทุกขั้นตอนและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ในบางกิจกรรมเสนอตัวเป็นผู้ปฏิบัติงานเองแทนคนพิการ เช่น การทำเรื่องขอรถเข็น เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานภายในชุมชนและนอกชุมชน จนบรรลุเป้าหมาย เป็นความภาคภูมิใจร่วมกันคือทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างรอยยิ้มให้กับคนพิการในชุมชน

กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ สรุปลงเป็น 10 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลคนพิการ สภาพปัญหาและความต้องการที่มีอยู่ในชุมชนโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ข้อมูลที่ได้มาจากการสำรวจข้อมูลในพื้นที่ และรวบรวมจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ และ องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ เพื่อจัดทำทะเบียนคนพิการในชุมชนขึ้น
2. ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาโดยทุกคนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนพิการหรือญาติ หรือผู้ช่วยคนพิการ ต้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริงของคนพิการ ซึ่งอาจเปรียบเทียบกับสิทธิที่คนพิการควรได้รับตาม พ.ร.บ. การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แล้วลำดับความสำคัญเพื่อวางแผนแก้ไขปัญห
3. ขั้นตอนการวิเคราะห์บริบท โดยทุกคนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันวิเคราะห์เพื่อค้นหาศักยภาพ ความพร้อมของชุมชนที่จะช่วยเหลือ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ขั้นตอนการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญห ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจากสภาพปัญหาที่พบและการวิเคราะห์บริบทชุมชนเพื่อให้ได้แนวทางที่หลากหลายตามสภาพปัญหาที่วิเคราะห์ได้
5. ขั้นตอนการจัดทำแผนงาน/โครงการ ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันจัดทำแผนช่วยเหลือคนพิการระดับหมู่บ้านโดยทำแนวทางการแก้ไขปัญหา มารวบรวมเพื่อจัดทำแผนงานที่จะปฏิบัติในระดับชุมชน ได้แก่ การจัดตั้งชมรมช่วยเหลือคนพิการ

จัดทำโครงการเพื่อของงบประมาณสนับสนุน ได้แก่ โครงการจัดหารถเข็นคนพิการ โครงการปรับสภาพแวดล้อมอาศัยคนพิการ โครงการเยี่ยมคนพิการ โครงการวันคนพิการ โครงการอบรมผู้ช่วยเหลือคนพิการ และโครงการพัฒนาอาชีพเพื่อคนพิการ

6. ขั้นตอนการบริหารจัดการแผน ผู้เกี่ยวข้องในแผน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันบริหารเพื่อให้ทราบว่าใครจะทำอะไร ตอนไหนกับใคร ใช้งบประมาณจากไหนเพื่อให้แผนที่วางไว้สามารถดำเนินการต่อไป ได้แก่ การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งกรรมการหรือคณะทำงาน การมอบหมายงาน และการติดต่อประสานงาน

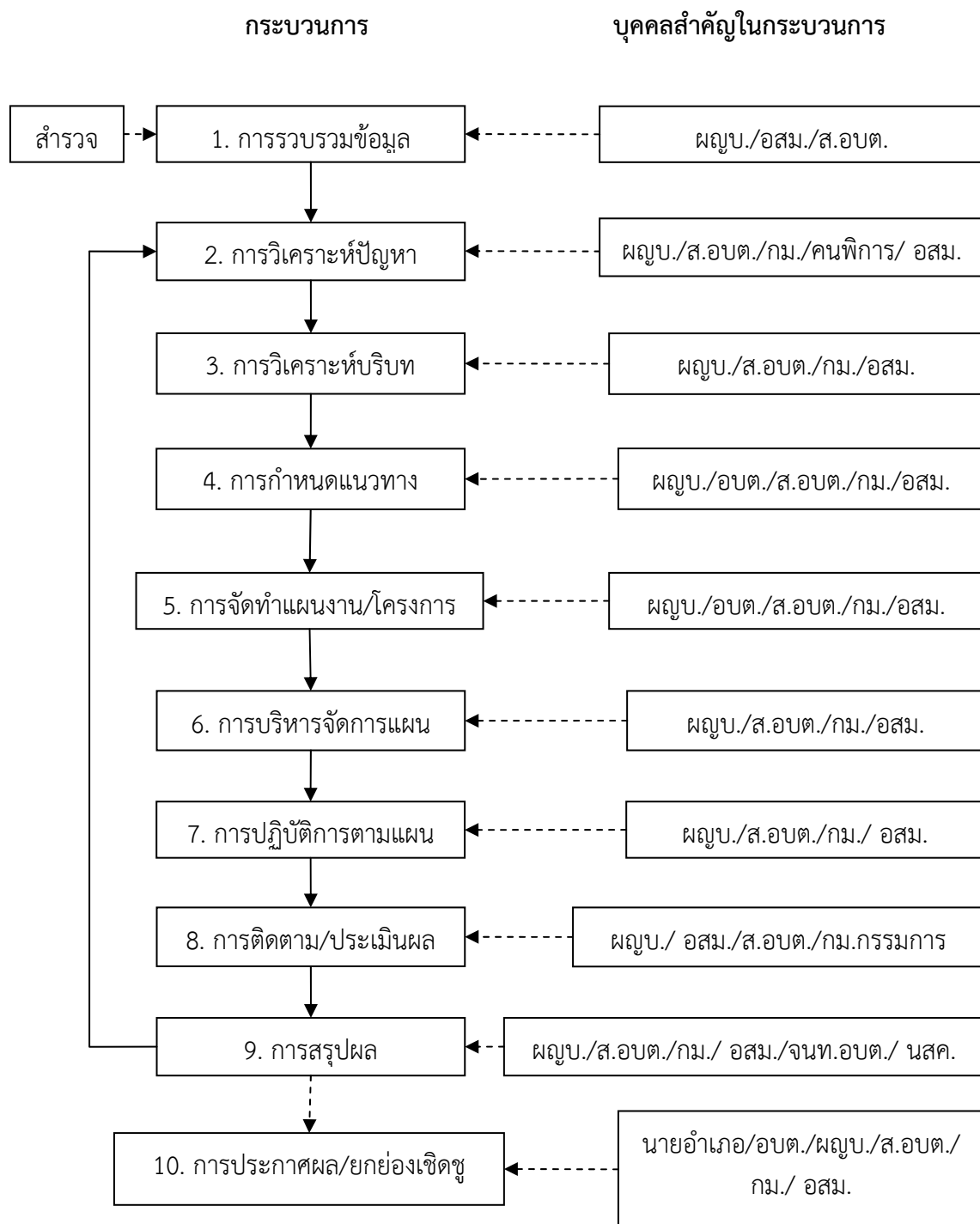
7. ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่วางไว้เพื่อให้แผนงาน/โครงการที่วางไว้บรรลุผลโดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8. ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน

9. ขั้นตอนการสรุปผล ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันสรุปผลสำเร็จ ถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

10. ขั้นตอนการประกาศผล/ยกย่องเชิดชู เป็นขั้นตอนที่เพิ่มขึ้นที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานควรได้รับการยกย่องในความดีที่ได้เสียสละทำงานเพื่อคนอื่นโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ถึงแม้จะไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน แต่การประกาศหรือประชาสัมพันธ์ให้สังคมภายนอกได้รับรู้ความดีที่ชุมชนร่วมกันดำเนินการนั้นจะทำให้คนที่ตั้งใจทำงานเพื่อสังคมจะได้เห็นคุณค่าของงาน มีกำลังใจในการดำเนินกิจกรรมอื่น ๆ ที่เหลือต่อไป ซึ่งในการประกาศผลและยกย่องครั้งนี้ ได้แก่ การเชิญนายอำเภอร่วมกิจกรรมการมอบรถเข็นคนพิการร่วมกันกับองค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชน การจัดทำใบประกาศแก่คณะกรรมการชมรมช่วยเหลือคนพิการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง การประกาศผลงานในเวทีประชุมระดับอำเภอของผู้นำชุมชน การทำเป็นผลงานเด่นของผู้นำชุมชนในการประกวดผู้ใหญ่บ้านดีเด่น

ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ เขียนเป็นขั้นตอนดังภาพประกอบ 4.4



ภาพประกอบ 4.4 กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมบ้านนาทราย

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (PAR) ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ โดยมีความมุ่งหมายเฉพาะเพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในพัฒนาคุณภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ตามขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้

- 5.1 สรุปผล
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (PAR) ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย ระยะเวลาวางแผน (Plan) ระยะเวลาปฏิบัติการ (Action) ระยะเวลาสังเกตผล (Observe) และระยะสะท้อนผล (Reflect) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บริบทของชุมชนในพัฒนาคุณภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยได้ทำการวิจัยในพื้นที่บ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มีผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 คนประกอบด้วย 1) ผู้พิการที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ จำนวน 3 คน 2) ผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อสม. กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 24 คน 3) บุคลากรจากภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายกององค์การบริหารส่วนตำบล นักสุขภาพครอบครัว (นสค.) และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 3 คน ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนใน 4 ระยะของกระบวนการวิจัย ได้แก่ ระยะเวลาวางแผน ประกอบด้วย การเตรียมการวิจัย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์บริบทชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาคุณภาพชีวิตคนพิการ การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาคคนพิการ และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ระยะเวลาปฏิบัติการ ประกอบด้วย การบริหารจัดการแผนและการปฏิบัติการตามแผน ระยะการสังเกตผล ประกอบด้วย การติดตามและประเมินผล ระยะการสะท้อนผลประกอบด้วย การสรุป การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการถอดบทเรียน สรุปผลการวิจัยดังต่อไปนี้

5.1.1 บริบทชุมชนและลักษณะทั่วไปของคนพิการในชุมชน

บ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มี 169 หลังคาเรือน ประชากร 873 คน ชายร้อยละ 49.3 หญิงร้อยละ 50.7 ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม พืชเศรษฐกิจสำคัญคือยางพารา ลักษณะทางสังคมส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย หนึ่งครอบครัวประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และอาจเป็นญาติผู้ใหญ่ฝ่ายผู้ชายหรือฝ่ายหญิง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งอาจจะเป็นทั้งคู่หรือคนใดคนหนึ่ง พื้นฐานทางสังคมส่วนใหญ่เป็นเผ่าภูไทมีเครือญาติเดียวกัน ให้ความเคารพผู้สูงวัยและให้เกียรติผู้อาวุโส ลักษณะการปกครองมีผู้ใหญ่บ้านที่เข้มแข็งใส่ใจในปัญหา คุณภาพชีวิตคนพิการ ต้องการแก้ไขเพื่อลดช่องว่างของสังคมที่มีต่อคนพิการ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และสารวัตรกำนันซึ่งเป็นบุคคลในหมู่บ้านคอยดูแลประชาชน และสนับสนุนกิจกรรมที่เกิดจากการร่วมคิดของคนส่วนใหญ่ในชุมชน มีองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์คอยดูแลด้านสวัสดิการคนพิการ มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือตำบลที่เป็นแหล่งสนับสนุนงบประมาณซึ่งมีผู้แทนจาก หมู่บ้านนาทรายสามัคคีเป็นกรรมการ 3 คน ด้านสาธารณสุขมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ ตั้งอยู่หมู่ที่ 6 ซึ่งเป็นชุมชนเดียวกันมีระยะทางห่างจากชุมชน 800 เมตร มีนักสุขภาพครอบครัวประจำ หมู่บ้าน 1 คน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ 16 คน ด้านการดูแลคนพิการในชุมชนยังไม่มีรูปแบบ การดูแลที่ชัดเจน มีเพียงการค้นหาคนพิการตามนโยบายรัฐโดยชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน เพื่อส่งตัวไปคัดกรอง รับรองความพิการและขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพ การดูแลส่วนใหญ่ ยังเป็นการดูแลตามระบบจากหน่วยบริการปฐมภูมิ คือมีนักสุขภาพครอบครัวจากโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลนาสิงห์คอยให้การดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ

ลักษณะทั่วไปของคนพิการในชุมชนบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มีจำนวนคนพิการในชุมชน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 ของประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง (ร้อยละ 54.6) อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40 – 59 ปี (ร้อยละ 45.5) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็น โสด (ร้อยละ 54.5) การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 54.5) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 72.7) ส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน และไม่พอใช้จ่าย (ร้อยละ 72.7) สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการส่วนใหญ่พิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 54.5) รองลงมาเกิดจากอุบัติเหตุ และความเจ็บป่วย (ร้อยละ 18.2) ลักษณะความพิการส่วนใหญ่พิการด้านร่างกาย และพิการทางหูหรือ การสื่อความหมาย (ร้อยละ 27.3) รองลงมาเป็นความพิการทางสายตาหรือการมองเห็น ความพิการทาง สมอง/สติปัญญาและพิการทางการเรียนรู้ (ร้อยละ 18.2) ระยะเวลาความพิการส่วนใหญ่ 1- 19 ปี (ร้อยละ 45.5) จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 1-5 คน ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวันคนพิการส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ในระดับมาก แต่ยังมีคนพิการเกือบร้อยละ 10.0 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับน้อยที่ต้องพึ่งคนอื่นทั้งหมด การได้รับความช่วยเหลือและการเข้าถึง สิทธิพื้นฐานตามกฎหมาย มีเพียงการได้รับเบี้ยยังชีพที่ได้รับสิทธิทุกคน ส่วนสิทธิอื่น ๆ ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับต่ำกว่าร้อยละ 50.0 และไม่ได้รับเลยคือสิทธิด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย

5.1.2 กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านนาทราย ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 10 ขั้นตอน ดังภาพ 4.3 สรุปได้ดังนี้

5.1.2.1 ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลคนพิการ สภาพปัญหาและ ความต้องการที่มีอยู่ในชุมชนโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ข้อมูลที่ได้มา

จากการสำรวจข้อมูลในพื้นที่ และรวบรวมจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ และ องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ เพื่อจัดทำทะเบียนคนพิการในชุมชนขึ้น

5.1.2.2 ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาโดยทุกคนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนพิการหรือญาติ หรือผู้ช่วยคนพิการ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริงของคนพิการ เปรียบเทียบกับสิทธิที่คนพิการควรได้รับตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

5.1.2.3 ขั้นตอนการวิเคราะห์บริบท โดยทุกคนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันวิเคราะห์เพื่อค้นหาศักยภาพ ความพร้อมของชุมชนที่จะช่วยเหลือ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

5.1.2.4 ขั้นตอนการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จากสภาพปัญหาที่พบและบริบทชุมชนที่จะดำเนินการได้ ซึ่งมีแนวทางที่หลากหลายตามสภาพปัญหาที่วิเคราะห์ได้

5.1.2.5 ขั้นตอนการกำหนดแผนงาน/โครงการ ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันจัดทำแผนช่วยเหลือคนพิการระดับหมู่บ้านโดยทำแนวทางการแก้ไขปัญหาารรวบรวมเพื่อจัดทำแผนงานที่ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน ได้แก่ การจัดตั้งชมรมช่วยเหลือคนพิการ จัดทำโครงการเพื่อของบประมาณ สนับสนุนได้แก่ โครงการจัดหารถเข็นคนพิการ โครงการปรับสภาพแวดล้อมอาศัยคนพิการ โครงการเยี่ยมคนพิการ โครงการวันคนพิการ โครงการวันคนพิการ โครงการอบรมผู้ช่วยเหลือคนพิการ และโครงการพัฒนาอาชีพเพื่อคนพิการ

5.1.2.6 ขั้นตอนการบริหารจัดการแผน ผู้ที่เกี่ยวข้องในแผนร่วมกันบริหารเพื่อให้ทราบว่าจะทำอะไร ตอนไหนกับใคร ใช้งบประมาณจากไหนเพื่อให้แผนที่วางไว้ดำเนินการต่อไป ได้แก่ การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งกรรมการชมรมช่วยเหลือคนพิการ และการมอบหมายผู้รับผิดชอบโครงการ

5.1.2.7 ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่กำหนดเพื่อให้แผนงาน/โครงการที่วางไว้บรรลุผล เช่น การดำเนินกิจกรรมชมรมช่วยเหลือคนพิการที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนแผน ได้มีการปฏิบัติการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1) แต่งตั้งคณะกรรมการ โดยการแต่งตั้งกรรมการจากคณะกรรมการหมู่บ้านฝ่ายต่าง ๆ อสม. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้แทนคนพิการ บุคลากรภาครัฐ จำนวน 25 คน มีเจ้าอาวาสวัดจอมศรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ เป็นที่ปรึกษา

2) การรับสมัครสมาชิกชมรมโดยรับสมาชิกจากบุคคลในชุมชนทั้งคนปกติและคนพิการ ได้จำนวน 34 คน

3) การระดมทุนจากสมาชิกและขอรับการสนับสนุนจากองค์กรอื่น ได้งบประมาณเริ่มต้น 5,700 บาท

4) การจัดทำทะเบียนคนพิการและลำดับความเร่งด่วนในการให้ความช่วยเหลือจากการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน

5) การออกระเบียบชมรมเพื่อให้ชมรมดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ได้มีการประชุมสมาชิกครั้งที่ 1 ที่วัดจอมศรีได้ออกระเบียบชมรมเรื่องการจ่ายเงินชมรมในการช่วยเหลือคนพิการในชุมชน

5.1.2.8 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกัน ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าการขอรับการสนับสนุนรถเข็นคนพิการโดยผู้นำชุมชน

5.1.2.9 ขั้นตอนการสรุปผล ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกันสรุปผลสำเร็จ ถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

5.1.2.10 ขั้นตอนการประกาศผล/ยกย่องเชิดชูชุมชนหรือผู้มีส่วนร่วม เป็นขั้นตอนสำคัญที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานควรได้รับการยกย่องในความดีที่ได้เสียสละทำงานเพื่อคนอื่น โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ถึงแม้จะไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน แต่การประกาศหรือประชาสัมพันธ์ให้สังคมภายนอกได้รับรู้ความดีที่ชุมชนร่วมกันดำเนินการนั้นจะทำให้คนที่ปฏิบัติงานเพื่อสังคมจะได้เห็นคุณค่าของงาน มีกำลังใจที่จะปฏิบัติงาน โครงการอื่น ๆ ที่เหลือต่อไป

5.1.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

5.1.3.1 ผลผลิตจากกระบวนการทำงานของชุมชน ได้แก่ การจัดตั้งชมรมช่วยเหลือคนพิการ 1 ชมรม ที่มีคณะกรรมการจากชุมชนโดยมีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน โครงการเพื่อช่วยเหลือหรือยกระดับคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน จำนวน 5 โครงการ ได้แก่ โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคนพิการ โครงการจัดหารถเข็นคนพิการโดยชุมชน โครงการเยี่ยมคนพิการโดยชุมชน โครงการอบรมผู้ช่วยคนพิการ และโครงการพัฒนาอาชีพเพื่อคนพิการ นำไปสู่การสร้างห้องน้ำให้คนพิการได้รับความสะดวกในบ้าน 1 แห่ง จัดหารถเข็นสำหรับคนพิการ 2 คัน และคนพิการทุกคนได้รับการเยี่ยมบ้านจากคณะกรรมการชมรมช่วยเหลือคนพิการ นอกจากนี้ยังมีโครงการที่เสนอแล้วผ่านการอนุมัติจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลนาสิงห์แล้วยังอยู่ระหว่างรองบประมาณ ได้แก่ โครงการอบรมผู้ช่วยเหลือคนพิการ

5.1.3.2 ผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนตามเกณฑ์ พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ดีขึ้นใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและ ได้รับกายอุปกรณ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.2 ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะได้รับการมีบทบาทในโครงการ/กิจกรรมของภาครัฐในระดับพื้นที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.2 ด้านการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.2 ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.2 ด้านการมีส่วนร่วมชุมชนได้รับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกได้รับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.1

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬครั้งนี้ ที่สำคัญประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผู้นำชุมชน 2) ชุมชน และ 3) องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ โดยโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลนาสิงห์คอยเป็นผู้ประสานและเชื่อมต่องาน กล่าวคือ ผู้นำชุมชนโดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้านที่มีความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาคนพิการชุมชน เปิดใจรับปัญหาคนพิการพร้อมเสนอตัวที่เข้ามามีบทบาทร่วมในการแก้ไข จึงเกิดการเรียนรู้แสวงหาข้อมูลเพื่อให้เข้าใจและเข้าถึงปัญหา ว่าคนพิการพิการในชุมชนตนเองเป็นอย่างไร มีแนวทางการแก้ไขหรือดำเนินการอย่างไร แล้วชักชวนคนในชุมชนโดยเฉพาะกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ด้านชุมชน ด้วยบริบทชุมชนบ้านนาทรายเป็นชุมชนเครือญาติ มีความสามัคคีเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน การดำเนินงานที่เป็นไปในลักษณะช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสจึงทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ตั้งแต่กระบวนการจัดทำแผน การปฏิบัติตามแผน การรับรู้ผลการปฏิบัติ ตลอดทั้งชื่นชมยินดีกับผลงานที่เกิดขึ้นร่วมกัน ด้านองค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณทำให้การขับเคลื่อนกิจกรรม/โครงการต่าง ๆ ที่ชุมชนเสนอขอรับการสนับสนุนดำเนินการบรรลุได้ตามวัตถุประสงค์ และทำหน้าที่ประสานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับเหนือขึ้นไป ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่คอยสนับสนุนด้านวิชาการ ด้านการดูแลฟื้นฟูสภาพคนพิการ คอยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีวิไล อำนวยความสะดวกในการดำเนินการจัดตั้งชมรมคนพิการ

5.2 อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านนาทราย ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการของ Kemmis และ McTaggart ในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประเด็นสำคัญที่จะอภิปรายผลดังนี้

5.2.1 การวิเคราะห์บริบทชุมชน พบว่า ภูมิหลังของชุมชนส่วนใหญ่เป็นชุมชนเผ่าภูไทและมีเครือญาติเดียวกัน ลักษณะทั่วไปของชุมชนมีความโอบอ้อมอารี รักใคร่สามัคคีเอื้อเฟื้อต่อกัน นับถือผู้สูงอายุ ให้เกียรติผู้อาวุโส ประกอบกับการมีผู้นำที่มีความมุ่งมั่นใส่ใจต่อปัญหาชุมชน ชอบเรียนรู้เพื่อพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง มี อสม. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และกรรมการฝ่ายต่าง ๆ ในชุมชนมีความเป็นน้ำหนึ่งเดียวกัน เป็นคุณลักษณะทางสังคมที่เกื้อหนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยทางด้านชุมชนที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุข ของ เพ็ญศรี เขียวขำ (2542) กล่าวว่า ลักษณะทางภูมิศาสตร์จิตวิทยาทางสังคม การจัดระเบียบสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละชุมชนเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป ชุมชนที่ตั้ง รากฐานเป็นเวลานานจะมีการปฏิสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติ การรวมตัวของชุมชนและการเสียสละช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (รัชนี สรรเสริญ และคณะ (2553) ดำเนินการปรับปรุงเครือข่ายการดูแลสุขภาพ และการให้บริการการส่งต่อทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันความพิการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิเริ่มดำเนินการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงการบูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน เช่น การสนับสนุนทุน การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การระดมคนพิการ ครอบครัวและสมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความต้องการของคนพิการเป็นฐาน

5.2.2 กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มี 10 ขั้นตอน ดังนี้

1) การรวบรวมข้อมูลโดยชุมชน เป็นการค้นหาข้อมูลคนพิการจากชุมชนโดยชุมชน ส่วนผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จะได้รับผลกระทบจากกิจกรรม คือกลุ่มคนพิการ พบว่า ได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี เพราะเชื่อว่าข้อมูลที่ให้ไปจะเป็นประโยชน์กับตนเองและคนในครอบครัว และเชื่อมั่นว่าผู้นำที่รวบรวมข้อมูลไปจะนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้ดีขึ้น

2) การวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน เป็นความร่วมมือหลังจากที่ชุมชนรับทราบปัญหา และมีความเห็นพร้อมต้องกันว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นเป็นปัญหาของชุมชนที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น พบว่า ผลการวิเคราะห์ปัญหาทำให้ทราบถึงรากเหง้าของปัญหา เพื่อจะได้หาแนวทางแก้ไขนั้นจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของของทุกฝ่ายในชุมชน เนื่องจากปัญหาบางอย่างมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนเกินกว่าที่บุคคลภายนอกชุมชนจะรับรู้และเข้าถึงปัญหาได้

3) การวิเคราะห์บริบทาร่วมกัน เป็นการร่วมกันวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางสังคมและลักษณะทั่วไป พบว่า การวิเคราะห์บริบททำให้ทราบจุดแข็งหรือลักษณะเด่นของชุมชนในการเข้าถึงคนพิการ เพื่อแก้ปัญหาคนพิการที่ชุมชนต้องการ ซึ่งต้องอาศัยการร่วมมือของชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในชุมชนในการวิเคราะห์าร่วมกัน

4) การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน หลังจากที่ชุมชนรับทราบผลการวิเคราะห์ปัญหาแล้วว่า ปัญหาคนพิการในชุมชนเป็นอย่างไร บริบทชุมชนเป็นอย่างไร ควรเข้าไปมีบทบาทอะไรบ้างในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น พบว่า ชุมชนได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามบริบทและศักยภาพของชุมชน ณ เวลาและสถานการณ์ ทั้งเป็นแนวทางที่ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน และแนวทางที่ต้องเสนอเพื่อขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานนอกชุมชน สู่การนำไปเป็นแนวทางการจัดแผนปฏิบัติต่อไป

5) การวางแผนปฏิบัติการาร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่เกิดต่อเนื่องจากการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา พบว่า ชุมชนชนเข้ามามีบทบาทร่วมในการกำหนดกิจกรรมหรือโครงการ เนื่องจากหากเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับการเสนอหรือมีส่วนร่วมในการอภิปรายหรือสนับสนุนจากชุมชนแล้วจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมด้วย แต่ถ้าตรงกันข้ามหากไม่ได้รับรู้หรือมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนนี้แล้วนอกจากจะไม่ให้ความร่วมมือแล้วอาจจะเกิดการขัดขวางในภายหลังได้

6) การบริหารจัดการแผนาร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการแผนาร่วมกัน พบว่า ชุมชนได้มีการมอบหมายงานกันเป็นคำสั่งของชุมชน การเสนอตัวเพื่อรับผิดชอบงาน การหาแหล่งงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ ที่จะหาได้ในชุมชน ซึ่งเป็นการกำหนดบทบาทาร่วมของชุมชนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติทั้งชุมชน

7) การปฏิบัติการตามแผนาร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่ผู้ที่ได้รับมอบหมายดำเนินกิจกรรมและผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมเข้ามาร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในขั้นจัดทำแผนและการบริหารจัดการแผน พบว่า บทบาทส่วนใหญ่จะเป็นผู้นำชุมชน ได้แก่ การดำเนินการจัดตั้งชมรมช่วยเหลือคนพิการในชุมชน การปฏิบัติโดยใช้บทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนกิจกรรมาร่วมกัน ได้แก่ บทบาทของผู้ใหญ่บ้านในการติดต่อประสานงาน บทบาทของ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการเสนอและผลักดันโครงการใน องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ และบทบาทของ กรรมการกองทุนในการเสนอและผลักดันโครงการในกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์

8) การติดตามและประเมินผลร่วมกัน เป็นขั้นตอนสำคัญที่ชุมชน ผู้เกี่ยวข้องจะต้องมีส่วนร่วมในการกำกับติดตาม เพื่อให้ทราบความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน เพื่อจะได้ร่วมกันแก้ไขไปพร้อมกันโดยไม่ต้องเก็บปัญหาไว้ พบว่า ผู้นำชุมชนและกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจะทำหน้าที่ติดตามผลการดำเนินงานของกิจกรรม แล้วรายงานผลแก่ชุมชนเป็นระยะ

9) การสรุปผลและการวิเคราะห์ผลงานร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้ผลสำเร็จของงานร่วมกัน เพราะเป็นผลผลิตของชุมชน ซึ่งเป็นความต้องการของผู้มีส่วนร่วม กิจกรรมที่จะรับรู้ว่าสิ่งที่ดำเนินการมานั้นมีผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไร พบว่า ชุมชนได้ประชุมกลุ่มเพื่อสรุปผล วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและถอดบทเรียน ไปพร้อมกัน

10) การประกาศผล/ยกย่องเชิดชู เป็นกระบวนการที่เพิ่มเข้ามาหลังจากชุมชนได้ปฏิบัติงานตามแผนสำเร็จ พบว่า เป็นกระบวนการที่ไม่เป็นรูปแบบ แต่สำคัญและจำเป็นเนื่องจากชุมชนได้ร่วมกันทำกิจกรรมด้วยความเสียสละ เป็นการทำความดีที่ควรจะต้องประกาศเชิดชู เผยแพร่ และเพิ่มกำลังใจแก่ผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกคน ได้แก่ การทำเกียรติบัตร การประกาศต่อสาธารณชน การมอบเกียรติบัตรในเวทีหรือที่ประชุมสำคัญ เป็นต้น

จากกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมชุมชนครั้งนี้ พบว่ามี 10 ขั้นตอน มีขั้นตอนที่เพิ่มเข้ามาคือ การบริจกรวมข้อมูล การกำหนดแนวทาง การบริหารจัดการแผน และการประกาศผล ส่วนขั้นตอนที่หายไปนั้นได้ดำเนินการแทรกวมเป็นขั้นตอนเดียวกัน ได้แก่ การติดตาม/สังเกตผล และประเมินผล รวมเป็นขั้นตอนการติดตาม/ประเมินผล ขั้นตอนสรุปผล วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการถอดบทเรียน รวมเป็นขั้นตอนการสรุปผล อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ได้มีชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในทุกขั้นตอน ได้เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านนาทรายสามัคคี จากเดิมที่ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นไปตามกระบวนการแก้ไขปัญหของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน (Community Participation) เป็นแนวคิดการพัฒนาแนวใหม่ที่จะทำให้ประชาชนเกิดความศรัทธาและพึ่งพาตนเองได้ (Self Reliance) มีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self Confidence) และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of Belonging) ในการดำเนินการพัฒนาโครงการต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถและประสิทธิภาพในการปกครองตนเองตามระบอบประชาธิปไตย รวมทั้งนำไปสู่การพัฒนาคนให้มีขีดความสามารถยืนหยัดพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง ซึ่งทุกขั้นตอนเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นจนได้ข้อตกลงร่วมกันเป็นที่ยุติและข้อสรุป สอดคล้องกับความหมายของการมีส่วนร่วมของ อรรถัย ก๊กผล (2552) คือกระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีโอกาสได้แสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผลเพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกันซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น สอดคล้องกับถวิลวดี บุญดีกุล (2551) ได้อธิบายถึงระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมีหลายระดับ โดยวิธีการแบ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความละเอียดของการแบ่งเป็นสำคัญการแบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้จากระดับต่ำสุดไปหาระดับสูงสุดออกเป็น 7 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับการให้ข้อมูล

2) ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน 3) ระดับการปรึกษาหารือ 4) ระดับการวางแผนร่วมกัน 5) ระดับการร่วมปฏิบัติ 6) ระดับร่วมติดตามตรวจสอบ 7) ระดับการควบคุมโดยประชาชน และงานวิจัยของ มนตรี จันทา (2554) ได้ศึกษารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วม ตำบลหนองบัว อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ปัญหา พฤติกรรมสุขภาพ 2) การร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา 3) การกำหนดแผนงาน/โครงการ 4) การปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ และ 5) การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

5.2.3 ผลการดำเนินงานจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านนาทรายครั้งนี้ พบว่า เกิดผลลัพธ์ 2 ลักษณะ คือ 1) ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน 10 ขั้นตอน นำไปสู่การเกิดชมรมช่วยเหลือคนพิการ แผนงาน โครงการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 7 โครงการ 2) ผลลัพธ์ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตพิการ ตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้น ได้แก่ ด้านการแพทย์คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและ ได้รับกายอุปกรณ์ ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะได้รับการมีบทบาทในโครงการ/กิจกรรมของภาครัฐในระดับพื้นที่ ด้านการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการเพิ่มขึ้น และด้านการมีส่วนร่วมชุมชนได้รับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกได้รับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย ซึ่งกิจกรรมและผลงานที่เกิดอาจกล่าวได้ว่า ชุมชนบ้านนาทรายสามัคคีซึ่งเป็นชุมชนที่มีพื้นฐานทางสังคมที่มีความเข้มแข็งจากรากฐานทางเครือญาติ ประเพณี และวัฒนธรรมเดียวกัน มีผู้นำที่ใส่ใจ เข้าถึงปัญหาของชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐหรือหน่วยงานในระดับพื้นที่ มีศักยภาพที่จัดการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการในชุมชนได้ในระดับพื้นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งสุชาติ ปันกิจดี (2542) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน หมายถึง การช่วยเหลือพัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกด้านให้แก่คนพิการ โดยความร่วมมือของคนในชุมชนโดยเฉพาะคนพิการและญาติมีการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรมนุษย์เครื่องมือ ทุน วัสดุ สถานที่ รวมทั้งเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับชุมชนนั้น เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้ทัดเทียมคนปกติซึ่งพบว่าการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนทำให้ชุมชนรับผิดชอบต่อปัญหาคนพิการ ยอมรับคนพิการในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของชุมชนเช่นเดียวกับคนทั่วไปและทำให้ชุมชนเข้าใจสภาพชุมชนทรัพยากรต่าง ๆ รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนสามารถวางแผนแก้ปัญหาในฐานะเจ้าของปัญหาอย่างแท้จริง

5.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการวิจัยครั้งนี้ที่สำคัญ ได้แก่

5.2.4.1 ผู้นำชุมชน เนื่องจากบ้านนาทรายสามัคคีมีผู้นำที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้านมีความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาคนพิการ โดยมองว่าคนพิการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่จะได้รับการดูแลอย่างเสมอภาคจากชุมชน มีการศึกษาข้อมูล เรียนรู้วิธีการที่จะเข้าใจ และเข้าถึงคนพิการ เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือคนพิการในชุมชน และผู้นำด้านอื่น ๆ ประกอบกันเป็นทีมงานในชุมชนที่เข้าใจพร้อมจะให้ความร่วมมือปฏิบัติ โดยมองว่าเป็นหน้าที่ของชุมชนที่จะต้องปฏิบัติต่อคนพิการอย่างคนปกติทั่วไป

5.2.4.2 ชุมชน เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมเดียวกัน มีความรัก ความเอื้ออาทรต่อกันในสังคม มีความสามัคคีสามารถรวมตัวกันเป็นชมรมช่วยเหลือคนพิการ ได้มีความเข้าใจปัญหาว่าคนพิการไม่ใช่ภาระของสังคม แต่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่จะต้องร่วมมือกัน ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้คนพิการเหล่านั้นช่วยเหลือตนเองให้ได้เพื่อลดการพึ่งพิงจากสังคม จึงเกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรม และกระบวนการ เป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญส่งผลให้แผนงานโครงการ ได้รับงบประมาณสนับสนุนและบรรลุเป้าหมาย

5.2.4.3 องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์ เพราะเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ และทำหน้าที่ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับชุมชน ดำเนินกิจกรรมที่เป็นลักษณะการสนับสนุน แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทาง/โครงการ/แผนงานที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งเสริมและสนับสนุนด้านข้อมูลด้านวิชาการแก่ชุมชน การติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่ออำนวยความสะดวกในด้านการจัดบริการด้านการฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การประสานงาน ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลในการเยี่ยมบ้านคนพิการ เป็นต้น

ปัจจัยทั้ง 3 อย่างดังกล่าวที่มีผลต่อความสำเร็จต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมได้มาจากการถอดบทเรียนจากผู้ร่วมวิจัยประกอบกับข้อมูลการสัมภาษณ์ถึงปัจจัยใหญ่ ๆ ที่สำคัญในการขับเคลื่อนในทุกกระบวนการตามวิถีทางสังคม ซึ่งเพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2542) ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุข ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนและการประสานงานที่ดีต่อกันเจ้าหน้าที่ในภาครัฐเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วยชุมชนเอง
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระบบราชการ การดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ
3. ปัจจัยทางด้านชุมชน ลักษณะทางภูมิศาสตร์จิตวิทยาทางสังคม การจัดระเบียบสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละชุมชนเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป ชุมชนที่ตั้ง รากฐานเป็นเวลานานจะมีการปฏิสัมพันธ์ในลักษณะเครือข่าย การรวมตัวของชุมชนและการเสียสละช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับงานวิจัย

5.3.1.1 ส่งเสริมให้ชุมชนที่มีศักยภาพพร้อม เช่น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนสามัคคี ให้มีโอกาสได้จัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการภายใต้บริบทชุมชน และการแสวงหาทรัพยากรในระดับพื้นที่ โดยภาครัฐระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ และวิชาการ เมื่อถูกร้องขอหรือเชื้อเชิญให้เข้าร่วมกิจกรรม เป็นแนวทางการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยรัฐสนับสนุนที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่นในชุมชน หรือปัญหาเดียวกันต่างชุมชนได้ตามความเหมาะสม

5.3.1.2 การจัดทำข้อมูลคนพิการ ชุมชนควรมีฐานข้อมูลคนพิการ มีการสำรวจ และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากความต้องการและสิทธิคนพิการมีการเปลี่ยนแปลงไปตาม

สถานการณ์ หรืออาจมีความต้องการเพื่อทดแทน เช่น กายอุปกรณ์คนพิการบางคนเคยได้ตั้งแต่เกิด ความพิการใหม่ ๆ ผ่านมาหลายสิบปี ปัจจุบันเสื่อมสภาพไปแล้วแต่คนพิการยังพยายามใช้อยู่ เป็นต้น

5.3.1.3 การสนับสนุนงบประมาณ เนื่องจากผลการวิเคราะห์พบว่ามีคนพิการต้องการ กายอุปกรณ์เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ทั้งเป็นการขอทดแทน และมีการปรับเปลี่ยนตามสภาพ ร่างกายจำนวนเกินครึ่ง ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยนี้สามารถ จัดหาได้เพียงรถเข็น 2 คัน ยังมีกายอุปกรณ์อื่น ๆ สำหรับคนพิการคนอื่นที่ยังรอรับความช่วยเหลือ จึงขอเสนอแนะไปยังองค์การบริหารส่วนตำบลควรเป็นเจ้าภาพหลักในการสนับสนุนงบประมาณแก่ ชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในคราวต่อไป

5.3.1.4 การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานคนพิการ เนื่องจากพบว่าคนพิการเกินกว่าครึ่งเข้าถึงสิทธิ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 น้อยมากหรือในบางสิทธิไม่ได้ รับเลย ซึ่งเกิดจากความไม่รู้ของคนพิการและญาติ หรือแม้แต่ผู้นำชุมชนเอง จึงเสนอแนะให้มีการจัด อบรมคนพิการหรือญาติให้ได้รับรู้เรื่องสิทธิของคนพิการ เพื่อให้คนพิการได้เข้าใจและเข้าถึงสิทธิอันพึง ได้จากสังคม อย่างน้อยปีละครั้ง

5.3.1.5 การส่งเสริมหรือพัฒนาอาชีพแก่คนพิการและคนในครอบครัว เพื่อเสริมรายได้ และลดภาระการดูแลจากสังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับท้องถิ่นหรือระดับเหนือขึ้นไป ควรมี การส่งเสริมหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสมสำหรับคนพิการ หรือผู้ดูแล หรือผู้ช่วยคนพิการ ให้สามารถ ประกอบอาชีพได้

5.3.1.6 การสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ องค์การบริหารส่วนตำบลควรจัดการอบรมผู้ช่วย เหลือคนพิการ กรณีที่คนพิการต้องการคนดูแลอย่างใกล้ชิด และจัดหางบประมาณสนับสนุนการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพราะจากผลการวิจัยพบว่าในพื้นที่ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ไม่มีผู้ช่วยคนพิการเลย

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 การวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับชุมชน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนดีขึ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านกระบวนการจัดการได้รูปแบบที่ เหมาะสม ควรมีการเพิ่มวงรอบการวิจัยเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว

5.3.2.2 ควรเพิ่มขนาดตัวอย่างในกลุ่มคนพิการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับ ท้องถิ่น เช่น โรงเรียน ศูนย์การศึกษาแบบบูรณาการและการศึกษาตามอัธยาศัย วัด เข้ามามีส่วนร่วมใน กระบวนการวิจัย เพื่อให้ได้แนวทางที่หลากหลายเพิ่มขึ้นในกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- กิตติยา ติดไชย. (2550). *ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเคลื่อนไหวในตำบลตำหนักธรรม อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขนิษฐา เทวินทรภักดี. (2539). *การฟื้นฟูสภาพคนพิการ: แนวทางสู่ความสำเร็จของคนพิการ*. กรุงเทพฯ: กรมประชาสงเคราะห์.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2540). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 3540 - 2554*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2555). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 3555 - 2559*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- ช่อมกา ไชยมงคล. (2550). *การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากิจกรรมบำบัด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ถวิลวดี บุญดีกุล. (2551). *ระบบการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมระดับจังหวัด : ทำอย่างไรให้เป็นจริง*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาพระปกเกล้า.
- นิธินันท์ โคนกาน. (2547). *การพึ่งตนเองของคนพิการทางกายในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนามหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา บัวสาย. (2551). *การพัฒนาาระบบดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นุมนวล อุทัยบุญ. (2554). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเลย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาสถาบันราชภัฏเลย.
- บวรศักดิ์ อุวรรณโณ และถวิลวดี บุรีกุล. (2548). *ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม*. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.
- ปกรณ วชิรกุล. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาการพัฒนามหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2542). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. ในระเบียบวิธีวิจัย : วิจัยสังคมศาสตร์*. นนทบุรี: กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.

- พวงแก้ว กิจธรรม. (2553). *วิวัฒนาการของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย*. [ออนไลน์].
ได้จาก : <http://www.spe-ut.net/?q=node/509>. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2555]
- พันธ์ทิพย์ รามสูตร. (2550). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการ
สาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชาติ ดลเฉลิมยุทธนา และปิยนุช บุญทอง. (2550). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการ
เคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลสกลนคร. *ศรีนครินทร์เวชสาร*,
22(2), 120 - 126.
- เพ็ญศรี เปลี้นขำ. (2542). *การสาธารณสุขมูลฐาน. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏ
เพชรบุรี*. ราชบุรี: ธรรมรักษ์การพิมพ์
- แพรว เอี่ยมน้อย. (2550). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้พิการทางร่างกายในจังหวัดนครปฐม*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนตรี จันทรา. (2554). *รูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนอง
บัว อำเภอสรีนครบุรี จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มยุรี บุญศักดิ์. (2554). *ระบบการจัดการสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเขื่องใน
จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการ
ระบบสุขภาพ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2550). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550*. เล่มที่ 124, ตอนที่
47 ก. หน้า 1.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์. (2556). *สรุปผลงานประจำปี 2556*. บึงกาฬ: โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ.
- รัชณี สรรเสริญและคณะ. (2553). การบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถาน
บริการปฐมภูมิ : บทเรียนรู้จากประเทศไทย. *การพยาบาลและการศึกษา*, 3(2), 150-155,
พฤษภาคม - สิงหาคม.
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2546). *การบริหารและจัดการเทศบาลในยุคปฏิรูปการเมือง*. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์ โฟร์เฟซ.
- วันชัย วัฒนศัพท์. (2551). *คู่มือการมีส่วนร่วมของชุมชนการตัดสินใจที่ดีกว่าโดยมีชุมชนมีส่วนร่วม*.
แปลจาก J.L.Creighton. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- วันรักษ์ มิ่งมณีนาคน. (2531). *การพัฒนาชนบทไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริไลซ์ วนรัตน์. (2551). *การพัฒนาตัวแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในระบบบริการปฐมภูมิ*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- สมโภช อเนกสุข. (2548). การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. *วารสารวิจัยและวัดผลการศึกษา*, 3(1), 18.
- สุชาติ จักรพิสุทธิ์. (2547). การศึกษาทางเลือกของชุมชน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 27(4), 18 - 23.
- สุชาติ ปันกิติ. (2542). การใช้กระบวนการศึกษาและวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วมกับการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน. *จุลสารการฟื้นฟูทางการแพทย์*, 8(3), 6 - 23.
- สุมัทนา กลางคาร และวรวจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์ - สารคามเปเปอร์.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2553). *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. (2540). *รายงานการวิจัยระบบทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านพิการ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- สุวิทย์ อริยชัยกุล และคณะ. (2546). *สถานภาพกำลังคนทางกายภาพบำบัดในปี 2546*. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบ พ.ศ. 2550 - 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2550). *พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.
- สำนักงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. (2537). *พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีวิไล. (2556). *การรวบรวมสถิติประจำปี 2556*. บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ.
- อนุชา นิลประพันธ์. (2548). *รูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการในชนบทจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรทัย ก๊กผล. (2552). *การมีส่วนร่วมของประชาชน*. ใน *สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม*. กรุงเทพฯ. ประชุมช่างจำกัด. ไม่มีเลขหน้า.

- อรุณี เวียงแสง และคณะ. (2548). *การติดตามและประเมินผลแบบมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ: โครงการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สวรส.).
- อังคณา สาลาด. (2541). *ความคาดหวังในการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว : ศึกษาเฉพาะอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- อัจฉรา จิตต์สันติสุข. (2544). *บทบาทของชุมชนในการดูแลคนพิการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุไรวรรณ จาริก. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- Creswell, J. W. (2002). *Educational Research : Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*. Upper Saddle River, New Jersey: Merrill Prentice Hall.
- Jitapunkul, Chayovan and Yodpetch. (2001). *Elderly in Thailand: An Extensive review of current Data and Situation and Policy and Research Suggestion*. Bangkok: The Thailand Research Foundation.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (2000). Participatory Action Research in Denzin, K.N., Lincoln, S.Y.(Ed.), *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publication, Inc.
- Morgan, DL. & Krueger, RA. (1993). *When to use Focus Groups and Why*. In: Morgan DL, editor. *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*. Newbury Park: Sage.
- World Health Organization. (2004). *CBR : a Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty reduction and Socialinclusion of People with Disabilities*. Geneva: The World Health Organization.
- . (2004). *Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006 - 2011*. [online]. form: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006_to_2011.pdf[Retrieved July 16, 2013].
- . (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action: Global Report*. Geneva: The World Health Organization.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายสมชัย คำหงษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ
2. นางกัณริक्षा พรหมกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีวิไล
อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ
3. นางสาวสโรชา ชัยโคตร นักพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์
อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว ๒๗๖๑๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นายสมชัย คำหงษา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒)	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายอำนาจ สุวรรณไตร รหัสนิสิต ๕๕๐๓๑๔๘๐๐๓๐ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาสิงห์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดบึงกาฬ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.วราภรณ์ พรหมสัถยพรต เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ผศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนั้นความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนั้น เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว ๒๕๗๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นางกัณรัชชา พรหมกุล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำาโครงการวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒)	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายอำนาจ สุวรรณไตร รหัสนิสิต ๕๕๐๓๑๔๘๐๐๓๐ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาสิงห์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดบึงกาฬ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.วราภรณ์ พรหมสัถยพรต เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ผศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนั้นความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้ง นี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จ๊ะจ๋า จ๊ะจ๋า)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ว ๒๗๓๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นางสาวสโรชา ชัยโคตร

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เค้าโครงวิทยานิพนธ์	จำนวน	๑	เล่ม
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน	๑	ชุด
	๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒)	จำนวน	๑	ชุด

ด้วย นายอำนาจ สุวรรณไตร รหัสนิสิต ๕๕๐๓๑๔๘๐๐๓๐ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.วราพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ผศ.ดร.สุมัทนา กลางคร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนั้นความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จ๊ะระศักดิ์ เจริญพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/๑ ๒๕๗๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๗/ ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบขออนุญาตยืมเครื่องใช้เครื่องมือ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลนาสะแบง

ด้วย นายอำนาจ สุวรรณไตร รหัสนิสิต ๕๕๐๓๑๔๘๐๐๓๐ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาสิงห์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดบึงกาฬ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมลัดยพรด เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ผศ.ดร.สุภัททา กลางคาร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นายอำนาจ สุวรรณไตร ทดลองใช้เครื่องมือกับผู้พิการ/ญาติหรือผู้ช่วยเหลือผู้พิการ, ผู้นำชุมชน, บุคลากรจากภาครัฐ ตำบลนาสะแบง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดบึงกาฬ จำนวน ๓๐ คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่านในเดือน มกราคม ๒๕๕๗ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จระศักดิ์ เจริญพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/๑ ๒๙/๓ ๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

เรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสะแบง

ด้วย นายอำนาจ สุวรรณไตร รหัสนิสิต ๕๕๐๓๑๔๘๐๐๓๐ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาสิงห์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดบึงกาฬ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัจด์พรต เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ผศ.ดร.สุ่มทนา กลางคาร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นายอำนาจ สุวรรณไตร ทดลองใช้เครื่องมือกับผู้พิการ/ญาติหรือผู้ช่วยเหลือผู้พิการ, ผู้นำชุมชน, บุคลากรจากภาครัฐ ตำบลนาสะแบง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดบึงกาฬ จำนวน ๓๐ คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่านในเดือน มกราคม ๒๕๕๗ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จ๊ะจ๋าจ๋า จ๊ะจ๋า จ๊ะจ๋า)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ ๖ ๒๕๖๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลนาสิงห์

ด้วย นายอำนาจ สุวรรณไตร รหัสนิต ๕๕๐๓๑๔๘๐๐๓๐ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาสิงห์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดบึงกาฬ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ผศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนี

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นายอำนาจ สุวรรณไตร เก็บรวบรวมข้อมูลกับ ผู้พิการ/ญาติหรือผู้ช่วยเหลือผู้พิการ, ผู้นำชุมชน, บุคลากรจากภาครัฐ จำนวน ๓๐ คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่าน ในระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน ๒๕๕๗ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จ๊ะจ๊ะจ๊ะ จ๊ะจ๊ะจ๊ะ)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘/ ๑๒๗/๓๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๗/ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบขออนุญาตระเบียบเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์

ด้วย นายอำนาจ สุวรรณไตร รหัสนิสิต ๕๕๐๓๑๔๘๐๐๓๐ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาสิงห์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดบึงกาฬ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัจด์ยพรด เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ ผศ.ดร.สุ่มทนา กลางคาร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นายอำนาจ สุวรรณไตร เก็บรวบรวมข้อมูลกับ ผู้พิการ/ญาติหรือผู้ช่วยเหลือผู้พิการ, ผู้นำชุมชน, บุคลากรจากภาครัฐ จำนวน ๓๐ คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่าน ในระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน ๒๕๕๗ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓

ภาคผนวก ค
จริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 206 / 2557

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาสิงห์
อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

ผู้วิจัย : นายอำนาจ สุวรรณไตร

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : มหาสารคาม

วันที่รับรอง : 15 สิงหาคม 2557

วันหมดอายุ : 15 สิงหาคม 2558

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ปรีชา ประเทพา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์งานวิจัยเรื่อง

การพัฒนาคุณภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

เรียน ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่าน

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มีเป้าหมายเพื่อสัมภาษณ์คนพิการในพื้นที่ทำการวิจัย เป็นข้อมูลนำเข้าก่อนการวิจัย ขอให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยจะได้นำผลมาวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อนำผลที่ได้มาเป็นข้อมูลในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการ ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูล 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของคนพิการ จำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคนพิการ จำนวน 26 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

อำนาจ สุวรรณไตร

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร 08-3346-1213

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของคนพิการ จำนวน 12 ข้อ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน และบันทึกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุดในช่วงว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (นับอายุเต็มบริบูรณ์)
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. หย่า แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/ปวส.	<input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ	
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> 3. ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย
<input type="checkbox"/> 5. พนักงาน/ลูกจ้าง	<input type="checkbox"/> 6. รับจ้างทั่วไป
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ (ระบุ).....	
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย.....บาท/เดือน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เพียงพอ	<input type="checkbox"/> 2. เพียงพอ	<input type="checkbox"/> 3. เหลือเก็บ
--	-------------------------------------	---------------------------------------
7. สถานะภาพในครอบครัวก่อนเกิดคามพิการ

<input type="checkbox"/> 1. หัวหน้าครอบครัว	<input type="checkbox"/> 2. ผู้อาศัย
---	--------------------------------------
8. สถานภาพหรือการดำรงตำแหน่งในชุมชน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1. ผู้นำชุมชน	<input type="checkbox"/> 2. สมาชิก อบต.
<input type="checkbox"/> 3. อสม.	<input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ (ระบุ).....
<input type="checkbox"/> 5. ไม่มี	
9. สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการ

<input type="checkbox"/> 1. พิการแต่กำเนิด	<input type="checkbox"/> 2. อุบัติเหตุ
<input type="checkbox"/> 3. พิการจากโรคและความเจ็บป่วย	<input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ (ระบุ).....
<input type="checkbox"/> 5. ไม่ทราบสาเหตุ	

10. ลักษณะของความพิการ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ตาบอดข้างเดียว / ตาบอดสองข้าง
- 2. หูหนวก เป็นใบ้
- 3. ร่างกายเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือได้น้อย
- 4. พิการทางจิต พฤติกรรม หรือออทิสติก
- 5. ความพิการทางสมอง /สติปัญญา
- 6. พิการทางการเรียนรู้

11. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มพิการจนถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน

12. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

13. ผู้ดูแล คือ.....

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรและภารกิจประจำวัน (โดยใช้ดัชนีบาร์เธล (Barthel Index) จำนวน 10 ข้อ)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน และบันทึกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสารไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
 1. ช่วยตัวเองได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
 3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....
2. การเคลื่อนย้ายตนเอง (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 1. ช่วยตัวเองได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
 3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....
3. การทำท่ามสะอวดร่างกาย (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด)
 1. ช่วยตัวเองได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
 3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....
4. การใช้ห้องส้วม
 1. ช่วยตัวเองได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
 3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....
5. การอาบน้ำด้วยตนเอง
 1. ช่วยตัวเองได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
 3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....
6. การแต่งตัว (การสวมใส่เสื้อผ้า)
 1. ช่วยตัวเองได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
 3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....
7. การเดินบนพื้นราบ/การใช้รถเข็นนั่ง (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
 1. ช่วยตัวเองได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
 3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....

8. การขึ้น-ลงบันได

- 1. ช่วยตัวเองได้
- 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
- 3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....

9. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ

- 1. ควบคุมได้ด้วยตัวเอง
- 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
- 3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....

10. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ

- 1. ควบคุมได้ด้วยตัวเอง
- 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
- 3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคนพิการ จำนวน 26 ข้อ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง และบันทึกคำตอบที่ตรงกับความต้องการของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด

ด้านการแพทย์

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

2. กายอุปกรณ์คนพิการ เช่น รถโยก รถเข็น

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

3. การเสริมทักษะการเรียนรู้ตั้งแต่แรกเกิดหรือพบความพิการ

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

ด้านการศึกษา

4. โควตาเข้าเรียนต่อ

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

5. ทุนการศึกษา

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

ด้านผู้ดูแลคนพิการ

6. ความรู้ในการดูแลคนพิการ

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

7. การส่งเสริมอาชีพ

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

8. การลดหย่อนภาษี

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

ด้านการมีส่วนร่วม

9. การยอมรับและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการเมือง เช่น การแข่งขันกีฬา การไปใช้สิทธิเลือกตั้ง

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

10. การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม เช่น ประชุม ประชาคม

1. ได้รับ ระบุ.....
2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

ด้านสวัสดิการสังคม

11. เบี้ยคนพิการ

1. ได้รับ ระบุ.....
2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

12. ผู้ช่วยคนพิการดูแล

1. ได้รับ ระบุ.....
2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

13. เข้าอยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์

1. ได้รับ ระบุ.....
2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

14. ได้รับโอกาสให้ได้ใช้ล่ามภาษามือในการสื่อสาร

1. ได้รับ ระบุ.....
2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร

15. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการ และอื่นๆ

1. ได้รับ ระบุ.....
2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

ด้านอาชีพและการมีงานทำ

16. การฝึกอาชีพ

1. ได้รับ ระบุ.....
2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

17. การรับเข้าเป็นพนักงาน/ลูกจ้างของรัฐและเอกชน

1. ได้รับ ระบุ.....
2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

18. ฝึกอาชีพระยะยาว (ตามโครงการสร้างชีวิตใหม่)

1. ได้รับ ระบุ.....
2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

19. การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

20. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกหรือช่องทางพิเศษในการเข้าถึงกิจกรรมทางสังคม

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะ

21. การมีบทบาทในโครงการ/กิจกรรมของภาครัฐในระดับพื้นที่ เช่นการประชุม อบรม การแสดง
ความเห็น โครงการของรัฐในระดับพื้นที่

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

ด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย

22. คำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องกฎหมายและสิทธิที่เกี่ยวข้อง

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

23. ได้รับค่าจ้างวันค่าประกันตัวผู้ต้องหา/ค่าทนายความ/ค่าธรรมเนียมศาล

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

ด้านจัดการเลือกปฏิบัติ

24. คำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแลคนพิการ

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

25. คำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

26. การไม่ถูกล่วงละเมิดและแสวงหาผลประโยชน์จากคนพิการ

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

แบบสัมภาษณ์เลขที่.....

แบบสัมภาษณ์งานวิจัยเรื่อง
การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้เป็นเครื่องมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ คนพิการ ผู้นำชุมชน และบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 5 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านบริบทชุมชน จำนวน 8 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 18 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านกระบวนการ จำนวน 9 ข้อ
 - ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านผลลัพธ์ จำนวน 10 ข้อ
3. ผู้ศึกษาขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้นจึงขอความกรุณาตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ขอขอบพระคุณที่กรุณาเสียสละในการให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้

อานาจ สุวรรณไตร

นิสิตหลักสูตรสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 โทร. 08-3346-1213

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง และเติมค่าลงในช่องว่างที่กำหนดให้ตามความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุปัจจุบัน.....ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/ปวส.	<input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ (ระบุ).....	
4. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> 3. ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย
<input type="checkbox"/> 5. พนักงาน/ลูกจ้าง	<input type="checkbox"/> 6. รับจ้างทั่วไป
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ (ระบุ).....	
5. สถานภาพหรือตำแหน่งทางสังคม (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1. ผู้ใหญ่บ้าน	<input type="checkbox"/> 2. สมาชิก อบต.
<input type="checkbox"/> 3. กรรมการหมู่บ้าน	<input type="checkbox"/> 4. อสม.
<input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ (ระบุ).....	

คำชี้แจง ส่วนที่ 2-5 โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง และบันทึกคำตอบให้ตรงกับความเห็นผู้ตอบ
แบบสัมภาษณ์มากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง มีความเห็นตรงกับข้อความนั้นทั้งหมด

ไม่แน่ใจ หมายถึง มีความเห็นตรงหรือไม่ตรงกับข้อความนั้นบางส่วน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง มีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นทั้งหมด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านบริบทชุมชน

1. ผู้นำในชุมชนมีความใส่ใจต่อปัญหาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

2. ผู้นำชุมชนมีบทบาทเหมาะสมต่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

3. ชุมชนมีความสนใจต่อปัญหาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

4. ในชุมชนมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

5. ชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

6. ทุกหน่วยงานในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

7. มีบุคลากรภาครัฐสนับสนุนการดูแลคนพิการในชุมชน

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

8. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

10. ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

11. มีงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

12. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงาน/องค์กรอื่นนอกชุมชนในกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

13. มีวัสดุ/อุปกรณ์ในการดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่าง

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

14. มีการประยุกต์ใช้วัสดุ/อุปกรณ์ที่มีในชุมชนในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพอเพียง

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

15. มีการแสวงหาวัสดุ/อุปกรณ์เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจากหน่วยงาน/องค์กรอื่น

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

16. มีข้อมูลคนพิการในชุมชนและใช้วางแผนในกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชน

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

17. มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

18. มีหน่วยงานภาครัฐ/ภาคเอกชนสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านกระบวนการ

1. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ชัดเจน

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

2. กรรมการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนมีความเข้าใจในกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

3. แผนปฏิบัติการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมาจากสภาพปัญหาที่แท้จริง และสอดคล้องกับความต้องการคนพิการ

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

4. เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

5. กิจกรรมในแผนปฏิบัติการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมีความชัดเจนและดำเนินการง่าย

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

6. มีกระบวนการคัดเลือกคนพิการหรือการพิจารณากิจกรรมดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ชัดเจน

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

7. มีการปฏิบัติตามแผนอย่างเป็นรูปธรรมเกิดผลต่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชน

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

8. มีระบบการติดต่อประสานงานกับองค์กรภาครัฐ/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ชัดเจน

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

9. มีการติดตามผลการปฏิบัติการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างต่อเนื่อง

เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านผลลัพธ์

1. มีกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

2. แผนปฏิบัติการมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการมากขึ้น

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

3. คณะกรรมการหรือคณะทำงานในชุมชนมีบทบาทมากขึ้นในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

4. ชุมชนมีบทบาทมากขึ้นต่อกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมากขึ้น

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพิ่มขึ้น

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

7. ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือในการการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพิ่มขึ้น

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

8. คนพิการได้รับผลจากการปฏิบัติการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพิ่มขึ้น

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

9. มีกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพิ่มขึ้น

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

10. คนพิการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายมากขึ้น

- เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

แบบบันทึกกิจกรรมการวิจัย

เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ”
คำชี้แจง เป็นการบันทึกจากการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย เรื่อง การพัฒนา
คุณภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

กิจกรรม.....

ชื่อผู้สังเกต.....

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

1. ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม (การเข้าร่วมกิจกรรม)

.....

2. ความตั้งใจในการดำเนินกิจกรรม (การแสดงความคิดเห็น)

.....

3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรม (การนำเสนอข้อมูลอันเป็นประโยชน์)

.....

4. การแสดงความคิดเห็นในขณะดำเนินกิจกรรม (การวิเคราะห์บริบท/ปัญหา/แนวทางแก้ไข)

.....

5. การแสดงความเป็นเจ้าภาพ (เสนอตัวรับผิดชอบ)

.....

6. ความกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา

.....

7. การชักชวนหรือชี้แนะให้กลุ่มดำเนินกิจกรรม

.....

8. บันทึกเพิ่มเติม (ผลของกิจกรรม)

.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)

...../...../.....

แบบสัมภาษณ์เลขที่.....

แบบบันทึกภาคสนามสำหรับการวิจัยเรื่อง
การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

คำชี้แจง

แบบบันทึกภาคสนามนี้เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามสิทธิประโยชน์คนพิการใน พรบ.การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 หลังการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการในวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ” เพื่อสัมภาษณ์คนพิการในพื้นที่วิจัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กิจกรรม.....
 ชื่อผู้สังเกต.....
 สถานที่.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ลักษณะทางประชากรของคนพิการ

1. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ
2. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย 4. หย่า/แยก
3. การศึกษาสูงสุด
 1. ไม่ได้ศึกษา 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย 5. อนุปริญญา/ปวส. 6. ปริญญาตรี
 7. อื่นๆ ระบุ
4. อาชีพ
 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. เกษตรกรรม 3. ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ
 4. ค้าขาย 5. พนักงาน/ลูกจ้าง 6. รับจ้างทั่วไป
 7. อื่นๆ (ระบุ).....
5. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย.....บาท/เดือน
 1. ไม่เพียงพอ 2. เพียงพอ 3. เหลือเก็บ
6. ลักษณะความพิการ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. การมองเห็น 2. การสื่อสาร (หูหนวก เป็นใบ้)
 3. ความพิการทางสมอง /สติปัญญา 4. พิกัดทางจิต พฤติกรรม หรือออทิสติก
 5. พิกัดทางการเรียนรู้ 6. การเคลื่อนไหว

7. สาเหตุความพิการ.....

8. ระยะเวลาความพิการ.....ปี

9. ความสามารถ/ทักษะพิเศษ.....

10. ผู้ดูแล.....

มีความสัมพันธ์ เป็น

1. พ่อ/แม่

2. บุตร

3. คู่สมรส

4. พี่น้อง

5. ผู้อุปการะ/เครือญาติ

แบบบันทึกปรากฏการณ์การที่ได้รับตามสิทธิประโยชน์คนพิการตาม พรบ.การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ที่เกิดขึ้นหลังการดำเนินกิจกรรมวิจัย เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ”

กิจกรรม	ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น		
	ได้รับ	ไม่ได้ รับ	ระบุสิ่งที่เปลี่ยนแปลงหรือ เหตุผลอื่นประกอบ
สิทธิด้านการแพทย์			
- ได้รับสิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย			
- ได้รับกายอุปกรณ์คนพิการ เช่น รถโยก รถเข็น			
- ได้รับการเสริมทักษะการเรียนรู้ตั้งแต่แรกเกิดหรือพบความพิการ			
- อื่นๆ (ระบุ).....			
สิทธิด้านการศึกษา			
- ได้รับโอกาสเข้าศึกษาหลักสูตรเกี่ยวกับการสร้างและปรับสภาพแวดล้อม หรือหลักสูตรอย่างอื่น			
- ได้รับทุนการศึกษา			
อื่นๆ (ระบุ).....			
สิทธิด้านผู้ดูแลคนพิการ			
- ผู้ดูแลคนพิการได้รับการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือคนพิการ			
- ผู้ดูแลคนพิการได้รับการส่งเสริมอาชีพเพื่อเสริมรายได้ที่พอเพียงต่อการดำรงชีพ			
- ผู้ดูแลคนพิการได้รับการลดหย่อนภาษี			
- อื่นๆ (ระบุ).....			
สิทธิด้านการมีส่วนร่วม			
- การยอมรับและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการเมือง เช่น การแข่งขันกีฬา การท่องเที่ยว การประชุม การไปใช้สิทธิเลือกตั้ง			
- การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม เช่น การเป็นคณะกรรมการต่างๆในชุมชน			
- อื่นๆ (ระบุ).....			
สิทธิด้านสวัสดิการสังคม			
- การได้รับเบี้ยคนพิการ			
- การได้รับผู้ช่วยคนพิการดูแล			
- การได้รับโอกาสที่จะอยู่ในสถานสงเคราะห์			
- การได้รับโอกาสให้ได้ใช้ล่ามภาษามือในการสื่อสาร			

กิจกรรม	ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น		
	ได้รับ	ไม่ได้ รับ	ระบุสิ่งที่เปลี่ยนแปลงหรือ เหตุผลอื่นประกอบ
- อื่นๆ (ระบุ).....			
สิทธิด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร			
- การรับรู้ข่าวสารเรื่องสวัสดิการคนพิการอย่าง สม่ำเสมอ			
- การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร			
อื่นๆ (ระบุ).....			
สิทธิด้านอาชีพและการมีงานทำ			
- ได้รับการฝึกอาชีพตามศักยภาพและความต้องการ			
- การได้รับโอกาสหรือไม่ถูกกีดกันการรับเข้าเป็น พนักงาน/ลูกจ้างของรัฐและเอกชน			
- ได้รับโอกาสฝึกอาชีพระยะยาว (ตามโครงการสร้าง ชีวิตใหม่)			
- อื่นๆ (ระบุ).....			
สิทธิด้านสิ่งอำนวยความสะดวก			
- การได้รับความสะดวกจากการปรับปรุง สภาพแวดล้อมอาศัยในการดำรงชีวิต เช่น ทางลาด ราวเกาะ			
- การได้รับอำนวยความสะดวกจากการปรับปรุง สภาพแวดล้อมหรือช่องทางพิเศษในการเข้าถึงบริการ ภาครัฐและกิจกรรมทางสังคม			
- อื่นๆ (ระบุ).....			
สิทธิด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะ			
- การเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมต่างๆของภาครัฐใน ระดับพื้นที่ เช่น ประชุม ประชาคม			
- อื่นๆ (ระบุ).....			
สิทธิด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย			
- การได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องกฎหมาย และสิทธิที่เกี่ยวข้อง			
- การได้รับค่ายกเว้นค่าประกันตัวผู้ต้องหา/ค่า ทนายความ/ค่าธรรมเนียมศาล			
- อื่นๆ (ระบุ).....			

กิจกรรม	ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น		
	ได้รับ	ไม่ได้ รับ	ระบุสิ่งที่เปลี่ยนแปลงหรือ เหตุผลอื่นประกอบ
สิทธิด้านจัดการเลือกปฏิบัติ			
- การได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาคของคนใน ครอบครัวในการดูแลคนพิการ			
- การได้รับความรักความอบอุ่นจากคนในครอบครัว			
- การไม่ถูกล่วงละเมิดและแสวงหาผลประโยชน์จาก คนพิการ			
- อื่นๆ (ระบุ).....			

บันทึกปรากฏการณ์อื่นๆเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก
(.....)
...../...../.....

ภาคผนวก จ
ขั้นตอนการดำเนินงาน

ตารางภาคผนวก จ-1 แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan) การพัฒนาคุณภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมชุมชนตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
<p>ระยะที่ 1 <u>ขั้นเตรียมการก่อนการวิจัย</u></p> <p>กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบทและรวบรวมข้อมูลทั่วไปของชุมชน</p> <p>วัตถุประสงค์ - เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชนและลักษณะทั่วไปของชุมชนก่อนการวิจัย</p> <p>เป้าหมาย - ม. 4 ตำบลนาสิงห์</p>	<p>- ศึกษาข้อมูลบริบทของชุมชน และรวบรวมข้อมูลจาก ข้อมูลทุติยภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์</p>	<p>สถานที่ - รพ.สต.นาสิงห์</p> <p>วัสดุอุปกรณ์ - กล้องถ่ายรูป</p> <p>งบประมาณ - สมุดบันทึก</p> <p>-</p>	- ๖.ค.56	ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย	- ทราบข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของชุมชนและลักษณะทั่วไปของชุมชน	- แบบบันทึกกิจกรรม (เครื่องมือหมายเลข 3)	<p>- การจดบันทึกกิจกรรม</p> <p>- การซักถาม</p>

ตารางภาคผนวก จ-1 (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
<p>ระยะที่ 1 <u>ขั้นเตรียมการก่อนการวิจัย(ต่อ)</u></p> <p>กิจกรรมที่ 2 สำรวจข้อมูลและสภาพปัญหาคนพิการในชุมชน</p> <p>วัตถุประสงค์ - เพื่อเก็บข้อมูลทางประชากรและสภาพปัญหาคนพิการของพื้นที่ ที่ทำการศึกษาวิจัย</p> <p>เป้าหมาย - หมู่ที่ 4 ตำบลนาสิงห์</p>	<p>- ลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์</p>	<p>สถานที่ - หมู่ที่ 4 ต.นาสิงห์</p> <p>วัสดุอุปกรณ์ - กล้องถ่ายรูป - สมุดบันทึก</p> <p>งบประมาณ - ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงาน</p>	<p>- ๖.ค.56</p>	<p>ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย</p>	<p>- ทราบจำนวนและสภาพปัญหาของคนพิการในตำบล</p>	<p>- แบบสัมภาษณ์คนพิการ (เครื่องมือหมายเลข 1)</p>	<p>- การจดบันทึกกิจกรรม - การซักถาม</p>

ตารางภาคผนวก จ-1 (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
<p><u>ระยะที่ 1</u> <u>ขั้นเตรียมการก่อนการวิจัย</u></p> <p><u>กิจกรรมที่ 3</u></p> <p>แต่งตั้งคณะกรรมการวิจัย และประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงานวิจัย</p> <p>แก่คณะกรรมการ</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้มีคณะกรรมการวิจัย - เพื่อให้คณะกรรมการเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัยและแนวทางการดำเนินงาน <p><u>เป้าหมาย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัย , ผู้ช่วยนักวิจัย 2 คน, 	<p>1.ประสานงานคณะกรรมการวิจัยทางวาจาแล้วจึงทำการแต่งตั้งโดยทำหนังสือแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ</p> <p>2.ประชุมคณะกรรมการวิจัยเพื่อชี้แจงแนวคิดในการวิจัยและวางแผนการดำเนินการวิจัย</p>	<p><u>สถานที่</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - หมู่ที่ 4 ต.นาสิงห์ <p><u>วัสดุอุปกรณ์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - กล้องถ่ายรูป - สมุดบันทึก <p><u>งบประมาณ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าอาหารผู้เข้าร่วมประชุม 	<p>-ธ.ค.56</p>	<p>ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย</p>	<p>-มีคำสั่งคณะกรรมการวิจัย</p> <p>-คณะกรรมการเข้าใจวัตถุประสงค์</p>	<p>- แบบสรุปรายการประชุม</p>	<p>- จำนวนผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการวิจัย</p>

ตารางภาคผนวก จ -1 (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
<p>ระยะที่ 2 <u>ขั้นการปฏิบัติการวิจัย</u></p> <p>1. <u>ขั้นวางแผน (Planning)</u></p> <p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของคนพิการ</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของคนพิการในชุมชน <p><u>เป้าหมาย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัย , ผู้ช่วยนักวิจัย 2 คน , คนพิการ 3 คน - ผู้นำชุมชน , อสม. 24 คน - เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง 3 คน 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ประสานงานผู้เข้าร่วมวิจัยทางวาจาแล้วจึงทำหนังสือเชิญเข้าร่วมประชุมอย่างเป็นทางการ 2.ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3.ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลลักษณะทางประชากรคนพิการ 4.ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันเสนอวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาคนพิการในชุมชน 	<p><u>สถานที่</u> ศาลาประชาคม ม. 4 ต.นาสิงห์</p> <p><u>วัสดุอุปกรณ์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -กระดาษ/เครื่องเขียน -กล้องถ่ายรูป -สมุดบันทึก <p><u>งบประมาณ</u></p> <p>ค่าอาหาร/อาหารว่างและเครื่องดื่ม</p>	-ม.ค.57	ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย	-ทราบปัญหาและความต้องการของคนพิการ	- แบบบันทึกกิจกรรม (เครื่องมือหมายเลข 3)	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม - การจดบันทึกกิจกรรม - การซักถาม

ตารางภาคผนวก จ-1 (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
<p>ระยะที่ 2 <u>ขั้นการปฏิบัติการวิจัย</u> 1. ขั้นวางแผน (Planning)(ต่อ) กิจกรรมที่ 5 การจัดทำแผนปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ - เพื่อศึกษาแนวทางการปฏิบัติของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป้าหมาย - ผู้วิจัย , ผู้ช่วยนักวิจัย 2 คน , คนพิการ 3 คน - ผู้นำชุมชน , อสม. 24 คน - เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง 3 คน</p>	<p>1.ประชุมเชิงปฏิบัติการ 2.ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันแสดงความเห็น เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิตคนพิการ 3. ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันจัดทำแผนแก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิตคนพิการ</p>	<p><u>สถานที่</u> ศาลาประชาคม ม. 4 ต.นาสิงห์ <u>วัสดุอุปกรณ์</u> -กระดาษ/เครื่องเขียน -กล้องถ่ายรูป <u>งบประมาณ</u> ค่าอาหาร/อาหารว่างและเครื่องดื่ม</p>	<p>-ม.ค.57</p>	<p>ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย</p>	<p>-ทราบแนวทางการปฏิบัติของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ</p>	<p>- แบบบันทึกกิจกรรม (เครื่องมือหมายเลข 3)</p>	<p>- จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม - การจดบันทึกกิจกรรม - การซักถาม</p>

ตารางภาคผนวก จ-1 (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
<p>2. <u>ขั้นปฏิบัติการ(Action)</u> <u>กิจกรรมที่ 6</u> การปฏิบัติการตามแผน ได้แก่ จัดตั้งชมรมช่วยเหลือคนพิการ การแต่งตั้งกรรมการ โครงการช่วยเหลือคนพิการ</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการปฏิบัติของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ <p><u>เป้าหมาย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - คนพิการ 3 คน - ผู้นำชุมชน , อสม. 24 คน - เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง 3 คน 	<p>-ดำเนินกิจกรรมที่ระบุในแผนปฏิบัติการ ตามขั้นตอน และบทบาทหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัย</p>	<p><u>สถานที่</u> ม.4 ต.นาสิงห์</p> <p><u>วัสดุอุปกรณ์</u> -ตามที่ระบุในแผนปฏิบัติการ -กล้องถ่ายรูป -สมุดบันทึก</p> <p><u>งบประมาณ</u> ตามที่ระบุในแผนปฏิบัติการ</p>	<p>ก.พ.- มี.ค. 57</p>	<p>ผู้ที่ถูกระบุในแผน</p>	<p>- มีโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ</p>	<p>- แบบบันทึกกิจกรรม (เครื่องมือหมายเลข 3)</p>	<p>- ภาพกิจกรรม - การจดบันทึกกิจกรรม - การซักถาม</p>

ตารางภาคผนวก จ -1 (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
<p>3. <u>ขั้นสังเกต(Observe)</u> <u>กิจกรรมที่ 7</u> การติดตามและสังเกตผลการดำเนินงาน <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่มีผลต่อคนพิการ <u>เป้าหมาย</u> ม.4 ต.นาสิงห์ อ.ศรีวิไล จ.บึงกาฬ</p>	<p>1. ลงพื้นที่สังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตามแผนในพื้นที่วิจัย 2. เข้าร่วมกิจกรรมที่เกิดจากแผน</p>	<p><u>สถานที่</u> ม.4 ต.นาสิงห์ <u>วัสดุอุปกรณ์</u> -กล้องถ่ายรูป -สมุดบันทึก <u>งบประมาณ</u> -</p>	<p>เม.ย. 57</p>	<p>ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย</p>	<p>- ทราบปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ</p>	<p>- แบบบันทึกภาคสนาม (เครื่องมือหมายเลข 4)</p>	<p>- การบันทึกภาพ - การจดบันทึกกิจกรรม - การซักถาม - จำนวนคนพิการที่ได้รับผลจากการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ</p>

ตารางภาคผนวก จ-1 (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
<p>3. <u>ขั้นสังเกต(Observe)(ต่อ)</u> <u>กิจกรรมที่ 8</u> การประเมินผลการดำเนินงาน <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน <u>เป้าหมาย</u> - คนพิการ 3 คน - ผู้นำชุมชน , อสม. 24 คน - เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง 3 คน</p>	<p>1. นัดหมายกลุ่มผู้ร่วมวิจัยรายบุคคล 2. สัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยรายบุคคล</p>	<p><u>สถานที่</u> ม.4 ต.นาสิงห์ <u>วัสดุอุปกรณ์</u> -กล้องถ่ายรูป -สมุดบันทึก <u>งบประมาณ</u> -</p>	<p>เม.ย. 57</p>	<p>ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย</p>	<p>- ทราบผลลัพธ์เชิงกระบวนการ - ทราบผลลัพธ์ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการ</p>	<p>แบบสัมภาษณ์ ผลการดำเนินงานการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยชุมชนมีส่วนร่วม (เครื่องมือหมายเลข 2)</p>	<p>- การบันทึกภาพ - การจดบันทึกกิจกรรม</p>

ตารางภาคผนวก จ -1 (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
<p>4. <u>ขั้นสะท้อนผล(Reflect)</u> <u>กิจกรรมที่ 9</u> - สรุปผลการดำเนินงาน - วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ - ถอดบทเรียน <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อสรุปกิจกรรมและขั้นตอนของการปฏิบัติการทั้งหมด 2. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรม 3. เพื่อศึกษากระบวนการทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน <u>เป้าหมาย</u> คนพิการ 3 คน, ผู้นำชุมชน/อสม. 24 คน, และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ 3 คน</p>	<p>1. นัดหมายผู้ร่วมวิจัย 2. จัดสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัย 3. ทบทวนกิจกรรมทั้งหมด 4. สรุปขั้นตอนและกระบวนการทั้งหมด 5. วิเคราะห์ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน สิ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จ/ สิ่งที่ทำให้ไม่สำเร็จและสิ่งที่ควรนำไปปรับปรุงแก้ไข</p>	<p><u>สถานที่</u> ศาลาประชาคม ม.4 ต.นาสิงห์ <u>วัสดุอุปกรณ์</u> - สมุดบันทึก - กล้องถ่ายรูป - เครื่องบันทึกเสียง - เครื่องเสียง <u>งบประมาณ</u> เครื่องดื่ม/ อาหารว่าง</p>	<p>เม.ย. 57</p>	<p>ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย</p>	<p>1. ทราบกิจกรรมและขั้นตอนของการปฏิบัติการทั้งหมด 2. ทราบปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรม 3. ได้กระบวนการเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตำบลนาสิงห์</p>	<p>แบบบันทึกกิจกรรม (เครื่องมือหมายเลข 3)</p>	<p>- จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม - การบันทึกภาพ - การจดบันทึกกิจกรรม</p>

ภาคผนวก ฉ
รูปภาพการดำเนินงานกิจกรรม



สัมภาษณ์ข้อมูลคนพิการโดยทีมผู้ช่วยวิจัย



ศึกษาบริบทชุมชนและคืนข้อมูลคนพิการให้ชุมชน



ประชุมเชิงปฏิบัติการในชุมชนชั้นวางแผน



การมอบรถเข็นคนพิการ



จัดทำห้องน้ำให้คนพิการ



การเยี่ยมบ้านคนพิการของผู้นำชุมชนร่วมกับ



การจัดกิจกรรมวันคนพิการระดับชุมชน

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นายอำนาจ สุวรรณไตร
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2513
จังหวัด และประเทศที่เกิด	จังหวัดหนองคาย ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2532 มัธยมศึกษาปีที่ 6 (ม.6) โรงเรียนพรเจริญวิทยา อำเภอพรเจริญ จังหวัดหนองคาย พ.ศ. 2535 ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) วิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2539 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สศ.บ.) สาขาสาธารณสุขศาสตร์ (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2543 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สศ.บ.) สาขาสาธารณสุขศาสตร์ (การคุ้มครองผู้บริโภค ทางสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 126/1 ม.2 บ้านศรีวิไลชุมพร ตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ 38210