

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาในผู้พิการ*

Health Promotion Model by the Community Participation: Case Study of People with Disabilities

ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี** ส.ด. Tatirat Tachasuksri, Dr.PH.

ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์*** ส.ด. Siriyupa Sananreangsak, Dr.PH.

อรวรรณ กุลจีรัง**** พย.ม. Orawan Kuljeerung, M.N.S.

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในชุมชนต้นแบบ ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 12 คน ประกอบด้วยพยาบาล แกนนำชุมชน และผู้พิการที่เกี่ยวข้องกับการบริการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ประกอบด้วยศักยภาพและความพร้อมของแกนนำชุมชน ระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งในชุมชน และนโยบายเพื่อสุขภาพของผู้พิการ 2) กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินสถานการณ์และวางแผนการดำเนินงาน (2) การดำเนินงานโดยการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน ผู้พิการ และครอบครัว การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อสุขภาพของผู้พิการ (3) การสรุปผลและขยายเครือข่ายการดำเนินงาน 3) ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน คือ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้พิการและความเข้มแข็งของชุมชน ผลการศึกษาที่ได้นี้สามารถนำไป

ใช้เป็นแนวทางแก่พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญที่ทำให้รูปแบบดังกล่าวเป็นไปได้จริงและยั่งยืน คือ ความร่วมมือระหว่างผู้พิการและครอบครัว ภาควิเคราะห์ในชุมชน รวมทั้งบุคลากรทางการสาธารณสุข

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้พิการ

Abstract

The purpose of this qualitative study is to study the health promotion model by the community participation for people with disabilities in the community model. The twelve participants consisted of nurses, community leaders, and disable people who participated in the health promotion services for disable people. The data were collected by in-depth interviews and related-document analysis. Content analysis was performed to analyze the data. The results revealed that the health promotion model by the community participation for disable people was consisted of three components. First, the success

* ทูสนับสนุนการวิจัยจากสำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสภาการพยาบาล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

factors were consisted of the potential and readiness of community leaders, the strong support system in the community, and the health policy for people with disabilities. Second, the development process of the health promotion model by the community participation for persons with disabilities were consisted of three steps, which were the situation analysis and planning, implementations by developing the potential of community leaders, disable people and their families, creating health services and changing health environment for disable people, and conclusion and learning network expansion. Finally, the output and outcome of the implementations were quality of disable people's lives and community strength. The findings of this study can be the guidelines for nurses and other healthcare providers in developing the health promotion model for people with disabilities that is suitable for each community. The key success factors to make the model possible and sustainable were derived from the collaboration between disable people and their families, community networks, and health care providers.

Keywords: Health promotion, community participation, people with disabilities

ความสำคัญของปัญหา

ผู้พิการเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งในสังคมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกประเทศ จากการสำรวจสุขภาพของบุคคลทั่วโลก พบว่า มีจำนวนผู้พิการประมาณร้อยละ 15.6 ของประชากรทั้งหมด (World Health Organization, 2011) สำหรับประเทศไทย จากฐานข้อมูลทะเบียนกลางของผู้พิการ ณ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2558 พบว่า มีจำนวนผู้พิการประมาณ 1.6 ล้านราย (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2558) จากความพิการที่เป็นอยู่และสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้ผู้พิการมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การศึกษา

และการทำงาน ส่งผลให้ผู้พิการส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 ไม่มีงานทำ (Bureau of Labor Statistics, 2014) และที่สำคัญผู้พิการส่วนใหญ่ยังมีปัญหาด้านสุขภาพอีกด้วย จึงมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งปัญหาเหล่านี้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ อาจทวีความรุนแรงเป็นปัญหาของครอบครัวและสังคมต่อไปในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้พิการแต่ละรายมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันตามลักษณะของความพิการที่เกิดขึ้น เช่น ผู้พิการทางกายจะมีระดับความสามารถในการดูแลหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยกว่าปกติ และบางรายอาจช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2557) แต่ส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางด้านจิตสังคม เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์ (Taleporos & McCabe, 2002; Taub, Fanflik, & McLorg, 2003) การปรับตัวและการยอมรับความพิการที่เกิดขึ้น (Bishop, 2005) ความรู้สึกไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม (ศิรินาถ ตงศิริ, 2556) การสูญเสียบทบาทในครอบครัวและสังคม (พชรพร สุวิชาติชู ฐานดา เกียรติเกาะ สุรีพร ควรคำนวณ อุทุมพร วชิรพันธ์สกุล และสุพิชฌาย์ วิจิโต, 2553) ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และหมดหวังในชีวิต (Bogart, 2014) นอกจากนี้ ผู้พิการและครอบครัวส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ จึงทอดทิ้งผู้พิการทำให้ส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติที่ต้องเสียงบประมาณในการดูแลผู้พิการที่ถูกทอดทิ้ง และที่สำคัญที่สุด คือ การสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่เป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาประเทศ ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวสามารถแก้ได้ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้พิการมีสุขภาพแข็งแรงและอยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างปกติสุข

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพและเพิ่มความสามารถในการพัฒนาสุขภาพของผู้พิการ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปในสังคม ซึ่งตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้กำหนดการดำเนินงานที่ประกอบด้วย การสร้างเสริมกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน คือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (health promotion

policy) การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อสุขภาพ (create health environment) การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน (community strengthen) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (re-oriented health service) และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (personal skill) (World Health Organization, 2009) ดังนั้น การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการจะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วนในชุมชน โดยเฉพาะจากผู้พิการ ครอบครัว และชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย ว่าช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน (Merzel & D'Afflitti, 2003) โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้พิการ ครอบครัว บุคคลในชุมชน องค์กรทางด้านสุขภาพ การศึกษา สังคม และการบริการอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน (ILO, UNESCO, & WHO, 2004) โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้พิการ ตั้งแต่การค้นหาปัญหาหรือความต้องการ การวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อให้ผู้พิการมีโอกาสเท่าเทียมกันกับบุคคลอื่นๆ และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมได้ สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการโดยชุมชน (community based rehabilitation)

ปัจจุบัน สถานพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการ (บำเพ็ญพงศ์เพชรดี, 2557; พชรพร สุวิชาเชิดชู และคณะ, 2553; ศิริณาด ตงศิริ, 2556) โดยเฉพาะสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งจะมีการเชื่อมต่อการให้บริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพกับระบบเครือข่ายในชุมชน (พิมพ์วรรณ เรืองพุทธ และวรัญญา จิตรบรรทัด, 2556; รัชณี สรรเสริญ เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ วรรณรัตน์ ลาวัง ยุวดี รอดจากภัยรจนา ปุณโณทก และชุตินา ฉันทมิตรโอภาส, 2553; Cheausuwantavee, 2005) ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการโดยชุมชน

มีส่วนร่วมในชุมชนต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ เป็นการพัฒนางานที่เริ่มต้นจากพยาบาล และมีการดำเนินงานโดยชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จนกระทั่งปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายในการดำเนินงาน คือ เพื่อให้ผู้พิการในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้สนใจในการประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการในพื้นที่ที่ศึกษา ประกอบด้วยพยาบาล แกนนำชุมชน และผู้พิการ 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 12 คน ประกอบด้วย พยาบาล 3 คน แกนนำชุมชน 6 คน และผู้พิการ 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คณะผู้วิจัย เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพในกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การวิเคราะห์เอกสาร การสรุปใจความสำคัญ และการวิเคราะห์ข้อมูล
2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก พัฒนาโดยคณะทำงานประสานงานโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยอาจารย์จากสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างๆ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยคณะกรรมการบริหารโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิอาวุโสทางการพยาบาลและสาธารณสุข พิจารณาความตรงตามโครงสร้างและเนื้อหา ตลอดจนความเป็นปรนัยของประเด็นคำถาม ตัวอย่างคำถามหลัก ได้แก่ ขอให้เล่าเกี่ยวกับความเป็นมาและขั้นตอนการดำเนินงานเสริมสร้าง

สุขภาพแก่ผู้พิการ มีปัจจัยอะไรบ้างที่สนับสนุนให้การดำเนินงานสำเร็จผล ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานมีอะไรบ้าง เป็นต้น ร่วมกับการใช้คำถามกระตุ้นให้มีการขยายความ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าต่อ เช่น ทำอย่างไรต่อ และมีอะไรเพิ่มเติมอีก เป็นต้น

3. แบบวิเคราะห์เอกสาร พัฒนาโดยคณะทำงานประสานงานโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยคณะกรรมการบริหารโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ที่มาและเส้นทางการพัฒนา วิธีการดำเนินงาน และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน

4. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาในการทำงาน และระยะเวลาที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

5. อุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กระดาษ และเครื่องเขียนสำหรับกรบันทึกข้อมูลสำคัญที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น สภาพแวดล้อม กิริยาท่าทางของผู้ถูกสัมภาษณ์ ความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองภายใต้โครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสภาการพยาบาล และโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพพื้นที่ภาคตะวันออก จากมหาวิทยาลัยบูรพา ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดการวิจัย และชี้แจงว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ และจะนำมาทำลายภายหลังจากผลการวิจัยเผยแพร่แล้ว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และ

ผู้อำนวยการสถานบริการพยาบาล คณะผู้วิจัยพบพยาบาลต้นเรื่อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเป็นผู้ให้ข้อมูล และดำเนินการศึกษาเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการ ได้แก่ รายงานสรุปการจัดโครงการ สื่อการนำเสนอ บันทึกการดูแลผู้พิการ และภาพกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ พร้อมทั้งขอความช่วยเหลือในการติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่ได้รับการติดต่อ ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลทุกคน โดยคณะผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่ สำหรับการสัมภาษณ์ตามที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ เช่น บ้านพัก สถานที่ทำงาน เป็นต้น และไปพบผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยใช้คำถามปลายเปิด และพูดคุยแบบไม่เป็นทางการตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ลึกซึ้ง และอึดตัวในประเด็นที่ต้องการศึกษา การสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 50-90 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจับประเด็น จดบันทึกข้อมูลสั้นๆ และบันทึกเทปการสนทนา พร้อมทั้งสังเกตปฏิกิริยา ท่าทาง และอารมณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออก เมื่อสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง ภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในประเด็นที่ไม่ชัดเจน และการสัมภาษณ์ยุติลง เมื่อข้อมูลมีประเด็นซ้ำๆ กัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการสรุปประเด็น (thematic analysis) โดยเริ่มจากการกำหนดประเด็นในการวิเคราะห์ข้อมูล การจัดแยกเนื้อหาสาระที่มีความเหมือนและความแตกต่างกัน การสังเคราะห์ และการนำเสนอผลการสังเคราะห์ในแต่ละประเด็นในรูปแบบผังความคิดและการบรรยาย

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลและผลการศึกษาตามเกณฑ์ของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985)

ประกอบด้วย

1. ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือโดยการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานทั้งเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการและผู้รับบริการ ประกอบด้วยพยาบาล แกนนำชุมชน และผู้พิการ ร่วมกับการสังเกต การบันทึกเหตุการณ์สนทนาตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์ และการสรุปใจความสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเพิ่มเติมรายละเอียดที่ยังไม่ชัดเจน (member checking) รวมทั้งมีการวิเคราะห์เอกสารที่มีการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน

2. การถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) ในการสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยมีการบรรยายบริบทของสถานบริการและชุมชนที่ทำการศึกษา และมีการบรรยายวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นแนวทางและเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่น่างานวิจัยไปใช้อ้างอิงต่อไป

3. การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ผู้วิจัยมีการบันทึกเหตุการณ์สนทนาตลอดการสัมภาษณ์ มีการถอดเทปแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กัน เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหา ที่ได้จากการสัมภาษณ์และค้นหาความหมายที่ไม่ชัดเจน เพื่อนำไปถามเพิ่มเติม และผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบการตีความ รวมทั้งมีการเก็บรวบรวมเอกสารต่างๆ ในการวิจัยอย่างเป็นระเบียบ เช่น บทสัมภาษณ์ การเขียนบันทึกภาคสนาม และแบบบันทึกที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลประกอบในผลการศึกษานอกจากนี้ ผลการศึกษาบางส่วนได้นำเสนอในเวทีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนสู่บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ พื้นที่ภาคตะวันออก เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ตรวจสอบข้อค้นพบจากการศึกษา และให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

4. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่นได้ (dependability) ในทุกขั้นตอนของการศึกษา มีการดำเนินงานโดยคณะผู้วิจัย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการศึกษา เพื่อหลีกเลี่ยงการใส่ความรู้สึกของผู้วิจัยไปตีความเหตุการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. บริบทและสถานการณ์ของผู้พิการในพื้นที่ต้นแบบ

ศูนย์แพทย์ชุมชนเป็นหนึ่งในเครือข่ายของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในเขตจังหวัดชลบุรี มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน ให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ศูนย์แพทย์แห่งนี้มีบุคลากรประจำ จำนวน 7 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล จำนวน 2 คน มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลชุมชนที่มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งมีประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม และมีประชากรที่เป็นผู้พิการจำนวน 359 คน และเมื่อแบ่งตามประเภทของความพิการพบว่า มีจำนวนผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุด (ร้อยละ 52.1) รองลงมาเป็นด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ (ร้อยละ 20.1) ด้านการได้ยินและการสื่อความหมาย (ร้อยละ 12.5) ด้านการมองเห็น (ร้อยละ 9.5) และด้านจิตใจและพฤติกรรม (ร้อยละ 5.8) ตามลำดับ

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ประกอบด้วย

1) ศักยภาพและความพร้อมของแกนนำชุมชน

ลักษณะของแกนนำชุมชนที่แสดงถึงศักยภาพและความพร้อมในการดำเนินงาน ได้แก่ ความรู้ทักษะ ทักษะที่ดี ความเอื้ออาทร และจิตอาสาในการดูแลผู้พิการ

“ต้องรู้วิธีการก่อน ถ้าไม่รู้ไปช่วยเหลือเขา อาจทำให้เขาเจ็บมากขึ้นก็ได้” (แกนนำชุมชน 4)

“คนทำงานต้องใส่ใจ เข้าใจความรู้สึกของเขา ไม่ใช่แค่ทำตามบทบาทหน้าที่แต่มั่นใจซึ่งกันและกันว่าหน้าที่ที่มีจิตอาสา ใจสาธารณะ เข้ามาเพราะอยากทำ” (พยาบาล 1)

2) ระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งในชุมชน

ระบบสนับสนุนในการดำเนินงานที่เข้มแข็งของชุมชน ได้แก่ งบประมาณและอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งได้รับจากภาครัฐและประชาชน เช่น เทศบาล กองทุนเมตตาธรรม และศูนย์พระมหาไถ่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งจากภาคประชาชน เช่น แกนนำชุมชน และจิตอาสา และองค์กรภาครัฐ เช่น ทีมสุขภาพ ทีมจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

“ถ้าคน เงิน และสิ่งของไม่พร้อม การดำเนินงานก็จะไม่ราบรื่น トラบไตที่ยังมีการสนับสนุนงบประมาณ คนในชุมชนก็ยังสามารถขับเคลื่อนโครงการต่อไปได้” (พยาบาล 2)

“องค์กรหลักในการทำงาน คือ 1) คณะผู้บริหารของเทศบาล เช่น นายกเทศมนตรี อปท. ให้ ความสำคัญ 2) เจ้าหน้าที่ในศูนย์แพทย์นี้ ก็หมอ (พยาบาล) ที่ศูนย์แพทย์นี้เป็นหัวเรือใหญ่ หมอจะรู้ว่าใครชำนาญ ด้านไหน จะเอาใครลงพื้นที่บ้าง และ 3) ภาคประชาชน ไม่ใช่ผมคนเดียว เราทำเป็นทีม มีอสม. แกนนำผู้พิการ และจิตอาสา” (แกนนำชุมชน 2)

3) นโยบายเพื่อสุขภาพของผู้พิการ

การกำหนดนโยบายเพื่อสุขภาพของผู้พิการเป็นปัจจัยที่เป็นหลักประกันความมั่นคงในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการของชุมชน

“ถ้ายังมีนโยบายเกี่ยวกับคนพิการ บรรลุในแผนทุกปี เชื่อว่าการดำเนินงานจะยังคงอยู่ แต่ถ้าผู้บริหารในท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญ ก็จะไม่มีการดำเนินงานต่อ” (พยาบาล 3)

2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก คือ

2.2.1 การประเมินสถานการณ์และวางแผนการดำเนินงานโดยแกนนำชุมชน

เป็นขั้นตอนแรกในการดำเนินงาน โดยเริ่มจากการสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้พิการ

ในพื้นที่ การนำเสนอข้อมูล เพื่อให้ที่ประชุมเข้าใจ สถานการณ์ของผู้พิการในชุมชน การวิเคราะห์สาเหตุของ ปัญหาและแหล่งสนับสนุนในชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของ ปัญหา และการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อตอบสนอง ความต้องการของผู้พิการและครอบครัวที่เป็นไปได้จริง

“อสม.แต่ละพื้นที่จะลงไปคุยไป ถามว่าเขามีปัญหาอะไร ต้องการอะไร และเอาปัญหาเข้ามา ประชุมคัดเลือก วางแผนหาทางแก้ไข แล้วเสนอผู้บริหาร” (แกนนำชุมชน 1)

“ถ้าต้องการองค์ความรู้ทางสุขภาพ อันดับแรกนึกถึงหมอ (พยาบาล) ก่อน ถ้างบประมาณ ก็มี กองทุนหมู่บ้าน สปสช. และเทศบาล บางเรื่องต้องอาศัย คนพิการด้วยกัน เพราะทุกคนมีจุดเด่นที่แตกต่างกัน เช่น คนพิการที่เป็นช่างเชื่อม ก็จะช่วยอุปกรณ์ที่ชำรุด” (แกนนำชุมชน 2)

2.2.2 การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีดังนี้

1) การพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน

แกนนำชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานโดยการเตรียมความรู้และทักษะที่จำเป็น เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้พิการ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการจริง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับแกนนำชุมชนอื่นๆ ในเวทีแลกเปลี่ยนระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

“ในช่วงแรกๆ อสม.ยังไม่มีความรู้ในการดูแลคนพิการ หมอ (พยาบาล) ก็จัดอบรมให้ ทำให้ พวกเรามั่นใจที่จะดูแลช่วยเหลือคนพิการมากขึ้น” (แกนนำชุมชน 1)

2) การพัฒนาศักยภาพของผู้พิการและครอบครัว

ผู้พิการและครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองจากทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายสนับสนุน เช่น ศูนย์พระมหาไถ่ เพื่อพัฒนาผู้พิการ และได้รับการพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพตามความสามารถของผู้พิการ เช่น การทำดอกไม้จันทน์ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งนำไปสู่การจัดตั้งกลุ่มผู้พิการ เพื่อดูแลช่วยเหลือกันเอง

“เราต้องส่งเสริมให้เขาดูแลตัวเอง ได้ ช่วยแก้ปัญหาทางกาย ทางใจ และหาทางให้เขาเลี้ยงตัวเองให้ได้” (แกนนำชุมชน 5)

3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำหรับผู้พิการ

ศูนย์แพทย์ชุมชนได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการโดยได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและประชาชน เพื่อให้ผู้พิการได้เข้าถึงแหล่งประโยชน์และบริการสุขภาพ ได้แก่ เพิ่มช่องทางด่วนพิเศษในการรักษาพยาบาล จัดอบรมการดูแลสุขภาพแก่ผู้พิการและครอบครัว ให้เยี่ยมกายอุปกรณ์ฟรี และติดตามเยี่ยมบ้าน

“เราจะไปเยี่ยมบ้านร่วมกับแกนนำชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพทุกเดือน และทุก 1 ปี เราจะจัดอบรมเรื่องสุขภาพให้กับคนพิการและผู้ดูแล...ถ้าเขาป่วยมาโรงพยาบาล เรามีบริการช่องทางด่วนพิเศษให้กับเขา” (พยาบาล 1)

4) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อสุขภาพของผู้พิการ

การปรับเปลี่ยนสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและอำนวยความสะดวกในการรับบริการสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้พิการได้แก่ ทางลาดสำหรับขึ้นลงพร้อมราวจับ ที่จอดรถ ห้องน้ำ และการปรับสภาพบ้านให้เหมาะกับการดำเนินชีวิต เป็นต้น

“บางครั้งเราต้องช่วยจัดบ้าน จัดรอบๆ บ้านให้ บางบ้านเราจะช่วยเทพื้นบ้าน ทำราวจับให้คนพิการลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้สะดวก บางคนเดินทางไปไหนมาไหนลำบาก เรามีคนพิการที่มีความรู้เรื่องช่าง มาช่วยต่อรถมอเตอร์ไซด์พ่วงข้างให้ในราคาถูก” (แกนนำชุมชน 2)

2.2.3 การสรุปผลและขยายเครือข่ายการเรียนรู้

การสรุปผลการเรียนรู้ถูกจัดทำขึ้น

เพื่อทบทวนการดำเนินงาน ปรับเปลี่ยน และพัฒนาการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้พิการและครอบครัว รวมทั้งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า นอกจากนี้ ยังมีการขยายเครือข่ายการดำเนินงาน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็นแหล่งศึกษาดูขององค์กรภาครัฐและเอกชน

“เราทำโครงการมาอย่างต่อเนื่องทุกปี ตั้งแต่ ปี 2552 ปี 2556-2557 เราถอดบทเรียนจากเครือข่ายว่าตอบสนองความต้องการของคนพิการหรือไม่ ใช้ทรัพยากรคุ้มค่าหรือไม่ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับกลุ่มแกนนำและผู้สนใจ ทำให้เรามีผลงานนำเสนอเชิงประจักษ์ได้รับรางวัล ได้รับการติดต่อมาดูงานเราเยอะ เช่น โรงพยาบาล เทศบาล ชุมชน” (พยาบาล 1)

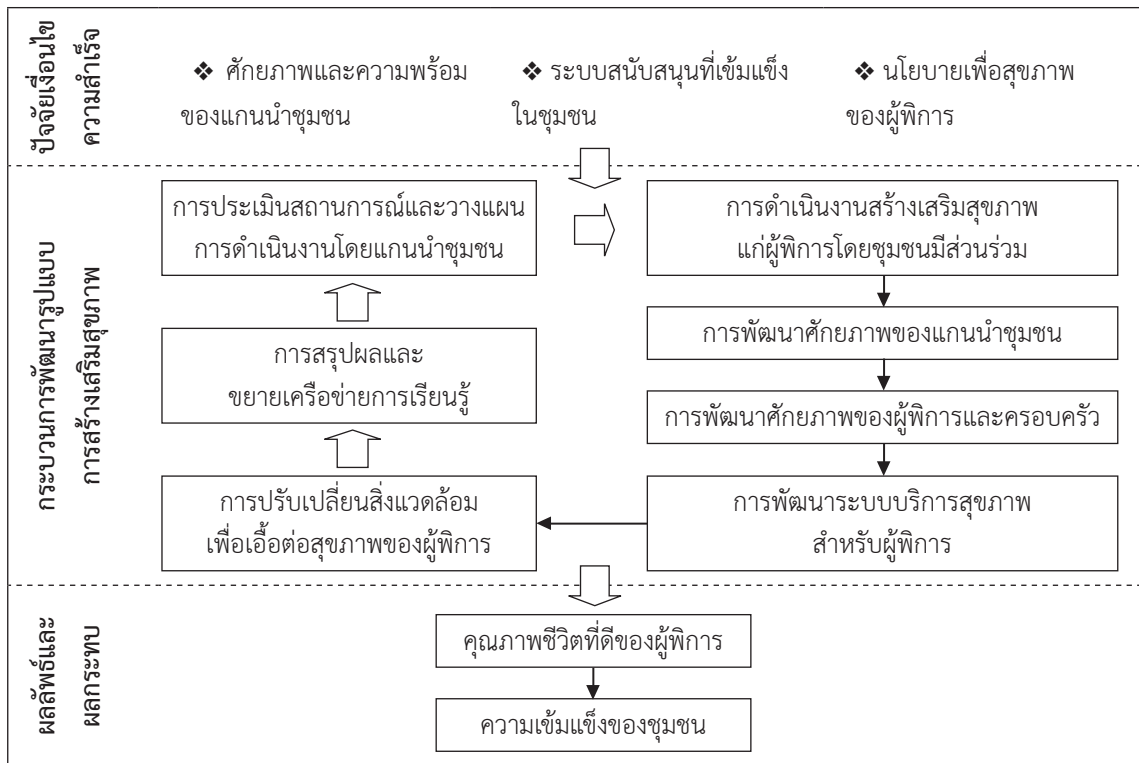
2.3 ผลลัพธ์และผลกระทบของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการ

จากการดำเนินงานส่งผลให้ผู้พิการและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและการประกอบอาชีพของผู้พิการในกลุ่มที่สามารถประกอบอาชีพได้ รวมทั้งยังเพิ่มความเข้มแข็งให้กับชุมชน เนื่องจากมีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดำเนินงานทั้งจากภาครัฐและเอกชน

“คุณภาพชีวิตดีขึ้นมาก จากคนพิการที่อยู่ติดบ้านให้แม่เลี้ยง ไม่กล้าออกไปไหน ไม่เคยใช้ชีวิตกับสังคมปกติ ทุกวันนี้ออกไปข้างนอก ซื้อมอเตอร์ไซด์ไปทำงานหาเลี้ยงตัวเองได้ รู้สึกภูมิใจที่ไม่ต้องเป็นภาระของครอบครัวและสังคม” (ผู้พิการ 2)

“บางคนได้งานในโรงงาน โรงพยาบาล มีอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ ความเป็นอยู่ก็ดีขึ้น ไม่เป็นภาระสังคมชุมชนก็ดีขึ้นด้วย เพราะมีเครือข่ายคอยดูแลช่วยเหลือกัน” (แกนนำชุมชน 1)

ดังนั้น รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมสามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม

3. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

จากการศึกษาสามารถสรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็น 2 ด้าน คือ ด้านการบริการ ประกอบด้วย 1) การดูแลผู้พิการอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว เนื่องจากมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวต้องทำงานหนัก ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล บางคนมีภาวะสุขภาพไม่ดี เห็น้อยล้าจากการทำงานและการดูแลผู้พิการ และมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความพิการ ได้แก่ คิดว่าทำไป ก็ไม่ช่วยให้ดีขึ้น เนื่องจากพิการไปแล้ว การอายุต่อสังคมที่สมาชิกในครอบครัวมีความพิการ มีผลให้ไม่ได้รับความร่วมมือในการดูแลผู้พิการอย่างต่อเนื่อง 2) ช่วงเวลาในการทำงานของราชการที่ไม่เอื้อต่อการให้บริการสุขภาพแก่ผู้พิการและครอบครัว เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ครอบครัวต้องไปทำงานเหมือนกัน 3) ภาระงานประจำในโรงพยาบาลที่มีมากขึ้น ทำให้บุคลากรสาธารณสุขไม่มีเวลาให้บริการเชิงรุกในชุมชน ส่วนด้านการบริหาร ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงนโยบายของผู้บริหารทั้งในระบบราชการและการเมืองท้องถิ่น ซึ่งมี

ผลโดยตรงต่อการดำเนินงานและการจัดสรรงบประมาณในการจัดบริการและกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้พิการ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรรอตตาวา (World Health Organization, 2009) โดยอาศัยปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ ศักยภาพและความพร้อมของแกนนำชุมชน ระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งในชุมชน และนโยบายเพื่อสุขภาพของผู้พิการ ส่วนองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพของผู้พิการ ครอบครัว และแกนนำชุมชน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้พิการ ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้พิการและความเข้มแข็งของชุมชนต่อไป

ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมประกอบด้วยศักยภาพและความพร้อมของแกนนำชุมชน และระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนถึงความร่วมมือและความเข้มแข็งของชุมชนในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุพัตรา ศรีวิรัชชากร และคณะ, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนที่ว่าสุขภาพไม่ใช่เรื่องของบุคคลคนเดียว แต่สุขภาพเกิดจากความช่วยเหลือ เกื้อกูล และเอื้ออาทรต่อกันและกันในชุมชน (อำพล จินดาวัฒนะ, 2553) ดังนั้น คนในชุมชนจำเป็นต้องมีการปรับตัว มีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง และสร้างเครือข่าย เพื่อให้พร้อมในการดูแลช่วยเหลือผู้พิการในขั้นดำเนินงานต่อไป สำหรับนโยบายเพื่อสุขภาพของผู้พิการ ในการศึกษานี้มีการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีการพัฒนาทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ในสังคมให้แก่ผู้พิการ เช่น การส่งเสริมอาชีพและเพิ่มรายได้ให้กับผู้พิการและครอบครัว การรวมตัวกันเพื่อสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้พิการ และการปรับเปลี่ยนพื้นที่สาธารณะเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการ เป็นต้น (อำพล จินดาวัฒนะ, 2553) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่านโยบายเพื่อสุขภาพของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานในด้านต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี สรรเสริญ และคณะ (2553) ที่พบว่า การที่ผู้นำตระหนักถึงความสำคัญและมีการกำหนดนโยบายและแผนของชุมชนอย่างชัดเจน จะส่งผลให้ชุมชนมีการพัฒนางานอย่างจริงจังและต่อเนื่องตามมา

กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการศึกษานี้ เป็นกระบวนการที่อาศัยแกนนำชุมชนในการขับเคลื่อนและพัฒนากิจกรรมในทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen, & Uphoff, 1980) ที่ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมในการประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการตัดสินใจ และการวางแผนดำเนินงาน (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (3) บุคคลในชุมชนมีส่วนร่วมได้ผลจากการดำเนินงาน และ (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลสรุป และขยายเครือข่ายการดำเนินงาน นอกจากนี้ ยังมี

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน และเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของบุคคล (Oba, McCaffrey, Choonhapran, Chutug, & Rueangram, 2011; Preston, Waugh, Larkins, & Taylor, 2010)

ส่วนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมประกอบด้วย (1) การพัฒนาศักยภาพของผู้พิการ ครอบครัว และแกนนำชุมชน สำหรับการพัฒนาศักยภาพของผู้พิการและครอบครัวเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (World Health Organization, 2009) ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีความรู้และความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแล และการป้องกันผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ส่วนการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนเป็นการดำเนินงานภายใต้การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้พิการต่อไป (2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ ถือว่าเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่ทำให้ผู้พิการได้รับบริการสุขภาพแบบองค์รวมผสมผสานกับบริการอย่างใกล้ชิดประชาชนและชุมชน หรือการบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้พิการ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) และ (3) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้พิการเป็นการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพภายใต้กรอบปฏิบัติการอดตาวา ซึ่งการดำเนินงานในด้านนี้จะส่งผลให้ผู้พิการสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและในชุมชนได้ทัดเทียมกับคนปกติทั่วไปมากขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้พิการเป็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานในการศึกษานี้ ซึ่งคุณภาพชีวิตถือว่าตัวบ่งชี้สำคัญที่แสดงถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล (Zikmund, 2003) และเป็นเป้าหมายสำคัญตามแผน

ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ปี พ.ศ. 2554 - 2563 ที่ต้องการพัฒนาประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทุกช่วงวัย รวมทั้งผู้พิการด้วย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล, 2553) ดังนั้น การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการให้สูงขึ้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน โดยเฉพาะจากภาคประชาชนในชุมชน ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีความสามารถในการจัดการปัญหาและตอบสนองความต้องการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเองได้ดีขึ้น และสามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนที่มากขึ้นด้วย (สมหมาย แจ่มกระจ่าง ศรีวรรณ มีคุณ และพิระพงษ์ สุดประเสริฐ, 2551)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพด้านการพยาบาล ดังนี้

1. ด้านการพัฒนาระบบบริการพยาบาล จากความสำเร็จในการให้บริการสุขภาพของการศึกษานี้ หน่วยบริการพยาบาลควรปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการพยาบาลโดยเน้นชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการพยาบาลแก่ผู้พิการและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ
2. ด้านการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาลควรมีการพัฒนาหลักสูตรทางการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้พยาบาลสามารถทำงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ด้านการพัฒนานโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบาย ควรมีการพัฒนานโยบายที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งปรับโครงสร้างและวิธีการทำงาน รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ได้รับ

สนับสนุนงบประมาณจากสำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสภาการพยาบาล คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสภาการพยาบาล และมหาวิทยาลัยบูรพา รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. (2557). *รายงานการติดตามและประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559 (ระยะครึ่งแรก)*. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- บำเพ็ญ พงศ์เพชรดี. (2557). ประสิทธิผลของการใช้รอกต่อคุณภาพชีวิต การพัฒนาศักยภาพกล้ามเนื้อ และความพึงพอใจของผู้พิการทางกายและเคลื่อนไหว. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(2), 117-127.
- พชรพร สุวิชาเชิดชู ฐานดา เกียรติเกาะ สุรีพร วรรคานวณ อุทุมพร วชิรพันธ์สกุล และสุพิชฌาย์ วิจิโต. (2553). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของศูนย์แพทย์ชุมชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 16(2), 38-50.
- พิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ และวรัญญา จิตรบรรทัด. (2556). ความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้พิการในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนนาเคียน ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), 117-127.
- รัชณี สรรเสริญ เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ วรรณรัตน์ ลาวัง ยุวดี รอดจากภัย รจนา ปุณโณทก และชุตินา ฉันทมิตรโอภาส. (2553). การบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการปฐมภูมิ: บทเรียนจากประเทศไทย. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 3(2), 99-113.

- ศิรินาถ ตงศิริ. (2556). แนวทางการนำฐานข้อมูลสมรรถนะของคนพิการไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 7(1), 99-113.
- สมหมาย แจ่มกระจ่าง ศรีวรรณ มีคุณ และพีระพงษ์ สุดประเสริฐ. (2551). การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน: กรณีศึกษาการจัดทำแผนชุมชนเทศบาลตำบลบางพระ จังหวัดชลบุรี. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*, 4(2), 33-50.
- สุภัทรา ศรีวิรัชกร และคณะ. (2552). ศักยภาพและความพร้อมของไตรภาคีในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในพื้นที่ 12 ตำบล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 3(3), 390-401.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*. เข้าถึงได้จาก www.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *บทบาทภาครัฐเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2558). *สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ*. วันที่ค้นข้อมูล 25 กุมภาพันธ์ 2558, เข้าถึงข้อมูลจาก <http://nep.go.th/th/disability-statistic>.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2553). *การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม: มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชซิ่ง.
- Bishop, M. (2005). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual and theoretical synthesis. *The Journal of Rehabilitation*, 70(2), 219-231.
- Bogart, K. R. (2014). The role of disability self-concept in adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 107-115.
- Bureau of Labor Statistics, United States Department of Labor. (2014). *Persons with a disability: labor force characteristics*. Retrieved from <http://www.bls.gov/>.
- Cheausuwantavee, T. (2005). Community base rehabilitation in Thailand: Current situation and development. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 16(1), 51-67.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. (1980) Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213-235.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: SAGE.
- Merzel, C., & D'Afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93(4), 557-574.
- Oba, N., McCaffrey, R., Choonhapran, P., Chutug, P., & Rueangram, S. (2011). Development of a community participation program for diabetes mellitus prevention in a primary care unit, Thailand. *Nursing and Health Sciences*, 13(3), 352-359.
- Preston, R., Waugh, H., Larkins, S., & Taylor, J. (2010). Community participation in rural primary health care: intervention or approach? *Australian Journal of Primary Health*, 16(1), 4-16.
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2002). Body image and physical disability-personal perspectives. *Social Science and Medicine*, 54(6), 971-980.
- Taub, D. E., Fanflik, P. L., & McLorg, P. A. (2003). Body image among women with physical disabilities: Internalization of norms and reactions to nonconformity. *Sociological Focus*, 36(2), 159-176.

- The International Labour Organization (ILO), United Nations Education, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), & the World Health Organization (WHO). (2004). *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization.
- Zikmund, V. (2003). Health, well-being, and the quality of life: Some psychosomatic reflections. *Neuroendocrinology Letters*, 6(24), 401-403.