

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน  
ตำบลโพนสา อำเภอบำบอง จังหวัดหนองคาย

สุรียัน นันทา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

ตุลาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน  
ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

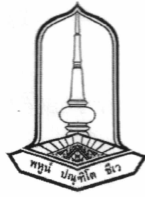
สุรียัน นันทา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

ตุลาคม 2558

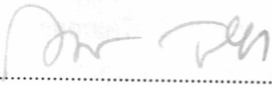

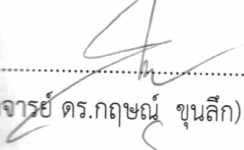


ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



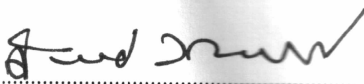


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายสุรียัน นันทา  
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

- |   |   |
|---|---|
| <br>.....<br>(ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์)            | ประธานกรรมการ<br>(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ) |
| <br>.....<br>(อาจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว)        | กรรมการ<br>(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก)  |
| <br>.....<br>(อาจารย์ ดร.กฤษณ์ ชุนสิท)             | กรรมการ<br>(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม)  |
| <br>.....<br>(อาจารย์ ดร.ประชุมพร เลาะห์ประเสริฐ) | กรรมการ<br>(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)       |
| <br>.....<br>(ผศ.ดร.อัจฉรา จินวงษ์)              | กรรมการ<br>(ผู้ทรงคุณวุฒิ)                    |

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

  
.....

(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)

คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์

  
.....

(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่...16...เดือน...๓.ก...พ.ศ. 2558



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.กฤษณ์ ขุนลิก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล ประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ กรรมการสอบ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา จินวงษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ

ขอขอบพระคุณ นายชูชัช แก้วมณีชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ นายประดิษฐ์ สารรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายนิรันดร์ ฤาละคร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายฉัตรจิตต์ ฝ้ายหมื่นไวย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายเอกรินทร์ โประตะเวช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ บุคลากร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ ให้คำแนะนำชี้แนะแก้ไขให้ผู้วิจัยตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา ที่อนุเคราะห์เจ้าหน้าที่เป็นทีมผู้ช่วยวิจัย อนุเคราะห์สถานที่สำหรับรวบรวมข้อมูล จัดอบรมเตรียมทีมวิจัย ขอขอบคุณ นายกเทศมนตรีตำบลโพนสา นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโพนสา ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโพนสา และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกคน ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ เพื่อน ๆ ส.ม.12 ศูนย์อุดรธานีทุกท่าน และทุกศูนย์ ที่เป็นกำลังใจให้ซึ่งกันและกันร่วมแบ่งปันความรู้สึที่ดี ๆ คุณค่าและประโยชน์จากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบความเป็นประโยชน์คุณูปการสำหรับคนพิการตำบลโพนสาทุกท่าน และขอขอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณ บิดา-มารดา ครู-อาจารย์ ที่อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นคนดี มีความอดทน มีคุณธรรมและจริยธรรม

สุรียัน นันทา



ชื่อเรื่อง	การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบล โพนสา อำเภอกำแพง จังหวัดหนองคาย		
ผู้วิจัย	นายสุริยัน นันทา		
ปริญญา	ศาสตรนุศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	ศาสตรนุศาสตร
กรรมการควบคุม	อาจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว อาจารย์ ดร.กฤษณ์ ขุนลิก		
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2558

### บทคัดย่อ

การส่งเสริมสุขภาพคนพิการเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่คนพิการควรได้รับตามกฎหมาย การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ แต่การพัฒนาที่ยั่งยืนนั้นชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมเป็นพื้นฐานสำคัญ การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทำการศึกษาประชากรคนพิการ จำนวน 61 คน กลุ่มตัวอย่างในชุมชนประกอบด้วย ผู้พิการ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรภาครัฐ จำนวน 36 คน กระบวนการศึกษาประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติการ และการติดตามประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการตอบแบบสอบถาม การสังเกต และการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การวิเคราะห์ปัญหา 3) การวิเคราะห์บริบท 4) การกำหนดแนวทาง 5) การจัดทำแผนงาน/กิจกรรม 6) การบริหารจัดการแผน 7) การปฏิบัติการตามแผน 8) การติดตามประเมินผล และ 9) การสรุปผล กระบวนการดังกล่าวทำให้คนพิการได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแลคนพิการ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.59 ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 22.95 ได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการ และ ได้รับการยอมรับให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการเมืองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.39 และทำให้เกิดแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จในครั้งนี้ คือมีผู้นำชุมชนในพื้นที่ที่เข้มแข็ง กลุ่มประชาชนในพื้นที่ที่มีความใส่ใจต่อคนพิการ มีรูปแบบการทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ กบองค์กรในพื้นที่ ที่มีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** การส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ; การมีส่วนร่วมของชุมชน



**TITLE** Development of Health Promotion Model for Disabled People by Participation of the Community at Phonsa Sub-District, Thabo District, Nongkhai Province

**AUTHOR** Mr.Suriyan Nanta

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

**ADVISORS** Chaiwut Bourneow, Ph.D.  
Krit Kunluk, Ph.D.

**UNIVERSITY** Mahasarakham University **YEAR** 2015

### ABSTRACT

Disables should be concerned for the basic of health especially for health promotion. Development health promotion role of public health authority. However, sustainable development, the public sector needs to play a role as a key basis. This action research aims to study the development of health promotion model for disable by participation of the local community. The survey study was 61 people with disabilities in community health volunteers and 36 government personnel. Problem analysis was operated, monitored and the evaluation of data was collected through questionnaires, observations and interviews. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, average, and standard deviation. For qualitative analysis used was content analysis.

The results showed that the development of health promotion model for disables by participation within the community consisted of 9 procedures including as follows: 1) Data gathering 2) Problem analysis 3) Contextual analysis 4) Solutions 5) Planning program/ project 6) Management 7) Implementing 8) Evaluating 9) Conclusion. This process was advised to disables in knowledge role of families in caring for disables. An 24.59 percent has been increased to an environment to 22.95% of accessing was increased to the right information. Dishabilles have increased the participation on to 16.39% in social and political activities and also involvement in the community. better health.

The key success were comprised local actor influencing, style of coordination in the area based orientation and participation with partner all levels.

**Key Words:** Health promotion for disabled people; The participation of the community



## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามในการวิจัย	4
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย	4
1.4 แนวคิดของการวิจัย	4
1.5 ความสำคัญของการวิจัย	5
1.6 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.7 นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	6
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	8
2.1 ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ	8
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	15
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ	21
2.4 แนวทางการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย	26
2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	33
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)	37
2.7 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	40
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	46
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	53
3.1 รูปแบบการวิจัย	53
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
3.4 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	57
3.5 ขั้นตอนการวิจัย	58
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	62
3.8 สถิติที่ใช้ในการวิจัย	62
3.9 จริยธรรมในการวิจัย	63



	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	64
4.1 สัญลักษณ์ในการนำเสนอข้อมูล	64
4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	103
5.1 สรุปผล	103
5.2 อภิปรายผล	107
5.3 ข้อเสนอแนะ	112
เอกสารอ้างอิง	114
ภาคผนวก	119
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	120
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	139
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	142
ภาคผนวก ง รูปภาพการดำเนินกิจกรรม	161
ประวัติย่อผู้วิจัย	168





## สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 2.1 ความถี่และสัดส่วนของคนพิการ จำแนกตามเพศ และภาค ปี 2557	13
ตาราง 4.1 จำนวนหลังคาเรือนและประชากรตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย	66
ตาราง 4.2 ประเภทความพิการของคนพิการ ตำบลโพนสา	69
ตาราง 4.3 ลักษณะข้อมูลทางประชากรคนพิการ ตำบลโพนสา	70
ตาราง 4.4 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการตำบลโพนสา	73
ตาราง 4.5 การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานคนพิการ ตำบลโพนสา	74
ตาราง 4.6 ผลการวิเคราะห์ปัญหาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ร่วมวิจัย	79
ตาราง 4.7 แผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	79
ตาราง 4.8 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ร่วมวิจัย	81
ตาราง 4.9 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ด้านบริบทชุมชนของผู้ร่วมวิจัย	82
ตาราง 4.10 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ด้านปัจจัยนำเข้าของผู้ร่วมวิจัย	84
ตาราง 4.11 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ด้านกระบวนการจัดการของผู้ร่วมวิจัย	88
ตาราง 4.12 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ด้านผลลัพธ์ ของผู้ร่วมวิจัย	90
ตาราง 4.13 ผลการดำเนินกิจกรรม/โครงการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ตำบลโพนสา	92
ตาราง 4.14 การเข้าถึงสิทธิคนพิการ ตาม พ.ร.บ.พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ ตาราง 4.11	93
ตาราง 4.15 ขั้นตอนการดำเนินการกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา	98



## สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชน	52
ภาพประกอบ 4.1 กระบวนการค้นหาช่วยเหลือคนพิการในชุมชน ตำบลโพนสา	69
ภาพประกอบ 4.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	97
ภาพประกอบ 4.3 กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนตำบลโพนสา	101



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ภูมิหลัง

คนพิการเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติ หรือบกพร่องทางร่างกายทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีอยู่ในทุกสังคมที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมไม่ว่าสาเหตุของความพิการนั้นจะมาจากพิการแต่กำเนิด หรือพิการภายหลังจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546)

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประมาณร้อยละ 10 ของประชากรโลก เป็นคนพิการด้วยเหตุผลทางการแพทย์ ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ องค์การสหประชาชาติกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขึ้น 4 ด้าน คือ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทางสังคม ทางการศึกษา และทางอาชีพ โดยอาศัยทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างความก้าวหน้า สิทธิความเสมอภาคและความยุติธรรมสำหรับคนพิการ (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 ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐานนี้ จะเน้นการมีส่วนร่วมของคนพิการ ครอบครัวของคนพิการ และสมาชิกในชุมชน (WHO, 2004)

จากการพัฒนาประเทศไทยให้เจริญอย่างรวดเร็ว เป็นผลให้สังคมไทยเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม มีความเจริญก้าวหน้าด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ประชาชนได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลสุขภาพตัวเองอย่างทั่วถึง ส่งผลให้ความเป็นอยู่ของประชาชนส่วนใหญ่ดีขึ้น แต่สำหรับกลุ่มผู้พิการกลับอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบทางสังคม ไม่ได้รับประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจากรัฐบาลอย่างเต็มที่ เนื่องจากสาเหตุจากความพิการที่ไม่สามารถนำพาตัวเองเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้ ถึงแม้จะมีการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทยให้มีความเจริญก้าวหน้าและครอบคลุมให้มีสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลทุกแห่ง แต่ไม่ครอบคลุมทุกชุมชนและหมู่บ้าน ทำให้การแก้ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพคนพิการและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของคนพิการประสบปัญหาความไม่พอเพียงและขาดประสิทธิภาพ การขาด



ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปรับสภาพความพิการ การขาดทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ของคนพิการ บุคลากรที่ชำนาญเฉพาะด้านความพิการมีน้อยอีกทั้งการประสานงานระบบส่งต่อคนพิการ ที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลทำให้คนพิการไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแล สุขภาพตนเองเท่าที่ควร ปัจจุบันคนพิการได้ประสบกับปัญหาการดำรงชีวิตประจำวัน ปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ ประกอบกับจำนวนคนพิการทาง ภายหรือการเคลื่อนไหวมิแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการประกอบอาชีพ และจากการจรรยา จากสภาพปัญหาดังกล่าวทำให้คนพิการขาดการดูแลเอาใจใส่ด้านสุขภาพตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและเกิดการเจ็บป่วยตามมา(เฉลิม รัตนะโสภณ, 2553: 3)

สำหรับประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 มีคนพิการประมาณ 1.58 ล้านคน หรือร้อยละ 2.44 ของประชากรทั้งประเทศ โดยเพศชายมีสัดส่วนมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 1.27 และ ร้อยละ 1.07 ของประชากรทั้งประเทศตามลำดับ ผู้พิการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 30 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 38.82 ภาคเหนือ ร้อยละ 22.36 ภาคกลาง ร้อยละ 20.78 ภาคใต้ ร้อยละ 11.10 และ กรุงเทพมหานครมีคนพิการ ร้อยละ 4.00 ของจำนวนผู้พิการทั้งหมด และพบว่า ประเภทของความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 48.40 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558)

จังหวัดหนองคาย มีคนพิการที่จดทะเบียนแล้ว จำนวน 8,747 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.70 ของประชากร ประกอบด้วย พิการด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 48.90 ทางสายตา ร้อยละ 15.50 ทางสื่อความหมาย ร้อยละ 8.40 ทางจิตใจ และพฤติกรรม ร้อยละ 6.30 ทางการเรียนรู้ ร้อยละ 11.6 และพิการทางสติปัญญา ร้อยละ 9.30 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย , 2558) อำเภอท่าบ่อ มีคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนจำนวน 763 คน แยกเป็น พิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 52.00 พิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ ร้อยละ 16.93 พิการทางการมองเห็น ร้อยละ 16.87 พิการ ทางการได้ยิน ร้อยละ 9.79 และพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ร้อยละ 4.41 (สำนักงานสาธารณสุข อำเภอท่าบ่อ, 2558)

ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีคนพิการจำนวน 61 คน เป็นคนพิการ ทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 57.38 พิการทางการมองเห็น ร้อยละ 14.75 พิการทางการได้ยิน ร้อยละ 11.48 พิการทางสติปัญญา ร้อยละ 8.20 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ร้อยละ 4.92 และ พิการทางการเรียนรู้ ร้อยละ 3.28 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา, 2558) และจากข้อมูล ทะเบียนรายงานด้านการรักษาพยาบาลในแต่ละเดือนพบคนพิการเข้ามารับการรักษายาบาลด้วย อาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6 รายต่อเดือน (ทะเบียนผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลโพนสา, 2558) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคนพิการยังมีสุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยอยู่บ่อยๆ จำเป็น จะต้องมีการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ชัดเจนเหมาะสมในชุมชน และแนวทางในการจัดการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ที่ตรงตามความต้องการของคนพิการที่จะทำให้เกิดความสำเร็จและ ความยั่งยืน โดยผ่านการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันของชุมชน และนำผลที่ได้มาจัดทำเป็น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชนต่อไปเพื่อจะส่งผลให้คนพิการมีสุขภาพที่ดีอยู่ในสังคมได้ อย่างปกติสุข



ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ผ่านมาของตำบลโพสนา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ยังไม่มีการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน โดยได้มุ่งเน้นไปที่การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและการช่วยเหลือสวัสดิการต่างๆ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการที่จะให้คนพิการมีสุขภาวะที่ดีได้ ส่วนใหญ่จะมีร่างกายที่ไม่แข็งแรงและเจ็บป่วยบ่อย จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าคนพิการในตำบลโพสนา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่มีประสิทธิภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนดตามพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งได้แก่ ด้านการแพทย์ ด้านสวัสดิการ ด้านการศึกษา ด้านสวัสดิการสังคม ด้านการมีส่วนร่วม ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านอาชีพและการมีงานทำ ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะ ด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย ด้านการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ ส่งผลต่อสุขภาพแบบองค์รวมของคนพิการต่ำกว่าที่กำหนดใน พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และเมื่อพิจารณาการดำเนินงานด้านคนพิการที่มีอยู่ในตำบลโพสนาพบว่า บุคลากรในส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน มีความเข้าใจในความหมายของความพิการที่แตกต่างกันส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการของชุมชน เช่นคนพิการทางจิตจะไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควร เพราะสื่อสารกันไม่เข้าใจ การเยี่ยมบ้านคนพิการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวแต่ขาดการช่วยเหลืออย่างเป็นองค์รวม ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดความเข้าใจในการดำเนินงานด้านคนพิการ มักจะปฏิบัติกับคนพิการในลักษณะของการแจกสิ่งของ เช่น เสื้อกันหนาว ผ้าห่ม ถูยั้งชีพ เป็นครั้งคราวมากกว่าหาแนวทางพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้คนพิการดูแลตนเองและเข้าสู่สังคมได้ ซึ่งการดูแลดังกล่าวยังไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของคนพิการ ปัจจัยในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการนั้น ตัวคนพิการเองต้องเห็นคุณค่าและเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิต ด้านครอบครัวต้องมีความพร้อมตั้งใจและอดทน มีพลังที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการ ระดับชุมชนต้องให้โอกาสและมีเจตคติในทางบวกต่อคนพิการ จึงจะส่งเสริมให้คนพิการและครอบครัวมีสุขภาพและชีวิตที่ดีขึ้นได้ ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิธิพันธ์ โคกคาน (2547) ที่ศึกษาการพึ่งตนเองของคนพิการพบว่าชุมชนยังไม่เห็นความสำคัญของคนพิการว่าเป็นปัญหา จึงไม่เกิดรูปธรรมในการดูแลคนพิการ ในขณะที่เดียวกันชุมชนมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือคนพิการ เพียงแต่ขาดการชี้แนะจากองค์กรของรัฐว่าจะทำอย่างไร

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความต้องการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อเป็นการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหাসุขภาพคนพิการ โดยเสริมสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็งมีศักยภาพ เพื่อเข้ามามีบทบาทร่วมจัดการโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญในการดำเนินงานร่วมกันของตัวแทนคนพิการ ผู้บริหารท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ผู้ดูแลคนพิการ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการในพื้นที่ ดึงชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของคนพิการ และการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผนปฏิบัติการ แล้วสังเกตผลการดำเนินงานตามการพัฒนารูปแบบที่เกิดขึ้น และวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน ถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการ



โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย โดยหวังว่าผลการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่ชัดเจน และเหมาะสมกับบริบทชุมชน ส่งผลดีต่อสุขภาพของคนพิการในชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

## 1.2 คำถามในการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย เป็นอย่างไร

## 1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

### 1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย

### 1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย

## 1.4 แนวคิดของการวิจัย

การศึกษการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) ในประชากร 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) คนพิการที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
- 2) ผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกรรมการหมู่บ้าน
- 3) บุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล นักสุขภาพครอบครัว (นสค.) และเจ้าหน้าที่ผู้รับงานผู้พิการใน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตการณ์ เพื่อร่วมกันพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่เหมาะสม โดยการกำหนดขั้นตอนการวิจัยในลักษณะวงรอบ (Spiral) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart 4 ขั้นตอน คือ



- 1.4.1 ขั้นการวางแผน (Planning)
- 1.4.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)
- 1.4.3 ขั้นสังเกต (Observation)
- 1.4.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

## 1.5 ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตั้งแต่ การวางแผน การลงมือกระทำ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ และพัฒนาให้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของคณพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้

1.5.1 คณพิการในชุมชนมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพภาพตามสิทธิที่ควรได้รับใน พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคณพิการ พ.ศ. 2550

1.5.2 ชุมชนมีกระบวนการเพื่อพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคณพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ เพื่อจัดการดูแลสุขภาพคณพิการทุกมิติในชุมชนอย่างยั่งยืน

1.5.3 ได้ข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรค และข้อคิดเห็นปัจจัยความสำเร็จจากการดำเนินงานพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคณพิการโดยชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานและการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

## 1.6 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการการ (Action Research) 1 วงรอบ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) เพื่อพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคณพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

### 1.6.1 ขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัย

พื้นที่ในการวิจัย ได้แก่ ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพราะยังไม่เคยมีการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคณพิการโดยชุมชนมาก่อน ชุมชนมีพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมเดียวกัน

### 1.6.2 ขอบเขตด้านประชากร

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) และมีผู้เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จำนวน 36 คน ประกอบด้วย

1.6.2.1 คณพิการ จำนวน 10 คน (ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้)

1.6.2.2 ผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน (10 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (10 คน)



1.6.2.3 บุคลากรจากภาครัฐที่เกี่ยวข้องจำนวน 6 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี (1 คน) นายกองค้การบริหารส่วนตำบล (1 คน) นักสุขภาพครอบครัว (2 คน) เจ้าหน้าที่เทศบาล (1 คน) และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (1 คน)

1.6.3 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือนมีนาคม 2558 ถึง เดือนมิถุนายน 2558

## 1.7 นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

1.7.1 คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสารสติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป โดยได้รับการวินิจฉัยและมีหนังสือรับรองความพิการจากแพทย์ ในพื้นที่ ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยยึดตามสำเนาทะเบียนบ้าน

1.7.2 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการโดยชุมชน ที่ได้จากกระบวนการกลุ่มของผู้พิการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

1.7.3 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการโดยชุมชน หมายถึง กิจกรรม โครงการ การส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ที่ได้จากกระบวนการกลุ่มของผู้พิการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อร่วมกันดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้คนพิการ เพื่อให้คนพิการมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และปัญญา

1.7.4 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการจัดการโดยคนในชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่มีการเชื่อมโยงระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยราชการที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อจัดกิจกรรมการฟื้นฟูด้านการแพทย์ และดูแลสุขภาพ การยอมรับและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับเบี้ยยังชีพ และการปรับสภาพแวดล้อม เพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของคนพิการในชุมชนที่เหมาะสม เสริมพลังอำนาจของคนพิการให้มีสุขภาพที่แข็งแรงในทุกมิติ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ โดยเน้นการมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ

1.7.5 ชุมชน หมายถึง ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่ประกอบด้วย บุคคลกลุ่มบุคคล หน่วยงานต่างๆ ที่มีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในตำบล

1.7.6 ผู้นำชุมชน หมายถึง บุคคลที่ได้รับคัดเลือก แต่งตั้ง ให้เป็นผู้นำในตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน





1.7.7 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง เทศบาลตำบลโพนสา และองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย รวมถึง ผู้บริหาร บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับตำบลที่ชุมชนตั้งอยู่ ที่ทำหน้าที่ด้านสงเคราะห์และช่วยเหลือคนพิการ ได้แก่ นายกเทศมนตรีตำบลโพนสา นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

1.7.8 บุคลากรภาครัฐ หมายถึง บุคลากรที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพคนพิการในพื้นที่ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ได้แก่ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลโพนสา เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลโพนสา และบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

1.7.9 เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง บุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่หรือรับผิดชอบงานคนพิการในเทศบาลตำบลโพนสา และองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา

1.7.10 นักสร้างสุขภาพครอบครัว (นสค.) หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่ทำหน้าที่เป็นหมอประจำครอบครัวในชุมชน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

1.7.11 การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้ามามีบทบาทหรือบทบาทนำในทุกกระบวนการจัดการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของชุมชนบ้านศิลาเลข ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสะท้อนผล และการวิเคราะห์ปัญหาสู่การวางแผนปฏิบัติในเกี่วต่อไป โดยมีสิทธิแสดงความคิดเห็น และลงมดีอย่างเสมอภาค

1.7.12 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึง การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาทำงาน หรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ

1.7.13 การวางแผนแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการวางแผนของชุมชน ได้แก่ ตัวแทนคนพิการ ผู้บริหารท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)

1.7.14 ผู้ดูแลคนพิการ หมายถึง บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใด ที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ ในพื้นที่ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

1.7.15 ผู้ช่วยคนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งให้ความช่วยเหลือคนพิการเฉพาะบุคคล เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต



## บทที่ 2

### ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพสนา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย และสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ
- 2.4 แนวทางการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย
- 2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)
- 2.7 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### 2.1 ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ

#### 2.1.1 ความหมายของคนพิการ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2000) ได้ให้ความหมายของความพิการไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

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

3. ความด้อยโอกาส (Handicap) หมายถึง ความจำกัดในการดำเนินชีวิตของระดับบุคคลที่เป็นผลจากความบกพร่องหรือความพิการ

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า บุคคลหนึ่งอาจมีความบกพร่อง โดยไม่พิการและพิการโดยไม่เกิดการเสียเปรียบก็ได้หากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือมีสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ สิ่งเหล่านี้สามารถเยียวยาความบกพร่องที่มีอยู่ได้ และจะไม่ส่งผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเสียเปรียบในการดำรงชีวิต เช่น คนตาบอดทำงานที่ใช้สายตาไม่ได้ แต่สามารถใช้คอมพิวเตอร์ที่มีเสียงประกอบได้ สามารถเล่นดนตรี เป็นนักกีฬาได้ เป็นต้น



กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2546 ให้ความหมายไว้ว่า คนพิการหมายถึงบุคคลซึ่งมีความสามารถถูกจำกัดให้ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคมได้โดยวิธีการทั่วไป เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาและการเรียนรู้และมีความต้องการจำเป็นพิเศษด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

นิรันดร์ โศกคาน (2547: 9) ให้ความหมาย คนพิการหมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย สติปัญญา จิตใจ และสังคมจนเป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างหนึ่งอย่างใด หรือไม่สามารถปฏิบัติการกิจประจำวัน ศึกษาเล่าเรียน หรือประกอบอาชีพ ได้ดังเช่นคนปกติทั่วไปซึ่งอาจเป็นระยะเวลาชั่วคราวหรือถาวรก็ได้

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายคนพิการว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายของทุพพลภาพ หมายถึง หย่อนกำลังความสามารถที่จะประกอบการทำงานตามปกติได้

สรุปว่าคนพิการ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจตามสภาพที่เห็น โดยแบ่งลักษณะความพิการเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

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

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายคนพิการในตำบลโพพนา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ว่าเป็นบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่



จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป โดยได้รับการวินิจฉัยและมีหนังสือรับรองความพิการจากแพทย์

### 2.1.2 ประเภทของความพิการ

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

1) พิกัดทางการมองเห็น คือ คนที่มีสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้วมองเห็นน้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 จมมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีเลนส์สายตาแคบกว่า 30 องศา

2) พิกัดทางการได้ยินและสื่อความหมาย คือ การได้ยิน เด็กอายุน้อยกว่า 7 ปีลักษณะความพิการ คือ หูตึงปานกลาง หูตึงมาก หูตึงรุนแรง หูหนวก ความดังเฉลี่ยเกิน 40 เดซิเบล จนไม่ได้ยินระดับความผิดปกติ 2 ถึง 5 เด็กอายุเกิน 7 ปี ถึงผู้ใหญ่ ลักษณะความพิการ คือความผิดปกติ หูตึงมาก หูตึงรุนแรง หูหนวก ความดัง 55 เดซิเบลขึ้นไป ระดับความผิดปกติ 2 ถึง 5 การสื่อสาร

3) พิกัดทางการเคลื่อนไหวหรือการเคลื่อนไหว คือ ความพิการ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายเห็นชัดเจน และคนที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้ ระดับความผิดปกติ 3 ถึง 5 (ระดับที่ 1 มีความผิดปกติทางกายแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้ •ระดับที่ 2 มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้ •ระดับที่ 3 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก) น้อยกว่าครึ่งตัวหรือแขน/ขาน้อยกว่า 2 ข้าง •ระดับที่ 4 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก) ครึ่งตัวหรือแขน/ขาเพียง 2 ข้าง •ระดับที่ 5 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก) มากกว่าครึ่งตัวหรือแขนขามากกว่า 2 ข้าง)

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

5) พิกัดทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้คือ ลักษณะพิการ คือ คนที่มีความผิดปกติหรือความ บกพร่องทางสติปัญญาหรือสมอง จนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้

6) พิกัดซ้ำซ้อน 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) คนพิการทางสติปัญญา 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) พิกัดซ้อน



จะเห็นได้ว่าถึงแม้จะมีการแบ่งประเภทความพิการไว้หลายรูปแบบแต่ที่นิยมใช้ในระดับสากลคือ การแบ่งกลุ่มความพิการตามองค์การอนามัยโลก ส่วนในประเทศไทย ยึดถือการแบ่งประเภทความพิการ ตามแนวพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดเอาประเภทความพิการตามการวินิจฉัยความพิการในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งได้ให้ความหมายของคนพิการไว้ 6 ประเภทดังนี้

#### ประเภทที่ 1 ความพิการทางการมองเห็น

1) ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการมองเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับต่ำกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

2) ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการมองเห็นเมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ไปจนถึงต่ำกว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

#### ประเภทที่ 2 ความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย

1) หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางกราดได้ยิน 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 เดซิเบลลงมาถึง 40 เดซิเบล

3) ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

#### ประเภทที่ 3 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา



#### ประเภทที่ 4 ความพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม หรือออทิสติก

1) ความพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของ การรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

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

#### ประเภทที่ 5 ความพิการทางสติปัญญา

การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุ 18 ปี

#### ประเภทที่ 6 ความพิการทางการเรียนรู้

การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

### 2.1.3 สภาวะคนพิการ

#### 2.1.3.1 ลักษณะทั่วไปของคนพิการ

1) เพศ และอายุ คนพิการหญิง มีมากกว่าชาย (ร้อยละ 50.90 และ 49.00 ตามลำดับ) โดยคิดเป็นสัดส่วนในแต่ละเพศ คนพิการหญิงมีร้อยละ 3.00 และชายมีร้อยละ 2.70 จำนวนคนพิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากตามอายุที่เพิ่มขึ้นโดยพบว่ามีคนพิการที่อายุมากกว่า 70 ปีถึงร้อยละ 24.60 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) แสดงว่ากลุ่มอายุที่เสี่ยงมากที่สุดคือกลุ่มผู้สูงอายุ

2) การศึกษา คนพิการส่วนใหญ่ไม่ได้มีการศึกษาถึง ร้อยละ 81.70 กำลังศึกษามีเพียงร้อยละ 18.30 โดยมีการศึกษาก่อนประถมศึกษา ร้อยละ 2.00 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 9.50 คนพิการที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นมีน้อยคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 6.00 และระดับปริญญาตรีมีเพียงร้อยละ 0.50

3) อาชีพ คนพิการที่มี อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1.8 ล้านคน เป็นผู้ที่มีงานทำในรอบปีที่แล้ว 0.6 ล้านคน หรือร้อยละ 35.20 และเป็นผู้ไม่ได้ทำงาน จำนวน 1.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 64.80 โดยในกลุ่มผู้ทำงานนั้น เป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้านการเกษตรและประมงมากที่สุด (ร้อยละ 19.40) รองลงมาคืออาชีพ ขึ้นพื้นฐานต่าง ๆ ในด้านการขาย การให้บริการและผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 4.80)

4) สถานภาพการทำงาน คนพิการที่ทำงานส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 46.60 ประกอบธุรกิจส่วนตัว รองลงมา คือ ช่วยธุรกิจในครัวเรือน ร้อยละ 25.80 และลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 20.50



5) รายได้ต่อปีคนพิการคนพิการที่ทำงานและมีรายได้ ส่วนใหญ่จะมีรายได้ต่ำ โดยร้อยละ 35.40 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 21.60 มีรายได้ 3,000 - 5,000 บาท และร้อยละ 12.40 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท จากข้อมูลการศึกษา อาชีพ รายได้ยังเป็นสิ่งที่แสดงถึงความด้อยโอกาสทางสังคมของคนพิการ

2.1.3.2 จำนวนคนพิการ จากการสำรวจความพิการและคุณภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2557 พบว่า มีคนพิการจำนวนประมาณ 1,586,525 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.40 ของประชากรทั้งหมด(64,871,000 คน) โดยเพศชายมีสัดส่วนมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือร้อยละ 54.30 และร้อยละ 45.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 30.00) เมื่อแยกเป็นรายภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรที่พิการสูงกว่าภาคอื่นคือ ร้อยละ 38.80 ภาคเหนือ ร้อยละ 22.30 ภาคกลาง ร้อยละ 20.90 ภาคใต้ ร้อยละ 11.1 และ กรุงเทพมหานครมีคนพิการ ร้อยละ 4.00 ของจำนวนผู้พิการทั้งหมด ดังตาราง 2.1

ตาราง 2.1 ความถี่และสัดส่วนของคนพิการ จำแนกตามเพศ และภาค ปี 2557

ภาคและเขตการปกครอง	จำนวนคนพิการ			ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
กรุงเทพมหานคร	63,516	35,408	28,108	4.00	2.20	1.70
กลางและตะวันออกเฉียงเหนือ	329,676	181,853	147,823	20.80	11.50	9.30
เหนือ	369,055	198,722	170,333	23.20	12.50	10.70
ตะวันออกเฉียงเหนือ	615,832	327,897	287,935	38.80	20.70	18.20
ใต้	176,154	98,532	77,622	11.10	6.20	4.90
ไม่ระบุ	32,292	18,713	13,579	2.00	1.20	0.90
รวม	1,586,525	861,125	725,400	100	54.30	45.70

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557)

2.1.3.3 ลักษณะความพิการจัดเรียงลำดับตามลักษณะความพิการ 5 ลำดับได้ดังนี้ ลำดับที่ 1 สายตาเลือนราง 2 ข้างมีร้อยละ 21.20 ลำดับที่ 2 สายตาเลือนรางข้างเดียว มีร้อยละ 10.30 ลำดับที่ 3 หูตึง 2 ข้าง มีร้อยละ 9.40 ลำดับที่ 4 อัมพฤกษ์ มีร้อยละ 9.10 และลำดับที่ 5 แขน ขาลีบ เหยียดงอไม่ได้มีร้อยละ 7.90

2.1.3.4 อายุที่เริ่มพิการ มากกว่า 1 ใน 3 ของคนพิการหรือประมาณ ร้อยละ 41.30 เริ่มพิการเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.50 พิการตั้งแต่อายุต่ำกว่า 1 ปี และที่เริ่มพิการในกลุ่มอายุอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันมากนัก ร้อยละ 12.20 พิการในช่วงอายุ 25 - 44 ปี ร้อยละ 14.70 พิการในช่วงอายุ 45 - 59 ปี ดังนั้นโดยเฉลี่ยคนพิการจะเริ่มพิการเมื่ออายุประมาณ 45 ปี



2.1.3.5 ความช่วยเหลือที่ต้องการจากรัฐบาล คนพิการ ร้อยละ 91.60 ต้องการความช่วยเหลือจากรัฐบาลประเภทของความช่วยเหลือที่ต้องการ 5 ลำดับแรก คือ งบประมาณสนับสนุนร้อยละ 76.20 มีงานมีรายได้ที่บ้าน ร้อยละ 22.70 มีคนช่วยดูแลบางเวลา 8.40 ช่วยตัดแปลงที่พักให้เหมาะสมกับการดูแลร้อยละ 6.20 การฝึกอบรมให้สามารถดูแลได้ถูกต้องร้อยละ 6.10 ปัญหาความพิการมีแนวโน้มขยายตัวกว้างขวางและรุนแรงยิ่งขึ้น โดยเฉพาะคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว สาเหตุของความพิการ ส่วนใหญ่เกิดจาก อุบัติเหตุ การบาดเจ็บและผลกระทบมาจากการป่วย/หรือบาดเจ็บเมื่อวัยเด็ก รวมถึงผลพวงสืบเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น การเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ โรคเรื้อรังต่าง ๆ หรือการได้รับสารพิษ ฯลฯ

#### 2.1.4 ปัจจัยกำหนดความพิการ

2.1.4.1 โครงสร้างประชากร โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากอัตราเกิดอัตราตายที่ลดลงและมีผู้สูงอายุยืนยาวขึ้นโดยพบว่าในปี 2533 ประชากรผู้สูงอายุมียุทธละ 7.00 (5.6 ล้าน) และเพิ่มถึงร้อยละ 9.00 (6.2 ล้าน) ในปี 2543 ในปี 2553 ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 15 ซึ่งมากกว่า 7 ล้านคน (Jitapunkul and Yodpetch, 2001) กลุ่มอายุที่พบมีความพิการมาก คือ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน ปัญหาความพิการ น่าจะมีแนวโน้มขยายตัวกว้างขวางและรุนแรงยิ่งขึ้น เพราะว่าโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมียุทธละสูงมากขึ้น

2.1.4.2 การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชากรโลก ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของ การบริโภคยาสูบ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การลดกิจกรรมทางกาย การเพิ่มขึ้นของการบริโภคแอลกอฮอล์ การเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยและความชุกของ ภาวะความดันโลหิตสูง น้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดและเบาหวานจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยนำของสาเหตุ ทำให้การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความพิการ โดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.1.4.3 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม นำมาซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการประสบอันตรายจากการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น รวมถึงสภาวะมลพิษจากการประกอบอาชีพ ที่ก่อให้เกิดความพิการถาวรได้ เช่น มลภาวะทางเสียง การสูญเสียอวัยวะและทุพพลภาพ ฯลฯ มีรายงานการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานในข่ายกองทุนทดแทนแรงงานในปี 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 อุบัติเหตุจราจร ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในปัจจุบัน จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2545 พบว่า มีจำนวนคนพิการทั้งสิ้น 1.1 ล้านคน ในจำนวนนั้นมีจำนวนประชากรประมาณ 65,300 คน ที่พิการเนื่องจากสาเหตุอุบัติเหตุจราจรทางบก คิดเป็นร้อยละ 5.90 ของประชากรพิการ โดยเป็นผู้ที่มีความพิการทางกาย หรือ การเคลื่อนไหว สูงสุด ร้อยละ 66.90 พิการทางการเห็น ร้อยละ 11.80 พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 4.40 พิการด้วยอาการอื่น ๆ ร้อยละ 16.90





จากปัจจัยกำหนดที่ได้กล่าวมาเมื่อพิจารณา สภาพโครงสร้างประชากร การเจ็บป่วย วิธีชีวิต พฤติกรรม และสภาพสังคม ในปัจจุบัน ล้วนส่งผลให้จำนวนผู้พิการมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยเห็นว่าสิ่งนี้น่าจะบอกลถึง ขนาดปัญหาความพิการก็มากขึ้นตามไปด้วย ภาระการฟื้นฟูสมรรถภาพ ก็มากขึ้นเช่นกัน ดังนั้นการสร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ควรรหา รูปแบบที่เหมาะสม 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

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

### 2.2.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 1986) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนให้ดีขึ้น เพื่อให้บรรลุถึงสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคม

กฎบัตรออตตาวา บัญญัติว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการในการปรับปรุงและควบคุมสุขภาพของตนเองให้บรรลุ ซึ่งสภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (จุฬารัตน์ โสตะ, 2545)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพไว้หลายท่าน (จุฬารัตน์ โสตะ, 2545) ดังนี้ซามานส์กี และเคนเซน (Shanmansk and Clausen, 1980 ) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า คือ กิจกรรมใดๆ ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีสูงสุด มีการพัฒนาบุคลิกภาพ ที่สนับสนุนให้ตนเอง มีความสามารถลดเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกาย และอารมณ์

คาร์ (Kar, 1989) ได้ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพว่า คือ ขบวนการกระทำของบุคคล และสังคมที่ทำให้เกิดวิวัฒนาการของการอยู่ดีมีสุข (Advancement of well-being ) และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง สังคม และรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ



เพนเดอร์ (Pender and Pender, 1987) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่มุ่งเสริม และยกระดับความเป็นปกติสุขหรือความผาสุกของชีวิต (well-being) และศักยภาพในด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

กรีนและครูเตอร์ (Green and Kreuter, 1991) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางการศึกษา และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental supports) เพื่อให้เกิดผลทางการกระทำปฏิบัติ (Action) และสภาพการณ์ (Condition) ของการดำรงชีวิตที่จะก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ ซึ่งการกระทำนั้น อาจจะเป็นของบุคคล กลุ่ม ชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย นายจ้าง ครู ฯลฯ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคมส่วนรวม

คู่มือการปฏิบัติงาน กระบวนการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน (สำนักงานสาธารณสุข ประจวบคีรีขันธ์, 2555) ได้รวบรวมความหมายของการส่งเสริมสุขภาพที่มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

โอ ดอนเนลล์ (O' Donnell) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง วิทยาศาสตร์และศิลปะในการช่วยให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปสู่สภาวะ ผลรวมของการสนับสนุนทางการศึกษา และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลทางการกระทำ การปฏิบัติ และสถานการณ์ของการดำรงชีวิตที่จะก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์

ครูเตอร์ และ ดีวอร์ (Kreuter and Devore, 1980) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสนับสนุนด้านสุขภาพโดยให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ภาคเอกชน และภาครัฐ ร่วมมือปฏิบัติ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี

CEA Winslow (1920) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การจัดชุมชนเพื่อการให้การศึกษาแก่เอกบุคคลในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล และการพัฒนาเครื่องมือต่างๆ ในสังคม เพื่อให้บุคคลทุกคนมีมาตรฐานการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมที่จะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีหรือเพื่อการปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น

Cartills Saigado (1984) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมทางสิ่งแวดล้อม สังคม การเมือง การศึกษา เศรษฐกิจ นันทนาการ และอื่นๆ ที่ประกอบขึ้นเพื่อยังผลให้เงื่อนไขชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคในบุคคลและกลุ่มบุคคล

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2541) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

จุฬารัตน์ โสตะ (2545) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนให้ดีขึ้น รวมทั้งควบคุมปัจจัยต่างๆที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพเพื่อก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชน ที่ได้จากกระบวนการกลุ่มของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อให้คนพิการมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม



## 2.2.2 แนวคิดการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพกฏบัตรออตตาวา ดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นมิติหนึ่งทางสุขภาพที่มีความสำคัญมากที่จะช่วยให้เราดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของมิติสุขภาพ เข้าใจหลักและวิธีปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการได้อย่างถูกต้อง

สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์และความสมดุลของบุคคลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งสภาวะที่ปราศจากโรคภัยและการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมอย่างปกติสุข การมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอันเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เป็นทั้งกระบวนการ กิจกรรม และแนวทางสำหรับการดำเนินงาน เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริม และเกื้อหนุนให้บุคคล ได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุกด้าน แบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสุขภาพนั้น เป็นองค์รวมที่มาจากส่วนประกอบหลายๆ ประการ อาทิ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อสนับสนุน ยับยั้ง หรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องอาศัยความร่วมมือ และการระดมพลังจากทุกฝ่าย ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการปรับปรุงสังคมต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และอื่นๆ โดยใช้กลยุทธ์การถ่ายโอนอำนาจจากรัฐ มาสู่ประชาชน ให้มีพลังอำนาจที่จะดูแลสุขภาพ และจัดการกับชุมชนของตนเอง อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ และความเป็นไปได้ ในแต่ละท้องถิ่น โดยคำนึงถึง ระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ที่แตกต่างกันของชุมชน และเน้นการทำงานร่วมกัน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนอย่างเต็มที่

จุฬารัตน์ โสตะ (2545) ได้ให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพว่า การส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ช่วยลดจำนวนวันลา วันป่วย ของผู้ปฏิบัติงาน เพิ่มโอกาสการมีรายได้ และการประกอบอาชีพ ตลอดจนการมีชีวิตการทำงานที่ยาวนาน การใช้ทรัพยากรลดน้อยลง เพื่อการมีคุณภาพที่ดี เติบโตแข็งแรงทั้งกายใจ สติปัญญา และสังคมที่ดี ลดอัตราการป่วย และตายจากโรคที่สามารถป้องกันได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้แนวคิดการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกระบวนการ สร้างกิจกรรม และแนวทาง สำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชน เพื่อเกื้อหนุนให้คนพิการได้มีส่วนร่วมในพัฒนาศักยภาพของตนเอง และชุมชนมีส่วนร่วมในทุกด้าน แบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ และจัดการกับชุมชนของตนเอง อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ และความเป็นไปได้ ในชุมชนของตนเอง โดยคำนึงถึง ประเพณี วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของชุมชน และเน้นการทำงานร่วมกัน ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนอย่างเต็มที่



### 2.2.3 กลวิธีหลักในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ

กฎบัตรอตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ คือ

1. Advocate เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน เพื่อสร้างกระแสทางสังคมและสร้างแรงกดดันให้แก่ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ได้กำหนดนโยบายในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

2. Enable เป็นการดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ เพื่อให้มีสุขภาพดี โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำเนินชีวิต และมีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ประชาชนจะต้องสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้

3. Medicate เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่ม หน่วยงานต่างๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข และหน่วยงานด้านเศรษฐกิจ สังคม สื่อมวลชน เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

กลวิธีหลัก 3 ประการ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2545) ดังนี้

1) การสนับสนุนเพื่อสุขภาพ (Advocacy for health) การสร้างกระแส กระตุ้น เพื่อให้สาธารณชน เกิดความสนใจและต้องการในเรื่องสุขภาพสาธารณสุข ซึ่งจะมีอิทธิพลในการจูงใจกลุ่มบุคคลเป็นผู้นำกำหนดนโยบาย ผู้แทนชุมชน นักการเมือง นักวิชาชีพ ผู้นำทางศาสนา และกลุ่มที่สนใจที่จะดำเนินการเพื่อสนับสนุนงานด้านสุขภาพ

2) การสนับสนุนทางสังคมเพื่อสุขภาพ (Social support for health) กลวิธีสร้างความเข้มแข็งโดยการสนับสนุนทางสังคม มีเป้าหมายสองประการ คือ ประการแรก ประกอบด้วยองค์กรในชุมชนและสถาบันที่กระตุ้นให้เกิดวิถีการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี ประการที่สองเป้าหมายประกอบด้วยแบบ ซึ่งกำหนดโครงสร้างพื้นฐาน สำหรับบริการสุขภาพและสัมพันธ์กับกิจกรรมพัฒนาที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ต้องมีการสร้างแนวร่วม (Clliances) ในกลุ่มที่มีอิทธิพลในสังคม

3) การสร้างพลังเพื่อสุขภาพ (Empowerment for health) ประชาชนมีความต้องการและมีสิทธิที่จะรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี การป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดีของทุกคน (Health for All)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการตามกฎบัตรอตตาวา ดังนี้

1) การสนับสนุนเพื่อสุขภาพ การสร้างกระแส กระตุ้น เพื่อให้ผู้บริหารท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรรมการหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข เกิดความสนใจและต้องการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ซึ่งจะมีอิทธิพลในการจูงใจที่จะดำเนินการเพื่อสนับสนุนงานด้านสุขภาพแก่คนพิการในชุมชน

2) การสร้างพลังและความเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่คนพิการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อกระตุ้นให้เกิดพลัง แรงกาย แรงใจการมีส่วนร่วม ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพต่อวิถีการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติตนของคนพิการให้มีสุขภาพดี



3) การสนับสนุนทางสังคมเพื่อสุขภาพ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน ระหว่างคน ในชุมชนประกอบด้วยคนพิการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้คนพิการได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี การป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดีของคนพิการทุกคน

#### 2.2.4 ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

การดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion Action) ตามกฎบัตร ออตตาวาควรจะต้องมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ

1) สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) การส่งเสริมสุขภาพ มิใช่เป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น การมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ กฎหมาย มาตรการทางเศรษฐกิจ การเงิน การคลัง การเก็บภาษี รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรที่แน่ชัดเพื่อรับผิดชอบ ไม่ใช่เฉพาะระดับกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น จำเป็นจะต้องมีนโยบายสาธารณะที่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน จะต้องยอมรับและ มีการปฏิบัติจริง

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพนี้ มีความหมายใน 2 นัยยะ คือ นัยยะแรก หมายถึง การอนุรักษ์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในระดับชุมชน ระดับประเทศ และระดับโลก ทั้งนี้ เนื่องจาก ความสมดุลย์ของธรรมชาติย่อมมีผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพดีของมวลมนุษย์ ส่วนนัยยะที่สอง คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต การทำงาน และการใช้เวลาว่าง โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (Healthy society) การสร้างเมืองที่มีสุขภาพดี (Healthy city) การจัดสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace) และการทำให้เป็นโรงเรียนเพื่อสุขภาพ (Healthy school) เป็นต้น

3) การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action) หัวใจสำคัญของกระบวนการเพิ่มความสามารถของชุมชน คือ การสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน ให้ชุมชนสามารถ ควบคุมการปฏิบัติงานและเป้าหมายของชุมชนเองได้ ซึ่งหมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารของชุมชน โอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนทางการเงินอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพ ควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนา มีความรู้และทักษะในการดำรงชีวิต (life skills) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่ง สำหรับประชาชนที่จะควบคุมสุขภาพของตนเองและควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ

5) การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ระบบการบริการ สาธารณสุขในปัจจุบัน ควรมีการปรับระบบให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น มีการสื่อสารกับ หน่วยงานภายนอกให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น หน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม ด้านการเมือง และ เศรษฐกิจ นอกเหนือจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ยังต้องให้ความสนใจ เกี่ยวกับการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนระบบและการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพ



การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพคนพิการ 5 ประการ ดังนี้

- 1) ออกเยี่ยมคนพิการที่บ้านโดยเครือข่ายชุมชน ร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่จากท้องถิ่น และทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต. โพนสา เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแบบองค์รวมแก่คนพิการอย่างน้อยปีละครั้ง
- 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพคนพิการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่มีเหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพ
- 3) การสร้างพลังให้ชุมชนดำเนินการเอง ในการส่งเสริม สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ในด้านให้คำปรึกษา ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ ด้านนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อบทบาทชุมชน
- 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การให้ศึกษาและแนะนำทักษะชีวิต เพื่อให้คนพิการทราบถึง ข้อมูลข่าวสารสำคัญและทางเลือกในการควบคุมสุขภาพ ซึ่งให้คนพิการเรียนรู้เพื่อเตรียมตัวให้ก้าวผ่านระยะต่างๆ ของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ
- 5) จัดระบบบริการสาธารณสุข ให้คนพิการเข้าถึงการใช้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ ได้สะดวก มีการประสานการทำงานระหว่างหน่วยงาน และระหว่างชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจ การพัฒนาที่เป็นองค์รวมในด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ให้คนพิการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานได้ดีขึ้น

#### 2.2.5 มิติทั้ง 4 ของงานส่งเสริมสุขภาพ (4 Dimension of Health Promotion)

มิติทั้ง 4 ในการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพสามารถดำเนินการโดยเริ่มต้นจากมิติใด มิติหนึ่ง กล่าวคือ

- 1) มิติของการพัฒนาสุขภาพ (Health enhancement) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ
  - 1.1 แบ่งตามปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย การไม่ตรวจสุขภาพร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก
  - 1.2 แบ่งตามการเกิดโรค ได้แก่ ปัญหาโรคหัวใจ ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาทันต-สาธารณสุข และปัญหาโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์
- 2) มิติของกลุ่มเป้าหมาย (Population groups) ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ชาย กลุ่มผู้หญิง กลุ่มคนพิการ และกลุ่มผู้สูงอายุ
- 3) มิติของพื้นที่เป้าหมาย (Key settings) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอาจเริ่มต้นจากครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน ชุมชน เขตเมือง หรือ การให้การสนับสนุน (Sponsorship) การกีฬาและศิลปวัฒนธรรมต่างๆ
- 4) มิติของกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ (Strategies) ได้แก่ การจัดกิจกรรมสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน การตลาดเชิงสังคม (Society marketing) การสร้างกระแสสังคม เพื่อให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบาย (Advocate) การรวมตัวกันเป็นองค์กรเพื่อเคลื่อนไหวทางสังคม และการสร้างเครือข่าย (Coalition Building & Networking) การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง (Community development) การมีสถานบริการที่มีกิจกรรมการป้องกันโรค (Prevention Health Service) มีการพัฒนานโยบายสาธารณะ (Public Policy Development) การออกกฎหมายและกฎ ระเบียบต่างๆ (Legislation & Regulation) การใช้นโยบายการเงินการคลัง (Fiscal Policy) เช่น การเพิ่มภาษีบุหรี่ การนำเงินส่วนหนึ่งจากภาษีบุหรี่เพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น



การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพคนพิการให้ครบทั้ง 4 มิติ คือ

- 1) มิติของการพัฒนาสุขภาพ (Health enhancement)
- 2) มิติของกลุ่มเป้าหมาย (Population groups)
- 3) มิติของพื้นที่เป้าหมาย (Key settings)
- 4) มิติของกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ (Strategies)

## 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ

### 2.3.1 ความหมายของรูปแบบ

มีผู้ให้ความหมายของ “รูปแบบ (model)” ดังนี้

อุทุมพร จามรมาน (2541: 22) รูปแบบหมายถึง โครงสร้างของความสัมพันธ์ของหน่วยต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ ดังนั้น รูปแบบจึงน่าจะมีมากกว่าหนึ่งมิติ หลายตัวแปร และตัวแปรต่างๆ มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในเชิงสัมพันธ์และเชิงเหตุและผล

เยาวดี วิบูลย์ศรี (2544: 27) รูปแบบคือวิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจตลอดทั้งจิตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์ หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏ โดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือสมการทางคณิตศาสตร์ ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และในขณะเดียวกันก็สามารถนำเสนอเรื่องราว หรือประเด็นต่างๆ ได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบ

ทิศนา แชนมณี (2545: 218) รูปแบบเป็นรูปประธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไดอะแกรมหรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบ ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย

บุญชม ศรีสะอาด (Online) รูปแบบหมายถึงโครงสร้างแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ สามารถใช้รูปแบบอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ที่มีในปรากฏการณ์ธรรมชาติหรือในระบบต่างๆ อธิบายลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบหรือกิจกรรมในระบบ

รัตนะ บัวสนธ์ (2552: 124) ความหมายของรูปแบบ จำแนกออกเป็น 3 ความหมาย ดังนี้

1) แผนภาพหรือภาพร่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ยังไม่สมบูรณ์เหมือนของจริง รูปแบบในความหมายนี้มักจะเรียกทับศัพท์ในภาษาไทยว่า “โมเดล” ได้แก่ โมเดลบ้าน โมเดลรถยนต์ โมเดลเสื้อ เป็นต้น

2) แบบแผนความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือสมการทางคณิตศาสตร์ที่รู้จักกันในชื่อที่เรียกว่า “Mathematical Model”

3) แผนภาพที่แสดงถึงองค์ประกอบการทำงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รูปแบบในความหมายนี้บางทีเรียกกันว่าภาพย่อส่วนของทฤษฎีหรือแนวคิดใดในเรื่องใดหนึ่งหนึ่ง เช่น รูปแบบการสอน รูปแบบการบริหาร รูปแบบการประเมิน เป็นต้น



จากความหมายที่กล่าวมา ผู้วิจัยสรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึงกรอบแนวคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงานและเกณฑ์ต่างๆ ของการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้คนพิการมีสุขภาพดีทั้ง 4 มิติ

### 2.3.2 การพัฒนารูปแบบ

ได้มีผู้กล่าวถึงขั้นตอนการพัฒนารูปแบบดังนี้

วิลเลอร์ (Willer, 1986: 83)กล่าวว่าการพัฒนารูปแบบโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้าง (Construct) รูปแบบและ 2) การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของรูปแบบ

บุญชม ศรีสะอาด (Online) ได้กล่าวถึงกระบวนการวิจัยการพัฒนารูปแบบโดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และ 2) การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ

วิสุทธิ วิจิตรพัชรภรณ์ (2547: 73-84) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจ สถาบันศึกษาขั้นพื้นฐาน ตามแนวพระราชบัญญัติศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542” โดยการแบ่งวิจัยออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยศึกษาเอกสารและแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานโดยสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน 3) การสร้างรูปแบบการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน 4) การศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ และ 5) การปรับปรุงการนำเสนอรูปแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

สมบุรณ์ ศิริสรหิรัญ (2547: 171) ได้ทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะผู้นำของคณบดี” โดยการดำเนินการวิจัยเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดนศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาวิเคราะห์ และสังเคราะห์แนวทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่สัมภาษณ์ 3) การศึกษาและประมวลความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 4) การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดี 5) การตรวจสอบและประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และ 6) การปรับปรุงรูปแบบและการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดี

กฤษณผล จันทร์พรหม (2548: 88) ได้ทำวิจัยเรื่อง “การศึกษารูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับ สถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย” โดยดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1)การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง โดยศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร ตำราบทความวิจัย ฐานข้อมูล อินเทอร์เน็ตออนไลน์ในต่างประเทศ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยเสมือนจริง 2) การสังเคราะห์รูปแบบ องค์ประกอบ โครงสร้างของรูปแบบมหาวิทยาลัย โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาสร้างรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง 3) การพัฒนารูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟายเพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 10 คน จำนวน 3 รอบ และ 4) การทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงสำหรับสถาบันอุดมศึกษา เกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นมาในขั้นตอนที่ 3 มาจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของ





ผู้บริหารสถาบัน หลังการนั้นจึงกำหนดรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย

ชนกนารถ ชื่นเชย (2550: 72-79) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันศึกษาเอกชน” โดยดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) การวิเคราะห์ สังเคราะห์รูปแบบการศึกษาต่อเนื่อง โดยศึกษาวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การนำข้อมูลจากการศึกษามาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อพัฒนาเป็นกรอบของรูปแบบในการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันศึกษาเอกชน 3) การศึกษาความเหมาะสมและเป็นไปได้ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาต่อเนื่องสถาบันศึกษา จำนวน 19 คน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ เดลฟาย และ 4) การตรวจสอบประสิทธิภาพและความเหมาะสมของรูปแบบ เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่พัฒนาในขั้นตอนที่ 3 มาจัดทำเป็นแบบสอบถาม เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่เกี่ยวข้องกับความเหมาะสมขององค์ประกอบรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่อง หลังจากนั้นจึงกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องจากองค์ประกอบที่พัฒนาขึ้น

พรจันทร์ พรศักดิ์กุล (2550: 163-175) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “รูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณแบบใช้โรงเรียนเป็นฐานในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน” โดยดำเนินการวิจัยเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดกรอบแนวคิดที่เกี่ยวกับกระบวนการงบประมาณ โดยการวิเคราะห์เอกสารและฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต 2) การศึกษากระบวนการงบประมาณและการมีส่วนร่วมในกระบวนการงบประมาณของสถานศึกษาที่ดำเนินการในปัจจุบัน โดยสอบถามความคิดเห็นของผู้อำนวยการสถานศึกษาและรองผู้อำนวยการสถาบันศึกษาที่รับผิดชอบงานงบประมาณ วิเคราะห์เอกสารงบประมาณของโรงเรียนและสอบถามความคิดเห็นผู้ปกครอง คณะกรรมการสถานศึกษา ประธานคณะกรรมการสถานศึกษา 3) การจัดการร่างรูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณแบบใช้โรงเรียนเป็นฐาน 4) การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบโดยสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 5) การปรับปรุงรูปแบบและการเสนอรูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณใช้โรงเรียนเป็นพื้นฐาน

อัมพร พงษ์กังสนานันท์ (2550: 108-122) ได้ทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบการจัดการศึกษานอกระบบในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต” โดยวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างรูปแบบในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานจากทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง (Modified Delphi Techniques) และ 2) การประเมินรูปแบบประกอบด้วยการประเมินรูปแบบเพื่อศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบ สามารถสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบ

จากการศึกษาแนวคิดและกระบวนการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ สามารถสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบแบบแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และ 2) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้าง หรือพัฒนารูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อนเป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis Model) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยอาจศึกษารายกรณีหน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องนั้นๆ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งผลจากการศึกษาจะนำมาใช้กำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่างๆ ภายในรูปแบบ ดังนั้น



การพัฒนาารูปแบบในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยหลักการของเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ ซึ่งโดยทั่วไป การศึกษาในขั้นตอนนี้ย่อยๆ ดังนี้

1.1 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบความคิดการวิจัย

1.2 การศึกษาจากบริบทจริงในขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินได้หลายวิธี ดังนี้

1.2.1 การศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหน่วยงาน โดยศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ซึ่งวิธีศึกษาอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

1.2.2 การศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ วิธีศึกษาอาจใช้วิธีการ สัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นต้น

1.3 การจัดทำรูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะใช้สารสนเทศที่ได้ในข้อ 1.1 และ 1.2 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบความคิดเห็นการวิจัย เพื่อนำมาจัดทำรูปแบบ อย่างไรก็ตามในงานวิจัยบางเรื่องนอกจากจะศึกษาตามขั้นตอนที่กล่าวมา ผู้วิจัยยังอาจจะศึกษาเพิ่มเติม โดยการใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) หรือ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในการพัฒนาารูปแบบก็ได้

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ภายหลังจากที่ได้พัฒนาารูปแบบใน ขั้นตอนที่แล้วจำเป็นต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบดังกล่าว เพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นถึง จะพัฒนาโดยมีรากฐานจากทฤษฎี แนวความคิด รูปแบบของบุคคลอื่น และผลการวิจัยที่ผ่านมา แต่ก็เป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นต้องตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบว่ามีความ เหมาะสมหรือไม่ เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังหรือไม่ การรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์ จริงจะใช้ให้ทราบอิทธิพลหรือความสำคัญขององค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรต่างๆ ในรูปแบบผู้วิจัย อาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญ น้อยออกจากรูปแบบ ซึ่งจะทำให้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

การทดสอบรูปแบบอาจทำได้ 4 ลักษณะ ดังนี้

2.1 การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินมาตรฐานที่กำหนด การประเมินที่ พัฒนา โดย The Joint Committee on Standards of Educational Evaluation ภายใต้งาน ดำเนินงานของ Stufflebeam และคณะได้เสนอหลักการประเมินเพื่อเป็นบรรทัดฐานของกิจกรรม การตรวจสอบรูปแบบ ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน (สุวิมล ว่องวานิช, 2549: 54-56) ดังนี้

2.1.1 มาตรฐานความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) เป็นการประเมิน ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง

2.1.2 มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Propriety Standards) เป็นการประเมินการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ

2.1.3 มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety Standards) เป็นการ ประเมินความเหมาะสมทั้งในด้านกฎหมายและศีลธรรมจรรยา

2.1.4 มาตรฐานด้านความถูกต้องและความครอบคลุม (Accuracy Standards) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือ และได้สาระความครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการ อย่างแท้จริง



2.2 การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การทดสอบรูปแบบในบางเรื่องไม่สามารถกระทำได้ โดยข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยการประเมินค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบหรือการดำเนินการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีทางสถิติ แต่งานวิจัยบางเรื่องนั้นต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าได้ตัวเลขแล้วสรุป ซึ่งไอส์เนอร์ (Eisner, 1976: 192-193) ได้เสนอแนวคิดของการทดสอบหรือประเมินรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีแนวคิดดังนี้

2.2.1 การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จะเน้นการวิเคราะห์และการวิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะในประเด็นที่ถูกพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ หรือผู้ที่มีส่วนร่วมกับการตัดสินใจเสมอไปแต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยต่างๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิจรรย์ญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อมูลสรุปเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน

2.2.2 รูปแบบการประเมินที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ในเรื่องที่จะประเมินโดยพัฒนามาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art Criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใด และต้องใช้ ความรู้ ความสามารถ ประเมินอย่างแท้จริง แนวคิดนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาระดับสูงมากขึ้น ทั้งนี้เพราะเป็นองค์ความรู้เฉพาะสาขา ในวงการศึกษานิยมนำรูปแบบนี้มาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะ

2.2.3 รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล คือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมินโดยให้ความเชื่อถือกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เที่ยงธรรม และมีคุณพินิจที่ดี ทั้งนี้มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่างๆ นั้น จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒินั่นเอง

2.2.4 รูปแบบที่ยอมให้ความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิ ตามอรรถยาศัยและความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่นำมาพิจารณา การบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ

2.3 การทดสอบรูปแบบ โดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้อง มักจะใช้กับการพัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เมื่อผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟายเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในรอบสุดท้ายมาจัดทำแบบสอบถามที่มีลักษณะที่เป็นประมาณค่า (Rating Scale) เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

2.4 การทดสอบรูปแบบโดยการทดสอบใช้รูปแบบ การทดสอบรูปแบบโดยการทดสอบใช้รูปแบบนี้ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย มีการดำเนินการตามกิจกรรมอย่างครบถ้วน ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงรูปแบบต่อไป

จากความหมายที่กล่าวมา ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบ มี 2 ขั้นตอนได้แก่

- 1) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชุมชนตำบลโพนสา อำเภอบ้านบึง จังหวัดหนองคาย และ 2) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมหรือไม่



## 2.4 แนวทางการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย

แนวทางการพัฒนาศักยภาพ คนพิการในประเทศไทยมีความชัดเจนมากขึ้นหลังการกำหนดพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งเป็นกฎหมายฉบับแรกของคนพิการ ที่ส่งเสริมสิทธิพัฒนาและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิคนพิการมุ่งเน้นให้คนพิการ ได้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพและด้านสังคม และได้มีการปรับปรุงนโยบายและกฎหมายของประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพคนพิการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเหมาะสมสอดคล้องปัญหาความต้องการของคนพิการในด้านต่าง ๆ ในบริบทไทย ซึ่งกฎหมายและนโยบายของประเทศไทยที่สนับสนุนการศึกษานี้ ได้แก่

2.4.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

2.4.2 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

2.4.3 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555 - 2559

2.4.4 แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (8 Flagship Project)

2.4.5 การจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย

2.4.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้  
 มาตรา 4 เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคล  
 มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอภาคกันในทางกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิดเชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้

มาตรา 32 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

มาตรา 54 บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

2.4.2 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

การประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เป็นผลให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิและได้รับการอย่างครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้น โดยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดสวัสดิการมุ่งเน้นการส่งเสริมศักยภาพและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคล ทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ สังคมมีการปรับเจตคติที่ดีต่อคนพิการและเปิดโอกาสให้คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้นตามพระราชบัญญัตินี้มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาดังนี้



มาตรา 20 คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ดังต่อไปนี้

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

มาตรา 37 จัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะบริการขนส่งหรือบริการสาธารณะอื่น ให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

#### 2.4.3 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. สนับสนุนให้องค์กรภาคเอกชน จัดบริการตามกฎหมายให้ตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท
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. ภาครัฐรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้องค์กรทุกภาคส่วนรวมถึงองค์กรธุรกิจเอกชนจัดให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสภาพแวดล้อม อาคารสถานที่ และการคมนาคมขนส่ง
2. ภาครัฐรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้องค์กรทุกภาคส่วน รวมถึงองค์กรธุรกิจเอกชนจัดให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากผลิตภัณฑ์ อุปกรณ์ และเครื่องช่วยความพิการ รวมถึงเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน โดยมีการประเมินความต้องการและความเหมาะสมในการใช้งานของคนพิการ
3. ภาครัฐรวมถึงองค์กรอิสระ มีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้องค์กรทุกภาคส่วนรวมถึงองค์กรธุรกิจเอกชนจัดให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม รวมถึงเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสาร โดยมีการประเมินความต้องการและความเหมาะสมในการใช้งานของคนพิการ
4. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาหลักสูตร การเรียนการสอน และการฝึกอบรม เกี่ยวกับการสร้างและปรับสภาพแวดล้อมโดยอาศัยหลักการการออกแบบที่เป็นสากลและเป็นธรรม เพื่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ของคนพิการ
5. สนับสนุนการจัดตั้งกลไกให้คำปรึกษา ติดตามประเมินผล และพัฒนานวัตกรรม เพื่อส่งเสริมการปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมและที่อยู่อาศัยให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตได้จริง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมีแนวทางและมาตรการคือ

1. เสริมพลังคนพิการให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างสอดคล้องและเพียงพอกับความต้องการจำเป็นของแต่ละบุคคลรวมทั้งการเฝ้าระวังและป้องกันความพิการ การได้รับสิทธิประโยชน์จากบริการหลักประกันสุขภาพ กองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน
2. เสริมสร้างการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของคนพิการตั้งแต่แรกเกิดหรือแรกพบความพิการ จนตลอดชีวิตรวมถึงการจัดการศึกษาอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ
3. พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพ ในการให้บริการช่วยเหลือระยะเริ่มแรกแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการและผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่คนพิการเพื่อรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติทางธรรมชาติ
4. เสริมพลังคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ เพื่อความมั่นคงและความก้าวหน้าด้านอาชีพ หรือการทำงานโดยมีรายได้ที่เพียงพอ ทั้งในระบบตลาดแรงงาน นอกกระบบตลาดแรงงาน การประกอบอาชีพอิสระ รวมถึงส่งเสริมธุรกิจเพื่อสังคมเพื่อคนพิการ เพื่อร่วมสร้างเศรษฐกิจของประเทศ



5. เสริมพลังคนพิการเพื่อเข้าถึงสิทธิเสรีภาพในการเดินทาง ท่องเที่ยว และ  
นันทนาการบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป

6. เสริมพลังคนพิการให้มีความถึงพร้อมในการออกกำลังกาย และเล่นกีฬา  
เพื่อสุขภาพ และได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านกีฬาสู่ความเป็นเลิศ

7. ปรับปรุงกลไกด้านการเงิน การคลังและงบประมาณเพื่อการส่งเสริมและพัฒนา  
คุณภาพชีวิตคนพิการให้มีประสิทธิภาพ และกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคส่วน  
อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

8. ศึกษาและดำเนินการให้มีแหล่งรายได้เพื่อสนับสนุนการเงินการคลังและ  
งบประมาณเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างเพียงพอ และอย่างยั่งยืน

9. จัดตั้งและสนับสนุนการดำเนินงาน สถาบันทางวิชาการเพื่อการวิจัยและพัฒนา  
คุณภาพชีวิตคนพิการ

10. พัฒนาผลงานทางวิชาการ งานวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่  
สามารถนำไปกำหนดนโยบายด้านคนพิการของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและ  
เครือข่าย มีแนวทางและมาตรการคือ

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการรวมตัว จัดตั้ง และสร้างความเข้มแข็ง ขององค์กร  
ด้านคนพิการทุกประเภททั้งในระดับจังหวัดและท้องถิ่น

2. ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรด้านคนพิการ ให้มีบทบาทในภาคสังคมหรือ  
กิจกรรมด้านคนพิการระดับนานาชาติ

3. ส่งเสริมและสนับสนุนทรัพยากร โดยเฉพาะด้านการเงิน และวิชาการ แก่องค์กร  
ด้านคนพิการให้สามารถบริหารจัดการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิ ตลอดจนจัดบริการให้แก่คนพิการได้  
อย่างมีมาตรฐาน

4. สนับสนุนให้องค์กรด้านคนพิการและเครือข่าย มีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของ  
คณะกรรมการในทุกระดับและทุกมิติในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา

5. สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดให้มีการสมทบงบประมาณเพื่อสร้าง  
ความเข้มแข็งและศักยภาพแก่องค์กรด้านคนพิการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและ  
ผู้ดูแลคนพิการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ  
มีแนวทางและมาตรการคือ

1. สร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักรู้เกี่ยวกับศักดิ์ศรีของความเป็น  
มนุษย์ ศักยภาพ และการดำรงชีวิตอิสระ สิทธิ และหน้าที่ของคนพิการ

2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน จัดกิจกรรมใน  
การสร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการ คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และครอบครัว

3. พัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมทางสังคมในทุกด้าน เพื่อให้คนพิการสามารถ  
แสดงศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่

4. พัฒนารูปแบบ และวิธีการ ในการเปลี่ยนแปลงแนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ  
จากสังคมเวทนามนิยมเป็นสังคมฐานสิทธิ



5. บรรจุความรู้เรื่องความพิการและคนพิการในหลักสูตรการศึกษาทุกระดับ และทุกระบบ

6. จัดตั้งและสนับสนุนสถาบันการสื่อสารสังคมเพื่อสื่อสารสาธารณะเรื่องคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.4 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 ในทุกระดับเป็นกรอบและทิศทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตำบลโพธิ์สามต้น อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

2.4.5 การจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการประเทศไทย

2.4.5.1 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 มีการจัดห้องเรียนคู่นานสำหรับเด็กออทิสติก





3) กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันราชานุกูล ซึ่งดูแลคนพิการทางด้านจิต และ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการซึ่งดูแลคนพิการทางด้านกาย ทั้งสองหน่วยงานมีแผนงานด้านคนพิการค่อนข้างครอบคลุมตามภารกิจ แต่ยังคงมีปัญหาด้านงบประมาณไม่เพียงพอทำให้การดูแลคนพิการยังทำได้ไม่เต็มที่

4) กระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน มีการดำเนินงานหลายโครงการ เช่น โครงการส่งเสริมให้คนพิการฝึกอาชีพร่วมกับคนทั่วไป โครงการส่งเสริมการฝึกอาชีพสำหรับคนพิการแต่ละประเภท และโครงการส่งเสริมการแข่งขันฝีมือคนพิการแห่งชาติและนานาชาติ

สำหรับองค์กรภาคเอกชนมีอีกจำนวนมากถึง 68 องค์กร (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2540) องค์กรเอกชนก็มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพแก่คนพิการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 สมาคมคนตาบอด ได้ก่อตั้งขึ้นเป็นองค์กรเอกชนเพื่อคนพิการแห่งแรก โดยทั่วไปองค์กรเอกชนเหล่านี้จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในเรื่องอื่นด้วย เช่น การศึกษา การฝึกอาชีพ ควบคู่ไปกับทางการแพทย์ ด้านใดด้านหนึ่ง เช่น การศึกษาทางอาชีพ เช่น มูลนิธิสงเคราะห์และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยพิการนครเชียงใหม่มูลนิธิเพื่อเด็กพิการมูลนิธิสายใจไทย เป็นต้น การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและฉบับที่ 8 ได้ใช้ระบบการประสานงานในรูปของคณะกรรมการ ได้แก่ คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แนวการดำเนินงานแผนงาน และสนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานของภาครัฐและเอกชน สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และสมาคมคนพิการเพื่อจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการทั้งด้านอาชีพ การศึกษา สังคม และการแพทย์

จากการทบทวนโครงสร้างผู้วิจัยพบว่า โครงสร้างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการมีความหลากหลายทั้งภาครัฐ เอกชน และเป็นการเชื่อมโยงประสานงานกันในระดับกระทรวง ซึ่งนอกจากกระทรวงสาธารณสุขที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งอยู่ในพื้นที่ มีบทบาทด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากรแล้วไม่พบการเชื่อมโยงหรือการประสานงาน หน่วยงานในระดับชุมชน ซึ่งเป็นถิ่นอาศัยของผู้พิการที่คอยเชื่อมต่อหรือประสานความช่วยเหลือที่รูปธรรมที่ชัดเจน

2.4.5.2 บุคลากรที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็นกลุ่มที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน กลุ่มบุคลากรผู้ทำหน้าที่ให้บริการการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการ เป็นกลุ่มบุคลากรที่มีหลากหลายขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและคนพิการประเภทต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลเวชกรรมฟื้นฟู จักษุแพทย์ โสต/คอ/นาสิกแพทย์ จิตแพทย์ แพทย์ออร์ปิดิกส์ นักกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด/อาชีพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พนักงานเวชกรรมฟื้นฟู เจ้าหน้าที่อาชีพบำบัด ซึ่งแต่ละสาขาได้ดูแลตามลักษณะความพิการ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2540: 26) ส่วนใหญ่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะเป็นบุคลากรที่สำคัญในการบริการคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นคนพิการที่พบมากที่สุดในประเทศไทยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเทศไทยได้เริ่มการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางในสาขานี้ (หลักสูตร 3 ปี) ตั้งแต่ปี 2526 ที่คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี ซึ่งรุ่นแรกจบการฝึกอบรมใน ปี 2528 ปี 2540 มี 4 โรงเรียนแพทย์ในส่วนกลาง 3 โรงเรียนแพทย์ในส่วนภูมิภาค ที่มีวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู แต่เพียง 5 แห่งในจำนวนนี้เท่านั้นที่เปิดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งรับได้ปีละ 4 - 5 คนต่อแห่ง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2540: 26)



บุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการประชาชนที่อยู่ในชุมชนหรือในระดับปฐมภูมิ คือบุคลากรในสถานีนามัย ผู้พิการเป็นหนึ่งในประชากรเป้าหมายของการดูแล ตามกรอบของบุคลากรระดับสถานีนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งเป็นบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูนักกายภาพบำบัดเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดระดับปฐมภูมิ เพราะโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะมีนักกายภาพบำบัดบริการประชาชนในอำเภอ แม้มีนักกายภาพบำบัดแต่ก็ไม่พอเพียงต่อปริมาณคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่เพิ่มขึ้นจากข้อมูลสำรวจเมื่อปี 2546 การผลิตนักกายภาพบำบัดทั่วประเทศประมาณ 500 - 600 คนต่อปี อัตราการสูญเสียบัณฑิตกายภาพบำบัดประมาณร้อยละ 45.0 ส่วนใหญ่ไปประกอบวิชาชีพอื่น นักกายภาพบำบัดที่ขึ้นทะเบียน 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

2.4.5.3 ทรัพยากรสาธารณสุข ด้านงบประมาณ งบประมาณเพื่อการฟื้นฟูคนพิการ ก่อนปี 2540 กระทรวงสาธารณสุข ได้รับงบประมาณในการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลหรือที่เรียกว่า บัตรสวัสดิการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งคนพิการก็เป็นผู้มีสิทธิอยู่ในบัตรดังกล่าวต่อมาจนถึงก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2544 การจัดสรรงบประมาณสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเริ่มแยกชัดเจนขึ้น ต่อมาหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2544 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขในอัตราเหมาจ่าย 4 บาทต่อหัวประชากร ที่ผ่านมางบประมาณที่จัดสรรสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้รับการจัดสรรที่น้อยมากถ้าเทียบกับการบริการรักษา และส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้ามองเทียบกับกลุ่มเป้าหมายอื่น จะเห็นว่ากลุ่มคนพิการได้รับความสำคัญมากเพราะการจัดสรรได้ระบุงกลุ่มชัดเจน ส่วนกลุ่มอื่นที่ไม่ถูกระบุก็จัดสรร รวมงานอื่น เช่นงานส่งเสริมสุขภาพ ถ้าเปรียบเทียบจำนวนเงินการจัดสรรงบคนพิการถือว่ายังน้อยเหมือนกับไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูคนพิการ แต่พอในปี 2552 รัฐได้เห็นความสำคัญของคนพิการมากขึ้นจึงได้จัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 5 บาทต่อหัวประชากรมีคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพ 567,703 ราย ได้รับบริการด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่นกายภาพบำบัดจิตบำบัด การฟื้นฟูการได้ยิน การแก้ไขการพูด ฟื้นฟูการเห็น และอุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ และในปี 2553 นี้ สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณรายหัวสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่คนพิการผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง ในอัตรา 8.08 บาทต่อประชากร เพิ่มขึ้นจากปี 2552 กว่าทั้งสิ้น 381 ล้านบาท เพื่อให้ผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวังและคนพิการได้รับบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยอย่างทั่วถึง ส่งเสริมให้เกิดรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานีนามัย โรงพยาบาล



ทุกระดับ ตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ และกลุ่มเป้าหมายที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในท้องถิ่นได้มากขึ้น รวมถึงส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรคนพิการและการพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือคนพิการที่สามารถเชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลมากขึ้น

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

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพคนพิการตำบลโพธิ์สา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการ การส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป การมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

## 2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

### 2.5.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

คำว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีผู้ให้ความหมายทั้งกลุ่มนักวิจัยทางสังคมศาสตร์และนักวิจัยส่วนหนึ่งที่น่าแนวคิดของกลุ่มนักวิจัยทางสังคมศาสตร์ไปประยุกต์ใช้กับงานด้านการศึกษาวิจัย สรุปความหมาย ดังต่อไปนี้

Sagor (องอาจ นัยวัฒน์, 2554 อ้างอิงจาก Sagor, 1998) ได้ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการสืบค้นหาความรู้ความจริงที่กระทำโดยบุคคลผู้ปฏิบัติงานและเพื่อบุคคลผู้ปฏิบัติงาน เหตุผลสำคัญเพื่อช่วยในการปรับปรุง และหรือทำให้การดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานดียิ่งขึ้น

ธีระวุฒิ เอกะกุล (2550) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการหาข้อเท็จจริง โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ โดยผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานและดำเนินการซ้ำหลายครั้ง จนผลการปฏิบัติงานบรรลุวัตถุประสงค์หรือสามารถแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงาน ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานที่รับผิดชอบได้สำเร็จ

ศิริพร จิรวัดณ์กุล (2552) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการวิจัยที่มีการลงมือปฏิบัติ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชนที่วิจัย เพื่อค้นหาวิธีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาการปฏิบัติงานในบริบทเฉพาะ

องอาจ นัยวัฒน์ (2554) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยที่ดำเนินการโดยนักวิจัยและบุคคลผู้ปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่รับผิดชอบในหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำข้อสรุปผลการวิจัยที่ค้นพบหรือ



สรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงานใดๆ ในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชนได้ทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพลักษณะและเงื่อนไขของปัญหาที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงานและบริบททางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่แวดล้อม หน่วยงาน องค์กร หรือชุมชนเหล่านั้น

### 2.5.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

องอาจ นัยพัฒน์ (2554) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาขึ้นมาจากฐานคติ ความเชื่อการสรรค์สร้างและการใช้ความรู้เชิงปฏิบัติการ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสิ่งใดๆ ในชุมชน หรือสังคมหนึ่งๆ ให้มีความกลมกลืนกับบริบททางวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ

สรุปความสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม เพื่อการทำความเข้าใจต่อสภาพปัญหา การตีความหมายเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ปฏิบัติงานและผู้ร่วมวิจัย โดยใช้การผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำให้การเสนอผลของการวิจัยในรูปแบบที่ง่ายต่อการเข้าใจ ผ่อนคลายความเข้มงวดเกี่ยวกับวิธีการศึกษาวิจัย ไม่เน้นสรุปอ้างอิงข้อสรุปผลของการวิจัยข้ามไปยังต่างบริบท เพราะการอ้างอิงผลของการวิจัยที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่สามารถอาศัย “กฎของความครอบคลุม” (covering law) ดังนั้นการวิจัยจึงมีแนวโน้มกระทำเฉพาะในขอบเขตของสถานที่ บุคคล และเวลาทำการศึกษาวิจัย แต่หากต้องการขยายผลให้ครอบคลุมไปยังขอบเขตอื่นก็สามารถกระทำได้ ถ้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทเหล่านั้น มีลักษณะคล้ายคลึงหรืออยู่ในสภาวะการณ์ที่ใกล้เคียงกัน รวมทั้งได้รับการยืนยันจากผลของการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ประกอบร่วมด้วย

### 2.5.3 ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ปัจจุบันมีนักวิชาการและนักวิวิธวิทยาการวิจัยจากหลายสาขาวิชาและอาชีพ ได้เสนอ การวิจัยเชิงปฏิบัติการขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสรรค์สร้างความรู้สำหรับแก้ไขปัญหามากหลายประเภทด้วยกัน โดยพื้นฐานและประเภทเหล่านั้นพัฒนามาจากแนวคิดของ Lawin และ Dewey ตามการตีความผสมผสานกับความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนหรือกลุ่ม

Carr และ Kemmis (องอาจ นัยพัฒน์, 2554 อ้างอิงจาก Carr & Kemmis, 1986) ได้จำแนกประเภทของการวิจัยปฏิบัติการ ไว้ 2 ประเภทหลัก ดังนี้

#### 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการวิพากษ์ (Critical Action Research) เป็นการวิจัย

เชิงปฏิบัติการที่มีลักษณะเน้นหนักไปในด้านการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขัน ในกระบวนการรวมพลังทำวิจัยของบุคคลผู้เป็นสมาชิกของชุมชนหรือสังคมในวงกว้าง โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้บุคคลในชุมชนหลายระดับมีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นร่วมกันวิเคราะห์และวิพากษ์วิจารณ์ ข้อดีและข้อจำกัดของธรรมเนียมปฏิบัติ กฎเกณฑ์หรือแบบแผนต่างๆ ทางสังคมที่เป็นปัญหา ไม่เหมาะสมกับสภาวะการณ์ปัจจุบัน ไม่เป็นธรรมกับบุคคลในกลุ่มหรือชุมชน แล้วร่วมกันสืบเสาะค้นหา กลยุทธ์หรือมรรควิถีปฏิบัติที่สามารถ “ปลดปล่อย” (emancipation) หรือ “เปลี่ยนแปลงแก้ไข” (chang) ไปสู่เป้าหมายตามที่พึงปรารถนาของกลุ่มบุคคลดังกล่าว ในสภาวะการณ์เงื่อนไขที่เป็นอยู่ให้ดียิ่งขึ้น อาจกล่าวได้ว่าการรวมพลังรับผิดชอบทำวิจัยอย่างเป็นระบบทุกขั้นตอน นักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถแสดงทัศนะได้อย่างเท่าเทียมกัน เพื่อ “เปลี่ยนแปลง/ปรับปรุง” การปฏิบัติ หรือ “ปลดปล่อย” ให้เป็นอิสระจากข้อกำหนดที่ขวางกั้นการปรับปรุงหรือพัฒนาครอบครัว ชุมชน หรือสังคม ไปสู่คุณภาพหรือเสรีภาพมากกว่าที่ผ่านมา รวมทั้งการเชื่อมโยงประสบการณ์การเรียนรู้ของ



กลุ่มผู้ปฏิบัติการและสถานการณ์ทางสังคม ดังนั้น จึงทำให้การวิจัยประเภทนี้ถูก เรียกว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research)

ข้อดีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิพากษ์ คือ เป็นการวิจัยที่มีการสร้างเสริมพลังร่างกาย แรงใจ อำนาจและคุณค่าแห่งตน รวมทั้งส่งเสริมความเสมอภาคและเสรีภาพ ของบุคคลแต่ละคนหรือกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และการรวมพลังของกลุ่มบุคคลในชุมชนร่วมกันวิเคราะห์/วิพากษ์สาเหตุของปัญหาและวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง ส่วนข้อจำกัดของการวิจัยประเภทนี้ คือ ขาดความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง เนื่องจากกระบวนการวิจัยเกี่ยวข้องกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในวงกว้าง และยังพัวพันกับปัญหาเชิงโครงสร้างที่สลับซับซ้อนยากแก่การแก้ไข

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการประยุกต์ (Practical Action Research) คือ การวิจัยที่กลุ่มบุคคลผู้ปฏิบัติงานประจำ ทำการวิจัยสืบค้นหาความรู้ความจริงเพื่อเพิ่มสมรรถนะวิธีการปฏิบัติงานผ่านกระบวนการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัญหาเฉพาะในหน่วยงานหรือท้องถิ่นของตน ในที่นี้ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ให้กลุ่มผู้ปฏิบัติการวิเคราะห์และระบุข้อขัดข้องหรือปัญหาที่ต้องการแก้ไข วางแผนปฏิบัติการเชิงกลยุทธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหา ติดตามตรวจสอบปัญหาและผลของการแก้ไขปัญหา และสะท้อนคุณค่าและผลจากการแก้ไขปัญหานั้นประสบความสำเร็จหรือไม่ เพียงไร ลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการประยุกต์ที่เด่นชัด คือ เป็นโครงการวิจัย “ขนาดเล็ก” ที่จำกัดขอบเขตการสืบค้นหาความรู้ความจริงเพื่อตอบประเด็นคำถามหรือโจทย์ปัญหาการวิจัยเฉพาะเรื่อง โดยผู้ปฏิบัติการในพื้นที่หรือในชุมชนเป็นผู้ทำการวิจัย ภายใต้การอำนวยความสะดวกด้านต่างๆ จากผู้เชี่ยวชาญ การวิจัยประเภทนี้ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นตามความสนใจส่วนตัวหรือจุดมุ่งหมายทางวิชาชีพ (professional purposes) ของนักวิจัยปฏิบัติการ ครู/อาจารย์ คณะครู/คณะอาจารย์ และพยาบาล

ข้อดีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการประยุกต์ คือ เป็นการวิจัยที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริงค่อนข้างสูง เนื่องจากประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขมีเนื้อหาสาระเฉพาะเจาะจง ขอบเขตของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอยู่ในวงแคบ และจำกัดเฉพาะกลุ่ม รวมทั้งนักวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ตรงและคุ้นชินกับปัญหาเป็นอย่างดี แต่ยังมีข้อจำกัด คือ โดยทั่วไปนักวิจัยปฏิบัติการมักขาดความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์เชิงวิชาการด้านวิธีการ รวมทั้งขาดทักษะทางด้านการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ เพื่อบูรณาการเชื่อมโยงกระบวนการกับงานประจำ

สุวิมล ว่องวานิช (2552) ได้เสนอรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 2 รูปแบบดังนี้

1) การวิจัยแบบเป็นทางการ (Formal Research) เป็นการวิจัยที่มีแบบแผนและเคร่งครัดในการวิจัย มีวิธีการดำเนินงาน การออกแบบและการนำเสนอที่มีความชัดเจน รัดกุม และมีการจำแนกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

2) การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นการวิจัยที่ไม่ยึดแบบแผนเคร่งครัดนัก แต่มุ่งเน้นหาคำตอบมากกว่ารูปแบบ และข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเป็นข้อมูลที่มีอยู่แล้ว การนำเสนอข้อมูลจะกระทำเฉพาะประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ การเสนอรายงานการวิจัยบางครั้งพบว่ามีกรนำเสนอเพียง 1-2 หน้า



#### 2.5.4 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยครั้งนี้เลือกการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นรูปแบบของการศึกษาค้นคว้าโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(A-I-C) เพื่อให้ได้รูปแบบและแนวทางไปใช้ในการดำเนินงานกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชน โดยการกำหนดขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (องอาจ นัยวัฒน์, 2554 อ้างอิงจาก Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) การเริ่มต้นจากการค้นหาปัญหา ค้นหาข้อมูลศึกษาสถานการณ์ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(A-I-C) ในการสนทนากลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการนำเสนอความต้องการหรือปัญหา จากกระบวนการสังเกต การสัมภาษณ์ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อนำมาจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม

2. ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) การดำเนินการลงมือปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้อย่างละเอียด รอบครอบและมีการควบคุมอย่างสมบูรณ์ โดยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติพร้อมการปรับเปลี่ยนแผนตามบริบทหรือสถานการณ์ ในขณะนั้นจากกระบวนการมีส่วนร่วม

3. ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation ) การสังเกตของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติการจริง การจดบันทึกข้อมูล หลักฐานหรือร่องรอยต่างๆอย่างรอบครอบจากการปฏิบัติ โดยอาจใช้วิธีการวัดแบบต่างๆ เข้ามาช่วยโดยปราศจากอคติ เพื่อนำไปสู่การสะท้อนผลกลับหลังการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ

4. ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection )เป็นกระบวนการทบทวนการปฏิบัติจากบันทึกที่ได้จากการสังเกต กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ การถอดบทเรียนโดยใช้กระบวนการ A-I-C จากการประชุมกลุ่มย่อย การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อหาปัญหา อุปสรรคและปัจจัยของความสำเร็จในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม เป็นข้อมูลสะท้อนผล เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุง แก้ไข พัฒนาและวางแผนในวงจรกระบวนการวิจัยรอบต่อไป

สรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นรูปแบบการรวบรวมปัญหาหรือคำถาม จากการสะท้อนการปฏิบัติการของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคม เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหาหลักการและวิธีการปฏิบัติงาน โดยได้รูปแบบหรือแนวทางในการพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนางานไปในทิศทางที่ต้องการ โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด สามารถอธิบายสถานการณ์ ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เกิดการเรียนรู้วิธีการเพื่อพัฒนาหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ประกอบด้วยการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)



## 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(Appreciation Influence Control: AIC)

### 2.6.1 ความหมายของการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นวิธีการที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการพัฒนาสังคมในทุก ๆ ด้าน เพราะเป็นหลักการที่ช่วยให้ชุมชนสามารถพึ่งพิงตนเองได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชน รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกที่จะดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง และเพิ่มขีดความสามารถให้ประชาชนดูแลตนเองได้ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย

จุฬารัตน์ โสตะ (2546) กล่าวถึงความหมายของการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: A-I-C) ดังนี้

A-Appreciation คือ การยอมรับชื่นชม (Appreciate) ความคิดเห็น ความรู้สึกของสมาชิกในกลุ่มด้วยความเข้าใจในประสบการณ์ สภาพและข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละคน โดยสมาชิกทุกคนในกลุ่มมีโอกาสที่จะให้ข้อมูล เหตุผล ความรู้สึก และการแสดงออกตามที่เป็นจริง เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน เกิดพลังและร่วมเป็นเครือข่าย เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

I-Influence คือ การใช้ประสบการณ์ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของสมาชิกแต่ละคนที่มีอยู่มาช่วยกันกำหนดวิธีการ และยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมกัน

C-Control คือ การนำยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ มากำหนดแผนปฏิบัติการโดยสมาชิกจะสามารถเลือกเรื่องรับผิดชอบด้วยความสมัครใจ ทำให้เกิดพันธะสัญญาข้อผูกพัน (Commitment) แก่ตนเองเพื่อควบคุมตน (Control) ให้ปฏิบัติจนบรรลุตามเป้าหมายของกลุ่ม

สรุป กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ( A-I-C) เป็นกระบวนการประชุมที่มีวิธีการและขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสาร พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจในสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นการระดมสมอง เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น

### 2.6.2 เทคนิค วิธีการ

เทคนิค กระบวนการ A-I-C จะใช้การวาดภาพสัญลักษณ์รูปทรง สี แทนการพูด การเขียนหนังสือ เพื่อสะท้อนประสบการณ์ในอดีต สภาพปัจจุบัน และภาพอนาคตที่มุ่งหวัง เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มสามารถซักถามข้อมูลความหมายจากภาพได้อย่างละเอียด เป็นสื่อกระตุ้นให้สมาชิกที่ไม่ค่อยกล้าพูดได้ร่วมอธิบายความคิด ประสบการณ์ของตน และช่วยสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง

วิธีการ ให้สมาชิกในกลุ่มวาดภาพความคิดของแต่ละคนที่สะท้อนประสบการณ์ สภาพปัจจุบัน ความมุ่งหวังในอนาคตของตนเอง แล้วรวมภาพความคิดของแต่ละคนเป็นภาพรวมของกลุ่ม เพื่อเป็นสื่อถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพร่วมกันและการมีส่วนร่วมในการสร้างกรอบความคิดตามภาพของกลุ่ม



### 2.6.3 การเตรียมการประชุม มี 6 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การคัดเลือกผู้เข้าประชุม โดยการคัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุมจากทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับเรื่องพิจารณา ด้วยหลักการว่า ทุกคนมีทักษะชีวิต และประสบการณ์หลากหลาย
- 2) เตรียมประเด็น หัวเรื่องที่จะทำแผน โครงการในอนาคต
- 3) เขียนวัตถุประสงค์ของประเด็น ให้ชัดเจน ให้ผู้ร่วมประชุมซึ่งหลากหลายประสบการณ์เข้าใจง่าย
- 4) การแบ่งกลุ่ม
  - 4.1 เลือกบุคคลและแบ่งกลุ่มไว้ล่วงหน้า กลุ่มละ 8 คน ที่มีความแตกต่างกันและให้ครบทุกระดับ
  - 4.2 เตรียมผู้สนับสนุนกลุ่ม (Facilitator) ซักซ้อม ทำความเข้าใจ โดยให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน
  - 4.3 เตรียมอุปกรณ์ให้ครบ
- 5) การเตรียมห้องประชุม เป็นห้องประชุมรวม จัดโต๊ะเป็นครึ่งวงกลม มีมุมกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8 คน
- 6) เตรียมอุปกรณ์ เช่น กระดาษ ปากกา ดินสอ สีและอื่นๆ

### 2.6.4 การประชุม แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย A-1 A-2 I-1 I-2 C-1 C-2 รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอน A-1 (15 นาที) เข้าใจสถานการณ์ สภาพที่แท้จริง (Reality) ผู้สนับสนุน แจ้งให้ทุกคนวาดภาพบนกระดาษของตน สะท้อนให้เห็นว่า ในปัจจุบันนี้ เรื่องที่จะพิจารณากัน มีรูปลักษณะอย่างไร ภาพเป็นลายเส้น หรือระบายสี หรือภาพสัญลักษณ์ (logo) แทนภาพก็ได้ เช่น ภาพต้นไม้ ภาพคนจับมือ ภาพสามเหลี่ยมฯ (การเขียนภาพแทนการพูด หรือเขียนข้อความเป็นการฝึกสมอง (ซีกขวา) มีศิลปะ จินตนาการ สร้างสรรค์ ยิ่งเขียนเป็นสัญลักษณ์ หรือให้สี ที่สื่อความหมายได้ โดยไม่ต้องอธิบาย ยิ่งแสดงความลึกซึ้งของความคิดคนนั้น) ในกลุ่มเล็ก นำภาพของทุกคนเวียนดู หรือปิดแปะแล้วอธิบายความหมายร่วมกัน รวมทั้งเป็นภาพเดี่ยวของกลุ่ม ลงแผ่นใส นำเสนอที่ประชุมรวม ให้ซักถาม ปรับปรุงร่วมกัน

ขั้นตอนนี้ เป็นการเริ่มให้บทวน ระบายอารมณ์ ความคิด มีศิลปะ มีสัมพันธ์กับคนอื่น ไม่เคร่งเครียด

ขั้นตอน A-2 (20 นาที) สร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต (ideal vision หรือ scenario) เป็นมติดิที่ทุกคนเข้าใจความเป็นมา มีความคาดหวัง มีความประสงค์ร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น

เข้ากลุ่มเล็ก ทุกคนเขียนภาพที่คาดหวังที่มีความเป็นไปได้ในอนาคต 10 ปีข้างหน้า ภาพเดิมจะเปลี่ยนไป คาดหวังจะให้เป็นอย่างไร นำมาแลกเปลี่ยนกัน แล้วรวมกันเหลือภาพเดียว นำเสนอในที่ประชุมใหญ่ ซักถามความหมาย ให้ผู้แทนกลุ่มนำไปรวบรวม เป็นปณิธาน คำขวัญ ของโครงการนี้ และเก็บภาพไว้เพื่อยึดเป็นแนวทางหลักของความคาดหวังที่จะนำไปคิดกลยุทธ์ และโครงการเพื่อให้บรรลุผล

ขั้นตอน I-1 (30 นาที) คิดและหากวิธี (Solution design) เป็นขั้นตอนที่ทุกคนได้แสดงพลัง ประสบการณ์ และมีส่วนร่วม หากความคิดของตนมีเหตุผล ได้รับการยอมรับจะเกิดความภูมิใจ และการยอมรับคนอื่นหากความคิดของคนอื่นดีกว่า





กลุ่มเล็ก ทุกคนเขียนกิจกรรมที่คิดว่าต้องทำ เพื่อเกิดผลสำเร็จ ให้ได้ภาพรวมของ A-2 เขียนกิจกรรมละ 1 แผ่น ให้มากที่สุดเท่าที่ตนมีศักยภาพ และประสบการณ์ นำมาร่วมกันเลือกข้อที่เหมือนกัน เป็นมติ 3-5 ข้อ ที่แตกต่างเก็บไว้ (บางคนนำไปใช้เอง) เขียนลงแผ่นใส หรือแผ่นฟลิค นำเสนอต่อที่ประชุมรวม ให้ซักถาม และร่วมกันคัดไว้ 5-6 เรื่อง และอาจมีข้อย่อยภายในข้อใหญ่ก็ได้

ขั้นตอน I-2 (30 นาที) ลำดับความสำคัญ จำแนกกิจกรรม (priority) เป็นขั้นตอนที่ทุกคนได้แสดงประสบการณ์ให้คนอื่นเลือกใช้ประโยชน์ ซึ่งใช้กิจกรรมเป็นสิ่งควบคุมความสำเร็จ

กลุ่มเล็ก ให้ทุกคนเขียนกิจกรรมที่ได้รับรู้จากการอภิปรายตามความถนัดของตน ได้แก่ กิจกรรมที่จะทำตัวเอง กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับคนอื่น และกิจกรรมที่ต้องให้คนอื่นทำ ให้ นำไปแปะ อ่าน ชี้แจง คัดเลือกไว้ นำเสนอต่อที่ประชุม แล้วคัดเลือกให้เหลือเพียงชุดเดียว จัดเรียงลำดับความสำคัญ

นำเสนอต่อที่ประชุมทราบ เก็บไว้เป็นแนวทางหลักของการทำขั้นตอนต่อไป เพื่อใช้ประกอบการเขียนโครงการ

ขั้นตอน C-1 (30 นาที) วางแผน หาผู้รับผิดชอบ (Responsibility) เป็นขั้นตอนที่ทุกคนได้วิเคราะห์ตนเอง แสดงพลังความสามารถ และภารกิจที่จะร่วมทำงานในเรื่องใดได้บ้าง

กลุ่มเล็ก ทุกคนเลือกหาหัวข้อกลวิธี กิจกรรมที่ได้จาก I-2 มากน้อยตามบทบาทหน้าที่ความสามารถที่จะทำตัวเอง หรือทำร่วมกับคนอื่น หรือต้องขอให้คนอื่นทำให้ เขียนชื่อคนทำกิจกรรมด้วย นำไปรวมกันให้เป็นชุดเดียว นำเสนอต่อที่ประชุม อภิปราย เรียนรู้งานกันและกัน

ขั้นตอน C-2 (30 นาที) จัดทำแผน กิจกรรม โครงการ (Action plan)

แบ่งกลุ่มใหม่ ตามงานที่รับผิดชอบ และร่วมกันเขียน แผนงาน โครงการตามรูปแบบมาตรฐาน พร้อมกับแหล่งที่สนับสนุน นำไปพิมพ์รวบรวมส่งกลับให้หน่วยงานที่เข้าร่วมประชุม เพื่อขออนุมัติงบประมาณ

สรุป กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกของกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ร่วมการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะ สมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม ทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาชุมชนอย่างต่อเนื่องยั่งยืน

#### 2.6.5 ประโยชน์ของวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: A-I-C)

1) กระบวนการ A-I-C ช่วยให้ประชาชนและกลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนมากขึ้น

2) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะ ผู้รู้ กลุ่มคนจน ผู้ด้อยโอกาส ผู้หญิง และเยาวชน เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมกำหนดแนวทางพัฒนา จัดสรรทรัพยากร มีส่วนร่วมในกิจกรรม เสริมสร้างความเข้าใจและเป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์

3) ประชาชน กลุ่มองค์กรต่างๆ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรม โครงการ ผลของการพัฒนาร่วมกัน เกิดพลัง และรู้ถึงศักยภาพในการพึ่งตนเอง

4) องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนเรียนรู้ที่จะร่วมมือกันในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นอย่างประสานสอดคล้องกัน



จากการศึกษาเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ผู้วิจัย จึงกล่าวสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมคือการที่คนพิการ ได้มีโอกาสเข้าร่วมในการคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมในการวางแผนกิจกรรม ที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาและการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของตนเองโดยตนเอง ชุมชนและ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์จากโครงการหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติและสอดคล้องกับ วิถีชีวิต วัฒนธรรมของชุมชน ในการดำเนินงานโดยมีความรับผิดชอบร่วมกัน ตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้น จนกระทั่งกระบวนการสิ้นสุด เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายตามวัตถุประสงค์

## 2.7 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

“การมีส่วนร่วมของชุมชน” ถือว่าเป็นยุทธศาสตร์ของการพัฒนาแนวใหม่ เป็นหลักและวิธีการ ที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการพัฒนาสังคมในทุก ๆ ด้าน เพราะเป็นหลักการที่ช่วยให้ชุมชน สามารถยืนหยัดพึ่งพิงตนเองได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการมีส่วนร่วมด้านสาธารณสุข เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกที่จะดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองและเพิ่มขีด ความสามารถให้ประชาชนดูแลตนเองได้ทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้หยิบยกความสำคัญ ของการมีส่วนร่วมขึ้นมาปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน

จากความสำคัญของการมีส่วนร่วมดังกล่าว มีนักวิชาการได้อธิบายและให้ความหมาย ความสำคัญ ลักษณะการมีส่วนร่วม ขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม รูปแบบของชุมชน ต่อการมีส่วนร่วม และประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ดังนี้

### 2.7.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

Reeder (1974) ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วม ว่าเป็นการปะทะสังสรรค์ ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

Cohen และ Uphof (1986) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิก ของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
2. การมีส่วนร่วมเป็นการเสียสละในการพัฒนารวมทั้งการลงมือปฏิบัติ
3. การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการโดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของ

ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

องค์การอนามัยโลก (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2551 อ้างอิงจาก WHO, 1987) ได้ กล่าวถึง การมีส่วนร่วมไว้ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องเกี่ยวกับ สุขภาพอนามัยและสวัสดิการที่บ้านที่ชุมชนที่อยู่อาศัยโดยเน้นในเรื่องการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ของประชากรในการพัฒนาชุมชนของตนเอง



นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2542) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าเป็นบทบาทของชุมชน ในการมีส่วนร่วมตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน คือ การที่ประชาชนในชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐาน ชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี จึงควรมีการกำหนดปัญหาด้านสาธารณสุขเอง วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยกันเองโดยไม่ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ ของรัฐหรือบุคคลภายนอกเพื่อบำบัดปัญหา

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2551) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง ทรัพยากรในการจัดการที่เป็นส่วนของผู้คนในแต่ละระดับการปฏิบัติมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการจตุตคกร การสั่งการ และควบคุมการปฏิบัติในแต่ละส่วน อย่างเต็มความสามารถ ทั้งในทิศทางเพื่อการปฏิบัติด้านเดียว หรือการนำเสนอซึ่งความคิดในการดำเนินการตามกระบวนการนั้นอย่างใดอย่างหนึ่ง

จุฬากรณ์ โสตะ (2546) ได้อธิบายถึงการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลหรือคณะบุคคล เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนทำประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือกระบวนการบริหารและประสิทธิผลขององค์การขึ้นอยู่กับการรวมพลังของบุคคลที่เกี่ยวข้อง กับองค์การนั้นในการปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย

ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2546) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมใน 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมเป็นลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนาโดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา วางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริการจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

2. การมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมือง โดยประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม ควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของตนและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

2.2 การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ มาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค เพื่อให้อำนาจทางการเมือง การบริหาร การมีอำนาจต่อรองในการจัดการทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง

เฉลียว บุรีภักดีและคณะ (2545) กล่าวถึง การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคล ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนาการมีส่วนร่วมต้องเป็นไปในรูปที่ผู้รับการพัฒนา เข้ามามีส่วนกระทำให้เกิดการพัฒนา มิใช่เป็นผู้รับการพัฒนาตลอดไป ทั้งนี้เป็นการเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงและถาวร

พรทิพย์ คำพอ (2544) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลหรือคณะบุคคล เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนทำประโยชน์ต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือกระบวนการบริหาร ประสิทธิภาพขององค์การขึ้นอยู่กับการรวมพลังของบุคคลที่เกี่ยวข้อง กับองค์การนั้นในการปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย



ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526) ได้อธิบายความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามี ส่วนร่วม ได้คิดริเริ่มการพัฒนาตัดสินใจในการปฏิบัติและรับผิดชอบในเรื่อง ต่าง ๆ อันมีผลกระทบต่อประชาชนเอง

### 2.7.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จของงานตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้มี ผู้กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม ดังนี้

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2551) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม เป็นวิธีการที่ดีที่สุดจะนำไป สู่ความสำเร็จในการทำงานร่วมกันในทุก ๆ กิจกรรม ตลอดจนการที่จะให้ชุมชนสามารถสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเองมี 6 ประการ ดังนี้

1. ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเองและตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา
2. ประชาชนมีโอกาสที่จะได้ใช้และพัฒนาความสามารถของตนเอง
3. เป็นการระดมทรัพยากรบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
4. ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของทำให้การพัฒนาที่มีความมั่นคงถาวรและต่อเนื่อง
5. เป็นกระบวนการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย ทำให้ประชาชนมีความคิดอิสระในการตัดสินใจ
6. เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบและมี อำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนของตนเอง

### 2.7.3 รูปแบบและระดับการมีส่วนร่วม

คณะกรรมการการพัฒนาาระบบข้าราชการ (ก.พ.ร.) ได้กำหนดการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาการบริการออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ซึ่งถือว่าเป็นระดับการมีส่วนร่วมน้อย คือการแจ้งข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ ระดับนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอาจร่วมให้ข้อมูลได้บ้างเท่านั้น

ระดับที่ 2 เป็นการมีส่วนร่วมระดับที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยการร่วมปรึกษาหารือเป็นการร่วมคิดร่วมให้ความเห็น

ระดับที่ 3 เป็นการมีส่วนร่วมระดับร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ

ระดับที่ 4 เป็นการมีส่วนร่วมโดยร่วมลงมือปฏิบัติการหรือร่วมกันดำเนินการ

ระดับที่ 5 เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูง คือ การร่วมตรวจสอบและประเมินผล การดำเนินงานตามกิจกรรมในระดับที่ 4 ถือว่าเป็นระดับของการมอบอำนาจให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ตัดสินใจ (วีรติ ปานศิลา, 2551)

เฉลิมว บุรีภักดีและคณะ (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2551 อ้างอิงจาก เฉลิมว บุรีภักดี และคณะ, 2545) ได้กล่าวถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับดังนี้

1. การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่าหรือมีทรัพยากรหรือความรู้ด้อยกว่า เป็นต้น



2. การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) รัฐเป็นผู้กำหนดนโยบายลงมาว่าต้องการอะไร โดยรัฐไม่รู้จักความต้องการของชาวบ้าน ดังนั้น การมีส่วนร่วมก็เพียงแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนเท่านั้น

3. การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดปัญหา ความต้องการ การตัดสินใจในแนวทางแก้ปัญหาความเท่าเทียมกันของทุกฝ่าย

#### 2.7.4 ลักษณะการมีส่วนร่วม

สุภาพรณ ไกรฤกษ์ (2548) กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนมีดังนี้

1. พื้นฐานของการเข้าร่วม ลักษณะของการเข้าร่วมที่มาจากแรงจูงใจภายในจะเป็นแรงหนุน หรือช่วยให้ประชาชนมีความกระตือรือร้นที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ส่วนการมีส่วนร่วมจากปัจจัยภายนอก แรงบีบบังคับจากผู้มีอำนาจ ความเกรงใจหรืออิทธิพลของผู้มีอำนาจนอกชุมชน ถึงจะสามารถกระทำสำเร็จแต่ก็ไม่มีผลผูกพันทางใจ ความยั่งยืนต่อเนื่องของกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ก็ลดลง

2. รูปแบบของการเข้าร่วม การเข้าร่วมของประชาชนนั้นเป็นการเข้าร่วมโดยผ่านองค์กรจัดตั้งของประชาชนเอง โดยเฉพาะกิจกรรมที่คำนึงถึงผลประโยชน์ที่ได้รับของประชาชนสำหรับ การเข้าร่วมกิจกรรมโดยผ่านกลุ่มตัวแทน

3. ขอบเขตการมีส่วนร่วม เป็นช่วงเวลาการมีส่วนร่วม การใช้ เวลาเข้าร่วมในกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ จะใช้เวลาอย่างน้อยแตกต่างกัน ความถี่ห่างของจำนวนครั้งที่เข้าร่วมความสม่ำเสมอและฤดูกาลที่เหมาะสม ช่วงเวลาที่ใช้ในกิจกรรมแต่ละครั้ง

4. ผลของการเข้าร่วม ลักษณะของการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ทำให้เกิดการรวมพลังที่จะสร้างอำนาจต่อรองให้ชุมชนมีศักยภาพเป็นตัวของตัวเอง สร้างปฏิสัมพันธ์อันดีมีความสามัคคีในสมาชิกของชุมชน

#### 2.7.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2543) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการพัฒนา มีดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านบุคคล ผู้ที่จะทำงานพัฒนาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของประชาชนต้องสร้างเงื่อนไขของบทบาทของตนให้พร้อมที่จะเข้าไปทำงาน

2. ปัจจัยด้านการบริการ เป็นผลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามระเบียบทางราชการหรือองค์กรพัฒนาเอกชนการนำมาใช้มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติพอควร

3. ปัจจัยด้านโครงสร้างชุมชน แบ่งออกเป็นหลายองค์ประกอบ ได้แก่

3.1 ลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชน ชุมชนมีความสัมพันธ์ ลักษณะปฏิกิริยาซึ่งกันและกันเป็นญาติพี่น้อง การมีส่วนร่วม จะดีกว่าชุมชนที่มีประชาชนมาจากหลายวัฒนธรรมมาอยู่ด้วยกัน

3.2 โครงสร้างของประชากร ชุมชนที่มีโครงสร้างของประชากรวัยแรงงานมาก และอยู่ในท้องถิ่นการมีส่วนร่วมจะมีมากกว่า โครงสร้างชุมชนที่วัยแรงงานย้ายออกไปทำงานที่อื่น

3.3 วัฒนธรรมชุมชนที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม เช่น การมีความเห็นอกเห็นใจและเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือผู้อื่นจะทำให้ชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมมากกว่าในชุมชนที่ต่างคนต่างอยู่

3.4 ค่านิยมของชุมชน เช่น ค่านิยมการนับถือผู้อาวุโสหรือผู้นำชุมชน ทำให้ผู้นำชุมชนเป็นแกนนำที่จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้



3.5 คุณภาพของประชาชนในชุมชนที่มีประชากรมีคุณภาพดี เช่น รายได้ดี การศึกษาดี มีทัศนคติที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม มีความตื่นตัวในการพึ่งตนเองจะเอื้ออำนวยให้ประชาชนมีจิตสำนึก ในการมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่า

3.6 โครงสร้างของอำนาจ ซึ่งหมายถึงบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจ ของกลุ่มในชุมชน

3.7 ลักษณะของการตั้งถิ่นฐานของชุมชน ถ้าชุมชนตั้งถิ่นฐานที่เป็นกลุ่มจะทำให้ประชาชนรู้จักกัน ทำกิจกรรมร่วมกันมากกว่าชุมชนที่ตั้งอยู่อย่างกระจัดกระจายยากต่อการรวมกลุ่ม

3.8 ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมของชุมชน มีสภาพแวดล้อมของชุมชนที่ดี เช่นเป็นชุมชนในเขตชลประทาน หรือประชาชนมีการศึกษาดี มีรายได้จากการเกษตรสม่ำเสมอทุกปี

สุปรียา ตันสกุล (2548) ได้กล่าวถึงปัจจัยการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนนั้น จะเกิดขึ้นได้ในลักษณะต่าง ๆ ต้องมีปัจจัยที่เหมาะสม และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

1. การปฏิบัติตนให้คล้ายตามความเชื่อพื้นฐานของตนเอง ความเชื่อพื้นฐานของกลุ่ม
2. การปฏิบัติให้สอดคล้องกับมาตรฐานของตนเองและกลุ่ม
3. การส่งเสริม ป้องกันและรักษาเป้าหมายของตนเองและกลุ่ม
4. ประสบการณ์ของบุคคลบางครั้งและพฤติกรรมของบุคคลอาจมาจาก

ประสบการณ์

5. ความคาดหวังของบุคคล หรือกลุ่มจะกระทำในสิ่งที่คาดหวัง ว่าควรจะทำในสถานการณ์เช่นนั้น และมักปฏิบัติต่อผู้อื่นตามที่ตนคาดหวังจากผู้อื่น

6. การมองแต่ตนเอง บุคคล หรือกลุ่มบุคคลกระทำในสิ่งที่คิดว่าตนควรจะทำ

7. โอกาสบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคม เฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและโอกาส ซึ่งโครงสร้างทางสังคมเอื้ออำนวยให้เขาได้กระทำเช่นนั้น

8. ความสามารถบุคคลหรือกลุ่มบุคคล มักจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างที่ตนเห็นว่าสามารถทำได้

9. การสนับสนุนบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมักจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขารู้สึกว่าได้รับการสนับสนุน ที่ดีพอให้กระทำเช่นนั้น

จุฬารัตน์ โสตะ (2546) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชนตั้งแต่เริ่มว่ามีปัญหาสาเหตุของปัญหา การแก้ไขปัญหา ด้านการคิดว่าจะทำโครงการอะไรที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน โดยใช้ประโยชน์จากแรงงาน ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเต็มที่

2. การผสมผสานแผนงานและโครงการของส่วนราชการด้วยการพัฒนาความรู้ทักษะความสามารถ ด้านประชาชนและคุณภาพของเจ้าหน้าที่ เพื่อแก้ปัญหาเดือดร้อนสนองผลประโยชน์ได้ถูกต้อง ตามเวลาและสถานที่



3. การสร้างองค์กรท้องถิ่น กลไกการประสานงาน งบประมาณ ปัจจัยดำเนินงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน ตามความต้องการอันจำกัดของประชาชน สำหรับปัจจัยที่ผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 4 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นแรงผลักดันหรือแรงจูงใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล
2. ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ ทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง
3. ปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น
4. รางวัลตอบแทน คือ ประชาชนร่วมกิจการพัฒนาโดยหวังประโยชน์ตอบแทน

การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นมิติที่นำไปสู่การเป็นเจ้าของความภาคภูมิใจร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในทุก ๆ ด้าน

#### 2.7.6 ประโยชน์การมีส่วนร่วม

จุฬารัตน์ โสตะ (2546) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมต่อการวางแผน ไว้ดังนี้

1. สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริง พร้อมทั้งจะจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างถูกต้อง

2. สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้หลากหลาย ครอบคลุม

3. สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องแม่นยำนำมาวางแผนแก้ปัญหา

นั้นๆ

4. สามารถดำเนินการตามแผนที่วางไว้โดยความร่วมมือของคนในองค์กรหรือในชุมชนหรือชุมชนอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. สามารถติดตามและประเมินผลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

วันชัย วัฒนศัพท์ (2546) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดแนวทางการแก้ปัญหาได้อย่างชาญฉลาด ก่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์อย่างจริงจัง และก่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าทัศนคติหรือความคิดเห็นต่าง ๆ จะได้รับพิจารณา ดังนี้

1. เพิ่มคุณภาพของการตัดสินใจ ช่วยให้เกิดความกระจ่างในวัตถุประสงค์และความต้องการของโครงการหรือนโยบายนั้น ๆ

2. ลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา การมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถเกิดผล การยอมรับต่อการตัดสินใจโดยกลุ่มซึ่งมีส่วนได้ส่วนเสียในการตัดสินใจนั้น ๆ ทำให้ลดความขัดแย้งเมื่อนำไปปฏิบัติทำให้เกิดความประหยัดค่าใช้จ่าย

3. การสร้างฉันทามติ (Consensus Building) การสร้างข้อตกลงและการยอมรับระหว่างกลุ่มช่วยลดความขัดแย้งและสร้างความชอบธรรมในการตัดสินใจ

4. เพิ่มความง่ายในการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากเกิดความเป็นเจ้าของการตัดสินใจนั้น ย่อมต้องการเห็นสิ่งนั้นนำไปปฏิบัติได้ อาจกระตุ้นหรือช่วยให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

5. พัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของสาธารณชน กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเวทีการฝึกที่มีประสิทธิภาพของผู้นำท้องถิ่น

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงกล่าวโดยสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมคือการที่ประชาชน ได้มีโอกาสเข้าร่วมในการคิดริเริ่ม ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดการและการควบคุมการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น ร่วมการบริหารจัดการ ร่วมติดตาม ประเมินผลรวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาดังกล่าวและจะต้องมีความสอดคล้อง



กับวิถีชีวิตวัฒนธรรมของชุมชน โดยการดำเนินงานพัฒนา ตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นจนกระทั่งกระบวนการสิ้นสุดโดยการเข้าไป มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนและกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน

## 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อนุชา นิลประพันธ์ (2548) ได้ศึกษาเพื่อหารูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการในตำบลสงเปือย อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คน พิการ 290 คน กลุ่มที่ 2 ญาติคนพิการ 290 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้ที่เกี่ยวข้อง 207 คน ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ ผลการศึกษาได้ทราบปัญหาและความต้องการของคนพิการ ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาและวิธีดำเนินการ ดังนี้ 1) ปัญหาด้านความยากจน ไม่มีอาชีพ ขาดแคลนเครื่องอุปโภคบริโภค ขาดแคลนเครื่องช่วยความพิการ แยกตัวจากสังคมและมีพฤติกรรมก้าวร้าว 2) ความต้องการด้านเงินและปัจจัยสี่ มีงานทำ ได้รับการศึกษา พึ่งตนเองได้ มีเครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสม สุขภาพดี และสังคมยอมรับ 3) แนวทางการแก้ไข คือ แผนระยะสั้นและระยะยาวในการดำเนินงานหลายด้าน และได้ดำเนินการเกี่ยวกับโครงการฝึกอาชีพนวดแผนไทยสำหรับคนพิการ โครงการฝึกอบรมการเลี้ยงไก่พื้นเมือง โครงการกายภาพบำบัดเบื้องต้นสำหรับคนพิการ โดยการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โครงการกีฬาตำบลสงเปือย ซึ่งจัดให้มีกีฬาคนพิการร่วมด้วย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตำบลสงเปือยที่มีตัวแทนทั้งคนพิการ ญาติคนพิการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ร่างแผนพัฒนาตำบลเพื่อคนพิการหรือแผนระยะยาวของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อเสนอขออนุมัติต่อองค์การบริหารส่วนตำบลสงเปือย และ 4) จากการติดตามประเมินผลทั้งก่อนและหลังการดำเนินโครงการ พบว่าคนพิการส่วนใหญ่ยังไม่มีอาชีพ และบางส่วนเริ่มมีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรมมากขึ้น ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านมีมากขึ้น ระดับความสามารถของคนพิการในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้น จากระดับมากไปเป็นระดับมากที่สุด ปัจจัยการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจพบว่าคนพิการส่วนใหญ่ยังไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ด้านสังคมวัฒนธรรม พบว่าผู้นำชุมชนและคนพิการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนเพิ่มมากขึ้น และด้านจิตใจคนพิการมีความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน มีวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเองที่ดีเพิ่มขึ้น และมีปัญหาที่มีผลกระทบต่อจิตใจลดลงเล็กน้อย จากผลการปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตำบลสงเปือยและผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 35 คน ได้ข้อสรุปโครงการเพื่อบรรจุในแผนพัฒนาตำบลในการพัฒนาศักยภาพคนพิการดังนี้ คือ โครงการฝึกอาชีพคนพิการและผู้สนใจ โครงการกองทุนสวัสดิการชุมชน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการระดับตำบล โครงการจัดตั้งชมรมคนพิการตำบลสงเปือย โครงการเวทีเรียนรู้ชุมชน โครงการกีฬาประจำตำบล และโครงการเยาวชนอาสาเพื่อคนพิการและผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพคนพิการในชนบทอย่างแท้จริง ข้อสรุปจากการศึกษานี้ รูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการควรเป็นรูปแบบที่ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และสมควรที่จะศึกษาเพิ่มเติมทั้งด้านการเพิ่มจำนวนคนพิการและระยะเวลาของการดำเนินโครงการ





ข้อผูก โขยวมงคล (2550) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่เป็นการศึกษาตามหลักเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด 13 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน 9 คน และผู้พิการจากโรคหลอดเลือดในสมองจำนวน 4 คน ด้านการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมพบว่า สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับเปิดรับความคิดเห็นและปรึกษาหารือ ด้านลักษณะการอภิปรายพบว่า สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอภิปรายในลักษณะโต้แย้งและสานเสวนา แต่สมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้นำชุมชนเท่านั้นที่มีลักษณะเสวนาหาทางออก ด้านความเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็น สมาชิกกลุ่มให้ข้อมูลว่าได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ โดยเห็นว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการมีส่วนร่วม ได้แก่ ได้มีส่วนร่วมในการรับฟังแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้รับความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือจากผู้พิการโรคหลอดเลือดสมอง และด้านจิตใจคือ รู้สึกมีความสุขและสบายใจที่ได้มีส่วนร่วม

พิชาติ ดลเฉลิมยุทธนา และปิยนุช บุญทอง (2550) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลสกลนครพบว่า ระยะที่ 1 ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ก่อนการพัฒนาพบว่า สถานบริการเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาล สกลนคร นำนโยบายด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างต่อเนื่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาดำเนินงานตั้งแต่ ปี 2546 ถึงปัจจุบัน โดยมีหน่วยงานของรัฐและองค์กรเอกชนบางหน่วยงานเข้าร่วมจัดบริการได้แก่ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมทำหน้าที่จัดหางานและฝึกอาชีพ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ให้สวัสดิการสนับสนุนบางอย่าง เช่น เบี้ยยังชีพ ให้กับคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และยากจน แต่การจัดบริการที่ผ่านมาเป็นแบบแยกส่วน ขาดการประสานงานกัน วางแผนการ ประโยชน์สำหรับคนพิการได้ทั้งระบบชุมชนไม่ทราบระบบบริการ ชุมชนไม่ยอมรับความสามารถของคนพิการ ระยะที่ 2 ระยะการเสริมพลังอำนาจทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้พิการได้และทีมสุขภาพเกิดการเรียนรู้กับผู้ป่วยจนเกิดแนวทางทางการจัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะที่ 3 ระยะพัฒนาอย่างยั่งยืนระยะนี้ได้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย มีทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนร่วมกันดูแลคนพิการ ผลลัพธ์การดูแลต่อผู้พิการ ผู้พิการทุกคนได้รับการวางแผนการจำหน่าย ส่งต่อ และติดตามการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ผลไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ไม่กลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปกติ ผลต่อผู้ให้บริการและโรงพยาบาล ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแล และโรงพยาบาลมีระบบการดูแลคนพิการที่มีประสิทธิภาพ

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



นิตยา บัวสาย (2551) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้านกรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง 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 โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญและลงทุนทั้งการส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย การสร้างความมั่นใจในระบบสนับสนุนการดำเนินงานการใช้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาความร่วมมืออย่างเป็นหุ้นส่วนระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ชุมชน คนพิการ และครอบครัว อย่างเป็นรูปธรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ

มยุรี บุญศักดิ์ (2554) ได้ศึกษาระบบการจัดการสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของคนพิการ โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะเวลาที่ 2 กระบวนการวิจัยปฏิบัติการเพื่อหาระบบโดยการ สนทนากลุ่ม และประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ กลุ่มตัวอย่างสุ่มเลือกแบบเจาะจงในพื้นที่ ตำบลเชียงใน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว 46 คน ญาติ/ผู้ดูแลคนพิการ 46 คน และ



ผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการ 46 คนโดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systemic Sampling) กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพได้แก่ คนพิการ 5 คน ญาติ/ผู้ดูแล 5 คนและผู้เกี่ยวข้อง 14 คน ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาคนพิการร้อยละ 62.20 เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 47.10 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 73.30 ปัญหาที่พบมากที่สุด คือความยากจน รองลงมาคือ การไม่มีอาชีพ ขาดแคลนเครื่องอุปโภคบริโภค ไม่มีคนดูแลบางเวลา อยู่บ้านตามลำพัง ความต้องการของคนพิการส่วนใหญ่คือได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น รองลงมาคือมีงานทำมีทุน เครื่องช่วยความพิการ สุขภาพดีขึ้น สังคมยอมรับ ระบบการจัดการที่ได้ 1) กระบวนการทำบัตรประจำตัวคนพิการ ผลที่ได้คือได้รับเบี้ยความพิการทุกคน ได้รับกายอุปกรณ์ที่จำเป็น 2) การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูคนพิการ 3) มีระบบการเยี่ยมบ้าน 4) มีศูนย์ประสานงานสมาคมพัฒนาอาชีพคนพิการ 5) มีระบบการค้นหาและส่งต่อข้อมูลคนพิการ 6) มีแผนการจัดตั้งกองทุนและชมรมคนพิการใน รพสต. 7) ประเมินผลความพึงพอใจของคนพิการและผู้ดูแลต่อระบบการจัดการสุขภาพคนพิการในชุมชนได้ร้อยละ 83.60 สรุปว่าการดำเนินกิจกรรมจะต้องใช้การบริหารจัดการเชิงระบบ สร้างความเข้าใจร่วมกันสร้างการมีส่วนร่วม และควรมีความต่อเนื่อง แร่งสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ญาติ มีส่วนสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายด้านคนพิการให้ครอบคลุมและเข้มแข็งจึงจะประสบผลสำเร็จ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปพัฒนาการจัดการสุขภาพคนพิการในชุมชนอื่น ๆ ได้ต่อไป

มนตรี จันทา (2554) ได้ศึกษารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนองบัว อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยศึกษาในผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 36 คน กระบวนการศึกษาประกอบด้วยวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหาการนำแผนไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล พบว่า ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่เป็นชาย อายุเฉลี่ย 47.70 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา จากการวิเคราะห์กระบวนการได้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ 2) การร่วมหาแนวทางแก้ไข ปัญหา 3) การกำหนดแผนงาน/โครงการ 4) การปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ และ 5) การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตามขั้นตอนเหล่านี้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพจิต ดีขึ้นทุกด้าน โดยรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพนี้ ทำให้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เนื่องจากเป็นรูปแบบที่สนองต่อความต้องการที่แท้จริง สอดคล้องกับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน และจะทำให้การส่งเสริมสุขภาพของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีความต่อเนื่องและดำเนินการอย่างเป็นระบบต่อไป

วัชรกร ภิมาลย์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน งานวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมดูแลในการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพให้คนพิการในชุมชนและพื้นที่ห่างไกลมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างเสมอภาค มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมคนทั่วไปอย่างปกติสุข ในคนพิการด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวเขตอำเภอท่าวังผา จำนวน 145 ราย ระหว่าง เมษายน 2553-เมษายน 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่าคนพิการ ญาติ ผู้นำชุมชน อสม และอบต. คนในชุมชนเห็นความสำคัญ



และให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นอย่างดี ทั้งด้านงบประมาณ โอกาส การศึกษา ที่อยู่อาศัย การสร้างอาชีพ คนพิการมีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทากิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (paired t-test)  $p < .01$  และกำลังกล้ามเนื้อแบบ MMT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  คนพิการมีระดับความพึงพอใจร้อยละ 93.41 รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน นอกจากช่วยให้คนพิการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องแล้ว ยังเป็นกระตุ้นและสร้างขวัญกำลังใจให้คนพิการรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง ทั้งยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน ให้ชุมชนสามารถดูแลคนพิการได้

อำนาจ สุวรรณไตร (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างในชุมชนประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้พิการ บุคลากรภาครัฐ จำนวน 30 คน กระบวนการศึกษา ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติการ และการติดตามประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 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 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน ส่งผลให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายเพิ่มขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน 2) ชุมชน และ 3) องค์กรภาครัฐระดับพื้นที่ ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมจึงต้องอาศัยศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนเป็นพื้นฐานในกระบวนการจัดการ หน่วยงานรัฐระดับพื้นที่ สนับสนุนงบประมาณและวิชาการ โดยยึดหลักการทำงานร่วมกันเป็นภาคีเครือข่ายอย่างมีคุณภาพ เพื่อช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยที่ผ่านมาผู้วิจัยเห็นว่า การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการให้ได้ประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของคนพิการนั้นไม่ได้เป็นหน้าที่ของบุคลากร หรือหน่วยงานจากรัฐตามกฎหมายกำหนดแต่เพียงอย่างเดียว ครอบคลุม ญาติพี่น้อง ชุมชนและสังคม ที่ผู้พิการอาศัยอยู่ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่คนพิการคนนั้นจะต้องอยู่ตลอดชีวิต มีส่วนสำคัญที่จะช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ และการช่วยเหลือที่ตรงกับตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นโดยชุมชน การได้รับโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ยังเป็นความต้องการด้านจิตใจของคนพิการ ดังนั้นชุมชนจึงควรเข้ามามีบทบาทร่วมกันในการกำหนด หรือแสวงหารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชน เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคนพิการเหล่านั้นให้มีสุขภาพที่ดีทุกมิติ และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมา ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การดำเนินเกี่ยวกับคนพิการของประเทศไทยนั้นได้ยึดหลัก “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550” สู่การตราพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 พร้อมกฎหมายที่เกี่ยวข้องและนโยบายของรัฐบาล เป็นแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 4 ฉบับ ที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการรัฐ สิทธิพื้นฐานที่คนพิการควรได้รับ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การศึกษา การพัฒนาอาชีพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ด้านสังคม

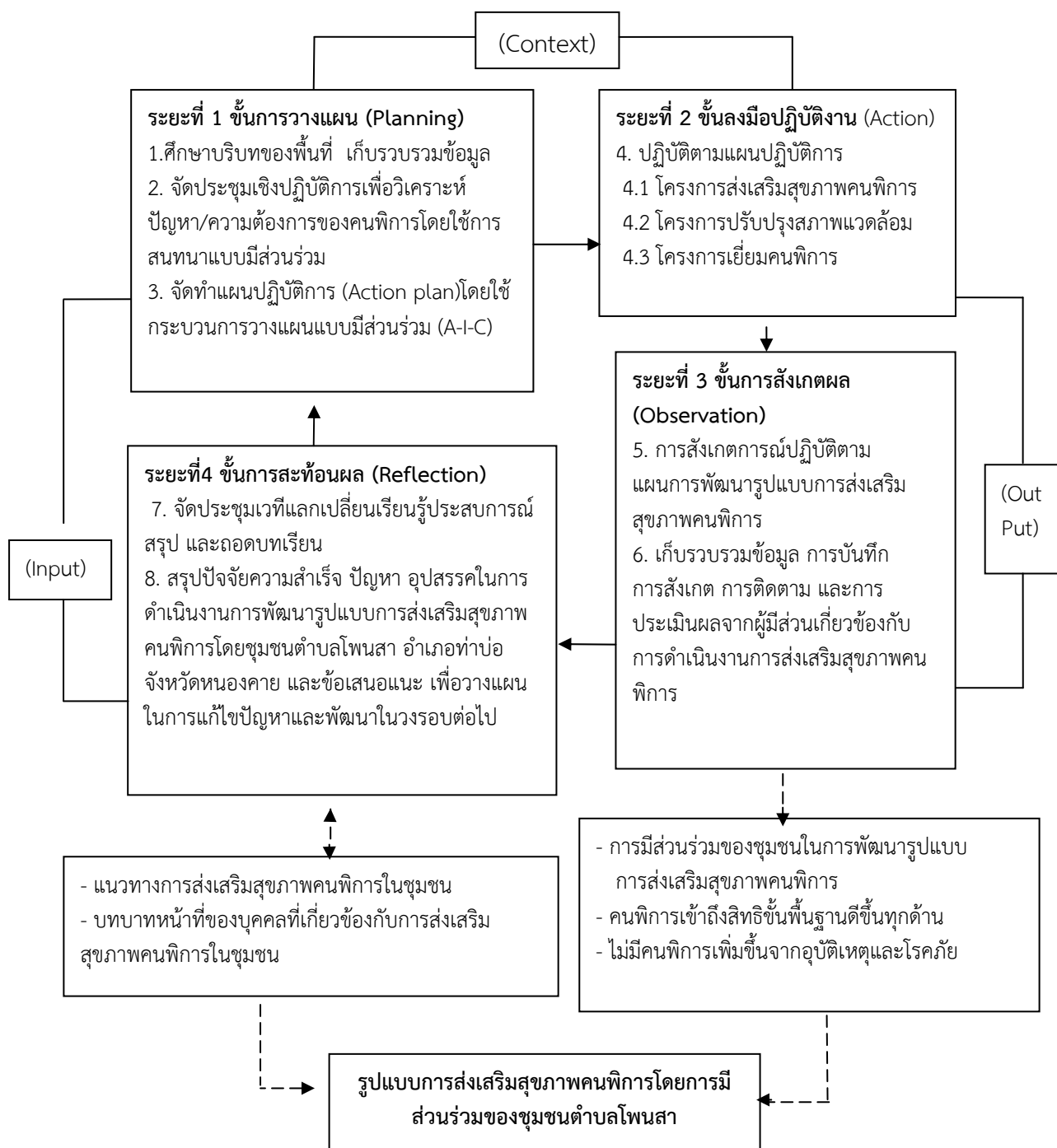


และการกีฬา ซึ่งเป็นโครงสร้างและรากฐานสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แสดงให้เห็นว่าสังคมไทยให้ความสำคัญของคนพิการ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายด้านการดูแลคนพิการที่ชัดเจน กำหนดให้คนพิการเป็นกลุ่มเป้าหมายบริการเฉพาะในแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค มีการจัดบริการในทุกระดับตั้งแต่ระดับตติยภูมิลงมาถึงปฐมภูมิ และบริการที่ชัดเจนในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การจัดบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และนักสร้างสุขภาพครอบครัว ซึ่งเป็นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และมีเครือข่ายการให้บริการเฉพาะภายในกระทรวง แต่ในความเป็นจริงแล้ว ปัญหาและความต้องการของคนพิการที่พบในชุมชนนั้น ไม่ได้จำกัดที่อยู่ที่ดีด้านการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นปัญหาคุณภาพชีวิตหลังความพิการที่หลากหลายตามพื้นฐานครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ การขาดคนดูแล การประกอบอาชีพ การอยู่ร่วมสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี สิ่งเหล่านี้เป็นความละเอียดอ่อนที่ระบบบริการจากภาครัฐเข้าถึงได้ยาก แต่ผู้วิจัยเชื่อว่าชุมชนที่อยู่อาศัยของคนพิการเข้าใจสภาพปัญหาเหล่านี้ดี หากเข้ามามีส่วนร่วมและได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์บริบท วิเคราะห์สภาพปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาด้วยภูมิปัญญาและทรัพยากรที่มีในชุมชน แล้วร่วมกันปฏิบัติตามโดยคนในชุมชน ติดตามและประเมินผลโดยชุมชน แล้วพัฒนาต่อเนื่องเป็นรูปแบบเฉพาะของชุมชนแล้วร่วมกันถอดบทเรียนร่วมกัน ก็จะได้แนวทางในการจัดการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

## 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้นำแนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) เพื่อให้ชุมชนได้มีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาของชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and Mc Taggart ได้สรุปและนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้





ภาพประกอบ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชน

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในเขตตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้แก่ การฟื้นฟูด้านการแพทย์ การฟื้นฟูอาชีพ การได้รับเบี้ยยังชีพ การยอมรับและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการปรับสภาพแวดล้อม นำไปสู่การถอดบทเรียนหากระบวนการจัดการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคายโดยมีการดำเนินการดังนี้

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

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยยึดกระบวนการของ Kemmis และ McTaggart มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ระยะ 8 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

ขั้นตอนที่ 1 .ศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป

ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการของคนพิการ

โดยใช้การสนทนาแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการซึ่งมี 3 กิจกรรมโครงการ

4.1 โครงการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.2 โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคนพิการ

4.3 โครงการเยี่ยมคนพิการโดยชุมชน



### ระยะที่ 3 การสังเกตผล (Observation)

ขั้นตอนที่ 5 การสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแผนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ  
คนพิการ

ขั้นตอนที่ 6 เก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึก การสังเกต การติดตาม และการประเมินผล  
จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

### ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ขั้นตอนที่ 7 จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ สรุป และถอดบทเรียน

ขั้นตอนที่ 8 สรุปปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการพัฒนา  
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชน ตำบลโพสนา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย และ  
ข้อเสนอแนะ เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาในวงรอบต่อไป

การดำเนินการทั้ง 8 ขั้นตอนเป็นการดำเนินการตามวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1  
วงรอบ (Loop) เพื่อค้นหาอุปสรรคการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ หากครบ 1 วงรอบการวิจัยแล้วยังไม่  
สามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ก็นำประเด็นต่าง ๆ ที่เป็นปัญหา หรือต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นเข้าสู่  
การวางแผนแก้ไขปัญหาในระยะของการวางแผน ระยะปฏิบัติการ ระยะสังเกต และระยะสะท้อนผล  
ในวงรอบต่อไปเรื่อย ๆ หากกระบวนการดังกล่าวสามารถยกระดับสุขภาพคนพิการให้ดีขึ้นได้ ก็ทำการ  
ถอดบทเรียน เพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรมต่อไป

## 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### 3.2.1 ประชากร

การวิจัยในครั้งนี้เจาะจงเลือกตำบลโพสนา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เป็นพื้นที่วิจัย  
เพราะเป็นพื้นที่ที่พบปัญหาด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ และยังไม่เคยมีการดำเนินการเกี่ยวกับ  
การพัฒนาการจัดการดูแลคนพิการโดยชุมชนมาก่อน ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ คนพิการทั้งหมด  
จำนวน 61 คน

### 3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างคนพิการ จำนวน 10 คน
2. ผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน (10 คน) อาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน (10 คน)
3. บุคลากรจากภาครัฐที่เกี่ยวข้องจำนวน 6 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี (1 คน)  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (1 คน) นักสุขภาพครอบครัว (2 คน) เจ้าหน้าที่เทศบาล (1 คน) และ  
เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (1 คน)

### 3.2.3 การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

3.2.3.1 กลุ่มตัวอย่างคนพิการ เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่เปราะบาง มีข้อจำกัดใน  
การเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวอย่างคนพิการแบบเจาะจง 10 คน จาก 61 คน เฉลี่ยหมู่บ้าน  
ละ 1 คน ประกอบด้วย คนพิการด้านสายตา พิการด้านการเคลื่อนไหว พิการด้านการได้ยิน โดยมีเกณฑ์  
คัดเลือก ดังนี้





1. เป็นคนพิการในพื้นที่ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่ได้รับขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว

2. มีศักยภาพในการเข้าร่วมวิจัย เช่น สามารถสื่อสารกับผู้เข้าร่วมวิจัยคนอื่นได้ แสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลได้

3. เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3.2.3.2 ตัวอย่าง จากกลุ่มผู้นำชุมชนและบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยเลือกประชากรทั้งหมดเข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน (10 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (10 คน) รวม 20 คน

3.2.3.3 ตัวอย่าง จากกลุ่มบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี (1 คน) นายกองค้การบริหารส่วนตำบล (1 คน) นักสุขภาพครอบครัว (2 คน) เจ้าหน้าที่เทศบาล (1 คน) และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (1 คน) รวม 6 คน

รวมกลุ่มตัวอย่างและประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จำนวน 36 คน

### 3.2.4 การเลือกพื้นที่วิจัย

คัดเลือกพื้นที่ทำการวิจัย ผู้วิจัยได้เจาะจงเลือกตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เป็นพื้นที่ทำการวิจัย เพราะเป็นพื้นที่ที่ยังไม่เคยมีการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการดูแลคนพิการโดยชุมชนมาก่อน ชุมชนมีพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมเดียวกัน ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็ง มีแนวคิดตามพื้นฐานตามระบอบประชาธิปไตย มีความมุ่งมั่นเสียสละต่อกิจสังคม มีจิตเป็นกุศล สนใจในปัญหา ผู้พิการในชุมชนแสดงถึงความพร้อมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นกระบวนการได้ และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสนใจในการแก้ไขปัญหาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

## 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

### 3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

3.3.1.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับคนพิการ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อทราบถึง ลักษณะทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และสถานการณ์การได้รับหรือเข้าถึงสิทธิของคนพิการแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของคนพิการตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีจำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 2 การประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการ จำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกตอบ 3 ตัวเลือก และกำหนดค่าคะแนน คือ

ช่วยเหลือตัวเองได้ (3 คะแนน)

ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (2 คะแนน)



ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (1 คะแนน)

การแปลผลระดับความสามารถคนพิการ พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)หาร จำนวนชั้น (สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, n.d.) โดยสรุปผลเป็น 3 ระดับ และกำหนดค่าคะแนน คือ

ระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน) คือ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง

ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) คือ ให้ผู้อื่นช่วยเหลือบางกิจวัตรประจำวัน

ระดับน้อย (1.00-1.66 คะแนน) คือ ให้ผู้อื่นช่วยทำกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมด

ตอนที่ 3 การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคนพิการบ้านโพนสา ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อทราบสถานการณ์ของการได้รับความช่วยเหลือ และการเข้าถึงสิทธิตามกฎหมายว่าด้วย พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ได้รับและไม่ได้รับ โดยแปลผลจากจำนวนและร้อยละที่ได้รับ

3.3.1.2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย 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 เป็นการแสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ของผู้ร่วมวิจัย แต่ละข้อคำถามมีตัวเลือกตอบ 3 ตัวเลือกและกำหนดค่าคะแนน คือ

เห็นด้วย (3 คะแนน)

ไม่เห็นใจ (2 คะแนน)

ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน)

การแปลผลระดับความคิดเห็น พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)หาร จำนวนชั้น (สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, n.d.) โดยสรุปผลเป็น 3 ระดับและกำหนดค่าคะแนน คือ

ระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน)

ระดับน้อย (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) เพื่อประเมินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่เปลี่ยนแปลงไปตามกรอบการได้รับและเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 โดยมีอุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง

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

### 3.4 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 การสร้างเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์และแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูล จากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. นำความรู้ที่ได้มาออกแบบสร้างแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
3. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเสร็จแล้วไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และนำแบบสัมภาษณ์กลับมาปรับปรุงแก้ไข

4. นำแบบสัมภาษณ์ ที่ปรับปรุงแก้ไข ให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบคุณภาพ
5. นำแบบสัมภาษณ์ กลับมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมากที่สุด ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากตำบลบ้านเตือ อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย ซึ่งมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกันกับพื้นที่วิจัย

3.4.2 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ หลังจากผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ตามโครงสร้างของการวิจัยแล้วนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบคุณภาพพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้ได้ค่า Index of Item - Objective Congruence หรือ IOC ให้ค่าอยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 1 ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือทั้ง 3 ชุด โดยได้เลือกใช้ข้อที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นตรงกันอย่างน้อย 3 ใน 5 ท่าน ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ทุกข้อคำถามมีค่า IOC โดยเฉลี่ย 0.97



3.4.3 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือ คือแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหลังจากผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามผู้เชี่ยวชาญแนะนำ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ข้างเคียงได้แก่ ตำบลหนองนาง อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนคนพิการและลักษณะของชุมชนใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ชุด แยกเป็นผู้นำชุมชน 15 คน บุคลากรภาครัฐ 5 คน คนพิการ 10 คน นำมาวิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha - Coefficient) แยกเป็นส่วน คือ ด้านบริบทชุมชน (0.81) ด้านปัจจัยนำเข้า (0.84) ด้านกระบวนการ (0.81) ด้านผลลัพธ์ (0.81) และภาพรวม (0.81)

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

1. กลุ่มคนพิการ ปัญหาและความต้องการในการดูแลเป็นอย่างไร จากอดีตถึงปัจจุบัน ได้รับการฟื้นฟู ส่งเสริมและพัฒนาด้านใดบ้าง ผลเป็นอย่างไร หน่วยงานหรือบุคลากรหลักที่คอยให้การดูแลและสนับสนุนเป็นใคร มาจากไหน

2. กลุ่มผู้นำชุมชน การดูแลคนพิการชุมชนควรเป็นอย่างไร ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ของคนพิการในชุมชนเป็นอย่างไร บทบาทในการการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการของผู้นำชุมชนควรเป็นอย่างไร ชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหรือให้ความช่วยเหลือบ้างหรือไม่ อย่างไร มีภูมิปัญญาท้องถิ่นอะไรในชุมชนที่จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาสุขภาพคนพิการ

3. กลุ่มบุคลากรภาครัฐผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการ ระบบการดูแลคนพิการในพื้นที่เป็นอย่างไร กิจกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการมีอะไรบ้าง งบประมาณบุคลากร อุปกรณ์ ข้อมูล การวางแผนอย่างไร ชุมชนมีส่วนร่วมวางแผนเกี่ยวกับคนพิการบ้างหรือไม่ อย่างไร ข้อเสนอต่อการจัดระบบการจัดการดูแลคนพิการ ผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลควรมีบทบาทในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการอย่างไร

### 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 5 ท่านในพื้นที่จังหวัดหนองคายเพื่อเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2. การประสานพื้นที่วิจัย โดยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้ใหญ่บ้านหมู่ 3 และหมู่ 8 ตำบลหนองนาง อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย ในการขอ



ความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และทำหนังสือถึงผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านใน เทศบาลตำบล โพนสา องค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อแจ้งให้พื้นที่ได้ทราบพร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.2.2 เตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลการวิจัย หลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตามขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในหัวข้อ 3.4

3.5.2.3 อบรมผู้ช่วยวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) ที่จะต้องอาศัยทีมงานที่จะช่วยในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่การจัดเตรียมสถานที่ การดูแลผู้เข้าร่วมวิจัย การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ การบันทึกภาพและเสียง ตลอดทั้งการช่วยอำนวยความสะดวกคนพิการ ผู้วิจัยจึงได้ขอความอนุเคราะห์บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา 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 เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและให้การดำเนินการ ในระยะของการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชนและข้อมูลทั่วไปของคนพิการ โดยการขอข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา และสัมภาษณ์คนพิการในชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการวิเคราะห์จัดทำแผนปฏิบัติการ ทั้งนี้จะต้องอาศัยข้อมูลอีกส่วนหนึ่ง จากผู้เข้าร่วมวิจัย

### 3.5.3 กระบวนการวิจัย

แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ตามกรอบของ Kemmis and McTaggart และผู้วิจัยได้เพิ่มขั้นตอนที่จะต้องดำเนินการไว้ 8 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการใช้กระบวนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม แล้วดำเนินการตามขั้นตอนที่วางไว้ 3 ขั้นตอน เพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์บริบทชุมชน เป็นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัยเพื่อศึกษาบริบทชุมชนที่เป็นอยู่เป็นอย่างไร โดยอาศัยข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลจากผู้วิจัย รวบรวมมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา ในขั้นตอนเตรียมการเป็นฐานในการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของคนพิการ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของคนพิการในชุมชน โดยใช้ข้อเท็จจริงของคนพิการที่มีในชุมชน จากผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลจากการสัมภาษณ์คนพิการโดยผู้วิจัย เป็นฐานในการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ เป็นการนำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ตั้งแต่การวิเคราะห์ชุมชนตนเองเพื่อให้ทราบถึงบริบทชุมชน ความต้องการของคนพิการในชุมชน แล้วระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมวิจัย จัดทำเป็นแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ กิจกรรมสำคัญ ระยะเวลาดำเนินการ งบประมาณ สู่การปฏิบัติในขั้นตอนการปฏิบัติต่อไป



ในระยะเวลาที่ 1 นี้ผู้วิจัยทำหน้าที่วิทยากรกระบวนการ (Facilitator) ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยให้ความรู้เรื่องคนพิการ ค้นข้อมูลคนพิการในพื้นที่ ส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยได้แสดงบทบาทและนำเสนอข้อคิด แนวทางการแก้ไขปัญหา และพัฒนาระบบการดูแลคนพิการในชุมชน พร้อมบันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมในทุกขั้นตอน

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ (Action) มี 1 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผนแบบมีส่วนร่วม ที่ได้มีการกำหนดไว้ จาก ระยะที่ 1 ตามกิจกรรม บทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยลงพื้นที่สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม พร้อมกับบันทึกผลที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการ (Observe) มี 2 ขั้นตอน ได้แก่

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

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผล โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้น ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ และแบบบันทึกภาคสนาม เพื่อเป็นการศึกษาผลการดำเนินกิจกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากใช้กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนเป็นการรวบรวมข้อเสนอแนะ ความต้องการต่อการจัดการดูแลคนพิการในชุมชนของคนพิการ เพื่อสรุปผลเป็นข้อมูลนำเข้าไปในขั้นตอนต่อไปของการวิจัย

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

ขั้นตอนที่ 1 การสรุป เพื่อทบทวนกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด ผลการดำเนินงานทั้งดำเนินการสำเร็จและไม่สำเร็จ หรือได้ดำเนินการตามแผนและไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการ ความร่วมมือที่ได้รับ ความภาคภูมิใจ รวบรวมประเด็นต่าง ๆ สู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ทำให้กิจกรรมแต่ละขั้นตอนของแผนปฏิบัติการบรรลุผล ว่าเกิดจากปัจจัยใดบ้าง ทั้งด้านบุคคล ชุมชน สิ่งแวดล้อม ระบบบริการของภาครัฐ และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอน เก็บประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคไว้เพื่อนำเข้าสู่ระยะการวางแผนเพื่อพัฒนาในวงรอบต่อไป และนำปัจจัยแห่งความสำเร็จเข้าสู่ขั้นตอนการกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป



ในการสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผลระยะที่ 4 นี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเองโดยใช้ข้อมูลนำเข้าจากสังเกตในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลที่สะท้อนโดยตรงจากผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมบันทึกกิจกรรมที่ดำเนินการในทุกขั้นตอนในแบบบันทึกกิจกรรมต่างๆ

### 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 3.6.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเป็นทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรในกระบวนการวิจัยและการลงภาคสนามโดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นด้วยวิธีการดังนี้

3.6.1.1 การคัดลอกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Collection of Secondary Data) เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของชุมชน ข้อมูลคนพิการ และความต้องการเบื้องต้นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา

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 ถึงกำนันผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านในตำบลโพนสา องค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อแจ้งให้พื้นที่ได้ทราบพร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.2.2 ติดต่อประสานงานทีมผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยในพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บและรวบรวมข้อมูล

3.6.2.3 รวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชน ข้อมูลคนพิการของพื้นที่ที่ทำการวิจัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา และสัมภาษณ์คนพิการโดยทีมผู้วิจัย ในระยะของการเตรียมการ

3.6.2.4 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการบันทึกกิจกรรมจากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการในระยะการวางแผน (Planning)

3.6.2.5 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบันทึกกิจกรรม การบันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะการปฏิบัติการ (Action) และระยะสังเกตการณ์ (Observation)

3.6.2.6 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ประชากร และการบันทึกกิจกรรมจากการสนทนากลุ่มในระยะสะท้อนผล (Reflection)



3.6.2.7 รวบรวมตรวจสอบแบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์แล้วลงรหัสเพื่อนำไปประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.7.1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และ หาค่าร้อยละ (Percentage) ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

3.7.2 แบบสอบถามและแบบประเมินในการวิจัย

3.7.2.1 ระดับความสามารถของคณพิการในการประกอบกิจวัตรประจำวันทีประเมินระดับ ช่วยตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือบ้างและให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด มีเกณฑ์การให้คะแนน 3, 2 และ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

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

3.7.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

### 3.8 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.8.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการนำข้อมูลจากกระบวนการดำเนินกิจกรรม ติดตาม สังเกต แล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.8.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

3.8.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูล การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานของคณพิการ ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของคณพิการ ระดับความเห็นต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคณพิการ การเปรียบเทียบการเข้าถึงสิทธิพื้นฐานของคณพิการก่อนและหลังดำเนินการ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน





### 3.9 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย คนพิการ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการที่มีความอ่อนไหวต่อสิทธิขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยจึงเลือกแบบเจาะจงคนพิการที่พร้อมเข้าร่วมวิจัยจริงๆ จากทุกหมู่บ้าน ละ 1 คน ดังต่อไปนี้

3.9.1 ผู้วิจัยได้นำหนังสือไปเชิญกลุ่มประชากรที่วิจัยด้วยตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้ทราบ และอธิบายให้กลุ่มเป้าหมาย ตัวแทนคนพิการ ผู้บริหารท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เข้าใจและสามารถตัดสินใจเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

3.9.2 กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกายและจิตใจของคนพิการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยผู้วิจัยจะไม่บังคับเข้าร่วมโครงการหากไม่สมัครใจ

3.9.3 ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยกระบวนการเทคนิคการมีส่วนร่วมให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้พูดและแสดงความคิดเห็น โดยเท่าเทียมกัน มีสิทธิ์จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุม ผู้วิจัยจะเป็นกลางในการดำเนินการประชุม จะไม่เร่งเร้า หรือสร้างความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลทุกคน

3.9.4 ผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจในขั้นตอนของเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และสามารถจัดการกับข้อขัดแย้ง ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

3.9.5 สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ในห้องประชุม เพื่อผ่อนคลายความเครียด และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม

3.9.6 รับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินว่าความคิดเห็นใครถูกใครผิด

3.9.7 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน โดยตัวแทนคนพิการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน มีสิทธิ์และสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน

3.9.8 สร้างความมั่นใจให้ตัวแทนคนพิการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้มีความร่วมมือ และนำข้อมูลไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น การรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัยจะไม่มีการระบุชื่อบุคคลลงในผลงานวิจัย การนำเสนอ เว้นแต่การระบุตำแหน่ง หรือการระบุเพื่อยกย่องเชิดชู ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หลังจากงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้วผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายด้วยการเผา

3.9.9 หากต้องการบันทึกภาพ การบันทึกเทป หรือจดบันทึกการสังเกต ผู้วิจัยจะทำการแจ้งผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนให้ทราบ และขออนุญาตก่อนทุกครั้ง



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพธิ์สา อำเภอบ้านบ่อ จังหวัดหนองคาย เป็นการศึกษากระบวนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีความมุ่งหมายเฉพาะ เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

N	แทนค่า	จำนวนประชากร
n	แทนค่า	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทนค่า	ค่าเฉลี่ย
Max.	แทนค่า	จำนวนที่มีค่ามากที่สุด
Min.	แทนค่า	จำนวนที่มีค่าน้อยที่สุด
SD	แทนค่า	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### 4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ได้รวบรวมข้อมูลและทำการศึกษาตามกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพตามกรอบการวิจัยแล้วผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับของวัตถุประสงค์ โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเรียงลำดับไปพร้อมกัน ตามลำดับดังต่อไปนี้

4.2.1 บริบทชุมชนและลักษณะทั่วไปของคนพิการในชุมชน

4.2.2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.2.3 ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



#### 4.2.1 บริบทชุมชนและลักษณะทั่วไปของคนพิการในชุมชน

##### 4.2.1.1 บริบทชุมชนตำบลโพนสา

ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีหมู่บ้านจำนวน 10 หมู่บ้าน โดยแบ่งเป็นชุมชนขนาดใหญ่ 2 ชุมชนประกอบด้วย ชุมชนบ้านโพนสา มี 6 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านโพน หมู่ที่ 1 บ้านโพนสา หมู่ที่ 2 บ้านศรีวิสัย หมู่ที่ 3 บ้านเทพมงคล หมู่ที่ 8 บ้านโพนสา หมู่ที่ 9 บ้านขามใหญ่หมู่ที่ 10 และชุมชนบ้านท่ามะเฟือง ประกอบด้วย บ้านท่ามะเฟือง หมู่ที่ 4 บ้านดอนน้อย หมู่ที่ 5 บ้านศิลาเลข หมู่ที่ 6 บ้านศิลาเลข หมู่ที่ 7 ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของอำเภอท่าบ่อ มีถนน รพช. ลาดยางเชื่อมติดต่อระหว่างชุมชนถึงตัวอำเภอ ระยะทาง ประมาณ 5 กิโลเมตรเดินทางใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ทั้ง 2 ชุมชนเชื่อมต่อด้วย ถนน รพช. คอนกรีต ระยะทาง 3 กิโลเมตร เดินทางใช้เวลา 7 - 10 นาที ขึ้นอยู่กับฤดูกาล มีอาณาเขตติดต่อกับตำบลข้างเคียง ดังนี้

ทิศเหนือ อาณาเขตติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ทิศใต้ อาณาเขตติดต่อกับตำบลบ้านเตือ และตำบลบ้านถ่อน อำเภอท่าบ่อ

จังหวัดหนองคาย

ทิศตะวันออก อาณาเขตติดต่อกับตำบลเวียงคุก อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัด

หนองคาย

ทิศตะวันตก อาณาเขตติดต่อกับตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ภูมิประเทศ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบ มีห้วยน้ำหลายแห่ง สภาพพื้นดินเป็นดินร่วนปนทราย เหมาะแก่การเพาะปลูก ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์

ลักษณะภูมิอากาศ มีฤดูหนาว ฤดูฝน มีฝนตกชุกและลมแรง ฤดูร้อน อากาศร้อนและแห้งแล้ง

อาชีพหลักของประชากร ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ทำนา รับจ้าง อาชีพเสริมคือการปลูกพืชผักสวนครัว ปลูกยาสูบ การเลี้ยงสัตว์ เย็บผ้า รับจ้าง งานจักสานประชากรมีรายได้เฉลี่ย 40,000 บาท/ปี

วัฒนธรรมประเพณี มีการทำบุญประจำเดือน ตามฮีตสิบสอง ครองสิบสี่ และเมื่อมีงานบุญจะมีการช่วยเหลือกันในหมู่บ้านเป็นอย่างดีส่วนการทะเลาะกันของวัยรุ่นเวลามีงานบุญรื่นเริงก็มีเหมือนกับหมู่บ้านอื่นมีจำนวนหลังคาเรือน 1,685 หลัง จำนวนประชากร 6,440 คน ประชากรชาย 3,116 คน ประชากรหญิง 3,324 คน มีคนพิการทั้งหมด จำนวน 61 คน คนพิการเพศชาย 39 คน คนพิการเพศหญิง 22 คน ดังตาราง 4.1



ตาราง 4.1 จำนวนหลังคาเรือนและประชากรตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	หลังคาเรือน	ประชากร			คนพิการ		
			ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
1	โพนสา	243	559	453	1,012	2	2	4
2	โพนสา	112	204	272	476	5	2	7
3	ศรีวิสัย	234	485	482	967	4	2	6
4	ท่ามะเฟือง	168	198	219	417	2	3	5
5	ดอนน้อย	114	154	187	341	3	1	4
6	ศิลาเลข	197	480	443	923	7	4	11
7	ศิลาเลข	83	116	188	304	2	1	3
8	เทพมงคล	246	453	522	975	6	4	10
9	โพนสา	141	259	295	554	3	2	5
10	ขามใหญ่	147	208	263	471	5	1	6
รวม		1,685	3,116	3,324	6,440	39	22	61

ที่มา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา (2558)

### 1. ภูมิหลังและลักษณะทั่วไปของชุมชน

ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีพรมแดนติดต่อกันระหว่างประเทศไทยกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยมีร่องน้ำลึกของแม่น้ำโขงเป็นเส้นแบ่งเขตแดน มีต้นกำเนิดมาจากการอพยพย้ายถิ่นของเป็นชาวจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งได้เดินทางมาแสวงโชคและหาที่ทำกินที่อุดมสมบูรณ์ ชุมชนจะมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีบ้านติดๆกันหนาแน่น มีถนน รพช.ตัดผ่านหมู่บ้าน 2 เส้น และมีทางโค้ง 3 จุดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ มีถนนคอนกรีตทุกขอยภายในหมู่บ้าน แต่ถนนจะแคบ และมีทางแยกเยอะ ซึ่งจากสภาพถนน รพช.ที่ตัดผ่านหมู่บ้าน และถนนภายในหมู่บ้านที่มีทางแยกเยอะจึงเป็นสาเหตุในการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรบ่อยครั้ง นำมาซึ่งการสูญเสียชีวิต สูญเสียทรัพย์สิน การบาดเจ็บและบางคนถึงกับพิการ ฤดูฝนฝนจะตกตลอดไม่แห้งแล้งและเป็นพื้นที่ราบน้ำท่วมไม่ถึง เหมาะแก่การทำอาชีพเกษตรกรรม โดยมีหลวงพ่อแสนห้า วัดกุ่มภประดิษฐ์ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจชาวตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

### 2. ด้านเศรษฐกิจและสังคม

ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่ กว่าร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีพืชเศรษฐกิจที่สำคัญคือ การปลูกพริก มะเขือเทศ ยาสูบ และข้าว ดังนั้นรายได้หลักจึงมาจากการทำสวนพริก มะเขือเทศ ยาสูบ และนาข้าว ทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี กลุ่มวัยแรงงานมีอาชีพและรายได้ดี การดำเนินชีวิตคล้ายสังคมเมืองกล่าวคือ เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การเข้าถึงสินค้าอุปโภคบริโภคได้ง่าย เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีพาหนะส่วนตัวเดินทางเข้าไปจับจ่ายใช้สอยสินค้าได้ที่ห้างสรรพสินค้าในอำเภอและจังหวัด ในขณะที่กลุ่มด้อยโอกาสได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการและเด็กก่อนวัยเรียนต้องอยู่ติดบ้านตามลำพัง ด้วยพื้นฐานทางสังคมที่เป็นชุมชนแบบ



ดั้งเดิมจึงยังคงอนุรักษ์ประเพณีและวัฒนธรรมต่าง ๆ ที่เคยสืบทอดกันมา เช่น ประเพณีฮีตสิบสองครองสิบสี่ของชาวอีสาน ประเพณีบุญแข่งเรือยาว การให้ความเคารพแก่ผู้สูงวัยและผู้อาวุโส

### 3. ด้านการเมืองการปกครอง

ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลโพนสา และองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 2 กองทุน คือกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโพนสา และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา ทำหน้าที่สนับสนุนกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มเป้าหมายการให้บริการ ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน มีนายกเทศมนตรีตำบลโพนสา และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสาเป็นประธานกรรมการบริหาร มีคณะกรรมการกองทุนละ 15 คน ทำหน้าที่พิจารณางบประมาณในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

### 4. ด้านการศึกษา

ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานประถมศึกษา 2 แห่ง ได้แก่โรงเรียนชุมชนบ้านโพนสา ตั้งอยู่หมู่ 1 รับผิดชอบ หมู่ 1,2,3,8,9 และ 10 เป็นโรงเรียนขยายโอกาส สอนระดับอนุบาล-มัธยมต้น และโรงเรียนบ้านท่ามะเฟือง ตั้งอยู่ หมู่ 4 รับผิดชอบ หมู่ 4, 5, 6 และ 7 สอนระดับ อนุบาล-ประถมศึกษา ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.60) และอยู่ระหว่างการศึกษา (ร้อยละ 36.40)

### 5. ด้านการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขและสภาวะสุขภาพของประชาชน

ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีสถานบริการทางการแพทย์ที่ให้บริการประชาชนระดับปฐมภูมิ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา ตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ 2 บ้านโพนสา มีอัตรากำลัง 7 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานนวดแผนไทย 1 คน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1 คน ทำหน้าที่คอยให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและควบคุมโรคฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข แก่ประชาชนในพื้นที่ตำบลโพนสาทั้งกิจกรรมเชิงรับและเชิงรุก นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการแม่ข่ายรับบริการส่งต่อ และคอยให้การสนับสนุนการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา ซึ่งประชาชนทั้งสองชุมชนสามารถเลือกเข้ารับบริการได้ทั้ง 2 แห่งตามความสะดวก ในกรณีผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ก็เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา เพราะอยู่ใกล้และสะดวกกว่า ถ้าเจ็บป่วยหนักหรือต้องการพบแพทย์เฉพาะทางจึงเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ด้านสภาวะสุขภาพ โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่อันดับต้นๆ คือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายและเกิดความพิการตามมา



## 6. ด้านการสาธารณสุขมูลฐานและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข

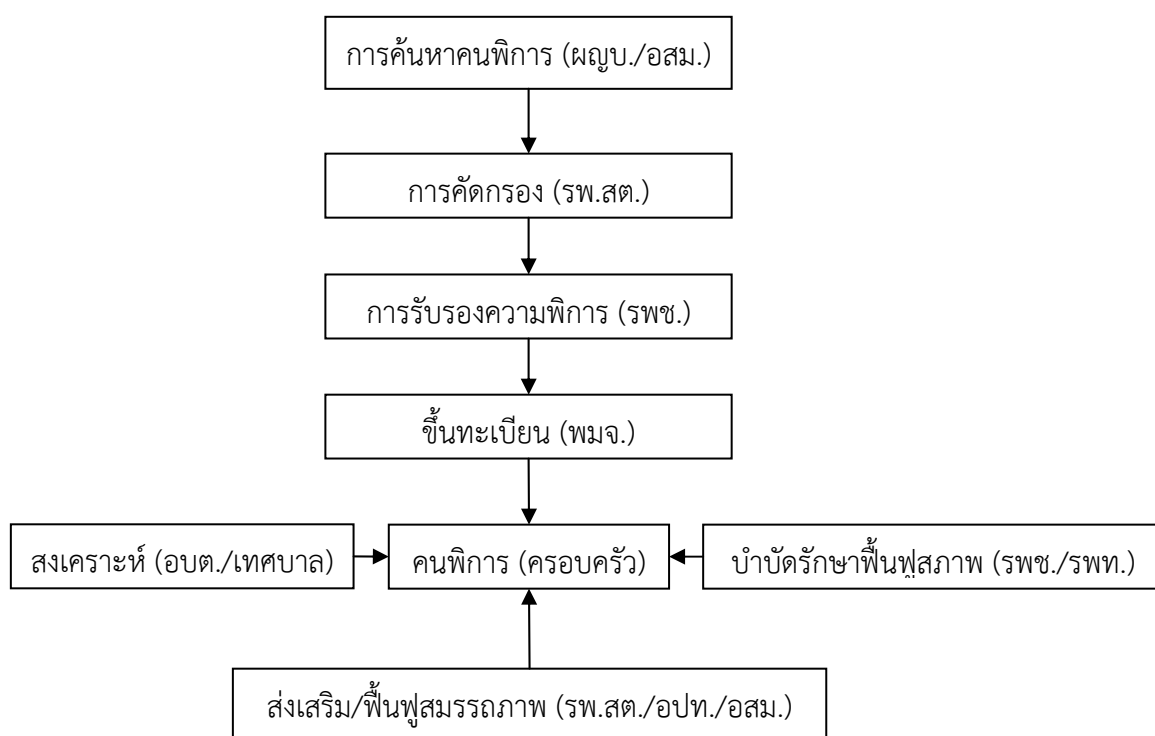
ประชาชนในพื้นที่ตำบลโพนสานอกจากได้รับการดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อตามระบบการให้บริการระดับปฐมภูมิแล้ว ยังมีการพึ่งตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชน ได้มีการรวมตัวกันเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นชมรมที่หลากหลาย ได้แก่

1. ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม. ) ตำบลโพนสา สมาชิก 140 คน ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือประชาชนในคุ้มหรือละแวกที่แต่ละคนรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. เช่น การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ การติดตามดูแลกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ได้แก่ กลุ่มเด็ก 0 - 5 ปี กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ และคนพิการ เป็นต้น
2. ชมรมผู้สูงอายุตำบลโพนสา เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ มีจำนวนสมาชิก 375 คน ร่วมดำเนินกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ เทศบาลตำบลโพนสาและองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา ในการดำเนินงาน
3. ชมรมสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มรำไม้พอง กลุ่มฟ้อนรำ กลุ่มแอโรบิค กลุ่มเยาวชน กลุ่มเรือพาย เป็นต้น

## 7. ด้านการดูแลคนพิการ

การดูแลคนพิการในชุมชนยังไม่พบระบบการจัดการดูแลโดยชุมชน ไม่มีชมรมและผู้ช่วยคนพิการที่ผ่านการฝึกอบรม แต่มีการค้นหาคนพิการในชุมชนเพื่อให้ได้รับการดูแลด้านสวัสดิการจากเทศบาลตำบลโพนสา และองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา เพื่อให้ได้รับเบี้ยยังชีพ 800 บาทต่อเดือน ด้านการแพทย์มีการดูแลตามระบบการดูแลของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยมีนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) เป็นเจ้าภาพในการเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ และหากเกินความสามารถที่ประสานทีมสหวิชาชีพเข้ามาร่วมดูแลหรือส่งต่อไปที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ในบางกรณีที่ต้องอาศัยการดูแลที่ใกล้ชิดต้องให้ญาติร่วมบ้านคอยดูแลโดยต้องได้รับการสอนเรื่องเทคนิคจากเจ้าหน้าที่ก่อน ซึ่งมีรูปแบบการค้นหา ดังภาพประกอบ 4.1





ภาพประกอบ 4.1 กระบวนการค้นหาช่วยเหลือคนพิการในชุมชน ตำบลโพนสา อำเภотаบ่อ จังหวัดหนองคาย(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา พ.ศ. 2550)

#### 4.2.1.2 ลักษณะทางประชากรของคนพิการในชุมชน

ตำบลโพนสา อำเภотаบ่อ จังหวัดหนองคาย จากการศึกษพบว่ามียจำนวนคนพิการทุกประเภทรวมกันทั้งหมด จำนวน 61 คน คนพิการทางด้านร่างกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด (ร้อยละ 57.38) รองลงมาคือพิการด้านการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ร้อยละ 14.75) ดังตาราง 4.2

ตาราง 4.2 ประเภทความพิการของคนพิการ ตำบลโพนสา อำเภотаบ่อ จังหวัดหนองคาย

ประเภทความพิการ	จำนวน (ร้อยละ)
1.ความพิการทางร่างกายหรือทางการเคลื่อนไหว	35 (57.38)
2.ความพิการทางการมองเห็น	9 (14.75)
3.ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย	7 (11.48)
4.ความพิการทางสติปัญญา	5 (8.20)
5.ความพิการทางทางจิตใจ/พฤติกรรม/ออทิสติก	3 (4.92)
6.ความพิการทางการเรียนรู้	2 (3.28)
<b>รวม</b>	<b>61 (100)</b>



จากการศึกษาลักษณะทางประชากรของคนพิการชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอบ้านบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่า เพศชาย (ร้อยละ 63.93) เพศหญิง (ร้อยละ 36.07) ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 52.45) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ (ร้อยละ 60.66) การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.93) อาชีพส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 34.43) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 96.72) ส่วนใหญ่ไม่พอใช้ (ร้อยละ 96.72) สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 60.66) สถานภาพหรือการดำรงตำแหน่งในชุมชน ส่วนใหญ่ไม่มี (ร้อยละ 100.00) สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการส่วนใหญ่พิการจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 60.66) รองลงมาเกิดจากโรคและความเจ็บป่วย (ร้อยละ 29.50) ลักษณะความพิการส่วนใหญ่พิการด้านร่างกายเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือได้น้อย (ร้อยละ 57.38) รองลงมาเป็นความพิการทางสายตาหรือการมองเห็น (ร้อยละ 14.74) ระยะเวลาความพิการส่วนใหญ่ 20 - 39 ปี (ร้อยละ 50.82) จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 1 - 5 คน (ร้อยละ 96.72) ดังตาราง 4.3

ตาราง 4.3 ลักษณะข้อมูลทางประชากรคนพิการ ตำบลโพนสา อำเภอบ้านบ่อ จังหวัดหนองคาย  
(N = 61)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
ชาย	39 (63.93)
หญิง	22 (36.07)
2. อายุ (ปี)	
น้อยกว่า 30	2 (3.28)
30 - 39	2 (3.28)
40 - 49	6 (9.84)
50 - 59	19 (31.15)
60 ขึ้นไป	32 (52.45)
Min = 25 , Max = 82 , Mean = 58.79	
3. สถานภาพสมรส	
โสด	12 (19.67)
คู่	37 (60.66)
หม้าย	12 (19.67)





ตาราง 4.3 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้ศึกษา	2 (3.28)
ประถมศึกษา	39 (63.93)
มัธยมศึกษาตอนต้น	16 (26.23)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4 (6.56)
5. อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20 (32.79)
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	2 (3.28)
เกษตรกรกรรม	21 (34.43)
ค้าขาย	8 (13.11)
รับจ้าง	8 (13.11)
อื่นๆ(นวดแผนไทยเพื่อสุขภาพ)	2 (3.28)
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย (บาท/เดือน)	
น้อยกว่า 5,000	59 (96.72)
5,000 ขึ้นไป	2 (3.28)
Min = 1,300 , Max = 6,000 , Mean = 3,009.84	
เพียงพอหรือไม่	
ไม่เพียงพอ	59 (96.72)
เพียงพอ	2 (3.28)
7. สถานะภาพในครอบครัวก่อนเกิดความพิการ	
หัวหน้าครอบครัว	37 (60.66)
ผู้อาศัย	24 (39.34)
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	
1 - 5	59 (96.72)
6 - 10	2 (3.28)



ตาราง 4.3 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
9. ผู้ดูแล	
ภรรยา/สามี	6 (9.84)
ลูก	2 (3.28)
ญาติ	51 (83.60)
อื่นๆ(เพื่อนบ้าน)	2 (3.28)
10.สถานภาพหรือการดำรงตำแหน่งในชุมชน	
ไม่มี	61 (100.00)
11. สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการ	
พิการแต่กำเนิด	4 (6.56)
อุบัติเหตุ	37 (60.66)
พิการจากโรคและความเจ็บป่วย	18 (29.50)
อื่นๆ(การรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้องวิธี)	2 (3.28)
12. ลักษณะของความพิการ	
หูหนวก เป็นใบ้	7 (11.48)
ร่างกายเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือได้น้อย	35 (57.38)
ตาบอดข้างเดียว /ตาบอดสองข้าง	9 (14.74)
ความพิการทางสมอง /สติปัญญา	5 (8.20)
พิการทางการเรียนรู้	2 (3.28)
ทางจิตหรือพฤติกรรม	3 (4.92)
13. การขึ้นทะเบียนคนพิการ	
ขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว	59 (96.72)
ยังไม่ขึ้นทะเบียนคนพิการ	2 (3.28)
14. ระยะเวลาความพิการ (ปี)	
1 - 19	15 (24.59)
20 - 39	31 (50.82)
40 - 59	15 (24.59)
60 ขึ้นไป	0 (0.00)
Min = 5, Max = 50, Mean = 27.84	

ผลการวิเคราะห์ความสามารถของคนพิการในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า คนพิการในพื้นที่ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ คือ คนพิการส่วนใหญ่สามารถรับประทานอาหารเอง การเดินบนพื้นราบ/การใช้รถเข็นนั่ง (ร้อยละ 90.16) เคลื่อนย้ายตนเองได้ (ร้อยละ 86.89) การทำความสะอาดร่างกายได้ แต่งตัวเองได้ การอาบน้ำด้วยตนเอง (ร้อยละ 85.24) ใช้ห้องส้วมเองได้



(ร้อยละ 83.61) ขึ้นลงบันไดเองได้ (ร้อยละ 80.32) และผลวิเคราะห์ระดับความสามารถคนพิการ พบว่า ค่าคะแนนระดับความสามารถการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันในแต่ละกิจกรรม ทุกข้ออยู่ในระดับมาก คือค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.34 ขึ้นไป

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าคนพิการส่วนใหญ่ในชุมชนจะมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ในระดับมาก แต่ยังมีคนพิการอยู่จำนวนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือหรือพึ่งพิงคนอื่นอยู่คือ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายตนเองและใช้ห้องส้วม (ร้อยละ 13.10) ต้องการความช่วยเหลือในการแต่งตัว การขึ้นลงบันไดและการใช้รถเข็น (ร้อยละ 9.80) ดังตาราง 4.4

ตาราง 4.4 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคนพิการตำบลโพธิ์สา อำเภอบ้านบ่อ จังหวัดหนองคาย (N = 61)

กิจวัตรประจำวัน	จำนวน (ร้อยละ)		
	พึ่งตนเอง	พึ่งคนอื่นบ้าง	พึ่งคนอื่นทั้งหมด
1. การเคลื่อนย้ายตนเอง	53 (86.89)	8 (13.11)	0 (0.00)
2. การรับประทานอาหาร	55 (90.16)	6 (9.84)	0 (0.00)
3. การใช้ห้องส้วม	51 (83.61)	8 (13.11)	2 (3.28)
4. การทำความสะอาดร่างกาย	52 (85.24)	7 (11.48)	2 (3.28)
5. การแต่งตัว	52 (85.24)	7 (11.48)	2 (3.28)
6. การอาบน้ำด้วยตนเอง	52 (85.24)	7 (11.48)	2 (3.28)
7. การขึ้น-ลงบันได	49 (80.32)	6 (9.84)	6 (9.84)
8. การเดินบนพื้นราบ/การใช้รถเข็นนั่ง	55 (90.16)	6 (9.84)	0 (0.00)

สำหรับผลการวิเคราะห์การได้รับความช่วยเหลือและการเข้าถึงสิทธิพื้นฐานตามกฎหมาย พบว่า มีเพียงการได้รับเบี้ยยังชีพที่ได้รับสิทธิมากที่สุด (ร้อยละ 96.70) ส่วนสิทธิอื่น ๆ ส่วนใหญ่ได้รับสิทธิอยู่ในระดับต่ำกว่า (ร้อยละ 50.00) ดังตาราง 4.5



ตาราง 4.5 การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานตามกฎหมายคนพิการ ตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย

การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานตามกฎหมายของคนพิการ	จำนวน (ร้อยละ)	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. ด้านการแพทย์		
- ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (N = 61)	36 (59.00)	25 (41.00)
- ได้รับการเสริมทักษะการเรียนรู้ตั้งแต่แรกเกิดหรือพบความพิการ (N = 61)	34 (55.70)	27 (44.30)
- ได้รับการอุปการะช่วยเหลือคนพิการ (N = 51)	28 (54.90)	23 (45.10)
2. ด้านการศึกษา		
- ได้รับทุนการศึกษา (N = 2)	1 (50.00)	1 (50.00)
- ได้รับโควตาเข้าเรียนต่อ (N = 2)	1 (50.00)	1 (50.00)
3. ด้านผู้ดูแลคนพิการ		
- ได้รับความรู้ในการดูแลคนพิการ (N = 61)	43 (70.50)	18 (29.50)
- ได้รับการส่งเสริมอาชีพ (N = 61)	31 (50.80)	30 (49.20)
- ได้รับการลดหย่อนภาษี (N = 61)	23 (37.70)	38 (62.30)
4. ด้านการมีส่วนร่วมชุมชน		
- ได้รับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม (N = 61)	34 (55.70)	27 (44.30)
- ได้รับการยอมรับให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการเมือง (N = 61)	28 (45.90)	33 (54.10)
5. ด้านสวัสดิการสังคม		
- ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ (N = 61)	59 (96.70)	2 (3.30)
- ได้รับผู้ช่วยคนพิการดูแล (N = 61)	30 (49.20)	31 (50.80)
- ได้รับโอกาสให้ได้ใช้ล่ามภาษามือในการสื่อสาร (N = 7)	2 (28.57)	5 (71.43)
6. ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร (N = 61)		
- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการ	35 (57.40)	26 (42.60)
7. ด้านอาชีพและการมีงานทำ (N = 61)		
- ได้รับการรับเข้าเป็นพนักงาน/ลูกจ้างของรัฐและเอกชน	18 (29.50)	43 (70.50)
- ได้รับการฝึกอาชีพ	31 (50.80)	30 (49.20)
- ได้รับการฝึกอาชีพระยะยาว (โครงการสร้างชีวิตใหม่)	12 (19.70)	49 (80.30)
8. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (N = 61)		
- ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย	24 (39.30)	37 (60.70)
- ได้รับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกหรือช่องทางพิเศษในการเข้าถึงกิจกรรมทางสังคม	37 (60.70)	24 (39.30)



ตาราง 4.5 (ต่อ)

การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานตามกฎหมายของคนพิการ	จำนวน (ร้อยละ)	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ
9. ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะ (N = 61)		
- ได้รับการมีบทบาทในโครงการ/กิจกรรมของภาครัฐในระดับพื้นที่ เช่นการประชุม อบรม โครงการของรัฐ	34 (55.70)	27 (44.30)
10. ด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย (N = 61)		
- ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องกฎหมายและสิทธิที่เกี่ยวข้อง	40 (65.60)	21 (34.40)
11. ด้านการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ		
- ได้รับการไม่ถูกล่วงละเมิดและแสวงหาผลประโยชน์จากคนพิการ (N = 61)	24 (39.30)	37 (60.70)
- ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแลคนพิการ (N = 61)	39 (63.90)	22 (36.10)
- ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว (N = 61)	26 (42.60)	35 (57.40)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็นปัญหาคนพิการ คือ

1. ความต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้สะดวกขึ้นลดการพึ่งพิงจากคนอื่น
  2. ความต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยมบ้านเป็นประจำ
  3. ความต้องการกายอุปกรณ์ทดแทน
  4. ความต้องการมีอาชีพเสริมเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพ เพื่อเพิ่มรายได้แก่ครอบครัว
  5. ความต้องการความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ของคนพิการตามกฎหมาย
- ตั้งคำถามคนพิการว่า

“ได้รับรถเข็นแล้วเมื่อ 9 ปีก่อนทุกวันนี้ไม่มีเหลือแล้ว อยากได้ใหม่แต่บัฐริเฮดจิ้งใต้ คั้นแมนได้ใหม่ไปไสมาไสกะคือสิไคบ่ต้องยากคนอื่น” (คนพิการ 1)

“การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวซึ่งแนะนำตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลเดี๋ยวนี้อาจได้แผนบ่ได้แผน จำได้แต่ที่เฮดประจำ บางอย่างกะลืมแล้ว ถ้ามาเยี่ยมตุ้ๆกะคือสิตี” (คนพิการ 2)

“หมอมายเยี่ยมที่บ้าน ปีละเทื่อ อยากให้เพิ่นมาเยี่ยมตุ้ ๆ เพราะมาแต่ละเทื่อเพิ่นมาแนะนำดีแต่โดนๆ กะลืม ” (คนพิการ 3)

“ทุกวันนี้อยู่กับลูก แล้วแต่เขาลิหาให้กิน เปี้ยคนพิการก็น้อยถ้าได้เพิ่มก็ดี” (คนพิการ 4)

“ผมบ่เคยรู้ว่าคนพิการมีสิทธิอีย่งแห่งทางกฎหมาย คือจ้งยกเว้นค่าธรรมเนียมหรือว่าค่าทนายจ้งสิ บู้ว่าเพิ่นสิให้เฮอสิหลี่บ่บ่ดยามเป็นอียี่ คั้นมีผู้มาบอกหรือให้ความรู้แก่คือสิตีครับผมว่า” (คนพิการ 5)



แสดงให้เห็นว่าชีวิตความเป็นอยู่คนพิการในชุมชนตำบลโพนสา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดหนองคาย นั้นต้องการความช่วยเหลือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

4.2.2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการปฏิบัติการและการวิเคราะห์ความเห็นของผู้ร่วมวิจัยต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ดังต่อไปนี้

#### 4.2.2.1 ผลการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

จากการศึกษาบริบทของชุมชนและสภาพปัญหาของคนพิการในชุมชนด้วยการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยแล้วคืนข้อมูลสู่ชุมชน โดยการประชุมกลุ่มย่อยระดับผู้นำชุมชน เพื่อสะท้อนปัญหาคนพิการในชุมชนว่าบุคคลเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ชุมชนจะต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือร่วมกันในฐานะเพื่อนบ้านญาติพี่น้อง แล้วผู้วิจัยจึงได้เริ่มต้นกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วม และได้เกิดกระบวนการอื่นในชุมชนที่เกี่ยวข้องเป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการอบรมผู้ช่วยวิจัย เป็นกระบวนการเตรียมทีมวิจัยโดยผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา จำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยวิจัย แล้วจัดการอบรม ด้วยการสนทนากลุ่มระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ในวันที่ 12 พฤษภาคม 2558 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา เพื่ออธิบายถึงเรื่องการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การเก็บข้อมูล จนเป็นที่เข้าใจ ใช้เวลาประมาณเวลา 2 ชั่วโมง

2. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) เป็นกระบวนการเริ่มที่มีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาโดยรวมกันการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของคนพิการแล้วนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยผู้วิจัยได้สังเกตและใช้แบบบันทึกกิจกรรมเป็นเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

##### 1) การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มย่อยเกิดขึ้นจากการรวมกลุ่มของผู้วิจัยเพื่อคืนข้อมูลคนพิการและปัญหาที่พบที่ได้จากการรวบรวม โดยใช้สถานที่บ้านคนพิการคนหนึ่ง กลุ่มประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา 1 คน และกรรมการหมู่บ้าน 2 คน โดยผู้วิจัยได้บอกจำนวนคนพิการในหมู่บ้าน สภาพปัญหาแต่ละคนที่พบ พร้อมกับถามคำถามที่กลุ่มคนว่าเราจะช่วยเหลือคนเหล่านี้ได้อย่างไรให้เขาได้มีสุขภาพอย่างน้อยตามสิทธิในกฎหมายในฐานะที่เราเป็นผู้นำชุมชน เป็นคำถามที่นำไปสู่การสนทนาภายในเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ได้บทสรุปว่า เราต้องยกปัญหานี้เป็นปัญหาของชุมชนที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จึงมีการเสนอให้มีการจัดการประชุมเฉพาะเรื่องนี้อีกรอบโดยต้องเชิญกลุ่มบุคคล ผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนมาร่วมประชุมในคราวต่อไป



## 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผน

การประชุมครั้งนี้เป็นการประชุมที่เกิดจากการนัดหมายในครั้งที่แล้ว โดยได้เชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมประชุมด้วย จัดการประชุมขึ้นในวันที่ 18 พฤษภาคม 2558 ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา ซึ่งการประชุมครั้งนี้เป็นการประชุมแบบไม่เป็นทางการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือคนพิการในชุมชน มีผู้วิจัยและผู้ช่วยดำเนินการประชุมโดยได้นำเสนอข้อมูลทั่วไปคนพิการและสภาพปัญหาที่พบ แจงสิทธิคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555 - 2559 ให้ที่ประชุมทราบ พร้อมทั้งตั้งคำถามว่าชุมชนจะมีวิธีการอย่างไรที่ช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพคนพิการในพื้นที่ การประชุมเน้นให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมการประชุมมากที่สุดเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือปัญหาของคนพิการในชุมชน ปรากฏผลดังนี้

1. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม การประชุมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 40 คน ประกอบด้วย นายกองครปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ผู้ใหญ่บ้าน 10 คน อสม. 10 คน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบคนพิการ 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. 2 คน คนพิการ 10 คน และญาติคนพิการ 4 คน

2. การดำเนินกิจกรรม เมื่อถึงเวลาประชุม ที่ประชุมพร้อมได้เชิญนายกเทศบาลตำบลโพนสา 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 กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. 3) กลุ่มบุคลากรภาครัฐที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับคนพิการ ประกอบด้วย นายกองครปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา โดยได้กำหนดเป็นข้อคำถามที่แตกต่างกันแต่ละกลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 สภาพปัญหาความเป็นอยู่เป็นอย่างไรและความต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนอย่างไร กลุ่มที่ 2 สภาพปัญหาคนพิการในชุมชนเป็นอย่างไรและจะมีวิธีการช่วยเหลือคนพิการอย่างไร กลุ่มที่ 3 สภาพปัญหาคนพิการในพื้นที่ ตำบลโพนสาเป็นอย่างไร และในฐานะบุคลากรภาครัฐจะมีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาในระยะยาวอย่างไร โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ผลการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า

กลุ่มที่ 1 มีสมาชิกในการประชุม 14 คน ประกอบด้วย คนพิการ 10 คน และญาติคนพิการ 4 คน ได้ประชุมกลุ่มย่อยแบบง่าย ๆ พูดคุยกันแบบญาติมิตรที่ได้มีการระบุปัญหาที่พบ โดยมากจะระบุปัญหาที่แต่ละคนประสบให้กันฟัง ซึ่งจัดกลุ่มปัญหาได้เป็นปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ความลำบากในการเคลื่อนย้ายตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ขาดแคลนทุนทรัพย์ในการดำเนินชีวิตเนื่องจากเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน ขาดคนดูแลเรื่องการเตรียมอาหาร ขาดรายได้เพื่อดูแลครอบครัวเนื่องจากต้องมาดูแลญาติที่พิการ (กรณีญาติคนพิการ) ส่วนความต้องการความช่วยเหลือจากสังคมนั้นไม่แน่ใจ แต่อยากได้เบี้ยยังชีพเพิ่ม ดังคำพูดคนพิการ 1 “แล้วแต่เพิ่นสิเห็นใจแนวอยากได้กะคือเบี้ยเพิ่ม เพราะว่าแนวจ่ายมันหลาย” อยากได้รถเข็นเพื่อเคลื่อนย้ายคนพิการไปมาระหว่างบ้านญาติที่ใกล้กัน อยากได้กายอุปกรณ์ในการดำรงชีวิต



กลุ่มที่ 2 มีสมาชิกในการประชุมกลุ่ม จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 10 คน อสม. 10 คน การประชุมดำเนินอยู่เป็นรูปแบบการประชุม โดยมี ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 1 ดำเนินการประชุม โดยได้แต่งตั้งเลขากลุ่มคอยจดบันทึก โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนในกลุ่มเสนอสภาพปัญหาคนพิการเท่าที่ตนเองได้ทราบในชุมชน แต่ก็นำเสนอได้เป็นบางส่วนเพราะไม่ทราบปัญหาเชิงลึกหรือความต้องการที่แท้จริงของคนพิการ วิทยากรได้เสนอให้คิดถึงสิทธิตามกฎหมายว่าเท่าที่เรารู้เห็นคนพิการในพื้นที่ได้รับสิทธิหรือมีโอกาสเข้าถึงสิทธิหรือไม่ ซึ่งได้มีการเสนอในที่ประชุมได้แก่ การขาดคนดูแล คนดูแลไม่มีความรู้ มีความลำบากในการเคลื่อนย้ายตนเองในการปฏิบัติกิจวัตร เช่น การเข้าห้องน้ำ หลังจากที่ประชุมได้เสนอปัญหาพอสมควรแล้ว ผู้นำการประชุมได้สรุปประเด็นปัญหา และได้ให้ที่ประชุมได้เสนอแนวทางแก้ไขหรือช่วยเหลืออย่างไร ที่ประชุมได้เสนอแนวทาง ได้แก่ การช่วยเหลือเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมอาศัยของคนพิการให้เหมาะสมโดยชุมชนร่วมมือกัน การอบรมผู้ช่วยคนพิการ และการพัฒนา อสม. ในการดูแลคนพิการ โดยให้เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดอบรมให้

กลุ่มที่ 3 มีสมาชิก 6 คน ประกอบด้วย นายกองค์รปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน เจ้าหน้าที่องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา 2 คน เป็นประชุมแบบกันเอง ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาคนพิการในพื้นที่ เนื่องจากว่าทุกคนมีข้อมูลและทราบปัญหาคนพิการในพื้นที่ทั้งจากการสัมผัสด้วยตนเอง และการสำรวจข้อมูลนำเข้า พบว่า คนพิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ขาดคนดูแล การเข้าไม่ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมายกำหนด ขาดการดูแลที่เป็นรูปธรรมจากชุมชน สาเหตุหลักส่วนใหญ่มาจาก ฐานะทางเศรษฐกิจที่จะต้องให้สมาชิกร่วมบ้านออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ความไม่รู้สิทธิที่ควรได้รับ การไม่รู้จักสถานที่ หรือแหล่งที่จะขอรับการช่วยเหลือหรือเข้าถึงสิทธิ แนวทางการแก้ไขที่ร่วมกันสรุปได้คือ ส่งเสริมอาชีพแก่สมาชิกคนในครอบครัวคนพิการ หรือผู้ช่วยเหลือคนพิการ ส่งเสริมให้ชุมชนได้เข้ามามีบทบาทร่วมในการจัดการปัญหาคนพิการ สร้างเครือข่ายการช่วยเหลือและดูแลคนพิการในระดับพื้นที่ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน แสวงหาหรือประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างกระทรวงทั้งในแนวราบและแนวตั้ง

หลังจากนั้นได้นำข้อสรุปการประชุมกลุ่มย่อยเสนอกลุ่มใหญ่ที่ละกลุ่ม แล้วนำปัญหาที่พบจากทุกกลุ่มมาจัดเรียงรวบรวมที่คล้ายกัน พร้อมสาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาได้ดังตาราง 4.6





ตาราง 4.6 ผลการวิเคราะห์ปัญหาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่าง

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางแก้ไข
1. การเคลื่อนย้ายไม่สะดวก	ขาดอุปกรณ์ช่วยเหลือ, สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม	จัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ, จัด สภาพแวดล้อมให้เหมาะสม
2. ปัญหาสุขภาพ	ขาดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม	จัดประชุมเพื่อหาแนวทางการ ส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน
3. ไม่ได้รับการดูแลจากชุมชน	ขาดระบบการจัดการดูแลของ ชุมชน, ไม่มีเครือข่าย	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน, สร้างเครือข่าย, จัดตั้งชมรมที่ทำ หน้าที่ช่วยเหลือคนพิการ
4. เข้าไม่ถึงสิทธิตามกฎหมาย	ขาดความรู้เรื่องกฎหมาย, ไม่รู้จักแหล่งหรือหน่วยงานที่ให้ ความช่วยเหลือ	การสร้างเครือข่าย, การจัด ฝึกอบรมให้ความรู้คนพิการและ ผู้ดูแลคนพิการ

หลังจากได้ปัญหาดังกล่าวที่ประชุมได้ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ  
เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการตำบลโพนสา อำเภอบ่อ จังหวัดหนองคาย  
ดังตาราง 4.7

ตาราง 4.7 แผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ตำบลโพนสา อำเภอบ่อ จังหวัดหนองคาย

แผนงาน/โครงการ	กิจกรรมหลัก	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
1. โครงการปรับ สภาพแวดล้อมอาศัย คนพิการ	จัดทำสิ่งอำนวยความสะดวก ในบ้านคนพิการ	1 เดือน	จาก เทศบาล องค์การ บริหารส่วน ตำบล ร่วมกับ เจ้าของบ้าน	ชมรมช่วยเหลือ คนพิการ
2. โครงการพัฒนา คุณภาพชีวิตคน พิการโดยชุมชนมี ส่วนร่วม	อบรมให้ความรู้ผู้พิการ และผู้ดูแลคนพิการ เรื่องสิทธิตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมคุณภาพชีวิต คนพิการปี 2550	2 เดือน	จาก รพ.สต. โพนสา	รพ.สต.โพนสา



ตาราง 4.7 (ต่อ)

แผนงาน/โครงการ	กิจกรรมหลัก	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
3. โครงการเยี่ยมคนพิการโดยชุมชน	บุคคลระดับผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมคนพิการเพื่อทราบปัญหาและสร้างขวัญกำลังใจ	2 เดือน	กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	เทศบาลตำบล โพนสา, อบต. โพนสา

ข้อสรุปที่ได้จากการประชุม จากการประชุมเชิงปฏิบัติการในชั้นวางแผน (Plan) ในครั้งนี้ได้วิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหานำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยในเบื้องต้นที่ประชุมมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า ควรจะมีคณะทำงานในระดับชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนคนพิการในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นในลักษณะการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยเหลือและพิทักษ์สิทธิ เนื่องจากว่าคนพิการนั้นเป็นคนที่มีปมด้อยทางสังคม ไม่กล้าที่จะออกไปเรียกร้องสิทธิแก่ตนเอง และอาจจะทำให้ไม่สามารถเข้าไม่ถึงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่มี เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องความพิการ หลังจากนั้นจึงให้เป็นบทบาทหน้าที่ของคณะทำงานชุดดังกล่าวนี้ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการขึ้น สรุปเป็นกิจกรรมและโครงการได้ 3 กิจกรรม/โครงการ ดังตาราง 4.7

3) การปฏิบัติการ (Action) ในระยะปฏิบัติการ ชุมชนตำบลโพนสา อำเภอกำแพง จังหวัดหนองคาย ได้ร่วมมือกันปฏิบัติการตามแผน ดังนี้

(1) โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคนพิการ เป็นกิจกรรมที่เกิดจากแนวคิดผู้นำชุมชนที่จะช่วยเหลือคนพิการที่ลำบากในการเคลื่อนย้ายร่างกายเข้าห้องน้ำในการปฏิบัติกิจวัตรในห้องน้ำโดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับสภาพแวดล้อมคนพิการให้ได้รับความสะดวกสบายลดภาระของญาติในการช่วยเหลือ โดยออกเยี่ยมบ้านคนพิการที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนจากการสำรวจของ อสม. โดยทำราวจับเดินเข้าห้องน้ำสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนหนึ่ง และเจ้าบ้านสมทบทุนในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ก่อสร้างโดยใช้แรงงานในชุมชน ซึ่งได้ดำเนินการจนแล้วเสร็จใช้เวลาดำเนินการ ประมาณ 2 สัปดาห์ และได้เชิญนายกเทศบาลตำบลโพนสา เป็นประธานในการมอบ

(2) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้นำชุมชน อสม. คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการในเรื่องสิทธิต่างๆ ของคนพิการพึงได้รับตามพ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ในวันที่ 25 พฤษภาคม 2558 และจัดทำแผนออกเยี่ยมคนพิการทุกคนอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง/ปี เพื่อดูแลรักษาพยาบาลที่บ้าน พัฒนาสมรรถภาพทางร่างกาย จิตวิญญาณ สังคม อย่างครบถ้วน และหาข้อมูลความต้องการการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากหน่วยที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ และเอกชนจัดหารถเข็นคนพิการให้กับ



คนพิการ เพื่อช่วยเหลือคนพิการให้ได้รับความสะดวกในการเคลื่อนย้ายตนเอง และลดภาระความช่วยเหลือของผู้ดูแลหรือญาติในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

(3) การเยี่ยมคนพิการโดยชุมชน เป็นกิจกรรมในระดับชุมชนที่มีแนวคิดในการออกเยี่ยมเยียนคนพิการในพื้นที่โดยทีมผู้นำชุมชน ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา และหน่วยทหารที่มาปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลโพนสา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเติมกำลังใจแก่คนพิการและญาติ และมอบของใช้ที่จำเป็นแก่คนพิการ ซึ่งได้จัดทำแผนการออกเยี่ยมหลังจากการประชุมตกลงกัน แล้วออกให้บริการเยี่ยมคนพิการตามแผนในวันที่ 29 พฤษภาคม 2558

#### 4.2.2.2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อกระบวนการ

ความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิเคราะห์ผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร
- ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นด้านบริบทชุมชน
- ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า
- ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นด้านกระบวนการ
- ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นด้านผลลัพธ์

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า เพศหญิง (ร้อยละ 55.60) เพศชาย (ร้อยละ 44.40) อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40 - 49 ปี (ร้อยละ 52.80) ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 33.3) อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกรกรรม (ร้อยละ 66.70) สถานภาพทางสังคมส่วนใหญ่เป็นอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 44.40) ดังตาราง 4.8

ตาราง 4.8 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=36)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
-หญิง	20 (55.60)
-ชาย	16 (44.40)
2. อายุ (ปี)	
-30 - 39	1 (2.80)
-40 - 49	19 (52.80)
-50 - 59	15 (41.60)
-60 ขึ้นไป	1 (2.80)
Min = 39 , Max = 60 , Mean = 49.61	



ตาราง 4.8 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
3. ระดับการศึกษาสูงสุด	
- ประถมศึกษา	10 (27.80)
- มัธยมศึกษาตอนต้น	12 (33.30)
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	10 (27.80)
- ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	4 (11.10)
4. อาชีพ	
- เกษตรกรรม	24 (66.70)
- ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	4 (11.10)
- รับจ้างทั่วไป	4 (11.10)
- พนักงาน/ลูกจ้าง	4 (11.10)
5. สถานภาพทางสังคม	
- ผู้ใหญ่บ้าน	10 (27.80)
- อสม.	10 (27.80)
- อื่นๆ (ข้าราชการ, ผู้นำท้องถิ่น, จนท.เทศบาล/อบต.)	16 (44.40)

## ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นด้านบริบทชุมชน

ด้านบริบทชุมชน พบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยการกับข้อคิดเห็นที่ว่า มีบุคลากรภาครัฐสนับสนุนการดูแลคนพิการในชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 91.70) รองลงมาคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ (ร้อยละ 86.10) และค่าคะแนนความเห็นเฉลี่ยทุกข้อความเห็นอยู่ในระดับมาก ดังตาราง 4.9

ตาราง 4.9 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการด้านบริบทชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง (n=36)

บริบทชุมชน	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ผู้นำในชุมชนมีความใส่ใจต่อปัญหาสุขภาพคนพิการ	28 (77.80)	5 (13.90)	3 (8.30)
2. ผู้นำชุมชนมีบทบาทเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	26 (72.20)	8 (22.20)	2 (5.60)



ตาราง 4.9 (ต่อ)

บริบทชุมชน	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
3. ชุมชนมีความสนใจต่อปัญหาสุขภาพคนพิการ	27 (75.00)	7 (19.40)	2 (5.60)
4. ในชุมชนมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	23 (63.90)	10 (27.80)	3 (8.30)
5. ชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	24 (66.70)	10 (27.80)	2 (5.50)
6. ทุกหน่วยงานในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	27 (75.00)	8 (22.20)	1 (2.80)
7. มีบุคลากรภาครัฐสนับสนุนการดูแลคนพิการในชุมชน	33	3	0
8. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	(91.70) 31 (86.10)	(8.30) 5 (13.90)	(0.00) 0 (0.00)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าบริบทที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการนั้นอยากให้คนในชุมชน หรือหน่วยงานในระดับชุมชนได้ให้ความช่วยเหลือมากกว่าการพึ่งพิงจากบุคคลภายนอก เพราะเข้าใจปัญหาดี มีความเป็นกันเอง ดังคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัยดังนี้

“ผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่ใกล้ชิดหรือรู้จักประชาชนในหมู่บ้านตนเองเป็นอย่างดีน่าจะเข้าใจปัญหาในชุมชนดี มีความรู้และช่องทางให้ความช่วยเหลือคนพิการได้ดีกว่า” (อสม. 1)

“ผู้นำชุมชนถ้าใส่ใจคนพิการก็จะทำให้คนพิการมีกำลังใจดีกว่าผู้นำอยู่เฉยๆ ไม่เห็นความสำคัญ” (อบต. 1)

“คนพิการก็มีส่วนช่วยเหลือสังคมและชื่อเสียงให้ประเทศชาติ เราควรจะต้องร่วมมือกันช่วยเหลือคนพิการ เพราะอย่างน้อยก็เป็นคนบ้านเดียวกัน” (เทศบาล 1)

“คนพิการเป็นกลุ่มที่ชุมชนต้องสนใจให้ความสำคัญจะได้ยกมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เราควรมีการรวมกันช่วยเหลือกันคนละไม้ละมือ” (อสม. 2)

“หน่วยงานที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือคนพิการ เช่น เทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล และกองทุนต่าง ๆ เพราะมีงบประมาณ และอยู่ใกล้ชิดชุมชน ” (ผญบ. 1)

“เทศบาล อบต. ควรมีส่วนในการสนับสนุนกิจกรรมเพื่อกลุ่มคนพิการได้รู้ถึงความเอาใจใส่ และเปิดโอกาสให้คนพิการทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยปีละครั้ง” (คนพิการ 1)



“คนพิการก็เป็นคนหมู่บ้านเดียวกันจึงต้องใส่ใจด้วย โดยเฉพาะผู้นำชุมชนต้องเป็นคนนำพาหมู่บ้านทำเพื่อให้คนพิการมีความสุข” (อสม. 4)

“คนพิการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ต้องช่วยเหลือหรือฝึกอาชีพให้คนในครอบครัวคนพิการเพื่อคนในครอบครัวจะได้ช่วยเหลือคนพิการต่อ” (เจ้าหน้าที่ 1)

“ชุมชนรู้เห็นปัญหาคนพิการอย่างแท้จริงจึงเป็นหน้าที่ที่ชุมชนจะต้องร่วมมือกันช่วยเหลือคนพิการ” (เจ้าหน้าที่ 2)

“คนพิการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้นชุมชนกับภาคส่วนต่าง ๆ ก็มีภาระที่ต้องดูแลคนพิการร่วมกัน” (เจ้าหน้าที่ 2)

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง ควรหากิจกรรมหรืองานให้คนพิการได้ประกอบอาชีพ หรืออาจฝึกอาชีพให้” (ผญบ. 3)

### ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า มีบุคลากรภาครัฐเป็นที่เล็งคอยให้คำปรึกษาในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมากที่สุด ร้อยละ 91.70 รองลงมาคือคณะกรรมการหรือคณะทำงานในชุมชนมีความเข้าใจบทบาทในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ 88.90 และส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 69.50 เห็นด้วยกับแนวความคิดด้านปัจจัยนำเข้า และค่าคะแนนความเห็นเฉลี่ยทุกข้อความเห็นอยู่ในระดับมาก (2.34 – 3.00) ดังตาราง 4.10

ตาราง 4.10 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการด้านปัจจัยนำเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (n=36)

ปัจจัยนำเข้า	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ชุมชนมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่สนับสนุนและเอื้อต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	30 (83.30)	5 (13.90)	1 (2.80)
2. คณะกรรมการหรือคณะทำงานในชุมชนมีความเข้าใจสิทธิประโยชน์คนพิการเพื่อการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	26 (72.20)	8 (22.20)	2 (5.60)
3. คณะกรรมการหรือคณะทำงานในชุมชนมีความเข้าใจบทบาทในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	32 (88.90)	4 (11.10)	0 (0.00)



ตาราง 4.10 (ต่อ)

ปัจจัยนำเข้า	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
4. บทบาทของคณะกรรมการหรือ คณะทำงานในชุมชนมีผลต่อ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพคนพิการ	25 (69.40)	10 (27.80)	1 (2.80)
5. คนในชุมชนมีส่วนร่วมและสนับสนุน กิจกรรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพคนพิการ	29 (80.60)	4 (11.10)	3 (8.30)
6. มีบุคลากรภาครัฐเป็นพี่เลี้ยงคอยให้ คำปรึกษาในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพคนพิการ	33 (91.70)	3 (8.30)	0 (0.00)
7. มีหน่วยงานในชุมชนช่วยเหลือและมีบทบาท ร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพคนพิการ	27 (75.00)	7 (19.40)	2 (5.60)
8. มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ อย่างพอเพียง	26 (72.30)	7 (19.40)	3 (8.30)
9. ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดหางบประมาณ เพื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	31 (86.10)	4 (11.10)	1 (2.80)
10. ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในกิจกรรม การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคน พิการ	30 (83.30)	4 (11.10)	2 (5.60)
11. มีงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐใน การดำเนินกิจกรรมการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	28 (77.80)	8 (22.20)	0 (0.00)
12. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก หน่วยงาน/องค์กรอื่นนอกชุมชน ในกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ	21 (58.40)	12 (33.30)	3 (8.30)



ตาราง 4.10 (ต่อ)

ปัจจัยนำเข้า	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
13. มีวัสดุ/อุปกรณ์ในการดำเนินการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ อย่างเพียงพอ	26 (72.20)	10 (27.80)	0 (0.00)
14. มีการประยุกต์ใช้วัสดุ/อุปกรณ์ที่มีในชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคน พิการอย่างพอเพียง	26 (72.20)	8 (22.20)	2 (5.60)
15. มีการแสวงหาวัสดุ/อุปกรณ์เพื่อการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ จากหน่วยงาน/องค์กรอื่น	24 (66.70)	10 (27.70)	2 (5.60)
16. มีข้อมูลคนพิการในชุมชนและใช้วางแผน ในกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพคนพิการโดยชุมชน	30 (83.30)	6 (16.70)	0 (0.00)
17. มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	28 (77.80)	7 (19.40)	1 (2.80)
18. มีหน่วยงานภาครัฐ/ภาคเอกชนสนับสนุน การใช้เทคโนโลยีในการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	23 (63.90)	11 (30.60)	2 (5.50)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าความเห็นส่วนใหญ่มองว่าปัจจัยนำเข้าที่จะทำให้  
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการระดับชุมชนประสบความสำเร็จนั้น ต้องมีองค์กรหรือ  
หน่วยงาน เพื่อทำหน้าที่แทนคนพิการในระดับชุมชน และต้องมีงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ  
ดังกล่าวผู้ร่วมวิจัยที่เป็นเหตุผลสนับสนุน ดังนี้

“ชุมชนควรมีกรรมการและ อสม. ผู้ใหญ่บ้านให้การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพคน  
พิการ” (ผญบ. 1)

“เงินกองทุนต่าง ๆ เวลาว่างมีกิจกรรม หรือบุญบ้านควรจัดสรรเงินช่วยเหลือเป็น  
สาธารณประโยชน์ก็จะได้ช่วยเหลือคนพิการ” (ผญบ. 2)

“ชุมชนมีกรรมการและ ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ให้การสนับสนุนและพัฒนารูปแบบการส่งเสริม  
สุขภาพคนพิการ” (อสม. 1)

“คนพิการควรได้รับสิทธิประโยชน์เท่าเทียมกับคนปกติ โดยให้คณะกรรมการในชุมชนคอย  
ดูแล” (อสม.2)





“คณะกรรมการในชุมชนเข้ามามีบทบาทการพัฒนาในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการอย่างมาก” (อสม.3)

“ในชุมชนควรมีงบประมาณสนับสนุนคนพิการ” (คนพิการ 1)

“แต่ละเดือนควรจะมีงบประมาณสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชน” (คนพิการ 2)

“ท้องถิ่นควรจัดหางบประมาณและเครื่องอุปโภคแก่คนพิการ” (อสม.1)

“ชุมชนควรมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานแทนคนพิการเพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างหน่วยงานราชการกับคนพิการ” (เจ้าหน้าที่ 1)

“คนในชุมชนควรช่วยเหลือคนพิการในการให้เงินทุนในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ” (เทศบาล. 1)

“บุคลากรภาครัฐต้องเป็นที่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาเพื่อให้คนพิการได้นำมาปรับใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพตัวเอง” (อสม.5)

“งบประมาณในการดำเนินงานไม่มี ถ้าได้รับการสนับสนุนมาให้ชุมชนแล้วชุมชนก็ดำเนินการช่วยเหลือคนพิการอีกที่จะได้มีส่วนร่วมและกระจายงบประมาณให้ทั่วถึง” (อสม. 4)

“การนำวัสดุในชุมชนมาใช้ทำเป็นอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือคนพิการก็ดีให้ชุมชนได้ช่วยเหลือจะได้ประหยัด และไม่ต้องรอ” (ผญบ. 1)

“ควรมีการสำรวจข้อมูลคนพิการเป็นประจำเพื่อให้รู้ปัญหาคนพิการที่เปลี่ยนแปลงไป และมีคนพิการเพิ่มขึ้นในชุมชน” (เจ้าหน้าที่ 1)

#### ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นด้านกระบวนการ

ด้านกระบวนการ พบว่า ความเห็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.00) เห็นด้วยกับกระบวนการการพัฒนาในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเชิงกระบวนการ มากที่สุดคือแผนปฏิบัติการพัฒนาในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมาจากสภาพปัญหาที่แท้จริง และสอดคล้องกับความต้องการคนพิการ (ร้อยละ 88.90) รองลงมาคือ ชุมชนมีแผนปฏิบัติการพัฒนาในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ชัดเจน (ร้อยละ 86.10) และค่าคะแนนความเห็นเฉลี่ยทุกข้อความเห็นอยู่ในระดับมาก (2.34 – 3.00) ดังตาราง 4.11



ตาราง 4.11 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ  
ด้านกระบวนการจัดการของกลุ่มตัวอย่าง (n=36)

ด้านกระบวนการจัดการ	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ชัดเจน	31 (86.10)	5 (13.90)	0 (0.00)
2. กรรมการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนมีความเข้าใจในกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	28 (77.80)	8 (22.20)	0 (0.00)
3. แผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมาจากสภาพปัญหาที่แท้จริง และสอดคล้องกับความต้องการคนพิการ	32 (88.90)	4 (11.10)	0 (0.00)
4. เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	24 (66.70)	10 (27.80)	2 (5.60)
5. กิจกรรมในแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมีความชัดเจนและดำเนินการง่าย	28 (77.80)	8 (22.20)	0 (0.00)
6. มีกระบวนการคัดเลือกคนพิการหรือการพิจารณากิจกรรมดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ชัดเจน	28 (77.80)	8 (22.20)	0 (0.00)
7. มีการปฏิบัติตามแผนอย่างเป็นรูปธรรมเกิดผลต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชน	28 (77.80)	8 (22.20)	0 (0.00)
8. มีระบบการติดต่อประสานงานกับองค์กรภาครัฐ/ภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ชัดเจน	22 (73.3)	6 (20.0)	2 (6.7)
9. มีการติดตามผลการปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการอย่างต่อเนื่อง	22 (73.3)	8 (27.7)	0 (0.0)



ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าความเห็นส่วนใหญ่ต่อกระบวนการจัดการในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชนเห็นว่า แผนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการต้องมาจากชุมชนและผู้นำชุมชนทุกด้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ดังคำกล่าวผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นข้อสนับสนุนข้อคิดเห็นข้างต้น ได้แก่

“การจัดทำแผนต้องมาจากความต้องการของผู้พิการเองจึงจะตรงความต้องการ” (อสม.1)

“ในชุมชนควรมีแผนปฏิบัติและส่งเสริมสุขภาพคนพิการ และ เทศบาล/อบต. ต้องสนับสนุนงบประมาณอย่างจริงจังอย่างต่อเนื่อง” (ผญบ.1)

“ผู้นำชุมชน อสม. และคนในชุมชนควรมีส่วนร่วมจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ” (อสม.2)

“ในชุมชนควรมีแผนในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ และในแต่ละปีต้องการให้มีวันคนพิการมีกิจกรรมสำหรับคนพิการ” (คนพิการ 1)

“คนพิการบางคนมีฐานะยากจน เป็นปัญหาที่ชุมชนต้องจัดทำโครงการช่วยเหลือและแก้ไข” (อสม.3)

“เห็นด้วยที่จะมีแผนการตรวจเยี่ยมคนพิการและต้องทำอย่างต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ เพราะการเยี่ยมแต่ละครั้งนอกจากคนพิการจะได้รับกำลังใจแล้วพวกเราจะได้ข้อมูลคนพิการเพิ่มอีกด้วย” (เทศบาล 1)

“แต่ละปีชุมชนควรจะให้มีโครงการจัดวันผู้พิการ ให้มีกิจกรรมร่วมกันของชุมชน เช่น การละเล่น หรือกีฬานันทนาการ และมอบสิ่งของเครื่องใช้แก่ผู้พิการ คนพิการจะรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม” (อสม.4)

“ชุมชนควรมีแผนงานให้ความช่วยเหลือดูแลผู้พิการอย่างต่อเนื่อง และต้องสำรวจทุกครั้งว่าใครต้องการอะไรในแต่ละปี แล้วเสนอความต้องการไปยัง เทศบาล และ อบต. เพื่อของบประมาณในการช่วยเหลือ” (ผญบ. 2)

“การคัดเลือกคนพิการให้ได้รับความช่วยเหลือต้องมาจากชุมชน เพราะชุมชนจะรู้ว่าใครเป็นอย่างไร ส่วนราชการนั้นจัดหางบประมาณและวัสดุ อุปกรณ์มาช่วยเหลือตามที่ โครงการชุมชนเสนอ” (ผญบ.3)

“ถ้าคณะกรรมการเข้าใจในบทบาทหน้าที่มากขึ้นก็จะให้ความช่วยเหลือและพัฒนาสุขภาพคนพิการมากขึ้น” (เจ้าหน้าที่ 1)

“อยากให้มีการสำรวจข้อมูลคนพิการเป็นประจำเพื่อให้รู้ปัญหาคนพิการที่เปลี่ยนแปลงไป แล้วนำมาจัดทำแผนพัฒนาโดยให้คนพิการมีส่วนร่วมในการพิจารณาว่าจะให้ช่วยเหลืออะไร เพราะบางทีคนอื่นก็ไม่รู้ว่าเราอยากได้อะไร บางคนก็อยากได้เครื่องช่วยฟัง หรือบางคนอยากได้รถเข็น” (เจ้าหน้าที่ 2)



## ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นด้านผลลัพธ์

ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน ภาควิชาช่วยให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเพิ่มขึ้น มากที่สุด (ร้อยละ 91.70) รองลงมาคือมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชนที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมมากขึ้น แผนปฏิบัติการมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการมากขึ้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมากขึ้น (ร้อยละ 88.90) และค่าคะแนนความเห็นเฉลี่ยทุกข้อความเห็นอยู่ในระดับมาก (2.34 – 3.00) ดังตาราง 4.12

ตาราง 4.12 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการด้านผลลัพธ์ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=36)

ความคิดเห็นต่อกระบวนการด้าน ผลลัพธ์	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชนที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม	32 (88.90)	3 (8.30)	1 (2.80)
2. แผนปฏิบัติการมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการมากขึ้น	32 (88.90)	4 (11.10)	0 (0.0)
3. คณะกรรมการหรือคณะทำงานในชุมชนมีบทบาทมากขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	27 (75.00)	6 (16.70)	3 (8.30)
4. ชุมชนมีบทบาทมากขึ้นต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	29 (80.60)	5 (13.90)	2 (5.60)
5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมากขึ้น	32 (88.90)	4 (11.10)	0 (0.0)
6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเพิ่มขึ้น	25 (69.40)	10 (27.80)	1 (2.80)
7. ภาควิชาช่วยให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเพิ่มขึ้น	33 (91.70)	3 (8.30)	0 (0.00)
8. คนพิการได้รับผลจากการปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเพิ่มขึ้น	31 (86.10)	5 (13.90)	0 (0.00)



ตาราง 4.12 (ต่อ)

ความคิดเห็นต่อกระบวนการด้าน ผลลัพธ์	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
9. มีกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ คนพิการเพิ่มขึ้น	31 (86.10)	4 (11.10)	1 (2.80)
10. คนพิการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ตาม กฎหมายมากขึ้น	28 (77.80)	8 (22.20)	0 (0.00)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าความเห็นส่วนใหญ่มองว่าผลลัพธ์ที่ได้นั้นเห็นด้วย และชื่นชมกับผลงานที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวผู้ร่วมวิจัยที่เป็นเหตุผลสนับสนุนข้อคิดเห็นข้างต้น ได้แก่

“ในชุมชนมีการจัดหางบประมาณเพื่อช่วยเหลือคนพิการ เป็นครั้งแรกที่เกิดขึ้นผมก็รู้สึกดีใจที่ได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคนบ้านเดียวกัน” (อสม. 2)

“ดีใจมากที่ชุมชน เห็นความสำคัญของคนพิการที่มีกำลังใจที่ดีและใช้ชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในสังคม ชอบที่ผู้นำชุมชนที่เห็นคนพิการมีสิทธิเท่าเทียมกับคนธรรมดา” (คนพิการ 1)

“ในชุมชนควรจัดกิจกรรมการละเล่นแก่ผู้พิการในวันคนพิการ เหมือนปีนี้ ซึ่งทำให้คนพิการได้รับความรู้และได้ของขวัญด้วย” (อสม. 3)

“การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทำให้คนพิการมีกำลังใจที่ดีและใช้ชีวิตอย่างปกติ” (คนพิการ 2)

“ในแต่ละปีควรมีการจัดกิจกรรมคนพิการในวัน คนพิการ และเพิ่มกีฬาคนพิการด้วยก็จะเป็นทำให้คนพิการสนุกสนานเพิ่มขึ้น” (อสม. 4)

“การส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ชัดเจนที่สุดด้านสวัสดิการสังคมคือ เบี้ยยังชีพคนพิการ อยากให้เพิ่มเบี้ยยังชีพขึ้นอีกแทน” (คนพิการ 2)

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจะมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาคนพิการมากขึ้น เพราะมีงบประมาณมาก เพราะที่ผ่านมาเห็นแต่จ่ายเบี้ยยังชีพคนพิการเท่านั้น” (กรรมการหมู่บ้าน 2)

“คนในชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคนพิการเพิ่มขึ้น เพราะจะรองรับงบประมาณจากรัฐบาลอย่างเต็มที่ และไม่เพียงพอ” (กรรมการหมู่บ้าน 3)

“อบต. ควรจะจัดอบรมสัมมนาคนพิการเกี่ยวกับอาชีพที่คนพิการทำได้ เพราะเป็นการช่วยเหลือระยะยาว” (อสม. 5)

“ทุกวันนี้คนพิการได้รับความรู้และใส่ใจที่จะแสวงหาสิทธิพื้นฐาน เช่น การต้องการฝึกฝนอาชีพจากทางราชการ” (อสม. 6)

“เมื่อมีคณะกรรมการชมรมแล้วผู้พิการได้รับการดูแลเอาใจใส่ และความช่วยเหลือมากขึ้น” (อสม. 7)



#### 4.2.3 ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการดำเนินงานจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้มาจากระยะสังเกตผล (Observe) ของกระบวนการวิจัยครั้งนี้ เป็นการติดตามผลการดำเนินงานทั้งในเชิงกระบวนการทำงานตามกิจกรรม และโครงการที่กำหนดไว้ในระยะวางแผน รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับคนพิการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นหลังระยะวางแผนว่าชุมชนได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนหรือไม่อย่างไร และผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการปฏิบัติการมีผลต่อคนพิการอย่างไร ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ และแบบบันทึกภาคสนามเพื่อบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ปรากฏผลดังต่อไปนี้

4.2.3.1 ผลกิจกรรมโครงการที่ชุมชนได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย พบว่า มีโครงการ/กิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ในระดับชุมชน และขับเคลื่อนจนเกิดกิจกรรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ จำนวน 1 โครงการ และโครงการที่อยู่ในระหว่างดำเนินการ 2 โครงการ ดังตาราง 4.13

ตาราง 4.13 ผลการดำเนินกิจกรรม/โครงการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย

กิจกรรม/ โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ	การ ประเมินผล
1. โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคนพิการ	-เพื่อปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคนพิการให้มีความเหมาะสมปลอดภัยต่อการดำรงชีวิตประจำวัน	-ที่อยู่อาศัยคนพิการในชุมชนได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	-สร้างราวจับทางเข้าห้องน้ำให้คนพิการได้รับความสะดวกที่บ้าน 15 หลัง	-อยู่ระหว่างดำเนินการ
2. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม	-เพื่อให้ความรู้เรื่องสิทธิตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการปี 2550 -หาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชน	-คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ ผู้นำชุมชน และ อสม. จำนวน 80 คน	-จัดอบรมให้ความรู้เรื่องสิทธิคนพิการตาม พ.ร.บ.พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 จำนวน 1 วัน	-บรรลุตามวัตถุประสงค์โครงการ



ตาราง 4.13 (ต่อ)

กิจกรรม/ โครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ	การ ประเมินผล
3. โครงการเยี่ยม คนพิการโดย ชุมชน	-เพื่อเพิ่มขวัญและ กำลังใจให้คนพิการ และญาติ	-เยี่ยมคนพิการ 1 ครั้ง/คนภาคี เครือข่ายในชุมชน และทีม นสค.	-ภาคีเครือข่ายใน ชุมชนและทีม นสค.ออกเยี่ยมคน พิการตามแผนทุก คน จำนวน 61 คน	-อยู่ระหว่าง ดำเนินการ

4.2.3.2 ผลการบันทึกภาคสนาม (Field Note) จากการสังเกตผลที่เกิดขึ้น และ การสัมภาษณ์ของผู้วิจัย พบว่า คนพิการได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ครอบครัวใน การดูแลคนพิการ เพิ่มขึ้นมากที่สุด (ร้อยละ 24.59) รองลงมา ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อ การอยู่อาศัยเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 22.95) ได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการ เพิ่มขึ้น และ ได้รับการยอมรับให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการเมืองเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 16.39) ดังตาราง 4.14

ตาราง 4.14 การเข้าถึงสิทธิคนพิการ ตาม พ.ร.บ.พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินการ

การเข้าถึงสิทธิพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)		
	ก่อน	หลัง	เพิ่มขึ้น
1. ด้านการแพทย์			
- ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (N=61)	36 (59.00)	45 (73.80)	9 (14.75)
- ได้รับการเสริมทักษะการเรียนรู้ตั้งแต่แรกเกิดหรือ พบความพิการ (N=61)	34 (55.70)	40 (65.60)	6 (9.84)
- ได้รับการอุปการะช่วยเหลือคนพิการ (N=51)	28 (54.90)	30 (58.80)	2 (3.92)
2. ด้านการศึกษา			
- ได้รับทุนการศึกษา (N=2)	1 (50.00)	1 (50.00)	0 (0.00)
- ได้รับโควตาเข้าเรียนต่อ (N=2)	1 (50.00)	1 (50.00)	0 (0.00)
3. ด้านผู้ดูแลคนพิการ			
- ได้รับความรู้ในการดูแลคนพิการ (N=61)	43 (70.50)	50 (82.00)	7 (11.47)
- ได้รับการส่งเสริมอาชีพ (N=61)	31 (50.80)	35 (57.40)	4 (6.56)
- ได้รับการลดหย่อนภาษี (N=61)	23 (37.70)	23 (37.70)	0 (0.0)



ตาราง 4.14 (ต่อ)

การเข้าถึงสิทธิพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)		
	ก่อน	หลัง	เพิ่มขึ้น
4. ด้านการมีส่วนร่วมชุมชน			
- ได้รับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม	34 (55.70)	37 (60.70)	3 (4.92)
- ได้รับการยอมรับให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการเมือง (N=61)	28 (45.90)	38 (62.30)	10(16.39)
5. ด้านสวัสดิการสังคม			
- ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ (N=61)	59 (96.70)	61 (100.0)	2 (3.28)
- มีผู้ช่วยคนพิการดูแล (N=61)	30 (49.20)	33 (54.10)	3 (4.92)
- ได้รับโอกาสให้ได้ใช้ล่ามภาษามือในการสื่อสาร (N=7)	2 (28.50)	2 (28.50)	0 (0.00)
6. ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร	35 (57.40)	45 (73.80)	10 (16.39)
- ได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการ(N=61)			
7.ด้านอาชีพและการมีงานทำ			
- ได้รับการรับเข้าเป็นพนักงาน/ลูกจ้างของรัฐและเอกชน (N=61)	18 (29.50)	22 (36.10)	2 (3.28)
- ได้รับการฝึกอาชีพ (N=61)	31 (50.80)	34 (55.70)	3 (4.92)
- ได้รับการฝึกอาชีพระยะยาว (ตามโครงการสร้างชีวิตใหม่) (N=61)	12 (19.70)	19 (31.10)	7 (11.47)
8. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก			
- ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย (N=61)	24 (39.30)	38 (62.30)	14 (22.95)
- ได้รับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกหรือช่องทางพิเศษในการเข้าถึงกิจกรรมทางสังคม (N=61)	37 (60.70)	46 (75.40)	9 (14.75)
9. ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะ			
- ได้รับการมีบทบาทในโครงการ/กิจกรรมของภาครัฐในระดับพื้นที่ เช่นการประชุม อบรม การแสดงความคิดเห็น โครงการของรัฐในระดับพื้นที่ (N=61)	34 (55.70)	39 (63.90)	5 (8.20)





ตาราง 4.14 (ต่อ)

การเข้าถึงสิทธิพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)		
	ก่อน	หลัง	เพิ่มขึ้น
10. ด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย - ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่อง กฎหมายและสิทธิที่เกี่ยวข้อง(N=61)	40 (65.60)	42 (68.90)	2 (3.28)
11. ด้านการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคน พิการ (N=61)			
- ได้รับการไม่ถูกล่วงละเมิดและ แสวงหาผลประโยชน์จากคนพิการ	24 (39.30)	24 (39.30)	0 (0.00)
- ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว	39 (63.90)	44 (72.10)	5 (8.20)
- ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่อง บทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแล คนพิการ	26 (42.60)	41 (67.20)	15 (24.59)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีคนพิการได้รับการดูแลโดยการเยี่ยมบ้านพร้อมชุดเยี่ยมบ้านจาก  
ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลโพนสา ทหารที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลโพนสา และ  
ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา โดยคนพิการได้รับการแจกยารักษาโรค  
เบื้องต้นและเครื่องนุ่งห่มจำนวน 10 คน นำความสุขและความพึงพอใจแก่คนพิการและญาติที่ได้รับการ  
ดูแล และช่วยเหลือจากทีมเครือข่ายในชุมชนตำบลโพนสา ดังคำกล่าวของคนพิการ และญาติ ได้แก่

“มีความสุขหลาย และขอบคุณทุกคนที่ได้หาของมาให้ ที่เห็นความสำคัญของคนพิการอยู่  
ขอให้มีความสุขความเจริญสุขคนเด้อจ้า” (คนพิการ 1)

“แม้มีความสุขหลายที่ได้รับยาและผ้าห่ม ยามป่วยไข้ก็ได้มียากิน” (คนพิการ 2)

“ดีใจหลายคับที่เพื่อนมาเยี่ยม มาหยาม เอาของมาฝากพร้อม ถ้าเป็นไปได้ก็ขอให้เฮ็ดจั่งซึ่งเป็น  
ประจำ คนพิการกะลิดีใจ คือจั่งเฮาบได้ถูกทีม” (คนพิการ 3)

“ดีใจหลาย ที่ทางเทศบาล อบต.โพนสา เพิ่มเพิ่มเงินค่าเบี้ยยังชีพคนพิการขึ้นให้เป็น 800  
บาท กะพอได้ซื้อข้าวซื้อน้ำกิน ขอขอบคุณหลาย ๆ เด้อ” (คนพิการ 4)

“ดีใจหลาย และขอบคุณทุกคนที่ได้ออกมาเยี่ยมคนพิการฮอดบ้าน” (ญาติ 1)



4.2.4 ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

เป็นกระบวนการสะท้อนผล (Reflect) หลังจากที่ชุมชนได้ดำเนินกิจกรรมตามที่ระบุไว้ในแผนระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่สังเกตการณ์ เก็บข้อมูลแล้วนัดหมายผู้ร่วมวิจัยทุกคนมารวมสนทนากลุ่ม เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ และศึกษากระบวนการเพื่อถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยได้นัดหมายทีมผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดในวันที่ 30 มิถุนายน 2558 ณ ศาลาประชาคม หมู่ 4 เวลา 09.00 น. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ร่วมวิจัยที่ได้นัดหมายไว้แล้วซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 10 คน, สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน, อสม. 10 คน, คนพิการ 5 คน, บุคลากรภาครัฐ 2 คน โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.2.4.1 ทักทายกลุ่ม แนะนำตัว สร้างความคุ้นเคยกับผู้ร่วมวิจัยโดยให้แต่ละคนแนะนำตนเองไปจนครบทุกคนพร้อมกับเล่าบทบาทของแต่ละคนที่ได้ดำเนินการเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นการนำเข้าสู่การสนทนากลุ่ม ตกลงเบื้องต้นในการสนทนา โดยจะพูดคุยที่ละประเด็นไปจนครบ บรรยากาศการสนทนาเป็นไปแบบกันเอง มีการแสดงความคิดเห็นอย่างหลากหลายกระจายในทุกกลุ่ม ไม่ค่อยมีข้อขัดแย้ง มีความเห็นต่างกันบ้าง แต่ก็ตกลงกันด้วยเหตุและผล

4.2.4.2 การสรุปผลการดำเนินงานของชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการ โดยทุกคนช่วยกันสรุปกิจกรรมและผลงานที่ได้ดำเนินการมาแล้วทั้งหมด โดยผู้วิจัยคอยกระตุ้นและให้ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมา ผลการดำเนินงาน ดังนี้

4.2.4.2.1 การปรับสภาพแวดล้อมโดยการสร้างราวทางเข้าห้องน้ำในบ้านคนพิการ โดยการสนับสนุนเงินช่วยเหลือจากเทศบาลตำบลโพธิ์สา และเจ้าบ้านออกสมทบอีกส่วนหนึ่ง และใช้แรงงานจากชุมชน จำนวน 1 แห่ง

4.2.4.2.2 จัดอบรมให้ความรู้เรื่องสิทธิคนพิการตาม พ.ร.บ.พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 จำนวน 1 วัน โดยมีผู้เข้าอบรมคือคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ ผู้นำชุมชน และ อสม.จำนวนทั้งหมด 80 คน

4.2.4.2.3 การออกเยี่ยมคนพิการในชุมชนโดยมีผู้นำชุมชนเป็นแกนนำจัดการประสานงานเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง กำหนดแผนออกเยี่ยมคนพิการ จัดหาของเยี่ยม แล้วนัดหมายกรรมการและผู้เกี่ยวข้องได้แก่ ทหารที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต.โพธิ์สานักกายภาพบำบัดจาก รพร.ท่าบ่อ นายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกให้บริการเยี่ยมคนพิการทุกคนในชุมชน จำนวน 15 คน จากทั้งหมด 61 คน

4.2.4.3 การวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ จากการระดมสมองในการสนทนากลุ่มและผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานในทุกกิจกรรมดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ เกิดผลลัพธ์ต่อคนพิการที่สำคัญคือ

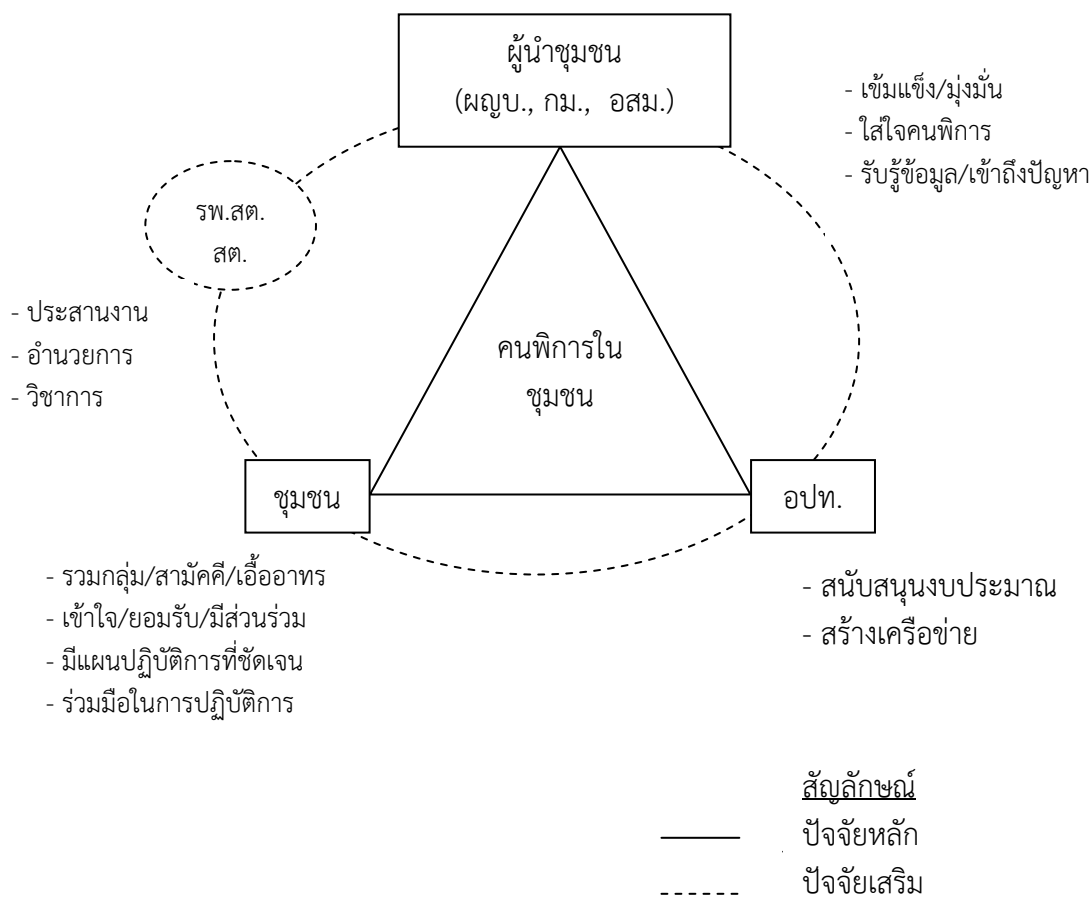
4.2.4.3.1 ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และ อสม. ผู้นำเข้มแข็งใส่ใจในปัญหาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีความกระตือรือร้นในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการตั้งแต่เริ่มต้น เข้าร่วมกิจกรรมอย่างพร้อมเพียง ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ การออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้



4.2.4.3.2 ชุมชนเห็นพร้อมและมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมคิดวิเคราะห์ การจัดทำแผน การปฏิบัติการ มีการรวมกลุ่มกันเป็นชมรมเพื่อให้เกิดพลังในการทำงาน และร่วมบริจาคสมทบทุนช่วยเหลือคนพิการในชุมชน

4.2.4.3.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ได้แก่ โครงการออกเยี่ยมคนพิการ การเพิ่มเงินเบี้ยยังชีพคนพิการและเป็นเจ้าภาพจัดหาของเยี่ยมเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจต่อคนพิการในชุมชน

4.2.4.3.4 เจ้าหน้าที่ภาครัฐมีบทบาทคอยเสริมความรู้และสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชน คอยให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก ติดตามประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน ซึ่งเขียนเป็นภาพความสัมพันธ์ของปัจจัยความสำเร็จ ดังภาพ 4.2



ภาพประกอบ 4.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ



4.2.4.4 การถอดบทเรียน หลังจากที่ได้กลุ่มได้ข้อสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จแล้วได้ร่วมกันลำดับขั้นตอนการทำงานตั้งแต่เริ่มกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้ปฏิบัติจริงพร้อมกับสรุปผลผลิตที่ได้ในแต่ละขั้นตอน ดังตาราง 4.15

ตาราง 4.15 ขั้นตอนการดำเนินการกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพธิ์สา อำเภอบ้านบ่อ จังหวัดหนองคาย

ขั้นตอนการปฏิบัติการ	ผลผลิตแต่ละข้อ
1. รวบรวมข้อมูลคนพิการ	1. ข้อมูลคนพิการในชุมชนที่มีอยู่จริง
2. วิเคราะห์ปัญหาคนพิการ	2. ปัญหา/ความต้องการคนพิการในแต่ละคน
3. วิเคราะห์บริบทของชุมชน	3. ทราบบริบทของชุมชน
4. กำหนดแนวทาง/วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม	4. ได้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ของคนพิการในชุมชน
5. จัดทำแผนปฏิบัติการ	5. แผนปฏิบัติการ/โครงการที่เกิดจากการร่วมคิดของชุมชน 3 โครงการ
6. บริหารจัดการแผน	6. เพื่อมอบหมายภารกิจหรือผู้รับผิดชอบของแต่ละโครงการ/กิจกรรมว่าจะดำเนินการอย่างไร
7. ปฏิบัติตามแผน	7. ดำเนินการบรรลุผล 1 โครงการ อยู่ระหว่างดำเนินการ 2 โครงการ
8. ติดตามผล/การประเมินผล	8. ทราบความก้าวหน้าและผลลัพธ์ที่เกิดต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ
9. สรุปผล	9. มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ชัดเจนและทราบปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของกระบวนการพัฒนา

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เชิญชวนให้ผู้ร่วมสนทนาได้แสดงความคิดเห็นที่ละขั้นตอน และกิจกรรมเพื่อถอดบทเรียนบทบาทแต่ละคนในแต่ละกิจกรรมอย่างไร และมีส่วนช่วยทำให้กิจกรรมดำเนินไปอย่างไร พบว่า คนพิการที่เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงบทบาทเป็นตัวแทนของคนพิการในการนำเสนอปัญหาและความต้องการของคนพิการในขั้นตอนของการวิเคราะห์ปัญหา อสม. ได้นำเสนอบทบาทในทุกกิจกรรมตั้งแต่ การนำเสนอข้อมูลคนพิการในเขตรับผิดชอบตนเองพร้อมระบุสภาพปัญหาที่พบเห็นและความต้องการของคนพิการตลอดจนได้นำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหามาในขั้นตอนของการวางแผนการลงพื้นที่ปฏิบัติการของกิจกรรมเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนโดยเฉพาะกิจกรรมของชมรมช่วยเหลือคนพิการ ซึ่ง อสม. ส่วนใหญ่จะมีความเห็นคล้ายกันเมื่อมี อสม. คนใดคนหนึ่งนำเสนอแล้ว ในส่วนของกรรมการชุมชนแสดงความคิดเห็นค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะคอยสนับสนุนความเห็น



ของทีม และเสนอแนะให้คนอื่นทำเช่น “การเยี่ยมบ้านคนพิการควรจะเป็นบทบาทหลักของ อสม.”  
 ในขั้นตอนของการบริหารแผน แต่ก็ไม่ได้ขัดแย้งความเห็นของใคร สนับสนุนและพร้อมปฏิบัติตามมติ  
 ของกลุ่ม นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการทั้งในบทบาท  
 ผู้บริหารท้องถิ่นที่มีความรับผิดชอบโดยตรง และในบทบาทของประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
 ตำบลที่อนุมัติโครงการที่ชุมชนได้เสนอ นอกจากนี้ก็ยังช่วยเป็นผู้อำนวยการความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่องค์กร  
 ปกครองส่วนท้องถิ่น และสนับสนุนทุกกิจกรรมที่ดำเนินงาน ด้านเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
 มีบทบาทสำคัญคือ ดูแลเรื่องสวัสดิการของคนพิการทั้งตำบล รับเรื่องการขอขึ้นทะเบียนคนพิการ  
 คอยขับเคลื่อน เสนอโครงการที่ชุมชนได้เสนอขึ้นเพื่อขออุดหนุนงบประมาณ บุคลากรสาธารณสุขจาก  
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาด้านการประเมินสภาพคนพิการ  
 เพื่อช่วยจัดลำดับความเร่งด่วนในการช่วยเหลือ การจัดทำทะเบียนคนพิการเพื่อเสนอให้ชุมชนทราบใน  
 ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา การออกร่วมกิจกรรมที่ชุมชนได้กำหนดขึ้นในแผน สำหรับผู้ใหญ่บ้าน  
 ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลสำคัญต่อผลสำเร็จ เป็นผู้มีบทบาทในทุกขั้นตอนและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ในบาง  
 กิจกรรมเสนอตัวเป็นผู้ปฏิบัติงานเองแทนคนพิการ เช่น การทำเรื่องขอรถเข็น เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำ  
 หน้าที่เป็นผู้ประสานงานภายในชุมชนและนอกชุมชน จนบรรลุเป้าหมาย เป็นความภาคภูมิใจร่วมกันคือ  
 ทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างรอยยิ้มให้กับคนพิการในชุมชน

กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของ  
 ชุมชนตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย สรุปเป็น 9 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลคนพิการ สภาพปัญหาและ  
 ความต้องการที่มีอยู่ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ข้อมูลที่ได้มา  
 จากการสำรวจข้อมูลในพื้นที่ และรวบรวมจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
 ตำบลโพนสา เทศบาลตำบลโพนสา และองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา เพื่อจัดทำทะเบียนคนพิการ  
 ในชุมชนขึ้น
2. ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาโดยทุกคนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการในชุมชน ได้แก่  
 ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
 คนพิการหรือญาติ หรือผู้ช่วยคนพิการ ต้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริงของคนพิการ  
 ซึ่งอาจเปรียบเทียบกับสิทธิที่คนพิการควรได้รับตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
 พ.ศ. 2550 แล้วลำดับความสำคัญเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา
3. ขั้นตอนการวิเคราะห์บริบท โดยทุกคนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ กำนัน  
 ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
 ร่วมกันวิเคราะห์เพื่อค้นหาศักยภาพ ความพร้อมของชุมชนที่จะช่วยเหลือ หารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ  
 คนพิการที่เหมาะสมในชุมชน
4. ขั้นตอนการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่  
 นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วน  
 ท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม  
 สุขภาพคนพิการจากสภาพปัญหาที่พบและการวิเคราะห์บริบทชุมชนเพื่อให้ได้แนวทางที่หลากหลาย  
 ตามสภาพปัญหาที่วิเคราะห์ได้



5. ขั้นตอนการจัดทำแผนงาน/โครงการ ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมจัดทำแผนช่วยเหลือคนพิการระดับหมู่บ้านโดยทำแนวทางการแก้ไขปัญหารวบรวมเพื่อจัดทำแผนงานที่จะปฏิบัติในระดับชุมชน แล้วจัดทำโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุน ได้แก่ โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคนพิการ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม โครงการเยี่ยมคนพิการ

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

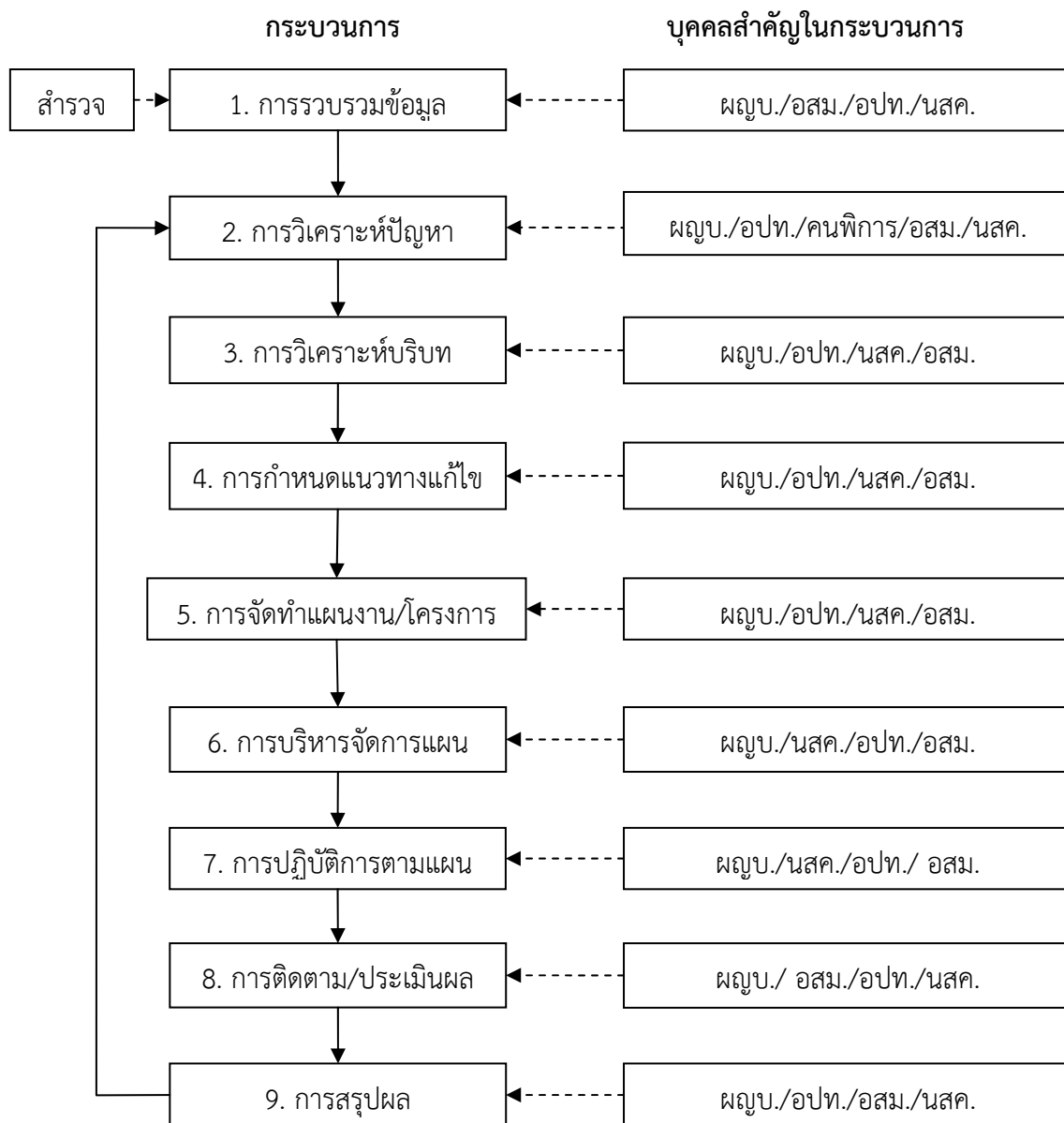
7. ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่วางไว้เพื่อให้แผนงาน/โครงการที่วางไว้บรรลุผลโดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8. ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน

9. ขั้นตอนการสรุปผล ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันสรุปผลสำเร็จ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และกำหนดเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เขียนเป็นขั้นตอน ดังภาพ 4.3





ภาพประกอบ 4.3 กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอลำดวน จังหวัดหนองคาย



สรุปผลจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชนตำบลโพนสา 5 ประการ ดังนี้

- 1) ออกเยี่ยมคนพิการที่บ้านโดยเครือข่ายชุมชน ร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่จากท้องถิ่น และทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต.โพนสา เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแบบองค์รวมแก่คนพิการอย่างน้อยปีละครั้ง
- 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพคนพิการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่มีเหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพ
- 3) สร้างพลังให้ชุมชนดำเนินการเอง ในการส่งเสริม สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ในด้านให้คำปรึกษา ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ ด้านนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อบทบาทชุมชน เช่น จัดงานวันคนพิการอย่างน้อยปีละครั้ง
- 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล ให้สุศึกษาและแนะนำทักษะชีวิต แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้คนพิการทราบถึง ข้อมูลข่าวสารสำคัญและทางเลือกในการควบคุมสุขภาพ ซึ่งให้คนพิการเรียนรู้เพื่อเตรียมตัวให้ก้าวผ่านระยะต่างๆ ของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ
- 5) จัดระบบบริการสาธารณสุข ให้คนพิการเข้าถึงการใช้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ ได้สะดวก มีการประสานการทำงานระหว่างหน่วยงาน และระหว่างชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจ การพัฒนาที่เป็นองค์รวมในด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ให้คนพิการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานได้ดีขึ้น





## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ ของ Kemmis และ Mc Taggart เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย โดยมีความมุ่งหมายเฉพาะเพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ตามขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้

- 5.1 สรุปผล
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ ของ Kemmis และ Mc Taggart ประกอบด้วย ระยะเวลาวางแผน (Plan) ระยะเวลาปฏิบัติการ (Action) ระยะเวลาสังเกตผล (Observe) และระยะสะท้อนผล (Reflect) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในพัฒนาคุณภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยได้ทำการวิจัยในพื้นที่ตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย มีผู้เข้าร่วมวิจัยในส่วนประชากรคือคนพิการทั้งหมด 61 คน และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คนประกอบด้วย 1) ผู้พิการที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ จำนวน 10 คน 2) ผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 20 คน 3) บุคลากรจากภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นักสุขภาพครอบครัว (นสค.) และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 คน ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนใน 4 ระยะของกระบวนการวิจัย ได้แก่ ระยะเวลาวางแผน ประกอบด้วย การเตรียมการวิจัย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์บริบทชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาคุณภาพชีวิตคนพิการ การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาคนพิการ และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ระยะเวลาปฏิบัติการ ประกอบด้วย การบริหารจัดการแผนและการปฏิบัติการตามแผน ระยะการสังเกตผล ประกอบด้วย การติดตามและประเมินผล ระยะการสะท้อนผลประกอบด้วย การสรุป การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการถอดบทเรียน สรุปผลการวิจัยดังต่อไปนี้



### 5.1.1 บริบทชุมชนและลักษณะทั่วไปของคนพิการในชุมชน

ตำบลโพนสา อำเภอลำดวน จังหวัดหนองคาย มี 1,685 หลังคาเรือน ประชากร 6,440 คน เพศชายร้อยละ 48.39 หญิงร้อยละ 51.61 คน ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม พืชเศรษฐกิจสำคัญคือยาสูบ ชุมชนจะมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีบ้านติดๆ กันหนาแน่น มีถนน รพช.ตัดผ่านหมู่บ้าน 2 เส้น และมีทางโค้ง 3 จุดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ มีถนนคอนกรีตทุกซอยภายในหมู่บ้าน แต่ถนนจะแคบ และมีทางแยกเยอะ ซึ่งจากสภาพถนน รพช.ที่ตัดผ่านหมู่บ้าน และถนนภายในหมู่บ้านที่มีทางแยกเยอะจึงเป็นสาเหตุในการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรบ่อยครั้ง นำมาซึ่งการสูญเสียชีวิต สูญเสียทรัพย์สิน การบาดเจ็บและบางคนถึงกับพิการ พื้นฐานทางสังคมส่วนใหญ่เป็นเครือญาติเดียวกัน ให้ความเคารพผู้สูงวัยและให้เกียรติผู้อาวุโส ลักษณะการปกครองมีผู้ใหญ่บ้านที่เข้มแข็งใส่ใจในปัญหาสุขภาพคนพิการ ต้องการแก้ไขเพื่อลดช่องว่างของสังคมที่มีต่อคนพิการ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และ อสม.ซึ่งเป็นบุคคลในหมู่บ้านคอยดูแลประชาชน และสนับสนุนกิจกรรมที่เกิดจากการร่วมคิดของคนส่วนใหญ่ในชุมชน มีเทศบาลตำบลโพนสา และองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา คอยดูแลด้านสวัสดิการคนพิการ มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือตำบล 2 กองทุนที่เป็นแหล่งสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพประชาชน ด้านสาธารณสุข มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา ตั้งอยู่หมู่ที่ 2 ตำบลโพนสา อำเภอลำดวน จังหวัดหนองคาย มีนักสุขภาพครอบครัว(นสค.)ประจำหมู่บ้านหมู่ละ 1 คน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 140 คน ด้านสภาวะสุขภาพ โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่อันดับต้นๆ คือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายและเกิดความพิการตามมา ด้านการดูแลคนพิการในชุมชนยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน มีเพียงการค้นหาคนพิการตามนโยบายรัฐโดยชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งตัวไปคัดกรอง รับรองความพิการและขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพ การดูแลส่วนใหญ่ยังเป็นการดูแลตามระบบจากหน่วยบริการปฐมภูมิ คือมีนักสุขภาพครอบครัวจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสาคอยให้การดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อรักษาพยาบาล ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ

ลักษณะทั่วไปของคนพิการในชุมชนตำบลโพนสา อำเภอลำดวน จังหวัดหนองคาย มีคนพิการในชุมชนจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 0.95 ของประชากร แบ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.93) เพศหญิง (ร้อยละ 36.07) ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 52.45) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ (ร้อยละ 60.66) การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.93) อาชีพส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 34.43) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 96.72) ส่วนใหญ่ไม่พอใช้ (ร้อยละ 96.72) สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 60.66) สถานภาพหรือการดำรงตำแหน่งในชุมชน ส่วนใหญ่ไม่มี (ร้อยละ 100.00) สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการส่วนใหญ่พิการจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 60.66) รองลงมาเกิดจากโรคและความเจ็บป่วย (ร้อยละ 29.50) ลักษณะความพิการส่วนใหญ่พิการด้านร่างกายเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือได้น้อย (ร้อยละ 57.38) รองลงมาเป็นความพิการทางสายตาหรือการมองเห็น (ร้อยละ 14.74) ระยะเวลาความพิการส่วนใหญ่ 20 - 39 ปี (ร้อยละ 50.82) จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 1 - 5 คน (ร้อยละ 96.72) ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันคนพิการส่วนใหญ่ช่วยเหลือ



ตนเองได้ในระดับมาก แต่ยังมีคนพิการเกือบร้อยละ 9.80 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับน้อยที่ต้องพึ่งคนอื่นทั้งหมด การได้รับความช่วยเหลือและการเข้าถึงสิทธิพื้นฐานตามกฎหมาย มีเพียงการได้รับเบี้ยยังชีพที่ได้รับสิทธิทุกคน ส่วนสิทธิอื่น ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 50.00

5.1.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพธิ์นา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 9 ขั้นตอน ดังนี้

5.1.2.1 ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลคนพิการ สภาพปัญหาและความต้องการที่มีอยู่ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ข้อมูลที่ได้มาจากการสำรวจข้อมูลในพื้นที่ และรวบรวมจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์นา เทศบาลตำบลโพธิ์นา และองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์นา เพื่อจัดทำทะเบียนคนพิการในชุมชนขึ้น

5.1.2.2 ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาโดยทุกคนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนพิการหรือญาติ หรือผู้ช่วยคนพิการ ต้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริงของคนพิการ ซึ่งอาจเปรียบเทียบกับสิทธิที่คนพิการควรได้รับตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 แล้วลำดับความสำคัญเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา

5.1.2.3 ขั้นตอนการวิเคราะห์บริบท โดยทุกคนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันวิเคราะห์เพื่อค้นหาศักยภาพ ความพร้อมของชุมชนที่จะช่วยเหลือ หารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่เหมาะสมในชุมชน

5.1.2.4 ขั้นตอนการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ นายกองตำบลปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการจากสภาพปัญหาที่พบและการวิเคราะห์บริบทชุมชนเพื่อให้ได้แนวทางที่หลากหลายตามสภาพปัญหาที่วิเคราะห์ได้

5.1.2.5 ขั้นตอนการจัดทำแผนงาน/โครงการ ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ นายกองตำบลปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันจัดทำแผนช่วยเหลือคนพิการระดับหมู่บ้านโดยทำแนวทางการแก้ไขปัญหามารวบรวมเพื่อจัดทำแผนงานที่จะปฏิบัติในระดับชุมชน แล้วจัดทำโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุน ได้แก่ โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคนพิการ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม โครงการเยี่ยมคนพิการ

5.1.2.6 ขั้นตอนการบริหารจัดการแผน ผู้ที่เกี่ยวข้องในแผน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันบริหารเพื่อให้ทราบว่าใครจะทำอะไร ตอนไหนกับใคร ใช้งบประมาณจากไหนเพื่อให้แผนที่วางไว้สามารถดำเนินการต่อไป ได้แก่ การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งกรรมการหรือคณะทำงาน การมอบหมายงาน และการติดต่อประสานงาน



5.1.2.7 ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่วางไว้เพื่อให้แผนงาน/โครงการที่วางไว้บรรลุผลโดยอาศัยความร่วมมือ จากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.1.2.8 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน

5.1.2.9 ขั้นตอนการสรุปผล ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันสรุปผลสำเร็จ วิเคราะห์ปัจจัย แห่งความสำเร็จ และกำหนดเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

5.1.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

5.1.3.1 ผลผลิตจากกิจกรรมโครงการที่ชุมชนได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพคนพิการตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่า มีโครงการ/กิจกรรมที่ สามารถดำเนินการได้ในระดับชุมชน และขับเคลื่อนจนเกิดกิจกรรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ จำนวน 3 โครงการ ทำให้คนพิการได้รับการดูแลโดยการเยี่ยมบ้านพร้อมชุดเยี่ยมบ้านจากผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลโพนสา ทหารที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลโพนสา และทีมสหวิชาชีพจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา โดยคนพิการได้รับการแจกยารักษาโรคเบื้องต้นและ เครื่องนุ่งห่มจำนวน 10 คน นำความสุขและความพึงพอใจแก่คนพิการและญาติที่ได้รับการดูแล และ ช่วยเหลือจากทีมเครือข่ายในชุมชนตำบลโพน

5.1.3.2 ผลลัพธ์ต่อการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานคนพิการในชุมชนตามเกณฑ์ พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ดีขึ้นใน 11 ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านผู้ดูแลคนพิการ ด้านการมีส่วนร่วมชุมชน ด้านสวัสดิการสังคม ด้านเทคโนโลยีและ การสื่อสาร ด้านอาชีพและการมีงานทำ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะ ด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย และด้านการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ

5.1.3.3 ผลการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ จากผลกิจกรรมโครงการ ที่ชุมชนได้จัดทำขึ้น ผลการบันทึกภาคสนามจากการสังเกตผลที่เกิดขึ้น จึงได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ คนพิการในชุมชนตำบลโพนสา 5 ประการ ดังนี้

- 1) ออกเยี่ยมคนพิการที่บ้านโดยเครือข่ายชุมชน ร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่จากท้องถิ่น และ ทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต.โพนสา เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแบบองค์รวมแก่คนพิการอย่างน้อยปี ละครั้ง
- 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพคนพิการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย รวมถึง การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพ
- 3) สร้างพลังให้ชุมชนดำเนินการเอง ในการส่งเสริม สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ คนพิการ ในด้านให้คำปรึกษา ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ ด้านนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อบทบาทชุมชน เช่น จัดงานวันคนพิการอย่างน้อยปีละครั้ง



4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล ให้สุศึกษาและแนะนำทักษะชีวิต แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้คนพิการทราบถึง ข้อมูลข่าวสารสำคัญและทางเลือกในการควบคุมสุขภาพ ซึ่งให้คนพิการเรียนรู้เพื่อเตรียมตัวให้ก้าวผ่านระยะต่างๆ ของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

5) จัดระบบบริการสาธารณสุข ให้คนพิการเข้าถึงการใช้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ ได้สะดวก มีการประสานการทำงานระหว่างหน่วยงาน และระหว่างชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจ การพัฒนาที่เป็นองค์รวมในด้านการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ให้คนพิการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานได้ดีขึ้น

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพธิ์สา อำเภอบ้านบ่อ จังหวัดหนองคายครั้งนี้ ที่สำคัญประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผู้นำชุมชน 2) ชุมชน และ 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์สาเคยเป็นผู้ประสานและเชื่อมต่องาน กล่าวคือ ผู้นำชุมชนโดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้านที่มีความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาคนพิการชุมชน เปิดใจรับปัญหาคนพิการพร้อมเสนอตัวที่เข้ามามีบทบาทร่วมในการแก้ไข จึงเกิดการเรียนรู้แสวงหาข้อมูลเพื่อให้เข้าใจและเข้าถึงปัญหา ว่าคนพิการพิการในชุมชนตนเองเป็นอย่างไร มีแนวทางการแก้ไขหรือดำเนินการอย่างไร แล้วชักชวนคนในชุมชนโดยเฉพาะกรรมการชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลโพธิ์สาเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ด้านชุมชน ด้วยบริบทชุมชนตำบลโพธิ์สาเป็นชุมชนเครือญาติ มีความสามัคคี เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน การดำเนินงานที่เป็นไปในลักษณะช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสจึงทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ตั้งแต่กระบวนการจัดทำแผน การปฏิบัติตามแผน การรับรู้ผลการปฏิบัติ ตลอดทั้งชื่นชมยินดีกับผลงานที่เกิดขึ้นร่วมกัน ด้านเทศบาลตำบลโพธิ์สา และองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์สา เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณทำให้การขับเคลื่อนกิจกรรม/โครงการต่าง ๆ ที่ชุมชนเสนอขอรับการสนับสนุนดำเนินการบรรลุได้ตามวัตถุประสงค์ และทำหน้าที่ประสานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในระดับเหนือขึ้นไป ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์สา เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่คอยสนับสนุนด้านวิชาการ ด้านการดูแลฟื้นฟูสุขภาพคนพิการคอยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำนาจความสะดวกในการดำเนินการจัดตั้งชมรมคนพิการ

## 5.2 อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพธิ์สา อำเภอบ้านบ่อ จังหวัดหนองคาย ในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการของ Kemmis และ Mc Taggart ในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประเด็นสำคัญที่จะอภิปรายผลดังนี้

5.2.1 การวิเคราะห์บริบทชุมชน พบว่า ภูมิหลังของชุมชนส่วนใหญ่เป็นชุมชนที่อพยพมาจากจังหวัดร้อยเอ็ดและมีเครือญาติเดียวกัน ลักษณะทั่วไปของชุมชนมีความโอบอ้อมอารี รักใคร่สามัคคี เอื้อเฟื้อต่อกัน นับถือผู้สูงวัย ให้เกียรติผู้อาวุโส ประกอบกับการมีผู้นำที่มีความมุ่งมั่นใส่ใจต่อปัญหาชุมชน ชอบเรียนรู้เพื่อพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง มี อสม. สมาชิกเทศบาล สมาชิกองค์การบริหารส่วน



ตำบล และกรรมการฝ่ายต่าง ๆ ในชุมชนมีความเป็นน้ำหนึ่งเดียวกัน เป็นคุณลักษณะทางสังคมที่เกื้อหนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยทางด้านชุมชนที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุข ของ เพ็ญศรี เขียวขำ (2542) กล่าวว่า ลักษณะทางภูมิศาสตร์จิตวิทยาทางสังคม การจัดระเบียบสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละชุมชนเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป ชุมชนที่ตั้ง รากฐานเป็นเวลานานจะมีการปฏิสัมพันธ์ในลักษณะเครือข่าย การรวมตัวของชุมชนและการเสียสละช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (รัชนิ สรรเสริญ และคณะ, 2553) ดำเนินการปรับปรุงเครือข่ายการดูแลสุขภาพ และการให้บริการการส่งต่อทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันความพิการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิเริ่มดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงการบูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน เช่น การสนับสนุนทุน การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การระดมคนพิการ ครอบครัวและสมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความต้องการของคนพิการเป็นฐาน

5.2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มี 9 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การรวบรวมข้อมูลโดยชุมชน เป็นการค้นหาข้อมูลคนพิการจากชุมชนโดยชุมชน ส่วนผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จะได้รับผลกระทบจากกิจกรรม คือกลุ่มคนพิการ พบว่าได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี เพราะเชื่อว่าข้อมูลที่ให้ไปจะเป็นประโยชน์กับตนเองและคนในครอบครัว และเชื่อมั่นว่าผู้นำที่รวบรวมข้อมูลไปจะนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้ดีขึ้น
- 2) การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน เป็นความร่วมมือหลังจากที่ชุมชนรับทราบปัญหา และมีความเห็นพร้อมต้องกันว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นเป็นปัญหาของชุมชนที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น พบว่า ผลการวิเคราะห์ปัญหาทำให้ทราบถึงรากเหง้าของปัญหา เพื่อจะได้หาแนวทางแก้ไขนั้นจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในชุมชน เนื่องจากปัญหาบางอย่างมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนเกินกว่าที่บุคคลภายนอกชุมชนจะรับรู้และเข้าถึงปัญหาได้
- 3) การวิเคราะห์บริบทร่วมกัน เป็นการร่วมกันวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางสังคมและลักษณะทั่วไป พบว่า การวิเคราะห์บริบททำให้ทราบจุดแข็งหรือลักษณะเด่นของชุมชนในการเข้าถึงคนพิการ เพื่อแก้ปัญหาคนพิการที่ชุมชนต้องการ ซึ่งต้องอาศัยการร่วมมือของชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในชุมชนในการวิเคราะห์ร่วมกัน
- 4) การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน หลังจากชุมชนรับทราบผลการวิเคราะห์ปัญหาแล้วว่า ปัญหาคนพิการในชุมชนเป็นอย่างไร บริบทชุมชนเป็นอย่างไร ควรเข้าไปมีบทบาทอะไรบ้างในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น พบว่า ชุมชนได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการตามบริบทและศักยภาพของชุมชน ณ เวลาและสถานการณ์ ทั้งเป็นแนวทางที่ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน และแนวทางที่ต้องเสนอเพื่อขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานนอกชุมชน ผู้การนำไปเป็นแนวทางการจัดแผนปฏิบัติต่อไป



5) การวางแผนปฏิบัติการร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่เกิดต่อเนื่องจากการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา พบว่า ชุมชนชนเข้ามามีบทบาทร่วมในการกำหนดกิจกรรมหรือโครงการ เนื่องจากหากเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับการเสนอหรือมีส่วนร่วมในการอภิปรายหรือสนับสนุนจากชุมชนแล้วจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมด้วย แต่ถ้าตรงกันข้ามหากไม่ได้รับรู้หรือมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนนี้แล้วนอกจากจะไม่ให้ความร่วมมือแล้วอาจจะเกิดการขัดขวางในภายหลังได้

6) การบริหารจัดการแผนร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการแผนร่วมกัน พบว่า ชุมชนได้มีการมอบหมายงานกันเป็นคำสั่งของชุมชน การเสนอตัวเพื่อรับผิดชอบงาน การหาแหล่งงบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ ที่จะหาได้ในชุมชน ซึ่งเป็นการกำหนดบทบาทร่วมของชุมชนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติทั้งชุมชน

7) การปฏิบัติการตามแผนร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่ผู้ที่ได้รับมอบหมายดำเนินกิจกรรมและผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมเข้ามาร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในขั้นจัดทำแผนและการบริหารจัดการแผน พบว่า บทบาทส่วนใหญ่จะเป็นผู้นำชุมชน ได้แก่ การใช้บทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนกิจกรรมโครงการร่วมกัน ได้แก่ บทบาทของผู้ใหญ่บ้านในการติดต่อประสานงาน บทบาทของ สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเสนอและผลักดันโครงการ ให้ผ่านการอนุมัติงบประมาณดำเนินการ และบทบาทของ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ พิจารณาสันับสนุนงบประมาณดำเนินการ

8) การติดตามและประเมินผลร่วมกัน เป็นขั้นตอนสำคัญที่ชุมชน ผู้เกี่ยวข้องจะต้องมีส่วนร่วมในการกำกับติดตาม เพื่อให้ทราบความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน เพื่อจะมาร่วมกันแก้ไขไปพร้อมกันโดยไม่ต้องเก็บปัญหาไว้ พบว่า ผู้นำชุมชนและกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจะทำหน้าที่ติดตามผลการดำเนินงานของกิจกรรม แล้วรายงานผลแก่ชุมชนเป็นระยะ

9) การสรุปผลและการวิเคราะห์ผลงานร่วมกัน เป็นขั้นตอนที่ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้ผลสำเร็จของงานร่วมกัน เพราะเป็นผลผลิตของชุมชน ซึ่งเป็นความต้องการของผู้มีส่วนร่วมกิจกรรมที่จะรับรู้ว่าสิ่งที่ดำเนินการมานั้นมีผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไร พบว่า ชุมชนได้ประชุมกลุ่มเพื่อสรุปผล วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและถอดบทเรียน ไปพร้อมกัน

จากกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมชุมชนครั้งนี้ พบว่า มี 9 ขั้นตอน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้มีชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในทุกขั้นตอน ได้เป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชนตำบลโพพนา จากเดิมที่ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นไปตามกระบวนการแก้ไขปัญหาของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน (Community Participation) เป็นแนวคิดการพัฒนาแนวใหม่ที่จะทำให้ประชาชนเกิดความศรัทธาและพึ่งพาตนเองได้ (Self reliance) มีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self confidence) และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) ในการดำเนินการพัฒนาโครงการต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถและประสิทธิภาพในการปกครองตนเองตามระบอบประชาธิปไตย รวมทั้งนำไปสู่การพัฒนาคนให้มีขีดความสามารถยืนหยัดพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง ซึ่งทุกขั้นตอนเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นจนได้ข้อตกลงร่วมกันเป็นที่ยุติ และข้อสรุป สอดคล้องกับความหมายของการมีส่วนร่วมของอรรถัย ก๊กผล (2552) คือกระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีโอกาสได้แสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น



เพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกันซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

ด้านกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น สอดคล้องกับถวิลวดี บุญดีกุล (2551) ได้อธิบายถึงระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมีหลายระดับ โดยวิธีการแบ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความละเอียดของการแบ่งเป็นสำคัญการแบ่งระดับขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแบ่งได้จากระดับต่ำสุดไปหาระดับสูงสุดออกเป็น 7 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับการให้ข้อมูล 2) ระดับการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน 3) ระดับการปรึกษาหารือ 4) ระดับการวางแผนร่วมกัน 5) ระดับการร่วมปฏิบัติ 6) ระดับร่วมติดตามตรวจสอบ 7) ระดับการควบคุมโดยประชาชน และงานวิจัยของ มนตรี จันทา (2554) ได้ศึกษารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนองบัว อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ 2) การร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา 3) การกำหนดแผนงาน/โครงการ 4) การปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ และ 5) การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

5.2.3 ผลการดำเนินงานจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพธิ์สาครครั้งนี้ พบว่า เกิดผลลัพธ์ 2 ลักษณะ คือ 1) ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชน 9 ขั้นตอน นำไปสู่การเกิดแผนงาน โครงการช่วยเหลือคนพิการ 3 โครงการ 2) ผลลัพธ์ที่ส่งผลต่อคนสุขภาพคนพิการตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้น ได้แก่ ด้านการแพทย์คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและ ได้รับการกายอุปกรณ์ ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะได้รับการมีบทบาทในโครงการ/กิจกรรมของภาครัฐในระดับพื้นที่ ด้านการจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการเพิ่มขึ้น และด้านการมีส่วนร่วมชุมชนได้รับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกได้รับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย ซึ่งกิจกรรมและผลงานที่เกิดจากกล่าวได้ว่า ชุมชนตำบลโพธิ์สาครซึ่งเป็นชุมชนที่มีพื้นฐานทางสังคมที่มีความเข้มแข็งจากรากฐานทางเครือญาติ ประเพณี และวัฒนธรรมเดียวกัน มีผู้นำที่ใส่ใจ เข้าถึงปัญหาของชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐหรือหน่วยงานในระดับพื้นที่ มีศักยภาพที่จัดการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของคนพิการในชุมชนได้ในระดับพื้นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งสุชาติ ปันภิกขิต (2542) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน หมายถึง การช่วยเหลือพัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกด้านให้แก่คนพิการ โดยความร่วมมือของคนในชุมชนโดยเฉพาะคนพิการและญาติมีการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรมนุษย์เครื่องมือ ทุน วัสดุ สถานที่ รวมทั้งเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับชุมชนนั้น เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้ทัดเทียมคนปกติซึ่งพบว่าการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน ทำให้ชุมชนรับผิดชอบต่อปัญหาคนพิการ ยอมรับคนพิการในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของคนในชุมชนเช่นเดียวกับคนทั่วไปและทำให้





ชุมชนเข้าใจสภาพชุมชนทรัพยากรต่าง ๆ รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนสามารถวางแผนแก้ปัญหา  
ในฐานะเจ้าของปัญหาอย่างแท้จริง

5.2.4 ปัจจัยความสำเร็จต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดย  
การมีส่วนร่วมของชุมชนจากการวิจัยครั้งนี้ที่สำคัญ ได้แก่

5.2.4.1 ผู้นำชุมชน เนื่องจากตำบลโพนสามมีผู้นำที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้าน  
มีความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาคนพิการ โดยมองว่าคนพิการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่จะได้รับการดูแล  
อย่างเสมอภาคจากชุมชน มีการศึกษาข้อมูล เรียนรู้วิธีการที่จะเข้าใจ และเข้าถึงคนพิการ เพื่อหาแนว  
ทางการช่วยเหลือคนพิการในชุมชน และผู้นำด้านอื่น ๆ ประกอบกันเป็นทีมงานในชุมชนที่เข้าใจ พร้อม  
จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ โดยมองว่าเป็นหน้าที่ของชุมชนที่จะต้องปฏิบัติต่อคนพิการอย่างคนปกติทั่วไป

5.2.4.2 ชุมชน เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมเดียวกัน มีความรัก  
ความเอื้ออาทรต่อกันในสังคม มีความสามัคคีสามารถรวมตัวกันเป็นชมรมช่วยเหลือคนพิการได้  
มีความเข้าใจปัญหาว่าคนพิการไม่ใช่ภาระของสังคม แต่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ต้องร่วมมือกัน  
พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้คนพิการเหล่านั้นช่วยเหลือตนเองให้ได้เพื่อลดการพึ่งพิงจากสังคม  
จึงเกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรม และกระบวนการ เป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญส่งผลให้แผนงานโครงการ  
ได้รับงบประมาณสนับสนุนและบรรลุเป้าหมาย

5.2.4.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลโพนสา เพราะเป็นหน่วยงานที่  
การสนับสนุนงบประมาณ และทำหน้าที่ด้านการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในระดับ  
ชุมชน ดำเนินกิจกรรมที่เป็นลักษณะการสนับสนุน แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทาง/  
โครงการ/แผนงานที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสาส่งเสริมและ  
สนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการแก่ชุมชน การติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่ออำนวยความสะดวก  
ในการจัดการจัดบริการด้านการฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การประสานงานทีมสหวิชาชีพ  
จากโรงพยาบาลตำบลโพนสาในการเยี่ยมบ้านคนพิการ เป็นต้น

ปัจจัยทั้ง 3 อย่างดังกล่าวที่มีผลต่อความสำเร็จต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการ  
ส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ได้มาจากการถอดบทเรียนจากผู้ร่วมวิจัยประกอบกับ  
ข้อมูลการสัมภาษณ์ถึงปัจจัยใหญ่ ๆ ที่สำคัญในการขับเคลื่อนในทุกกระบวนการตามวิถีทางสังคม  
ซึ่งเพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2542) ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุข  
ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนและการประสานงานที่ดีต่อกัน เจ้าหน้าที่ในภาครัฐเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วยชุมชน  
เอง
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระบบราชการ การดำเนินงานของหน่วยงาน  
ต่าง ๆ
3. ปัจจัยทางด้านชุมชน ลักษณะทางภูมิศาสตร์จิตวิทยาทางสังคม การจัดระเบียบ  
สังคมและวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละชุมชนเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป ชุมชนที่ตั้ง



รากฐานเป็นเวลานานจะมีการปฏิสัมพันธ์ในลักษณะเครือข่าย การรวมตัวของชุมชนและการเสียสละช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับงานวิจัย

5.3.1.1 ส่งเสริมให้ชุมชนที่มีศักยภาพพร้อม เช่น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนสามัคคี ให้มีโอกาสดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการภายใต้บริบทชุมชน และการแสวงหาทรัพยากรในระดับพื้นที่ โดยภาครัฐระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ และวิชาการ เมื่อถูกร้องขอหรือเชิญให้เข้าร่วมกิจกรรม เป็นแนวทางการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยรัฐสนับสนุน ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่นในชุมชน หรือปัญหาเดียวกันต่างชุมชนได้ตามความเหมาะสม

5.3.1.2 การจัดทำข้อมูลคนพิการ ชุมชนควรมีฐานข้อมูลคนพิการ มีการสำรวจ และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากความต้องการและสิทธิคนพิการมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ หรืออาจมีความต้องการเพื่อทดแทน เช่น กายอุปกรณ์คนพิการบางคนเคยได้ตั้งแต่เกิด ความพิการใหม่ ๆ ผ่านมาหลายปี ปัจจุบันเสื่อมสภาพไปแล้วแต่คนพิการยังพยายามใช้อยู่ เป็นต้น

5.3.1.3 การสนับสนุนงบประมาณ เนื่องจากผลการวิเคราะห์พบว่ามีความต้องการกายอุปกรณ์เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ทั้งเป็นการขอทดแทน และมีการปรับเปลี่ยนตามสภาพร่างกายจำนวนเกินครึ่ง ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยนี้ ยังมีกายอุปกรณ์อื่น ๆ สำหรับคนพิการคนอื่นที่ยังรอรับความช่วยเหลือ จึงขอเสนอแนะไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลัก ในการสนับสนุนงบประมาณแก่ชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในคราวต่อไป

5.3.1.4 การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานคนพิการ เนื่องจากพบว่าคนพิการเกินกว่าครึ่งเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ปานกลาง ซึ่งเกิดจากความไม่รู้ของคนพิการและญาติ หรือแม้แต่ผู้นำชุมชนเอง จึงเสนอแนะให้มีการจัดอบรมคนพิการหรือญาติให้ได้รู้เรื่องสิทธิของคนพิการอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อให้คนพิการได้เข้าใจและเข้าถึงสิทธิอันพึงได้จากสังคม

5.3.1.5 การส่งเสริมหรือพัฒนาอาชีพแก่คนพิการและคนในครอบครัว เพื่อเสริมรายได้และลดภาระการดูแลจากสังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับท้องถิ่นหรือระดับเหนือขึ้นไป ควรมีการส่งเสริมหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสมสำหรับคนพิการ หรือผู้ดูแล หรือผู้ช่วยคนพิการ ให้สามารถประกอบอาชีพได้

5.3.1.6 การสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดการอบรมผู้ช่วยเหลือคนพิการ กรณีที่คนพิการต้องการคนดูแลอย่างใกล้ชิด และจัดหางบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพราะจากผลการวิจัยพบว่าในพื้นที่ตำบลโพธิ์สา อำเภอบ้านบ่อ จังหวัดหนองคาย มีผู้ช่วยคนพิการไม่เพียงพอ



### 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 การวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชนที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมขึ้น ส่งผลให้มีแนวทางการทำให้สุขภาพคนพิการในชุมชนดีขึ้นทุกมิติ เพื่อให้เกิดการพัฒนา ด้านกระบวนการจัดการได้รูปแบบที่เหมาะสม ควรมีการเพิ่มวงรอบการวิจัยเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว

5.3.2.2 ควรเพิ่มขนาดตัวอย่างในกลุ่มคนพิการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่น เช่น โรงเรียน ศูนย์การศึกษาจากระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย วัด เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย เพื่อให้ได้แนวทางที่หลากหลายเพิ่มขึ้น ในกระบวนการในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการต่อไป



เอกสารอ้างอิง



## เอกสารอ้างอิง

- กิตติยา ติดไชย. (2550). *ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเคลื่อนไหวในตำบลตำหนักธรรม อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ขนิษฐา เทวินทรภักดี. (2539). *การฟื้นฟูสภาพคนพิการ: แนวทางสู่ความสำเร็จของคนพิการ*. กรุงเทพฯ: กรมประชาสงเคราะห์.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนากำลังคนและความมั่นคงของมนุษย์. (2540). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550 - 2554*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- \_\_\_\_\_. (2555). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555 - 2559*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- เฉลิม รัตนโสภณ. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ช่อผกา ไชยมงคล. (2550). *การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากิจกรรมบำบัด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ถวิลวดี บุญดีกุล. (2551). *ระบบการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมระดับจังหวัด : ทำอย่างไรให้เป็นจริง*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาพระปกเกล้า.
- นิตินันท์ โคกคาน. (2547). *การพึ่งตนเองของคนพิการทางกายในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา บัวสาย. (2551). *การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นุมนวล อุทัยบุญ. (2554). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเลย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏเลย.
- บวรศักดิ์ อวรรณโณ และถวิลวดี บุญดีกุล. (2548). *ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม*. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.
- ปกรณ วชิรกุล. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 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 เปลี่ยนขำ. (2542). *การสาธารณสุขมูลฐาน. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏ  
เพชรบุรี*. ราชบุรี: ธรรมรักษ์การพิมพ์.
- แพรว เอี่ยมน้อย. (2550). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้พิการทางร่างกายในจังหวัดนครปฐม*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนตรี จันทรา. (2554). *รูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนอง  
บัว อำเภอสวีรัมย์ 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. วันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2550.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา. (2557). *สรุปผลงานประจำปี 2557*. โรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย.
- รัชนี้ สรรเสริญ และคณะ. (2553). การบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน  
ในสถานบริการปฐมภูมิ : บทเรียนรู้จากประเทศไทย. *การพยาบาลและการศึกษา*,  
3(2), 99-113, พฤษภาคม - สิงหาคม.
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2546). *การบริหารและจัดการเทศบาลในยุคปฏิรูปการเมือง*. กรุงเทพฯ:  
สำนักพิมพ์ โฟร์เฟซ.
- วันชัย วัฒนศัพท์. (2551). *คู่มือการมีส่วนร่วมของชุมชนการตัดสินใจที่ดีกว่าโดยมีชุมชนมีส่วนร่วม*.  
แปลจาก J.L.Creighton. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า
- วันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน. (2531). *การพัฒนาชนบทไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วัชรกร ภิมาลย์ และคณะ. (2554). *การพัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน  
อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ศิริไลซ์ วนรัตน์. (2551). *การพัฒนาตัวแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในระบบบริการปฐมภูมิ*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สมโภช อนนทสุข. (2548). การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. *วารสารวิจัยและวัดผลการศึกษา*, 3(1),  
18.



- สุชาติ จักรพิสุทธิ์. (2547). การศึกษาทางเลือกของชุมชน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 27(4), 18 - 23.
- สุชาติ ปั่นกิติ. (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 วิบูลผลประเสริฐ 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. (2558). *รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2558*. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2550). *พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550*.
- สำนักงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. (2537). *พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ. (2558). *การรวบรวมสถิติประจำปี 2558*. หนองคาย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2558). *การรวบรวมสถิติรายงานประจำปี 2558*. หนองคาย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. (2555). *คู่มือการปฏิบัติงาน กระบวนการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนปี 2555*. ประจวบคีรีขันธ์: สำนักงานสาธารณสุขประจวบคีรีขันธ์.
- อนุชา นิลประพันธ์. (2548). *รูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการในชนบทจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรทัย ก๊กผล. (2552). *การมีส่วนร่วมของประชาชน ใน สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม*. กรุงเทพฯ: ประชุมช่างจำกัด.
- อรุณี เวียงแสง และคณะ. (2548). *การติดตามและประเมินผลแบบมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ: โครงการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สวรส.).



- อังคณา สาลาด. (2541). *ความคาดหวังในการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว : ศึกษาเฉพาะอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- อัจฉรา จิตต์สันติสุข. (2544). *บทบาทของชุมชนในการดูแลคนพิการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุไรวรรณ จาริก. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- อำนาจ สุวรรณไตร. (2556) *การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านนาทรายสามัคคี ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- 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., Linconlh, S.Y.(End.), *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publication, Inc.
- Morgan, DL. & Krueger, RA. (1993). *When to use focus groups and why*. In: Mogan DL, editor. *Successful Focus groups: Advancing the state of the art*. Newbury Park: Sage.
- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report*. Geneva: The World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). *CBR : a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities*. Geneva: The World Health Organization.
- . (2004). *Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006 - 2011*. [online]. Assessed from [http://www.who.int/disabilities/publications/dar\\_action\\_plan\\_2006\\_to\\_2011.pdf](http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006_to_2011.pdf) [accessed 10 October 2014].





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ



### รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายชูชัย แก้วมณีชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดหนองคาย
2. นายประดิษฐ์ สารรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองคาย
3. นายนิรันดร์ ฤาละคร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดหนองคาย
4. นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองคาย
5. นายเอกรินทร์ โปรตะเวช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอท่าบ่อ  
จังหวัดหนองคาย



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒) / ๖๗๑๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายชูชัช แก้วมณีชัย

ด้วย นายสุริยัน นันทา เป็นนิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.กฤษณ์ ขุนลึก เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตดจะดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรุวรรณ เทรินโบล)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๖๕๗๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๑ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายประดิษฐ์ สารรัตน์

ด้วย นายสุริยัน นันทา เป็นนิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.กฤษณ์ ขุนลิก เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรุวรรณ เทรินโบล)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ วส๑๗๘



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๘ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายนิรันดร์ ฤาละคร

ด้วย นายสุรียัน นันทา เป็นนิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.กฤษณ์ ขุนสีก เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรุวรรณ เทรินโบต์)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒) / ว ๕๑๖๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๕ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย์

ด้วย นายสุรียัน นันทา เป็นนิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.กฤษณ์ ขุนสิก เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ดำเนิรราชการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม)  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล งามมณี)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒) / ๖๓๗๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๐๑ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบขออนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายเอกรินทร์ โปตะเวช

ด้วย นายสุรียัน นันทา เป็นนิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.กฤษณ์ ขุนลิก เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิติตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิวัตรธรรม เทรินโบล์)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒





ตารางการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และให้ค่า Index of Item – Objective  
Congruence (IOC)

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 8 ข้อ

คำถาม	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
1. การเคลื่อนย้ายตนเอง (ลุกนั่งจากที่นอน หรือ จากเตียงไปยังเก้าอี้)	1	1	1	1	1	1
2. การรับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้ เรียบร้อยต่อหน้า	1	1	1	1	1	1
3. การใช้ห้องส้วมถ่าย ปัสสาวะ ถ่ายอุจจาระ	1	1	1	1	1	1
4. การทำความสะอาด ร่างกาย (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด)	1	1	1	1	1	1
5. การแต่งตัว (การสวมใส่เสื้อผ้า)	1	1	1	1	1	1
6. การอาบน้ำด้วยตนเอง	1	1	1	1	1	1
7. การเดินบนพื้นราบ/ การใช้รถเข็นนั่ง (การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือบ้าน)	1	1	1	0	1	0.8
8. การขึ้น-ลงบันได	1	1	1	1	1	1



ตารางการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และให้ค่า Index of Item – Objective Congruence (IOC)  
ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคนพิการ จำนวน 24 ข้อ

คำถาม	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
<b>ด้านการแพทย์</b>						
1. การกายภาพบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ	1	1	1	1	1	1
2. การเสริมทักษะการเรียนรู้ตั้งแต่เกิดหรือพบความพิการ	1	1	0	1	1	0.8
3. การได้รับกายอุปกรณ์คนพิการ เช่น รถโยก รถเข็น	1	1	1	1	1	1
<b>ด้านการศึกษา</b>						
4. ทุนการศึกษา	1	1	1	1	1	1
5. โควต้าเข้าเรียนต่อ	0	1	1	1	1	0.8
<b>ด้านผู้ดูแลคนพิการ</b>						
6. ความรู้ในการดูแลคนพิการ	1	1	1	1	1	1
7. การส่งเสริมอาชีพ	1	1	1	1	0	0.8
8. การลดหย่อนภาษี	1	1	1	1	1	1
<b>ด้านการมีส่วนร่วม</b>						
9. การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม เช่น ประชุม ประชาคม	1	1	1	1	1	1
10. การยอมรับและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการเมือง เช่น การแข่งขันกีฬา การไปใช้สิทธิเลือกตั้ง	1	1	1	1	1	1



คำถาม	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
<b>ด้านสวัสดิการสังคม</b>						
11. เบี้ยยังชีพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
12. มีผู้ช่วยคนพิการดูแล	1	1	1	1	1	1
13. ได้รับโอกาสให้ได้ใช้ล่าม ภาษามือในการสื่อสาร	1	1	1	1	0	0.8
14. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านสิทธิ ผลประโยชน์คน พิการ และอื่นๆ	1	1	1	1	1	1
<b>ด้านอาชีพและการมีงานทำ</b>						
15. การรับเข้าเป็น พนักงาน/ลูกจ้างของ หน่วยงานภาครัฐและเอกชน	1	1	1	1	0	0.8
16. การฝึกอาชีพ	0	1	1	1	1	0.8
17. ฝึกอาชีพระยะยาว (ตามโครงการสร้างชีวิตใหม่)	1	1	1	1	1	1
<b>ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก</b>						
18. การปรับสภาพแวดล้อม ให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย	1	1	1	1	1	1
19. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก หรือช่องทางพิเศษใน การเข้าถึงกิจกรรมทางสังคม	1	1	1	1	1	1



คำถาม	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
<b>ด้านการเข้าถึงกิจการ สาธารณะ</b>						
20. การมีบทบาทใน โครงการ/กิจกรรมของ ภาครัฐในระดับพื้นที่ เช่น การประชุม อบรม การแสดง ความเห็น โครงการของรัฐ ในระดับพื้นที่	1	1	1	1	1	1
<b>ด้านการช่วยเหลือทาง กฎหมาย</b>						
21. คำแนะนำปรึกษา/ ความรู้เรื่องกฎหมายและ สิทธิที่เกี่ยวข้อง	1	1	1	1	0	0.8
<b>ด้านจัดการเลือกปฏิบัติ</b>						
22. การถูกล่วงละเมิดและ แสวงหาผลประโยชน์จากคน พิการ	1	1	1	1	1	1
23. ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ ครอบครัวในการดูแลคน พิการ	1	1	1	1	1	1
24. ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ ความรู้เรื่องการสร้าง สัมพันธภาพในครอบครัว	1	1	1	1	1	1



ตารางการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และให้ค่า Index of Item – Objective  
Congruence (IOC)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านบริบทชุมชน จำนวน 8 ข้อ

คำถาม	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
1. ผู้นำในชุมชนมีความใส่ใจต่อ ปัญหาสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
2. ผู้นำชุมชนมีบทบาท เหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพ คนพิการ	1	1	1	1	1	1
3. ชุมชนมีความสนใจต่อปัญหา สุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
4. ในชุมชนมีคณะกรรมการ หรือคณะทำงานเกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
5. ชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมใน การส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
6. ทุกหน่วยงานในชุมชนเข้ามา มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ คนพิการ	1	1	1	1	1	1
7. มีบุคลากรภาครัฐสนับสนุน การดูแลคนพิการในชุมชน	1	1	1	1	1	1
8. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การสนับสนุนกิจกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1



ตารางการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และให้ค่า Index of Item – Objective  
Congruence (IOC)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 18 ข้อ

คำถาม	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
1. ชุมชนมีคณะกรรมการหรือ คณะทำงานที่สนับสนุนและเอื้อ ต่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
2. คณะกรรมการหรือ คณะทำงานในชุมชนมีความเข้าใจ สิทธิประโยชน์คนพิการเพื่อการ ส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
3. คณะกรรมการหรือ คณะทำงานในชุมชนมีความเข้าใจ บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพคน พิการ	1	1	1	1	1	1
4. บทบาทของคณะกรรมการ หรือคณะทำงานในชุมชนมีผลต่อ การส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	0	1	1	0.8
5. คนในชุมชนมีส่วนร่วมและ สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
6. มีบุคลากรภาครัฐเป็นผู้เกี่ยวข้อง คอยให้คำปรึกษาในการส่งเสริม สุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
7. มีหน่วยงานในชุมชนช่วยเหลือ และมีบทบาทร่วมในการส่งเสริม สุขภาพคนพิการ	1	1	0	1	1	0.8
8. มีงบประมาณสนับสนุน กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคน พิการอย่างพอเพียง	1	1	1	1	1	1



คำถาม	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
9. ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดหางบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
10. ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
11. มีงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
12. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงาน/องค์กรอื่นนอกชุมชนในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
13. มีวัสดุ/อุปกรณ์ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพคนพิการอย่าง	1	1	1	1	1	1
15. มีการแสวงหาวัสดุ/อุปกรณ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการจากหน่วยงาน/องค์กรอื่น	1	1	1	1	1	1
16. มีข้อมูลคนพิการในชุมชนและใช้วางแผนในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชน	1	1	1	1	1	1
17. มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
18. มีหน่วยงานภาครัฐ/ภาคเอกชนสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1



ตารางการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และให้ค่า Index of Concordance (IOC)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านกระบวนการ จำนวน 9 ข้อ

คำถาม	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
1. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ชัดเจน	1	1	1	1	1	1
2. กรรมการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนมีความเข้าใจในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
3. แผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมาจากสภาพปัญหาที่แท้จริง และสอดคล้องกับความต้องการคนพิการ	1	1	1	1	1	1
4. เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
5. กิจกรรมในแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมีความชัดเจนและดำเนินการง่าย	1	1	1	1	1	1
6. มีกระบวนการคัดเลือกคนพิการหรือการพิจารณากิจกรรมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ชัดเจน	1	1	1	1	1	1
7. มีการปฏิบัติตามแผนอย่างเป็นรูปธรรมเกิดผลต่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชน	1	1	1	1	1	1





คำถาม	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
8. มีระบบการติดต่อประสานงานกับองค์กรภาครัฐ/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ชัดเจน	1	1	1	1	1	1
9. มีการติดตามผลการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพคนพิการอย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1	1	1

ตารางการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และให้ค่า Index of Item – Objective Congruence (IOC)

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านผลลัพธ์ จำนวน 10 ข้อ

คำถาม	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
1. มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม	1	1	1	1	1	1
2. แผนปฏิบัติการมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการมากขึ้น	1	1	1	1	1	1
3. คณะกรรมการหรือคณะทำงานในชุมชนมีบทบาทมากขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1
4. ชุมชนมีบทบาทมากขึ้นต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ	1	1	1	1	1	1



คำถาม	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมากขึ้น	1	1	1	1	1	1
6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเพิ่มขึ้น	1	1	1	1	1	1
7. ภาครัฐช่วยให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเพิ่มขึ้น	1	1	1	1	1	1
8. คนพิการได้รับผลจากการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเพิ่มขึ้น	1	1	1	1	1	1
9. มีกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเพิ่มขึ้น	1	1	1	1	1	1
10. คนพิการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายมากขึ้น	1	1	1	1	1	1



## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ค่านับบริบทชุมชน	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับบริบทชุมชน	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับบริบทชุมชน	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับบริบทชุมชน	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับบริบทชุมชน	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับบริบทชุมชน	45.87	6.947	.117	.814
ค่านับบริบทชุมชน	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับบริบทชุมชน	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.50	5.155	.768	.778
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.70	6.769	.096	.826
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.80	5.890	.690	.786
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.73	5.375	.863	.772
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.73	5.375	.863	.772
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.67	5.126	.903	.767
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.73	5.651	.699	.784
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับปัจจัยนำเข้า	45.73	5.375	.863	.772
ค่านับกระบวนการ	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับกระบวนการ	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับกระบวนการ	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับกระบวนการ	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับกระบวนการ	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับกระบวนการ	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับกระบวนการ	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับกระบวนการ	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับกระบวนการ	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับผลลัพธ์	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับผลลัพธ์	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับผลลัพธ์	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับผลลัพธ์	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับผลลัพธ์	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับผลลัพธ์	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับผลลัพธ์	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับผลลัพธ์	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับผลลัพธ์	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับผลลัพธ์	45.93	7.168	.000	.811
ค่านับผลลัพธ์	45.93	7.168	.000	.811



**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.811	45



ภาคผนวก ข  
หนังสือขอความร่วมมือทดลองใช้เครื่องมือ



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/๗ ๕๑๕๐



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๘ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๓ บ้านหนองนาง ตำบลหนองนาง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ด้วย นายสุรียัน นันทา นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว และ ดร.กฤษณ์ ขุนสิก เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า หมู่ที่ ๓ บ้านหนองนาง ตำบลหนองนาง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีความเหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ในการนี้ ใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้ นายสุรียัน นันทา ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัยกับกลุ่มเป้าหมาย(ผู้พิการ กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน และบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง) เพื่อที่นิตินิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรุวรรณ เจริญโบล)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์  
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๖ ๕๖๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๖๑ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๘ บ้านสุวรรณภูมิ ตำบลหนองนาง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ด้วย นายสุรียัน นันทา นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.กฤษณ์ ขุนสิก เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า หมู่ที่ ๘ บ้านสุวรรณภูมิ ตำบลหนองนาง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีความเหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ในการนี้ ใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้ นายสุรียัน นันทา ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัยกับกลุ่มเป้าหมาย(ผู้พิการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง) เพื่อที่นิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิรุวรรณ เจริญโบลี่)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์  
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย





เครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัยหมายเลข 1
------------------------------------

แบบสัมภาษณ์เลขที่.....

**แบบสัมภาษณ์งานวิจัยเรื่อง**  
**การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน**  
**ตำบลโพนสา อำเภอกำแพง จังหวัดหนองคาย**

เรียน ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่าน

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลโพนสา อำเภอกำแพง จังหวัดหนองคาย มีเป้าหมายเพื่อสัมภาษณ์คนพิการในพื้นที่ทำการวิจัย เป็นข้อมูลนำเข้าก่อนการวิจัย ขอให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อนำผลที่ได้มาเป็นข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ตำบลโพนสา อำเภอกำแพง จังหวัดหนองคาย ต่อไป

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูล 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของคนพิการ จำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคนพิการ จำนวน 24 ข้อ

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้และขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

สุรียัน นันทา

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
 โทร 08-9622-3554



**ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของคนพิการ จำนวน 14 ข้อ**

**คำชี้แจง :** โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน  และบันทึกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุดในช่วงว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (นับอายุเต็มบริบูรณ์)
3. สถานภาพสมรส
  1. โสด 2. คู่
  3. หม้าย 4. หย่า แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
  1. ไม่ได้ศึกษา 2. ประถมศึกษา
  3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
  5. อนุปริญญา/ปวส. 6. ปริญญาตรี
  7. อื่นๆ ระบุ .....
5. อาชีพ
  1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ
  3. เกษตรกรรม 4. ค้าขาย
  5. พนักงาน/ลูกจ้าง 6. รับจ้างทั่วไป
  7. อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย.....บาท/เดือน
  1. ไม่เพียงพอ 2. เพียงพอ 3. เหลือเก็บ
7. สถานะภาพในครอบครัวก่อนเกิดความพิการ
  1. หัวหน้าครอบครัว 2. ผู้อาศัย
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
9. ผู้ดูแล คือ.....
10. สถานภาพหรือการดำรงตำแหน่งในชุมชน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
  1. กรรมการหมู่บ้าน 2. อสม.
  3. สมาชิกเทศบาล/อบต. 4. อื่นๆ
 (ระบุ).....
11. สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการ
  1. พิการแต่กำเนิด 2. พิการจากโรคและความเจ็บป่วย
  3. อุบัติเหตุ 4. ไม่ทราบสาเหตุ
  5. อื่นๆ (ระบุ).....



## 12. ลักษณะของความพิการ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

## 13. การขึ้นทะเบียนคนพิการ

- 1. ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการแล้ว
- 2. ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการ

## 14. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มพิการจนถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน

**ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 8 ข้อ**

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน  และบันทึกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด

## 1. การเคลื่อนย้ายตนเอง (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 1. ช่วยเหลือตัวเองได้
- 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือเช่น มีราวช่วย มีเชือกให้ดึง).....
- 3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....

## 2. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

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

## 3. การใช้ห้องส้วมถ่ายปัสสาวะ ถ่ายอุจจาระ

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

## 4. การทำความสะอาดร่างกาย (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด)

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

## 5. การแต่งตัว (การสวมใส่เสื้อผ้า)

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



## 6. การอาบน้ำด้วยตนเอง

1. ช่วยเหลือตัวเองได้
2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....

## 7. การขึ้น-ลงบันได

1. ช่วยเหลือตัวเองได้
2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....

## 8. การเดินบนพื้นราบ/การใช้รถเข็นนั่ง (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

1. ช่วยเหลือตัวเองได้
2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (ระบุความช่วยเหลือ).....
3. ให้ผู้อื่นทำให้ทั้งหมด (ระบุความช่วยเหลือ).....

**ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคนพิการ จำนวน 24 ข้อ**

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง และบันทึกคำตอบที่ตรงกับความต้องการของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด

**ด้านการแพทย์**

## 1. การกายภาพบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

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

## 2. การเสริมทักษะการเรียนรู้ตั้งแต่เกิดความพิการหรือพบความพิการ

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

## 3. การได้รับกายอุปกรณ์คนพิการ เช่น รถโยก รถเข็น

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

**ด้านการศึกษา**

## 4. ทุนการศึกษา

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

## 5. โควตาเข้าเรียนต่อ

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. การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม เช่น ประชุม ประชาคม

□1. ได้รับ ระบุ.....

□2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

10. การยอมรับและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการเมือง เช่น การแข่งขันกีฬา การไปใช้สิทธิเลือกตั้ง

□1. ได้รับ ระบุ.....

□2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

**ด้านสวัสดิการสังคม**

11. เบี้ยยังชีพคนพิการ

□1. ได้รับ ระบุ.....

□2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

12. มีผู้ช่วยคนพิการดูแล

□1. มี ระบุ.....

□2. ไม่มี เพราะ.....

13. ได้รับโอกาสให้ได้ใช้ล่ามภาษามือในการสื่อสาร

□1. ได้รับ ระบุ.....

□2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

**ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร**

14. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการ และอื่นๆ

□1. ได้รับ ระบุ.....

□2. ไม่ได้รับ เพราะ.....



**ด้านอาชีพและการมีงานทำ**

15. การรับเข้าเป็นพนักงาน/ลูกจ้างของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

16. การฝึกอาชีพ

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

17. ฝึกอาชีพระยะยาว (ตามโครงการสร้างชีวิตใหม่)

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

**ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก**

18. การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

19. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกหรือช่องทางพิเศษในการเข้าถึงกิจกรรมทางสังคม

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

**ด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะ**

20. การมีบทบาทในโครงการ/กิจกรรมของภาครัฐในระดับพื้นที่ เช่นการประชุม อบรม การแสดง  
ความเห็น โครงการของรัฐในระดับพื้นที่

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

**ด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย**

21. คำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องกฎหมายและสิทธิที่เกี่ยวข้อง

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

**ด้านขจัดการเลือกปฏิบัติ**

22. การถูกล่วงละเมิดและแสวงหาผลประโยชน์จากคนพิการ

1. มี ระบุ.....

2. ไม่มี เพราะ.....

23. ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแลคนพิการ

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....

24. ได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว

1. ได้รับ ระบุ.....

2. ไม่ได้รับ เพราะ.....



เครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัยหมายเลข 2
------------------------------------

แบบสัมภาษณ์เลขที่.....

**แบบสัมภาษณ์งานวิจัยเรื่อง**  
**การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน**  
**ตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย”**

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้เป็นเครื่องมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกระบวนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ เพื่อสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ คนพิการ ผู้นำชุมชน และบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้องมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ 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

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความกรุณาในการให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

สุรียัน นันทา

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
 โทร. 08-9622-3554



### ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

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

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

คำชี้แจง ส่วนที่ 2-5 โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง  และบันทึกคำตอบให้ตรงกับความเห็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง มีความเห็นตรงกับข้อความนั้นทั้งหมด

ไม่แน่ใจ หมายถึง มีความเห็นตรงหรือไม่ตรงกับข้อความนั้นบางส่วน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง มีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นทั้งหมด

### ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านบริบทชุมชน

1. ผู้นำในชุมชนมีความใส่ใจต่อปัญหาสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ  ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

2. ผู้นำชุมชนมีบทบาทเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ  ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

3. ชุมชนมีความสนใจต่อปัญหาสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ  ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....





4. ในชุมชนมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

5. ชุมชนเข้ามามีบทบาทพร้อมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

6. ทุกหน่วยงานในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

7. มีบุคลากรภาครัฐสนับสนุนการดูแลคนพิการในชุมชน

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

8. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

### ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า

1. ชุมชนมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

2. คณะกรรมการหรือคณะทำงานในชุมชนมีความเข้าใจสิทธิประโยชน์คนพิการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

3. คณะกรรมการหรือคณะทำงานในชุมชนมีความเข้าใจบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

4. บทบาทของคณะกรรมการหรือคณะทำงานในชุมชนมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

5. คนในชุมชนมีส่วนร่วมและสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

6. มีบุคลากรภาครัฐเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....



7. มีหน่วยงานในชุมชนช่วยเหลือและมีบทบาทร่วมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

8. มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการอย่างพอเพียง

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

9. ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดหางบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

10. ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

11. มีงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

12. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงาน/องค์กรอื่นนอกชุมชนในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

13. มีวัสดุ/อุปกรณ์ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพคนพิการอย่างพอเพียง

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

14. มีการประยุกต์ใช้วัสดุ/อุปกรณ์ที่มีในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

15. มีการแสวงหาวัสดุ/อุปกรณ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการจากหน่วยงาน/องค์กรอื่น

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

16. มีข้อมูลคนพิการในชุมชนและใช้วางแผนในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชน

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

17. มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....



18. มีหน่วยงานภาครัฐ/ภาคเอกชนสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

#### ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านกระบวนการ

1. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ชัดเจน

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

2. กรรมการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนมีความเข้าใจในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

3. แผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมาจากสภาพปัญหาที่แท้จริง และสอดคล้องกับความต้องการคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

4. เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

5. กิจกรรมในแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมีความชัดเจนและดำเนินการง่าย

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

6. มีกระบวนการคัดเลือกคนพิการหรือการพิจารณากิจกรรมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ชัดเจน

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

7. มีการปฏิบัติตามแผนอย่างเป็นรูปธรรมเกิดผลต่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชน

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

8. มีระบบการติดต่อประสานงานกับองค์กรภาครัฐ/ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการที่ชัดเจน

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

9. มีการติดตามผลการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพคนพิการอย่างต่อเนื่อง

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....



### ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านผลลัพธ์

1. มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการในชุมชนที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของคนพิการ มากขึ้น

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

3. คณะกรรมการหรือคณะทำงานในชุมชนมีบทบาทมากขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

4. ชุมชนมีบทบาทมากขึ้นต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพคนพิการมากขึ้น

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเพิ่มขึ้น

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

7. ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเพิ่มขึ้น

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

8. คนพิการได้รับผลจากการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเพิ่มขึ้น

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

9. มีกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพคนพิการเพิ่มขึ้น

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....

10. คนพิการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายมากขึ้น

- เห็นด้วย                       ไม่แน่ใจ                       ไม่เห็นด้วย

เหตุผลเพราะ.....



**แบบบันทึกกิจกรรมการวิจัย**  
**เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม**  
**ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย”**

คำชี้แจง เป็นการบันทึกจากการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

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. การชักชวนหรือชี้แนะเพื่อให้กลุ่มดำเนินกิจกรรม

.....

8. บันทึกเพิ่มเติม (ผลของกิจกรรม)

.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)

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



เครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัยหมายเลข 4
------------------------------------

แบบสัมภาษณ์เลขที่.....

**แบบบันทึกภาคสนามสำหรับการวิจัยเรื่อง  
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน  
ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย**

**คำชี้แจง**

แบบบันทึกภาคสนามนี้เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตาม  
สิทธิประโยชน์คนพิการใน พ.ร.บ.การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 หลังการ  
ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการในวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการ  
มีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย” เพื่อสัมภาษณ์คนพิการในพื้นที่วิจัย  
ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กิจกรรม.....

ชื่อผู้สังเกต.....

สถานที่.....

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



### ลักษณะทางประชากรของคนพิการ

1. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
  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. ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ      3. เกษตรกรรม
    - 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. การเคลื่อนไหว
    - 3. พิกัดทางจิต พฤติกรรม หรือออทิสติก      4. ความพิการทางสมอง /สติปัญญา
    - 5. พิกัดทางการเรียนรู้      6. การสื่อสาร (หูหนวก เป็นใบ้)
  7. สาเหตุความพิการ.....
  8. ระยะเวลาความพิการ.....ปี
  9. ผู้ดูแล.....
- มีความสัมพันธ์ เป็น      1. พ่อ/แม่      2. คู่สมรส      3. บุตร
4. พี่น้อง      5. ผู้อุปการะ/เครือญาติ



แบบบันทึกผลที่ได้รับตามสิทธิประโยชน์คนพิการตาม พ.ร.บ.การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ที่เกิดขึ้นหลังการดำเนินกิจกรรมวิจัย เรื่อง“การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพธิ์สนา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย”

กิจกรรม	ผลที่เกิดขึ้น		
	ได้รับ	ไม่ได้ รับ	ระบุสิ่งที่เปลี่ยนแปลงหรือ เหตุผลอื่นประกอบ
<b>สิทธิด้านการแพทย์</b>			
- ได้รับสิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย			
- ได้รับการเสริมทักษะการเรียนรู้ตั้งแต่แรกเกิด ความพิการหรือพบความพิการ			
- ได้รับกายอุปกรณ์คนพิการ เช่น รถโยก รถเข็น			
<b>สิทธิด้านการศึกษา</b>			
- ได้รับทุนการศึกษา			
- ได้รับโอกาสเข้าศึกษาหลักสูตรเกี่ยวกับการสร้างและปรับสภาพแวดล้อม หรือหลักสูตรอย่างอื่น			
<b>สิทธิด้านผู้ดูแลคนพิการ</b>			
- ผู้ดูแลคนพิการได้รับการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือคนพิการ			
- ผู้ดูแลคนพิการได้รับการส่งเสริมอาชีพเพื่อเสริมรายได้ที่พอเพียงต่อการดำรงชีพ			
- ผู้ดูแลคนพิการได้รับการลดหย่อนภาษี			
<b>สิทธิด้านสวัสดิการสังคม</b>			
- การได้รับเบี้ยคนพิการ			
- การได้รับผู้ช่วยคนพิการดูแล			
- การได้รับโอกาสที่จะอยู่ในสถานสงเคราะห์			
- การได้รับโอกาสให้ได้ใช้ล่ามภาษามือในการสื่อสาร			
<b>สิทธิด้านการมีส่วนร่วม</b>			
- การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทางสังคม เช่น การเป็นคณะกรรมการต่างๆ ในชุมชน			





กิจกรรม	ผลที่เกิดขึ้น		
	ได้รับ	ไม่ได้ รับ	ระบุสิ่งที่เปลี่ยนแปลงหรือ เหตุผลอื่นประกอบ
<b>สิทธิด้านการมีส่วนร่วม</b>			
- การยอมรับและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและ การเมือง เช่น การแข่งขันกีฬา การท่องเที่ยว การ ประชุม การไปใช้สิทธิเลือกตั้ง			
<b>สิทธิด้านสวัสดิการสังคม</b>			
-การได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ			
-การมีผู้ดูแลคนพิการ			
-การได้รับโอกาสให้ได้ใช้ล่ามภาษามือในการสื่อสาร			
<b>สิทธิด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร</b>			
- การรับรู้ข่าวสารด้านสิทธิ ผลประโยชน์คนพิการอย่าง สม่ำเสมอ			
<b>สิทธิด้านอาชีพและการมีงานทำ</b>			
- การได้รับโอกาสหรือไม่ถูกกีดกันการรับเข้าเป็น พนักงาน/ลูกจ้างของรัฐและเอกชน			
- ได้รับการฝึกอาชีพตามศักยภาพและความต้องการ			
- ได้รับโอกาสฝึกอาชีพระยะยาว (ตามโครงการสร้าง ชีวิตใหม่)			
<b>สิทธิด้านสิ่งแวดล้อมและความสะอาด</b>			
- การได้รับความสะอาดจากการปรับปรุงสภาพ แวดล้อมอาศัยในการดำรงชีวิต เช่น ทางลาด ราวเกาะ			
- การได้รับอำนวยความสะดวกจากการปรับปรุง สภาพแวดล้อมหรือช่องทางพิเศษในการเข้าถึงบริการ ภาครัฐและกิจกรรมทางสังคม			
<b>สิทธิด้านการเข้าถึงกิจการสาธารณะ</b>			
- การเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมต่างๆของภาครัฐใน ระดับพื้นที่ เช่น ประชุม ประชาคม			



กิจกรรม	ผลที่เกิดขึ้น		
	ได้รับ	ไม่ได้ รับ	ระบุสิ่งที่เปลี่ยนแปลงหรือ เหตุผลอื่นประกอบ
<b>สิทธิด้านการช่วยเหลือทางกฎหมาย</b>			
- การได้รับคำแนะนำปรึกษา/ความรู้เรื่องกฎหมายและสิทธิที่เกี่ยวข้อง			
<b>สิทธิด้านบริหารจัดการเลือกปฏิบัติ</b>			
- การไม่ถูกล่วงละเมิดและแสวงหาผลประโยชน์จากคนพิการ			
- การได้รับคำแนะนำความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่คนในครอบครัวในการดูแลคนพิการ			
- การได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาคของคนในครอบครัวในการดูแลคนพิการ			

บันทึกผลอื่นๆ เพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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



ภาคผนวก ง  
รูปภาพการดำเนินงานกิจกรรม



การประชุมวิเคราะห์สภาพปัญหา ศึกษาบริบทชุมชน การจัดทำแผนปฏิบัติการ วิเคราะห์ปัญหาและ  
ความต้องการของคนพิการโดยกระบวนการกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน



โครงการออกเยี่ยมบ้านคนพิการ จัดหาของเยี่ยม โดยภาคีเครือข่ายในชุมชน  
เจ้าหน้าที่ทหารที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต.โพนสา



โครงการออกเยี่ยมบ้านคนพิการ จัดหาของเยี่ยม โดยภาคีเครือข่ายในชุมชน  
เจ้าหน้าที่ทหารที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต.โพนสา



โครงการออกเยี่ยมบ้านคนพิการ จัดหาของเยี่ยม โดยภาคีเครือข่ายในชุมชน  
เจ้าหน้าที่ทหารที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต.โพนสา



อบรมโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ความรู้เรื่องสิทธิ  
คนพิการตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550





อบรมโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ความรู้เรื่องสิทธิ  
คนพิการตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550



ประวัติย่อผู้วิจัย



## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นายสุริยัน นันทา
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2515
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2527 ประถมศึกษา โรงเรียนบ้านไคสี ตำบลไคสี อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ พ.ศ. 2530 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบึงกาฬ อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ พ.ศ. 2533 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบึงกาฬ อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ พ.ศ. 2537 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรภาคกลาง จังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2541 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาบริหารการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2558 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 101 หมู่ที่ 1 ตำบลบ้านถ่อน อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย 43110

