

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพ
คนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

นางสาวพัชรินทร์ ศรีบุตร

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

**Factors Associated with the Participation in Rehabilitation Operations
for Physically Disabled Persons of Village Health Volunteers
in Wan Yai Sub-district, Wan Yai District, Mukdahan Province**

Miss Patcharin Sribut

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health
School of Health Science
Sukhothai Thammathirat Open University

2019

ชื่อการศึกษา คั่นคว้ออิสระ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ผู้ศึกษา นางสาวพัชรินทร์ ศรีบุตร **รหัสนักศึกษา** 2605001250 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ **ปีการศึกษา** 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (2) ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคม กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ (3) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 101 คน โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78, 0.93 และ 0.91 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลวิจัยพบว่า (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 50 ปี ขึ้นไป สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 9.9 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในการเคลื่อนไหวอยู่ระดับมาก การสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลาง และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ระดับมาก (2) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=0.685, p < 0.05$); และ (3) ปัญหา อุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดแรงจูงใจและขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานขาดความรู้ในการคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ขาดความร่วมมือจากญาติและขาดวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเพิ่มค่าตอบแทนและจัดอบรมและฝึกปฏิบัติให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความชำนาญในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีการประชาสัมพันธ์สื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ญาติและคนพิการ และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอ

คำสำคัญ การมีส่วนร่วม การฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Independent Study title: Factors Associated with the Participation in Rehabilitation Operations for Physically Disabled Persons of Village Health Volunteers in Wan Yai Sub-district, Wan Yai District, Mukdahan Province

Author: Miss Patcharin Sribut; **ID:** 2605001250; **Degree:** Master of Public Health; **Independent Study advisor:** Dr. Chawthip Baromtanarat, Associate Professor; **Academic year:** 2019

Abstract

The purposes of this descriptive research were: (1) to identify personal characteristics, knowledge, social support, and participation in rehabilitation services of village health volunteers (VHVs); (2) to determine the relationship between VHVs' personal characteristics, knowledge as well as social support and their participation in rehabilitation operations; and (3) to explore problems obstacles and suggestions for improving participation in rehabilitation services, all for persons with physical disabilities by VHVs in Wan Yai sub-district.

The study population involved all 101 VHVs in Wan Yai sub-district, Wan Yai district, Mukdahan province. Data were collected using a questionnaire on knowledge, social support, and participation in rehabilitation operations with the reliability values of 0.78, 0.93 and 0.91, respectively. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results showed that: (1) most of VHVs were married female farmers aged 46.76 years on average, finished primary school, had a monthly income of 5,001-10,000 baht; had worked as VHVs for 9.9 years on average; had good knowledge of mobility rehabilitation operations, moderate social support and high level of participation in such operations; (2) social support was significantly high level of positive correlation with VHVs' participation in the rehabilitation operations ($r=0.685$, $p < 0.05$); and (3) the major problems or obstacles in such operations were VHVs' lack of motivation and moral support, insufficient knowledge about screening for complications and mobility rehabilitation, lack of co-operation from disabled persons' relatives, and inadequate materials/equipment for the operations. It is suggested that public health officials should increase VHVs' remuneration, organize a training course for VHVs on screening for complications and rehabilitation for physically disabled persons, run public relations activities for disabled persons and relatives to better understand this matter, and provide adequate equipment/materials.

Keywords: Participation, Rehabilitation, Physically disabled persons, Village health volunteers

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ ทุกขั้นตอนของการค้นคว้าอิสระและติดตามการค้นคว้าอิสระในครั้งนี้อย่างใกล้ชิด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้การศึกษาค้นคว้าอิสระในครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ผู้ศึกษาซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

สำหรับผู้ที่มีความสำคัญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิระพร สุทธากรณ์ ประธานกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นางสาวนพวรรณ จันณรงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลหัวน้ำใหญ่ นางสาวอรทัย ทองชั้น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวน้ำใหญ่ อำเภอหัวน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ที่ได้กรุณาตรวจสอบข้อมูลวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วุฒินันท์ วรรณวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวน้ำใหญ่ นางจีระนันท์ จำปาณร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวน้ำใหญ่ ที่ช่วยสนับสนุนในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลการวิจัย ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหัวน้ำใหญ่ อำเภอหัวน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษา เพื่อนร่วมงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและให้กำลังใจ จนทำให้การดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

พัชรินทร์ ศรีบุตร

กุมภาพันธ์ 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามในการวิจัย	13
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	13
กรอบแนวคิดการศึกษา	14
สมมติฐานการศึกษา	15
ขอบเขตการศึกษา	15
นิยามศัพท์เฉพาะ	16
ประโยชน์ที่ได้รับ	18
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	19
แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	19
แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	25
แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้าน	35
แนวคิดการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม	45
แนวคิดทฤษฎีความรู้	54
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	57
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	66
ประชากรที่ศึกษา	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม	71
การเก็บรวบรวมข้อมูล	72
การวิเคราะห์ข้อมูล	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75
ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร	76
ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร	79
ตอนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร	82
ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัด มุกดาหาร	86
ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับการมีส่วนร่วม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร	90
ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการ เคลื่อนไหวและการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทางการเคลื่อนไหวกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัด มุกดาหาร	92
ตอนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร	94

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	100
สรุปผลการศึกษา	100
อภิปรายผล	104
ข้อเสนอแนะ	113
บรรณานุกรม	116
ภาคผนวก	127
ก แบบสอบถาม	128
ข ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	139
ประวัติผู้ศึกษา	141



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแยกรายหมู่บ้าน	66
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร	76
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร	79
ตารางที่ 4.3 จำนวนร้อยละและระดับข้อคำถามความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ตอบถูกและตอบผิด	80
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ในภาพรวม	83
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร จำแนกตามรายด้านและรายชื่อ	83
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ในภาพรวม	86
ตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์รายชื่อการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร	87
ตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการดำรงตำแหน่งอื่น ๆ กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร	90

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหวและการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการ ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร	93
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร	95
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร จำแนกเป็นรายชื่อ	96
ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อข้อเสนอแนะในการดำเนินงานฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร	97



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 อัตราการป่วยโรคเบาหวาน ทุกกลุ่ม ปี 2557-2561	4
ภาพที่ 1.2 อัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทุกกลุ่ม ปี 2557-2561	4
ภาพที่ 1.3 อัตราการป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุกกลุ่มวัย ปี 2557-2561	4
ภาพที่ 1.4 อัตราการป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ทุกกลุ่มวัย ปี 2557-2561	5
ภาพที่ 1.5 ประเภทความพิการ	6
ภาพที่ 1.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา	14



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความพิการเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนในโลกไม่ต้องการ แต่ในความเป็นจริงเราไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เพราะความพิการเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี 2554 ทั่วโลกมีคนพิการมากกว่า 1,000 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 15 ของประชากรโลกเป็นกลุ่มที่มีความหลากหลายและมีรายได้น้อยที่สุด (มณฑิธร บุญตัน, 2562) สถานการณ์คนพิการในสังคมไทย จากข้อมูลการสำรวจคนพิการและคุณภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2545 และ 2550 พบว่า ในปี 2545 มีจำนวนคนพิการ 1.68 ล้านคน ในปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 1.74 ล้านคน ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนคนพิการมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากการมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลและรักษาสุขภาพ ในขณะที่เด็วกันก็พบโรคชนิดใหม่ๆ มากขึ้น รวมทั้งผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาทำให้เปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคเรื้อรังที่นำไปสู่ความพิการเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ความเจริญทางเศรษฐกิจมีการขยายตัวของอุตสาหกรรมการผลิตและอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการจราจร และอื่นๆ รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้วิถีชีวิตของสังคมเปลี่ยนแปลงไปสู่การใช้ชีวิตที่เร่งรีบ การแข่งขันสูง ซึ่งนำไปสู่ความพิการทางจิต (สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

สอดคล้องกับแพทย์หญิงพรพรรณพิมล วิปุลากร (2562) อธิบดีกรมอนามัย เปิดเผยภายหลังเป็นประธานเปิดการประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ยกย่องเชิดชูเกียรติผู้สูงอายุสุขภาพดี พื้นที่ที่มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวดีเด่น วันที่ 7 พ.ย. 2562 ที่โรงแรมมารวย การ์เด้น กล่าวว่าสถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีจำนวน 11.5 ล้านคนหรือร้อยละ 17.48 คาดว่าในปี 2564 จะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 จึงต้องเตรียมการเพื่อรองรับเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงการเป็นโรคเรื้อรัง คาดงบประมาณที่ต้องใช้ในการดูแลระยะยาวสำหรับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ยประมาณ 15 ล้านบาทต่อปี จึงต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุและเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและกล่าวว่าในปี 2574 ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2560 มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy) 75.4 ปี ซึ่งเป็นลำดับที่ 3 ของอาเซียน รองจากสิงคโปร์ (83 ปี) และบรูไน (77 ปี) และข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า อายุคาดเฉลี่ยภาวะสุขภาพดีคนไทยในปี 2558 มีค่าเท่ากับ 66.8 ปี สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก โดยมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง โรคไตวาย” ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนภัยอันตรายสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ซึ่งเป็นผู้จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อมควบคุมกำกับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ให้กับคนในครอบครัว และชุมชน ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ การผลิตนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุเป็นการสร้างมูลค่าของทรัพยากรที่มีในชุมชนให้เกิดประโยชน์ และเป็นการต่อยอดการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับพื้นที่

เนื่องจากประชากรโลกมีอายุยืนยาวเพิ่มขึ้นและมีการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2013) จากสภาพเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีที่มีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การดำเนินชีวิตมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไป จากการดำเนินชีวิตแบบเรียบง่ายไปเป็นแบบการแข่งขันกัน เพื่อความอยู่รอด ทำให้ขาดการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ประกอบกับการที่มีความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทำให้การแพทย์และการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้มีความพร้อมในการรักษา บำบัด ฟื้นฟู โรคต่างๆ ได้ดีขึ้น ถึงแม้เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปจะทำให้มีการรักษาที่ดีขึ้น แต่ในอดีตปัญหาด้านสาธารณสุขจะเกี่ยวข้องกับโรคติดต่อ แต่ในปัจจุบันปัญหาหลักด้านสาธารณสุขจะมาจากโรคไม่ติดต่อ (สภาวะดีอ่อนชื่นจิตร์ และ ฤทัยพร ศรีตรง, 2549)

จากการศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทย (กมลทิพย์ วิจิตรสนทรกุล และ สัตยชัย ชาสมบัติ, 2559) พบว่าโรคไม่ติดต่อสำคัญทั้ง 5 โรคคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองโรคหัวใจขาดเลือดและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังมีการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากปี 2555-2558 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองโรคหัวใจขาดเลือดภาวะความดันโลหิตสูง โดยพบว่า

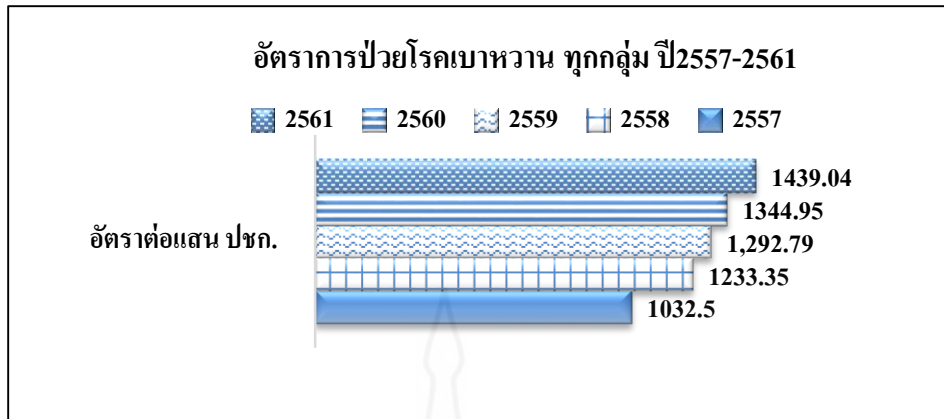
อัตราการตายด้วยโรคเบาหวานระหว่างปี 2555-2558 เพิ่มขึ้นจาก 12.1 ต่อแสนประชากร เป็น 19.4 ต่อแสนประชากร เช่นเดียวกับอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี เพิ่มขึ้นจาก 13.2 ต่อแสนประชากรเป็น 17.8 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายระหว่างปี 2559-2561 เพิ่มขึ้นเป็น 22.01, 21.96 และ 21.87 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

อัตราการตายด้วยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างปี 2555-2558 พบว่า มีอัตราการตายเพิ่มขึ้น จาก 5.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 เป็น อัตรา 12.1 ต่อแสนประชากร ในปี 2558 และอัตราการตาย ก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี เพิ่มขึ้นจากอัตรา 3.8 ต่อแสนประชากรเป็น 7.1 ต่อแสน ประชากร และอัตราการตายระหว่างปี 2559-2561 เพิ่มขึ้นเป็น 12.5, 13.87 และ 13.13 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

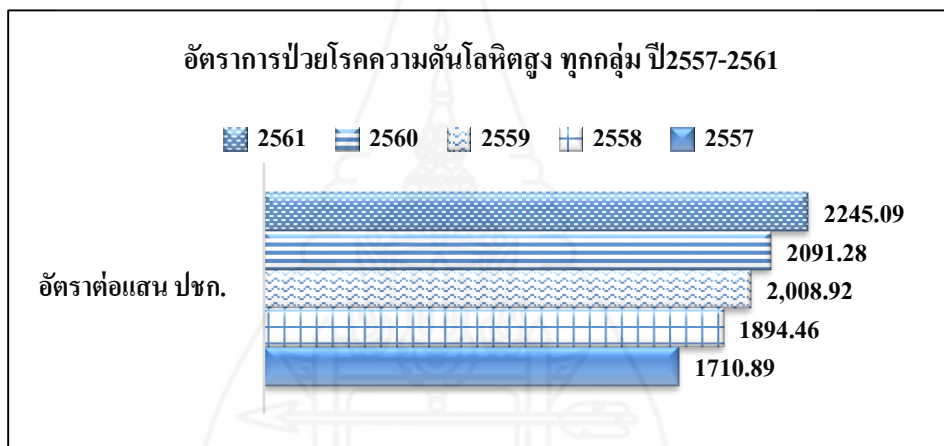
อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างปี 2555-2558 พบว่า มีอัตราการตายสูงสุดในระหว่าง 5 โรคไม่ติดต่อกันและมีอัตราการตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.5 - 2.0 เท่าตัว อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 31.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 เป็น อัตรา 43.3 ต่อแสนประชากร ในปี 2558 และอัตราการตายก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี เพิ่มขึ้นจาก อัตรา 33.5 ต่อแสนประชากรเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายระหว่างปี 2559-2561 เพิ่มขึ้นเป็น 48.13, 47.81 และ 47.15 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

อัตราการตายโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างปี 2555-2558 พบว่า อัตราตายเพิ่มขึ้นจาก 23.4 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 เป็นอัตรา 29.9 ต่อแสนประชากร ในปี 2558 และอัตราการตายก่อนวัย อันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี เพิ่มขึ้นจากอัตรา 22.4 ต่อแสนประชากร เป็น 27.9 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายระหว่างปี 2559-2561 เพิ่มขึ้นเป็น 31.91, 31.82 และ 31.78 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

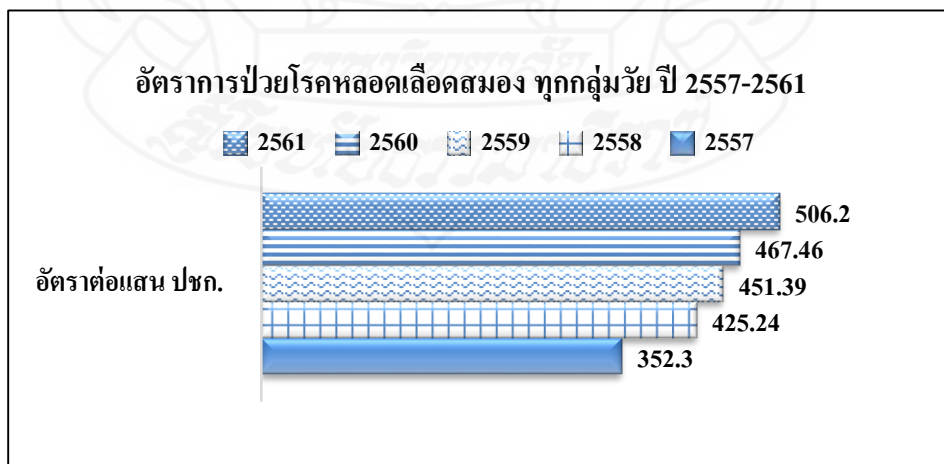
สถานการณ์โรคเบาหวานระหว่าง ปี 2557-2561 พบว่าข้อมูลผลสำรวจสุขภาพประชากร ไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคเบาหวานคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 6.9 ในปี 2547 เพิ่มเป็นร้อยละ 8.8 ในปี 2557 โดยผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ขณะที่ผู้ชายเป็น โรคเบาหวานร้อยละ 7.8 และกลุ่มอายุ 60-69 มีความชุกในการเป็นเบาหวานสูงที่สุด (กระทรวง สาธารณสุข, 2561) ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา อัตราผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด ปี 2557-2561 มีแนวโน้มเพิ่ม สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องดังแผนภาพที่ 1-4



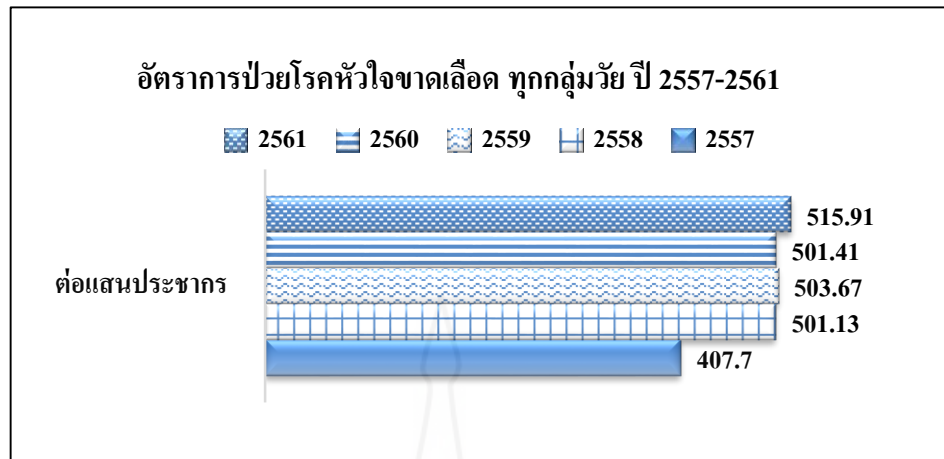
ภาพที่ 1.1 อัตราการป่วยโรคเบาหวาน ทุกกลุ่ม ปี 2557-2561



ภาพที่ 1.2 อัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทุกกลุ่ม ปี 2557-2561



ภาพที่ 1.3 อัตราการป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุกกลุ่มวัย ปี 2557-2561



ภาพที่ 1.4 อัตราการป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ทุกกลุ่มวัย ปี 2557-2561

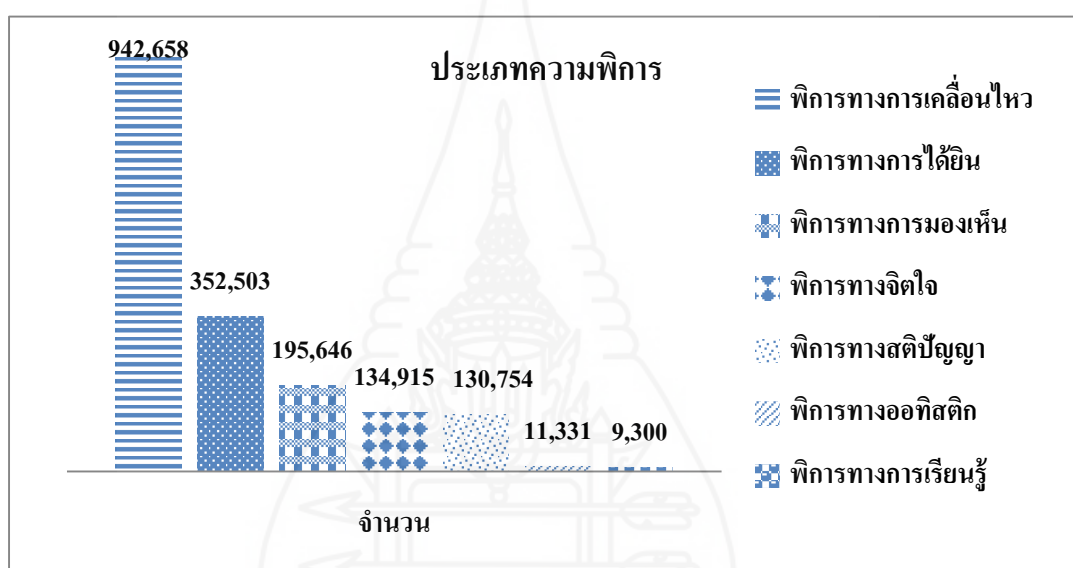
ที่มา: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ (2559)

โรคไม่ติดต่องกล่าวข้างต้นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆมากมาย เช่น โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเส้นเลือดในสมองแตก ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทำให้ติดเชื้อ จนถูกตัดแขนขา เป็นต้น และในอนาคตอีก 5-10 ปี ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง จะเพิ่มสูงขึ้น และส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขให้เพิ่มมากขึ้น (สปสช,2551) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังพบว่า จะต้องใช้เวลานานในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายต่อคนมากถึง 100,000 ต่อราย (วัลลภ ไทยเหนือ,2550) นอกจากนี้ปัญหาด้านโรคไม่ติดต่องเรื้อรังแล้วปัญหาด้านความสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นความพิการตั้งแต่กำเนิด ความพิการจากอุบัติเหตุ ซึ่งสามารถก่อให้เกิดความพิการได้ (สุกัญญา ศรีปรัชญาอนันต์ และคณะ, 2546)

สถานการณ์ปัจจุบันด้านคนพิการได้สะท้อนให้เห็นถึงเปลี่ยนแปลงในเชิงประชากรศาสตร์ (Demographic) ของคนพิการ ทั้งในการกระจายตัวมิติด้านเพศ และประเภทความพิการ โดยจากรายงานสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562) พบว่า ประเทศไทยมีคนพิการที่ยังขาดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ การเข้าถึงสวัสดิการ สิทธิประโยชน์ ตลอดจนการช่วยเหลืออื่นจากรัฐ อย่างมีประสิทธิภาพทั้งการจัดการศึกษา การบริการทางฟื้นฟูและสมรรถภาพ การมีงานทำ รายได้และบริการทางสังคม ทั้งนี้จำนวนคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ ณ เดือนมีนาคม 2561 จำนวน 1,916,828 คน (ชาย 910,171 คน หญิง 1,006,657 คน) โดยแบ่งคนพิการที่อยู่ในวัยเด็ก และวัยศึกษา (แรกเกิด-15ปี) ร้อยละ 3.89 จำนวน 74,580 คน ในจำนวนนี้มีคนพิการที่อยู่ในวัยทำงานอายุ 15-60 ปี ร้อยละ 42.29 มีจำนวนทั้งสิ้น 810,680 คน แต่เป็นคนพิการที่ประกอบอาชีพและมีงานทำเพียง ร้อยละ 38.16

จำนวน 310,361 คน คนพิการที่สามารถประกอบอาชีพได้ แต่ยังคงไม่ได้ประกอบอาชีพ ถึงร้อยละ 36.20 จำนวน 293,465 คน และคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมากและช่วยเหลือตนเองไม่ได้) ร้อยละ 25.64 จำนวน 207,854 คน สำหรับคนพิการที่อยู่ในวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 53.82 จำนวน 1,031,568 คน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562)

ประเภทความพิการ โดยพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ได้แบ่งประเภทความพิการออกเป็น 7 ประเภทด้วยกัน โดยจากจำนวนคนพิการทั้งหมด 1,916,828 คน (ร้อยละ 0.48)



ภาพที่ 1.5 ประเภทความพิการ

ที่มา: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2561)

สถิติข้อมูลคนพิการของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการดังกล่าว สอดคล้องกับการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2561 พบว่า ทั่วประเทศมีคนพิการประมาณ 1.9 ล้านคน โดยมีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนคนพิการได้รับการช่วยเหลือแล้ว 1.3 ล้านคน ความพิการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจรวมถึงด้านอื่น ๆ ด้วย (พรนภา เจริญสันต์, 2553) สังเกตได้จากสถิติการจดทะเบียนคนพิการของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ซึ่งสัดส่วนมีค่ามากถึงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับกลุ่มคนพิการประเภทอื่นทุกประเภท และปัญหาที่พบของคนพิการทางการเคลื่อนไหว คือผลกระทบทางด้านร่างกายได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขนขาหดเกร็งหรือเหยียดลำบาก เนื่องจากการอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ทำให้คนพิการทางการ

เคลื่อนไหวไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือสูญเสียการทรงตัวในการเคลื่อนไหว (วินิตา ชูช่วย, 2547) เมื่อคนพิการมีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย และการทรงตัว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนคนปกติ (อภิรักษ์ พิสิทธิ์, 2550) นอกจากนี้ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ การเกิดแผลกดทับ การยึดติดของข้อศอก ข้อไหล่ และ ข้อสะโพกหลุด เป็นต้น (จุฬาริ ถิ่นทิพย์, 2549) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า คนพิการรู้สึกอับอายในการปรากฏตัวต่อสาธารณชน สูญเสียความมั่นใจ คนพิการจะรู้สึกหมกหมองในชีวิต ทำให้สูญเสียบทบาทในครอบครัวและสังคมไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้ อยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น (พชรพร สุวิชาเชิดชู, 2552) คนพิการอาจรู้สึกท้อแท้ หดหวั่น เบื่อหน่าย รู้สึกไม่มั่นคง ขาดความเชื่อมั่น มองโลกและตนเองในแง่ร้าย คิดว่าตนเองเป็นผู้ด้อยกว่า หรือขาดความสามารถเมื่อเทียบกับผู้อื่น เห็นคุณค่าในตนเองน้อยลง หมกกำลังใจในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป (ดาริกา ไสงาม, 2549) ผลกระทบด้านสังคมคือ คนพิการมักขาดโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อาทิ การประชุมแก้ไขปัญหาในชุมชน การเข้าร่วมเวทีประชาคมที่จัดโดยท้องถิ่น การเป็นสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อยกว่าคนปกติ (WHO, 2013)

คนพิการและครอบครัวมักมีความตระหนักถึงการมีสุขภาพดีและการรักษาสุขภาพ ตลอดจนเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนทั่วไป รวมทั้งเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ขาดความตระหนักและมักขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในคนพิการ และมีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับบริการและการดูแลสุขภาพทั่วไปของคนพิการ การเข้าถึงโอกาสต่าง ๆ ของผู้พิการไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา การทำงานหรือกระทั่งโอกาสการฟื้นฟูรักษาสุขภาพร่างกายที่คิดปกติยังคงมีไม่มากนัก (พรนภา เจริญสันต์, 2553)

แต่ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และวิทยาการสมัยใหม่ที่ใช้ในการดูแลบำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่าถ้าฟื้นฟูด้วยวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว คนพิการโดยส่วนใหญ่จะสามารถกลับไปช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงครอบครัวได้ ถึงแม้จะเป็นภาระอยู่บ้างแต่ก็ไม่มากนัก หากได้รับการดูแลและดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้พิการได้

ประเทศไทยได้มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตแห่งชาติขึ้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของประเทศไทย เกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกับพัฒนาการในเชิงกฎหมายนโยบาย และกลไกระดับต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรของคนพิการ และองค์กรเพื่อคนพิการมาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ดังนี้

แผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2540–2544 มีการกำหนด วิสัยทัศน์ที่มุ่งเน้นให้คนพิการมีสุขภาพที่ดีที่สุดตามสถานะความพิการที่เป็นจริง โดยมีจุดมุ่งหมาย สำคัญในการให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การแพทย์ การศึกษา อาชีพ และการมีงานทำ และบริการสังคมต่าง ๆ (กระทรวงพัฒนาสังคม, 2540)

แผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 - 2549 มุ่งเน้นให้คนพิการ มีศักยภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และ สร้างสรรค์มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ (กระทรวงพัฒนาสังคม, 2545)

แผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550 – 2554 มีการพัฒนากลไก เชิงกฎหมายเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้แก่ พระราชบัญญัติส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 ก่อให้เกิดกลไกในรูปแบบต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการ อาทิ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการทางการแพทย์ ได้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ (กระทรวงพัฒนาสังคม, 2550)

แผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555–2559 กำหนดวิสัยทัศน์ คนพิการดำรงชีวิตอิสระ ร่วมกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข สามารถเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาค และเท่าเทียมกันมียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน 5 ด้าน คือ (1) ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาค และเท่าเทียม โดยไม่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ (2) สร้างสภาพแวดล้อม พัฒนา เทคโนโลยี และข้อมูลข่าวสารที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (3) เสริมพลังอำนาจให้ คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ (4) ส่งเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและ เครือข่าย และ (5) สร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ

แผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560 – 2564 (พมจ, 2555) ให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิทธิ สวัสดิการ ตลอดจนสนับสนุนองค์กร ด้านคนพิการ ให้มีศักยภาพ ความเข้มแข็ง เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างยั่งยืน ส่งเสริมและ บูรณาการเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคน พิการอย่างเป็นระบบและยั่งยืน (กระทรวงพัฒนาสังคม, 2560)

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อมโยงทั้งในส่วนของวิถี ชีวิตสังคม เศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ทำให้ การดูแลสุขภาพมีความ สาธารณสุขในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน (จิรนนท์ วงศ์มา, 2550) บทบาทการดูแลสุขภาพของประชาชนสามารถเกิดขึ้นได้ทุกภาคส่วน แต่มีกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญด้านการ

สาธารณสุขจำนวนหนึ่งที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพด้านสาธารณสุขนั้นคือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งนับว่ามีบทบาทสำคัญในการทำงานกับสาธารณสุข ประกอบด้วยงานหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสารข่าวด้านการสาธารณสุข การเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนการให้บริการด้านสาธารณสุข เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลรักษาและช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (คู่มือทีมหมอครอบครัว, 2559) นับว่ามีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 ที่ให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิทธิสวัสดิการ ตลอดจนสนับสนุนองค์กร ด้านคนพิการให้มีศักยภาพ ความเข้มแข็ง เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ส่งเสริมและบูรณาการเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างเป็นระบบและยั่งยืน รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางรูปแบบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขกับผู้พิการ ในอนาคตต่อจากนี้ไปเมื่อโครงสร้างประชากรของไทยเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากมีอัตราเกิดที่ลดต่ำลงอย่างมาก คนมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว นั่นคือผลที่ตามมาของคนที่สูงวัยขึ้นก็คือ โอกาสเสี่ยงต่อความพิการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัจจุบัน พบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนคนพิการเพิ่มขึ้น โดยสาเหตุมาจากผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น กลุ่มโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ รูปแบบดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนปัจจัยสิ่งแวดล้อม โดยปัญหาสำคัญในการดูแลสุขภาพคนพิการ ได้แก่ การเข้าไม่บริการหรือมีข้อจำกัดในการจัดระบบบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแลคนพิการและครอบครัว มีข้อจำกัดในด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือคนพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

จังหวัดมุกดาหารมีการดำเนินงานและทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวมาหลายปี ใน 5 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2613, 2976, 33054, 3274 และ 3,460 คน ตามลำดับ (งานฐานข้อมูลจังหวัดมุกดาหาร, 2561) ซึ่งอำเภอหว้านใหญ่มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งหมด 423 คนมีทั้งหมด 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลหว้านใหญ่จำนวน 101 คนตำบลชะโนดจำนวน 40 คน ตำบลดงหมูจำนวน 47 คน ตำบลปงขามจำนวน 121 คน และตำบลบางทรายน้อยจำนวน 114 คน สถานการณ์อำเภอหว้านใหญ่พบว่าจำนวนคนพิการ คปสอ.หว้านใหญ่ ปี 2557-2561 มีจำนวนคนพิการทุกประเภทจำนวน 423 คน, 458 คน, 512 คน, 664 คน คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมากที่สุด จำนวน 251 คน คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย จำนวน 164 คน คนพิการทางการเห็น จำนวน 108 คน คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจำนวน 90 คน คนพิการทางสติปัญญา จำนวน 22 คน คนพิการ

ออทิสติก จำนวน 17 คน และคนพิการทางการเรียนรู้ จำนวน 12 คน ซึ่งพบว่า มีจำนวนผู้พิการเพิ่มขึ้นเพราะปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ หมดกำลังใจ ท้อแท้หรือชุมชนขาดแนวทางในการให้ความช่วยเหลือฟื้นฟู นอกจากนี้คนพิการจะขาดโอกาสการได้รับเงินช่วยสนับสนุนจากรัฐบาลซึ่งเป็นจำนวน 800 บาท/เดือนและยังเสี่ยงต่อการไม่ได้รับบริการทางด้านสาธารณสุขต่างๆอีกด้วย และจากข้อมูลพบว่า ผู้พิการหรือผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ถูกส่งตัวกลับมารักษาตัวต่อที่บ้านจากสถานบริการ อำเภอรวันใหญ่ จึงมักเกิดปัญหาว่ามีวิธีการดูแลที่ไม่ถูกต้อง คนพิการเกิดความพิการมากขึ้น เกิดแผลกดทับมากขึ้น ต้องเสียเงิน เสียเวลา พากลับ ไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลเหมือนเดิมดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข วางยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบสุขภาพของคนไทย โดยมุ่งเน้นให้มีการดูแลสุขภาพของประชาชนตามกลุ่มวัยโดยมีการสนับสนุนให้อาสาถ้าหากมีการส่งเสริมสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้และมีระบบการเฝ้าระวังดูแลปัญหาสุขภาพของคนพิการและผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อลดอันตรายหรือเพื่อลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นการกระตุ้นให้คนพิการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันและลดภาระคนที่ดูแลน้อยที่สุด ช่วยป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นให้กำลังใจ เสริมพลังทางบวก ให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองและก้าวผ่านความบกพร่องหรืออุปสรรคปัญหาในด้านต่างๆ ไปได้ สามารถแนะนำข้อมูลสิทธิคนพิการ สามารถแนะนำหรือประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านความพิการ เพื่อให้คนพิการได้รับข้อมูล สิทธิประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งการได้รับเครื่องช่วยที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการ

จากการที่ผู้วิจัยลงพื้นที่ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลา 8 ปี พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพการช่วยเหลือคนพิการยังขาดแกนนำ เข้าภาพในการขับเคลื่อนในการทำงาน การประสานงานการส่งต่อยังมีกระบวนการที่ล่าช้าทำให้คนพิการได้รับการช่วยเหลือล่าช้า ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่นอกเหนือจากความพิการจากการลงพื้นที่คนพิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่าคุณภาพชีวิตของคนพิการดีขึ้น สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ในบางรายมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถเดินทางเข้ามารับการรักษอย่างต่อเนื่อง การให้บริการทางการแพทย์มีบุคลากรที่จำกัดทำให้คนพิการเสียโอกาสและการเข้าถึงพบว่ามีคนพิการปัญหาภาวะแทรกซ้อน ข้อคิด แผลกดทับ มากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตของคนพิการอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญการมีบทบาทด้านการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนบริการสุขภาพ การส่งเสริม พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะ และทัศนคติที่ดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม). ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำหลักสูตรเพื่อเตรียม

ความพร้อมในการทำหน้าที่หรือบทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย ปี พ.ศ. 2557 (กรมสนับสนุนบริการทางการแพทย์, 2557) เพื่อให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขใช้อบรม อสม. เกี่ยวกับบทบาทการดูแลคนพิการในชุมชน เพื่อนำไปปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้ดีขึ้น ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีการส่งเสริมให้ อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้ช่วยหลักในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในชุมชน เพราะ อสม. เป็นผู้ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มในชุมชนเพราะ อสม. เป็นตัวกลางที่ดีในการเชื่อมโยงระบบการดูแลสุขภาพประชาชนเนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกับชุมชน โดยจากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ไม่ว่าจะเป็น 1) การสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียน 2) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน 5) การจัดหาอุปกรณ์ความไม่ครอบคลุมปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ส่วนการศึกษาเฉพาะเจาะจงเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการยังมีน้อย

ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เซอร์มาร์ฮอร์น ฮันท์แทนด์ และออสบอร์น (Schermarhorn, Huntand & Osborn, 1991) อธิบายไว้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลนั้นมีอยู่ 3 ประการคือ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล (Individual Attributes) ซึ่งได้แก่ ลักษณะประชากรความสามารถทางจิตวิทยาในตัวบุคคลนั้น 2) ความเพียรพยายามในการทำงานของบุคคล (Work Effort) หรือแรงจูงใจของแต่ละบุคคลซึ่งจะช่วยกำหนดแรงขับภายในตัวของบุคคลทำให้คุณลักษณะเฉพาะต่อระดับแนวทางของความพยายามในการทำงาน 3) การสนับสนุนจากองค์กร (Organizational Support) คนที่มีลักษณะตรงกับความต้องการจำเป็นและความต้องการของงานและได้รับแรงจูงใจในระดับสูงอาจจะไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดี หากไม่ได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอจากหน่วยงานเช่น ขาดงบประมาณเครื่องมื่อวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ขาดอำนาจหน้าที่ขาดความช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องและขาดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ยืดหยุ่น เป็นต้นการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการซึ่งถือว่าเป็นงานส่วนหนึ่งของการดำเนินงานทางสาธารณสุข ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด จากการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า พิทักษ์ ภาพภักดี (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลบางอย่าง เช่น เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยความรู้และปัจจัยการสนับสนุน

ทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี ฤพล หนูจิตา (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการสุขภาพชุมชน อำเภอเมืองจัตุมะลิ จังหวัดขอนแก่น พบว่าการได้รับข่าวสารต่างๆ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ การได้รับการสนับสนุนจากชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชน อำเภอเมืองจัตุมะลิ จังหวัดขอนแก่น พรชูลิ จันท์แก้ว(2553) ศึกษาปัจจัยด้านการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเรื่องที่จะปฏิบัติงานและความรู้ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนระดับสูง วันเผด็จ สนธิทิ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าตัวแปรเพศอายุระดับการศึกษารายได้ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการดำรงตำแหน่งอื่นมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการส่งเสริมช่วยเหลือระหว่างบุคคลกลุ่มบุคคลชุมชนและองค์กรต่างๆ เช่นการให้คำแนะนำการให้สิ่งของเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้นการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือเวลาและความคิดการให้ข้อมูลข่าวสารที่มีผลต่อภาวะจิตใจอารมณ์คือจะช่วยให้ผู้รับเกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคม

จากข้อมูลและปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการให้ทันต่อการใช้งานของคนพิการ ซึ่งผลที่ได้จากงานวิจัยจะนำมาใช้ในการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อไป

2. คำถามในการวิจัย

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับใด

2.2 ปัจจัยส่วนบุคคลความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือไม่อย่างไร

2.3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหรือไม่ อย่างไร

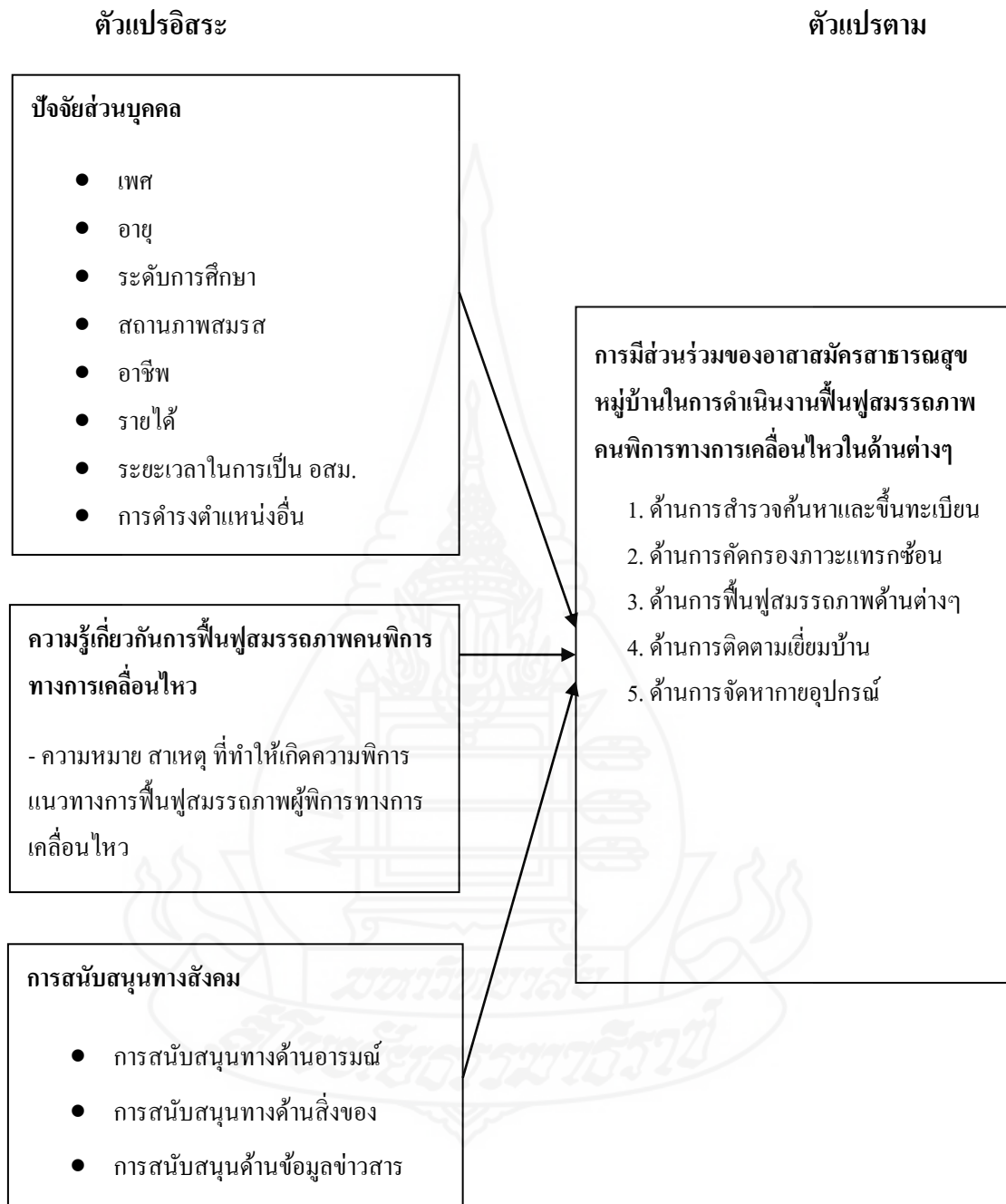
3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว การสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.3 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

5. สมมติฐานการศึกษา

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสอาชีพ รายได้ และการดำรงตำแหน่งอื่น มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

5.2 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

5.3 ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

5.4 การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

6. ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตในการศึกษาวิจัย มีดังต่อไปนี้

6.1 ขอบเขตประชากรและพื้นที่

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ที่ปฏิบัติงานอยู่ ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งมีจำนวน 101 คน (ระบบสารสนเทศ งาน อสม. อำเภอห้วยใหญ่ 2561) โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร (Total population) ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.2 ขอบเขตเนื้อหา

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จากคู่มือการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวทั้ง 5 ด้านประกอบด้วย การสำรวจ ค้นหาและขึ้นทะเบียน การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน การจัดหากายอุปกรณ์ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม

6.3 ขอบเขตด้านเวลา

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาดังแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2562-เดือนมกราคม พ.ศ.2563

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 **อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)** หมายถึง บุคคลที่ได้รับคัดเลือกจากชาวบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าว การแนะนำการเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และการประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการด้านสาธารณสุข ให้บริการงานสาธารณสุขต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือพยาบาลเบื้องต้น ไข้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

7.2 **คนพิการทางการเคลื่อนไหว** หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการสูญเสียอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ แขน ขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขนขาอ่อนแรง หรือจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

7.3 **การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ** หมายถึงการรักษาและช่วยเหลือทางการแพทย์ เพื่อให้คนพิการสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ไปได้ตามความต้องการ ขึ้นกับระดับความพิการของแต่ละบุคคล เพื่อให้คนพิการได้ปรับสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สถิติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น

7.4 **ปัจจัยส่วนบุคคล** หมายถึง ลักษณะด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม.การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

7.4.1 **เพศ** หมายถึง เพศของกลุ่มตัวอย่าง คือ เพศชายและเพศหญิง

7.4.2 **อายุ** หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์ (ถ้าเกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)

7.4.3 **ระดับการศึกษา** หมายถึงการศึกษาสูงสุดของอสม. แบ่งเป็น 7 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้ศึกษา, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษาตอนต้น, มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช., อนุปริญญา/ปวส.ปริญญาตรี, และสูงกว่าปริญญาตรี

7.4.4 **สถานภาพสมรส** หมายถึง โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่

7.4.5 อาชีพ หมายถึง การประกอบกิจกรรมที่ใช้เวลาส่วนมากในการทำงาน ได้แก่ เกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง อื่นๆ เป็นต้น

7.4.6 รายได้ หมายถึง รายได้รวมทั้งหมดต่อเดือน (โดยไม่หักค่าใช้จ่าย)

7.4.7 ระยะเวลาในการเป็น อสม. หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ดำรงตำแหน่งจนถึง ปัจจุบัน

7.4.8 การดำรงตำแหน่งอื่น หมายถึง การมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และอื่นๆ

7.5 ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่างๆเหล่านี้ คือ ความรู้เกี่ยวกับหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. พ.ศ. 2554 หลักสูตรฝึกอบรมอสม.เชี่ยวชาญ พ.ศ. 2555 และหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย พ.ศ. 2557

7.6 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

7.6.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความผูกพัน ให้ความเชื่อมั่นและไว้วางใจกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

7.6.2 การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของและจัดหาสวัสดิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

7.6.3 การสนับสนุนด้านข่าวสาร หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สามารถนำไปแก้ไขปัญหา มีข้อมูลสามารถนำไปปรับปรุง ปรับแก้ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้

7.7 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง กิจกรรมการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

7.7.1 ด้านการสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหมู่บ้าน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสำรวจและส่งผลแบบสำรวจให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งอำนวยความสะดวกให้กับผู้พิการรายใหม่ที่ได้รับการตรวจยืนยันและรับรองความพิการจากแพทย์ในการขึ้นทะเบียน และติดตามผลการขึ้นทะเบียนของคนพิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

7.7.2 ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง แผลกดทับ

7.7.3 ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านการศึกษา ด้านสังคม และด้านการประกอบอาชีพ

7.7.4 ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อทำความรู้จักและให้กำลังใจ สร้างขวัญกำลังใจในการดูแลสุขภาพเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมพลัง สร้างความเข้าใจแก่คนพิการและผู้ดูแล รวมทั้งประสานงานเพื่อให้คนพิการเข้าถึงและได้รับบริการด้านการแพทย์ เมื่อมีการเยี่ยมบ้าน เช่น การเตรียมอาหาร การทำแผล การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การดูดเสมหะ เป็นต้น

7.7.5 ด้านการจัดทากายอุปกรณ์ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนช่วยในการดูแลสอนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ใช้กายอุปกรณ์ให้ถูกต้อง อุปกรณ์ชั่วคราวหรือไม่มีการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้พิการที่จำเป็นต้องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ที่ใช้กับร่างกายเพื่อช่วยเหลือการเคลื่อนไหว เช่น แขนเทียม ขาเทียม อุปกรณ์ประคองหรือตามหลัง และอุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนไหวต่างๆ เช่น รถล้อเข็น (Wheelchair) ไม้เท้า เป็นต้น

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 เพื่อนำผลที่ได้ไปวางแผนพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการให้ความรู้ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการเคลื่อนไหวให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพต่อไป

8.2 เพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานและหาแนวทางบริหารและแก้ไขปัญหาทางานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

8.3 เพื่อยกระดับการมีส่วนร่วมและพัฒนาการสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

8.4 เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านอื่นๆ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการตั้งสมมติฐาน กำหนดกรอบการวิจัย แนวคิดการวิจัย และสร้างเครื่องมือ เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร โดยมีการนำเสนอผลของการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว
3. แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร
4. แนวคิดการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว
5. แนวคิด ทฤษฎีและความรู้
6. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านสังคม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1 ความหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อ ๆว่า “อสม.” เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานอสม.มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา ปัจจุบันได้เพิ่มจำนวนอสม. มากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน (กรมบริการสนับสนุนสุขภาพ, 2554)

1.2 ประเภทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้เวลาและเวทีกิจกรรมตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน (กรมบริการสนับสนุนสุขภาพ, 2554)

1.3 คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีดังนี้ (กรมบริการสนับสนุนสุขภาพ, 2554)

1.3.1 เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกบ้านหรือคุ้ม ยอมรับและเชื่อถือ

1.3.2 สมัยใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ

1.3.3 มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลาระยะเวลา 1 - 2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน

1.3.4 อ่านออกเขียนได้

1.3.5 เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน

1.3.6 ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

1.4 วิธีการคัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (กรมบริการสนับสนุนสุขภาพ, 2554)

วิธีการคัดเลือกใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1.4.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อสม. ทุกคนในหมู่บ้าน และผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของ อสม. และจำนวน อสม. มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อสม. และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา อสม.

1.4.2 แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้าน ออกเป็นคุ้มละ 8 - 15 หลังคาเรือน สอบถามหาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ในกรณีที่มีผู้สมัครเกิน 1 คนให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อสม. จัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวในละแวก

หรือคุ่มนั้น เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้านหรือคุ่ม การคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้ หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวมและมีขั้นตอนที่โปร่งใส

1.5 การฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้อาสาสมัคร สาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถ และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ (กรมบริการสนับสนุนสุขภาพ, 2554)

1.5.1 วิธีการอบรม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้อสม.ใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ

1.5.2 เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1) *กลุ่มความรู้พื้นฐาน* (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

- (1) บทบาทหน้าที่ของอสม.
- (2) สิทธิของอสม.
- (3) การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน
- (4) การค้นหาวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น
- (5) สุขวิทยาส่วนบุคคล
- (6) การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข
- (7) การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น
- (8) การฟื้นฟูสภาพ
- (9) การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข
- (10) การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน ศสมช.
- (11) การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

2) **กลุ่มความรู้เฉพาะ** เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.6 การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)

สถานการณ์ของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.7 **วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.) (กรมบริการสนับสนุนสุขภาพ,2554)**

1.7.1 **วาระ** กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ด้วยตนเอง เพราะ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการเป็นกันเองกับ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

1.7.2 **การฟื้นฟูสภาพ** มีดังนี้

1) ฟื้นฟูสภาพตามวาระ 2) ตาย 3) ลาออก 4) ย้ายที่อยู่ 5) ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

1.8 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก้อาการร้าย กระจายข่าวดี ชีวีบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง ดำรงชีวิตอิสระ ในสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันอย่างยั่งยืน (กรมบริการสนับสนุนสุขภาพ, 2554)

1) เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหิงอกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน

3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระตุกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้านถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชนให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอ โอดิน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8) คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

1.8.1 บทบาทตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

(กรมบริการสนับสนุนสุขภาพ, 2554)

- 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขให้สอดคล้องกับพื้นที่
- 2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ฟื้นฟูสมรรถภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
- 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
- 4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน
- 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 6) สามารถสร้างจิตสำนึกเรื่องจิตอาสาในการจัดการสุขภาพชุมชน
- 7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็ก เยาวชน แกนนำอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน

1.8.2 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (เชิงรุกอสม.) (กรมบริการสนับสนุนสุขภาพ, 2554)

- 1) ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุก ในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยการช่วยเหลือด้านการประสานงานส่งต่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลงเยี่ยมบ้านผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้
- 2) เสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยแผนสุขภาพตำบลร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนเพื่อลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาตและหนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน รพสต.
- 3) เป็นทูตไอโอเคิน นำปลา ซอสปรุงรส ให้คำแนะนำในเรื่องการให้ความรู้กับคนที่ขาดความรู้

1.8.3 บทบาท อสม.ยุคใหม่ (กรมบริการสนับสนุนสุขภาพ, 2554) จุดเน้นที่

แตกต่าง

1) ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก มุ่งส่งเสริมบทบาท อสม. ให้ปฏิบัติงานเชิงรุกเพื่อเสริมสร้างสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นและชุมชน โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเรื้อรัง

2) สร้างระบบความร่วมมือ เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนโดยใช้แผนสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหา ผ่านเวทีชุมชนหรือทำข้อตกลงในการจัดการสุขภาพร่วมกัน

สรุป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือตัวแทนที่ประชาชนเลือกเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลง (Chang agent) พฤติกรรมสุขภาพ มีหน้าที่ในการเฝ้าระวังและดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลเบื้องต้นและดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนไม่ว่าจะเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรคและด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเองมีสุขภาพที่ดี ผู้ที่จะเข้ามาเป็น อสม. ต้องเป็นผู้ที่มีความสมัครใจและเสียสละ เป็นคนที่มี ความสมัครใจในการช่วยเหลือชุมชน ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชนด้านการรักษาสุขภาพ ซึ่งบทบาท อสม.ยุคใหม่จะเน้นการทำงานด้านเชิงรุก เช่นการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

2. แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

นโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งอยู่บนฐานของกรอบของแนวคิด Hanh (1993) ได้แก่ 1) การใช้กระบวนการเชิงปัจเจกเป็นแนวตั้ง กรอบความคิดข้อจำกัดทางร่างกาย 2) การใช้กระบวนการเชิงสังคมเป็นตัวตั้ง กรอบแนวคิดกระแสรองตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเมืองและสังคมโดยมองว่าคนพิการเป็นบุคคลที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมในสังคม

การฟื้นฟูหากยึดแนวความคิดใดนโยบายก็จะเน้นไปทางด้านนั้นส่วนความพิการนั้นมีหลายรูปแบบหากแบ่งตามระยะควรได้รับการฟื้นฟูจะแบ่งเป็นกลุ่มผู้ที่ควรได้รับการฟื้นฟู

โกมาส จึงเสถียรทรัพย์ (2549) ซึ่งจะแบ่งออกเป็นผู้พิการที่ต้องได้รับการฟื้นฟูในระยะแรกและอาจจะต้องมีการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต 2 คือกลุ่มที่มีสภาพที่ทำให้ความพิการเป็นลำดับขั้นตอนเรื้อรังและไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติแต่ต้องดูแลและบริการให้ยาวนานขึ้น

2.1 กรอบแนวคิดระหว่างบริการรักษาแบบ Acute Care และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
(National Private rehabilitation Group อ้างใน สิริไถ วรรณรัตน์วิจิตร, 2002)

2.1.1 ความหมายบริการเฉียบพลัน (Acute Care)

มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการฝ่ายเดียวการให้บริการมีแนวโน้มที่ผู้ให้บริการจะเป็นคนเดียวหรือเป็นกลุ่มมีการรักษาความเจ็บป่วยบริการทางการแพทย์เป็นตัวบริการรักษาชีวิตมีการวินิจฉัยโดยการแพทย์นำไปสู่การรักษาที่มีต้นทุนแนวบริการลดลงเมื่อเวลาผ่านไป

2.1.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

มีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยผู้ป่วยมีความสนใจในกระบวนการมีส่วนร่วมในการรักษาและสามารถตัดสินใจ ครีมีให้บริการเป็นสหสาขาวิชาชีพมีทั้งบุคลากรเฉพาะทางบุคลากรข้างเคียง คนในครอบครัวผู้ดูแลผู้พิการมีโมเดลในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติให้มากที่สุดมีทางการบริการทางการแพทย์การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายการบำบัดทางจิตใจเพื่อมุ่งเสริมคุณภาพชีวิตมีการป้องกันการเกิดความพิการมากขึ้นสามารถให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุดการวินิจฉัยและการประเมินผลจะอยู่บนพื้นฐานสมรรถภาพทางกายและทางใจกรณีใดที่ไม่เกี่ยวกับขั้นตอนการวินิจฉัย โรคจะเป็นการฟื้นฟูกระบวนการหนึ่งของการรักษาภายหลังการรักษาด้านทุนมีแนวโน้มที่จะเป็นเส้นตรงคงที่เมื่อเวลาผ่านไป

2.2 ลักษณะการฟื้นฟูสมรรถภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบ่งตามลักษณะการจัดบริการออกเป็น 3 ลักษณะ ดังต่อไปนี้ (ศูนย์สิรินธร, 2552)

2.2.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการ (institution based rehabilitation)

หมายถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการที่มีบุคลากรที่ผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการมีเครื่องมือและอุปกรณ์น้อย การให้บริการในสถานบริการนี้มีข้อจำกัดที่ว่าผู้พิการถูกแยกครอบครัวและสังคม และยังใช้งบประมาณในการจัดตั้งและดำเนินการสูง ทำให้มีบริการด้านนี้เฉพาะในส่วนระดับภาคหรือระดับจังหวัดเท่านั้น

2.2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพนอกสถานบริการ (Outreach expected rehabilitation)

หมายถึง การจัดบริการออกไปนอกสถานบริการอาจเป็น โครงการพิเศษ เช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกไปทำข่าเทียมที่ชายแดน บุคลากรในโรงพยาบาลจัดทีมออกติดตามและให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการที่บ้าน เพื่อให้ผู้บริการได้รับบริการที่ต่อเนื่องซึ่งบริการลักษณะนี้อาจใช้บุคลากรและเครื่องมือที่น้อยลงบางส่วนอาจใช้ในสถานบริการที่อยู่ในท้องถิ่น

2.2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (community based rehabilitation) หมายถึง การช่วยเหลือพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทุกด้านให้แก่ ผู้พิการที่เกิดขึ้นในชุมชนโดยเกิดจากความร่วมมือของคนในชุมชนเอง โดยเฉพาะผู้พิการและญาติมีการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรมนุษย์ เครื่องมือทุน วัสดุสถานที่รวมทั้งเทคโนโลยีต่างๆที่เหมาะสมในชุมชน เพื่อให้ผู้พิการสามารถดำรงชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเท่าเทียมคนปกติ

2.3 ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหมายความว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถ ของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัย กระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มี โอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์, 2558)

2.4 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534

2.4.1 บริการทางการแพทย์

บริการทางการแพทย์ คือบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้าง สมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2537) ออกตามความใน พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1) ให้คนพิการที่จดทะเบียนตามมาตรา 14 ได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยวิธีการทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้ การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ ด้วยวิธีอื่น ๆ การให้คำแนะนำปรึกษา การให้ยา การศัลยกรรม การพยาบาล เวชกรรมฟื้นฟู กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด (อาชีพบำบัด) พฤติกรรมบำบัด จิตบำบัด สังคม เศรษฐกิจและสังคม บำบัด การแก้ไขคำพูด (อรรถบำบัด) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินและสื่อความหมาย การให้ อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการ

2) ภายใต้บังคับข้อ 5 คนพิการซึ่งรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยวิธีทางการแพทย์จาก สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขหรือสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม หรือราชการ ส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล และค่าอุปกรณ์ตามข้อ 1 ดังต่อไปนี้ ค่าบริการทางการแพทย์ตาม

ข้อ 1 ค่าห้องและ ค่าอาหาร ไม่เกินอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

3) ในกรณีที่คนพิการซึ่งเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยวิธีการทางการแพทย์จาก สถานพยาบาลตามข้อ 2 ต้องใช้อุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริม หรือเครื่องช่วยคนพิการให้แก่คนพิการ นั้น และในกรณีที่สถานพยาบาลไม่มีอุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริม หรือเครื่องช่วยคนพิการดังกล่าว ให้สถานพยาบาลนั้นขอเบิกจากศูนย์สินรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

4) เมื่ออุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริม หรือเครื่องช่วยคนพิการที่ได้รับตามข้อ 3 ชำรุด บกพร่อง จำเป็นต้องซ่อมแซมหรือเปลี่ยนแปลงชิ้นส่วนของอุปกรณ์และสถานพยาบาลตามข้อ 2 สามารถดำเนินการให้ได้ ให้สถานพยาบาลดังกล่าวบริการซ่อมแซม หรือเปลี่ยนแปลงชิ้นส่วนของ อุปกรณ์ให้โดยไม่คิดมูลค่า

5) ในกรณีที่คนพิการมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์หรือมีสิทธิได้รับสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแล้ว ให้คนพิการใช้สิทธิในการรับการสงเคราะห์ หรือสิทธิใน สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานนั้นๆก่อน

2.4.2 บริการทางการศึกษา

กระทรวงศึกษาธิการ ได้ระบุว่า “ปีการศึกษา 2542 คนพิการที่อยากเรียน ต้องได้เรียน” ดังนั้นตั้งแต่ปีการศึกษา 2542 เป็นต้นไป เด็กพิการที่ประสงค์จะเข้าเรียน สามารถติดต่อขอคำแนะนำได้ที่สำนักบริหารการการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

2.4.3 บริการทางอาชีพ

ผู้พิการสามารถติดต่อขอฝึกอาชีพได้จากหน่วยงานต่าง เช่น ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวสำหรับคนพิการ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการ จังหวัดทุกจังหวัด ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการต่าง ๆ

2.4.4 บริการทางสังคม

การให้บริการสวัสดิการแก่คนพิการ เพื่อให้คนพิการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต สามารถพึ่งพาตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และเป็นกำลังสำคัญทางเศรษฐกิจของประเทศ ได้จัดให้มี การบริการทางสังคมต่างๆดังนี้ เงินสงเคราะห์คนพิการในครอบครัว เบี้ยยังชีพคนพิการ บริการ รถมสามล้อมือโยกและรถกีฬาคนพิการ บริการดูแลคนพิการในสถานสงเคราะห์ การฝึกอาชีพคนพิการ บริการจัดหางานคนพิการ บริการกู้ยืมเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตคนพิการ ไม่ว่าจะเป็นความพิการแต่กำเนิด หรือความพิการภายหลัง การฟื้นฟูสมรรถภาพมักเริ่มทางด้านการแพทย์ เพื่อสร้างเสริมศักยภาพด้านร่างกาย และจิตใจในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการเรียนรู้การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เมื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีความพร้อมระดับหนึ่งแล้ว คนพิการจึงจะเข้าสู่ระบบการศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ และสติปัญญา รวมทั้งพัฒนาทักษะด้านสังคมเพื่อการดำเนินชีวิตร่วมกับคนทั่วไป และมีการพัฒนาทางด้านอาชีพ เพื่อให้มีรายได้และไม่เป็นภาระต่อสังคม (มูลนิธิพัฒนาคนพิการแห่งประเทศไทย, 2550)

สรุปในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการวัดความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ให้เข้าใจความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แบบทดสอบชนิด 2 ตัวเลือก (ใช่-ไม่ใช่) เป็นแบบวัดการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แม้จะมีระบบแนวทางการฟื้นฟูมานานแล้ว แต่คนส่วนใหญ่ก็ยังไม่ค่อยมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องคนพิการ แต่อย่างไรก็ตามหากคนพิการได้รับการฟื้นฟูอย่างรวดเร็วและเร่งด่วนก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของเขาดีขึ้นและใช้ชีวิตได้ในสังคมและสามารถพึ่งพาตนเองได้

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

จากหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข อสม. ปี พ.ศ. 2553 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2553) พบความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน จัดอยู่ในการเฝ้าระวังป้องกันและการควบคุมโรคไม่ติดต่อปัญหาสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

เมื่อ อสม. ผ่านการอบรมสามารถอธิบายลักษณะของโรคและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหรือปัญหาภาวะแทรกซ้อนได้ แนะนำการป้องกันโรคไม่ติดต่อมาใช้เผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนได้ รวมทั้งสามารถประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและมีแนวทางจัดกิจกรรมการเรียนรู้ได้แก่การบรรยาย การอธิบาย การตั้งประเด็นคำถาม เพื่อให้ผู้เรียนรู้สามารถอธิบายและมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และทักษะเดิม ผู้เรียนสามารถทำกิจกรรมตามใบงาน เรียนรู้ผ่านจากตัวผู้ป่วยจริงหรือสถานการณ์สมมติและมีการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้เพื่อฝึกประเมินผล นำเสนอผลงาน วิทยากรและกลุ่มร่วมกันเติมเต็มส่วนที่ขาดโดยใช้สื่อการเรียนการสอนต่างๆ ตัวอย่างด้านเนื้อหาประกอบด้วยเนื้อหา 6 ด้านคือด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกาย รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ

หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. 2553 มีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อัมพฤกษ์อัมพาต ซึ่งจัดอยู่ในหมวดโรคทั่วไปและเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข โดยที่ความรู้เรื่องของโรคดังกล่าวจัดว่าเป็นเป้าหมายหลักอย่างหนึ่ง ในการจัดทำเนื้อหาหลักสูตรของเล่มนี้ คือมุ่งเน้นให้มีความรู้ความเข้าใจปัญหาสุขภาพใหม่ๆ อีกทั้งยังอธิบายสิ่งที่เป็นปัญหาของพื้นที่ในปัจจุบัน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน โดยมีวัตถุประสงค์คือ อธิบายปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมีการคัดกรองเบื้องต้นให้กับชุมชนและสามารถส่งผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้ ให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยในชุมชน เป็นแกนนำในการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชนได้ โดยมีแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ได้แก่ การจัดฐานการเรียนรู้คือการนำเข้าสู่บทเรียนและสรุปสาระสำคัญของการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม การนำความรู้สู่การปฏิบัติ มีการฝึกปฏิบัติและสาธิต มีการฝึกบรรยายและระดมความคิดเห็น มีการใช้สื่ออุปกรณ์ที่เกี่ยวกับโลกไม่ว่าจะเป็นแผ่นพับ โปสเตอร์ วิดีทัศน์ ส่วนด้านสุขภาพจิตก็จัดอยู่ในหมวดวิชาเดียวกัน ด้านการใช้กายอุปกรณ์มีการให้ความรู้และสอนลงมือฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น วิธีการใช้แบบประเมินเพื่อวัดการให้ความรู้ก่อนและหลัง มีการสุ่มถาม มีการทดลอง ฝึกปฏิบัติ มีการลงเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้อบรมได้เข้าใจวิธีการสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้จริงและทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดสามารถประเมินผลก่อนและหลังการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการวัดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเรื่องโรคไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์อัมพาต สุขภาพจิต การใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยในการเคลื่อนไหวตามหลักสูตรการอบรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2553 เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยเลือกใช้แบบทดสอบชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือใช่หรือไม่ใช่เพื่อใช้ในการวัดการศึกษาในครั้งนี้

2.6 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว (สุนย์สิรินธร, 2552)

2.6.1 แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ

คนพิการ หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความ จำเป็นเป็นพิเศษ ที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป (กระทรวง

การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด พิกัดโดยประจักษ์ คือ สภาพความพิการที่สามารถขอมีบัตรประจำตัวคนพิการได้ โดยไม่ต้องมีใบรับรองความพิการ ได้แก่ คนตาบอดไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง ลูกตาสีขาวขุ่นไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง คนหูหนวกไม่มีหูทั้งสองข้าง คนพิการทางร่างกายที่แขนขาตั้งแต่ข้อมือขึ้นไป หรือขาขาดตั้งแต่ข้อเท้าขึ้นไป (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2554, น. 8)

2.7 ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ

กำหนดประเภทความพิการไว้ 7 ประเภท ตามหลักเกณฑ์ดังนี้ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556)

2.7.1 ความพิการทางการเห็น ได้แก่

1) *ตาบอด* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อ ตรวจวัดการเห็นของสายตาง้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับต่ำกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็น แม้แต่แสงสว่างหรือมีลาน สายตาแคบกว่า 10 องศา

2) *ตาเห็นเลือนราง* หมายถึงการที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็นเมื่อตรวจวัดการเห็น ของสายตาง้างที่ดีกว่า 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) หรือมี ลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

2.7.2 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่

1) *หูหนวก* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่ สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบล ขึ้นไป

2) *หูตึง* หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความ บกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่น ไม่เข้าใจ เป็นต้น

2.7.3 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่

1) ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากมีความ บกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา ออจมา จากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

2) ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความ บกพร่อง หรือ ความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

2.7.4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่

1) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความ บกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของ การรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

2) ความพิการทางออทิสติก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความ บกพร่องทาง พัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมิสาเหตุมาจากความ ผิดปกติของสมอง และความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 2 ปีครึ่ง

2.7.5 ความพิการทางสติปัญญา ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมใน กิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมี พัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อน อายุ 18 ปี

2.7.6 ความพิการทางการเรียนรู้ ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมใน กิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการ เรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้ เกิด ความบกพร่องในด้านการอ่านการเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับ ความสามารถที่ต่ำกว่ามาตรฐานตาม ช่วงอายุและระดับสติปัญญา

2.8 ความหมายของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

คนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นคนพิการอีกประเภทหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ซึ่งให้ความหมายของคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความหมายที่หลากหลาย อาทิเช่น

ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหมายถึงบุคคลที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นชัดเจนและทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต (นิยดา หวานชัยยะสิทธิ์, 2543) (ชูศักดิ์ จันทยานนท์, 2548) ให้ความหมายของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวว่าเป็นบุคคลที่มีความสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว แขนขาหรือลำตัวอันเนื่องมาจากแขนขาขาด หรือมีการอ่อนแรงทำให้ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ หรือไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ดีเท่ากับคนทั่วไป (เกรียงศิริ วิจริญ, 2547) กล่าวว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวคือคนที่มีแขนขาหรือลำตัวยึดติดของข้อต่อทำให้มีอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวและส่งผลกระทบต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน

2.9 สาเหตุความพิการทางการเคลื่อนไหว

ความพิการทางการเคลื่อนไหวสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ชูศักดิ์ จันทยานนท์ และคณะ, 2546)

2.9.1 ความพิการที่เกิดจากพันธุกรรมเป็นความผิดปกติของโครงสร้างและส่วนประกอบของยีนและโครโมโซม ทำให้มีรูปร่างหรืออวัยวะผิดปกติ ระบบประสาทและกล้ามเนื้อผิดปกติ เช่นรูปร่างหน้าตา ไม่เหมือนกับคนปกติ อวัยวะเพศรูปเป็นต้น

2.9.2 ความพิการอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุต่างๆ เช่น อุบัติเหตุจากการจลาจล อุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ เป็นต้น

2.9.3 ความพิการที่เกิดจากโรคต่างๆ ได้แก่ จากโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ โดยที่โรคติดต่อที่สามารถทำให้เกิดความพิการภายหลังการเจ็บป่วยได้แก่ โรคไขสันหลังอักเสบซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อแขนขาลีบเป็นต้น โรคไม่ติดต่อที่มีผลทำให้เกิดความพิการ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำให้เกิดความพิการทางร่างกาย เช่น อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตครึ่งท่อน อัมพาตทั้งตัว และอัมพาตแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งเป็นต้น

จากสาเหตุที่กล่าวข้างต้นสามารถป้องกันได้โดยเฉพาะความพิการที่มีสาเหตุจากพันธุกรรมซึ่งสามารถป้องกันได้จากคู่สมรสได้รับการตรวจคัดกรองก่อนการตั้งครรภ์ หรือมีการคุมกำเนิดอย่างเหมาะสม ความพิการที่มาจากอุบัติเหตุสามารถป้องกันได้โดยมีความระมัดระวังและไม่ประมาทขณะขับขี่ยานพาหนะ

2.10 ระดับความพิการทางการเคลื่อนไหว

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้แบ่งระดับความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวเป็น 5 ระดับ เพื่อเอื้อประโยชน์ให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ให้สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสิทธิประโยชน์ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมดังต่อไปนี้ (สุกัญญา สิทธิชัยอนันต์ และคณะ, 2546)

2.10.1 ผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวระดับที่ 1 คือบุคคลที่มีความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนแต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

2.10.2 ผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวระดับที่ 2 คือบุคคลที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ลำตัว มือ แขน หรือขาแต่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

2.10.3 ผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวระดับที่ 3 คือบุคคลที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ของมือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าครั้งตัวหรือน้อยกว่า 2 รยางค์

2.10.4 ผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวระดับที่ 4 คือบุคคลที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันครั้งตัวหรือมากกว่า 2 รยางค์

2.10.5 ผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวระดับที่ 5 คือบุคคลที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมากกว่าครั้งตัวหรือ 2 รยางค์

ผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวระดับที่ 3 ขึ้นไปโดยทั่วไปถือว่าเป็นคนพิการตามกฎหมายซึ่งบุคคลเหล่านี้จะได้รับสิทธิประโยชน์ของคนพิการตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 โดยที่มีความครอบคลุมทั้ง 4 ด้านดังนี้ 1) ด้านการแพทย์คนพิการจะได้รับสิทธิการบริการทางการแพทย์ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2550 2) ด้านการศึกษาคนพิการจะได้รับสิทธิการศึกษาตามอายุของคนพิการและตามความเหมาะสมของพัฒนาการคนพิการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 3) ด้านสังคมคนพิการจะได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) ด้านอาชีพคนพิการจะได้รับการฝึกฝนเกี่ยวกับการประกอบอาชีพตามความเหมาะสมของคนพิการแต่ละคนและมีสิทธิ์ในการกู้ยืมเพื่อใช้เงินในการประกอบอาชีพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548) แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวระดับที่ 1 และ 2 จะได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและการศึกษาฟรี

2.11 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ในมาตราที่ 4 เป็นการเสริมสร้างสมรรถภาพมีเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสุขภาพดีขึ้น เป็นการเสริมสร้างสมรรถภาพความสามารถของคนพิการให้มีสุขภาพดีขึ้นโดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา ทางสังคม และฝึกอาชีพ โดยมุ่งหวังให้บริการบุคคลที่มีความเจ็บป่วยและพิการ ทั้งในรายที่เกิดความพิการอย่างเฉียบพลันหรือผู้ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาวหรือผู้ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูตัว ไม่ได้รับการปรับสภาพทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

ให้กลับไปสู่สภาพเดิมเท่าที่จะทำได้เพื่อให้ผู้พิการสามารถช่วยเหลือตนเองสามารถปฏิบัติหน้าที่ การงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ตามรอยโรคของแต่ละบุคคลให้แต่ละ บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (ชนิษฐา เทวินทรภักดี, 2540)

ดังนั้นแนวทางที่สำคัญที่จะนำไปสู่การช่วยเหลือคนพิการทางการเคลื่อนไหว คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่สร้างเสริม สมรรถภาพและความสามารถของคนพิการช่วยให้คนพิการสามารถปรับสภาพตนเองทางร่างกาย จิตใจสังคมและสติปัญญาและเศรษฐกิจ โดยวิธีการช่วยเหลือทางการแพทย์เพื่ออำนวยความสะดวก ให้คนพิการมีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้ถึงระดับสูงสุด สามารถดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมได้อย่างมีคุณภาพ ตามอัตภาพของแต่ละบุคคล (นิยดา หวานชัยสิทธิ์, 2543) นอกจากนี้การ ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการยังเป็นกระบวนการที่เพื่อให้นักพิการได้ปรับสภาพร่างกาย อารมณ์จิตใจ อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาศักยภาพคนพิการและชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่ให้มีความเสมอภาคและเท่า เทียมกัน (อุทัย คุลยเกษม, 2543)

กล่าวโดยสรุปหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นการ กระทำในการช่วยเหลือคนพิการเพื่อให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ให้คนพิการสามารถอยู่ ในสังคมได้อย่างมีความสุขและเท่าเทียมกับคนทั่วไป โดยการรักษา ฟื้นฟู ส่งเสริม ป้องกันทางด้าน การแพทย์ ทางด้านการศึกษา ทางด้านสังคมอาชีพ ให้สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้าน

3.1 แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการดูแลสุขภาพคนพิการ ประกอบด้วยแนวคิดการจัดบริการสุขภาพคนพิการ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการดำเนินการด้านสาธารณสุขซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องช่วยคน พิการดังนี้ (ศุภชัยสินธิ์, 2555)

3.1.1 การส่งเสริมสุขภาพ

1) ชุมชนควรตระหนักว่า คนพิการมีความต้องการการส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับคนทั่วไป เช่น ได้รับอาหารที่ดี มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีสุขภาพจิตที่ดี สิ่งแวดล้อมและสังคมที่ดีเอื้อต่อการส่งเสริม สุขภาพ นอกจากนี้ชุมชนควรมีความรู้ถึงความเสี่ยง

หรือปัญหาสุขภาพที่จำเพาะต่อความพิการประเภทต่างๆ เช่น การมีโอกาเป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่อายุน้อยๆ เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย กระดูกบาง เปราะ มีความเสี่ยงต่อ ไขวายเป็นคนพิการ อัมพาตที่ควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะไม่ได้

2) *ชุมชนควรกำหนดนโยบายและจัดกิจกรรมเสริมพลังให้คนพิการสามารถจัดการตนเอง* ตลอดจนถึงแวดล้อมรวมถึงสามารถเลือกสิ่งที่ดีต่อสุขภาพได้ด้วยตัวเองเนื่องจากการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่จะต้องทำตลอดชีวิต คนพิการจึงต้องรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสามารถสร้างสุขภาพที่ดีด้วยตนเองได้ และดูแลไม่ให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

3) *ชุมชนควรจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และสะดวกในการเข้าถึงพื้นที่ และใช้ประโยชน์ได้จริง* เพื่อส่งเสริมให้คนพิการทำงานและเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชนดำเนินการได้ อันจะทำให้คนพิการ ใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ พึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ลดความอึดอัดในการต้องร้องขอความช่วยเหลือ เห็นคุณค่าของตนเอง เพิ่มการพบปะคนในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้คนรอบข้าง เข้าใจความต้องการและยอมรับคนพิการมากขึ้น คนพิการเอง ก็ได้คลายเครียดจากการได้พูดคุย พบปะเล่าสู่กันฟัง ทั้งนี้ควรเสริมพลังคนพิการให้มีส่วนร่วมในการจัด สภาพแวดล้อมด้วย

4) *ชุมชนช่วยบรรเทาภาระการดูแลคนพิการของคนในครอบครัว* เนื่องจากคนดูแลจะต้องเผชิญ ปัญหาทั้งทางร่างกาย เช่น ปวดหลังจากการช่วยยก เคลื่อนย้ายคนพิการ และทางจิตใจ เช่น ภาวะเครียดจากการ ความเหนื่อยล้า การกระทบกระทั่งทางอารมณ์กับคนพิการ การมีรายได้ลดลงเพราะมีชั่วโมงทำงานลดลง หรือ อาจจะต้องลาออกจากงาน มีเวลาดูแลผู้อื่นในครอบครัวได้น้อยลง หรือมีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงหรือออกร่วมงานสังคม ลดลงด้วย

3.1.2 การป้องกันโรค

1) *ตรวจสอบว่าคนพิการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการป้องกันโรค* เช่นเดียวกับคนทั่วไปในชุมชน ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ไข้เลือดออก ไข้หวัด สมองอักเสบ ไวรัสตับอักเสบ HIV/AIDS อุบัติเหตุบนท้อง ถนน บ้าน และที่ทำงาน สารพิษ มลพิษ ขาดสารอาหาร การถูกทำร้าย การถูกกระทำชำเรา โรคซึมเศร้า เป็นต้น เนื่องจากคนพิการบางคนไม่สามารถรับข่าวสารทางช่องทางการได้ยิน เช่น คนพิการทางการเห็น ไม่สามารถอ่านจาก สิ่งพิมพ์ได้ คนพิการทางการได้ยิน ไม่สามารถรับข่าวสารทางหอกระจายข่าว และการรู้ภาษามืออาจไม่สามารถ สื่อสารข้อความบางอย่างได้กระจำจัด เช่น การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี คนพิการทางสติปัญญาไม่เข้าใจเนื้อหาที่ ซับซ้อน

2) *สร้างการมีส่วนร่วม การเฝ้าระวังและป้องกันโรคจากทุกภาคส่วน*

3) *จัดกิจกรรมการเฝ้าระวังและป้องกัน โรคที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของ*

ท้องถิ่น

3.2 การรักษาพยาบาล

3.2.1 ชุมชนควรมีข้อมูลของสถานที่ให้บริการทางการแพทย์ในระดับต่างๆ สำหรับคนพิการแต่ละประเภท (ตารางการบริการ ค่าใช้จ่าย ขั้นตอนการเข้าถึงบริการ) และสามารถอำนวยความสะดวกในการส่งต่อได้ เมื่อคนพิการมีปัญหาทางการแพทย์ เพื่อลดอุปสรรคในขั้นตอนต่างๆ ก่อนไปโรงพยาบาล ระหว่างอยู่ใน โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน เนื่องจากคนพิการมีความยากลำบากในการเดินทางและการเข้าติดต่อหน่วยงาน เพียงลำพัง

3.2.2 ชุมชนควรจัดการให้คนพิการได้รับการรักษาที่ทันการณ์ เพื่อลดความรุนแรงของโรคเนื่องจาก ความพิการอาจจะบดบังอาการบางอย่าง เช่น ผู้ป่วยอัมพาตจากปัญหาของไขสันหลัง หากมิได้ตั้งอีกเสบจะปวด ท้องไม่ชัดเจนและตรวจไม่พบอาการ

3.2.3 ชุมชนควรประสาน และจัดการให้คนพิการและครอบครัวได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การขอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของตน ชักถามถึงทางเลือกของวิธีการรักษา การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือการดูแลสุขภาพ และคอยดูแลตนเองตามที่ทีมดูแลแนะนำเพื่อให้มี ความสามารถในการดูแลตนเองตลอดชีวิต

3.2.4 ประสานและสนับสนุนให้มีบริการรักษาพยาบาล ที่คำนึงถึงความจำเป็นทางการแพทย์ เคารพในศักดิ์ศรี สิทธิผู้ป่วย และสิทธิมนุษยชน ด้วยการให้ข้อมูลข้อดีข้อเสียของการรักษาอย่างครบถ้วน เพื่อ ประกอบการตัดสินใจ ให้บริการที่มีคุณภาพ เนื่องจากคนพิการมักจะมีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน และแนวทาง การแก้ไขมีหลายทางเลือกซึ่งบางครั้งมีข้อดีและข้อเสียที่ต้องการการไตร่ตรองก่อนตัดสินใจ

3.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

3.3.1 ชุมชนควรประสาน/จัดหาคนที่มีความสามารถมาให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แก่คนพิการที่พักอาศัยอยู่ในชุมชน แต่ยังมีปัญหาในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันที่บ้านหรือดำรงชีวิตในสังคม เพื่อให้ คนพิการสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ และเพื่อคงสภาพ/ระดับ ความสามารถไม่ให้เสื่อมลงในรายที่ความพิการคงที่แล้ว การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนจะช่วยให้คน พิจารสามารถทำกิจกรรมอื่น ๆ ควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เช่น เด็ก ได้เรียนหนังสือ หรือเล่นกับ เพื่อน ผู้ใหญ่ได้ดูแลบ้าน ทำงาน อยู่กับครอบครัวและมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและชุมชน ทั้งนี้การฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์มิใช่เรื่องเฉพาะของนักวิชาชีพ แต่เป็นเรื่องเรียนรู้ได้ง่าย ปลอดภัย และเกิดประโยชน์หากได้ทำต่อเนื่อง

3.3.2 หากคนพิการมีความจำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพที่เฉพาะ หรือฝึกอย่างเข้มข้น เช่น มีโอกาสการฟื้นฟูความสามารถได้มาก ควรได้รับเทคนิคการฟื้นฟูเพิ่มขึ้น หรือมีการนัดหมายเพื่อตรวจติดตามถี่ขึ้น หรือมีการ ประสานส่งต่อไปรับบริการที่อื่นร่วมด้วย

3.3.3 จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้คนพิการและผู้สูงอายุอยู่ในบ้านได้อย่างอิสระ มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่น น้อยที่สุด และจัดสถาน ให้คนพิการมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมเพิ่มขึ้น ด้วยความปลอดภัย

3.3.4 ส่งเสริมให้คนพิการและครอบครัวสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพราะการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ได้ผลต้องการการฝึกฝนอย่างจริงจัง ด้วยระยะเวลาและความถี่ในแต่ละวันที่ เหมาะสม อย่างต่อเนื่อง

3.4 การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีข้อจำกัดทางร่างกาย มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว โดยสามารถใช้อุปกรณ์ต่างๆที่แตกต่างกันไป หรือเครื่องช่วยเหลือนคนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ซึ่งแตกต่างจากคนพิการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งหากคนพิการมีเคลื่อนช่วยหรืออุปกรณ์ที่เหมาะสมก็จะทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองและลดภาระหน้าที่ที่ตนเองได้ ชุมชนจึงควรมีบทบาทหน้าที่ด้านการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วย ดังนี้

3.4.1 ชุมชนควรช่วยให้คนพิการและครอบครัว สามารถเลือกอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม กับตนเองได้

3.4.2 ชุมชนควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสิทธิและทางเลือกในการเลือกใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และจัดให้คนพิการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามความจำเป็น เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และ ทันทต่อการใช้งาน

3.4.3 ชุมชนควรจะดูแลให้คนพิการใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการได้อย่างเต็มที่ตาม การออกแบบไว้ ป้องกันอันตรายจากการใช้งานผิดวิธี สามารถดูแลรักษาได้

3.4.4 ชุมชนควรจัดให้คนพิการสามารถซ่อมแซมอุปกรณ์ฯ ได้ในชุมชน หรือประสานส่งไปซ่อมแซม กรณีที่มีความซับซ้อน

3.4.5 ชุมชนควรมีการจัดการความรู้และทำการพัฒนาด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

โดยสรุปแล้ว การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย แนวคิดการจัดบริการสุขภาพคนพิการ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการดำเนินการด้านสาธารณสุขซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ

และการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดมุกดาหาร

3.5 แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามคู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและสังคมมีเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการและมีการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาศักยภาพคนพิการให้เป็นไปได้ในทางที่ดีโดยมีการค้นหาคนพิการครอบครัวที่มีศักยภาพและแสดงให้เห็นถึงรูปธรรมของการดำเนินชีวิต ผู้พิการมีศักยภาพในการทำประโยชน์แก่ตนเองและสังคมหากได้รับโอกาสอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันการออกแบบเพื่อให้ผู้บริการสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้เท่าเทียมกับประชาชนกลุ่มอื่นๆ จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้พิการดีขึ้นสามารถมีสุขภาพที่ดีมีอิสระมีศักดิ์ศรีและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม เพื่อแสดงให้เห็นถึงรูปธรรมของการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะการเผยแพร่เรื่องความสามารถในการพัฒนาตนเองและศักยภาพคนพิการ เจตคติสร้างสรรค์ความพิการและคนพิการ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, 2552)

3.5.1 เป้าหมายสุดท้ายของระบบป้องกันความพิการและดูแลคนพิการ

- 1) ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีสติ ลดความพิการตั้งแต่กำเนิด ลดภาวะโรคแทรกซ้อน ลดสาเหตุการเกิดความพิการ
- 2) คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความมั่นคงในชีวิต มีคุณค่าและศักดิ์ศรี
- 3) ระบบดำเนินการได้อย่างยั่งยืน และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

3.5.2 ผลลัพธ์ในการป้องกันและดูแลคนพิการ

- 1) ประชาชน ได้รับการสื่อสารความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดความพิการ มีความรู้ความเข้าใจ เท่าทันข้อมูลตลอดจนได้รับการคัดกรอง ดูแล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างครอบคลุมตามมาตรฐาน
- 2) คนพิการ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความพิการ มีการรับรู้ข้อมูลที่เท่าทันและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุมตามมาตรฐาน

3.5.3 แนวคิดหลักในการป้องกันและดูแลคนพิการแบบบูรณาการ

- 1) ด้านสุขภาพกาย มีระบบการดูแลคนพิการให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และพิการซ้ำซ้อน

2) **ด้านจิตใจ** มีการช่วยเหลือเกื้อกูลให้คนพิการรู้สึกมีคุณค่าและศักดิ์ศรี มีพื้นที่ทางสังคม

3) **ด้านสังคม** มีระบบช่วยเหลือให้คนพิการมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ทางด้านเศรษฐกิจสังคมและสภาพแวดล้อม

4) **ด้านจิตวิญญาณ** หมายถึงการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายโดยมี เป้าหมายร่วมกันในการป้องกันและดูแลสุขภาพคนพิการ

3.5.4 ระบบการป้องกันและดูแลคนพิการแบบบูรณาการ

ประชาชนดำเนินชีวิตอย่างมีสติเพื่อลดความเสี่ยงจากความพิการตั้งแต่กำเนิด ลดภาวะ โลกแตกซ้อนลดความพิการที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและลดการเกิด อุบัติเหตุที่จะก่อให้เกิดความพิการคนพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความ มั่นคงในชีวิตมีคุณค่าและศักดิ์ศรีระบบดำเนินการอย่างยั่งยืนและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.5.5 ผลลัพธ์ของระบบการดูแลคนพิการ

ประชาชนได้รับการสื่อสารความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดความพิการมีความรู้ ความเข้าใจกันข้อมูลตลอดจนได้รับการคัดกรองดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างครอบคลุมตาม มาตรฐานคนพิการได้รับการสื่อสารความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความพิการมีความรู้ความเข้าใจเข้าทำ ข้อมูลการรับรู้และเข้าสวัสดิการตลอดจนได้รับการคัดกรองดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่าง ครอบคลุมค่ามาตรฐาน

3.5.6 ด้านการดำเนินงาน

เป้าหมายที่เป็นประชาชนทั่วไปและผู้พิการมีการป้องกันและลดความพิการ กลุ่มเป้าหมายที่พิการและซึ่งแบ่งตามประเภทความพิการแนวนั้นสามารถดูแลตนเองได้เพื่อ จัดระบบดูแลช่วยเหลือความพิการให้เหมาะสมและสอดคล้องเป้าหมายในการป้องกันดูแลคนพิการ แบบบูรณาการประกอบด้วย

- 1) ประชาชนทั่วไป
- 2) ที่การตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป
- 3) คนพิการที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
- 4) ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลระยะที่มี ผู้ป่วยที่อยู่ใน โรงพยาบาลระยะที่มีโอกาสเกิดความพิการ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลระยะที่มีโอกาสเกิด ความพิการเช่น โรกระบบหลอดเลือด อุบัติเหตุที่ส่งผลต่อระบบสมองและระบบประสาท
- 5) คนที่ป่วยที่มีความพิการอยู่แล้วมีการกระตุ้นฟื้นฟูต่อเนื่องได้เพียงพอ เพื่อลดความพิการ

6) คนพิการที่ป่วยเรื้อรังต้องได้รับการดูแลที่บ้าน

3.5.7 การทำงานร่วมกันแบบภาคีเครือข่ายและการดำเนินงาน

การป้องกันและดูแลคนพิการแบบบูรณาการคนล้วนมีบทบาทความสำคัญ ในการรับรู้เข้าถึงโอกาสความพิการมองเห็นคุณค่าและศักยภาพของคนพิการที่หลงเหลืออยู่จาก ข้อจำกัดในการมองเห็นการได้ยินการสื่อความหมายการเคลื่อนไหวจิตใจอารมณ์พฤติกรรม สติปัญญาและการรับรู้และการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่คนพิการทั้งนี้ทุกฝ่ายต้องมีการประสานงาน และทำงานร่วมกันในการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสภาพคนพิการรวมทั้งเชื่อมโยงกับ หน่วยงานภาครัฐภาคเอกชนที่เข้ามาสนับสนุนในการปรับสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย งบประมาณตลอดจนการวางแผนอำนวยการในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังป้องกันและลด อุบัติเหตุในพื้นที่อย่างเป็นระบบ ภาคีเครือข่ายระดับตำบลได้แก่ครอบครัวชุมชนกำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ.) อาสาสมัคร ดูแลผู้ด้อยโอกาส(อสค.)อาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) จิตอาสา พยาบาลและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่และผู้บริหารองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นระดับอำเภอได้แก่สาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนสำนักงานพัฒนาชุมชน อำเภอ สถานีตำรวจ และอื่นๆระดับจังหวัดได้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พัฒนาสังคมและ ความร่วมมือของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) สำนักงาน ส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตาม อรรถาศัย (กศน.) สำนักงานพัฒนาชุมชน (พช.)

3.5.8 การกำหนดนโยบายสาธารณะ (Public policy) หากให้คนพิการสามารถ เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่างๆเช่นการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการการป้องกันและการตรวจหาความผิดปกติในระยะ ตั้งครรภ์และหลังคลอดการจัดให้มีเงินสนับสนุนจากกองทุนชุมชนต่างๆเพื่อช่วยเหลือดูแลคน พิการ

3.5.9 การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย การดำเนินงานดังกล่าวจะเป็นลักษณะ หน่วยบริการสุขภาพหรือผู้จัดการที่รับผิดชอบประสานงานให้มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เป็นหลักมากกว่าการดำเนินงานเอนแต่ต้องมีพื้นฐานการทำงานสานสัมพันธ์และความเข้าใจร่วมกัน อย่างต่อเนื่องดังต่อไปนี้

1) ทีมระดับอำเภอ ได้แก่แพทย์/พยาบาล/ทีมสหวิชาชีพ/นักกายภาพบำบัด/ สังคมสงเคราะห์/ทันตแพทย์/สุขภาพจิตและทีมจากสาธารณสุข บทบาทในการสนับสนุนด้าน วิชาการพัฒนาศักยภาพทางด้านคลินิก รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่

เหมาะสมสำหรับคนพิการแต่ละประเภทรวมทั้งประสานและรับส่งต่อติดตามความคืบหน้าด้านสุขภาพของคนพิการในการไปรับบริการสุขภาพยังสถานบริการทุกระดับ

2) *ทีมระดับตำบล* ได้แก่บุคลากรใน รพ.สต. เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติ/นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข/ทันตภิบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีบทบาทในการดูแลปัญหาสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ประสานส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถผู้เรียนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมทั้งการสนับสนุนกิจกรรมของคนพิการในพื้นที่เป็นที่ปรึกษาของทีมในระดับชุมชนและเชื่อมประสานกับองค์กรท้องถิ่นและภาครัฐ

3) *ทีมระดับชุมชน* ได้แก่ประชาชนในพื้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสพ.) อาสาสมัครดูแลผู้ด้อยโอกาส (อสด.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ กำนันผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสาและคนในครอบครัว มีบทบาทในการสื่อสารความเสี่ยงกระตุ้นให้ประชาชนเข้าใจต้องการความคิดเห็นต่างๆรวมทั้งเข้าใจสภาพของคนพิการตลอดจนเข้าไปร่วมดูแลคนพิการในครอบครัวที่มีข้อจำกัด

3.6 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในตำบลหัวน้ำใหญ่ อำเภอหัวน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการให้บริการดังต่อไปนี้ (คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอำเภอหัวน้ำใหญ่, 2560)

1) *ตรวจคัดกรองผู้พิการตามกฎหมาย 7 ประเภท* ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้พิการ

2) *มีการค้นหาผู้พิการที่ยากไร้ถั่วทอดทั้งขาดผู้ดูแลและครอบครัวมีความยากลำบากในการดูแลให้ครบทุกหมู่บ้าน* โดยการร่วมกับชุมชนในการจัดการให้ความช่วยเหลือจนสามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระได้

3) *ตรวจประเมินและให้การดูแลหรือส่งต่อประสานงาน* เพื่อรับสวัสดิการด้านอื่นๆเช่นการส่งเสริมอาชีพการส่งเสริมทางการเรียน

4) *มีการส่งต่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้บรรลุเป้าหมาย*

5) *มีการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมแก่คนพิการในความดูแลของตนเอง*

6) *ประสานงานกับพัฒนาสังคมจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง* ในการปรับสภาพแวดล้อมบ้านบริเวณที่อยู่อาศัย

7) *บริการตรวจและรับรองความพิการ* เพื่อส่งต่อในการจดทะเบียนคนพิการและรับสวัสดิการตามสิทธิ์

3.6.1 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน (คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอำเภอห้วยน้ำใหญ่, 2560, น. 16-21)

1) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนความเสี่ยง เพื่อให้การรักษาป้องกันสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพเช่นการเกิดข้อติดแข็งแผลกดทับการเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การรับยาต่อเนื่อง

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (*Communication based rehabilitation CBR*) หมายถึง การพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่อง ทั้งระยะกลาง และระยะยาว สำหรับดูแลผู้พิการวิธีการจัดบริการที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นแม่ข่ายสนับสนุนให้มีการบริการฟื้นฟูที่บ้านคือมี รพ.สต. ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สร้างทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่มีความต้องการทำกายภาพบำบัดเครื่องฟื้นฟู มีการเยี่ยมจากทีมใหญ่สัปดาห์ละ 1 ครั้งและมีการเยี่ยมจากทีม รพ.สต. สัปดาห์ละ 3-4 ครั้งมีอสม.ดูแล ทุกวัน ในกรณีที่หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดมีการใส่สายสวนปัสสาวะมีแผลกดทับหรือผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เพื่อดูแลทำกายภาพบำบัดที่บ้านและประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพประสานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อวางแผนปรับเปลี่ยนแผนการรักษาฟื้นฟูเป็นระยะฟื้นฟูในระยะยาวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติสุขได้

3) ระบบบริการเฉพาะทาง (คัดกรองและดูแลเฉพาะทาง) จะเป็นการฟื้นฟูความพิการตามความพิการ ลักษณะเฉพาะ เช่น การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การแก้ปัญหาเรื่องการฟัง การมองเห็น หรือแม้แต่ปัญหาจิตใจ ตลอดจนโรคเรื้อรังด้านต่างๆ ที่ควรมีการจัดการระบบประสานส่งต่อ เพื่อการดูแลเฉพาะทางตามมาตรฐานอย่างเหมาะสม

4) บริการประสาน รับส่งต่อเป็นการพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างบ้านสถานพยาบาล ชุมชนที่มีประสิทธิภาพและดำเนินงานอย่างรวดเร็ว มีการส่งต่อคนพิการและทุพพลภาพให้ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ตามความพิการของแต่ละราย

3.6.2 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคคนพิการทางการเคลื่อนไหว (งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลห้วยน้ำใหญ่, 2560, น. 32-36)

1) ออกหน่วยตรวจคัดกรองตามเกณฑ์ที่กำหนดของสปสข. ตามกลุ่มอายุตามกลุ่มป่วยหรือตามกลุ่มโรคเรื้อรัง

2) เยี่ยมบ้านดูแลและส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตตามกลุ่มโรค จากแนวทางการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านอสม. ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของตำบลห้วยน้ำใหญ่อำเภอห้วยน้ำใหญ่จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งยึดแนวทางตามคู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของโรงพยาบาลห้วยน้ำใหญ่ ผู้วิจัยสามารถสรุปโดย

กำหนดตัวแปรตามบทบาทของ (อสม.) ได้ 5 ด้านดังต่อไปนี้ ด้านการสำรวจและขึ้นทะเบียน การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ในการเคลื่อนไหวการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลห้วยน้ำใหญ่อำเภอห้วยน้ำใหญ่จังหวัดมุกดาหาร

3.7 แนวทางและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ. ศ. 2554

ประกาศว่า ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอบรมเพิ่มพูนความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านและให้มีการปฏิบัติหน้าที่ในหมู่บ้านหรือชุมชนในภารกิจซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของ กระทรวงสาธารณสุข โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการนั้นมีรายละเอียดดังต่อไปนี้คือให้มีการ สำรวจและประเมินคนพิการมีการจัดทำแผนหรือกิจกรรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการร่วมกับ ชุมชนมีการปฏิบัติงานเชิงรุกเยี่ยมบ้านคนพิการและให้ดำเนินกิจกรรมชมรมคนพิการและเมื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานแล้วให้บันทึกข้อมูลและเก็บไว้ เป็นหลักฐานเพื่อให้สามารถตรวจสอบได้ต่อไป (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

3.8 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการช่วยเหลือครอบครัวฟื้นฟูสมรรถภาพสมาชิกคนพิการทางการเคลื่อนไหว

สถานการณ์และการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนในเมืองไทย มีลักษณะเป็นการให้บริการจากกลุ่มงานของวิชาชีพต่างๆ ในสถาบันต่างๆ ไปสู่ชุมชน คนพิการหรือ คนในชุมชนยังมีส่วนร่วมน้อยมาก การได้รับความช่วยเหลือพบว่ายังน้อยมาก คนพิการยังมีบทบาท เพียงเป็นสมาชิกกลุ่มหรือเป็นผู้มารับบริการมากกว่ากลุ่มคนที่จะให้ความช่วยเหลือไม่สามารถที่จะ ทำงานได้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่องแต่เป็นการทำงานแบบผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและยังคงพบว่ามีปัญหา สะสมไม่ได้ปฏิบัติงานอย่างจริงจัง จากแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและความรู้ของอสมไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีเวลาเข้ารับการอบรม การไม่ปฏิบัติหน้าที่อย่างจริงจังทำให้แผนการปฏิบัติงาน ไม่สามารถบรรลุผลและเป้าหมายได้ (โกมาส จึงเสถียรทรัพย์, 2549)

ในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่ของรัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้มีแผนปฏิบัติงานอย่าง ชัดเจนในการอบรมอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านขาดความรู้ความ เข้าใจไม่มีความมั่นใจไม่รู้บทบาทหน้าที่ของตนเองไม่สามารถจัดการเวลาและกำหนดเวลาที่ แน่นนอนตามที่หลักสูตรหรือแผนปฏิบัติงานได้เขียนไว้ชัดเจนสอดคล้องกับภารกิจต้องมีการ

ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในหลายหน่วยงานเนื่องจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต้องช่วยเหลืองานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลักอีกทั้งแนวคิดและกระบวนการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานปู้ติคอยู่กับระบอบราชการและใช้รูปแบบการดำเนินการแบบเดียวทั่วประเทศอีกทั้งชุมชนยังขาดความเชื่อมั่นในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเพื่อนบ้านและคนพิการยังขาดความมั่นใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (โกมาส จึงเสถียรทรัพย์, 2549)

การดำเนินงานดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงทำให้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลคนพิการยังไม่ดีเท่าที่ควรอีกครั้งครอบครัวยังไม่สามารถเห็นความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ก่อให้เกิดทัศนคติที่ผิดความคิดที่ผิดๆ ในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและยังไม่มีความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจากองค์กรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรส่วนท้องถิ่นเทศบาลหรือ ศูนย์ช่วยเหลือคนพิการ (นิยดา หวานชัยสิทธิ์, 2543) ยังชีพยังไม่มีแนวทางในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือก่อนหลังก่อกำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางด้านเศรษฐกิจและสังคมล่าช้าไม่ต่อเนื่อง ทำให้ขาดความมั่นใจในการทำงาน สมาชิกในครอบครัวไม่พึงพอใจต่อการทำงานของอสมทำให้อสม.ขาดขวัญและกำลังใจท้อแท้เนื่องจากไม่มีสวัสดิการจูงใจ เช่น ค่าตอบแทน (ประเวศ ะสี, 2546)

4. แนวคิดการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม

4.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือว่าเป็นหลักการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืนเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาในด้านต่างๆ เป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ชุมชนสามารถพึ่งตัวเองได้ แม้จะมีการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนและมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างแพร่หลาย แต่ประชาชนยังไม่สามารถพึ่งตัวเองได้และชุมชนไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม นักวิชาการและนักพัฒนาได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน และได้เสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมไว้ ดังต่อไปนี้

4.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

ชุมชน (Community) หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นปกติต่อเนื่องอันเกิดมาจากการอยู่ร่วมกัน หรือการมีอาชีพ

รวมกันหรือการประกอบกิจกรรมซึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรมหรือความสนใจร่วมกัน (วันเพ็ญ สันธิ์ทิม, 2554)

ยูพาพร รูปงาม (2545) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation) ว่าเป็นผลมาจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลง และมีความเห็นพ้องต้องกัน ต้องมีเหตุการณ์หรือความคิดให้เข้าให้มีความคิดริเริ่มโครงการ เพื่อปฏิบัติ โดยมีเหตุผลเบื้องต้น เป็นการรวมตัวกันของคนจำนวนมาก มีการกระทำและปฏิบัติร่วมกันเป็นกลุ่ม ในนามองค์กร (Organization)

พัชรี สิโรรส และคณะ (2546) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นกระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะแลกเปลี่ยน ข้อมูลและความคิดเห็นเพื่อแสวงหาทางเลือกและตัดสินใจต่างๆเกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับร่วมกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งถึง ระยะเวลาติดตามและประเมินผลงานเพื่อให้เข้าใจและมีการรับรู้และเรียนรู้ปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกัน

สรยุทธ จันสุข (2553) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่าหมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลในขั้นตอนต่างๆของการดำเนินกิจกรรมอย่างหนึ่ง

4.1.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ฉลวย หนูจิต (2551) กล่าวไว้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอันชอบธรรมของทุกคนที่ให้ความเคารพยอมรับและยกย่องโดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกที่เกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพชีวิตการพัฒนางานที่เกี่ยวข้องกับประชาชนเป็นจำนวนมากจำเป็นต้องใช้คนหมู่มากเหล่านี้ให้มีสิทธิ์มีเสียงในการแสดงออกมีกลยุทธ์ในการพัฒนาที่ส่งผลถึงกลุ่มประชาชนผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากจนในทางตรงกันข้ามกับส่งผลให้กลุ่มคนผู้ได้เปรียบมีโอกาสมากขึ้นจึงจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์ในการพัฒนาใหม่โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น ที่ผ่านมามีโครงการจำนวนมากไม่น้อยที่ประสบความสำเร็จโดยอาศัยวิธีการที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรวมกลุ่มจัดตั้งองค์กรต่างๆและในขณะเดียวกันมีโครงการที่ล้มเหลวเป็นจำนวนมากเช่นกันเนื่องจากไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องของการปฏิบัติการเป็นกลุ่มหรือเป็นผลอันมาจากความรู้สึกผูกพันของสมาชิกแต่ละคนที่เข้ามาร่วมพิทักษ์ประโยชน์ของเขาและในขณะเดียวกันยังได้ประโยชน์แก่ส่วนรวมด้วยการมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อประชาชนเพื่อให้ทราบว่า เขาต้องการอะไรมีปัญหาอะไรและอยากแก้ไขอะไรถ้าให้โอกาสประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมย่อมช่วยสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

วนิดา วิระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ (2543) ได้เสนอปรัชญาแนวคิดและธรรมชาติของการมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถสรุปได้ดังนี้ ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาจะต้องเชื่อว่าประชาชนในชุมชนรู้ว่าพวกเขาต้องการอะไรมีศักยภาพเพียงพอในการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของตนสามารถค้นหาทางเลือกของท้องถิ่นและความเป็นไทยต่างได้จากภายนอกเพื่อที่จะแก้ปัญหาของพวกเขากเองสามารถวางแผนเพื่อการพัฒนาตนเองและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมได้ดังนี้ เช่นการมีส่วนร่วมในการมีสิทธิเสนอความคิดเห็นต่างๆการมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นกลุ่มเป็นผลรวมของการผูกมัดของแต่ละคนบนพื้นฐานความเชื่อการมีส่วนร่วมและส่วนสำคัญในกระบวนการบริหารพัฒนาชนบทการมีส่วนร่วมจะถูกดำเนินไป 2 บริบทโดยการพัฒนาสิ่งที่ประชาชนมุ่งหวังและอีกอย่างคือเป็นการพัฒนาให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจถึงทรัพยากรและประเด็นต่างๆที่จำเป็นต่อการทำโครงการ การมีส่วนร่วมคือเครื่องมือชีวิตในการพัฒนาชนบทการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับพื้นฐานในการพัฒนาชนบทพบว่าผลประโยชน์การพัฒนาจะตกแก่ประชาชนมากขึ้นการมีส่วนร่วมจึงจำเป็นสำหรับการพัฒนาและทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาชนบทอย่างจริงจัง

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทจะต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและบุคคลภายนอก เพื่อให้ประชาชนได้แก้ปัญหาวางแผนการตัดสินใจดำเนินการใช้ประโยชน์และประเมินโครงการต่างๆด้วยตัวของประชาชนเองทำให้ประชาชนมีการยอมรับโครงการและผูกพันกับโครงการตลอดทำให้เป็นเครื่องมือชีวิตในการตัดสินใจในโครงการว่าการพัฒนาชนบทมาจากความต้องการของประชาชน ในทุกระยะของกระบวนการตั้งแต่การกำเนิดโครงการซึ่งเชื่อว่ากลไกนี้ทำให้เกิดการพัฒนาชนบทที่แท้จริงจะเกิดขึ้นในหมู่บ้านต่างๆเพื่อการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงมีความสำคัญและเป็นหัวใจในการพัฒนาชนบทและขอยืนยันได้ว่าการพัฒนาเป็นเรื่องของประชาชนโดยประชาชนและเพื่อประชาชน

4.1.3 กระบวนการมีส่วนร่วม

เซนเทนเดร (Szentendre, 2002) กล่าวว่า กระบวนการการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) การมีส่วนร่วมด้านการวางแผนสามารถค้นหาปัญหาและสาเหตุของแต่ละท้องถิ่นที่ กล่าวคือถ้าหากชาวชนบทยังไม่สามารถทราบถึงปัญหาและไม่เข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาในท้องถิ่นของตนเอง การดำเนินการแก้ปัญหาต่างๆในท้องถิ่นก็จะไม่เกิดประโยชน์ เพราะจะไม่สามารถเข้าใจปัญหาท้องถิ่นของตนเอง

2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานเป็นการดำเนินกิจกรรมต่างๆตามแผนงานเป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ชาวบ้าน สามารถรู้และปฏิบัติตามกิจกรรม บทบาท สามารถแก้ปัญหา

ทราบถึงวิธีการคิด สามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล รู้จักจัดการและนำเอาปัจจัยข่าวสารต่างๆ มาใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ สามารถนำข้อมูลข่าวสารต่างๆ มาใช้ในการวางแผนได้

3) การมีส่วนร่วมในการจัดสรรผลประโยชน์ แม้ชาวบ้านส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน แต่อาจมีแรงงานของตนเองที่สามารถเข้าร่วมได้ การร่วมลงมือและปฏิบัติหน้าที่ทำให้ชาวบ้านรู้จักวิธีคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผลรู้จักนำข้อมูลต่างมาคิดหาต้นทุนการดำเนินงานได้ด้วยตัวเอง ทำให้สามารถดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ได้

4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการติดตามงานและประเมินผลงาน หากขาดการมีส่วนร่วมแล้ว ชาวบ้านชาวชนบทย่อมจะไม่ทราบงานที่ตนทำไปนั้น ได้ผลดีหรือมีประโยชน์อย่างไร การดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกัน ในโอกาสต่อไปทำอย่างไรจึงจะประสบผลสำเร็จ

นอกจากนี้กระทรวงศึกษาธิการยังกล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่ามีขั้นตอนในการพัฒนาการมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาในชุมชนตลอดจน กำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ 2) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงานตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่ใช้ 3) ขั้นตอนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือเข้าร่วมบริหารงานประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก 4) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการพัฒนาหรือยอมรับ ผลประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ 5) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าร่วม ประเมินว่าการพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์

จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลบทบาทในการมีส่วนร่วมของการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านผู้วิจัยได้นำมาสรุปเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคทั้งหมด 5 ด้านเพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด 1) ได้แก่ ปัญหาอุปสรรคทางการสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียน 2) ปัญหาด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 3) ปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในด้านต่างๆ 4) ปัญหาอุปสรรคด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน 5) ปัญหาอุปสรรคด้านการจัดหาอุปกรณ์การใช้เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว

4.1.4 ประโยชน์การมีส่วนร่วมของประชาชน ดังต่อไปนี้ (นภาพร พาณิชย์, 2545)

ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเองและตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาตนเอง 1) ประชาชนมีโอกาสใช้ความรู้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในรูปแบบความคิดการตัดสินใจและมีการกระทำความสามารถได้อย่างเต็มที่ 2) เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด 3) ประชาชนมีความในความเป็นเจ้าของในการพัฒนาที่มีความมั่นคงถาวรและประหยัด 4) เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถและพลังของประชาชนในการพึ่งตนเอง 5) เป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย 6) ประชาชนรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชน 7) เป็นการแสดงออกถึงความเคารพนับถือเชื่อใจไว้ใจรักและศรัทธาในประชาชนได้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานได้

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกิจกรรมการพัฒนาต่างๆจะบ่งบอกถึงความยั่งยืนของกิจกรรมการพัฒนางานนั้นเพราะมีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรมและมีการวางแผนตลอดจนร่วมในการตรวจสอบคุณภาพนำผลที่ได้ไปพัฒนาดังนั้นแนวคิดการมีส่วนร่วมจึงสามารถนำมาใช้ในการจัดการตนเองด้านสาธารณสุขได้อีกแนวคิดหนึ่ง

4.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยที่เหมาะสมและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (2542, น. 69) ได้อธิบายว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนได้แก่ 1) การปฏิบัติตนให้สอดคล้องตามความเชื่อพื้นฐานของตนเองและความเชื่อพื้นฐานของกลุ่ม 2) การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานของตนเองและกลุ่ม 3) การส่งเสริมป้องกันและรักษาเป้าหมายของตนเองและกลุ่ม 4) ประสบการณ์ของบุคคลบางครั้งพฤติกรรมของบุคคลอาจจะมาจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา 5) ความคาดหมายบุคคลหรือกลุ่มที่จะกระทำในสิ่งที่คาดหมายว่าจะกระทำในสถานการณ์เช่นนั้นและมักปฏิบัติต่อผู้อื่นตามที่ตนคาดหวังจากผู้อื่น 6) การมองแต่ตนเองบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมักจะกระทำในสิ่งที่ตนเองคิดว่าจะกระทำเช่นนั้น 7) โอกาสบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคมเฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและโอกาสซึ่งโครงสร้างทางสังคมและอำนาจให้เขากระทำเช่นนั้น 8) ความสามารถบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างที่ตนเห็นว่าสามารถทำได้ 9) การสนับสนุนบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมักจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขารู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนที่ดีพอในการกระทำเช่นนั้น

Cohen and Up hoff (1977) ได้เสนอเพิ่มเติมอีกว่ามีบุคคล 4 กลุ่มที่มีความสำคัญในการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมชนบทประกอบด้วยประชาชนในท้องถิ่น กลุ่มที่มีความสำคัญในการมีส่วนร่วมใน โครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมชนบทประกอบด้วยประชาชนในท้องถิ่น กลุ่มที่มีความสำคัญในการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมชนบทประกอบด้วยประชาชนในท้องถิ่นผู้นำท้องถิ่นผู้นำ กลุ่มที่มีความสำคัญในการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมชนบทประกอบด้วยประชาชนในท้องถิ่นผู้นำท้องถิ่นผู้นำท้องถิ่นเจ้า กลุ่มที่มีความสำคัญในการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมชนบทประกอบด้วยประชาชนในท้องถิ่นผู้นำท้องถิ่นผู้นำท้องถิ่นเจ้าหน้าที่ของรัฐและบุคคลภายนอกสำหรับ การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมีปัจจัยหลายอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมได้แก่ 1) อายุและเพศ 2) สถานภาพในครอบครัว 3) ระดับการศึกษา 4) สถานภาพทางสังคม

รัตวัลย์ วรรณนา (2544) การมีส่วนร่วมของชุมชนมีหลายรูปแบบและมีระดับ 2 การเข้ามามีส่วนร่วมที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละชุมชน ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนกล่าวคือ

4.2.1 บทบาทของผู้ปฏิบัติงานหรือเจ้าหน้าที่เข้าไปดำเนินงานในชุมชนมีคุณลักษณะที่ไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เช่นการวางตัวไม่เหมาะสม ถูกคุกคามชาวบ้านว่าค้อยกว่าตน ไม่ให้ความเป็นธรรมกับทุกฝ่ายการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัวพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

4.2.2 การจัดระบบการบริหารของรัฐหรือองค์กรเอกชน ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระเบียบขององค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆเมื่อเจ้าหน้าที่เข้าไปในชุมชนจะต้องยึดระเบียบและคำสั่งจากผู้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติตามนโยบายซึ่งอาจทำให้การดำเนินการไม่เป็นไปตามหลักการพัฒนาชุมชนจึงมุ่งทำงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบายมากกว่าคำนึงถึงความต้องการของชุมชน

4.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างของชุมชน หมายความว่าคุณภาพประชากรกลุ่มและลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชนรวมทั้งค่านิยมขนบธรรมเนียมของชุมชนแต่ละแห่งที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมเช่นถ้าชุมชนใดมีความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิรู้จักกันเป็นญาติพี่น้องกัน การมีส่วนร่วมอาจดีกว่าชุมชนที่ประชาชนมาจากหลายแห่งมีวัฒนธรรมที่แตกต่างหรือถ้าประชากรใดมีคุณภาพดีมีระดับการศึกษาที่ดี มีรายได้สูงมีทัศนคติที่ดีเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมีความตื่นตัวในการพึ่งพาตนเองก็จะเป็ประโยชน์ในการปลูกฝังจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.2.4 ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมของชุมชน กล่าวคือถ้าชุมชนใดมีทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่ดีเช่นมีดินและป่าที่อุดมสมบูรณ์ ที่ตั้งของชุมชนเหมาะสมประชากรสามารถ

ประกอบอาชีพและรายได้ดีสิ่งเหล่านี้จะทำให้ประชาชนมีความมั่นคงในการดำรงชีวิตการระดมการมีส่วนร่วมทำได้ง่ายกว่าชุมชนที่ขาดแคลนทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี

4.3 พฤติกรรมองค์การ (Organizational Behaviors) (Shermarhorn, Humtand Osborn, 1991) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ของสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของมนุษย์ และต่อพัฒนาการขององค์การในอนาคต ได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยีและการแข่งขัน ซึ่งภายนอกองค์การ ยังมีปัจจัยภายในและขอบข่ายความสัมพันธ์ขององค์การที่เป็น การพลวัต ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัย ได้แก่ การตลาด การเงิน การผลิตและการจัดการ ทรัพยากร และมนุษย์ “องค์การ” หมายถึงระบบที่เกิดจากการรวมตัวกันของบุคคล อย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ เพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมี เป้าหมายที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถแบ่งองค์การได้เป็นหลายลักษณะ ได้แก่ องค์การแบบเป็นทางการ องค์การแบบไม่เป็นทางการ และองค์การแบบปฐมภูมิและองค์การ แบบทุติยภูมิ พฤติกรรมองค์การเป็นการศึกษาการกระทำของบุคคลใน องค์การ และผลกระทบของพฤติกรรมต่อการแสดงออกขององค์การ พฤติกรรมองค์การจะเกิดจากวิชาต่าง ๆ โดยมีพื้นฐานของการวิจัยเป็น กรอบในการวิเคราะห์ และแก้ปัญหา การศึกษาพฤติกรรมองค์การ จะทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์การและความเปลี่ยนแปลงต่อความอยู่รอด องค์การในอนาคต ส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และสามารถนำพาองค์การให้ประสบความสำเร็จวัตถุประสงค์ที่วางไว้

4.3.1 บุคคลและองค์การ (Individual and Organizational)

องค์การประกอบด้วยบุคคลหลายคน ซึ่งจะต้องอาศัยสมาชิกที่มี ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่หลากหลายเข้ามาทำกิจกรรม ร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ หรือเพื่อให้ตนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ ตามที่แต่ละคนต้องการ เช่น การดำรงชีพชีพ ความปลอดภัย และการยอมรับ จากสังคม เป็นต้น การทำความเข้าใจองค์การต้องพิจารณาปัจจัย 3 ประการ ประกอบด้วย วัฒนธรรม บทบาท และสถานภาพ

4.3.2 ค่านิยม หมายถึง รูปแบบของความรู้สึกและความประพฤติ ที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเห็นว่าเหมาะสม และพอใจจะยึดถือเป็นแนวทาง ปฏิบัติซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับความถูกต้อง ดี-เลว และคุณค่าในประเด็น ต่าง ๆ แต่การอยู่ร่วมกันเป็นสังคมที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลง อยู่ตลอดเวลาอาจเป็นการยากต่อการตัดสินใจว่าอะไรถูก อะไรผิด สมควร หรือไม่สมควร ทำให้หลายประเด็นเป็นสิ่งที่ยากแก่การให้ การศึกษาทัศนคติในการทำงานจะให้ความสำคัญ กับ ความพึงพอใจในงาน การมีส่วนร่วมในงาน และความผูกพันต่อองค์การ เพื่อให้ผู้เรียนรู้สามารถประยุกต์ในการบริหารองค์การให้มีประสิทธิภาพ

4.3.3 บุคลิกภาพ หมายถึง ภาพสะท้อนความสัมพันธ์ของระบบ ร่างกายและจิตใจของบุคคลที่ถูกพัฒนาและสร้างมาบุคคลจะแสดงออก โดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ และสามารถรับรู้โดยบุคคลอื่นทั้งจากการสัมผัสหรือ สังเกตได้ บุคลิกภาพเป็นสิ่งสำคัญในการแสดงความเป็นบุคคลของบุคคลสามารถจำแนก ออกเป็น 6 แบบ ได้แก่ อารมณ์สุข อารมณ์ประหลาดใจ อารมณ์กลัว อารมณ์เศร้า อารมณ์โกรธ และอารมณ์ น่ารังเกียจ ในปัจจุบันความฉลาดทางอารมณ์ซึ่งมักเรียกย่อ ๆ ว่า EI หรือ EQ ความฉลาดทางอารมณ์มีผลต่อการดำเนินชีวิตของเรา ทั้งในแง่บุคคล กับการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ และมีผลต่อความสำเร็จในชีวิต

4.4 การรับรู้ การเรียนรู้ และการเสริมแรง (Perception Learning and Reinforcement)

4.4.1 การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลรวบรวม จัดระบบและทำความเข้าใจกับสิ่งที่เขาได้สัมผัส ทำให้เกิดความรู้สึก การประมวลผล และการแปลความหมายตามปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ ปัจจัยที่มีผลต่อการ รับรู้ของบุคคลประกอบด้วย 6 ประการ ได้แก่ 1) ค่านิยมและทัศนคติ 2) บุคลิกภาพ 3) การตั้งใจ 4) ความสนใจ 5) ประสบการณ์ 6) ความคาดหวัง

4.4.2 การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้าง ถาวรเกิดจากประสบการณ์และการฝึกฝน เช่น บุคคลจะเรียนรู้ ครอบครัว เพื่อน สื่อมวลชน และพฤติกรรมในสังคม เป็นต้น การเรียนรู้ช่วยให้บุคคลจดจำและแสดงพฤติกรรมใหม่ สามารถจำแนกประเภทของการเรียนรู้ออกเป็นลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ 1) การเรียนรู้ทักษะ 2) การเรียนรู้ทัศนคติ 3) ค่านิยม 4) การเรียนรู้มโนทัศน์ 5) การเรียนรู้ภาษา

การประเมินการเรียนรู้ การวัดและตรวจสอบการเรียนรู้การมีพัฒนาการซึ่งมีหลายวิธี เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การให้ปฏิบัติการฝึกศึกษา การสร้างจินตนาการ แบบสอบถาม และการทดสอบ

4.4.3 การเสริมแรง หมายถึง การทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น จำออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ และตัวเสริมแรง ทุติยภูมิ ทฤษฎีเสริมแรงมีความสำคัญต่อการเรียนรู้และตั้งใจให้บุคคล ปฏิบัติงาน ผู้บริหารจะต้องเข้าใจเทคนิคการเสริมแรงทางบวกและทางลบ เพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างเหมาะสม การตั้งใจ (Motivation) การตั้งใจเป็นกระบวนการต่างๆ ที่ร่างกายและจิตใจถูกกระตุ้นจากสิ่ง เร้าให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรม เพื่อที่จะบรรลุจุดมุ่งหมาย ซึ่งผู้บริหารหรือผู้นำต้องมีความรู้และเข้าใจในหลักการและเทคนิคตั้งใจ Mosley, Pietri และ Megginson (2551, pp. 80 อ้างถึงใน Shermarhorn, Humtand Osborn, 1991)

หนังสือพฤติกรรม องค์การ กล่าวถึงเป้าหมายขั้นพื้นฐานของการตั้งใจทางการจัดการ 3 ประการ ได้แก่ 1) เพื่อดึงดูดพนักงานที่มีศักยภาพให้ร่วมงานกับองค์กร 2) เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติงานและสร้างผลงานที่มี ประสิทธิภาพ 3) เพื่อรักษาพนักงานที่มีความสามารถให้อยู่กับองค์กร

4.5 ความพอใจในงาน และคุณภาพชีวิตการทำงาน (Job Satisfaction and Quality of Work Life)

4.5.1 ความพอใจในงาน (Job satisfaction) หมายถึงทัศนคติเกี่ยวกับงานของพนักงาน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อมในงานของเขา เช่น ค่าตอบแทน โอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง ตลอดจนเพื่อนร่วมงาน ปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้วัดความพอใจในงานอย่างเป็นระบบและมีความน่าเชื่อถือหลายวิธี เช่น การใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) การใช้กรณีเหตุการณ์สำคัญ (critical Incidents) ในการวิเคราะห์คำตอบ ซึ่งจะได้ข้อมูลเชิงลึกมากกว่าวิธีอื่น เนื่องจากผลเสียที่เกิดจากความไม่พึงพอใจในงานมีหลายประการ องค์กรจึงควรรหาทางยกระดับความพอใจ และป้องกันมิให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานของพนักงาน เช่น จ่ายค่าจ้างทุกคนอย่างเป็นธรรม ปรับปรุงคุณภาพการบังคับบัญชา กระจายอำนาจ การควบคุมในองค์กร มอบหมายงานให้สอดคล้องกับความสนใจของพนักงาน ให้พนักงานมีส่วนร่วม สร้างความไว้วางใจ ให้มั่นคงและเจริญก้าวหน้า ความผูกพันกับองค์กรเป็นทัศนคติของบุคคลกับองค์กร สามารถมองได้ 2 มุมมอง คือ ความผูกพันอย่างต่อเนื่อง และความสอดคล้องของเป้าหมาย โดยระดับของความผูกพันแบ่งออกเป็น 4 แบบ ได้แก่ แบบขาดความผูกพัน แบบผูกพันมาก แบบผูกพันใกล้ตัว และแบบผูกพันไกลตัว การที่คนผูกพันต่อองค์กรมีเหตุสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความผูกพันเพราะอยากอยู่ต่อ 2) ความผูกพันด้วยใจรัก 3) ความผูกพัน

เพราะจะทำให้เกิดความผูกพันกับองค์กรต้องสร้าง คุณภาพชีวิตการทำงาน เพราะการทำงานจะมีผลกระทบต่อบุคคลและ องค์กรทั้งในระดับ มหภาคและจุลภาค อีกทั้งปัจจุบันกระแสการพัฒนา คุณภาพชีวิตการทำงานได้รับการยอมรับและความสนใจในหลายประเทศ เนื่องจากเล็งเห็นถึงความสำคัญของทรัพยากรมนุษย์และการอยู่ร่วมกันในสังคม ซึ่งเราสามารถพิจารณาคุณภาพชีวิตของพนักงาน เช่น การจ่าย ค่าตอบแทนที่เหมาะสมและยุติธรรม สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ โอกาสในการใช้และพัฒนาความสามารถของพนักงานความมั่นคงและโอกาสในการเจริญเติบโต องค์กรจึงต้องกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เพื่อการ พัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน ตลอดจนต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

จากแนวความคิดต่างๆสามารถสรุป ปัจจัยความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้ดังต่อไปนี้ผู้ศึกษาได้นำกรอบโดยกำหนดตัวแปรเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพรายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. รวมทั้งการดำรงตำแหน่งต่างๆในชุมชนด้านความรู้ที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวและด้านการสนับสนุนทางสังคมเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการดำเนินงาน

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วย
ใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

5. แนวคิดทฤษฎีความรู้

5.1 ความหมายของความรู้

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความรู้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้
คาร์เตอร์ วี กูด (Carter V. Good, 1973) ให้ความหมายของความรู้ว่าเป็นข้อเท็จจริง
(Fact) ความจริง (Truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับสะสมไว้จากมวลประสบการณ์
ต่างๆ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) ให้ความ
หมายคำว่า “ความรู้” (Knowledge) ว่าหมายถึง สิ่งที่ตั้งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียนการค้นคว้า
หรือประสบการณ์รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจาก
ประสบการณ์สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยินได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติต่อองควิชาในแต่ละสาขา

ความรู้ คือ กรอบของการประสมประสานระหว่างสถานการณ์ ค่านิยม ความรู้ใน
บริบทและความรู้อย่างชัดเจน ซึ่งโดยทั่วไปความรู้จะอยู่อย่างใกล้ชิดกับกิจกรรมมากกว่าข้อมูลและ
สารสนเทศทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ (ชัชวาล วงษ์ประเสริฐ, 2548)

สุวิทย์ไพฑูริย์ (2550) สรุปความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์รายละเอียดต่าง ๆ
ที่ได้รับจากประสบการณ์ การเรียนรู้ มีความเข้าใจ นำไปใช้ในการปฏิบัติงาน สามารถวิเคราะห์
สังเคราะห์ และประเมินผล ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้า สังเกต และจากประสบการณ์ในการทำงาน

สมถวิล ผลสะอาด (2555) ได้สรุปความหมาย ความรู้ ว่าความรู้เริ่มต้น จาก
ระดับง่าย ๆ ก่อนแล้วเพิ่มความสามารถในการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้น เป็นลำดับ
โดยแบ่งออกเป็น 5 ชั้น คือ ความรู้ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์
และการประเมินผล และความรู้สามารถวัดได้โดยเครื่องมือที่ใช้ทดสอบความรู้ แบ่งได้เป็น 2
ประเภท คือ แบบอัตนัย และแบบปรนัย

จากความหมายข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ความรู้คือ ข้อมูล ข้อเท็จจริง การรับรู้
ประสบการณ์ ค่านิยม ความเชื่อ กระบวนการการเรียนรู้ จากสิ่งเร้าสิ่งกระตุ้นทั้งจากภายในและ
ภายนอก ผ่านประสบการณ์ตลอดจนความคิดเดิมที่เคยมีอยู่ นำไปสู่การจัดระบบความคิดเดิมที่มีอยู่
และสามารถนำออกมาใช้ได้เมื่อต้องการใช้ประโยชน์ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาความรู้ที่เกี่ยวข้อง
กับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ความรู้เรื่อง

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต สุขภาพจิต ตามหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2550

5.2 ประเภทของความรู้

การแบ่งประเภทของความรู้ มองได้หลายมิติ แต่มิติที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือ มองในด้าน “รูปแบบที่มองเห็น” ได้แบ่งความรู้เป็น 3 ประเภท ดังนี้ (Choo, 2000)

5.2.1 ความรู้โดยนัย (Tacit หรือ Implicit Knowledge) หมายความว่าถึงเป็นความรู้เฉพาะตัวที่เกิดจากประสบการณ์ การศึกษา การสนทนา การฝึกอบรม ความเชื่อ เจตคติของแต่ละบุคคล เป็นความรู้เกี่ยวกับสติปัญญา และประสบการณ์ ซึ่งถือได้ว่าเป็นองค์รวมของความรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นความรู้ที่ไม่อยู่นิ่ง จะปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ของการใช้ความรู้ของแต่ละคน ซึ่งก็คือความรู้ที่ผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคม ซึ่งถือว่าเมื่อคนปฏิบัติงานนาน ๆ จนเกิดความชำนาญ ความรู้ประเภทนี้ถือเป็นความรู้ไม่เป็นทางการจัดระบบหรือจัดหมวดหมู่ไม่ได้ แต่สามารถแลกเปลี่ยนหรือนำมาเล่าสู่กันฟัง สามารถถ่ายทอดแบ่งปันความรู้นี้ได้และสามารถสังเกตและเลียนแบบได้ ซึ่งองค์การต้องพยายามปรับเปลี่ยนความรู้โดยนัย ให้เป็นความรู้ที่ปรากฏเพื่อเป็นความรู้ที่ฝังกับองค์การ (Embedded Knowledge) ไม่ยึดติดกับตัวบุคคล

5.2.2 ความรู้ที่ปรากฏ (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดจากบุคคลออกมาในรูปของบันทึกในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งก็คือ สารสนเทศนั่นเอง เช่น หนังสือ บทความ เอกสาร มาตรฐาน ลิขสิทธิ์ สิทธิบัตร เครื่องหมายการค้า ความลับทางการค้า รายงานประจำปี สื่อ โสตทัศน เช่น วีดีโอ ซีดี สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ ความรู้ที่ปรากฏถือได้ว่ามีการใช้สัญลักษณ์ ไม่ว่าจะเป็นภาษาพูด ภาษาเขียนเพื่อบันทึกความรู้นั้น ๆ ทำให้คนเข้าใจ ได้กว้างขวาง และสะดวกยิ่งขึ้นความรู้ที่มีการสะสมกันมานานเป็นความรู้ที่ใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีการตรวจสอบอย่างเป็นระบบ

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่าความรู้สามารถจำแนกได้เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคลและความรู้ที่อยู่นอกตัวบุคคล โดยเฉพาะความรู้และความชำนาญมักไม่มีตัวตนให้เห็น บางส่วนซ่อนเร้นอยู่ในตัวบุคคลโดยที่ตนเองไม่รู้ว่าจะตนเองรู้หรือมีความรู้นั้น ๆ เช่น แฝงในรูปของกฎหมู่ ความคิดเห็น และความทรงจำที่ยังไม่ได้ถูกกระตุ้นเตือน ความรู้ภายในบุคคลบางครั้งก็มีความขัดแย้งกับความรู้ที่มีอยู่ภายนอก อาทิ ความรู้คุณธรรมที่ฝังอยู่ในตัวบุคคลกับความรู้ที่เป็นระเบียบข้อบังคับปฏิบัติ เช่น บริษัทบอกกับพนักงานว่าชื่นชมผู้มีความซื่อสัตย์ ขณะเดียวกันพนักงานทุกคนก็ทราบดีว่า คนที่จะได้รับเลื่อนตำแหน่งมักเป็นคนที่ฉลาดแกมโกงเสมอ

5.3 เครื่องมือวัดความรู้

Bloom (1971 อ้างถึงใน วิชัย ปรางเปรมปรี, 2547) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้มีอยู่หลายชนิด และแต่ละชนิดมีความเหมาะสมในการวัดความรู้ตามลักษณะที่แตกต่างกันไป การวัดที่นิยมใช้กันมากคือ แบบทดสอบซึ่งรูปแบบของการทดสอบมี 3 ลักษณะ คือ

5.3.1 ข้อสอบปากเปล่า เป็นการสอบโดยใช้การโต้ตอบด้วยวาจาหรือคำพูดระหว่างผู้ทำการสอบกับผู้ที่ถูกสอบโดยตรงหรือบางทีเรียกว่าการสัมภาษณ์

5.3.2 ข้อสอบข้อเขียน แบ่งเป็น 2 แบบ คือ

1) **แบบเรียงความ** เป็นแบบที่ต้องการให้ผู้ตอบอธิบายเรื่องราวเกี่ยวกับความรู้

2) **แบบจำกัดคำตอบ** เป็นข้อสอบที่ให้ผู้ตอบพิจารณาเปรียบเทียบตัดสินข้อความมี 4 รูปแบบคือ แบบถูกผิด แบบเติมคำ แบบจับคู่ แบบเลือกตอบ

3) **ข้อสอบภาคปฏิบัติ** เป็นข้อสอบที่ไม่ต้องการให้ตอบออกมาด้วยการพูดหรือการเขียนใดๆ แต่มุ่งแสดงพฤติกรรมด้วยการกระทำจริง มักเป็นข้อสอบในเนื้อหาวิชาที่ต้องการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

5.4 ระดับความรู้

บลูม และคณะ (Bloom and Orther, 1975) ได้ทำการแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 6 ระดับ โดยเรียงพฤติกรรมขึ้นง่าย ๆ ไปสู่ชั้นยากดังนี้

5.4.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ ซึ่งมีความจำเป็นที่เริ่มจากสิ่งที้ง่ายๆ ที่เป็นอิสระแก่กันไปจนถึงความจำเป็นในสิ่งที่ยู่ยากซับซ้อน

5.4.2 ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) เป็นความสามารถทางสติปัญญาในการขยายความรู้ ความให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล

5.4.3 การนำความรู้ไปใช้ (Application) เป็นขั้นที่ผู้เรียนสามารถนำความรู้ประสบการณ์ไปใช้ในกาแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ จึงจะสามารถนำไปใช้ได้

5.4.4 การวิเคราะห์ (Analysis) ผู้เรียนสามารถคิด หรือ แยกแยะเรื่องราวสิ่งต่าง ๆ ออกเป็นส่วนย่อย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญได้ และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ความสามารถในการวิเคราะห์จะแตกต่างกันไปแล้วแต่ความคิดของแต่ละคน

5.4.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) ความสามารถในการที่ผสมผสานส่วนย่อย ๆ เข้าเป็นเรื่องราวเดียวกันอย่างมีระบบ เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ที่สมบูรณ์และดีกว่าเดิม อาจเป็นการถ่ายทอด

ความคิดออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย การกำหนดวางแผนวิธีการดำเนินงานขึ้นใหม่ หรือ อาจเกิดความคิดในอันที่จะสร้างความสัมพันธ์ของสิ่งที่เป็นนามธรรมขึ้นมาในรูปแบบ หรือ แนวคิดใหม่

5.4.6 การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสิน ติราคา หรือสรุปเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ ออกมาในรูปของคุณธรรมอย่างมีกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นไปตามเนื้อหาสาระในเรื่องนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎเกณฑ์ที่สังคมยอมรับก็ได้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วัดระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นจึงได้นำการวัดระดับความรู้มาปรับใช้ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

6.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาความหมายของแรงการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของการหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรม ทำให้มีสุขภาพที่ดีในที่นี้หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) แคมแพลน (Caplan, 1976, pp. 39 - 42)

ทิลเดน (Tilden, 1985, pp. 199-206) ได้ให้การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว องค์กรและสังคม โดยมีการสนับสนุนของสังคมในด้านต่างๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพัน การช่วยเหลือกัน ทำให้บุคคลที่ได้รับรู้สึกว่าปลอดภัยและอบอุ่น อีกทั้งยังมีการช่วยเหลือทางสังคมการได้เป็นส่วนหนึ่งในสังคม ความมีคุณค่าในตัวเองยังรวมถึงการที่บุคคลได้มีโอกาสเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นอีกด้วย

กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542, น. 18) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ด้านข้อมูลข่าวสาร การเงิน วัตถุประสงค์ของ แรงงาน ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้น ไม่ว่าจะป็นครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ได้รับสนับสนุนเกิดความผูกพัน เชื่อว่า มีคนรัก มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็น

เป็นส่วนหนึ่งของสังคมสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพดี

จากที่กล่าวมาข้างต้นแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น แรงสนับสนุนทางสังคมจึงหมายถึงการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลและกลุ่มบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์ไม่ว่าจะเป็นด้าน สังคม วัตถุ สิ่งของรวมทั้งข้อมูลข่าวสาร ผลของแรงสนับสนุนจากสังคมทำให้ตัวบุคคลเกิดความตระหนักสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ได้ตามความต้องการ ส่งผลให้เกิดการช่วยเหลือกันทางสังคม ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้สรุปความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึงความตระหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนมองเห็นความสำคัญให้ความสำคัญต่อคนพิการทางการเคลื่อนไหว และให้ความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล อำเภอ หน่วยงานต่างๆ เป็นต้น โดยมีการแสดงออกทางสังคมในการช่วยเหลือคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีแบบแผนชัดเจนและเป็นรูปธรรม

6.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังนี้ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมการแพทย์ทหารเรือ, 2548)

6.2.1 กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ประกอบไปด้วย ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ดังนั้น แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ครอบครัวญาติพี่น้อง จึงมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส (กองเวชกรรมป้องกัน กรมการแพทย์ทหารเรือ, 2548)

6.2.2 กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มทางสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบการสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้สนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมการแพทย์ทหารเรือ, 2548)

6.3 องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย (กองเวชกรรมป้องกัน กรมการแพทย์ทหารเรือ, 2548)

6.3.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

6.3.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์ จะต้องประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่อะไรและมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงจัง
- 2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
- 3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

6.3.3 ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

6.4 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม (กองเวชกรรมป้องกัน กรมการแพทยทหารเรือ, 2548) ได้แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านพฤติกรรมออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

6.4.1 แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (*Emotion Support*) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

6.4.2 แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (*Appraisal Support*) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

6.4.3 แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (*Information Support*) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

6.4.4 แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (*Instrumental Support*) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

6.5 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยนักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อ กอทต์ลิบ ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ (Gottlieb, 1985 อ้างถึง กองเวชกรรมป้องกัน กรมการแพทยทหารเรือ, 2548)

6.5.1 ระดับกว้าง (*Macro Level*) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงดูด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

6.5.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (*Mezzo Level*) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน

กลุ่มบุคคล ใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วงเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร แรงสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

6.5.3 ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ในการสนับสนุนระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักความห่วงใย (Affective Support) ที่แสดงออกในเชิงปริมาณ ได้แก่ ขนาด จำนวน ความถี่สัมพันธ์หรือโครงสร้างของเครือข่าย

6.6 ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

6.6.1 ผลต่อสุขภาพโดยตรง รายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman and syme, 1979 อ้างถึง กองเวชกรรมป้องกัน กรมการแพทยทหารเรือ, 2548)

ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนียเป็นเวลา 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพสำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ การศึกษาของ คอบบ์ และแคสเซล (Cobb, 1976 and Cassel, 1961 อ้างอิงจาก กองเวชกรรมป้องกัน กรมการแพทยทหารเรือ, 2548) พบว่าผู้ป่วยวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาทางสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถเกิดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงอีกด้วย

6.6.2 ผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์เกอร์ (Burgler อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมการแพทยทหารเรือ, 2548)

พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามแรงสนับสนุนของสังคมน้อย

6.6.3 ผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกัน คอรัป (1976) และแลงกลี (1977) ได้รายงานผลการศึกษาดังพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

6.6.4 ผลต่อสุขภาพจิต ผลแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งมีผลต่อการต้านทานโรคได้ แรงสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรค

กล่าวโดยสรุปการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความครอบคลุมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ทั้งทางด้านอารมณ์ ได้แก่การได้รับความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับความคิดเห็นการมีคุณค่า ตลอดจนมีความรู้สึกลดอคภัย ด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆที่เป็นประโยชน์ ด้านสิ่งของไม่ว่าจะเป็น วัสดุอุปกรณ์ การเงิน เครื่องมือช่วยในการเคลื่อนไหว โดยได้แบ่งการศึกษานับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยในประเทศไทย

7.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

วันเผด็จ สนธิทิม (2554) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

บุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในงานสุขภาพประชาชนอำเภอเขาสนกวางจังหวัดขอนแก่นพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขเนื่องจากเพศชายหรือเพศหญิงมีลักษณะประจำในด้านรูปร่างที่ต่างกันทำให้ลักษณะงานความสนใจงานด้านต่างๆแตกต่างกันออกไปด้วย

พิทักษ์ กาพกคดี (2551) ได้ทำการศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี

พรชูลี จันทร์แก้ว (2555) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในอำเภอละงู จังหวัดสตูลพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประภา วุฒิกุล (2548) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดราชบุรีพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจังหวัดราชบุรี

ก้องเกียรติ อุบิษณาย (2550) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชนในเขตอำเภอเขาสวนกวางจังหวัดขอนแก่น

สัตยชัย สุวรรณรักษ์ (2548) แนวทางการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกกรณีศึกษาอำเภอรามันจังหวัดยะลาพบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

กฤษยาภัสสร ขาวปทุมทิพย์ (2556) จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านส่วนใหญ่ที่มีอายุ 50 ขึ้นไป

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในทิศทางที่ไม่แน่นอนอนผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

7.1.2 ความรู้มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

กิริญา จำปาศรี และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผลพบว่าการค้นหาประเมินปัญหาด้านสุขภาพ การจัดทำฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้พิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพประสานงานส่งต่อ การมีส่วนร่วมของสังคมและการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนปัจจัยการมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาทหน้าที่ ปัจจัยอื่นๆ ควรมีการส่งเสริมบทบาทการรับรู้และมีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

สิทธิพร เกษจ้อย (2560) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า บทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการพยาบาล และด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย

คณิต หนูพลอย (2553) พบว่าปัจจัยปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากความรู้มีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับน้อย การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานให้มีคุณค่า มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้ จะพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขได้มากขึ้น

วันเพ็ญ สนธิทิม (2554) จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของ อสม.อยู่ในระดับมาก

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมในทิศทางที่ไม่แน่นอนผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

7.1.3 การสนับสนุนทางสังคมความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

วันเพ็ญ สนธิทิม (2554) จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของ อสม.อยู่ในระดับมาก การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว อยู่ในระดับปานกลาง

ฉลวย หนูจิตา (2551) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชนอำเภอมัญจาคีรีจังหวัดขอนแก่นพบว่า การได้รับข่าวสารต่างๆ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่การได้รับการสนับสนุนจากชุมชนมีความสัมพันธ์ปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชนอำเภอมัญจาคีรีจังหวัดขอนแก่น

พรชูลี จันทร์แก้ว (2555) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในอำเภอละงู จังหวัดสตูล พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

เดือนใจ ปาประโคน (2556) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมาก และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

สิริลักษณ์ ง้าวนาเสียว (2554) ได้ทำการศึกษาปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

กฤษยาภัสสร ขาวปทุมทิพย์ (2556) ได้ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐมพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในทิศทางที่ไม่แน่นอนผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

7.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

หวาง (Whang, 1981, pp. 8) ได้กล่าวถึง ลักษณะรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน โครงการ Saemaul Undong ของสาธารณรัฐเกาหลี(เกาหลีใต้)จากความคิดริเริ่มโดยประชาชนเอง การมีส่วนร่วมโดยคนภายนอกเกิดจากการกระตุ้นจากรัฐ หรือการมีส่วนร่วมแบบบังคับ เกิดจากระบบเบ็ดเสร็จจากรัฐบาลที่มีอำนาจใช้สังคมที่มีการจ้องการบังคับบัญชาเป็นลำดับขั้น

กรีสันคลีทและคณะ (Gleeson-Kreig et al., 2002) ที่พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานสูงอายุชาวละตินอเมริกันรับรู้ ว่าตนเองได้รับแรงสนับสนุนในการดูแลเบาหวานจาก สมาชิกในครอบครัว

มากกว่าได้รับจากเพื่อน จากการ ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับการดูแล โรคเบาหวาน พบว่าผู้ที่ เป็นเบาหวานรับรู้ ว่าเพื่อนช่วยสนับสนุนในเรื่องของอาหารและการออกกำลังกาย

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำตัวแปรและปัจจัยที่สำคัญ มาใช้ในการวิจัยคือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุสถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพรายได้ ระยะเวลาการเป็นอสม. และการดำรงตำแหน่งอื่นๆปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความรู้และการสนับสนุน ทางสังคมเพื่อที่จะทราบว่าปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวเนื่องจาก ผลของการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น มีทั้งสอดคล้องกันและไม่สอดคล้องกันกับการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการ เคลื่อนไหว ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำมาศึกษาต่อ เพื่อหาคำตอบในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านตำบลห้วยน้ำใหญ่อำเภอห้วยน้ำใหญ่จังหวัดมุกดาหาร



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรศึกษา (Study population) ในการวิจัยครั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหารใน 11 หมู่บ้านจำนวน 101 คน โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร (Total population) ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแยกรายหมู่บ้าน

ลำดับ	หมู่บ้าน	จำนวน
1.	บ้านห้วยน้ำใหญ่เหนือ	10
2.	บ้านห้วยน้ำใหญ่น้อย	10
3.	บ้านห้วยน้ำใหญ่ใต้	10
4.	บ้านห้วยน้ำใหญ่	9
5.	บ้านนาหนองบก	10
6.	บ้านหนองผือ	10
7.	บ้านดอนม่วง	9
8.	บ้านหนองแสง	9
9.	บ้านโลกน้ำสร้าง	10
10.	บ้านโนนสว่าง	7
11.	บ้านนาแพง	7
	รวม	101

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของงานวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ (ดังภาคผนวก ก)

2.1 ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถึงปัจจุบัน และการดำรงตำแหน่งอื่นๆ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบลงในช่องว่าง

2.2 ส่วนที่ 2 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความรู้และการจัดหาอุปกรณ์ ของการอบรมฟื้นฟูศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยเนื้อหา 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ความหมายของคนพิการทางการเคลื่อนไหว 2) สาเหตุการเกิดความพิการ โรคที่ทำให้เกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว 3) ภาวะแทรกซ้อนของคนพิการทางการเคลื่อนไหว 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และ 5) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบจะมี 2 ตัวเลือก คือ (ใช่-ไม่ใช่) ซึ่งในส่วนความรู้จะมีทั้งหมด

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผล

ผู้วิจัยได้แบ่งความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ปานกลางและน้อย ตามเกณฑ์ในการประเมินความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยใช้การอิงเกณฑ์ตามการประเมินผลความรู้ (Bloom, 1971) ดังนี้

ความรู้ระดับมาก หมายถึง คะแนนร้อยละ 80-100

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนร้อยละ 60- 79

ความรู้ระดับน้อย หมายถึง คะแนนร้อยละ <60

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ แบบวัดความรู้มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ดังนั้น สามารถแบ่งระดับความรู้ในภาพรวม ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ปานกลาง และน้อย ดังนี้

ความรู้ระดับดีมาก หมายถึงมีคะแนนระหว่าง 16-20คะแนน

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึงมีคะแนนระหว่าง 11-15 คะแนน

ความรู้ระดับน้อย หมายถึงมีคะแนนระหว่าง 0-10คะแนน

2.3 ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านสังคม 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของ และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยตัวเลือก 3 ระดับ คือ ระดับมาก ปานกลาง และน้อย โดยมีการให้คะแนน 3 2 1 ตามลำดับดังนี้

การสนับสนุนระดับมาก (มากกว่าร้อยละ 80 ให้ 3 คะแนน

การสนับสนุนระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ให้ 2 คะแนน

การสนับสนุนระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) ให้ 1 คะแนน

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการวัดการสนับสนุนทางสังคมได้ดังนี้

2.3.1 การวัดการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม ซึ่งแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ดังนั้นสามารถแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ (ยูทช ไกยวรรณ, 2550)

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{45 - 15}{3} = 10$$

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมีจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ดังนั้น สามารถแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก หมายถึง คะแนนระหว่าง 37-45 คะแนน

การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง 26-36 คะแนน

การสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยหมายถึงคะแนนระหว่าง 15-25 คะแนน

2.3.2 การวัดการสนับสนุนด้านสังคมรายด้านและรายข้อ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านละ 5 ข้อ โดยให้ผู้เลือกตอบ ตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนระดับสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ปานกลาง น้อย ให้คะแนน 3 2 1 ตามลำดับ

การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้ (ยูทช ไกยวรรณ, 2550) การศึกษาครั้งนี้คะแนนสูงสุดอยู่ที่ = 3 คะแนน คะแนนต่ำสุด = 1 คะแนน

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก มาก หมายถึง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง

การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33

การสนับสนุนทางระดับสังคมน้อย หมายถึง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

2.4 ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียน 2) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน และ 5) การจัดหาอุปกรณ์ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยตัวเลือก 3 ระดับ คือ ระดับมาก ปานกลาง และน้อย โดยมีการให้คะแนน 3 2 1 ตามลำดับดังนี้

การมีส่วนร่วมเป็นประจำ (มากกว่าร้อยละ 80) ให้ 3 คะแนน

การมีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 60-79) ให้ 2 คะแนน

การมีส่วนร่วมนานๆครั้ง (น้อยกว่าร้อยละ 60) ให้ 1 คะแนน

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้ดังนี้

2.4.1 วัดการมีส่วนร่วมในภาพรวม ซึ่งแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ ดังนั้นสามารถแบ่งระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ระดับ ได้ดังนี้

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินการเข้าร่วมการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้ (ยุทธ ไกยวรรณ, 2550, น. 24-53)

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{54 - 18}{3} = 12$$

การมีส่วนร่วมในระดับมาก หมายถึง คะแนนระหว่าง 42-54 คะแนน

การมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง 29-41 คะแนน

การมีส่วนร่วมในระดับน้อย หมายถึง คะแนนระหว่าง 16-28 คะแนน

2.4.2 วัดการมีส่วนร่วมรายด้านและรายข้อ โดยให้ผู้เลือกตอบ ตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ระดับมาก ปานกลาง และน้อย ให้คะแนน 3 2 1 ตามลำดับ นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ระดับ

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คะแนนสูงสุดอยู่ที่ = 3 คะแนน คะแนนต่ำสุด = 1 คะแนน

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

การมีส่วนร่วมมาก หมายถึง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
 การมีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
 การมีส่วนร่วมน้อย หมายถึง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1-1.66

2.5 ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสำรวจและขึ้นทะเบียน ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน และด้านการจัดหากายอุปกรณ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด เดิมคำช่องว่างจำนวน 5 ข้อการแปลผลโดยการสรุปเนื้อหา

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพ โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

3.1 นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความสอดคล้องกับเนื้อหา วัตถุประสงค์ของการศึกษา และการใช้ภาษาแล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

3.2 ทำบันทึกต่อประธานสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อเสนอแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบแบบสอบถาม จำนวน 3 ท่าน(ภาคผนวก ข)

3.3 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน3ท่านแล้วนำแบบสอบถามมาปรับแก้ไขให้มีเนื้อหาตรงกับเรื่องที่ต้องการวัดจากนั้นบันทึกค่าดัชนีความเที่ยงตรงเนื้อหาหรือค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ใช้ได้

3.4 หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ปังขาม อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร (ที่ไม่ใช่พื้นที่เก็บข้อมูลวิจัย) จำนวน 30 คน

3.4.1 การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนความรู้ ใช้วิธี KR-20(Kuder-Richardson 20) สูตรครูดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder- Richardson 20) (สุวิมล ติรกานันท์, 2551)

$$KR_{20} = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum pq}{\alpha^2} \right\}$$

KR_{20} = ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

- K = จำนวนข้อของแบบทดสอบ
 p = สัดส่วนของผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ (คะแนน = 1)
 q = สัดส่วนของผู้ตอบผิดแต่ละข้อ (คะแนน = 0)
 α_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.779

3.4.2 เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1970, pp. 161)

สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum \alpha_i^2}{\alpha_i^2} \right\}$$

- α = ค่าความสอดคล้องภายใน
 k = จำนวนข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์
 α_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อคำถาม
 α_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.928

ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวเท่ากับ 0.907

3.5 นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้ และตรวจคุณภาพเครื่องมือแล้ว มาแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาและด้านภาษา โดยเลือกคำถามที่สมบูรณ์ที่สุด 53 ข้อ เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป

4. การพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนที่จะสัมภาษณ์เพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและข้อมูลทุกอย่างที่อยู่ในแบบสอบถามผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น และผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยน้ำใหญ่และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำใหญ่

อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหารของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การศึกษา อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจไม่มีการบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจและการตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้ผู้ศึกษาจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้งานของผู้ตอบคำถามในปัจจุบันที่ทำอยู่รวมถึงในอนาคตโดยแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ที่อยู่ หรือข้อมูลต่างๆที่สามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ ผู้ศึกษาจะทำการระบุเพียงรหัสชุดของแบบสอบถามและสรุปผลการวิจัยในภาพรวมของพื้นที่ที่ทำการวิจัยและนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 จัดทำหนังสือขออนุญาต จากสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงสาธารณสุขอำเภอห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหารเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในพื้นที่เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่เป็นกลุ่มประชากร

5.2 ผู้วิจัยยื่นเอกสารเพื่อขอจริยธรรมการวิจัยต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

5.3 ผู้วิจัยประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยน้ำใหญ่และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร เพื่อเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามและประสานงานในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

5.4 นำแบบสอบถามไปแจกให้กลุ่มเป้าหมาย (วันที่ 6 มกราคม-วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2563)

5.5 กำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถามและนัดเก็บแบบสอบถามคืน ภายในเวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้ศึกษาจะมาเก็บแบบสอบถามด้วยตัวเองที่ โรงพยาบาลห้วยน้ำใหญ่และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำใหญ่ตามเวลาที่ได้กำหนดนัดหมาย(วันที่ 17 มกราคม พ.ศ.2563) กรณีที่ได้แบบสอบถามไม่ครบต้องมีการติดตามเก็บแบบสอบถามทั้งหมดจนได้คืนครบตามที่กำหนดไว้

5.6 นำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของข้อมูล นำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และแปลผลต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องและเรียบร้อยของแบบสอบถามแล้วนำข้อมูลที่ได้มาเปลี่ยนเป็นรหัสตัวเลข(Code) เพื่อจะได้ลงเครื่องคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์โปรแกรมสำเร็จรูป และมีการนำเสนอข้อมูลผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังนี้

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) แสดงด้วยค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อบรรยาย บัญชีส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและการดำรงตำแหน่งอื่น ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ส่วนคำถาม ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำการวิเคราะห์โดยคิดเป็นจำนวนร้อยละ และสรุปประเด็นปัญหา

6.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statics)

6.2.1 สถิติการทดสอบ ไค-แอสควร์ (Chi-Square Test) ใช้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่เป็นกลุ่ม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพรายได้ และการดำรงตำแหน่งอื่น กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

6.2.2 สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดเป็นอันดับภาคชั้น ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวและการสนับสนุนทางสังคม กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กัลยา วาณิชบัญชา, 2548)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระดับความสัมพันธ์

ค่า 0.00 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ค่า 0.01-0.25 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันระดับน้อย

ค่า 0.26-0.55 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง

ค่า 0.56-0.75 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันระดับสูง

ค่า 0.76-0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันระดับสูงมาก

ค่า 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 101 ตัวอย่าง ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 101 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 7 ตอน ในรูปของการบรรยายประกอบตารางตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร
2. ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร
3. ตอนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร
4. ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร
5. ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร
6. ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวและการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

7. ตอนที่ 7 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

1. ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การดำรงตำแหน่งอื่น ๆ นอกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	16.8
หญิง	84	83.2
รวม	101	100.0
อายุ		
20-29 ปี	8	7.9
30-39 ปี	14	13.9
40-49 ปี	34	33.7
50 ปีขึ้นไป	45	44.6
รวม	101	100.00
$\bar{X} = 46.76$ S.D. = 9.53 Min=24 Max =71		
สถานภาพสมรส		
โสด	7	6.9
คู่	84	83.2

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หม้าย หย่า แยก	10	9.9
รวม	101	100.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	5.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	37.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	27	26.7
ปวส.	30	29.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	1.0
รวม	101	100.0
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	61	60.4
รับจ้าง	13	12.9
ค้าขาย	7	6.9
พ่อบ้าน แม่บ้าน	16	15.3
อื่นๆ (ข้าราชการ ธุรกิจส่วนตัว)	4	4.0
รวม	101	100.0
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	30	29.7
5,001-10,000 บาท	45	44.6
10,001-15,000 บาท	19	18.3
15,000 บาทขึ้นไป	7	6.9
รวม	101	100.0
ระยะเวลาการเป็น อสม.		
1-5 ปี	24	23.5
6-10 ปี	32	31.7
11-15 ปี	18	17.8
16-20 ปี	7	6.9

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
21 ปีขึ้นไป	20	19.8
รวม	101	100.0
$\bar{X} = 9.99$ S.D. = 7.29 Min=1 Max = 29		
ตำแหน่งอื่นๆในชุมชน		
ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน	87	86.1
มีตำแหน่งอื่นในชุมชน (กรรมการชุมชน/กองทุนหมู่บ้าน/ กำนัน/อปท.)	14	13.9
รวม	10	100.0

จากตารางที่ 4.1 ผลวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 83.2 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 16.8

อายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 44.6 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 33.6 และน้อยที่สุดคือช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 7.9

สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 83.2 รองลงมาคือหม้าย หย่า แยก ร้อยละ 9.9 และน้อยที่สุดคือโสด ร้อยละ 6.9

ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเรียนจบมัธยมต้นมากที่สุด ร้อยละ 37.6 รองลงมาคือกลุ่มที่จบปวส. ร้อยละ 29.7 และเรียนจบปริญญาตรีน้อยที่สุด ร้อยละ 1.0

อาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.4 รองลงมาเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 15.8 และน้อยที่สุดประกอบอาชีพอื่นๆเช่น ข้าราชการ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 4.0

รายได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 44.6 รองลงมา มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 29.7 และน้อยที่สุดมีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 6.9

ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาการเป็นอสม.มากที่สุด 6-10 ปี ร้อยละ 31.7 รองลงมามีระยะเวลาการเป็นอสม. 1-5 ปี ร้อยละ 23.5 และมีระยะเวลาการเป็นอสม. น้อยที่สุด 16-20 ปี ร้อยละ 6.9

การดำรงตำแหน่งอื่นๆในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน มากที่สุด ร้อยละ 86.1 โดยมีตำแหน่งอื่นในชุมชน เช่น กรรมการชุมชน/กองทุนหมู่บ้าน กำนัน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ร้อยละ 13.9

2. ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหารผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.2 และผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรายด้านและรายข้อ มีผลดังตารางที่ 4.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (0-9คะแนน)	7	6.93
ระดับปานกลาง (10-15คะแนน)	29	28.71
ระดับมาก (16-20คะแนน)	65	64.36
รวม	101	100

\bar{X} =16.01, S.D. =3.282, Min.=7, Max.=20

จากตารางที่ 4.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 64.36 ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 28.71 ระดับ และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 6.93 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.01 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.282

ตารางที่ 4.3 จำนวนร้อยละและระดับข้อคำถามความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ตอบถูกและตอบผิด

ข้อที่	ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ
1	กรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการทางการเคลื่อนไหวได้	61(60.4)	40(39.6)	ปานกลาง
2	โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะการเกิดเป็น 2 ประเภท คือ โรคสมองตีบ/ตัน และโรคหลอดเลือดสมองแตก	83(82.2)	18(17.8)	มาก
3	ปากเปี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปวดศีรษะอย่างรุนแรงเป็นอาการของโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต	84(83.2)	17(16.8)	มาก
4	โรคเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว	70(69.3)	31(30.7)	ปานกลาง
5	การให้คนพิการช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุดเป็นหลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว	82(81.2)	19(18.8)	มาก
6	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดความพิการได้	90(89.1)	11(10.9)	มาก
7	ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	66(65.3)	35(34.7)	ปานกลาง
8	โรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความเสียหายต่อการเกิดความพิการทางการเคลื่อนไหวได้	86(85.1)	15(14.9)	มาก

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อที่	ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหว	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ
9	การรับประทานอาหาร การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นสิ่งที่เราต้องสอนแก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว	79(78.2)	22(21.8)	ปานกลาง
10	การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่หรือการพักผ่อนเพียงพอ สามารถลดความ เสี่ยงในการเกิดอัมพฤกษ์-อัมพาต	92(91.1)	9(8.9)	มาก
11	ความพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นประเภทความ พิการที่มีจำนวนคนพิการมากที่สุดในประเทศ	69(68.3)	32(31.7)	ปานกลาง
12	อายุ เพศ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันการเกิด โรคอัมพฤกษ์-อัมพาต	51(50.5)	50(49.5)	น้อย
13	คนพิการทางการเคลื่อนไหว คือบุคคลที่มีความ ผิดปกติทางร่างกายได้แก่ คนพิการแต่กำเนิด แขนขา ขาด คนเป็นอัมพาต	73(72.3)	28(27.7)	ปานกลาง
14	อสม.มีหน้าที่ในการสำรวจข้อมูลคนพิการและนำ ข้อมูลไปวางแผนช่วยเหลือคนพิการ	87(86.1)	14(13.9)	มาก
15	วัตถุประสงค์ของการค้นหาคนพิการโดย อสม. เพื่อ จัดทำฐานข้อมูลและจัดทำทะเบียนคนพิการในชุมชน	87(86.1)	14(13.9)	มาก
16	การดูแลเอาใจใส่ผู้พิการ พาไปรักษาและช่วยเหลือ จัดว่าเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการดูแลผู้พิการให้มี ความสุข	94(93.1)	7(6.9)	มาก
17	กรณีแขนขาอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง โรค อุบัติเหตุทางสมอง หรือไขสันหลัง ต้องได้รับการ รักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ถึงจะสามารถ รับรองความพิการได้	89(88.1)	12(11.9)	มาก
18	ปัญหาข้อติด แผลกดทับ เป็นปัญหาสำคัญของผู้ พิการทางการเคลื่อนไหว	88(87.1)	13(12.9)	มาก

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อที่	ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหว	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ
19	อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หมายถึง อุปกรณ์ ภายนอกร่างกายที่ออกแบบจัดทำหรือดัดแปลงมา เพื่อให้คนพิการสามารถทำกิจกรรมประจำวันและเข้า ไปมีส่วนร่วมในชุมชนได้	90(89.1)	11(10.9)	มาก
20	รถเข็น ไม่เท่าขาเดียว ไม่ค้ำยันจัดเป็นกายอุปกรณ์ ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว	98(97.0)	3(3.0)	มาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องมากที่สุดคือข้อ 20 รถเข็น ไม่เท่าขาเดียว ไม่ค้ำยันจัดเป็นกายอุปกรณ์ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 97 รองลงมาได้แก่ข้อที่ 16 การดูแลเอาใจใส่ผู้พิการ พาไปรักษาและช่วยดูแล จัดว่าเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการดูแลผู้พิการให้มีความสุข ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 93.1 และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 12 อายุ เพศ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันการเกิดโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต โดยตอบถูกร้อยละ 50.5

3. ตอนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหารในภาพรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.4 และผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรายด้านและรายข้อ มีผลดังตารางที่ 4.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหารในภาพรวม

การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (15-25คะแนน)	8	7.90
ระดับปานกลาง (26-36คะแนน)	64	63.40
ระดับมาก (37-45 คะแนน)	29	28.70
รวม	101	100

$$\bar{X}=33.84, S.D. =5.63, \text{Min.}=19 \text{Max.}=45$$

จากตารางที่ 4.4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในภาพรวมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.40 รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมฯ ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 28.70 และการสนับสนุนทางสังคมฯ ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 7.90 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.84 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.63

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร จำแนกตามรายด้านและรายชื่อ

ข้อ	การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ด้านอารมณ์	2.49	0.458	มาก
1	เมื่อมีปัญหาในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา	2.58	0.588	มาก
2	ได้รับความไว้วางใจและเชื่อมั่นให้ตัดสินใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเต็มที่	2.43	0.622	มาก

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อ	การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
3	ได้รับคำยกย่องและชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อทำการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการประสบผลสำเร็จ	2.43	0.638	มาก
4	ภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพคน พิการทางการเคลื่อนไหว	2.56	0.555	มาก
5	ได้รับการติดตามเยี่ยมและติดตามนิเทศการทำงานจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.46	0.557	มาก
ด้านสิ่งของ		2.12	0.458	ปานกลาง
6	ได้รับเงินสนับสนุนในการแก้ไขปัญหาเรื่องการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการจากภาครัฐ	2.03	0.608	ปานกลาง
7	หากมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ภาครัฐ สามารถสนับสนุนได้เพียงพอ	1.97	0.655	ปานกลาง
8	ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ่งของในการ ดำเนินงาน เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดัน โลหิต สายวัด จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.40	0.649	มาก
9	ได้รับการสนับสนุนวัสดุสิ่งของ อุปกรณ์ในการ ดำเนินงานจากหน่วยงานอื่นๆ ภาคเอกชน	2.04	0.631	ปานกลาง
10	ได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ อุปกรณ์ในการ ดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างถูกต้องและ เพียงพอ	2.16	0.596	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร		2.16	0.481	ปานกลาง
11	ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น แผ่นวีซีดี โปสเตอร์ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.26	0.673	ปานกลาง
12	ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น แผ่นวีซีดี โปสเตอร์ จากภาคเอกชน	2.08	0.627	ปานกลาง

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อ	การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
13	ได้รับการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเดือนละ 1 ครั้ง	2.18	0.607	ปานกลาง
14	ได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุมสัมมนาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.26	0.594	ปานกลาง
15	ได้รับการสนับสนุนให้ไปศึกษาดูงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	2.02	0.616	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.5 การวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับมา ($\bar{X}=2.49$, S.D.=0.458) ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่และด้านสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.16$, S.D.= 0.481; $\bar{X}=2.12$, S.D.= 0.458 ตามลำดับ)

การวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายข้อในแต่ละด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากด้านอารมณ์ในข้อ 1 เมื่อมีปัญหาในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา ($\bar{X}=2.58$, S.D. = 0.588) รองลงมาคือข้อที่ 4 ท่านภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ($\bar{X}=2.56$, S.D.= 0.555) ส่วนด้านสิ่งของอยู่ในระดับมาก ในข้อที่ 8 ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ่งของในการดำเนินงาน เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต สายวัดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X}=2.40$, S.D.=0.649) และอยู่ในระดับปานกลางในข้อ 10 ได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ อุปกรณ์ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างถูกต้องและเพียงพอ ($\bar{X}=2.16$, S.D.=0.596)

ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลางในหัวข้อ 11 ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น แผ่นวีซีดี โปสเตอร์ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X}=2.26$, S.D.=0.481) และได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุมสัมมนาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X}=2.26$, S.D.= 0.616) และข้อที่ 14 ได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุมสัมมนาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X}=2.26$, S.D.= 0.594) ตามลำดับ

4. ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ในภาพรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.6 และผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในรายด้านและรายข้อ ดังตารางที่ 4.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหารในภาพรวม

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (18-30 คะแนน)	6	5.94
ระดับปานกลาง (29-41คะแนน)	36	35.64
ระดับมาก (42-54 คะแนน)	59	58.42
รวม	101	100.00

$$\bar{X} = 42.43, S.D. = 7.442, \text{Min.} = 18, \text{Max.} = 54$$

จากตารางที่ 4.6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.42 รองลงมามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.64 และมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 5.94 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.43 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.422

ตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์รายข้อการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ข้อ	การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	1.ด้านการค้นหาและขึ้นทะเบียน	2.39	0.504	มาก
1.	มีส่วนร่วมในการค้นหา คนพิการทางการเคลื่อนไหวของหมู่บ้าน	2.49	0.576	มาก
2.	มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวม สอบถามข้อมูลผู้พิการและส่งข้อมูลที่ได้รับให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.49	0.657	มาก
3.	มีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกคนพิการที่ท่านสงสัยว่ามีความพิการทางการเคลื่อนไหวให้ได้รับการยืนยันการยืนยันจากแพทย์ว่าเป็นคนพิการ	2.31	0.703	มาก
4.	มีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ให้ผู้พิการรายเก่าไปขอใช้สิทธิรับเบี้ยผู้พิการ	2.37	0.628	มาก
5.	มีส่วนร่วมในการติดตามข้อมูลผลการขึ้นทะเบียนคนพิการทางการเคลื่อนไหวในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	2.33	0.634	มาก
	2.ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ	2.53	0.458	มาก
6.	มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในคนพิการทางการเคลื่อนไหว	2.67	0.512	มาก
7.	มีส่วนร่วมในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น ข้อติด แผลกดทับ ในคนพิการทางการเคลื่อนไหว	2.45	0.574	มาก
8.	มีส่วนร่วมในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว	2.47	0.593	มาก
	3.ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ	2.22	0.525	ปานกลาง
9.	มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย เช่น ดัดตั้งข้อต่อ การจัดทำ การเคลื่อนย้ายผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	2.19	0.674	ปานกลาง
10.	มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เช่นการอำนวยความสะดวก จัดหากายอุปกรณ์ เพื่อให้คนพิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	2.24	0.635	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อ	การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
3.ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ				
11	มีส่วนร่วมในการประสานงานให้คนพิการได้รับสิทธิการศึกษาตามเกณฑ์อายุคนพิการทางการเคลื่อนไหว	2.33	0.618	ปานกลาง
4.การมีส่วนร่วมด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน				
12	มีส่วนร่วมในการประสานงานการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพความพิการทางการเคลื่อนไหว	2.13	0.702	ปานกลาง
13	มีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อทำความรู้จักและให้กำลังใจแก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว	2.53	0.558	มาก
14	มีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	2.55	0.574	มาก
15	มีส่วนร่วมในการประสานงานเพื่อให้คนพิการได้รับบริการทางการแพทย์เมื่อมีการเยี่ยมบ้าน เช่น การทำแผล การเปลี่ยนท่อช่วยหายใจ สายสวนปัสสาวะ กายอุปกรณ์	2.36	0.642	มาก
5.การจัดหากายอุปกรณ์				
16	มีส่วนในการจัดหากายอุปกรณ์ เพื่อช่วยเหลือการเคลื่อนไหวให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว	2.26	0.643	ปานกลาง
17	มีส่วนร่วมในการสอนวิธีการใช้กายอุปกรณ์แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว	2.21	0.668	ปานกลาง
18	มีส่วนร่วมในการเลือกกายอุปกรณ์ที่เหมาะสมแก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว	2.08	0.703	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 การวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากในด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X}=2.54$, S.D.=0.458) ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ($\bar{X}=2.48$, S.D.=0.538) และด้านการค้นหาและขึ้นทะเบียน ($\bar{X}=2.39$, S.D.= 0.504) ตามลำดับ ส่วนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ ($\bar{X}=2.22$, S.D.=0.525) และด้านการจัดหากายอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.48$, S.D.=0.538 และ $\bar{X}=2.47$, S.D. 0.593ตามลำดับ)

4.1 ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6 มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในคนพิการทางการเคลื่อนไหว ($\bar{X}=2.67$, S.D. 0.512) รองลงมาคือข้อที่ 8 มีส่วนร่วมในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ($\bar{X}=2.47$, S.D. 0.593) และข้อ 7 มีส่วนร่วมในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น ข้อติด แผลกดทับ ในคนพิการทางการเคลื่อนไหว ($\bar{X}=2.45$, S.D. 0.574) ตามลำดับ

4.2 ด้านการมีส่วนร่วมด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อที่ 14 มีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ($\bar{X}=2.55$ S.D. 0.574) รองลงมาคือข้อที่ 13 มีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อทำความรู้จักและให้กำลังใจแก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว ($\bar{X}=2.53$, S.D. 0.558) และข้อ 15 มีส่วนร่วมในการประสานงานเพื่อให้คนพิการได้รับบริการทางการแพทย์ เมื่อมีการเยี่ยมบ้าน เช่น การทำแผล การเปลี่ยนท่อช่วยหายใจ สายสวนปัสสาวะ กายอุปกรณ์ ($\bar{X}=2.36$, S.D. 0.642) ตามลำดับ โดยมีระดับปานกลางในหัวข้อ 12 มีส่วนร่วมในการประสานงานการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพความพิการทางการเคลื่อนไหว ($\bar{X}=2.13$, S.D. 0.702)

4.3 ด้านการค้นหาและขึ้นทะเบียน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 มีส่วนร่วมในการค้นหา คนพิการทางการเคลื่อนไหวของหมู่บ้าน ($\bar{X}=2.49$, S.D.=0.576) ข้อ 2 มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวม สอบถามข้อมูลผู้พิการและส่งข้อมูลที่ได้รับให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X}=2.49$, S.D. 0.657) ข้อ 4 มีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ให้ผู้พิการรายเก่าไปขอใช้สิทธิรับเบี้ยผู้พิการ ($\bar{X}=2.37$, S.D.=0.638) ข้อ 5 มีส่วนร่วมในการติดตามข้อมูลผลการขึ้นทะเบียนคนพิการทางการเคลื่อนไหวในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ($\bar{X}=2.33$, S.D.=0.634) ข้อ 3 มีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกคนพิการที่ทำนส่งสัยว่ามีความพิการทางการเคลื่อนไหวให้ได้รับการยืนยันการยืนยันจากแพทย์ว่าเป็นคนพิการ ($\bar{X}=2.31$, S.D.=0.703) ตามลำดับ

4.4 ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11 มีส่วนร่วมในการประสานงานให้คนพิการได้รับสิทธิการศึกษาตามเกณฑ์อายุคนพิการทางการเคลื่อนไหว ($\bar{X}=2.33$, S.D.=0.618) ข้อที่ 10 มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เช่นการอำนวยความสะดวก จัดหากายอุปกรณ์ เพื่อให้คนพิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ($\bar{X}=2.24$, S.D.=0.635) และข้อที่ 9 มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย เช่น ดัดดึงข้อต่อ การจัดทำ การเคลื่อนย้ายผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ($\bar{X}=2.19$, S.D.=0.674) ตามลำดับ

4.5 ด้านการจัดหากายอุปกรณ์ พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ได้แก่ ข้อที่ 16 มีส่วนร่วมในการจัดหากายอุปกรณ์ เพื่อช่วยเหลือการเคลื่อนไหวให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว

(\bar{X} =2.26, S.D.=0.643) ข้อที่17 มีส่วนร่วมในการสอนวิธีการใช้กายอุปกรณ์แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว (\bar{X} =2.21, S.D.=0.668) และข้อ18 มีส่วนร่วมในการเลือกกายอุปกรณ์ที่เหมาะสมแก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว (\bar{X} =2.08, S.D. 0.703) ตามลำดับ

5. ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการดำรงตำแหน่งอื่น ๆ นอกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้สถิติ Chi-square test มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการดำรงตำแหน่งอื่น ๆ กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว		χ^2	df	p-value
	นานๆครั้ง-บางครั้ง	ประจำ			
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
เพศ			1.226	1	.268
ชาย	6(5.94)	11(10.90)			
หญิง	42(41.58)	42(41.58)			
รวม	48(47.52)	53(52.48)			
สถานภาพสมรส			.002	1	.966
โสด-หม้าย หย่า แยก	8(7.92)	9(8.92)			
คู่	40(39.60)	44(43.56)			
รวม	48(47.52)	53(52.48)			

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว		χ^2	df	p-value
	นานๆครั้ง-บางครั้ง	ประจำ			
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
ระดับการศึกษา			.335	1	.563
ประถม-มัธยมศึกษา	19(18.81)	24(23.77)			
ปวส.ขึ้นไป	29(28.71)	29(28.71)			
รวม	48(47.52)	53(52.48)			
อาชีพ			2.746	2	.253
เกษตรกร	25(24.75)	36(35.64)			
รับจ้างทั่วไป	7(6.93)	6(5.94)			
อื่นๆ	16(15.84)	11(10.89)			
รวม	48(47.52)	53(52.48)			
รายได้			1.460	2	.482
>5,000 บาท	13(12.87)	17(16.83)			
5,000-10,000 บาท	20(19.80)	25(24.75)			
10,001 บาทขึ้นไป	15(14.85)	11(10.89)			
รวม	48(47.52)	53(52.48)			
การดำรงตำแหน่งอื่น			2.341	1	.126
ไม่มี	44(43.56)	43(42.58)			
มี	4(3.96)	10(9.90)			
รวม	48(47.52)	53(52.48)			

จากตารางที่ 4.8 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการดำรงตำแหน่งอื่นๆ โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการดำรงตำแหน่งอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหวานใหญ่ อำเภอหวานใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5.1 คือ

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการดำรงตำแหน่ง อื่นๆมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

โดยพบว่าตัวแปรเพศหญิงมีส่วนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นประจำเท่ากับ นานๆครั้ง-บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.58 สถานภาพสมรสคู่มีส่วนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวประจำคิดเป็นร้อยละ 43.36 ระดับการศึกษา ปวส.ขึ้นไปมีส่วนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นประจำเท่ากับนานๆครั้ง-บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 28.71 อาชีพเกษตรกรมีส่วนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวประจำคิดเป็นร้อยละ 35.64 รายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท มีส่วนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวประจำคิดเป็นร้อยละ 24.75 การดำรงตำแหน่งอื่น ได้แก่ การเป็นกรรมการชุมชน กองทุนหมู่บ้าน กำนัน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)มีส่วนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวประจำคิดเป็นร้อยละ 43.5

6. ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวและการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวและการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหารโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบรายละเอียดดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวและการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ตัวแปร	r	p- value
1. อายุ	.000	.999
2. ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข	.050	.620
3. ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว	.135	.178
4. การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว (X)	.685*	.000*
4.1 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	.495*	.000*
4.2 การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ	.431*	.000*
4.3 การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	.505*	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ($r=.685$, $p\text{-value}=.000$)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r=.505$, $r=.495$, และ $r=.431$, $p\text{-value}<0.05$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5.4 คือ การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร

มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ส่วนตัวแปร อายุ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่จังหวัดมุกดาหารซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5.2 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวและไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5.3 คือ ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

7. ตอนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่างได้ตอบข้อมูลในส่วนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหารจำนวน 13 คนผู้วิจัยได้สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโดยวิเคราะห์เป็นทั้งรายด้านและรายข้อได้แก่ ด้านการสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียน ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ปัญหา อุปสรรคด้านอื่นๆดังตารางที่ 4.9 และตารางที่ 4.10 และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหาและอุปสรรค	88	87.1
2. มีปัญหาและอุปสรรค	13	12.9
รวม	101	100
ปัญหาและอุปสรรครายด้าน(n=47)		
1. ด้านการสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียน	10	21.28
2. ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน	8	17.02
3. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ	10	21.28
4. ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน	11	23.40
5. ปัญหา อุปสรรคด้านอื่นๆ	8	17.02
รวม	47	100

จากตารางที่ 4.10 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหารพบว่า กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 และไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 87.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร มีปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด คือ ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 23.40 รองลงมาเป็นด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ ร้อยละ 21.28 และด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และปัญหา อุปสรรคด้านอื่นๆ ร้อยละ 17.02 จากตัวอย่างที่แสดงความคิดเห็นจำนวน 13 คน จำนวน 41 ครั้ง ดังตารางที่ 4.10 (โดยผู้ตอบแบบสอบถามคนเดียวสามารถแสดงความคิดเห็นได้มากกว่าหนึ่งด้าน)

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
ทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่
อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร จำแนกเป็นรายชื่อ

ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.ด้านการสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียน		
ปัญหาเรื่องความร่วมมือจากประชาชน	2	1.98
ปัญหาเรื่องเอกสารการขึ้นทะเบียน	1	0.99
ปัญหาเรื่องการสื่อสารกับญาติคนพิการ	1	0.99
รวม	4	3.96
2.ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน		
ขาดความรู้ ความชำนาญด้านการคัดกรองคนพิการ	3	2.97
ขาดวัสดุ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน	2	1.98
รวม	5	4.95
3.ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ		
ขาดความรู้ ความชำนาญด้านการคัดกรองคนพิการ	3	2.97
ขาดวัสดุ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน	2	1.98
ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	2	1.98
รวม	7	6.93
4.ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน		
ขาดความร่วมมือจากญาติและคนพิการ	6	5.94
ปัญหาด้านการเดินทางไปปฏิบัติงาน	4	3.96
ขาดแรงจูงใจและขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน	3	2.97
ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน	1	0.99
รวม	15	13.86
5.ปัญหา อุปสรรคด้านอื่นๆ		
ปัญหาด้านงบประมาณค่าตอบแทน ในการปฏิบัติงาน	7	6.93
ปัญหาด้านการศึกษาในเด็กพิการ	1	0.99
ปัญหาด้านการประกอบอาชีพ	1	0.99
ปัญหาด้านการติดต่อกับองค์กรอื่นๆ	1	0.99
รวม	10	9.90

จากตารางที่ 4.11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร มีปัญหาอุปสรรคด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกเป็นรายชื่อในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

ด้านการสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียน พบว่า มีปัญหาเรื่องความร่วมมือจากประชาชนมากที่สุดร้อยละ 1.98 รองลงมาคือปัญหาเรื่องเอกสารการขึ้นทะเบียน ปัญหาเรื่องการสื่อสารกับญาติคนพิการ ร้อยละ 0.99 เท่ากัน

ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน พบว่า มีปัญหา อุปสรรคเรื่อง ขาดความรู้ ความชำนาญด้านการคัดกรองคนพิการมากที่สุดร้อยละ 2.97 รองลงมาคือปัญหาการขาดวัสดุ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานร้อยละ 1.98

ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ พบว่าการขาดความรู้ ความชำนาญด้านการคัดกรองคนพิการมากที่สุดร้อยละ 2.97 รองลงมาคือขาดวัสดุ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการร้อยละ 1.98 เท่ากัน

ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ขาดความร่วมมือจากญาติและคนพิการมากที่สุด ร้อยละ 5.94 รองลงมาเป็นปัญหาด้านการเดินทางไปปฏิบัติงานร้อยละ 3.96 ขาดแรงจูงใจและขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงานร้อยละ 2.97 ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานร้อยละ 0.99 ตามลำดับ

ปัญหา อุปสรรคด้านอื่นๆ พบว่า ปัญหาด้านงบประมาณค่าตอบแทนมากที่สุดร้อยละ 6.93 ในการปฏิบัติงาน ปัญหาด้านการศึกษาในเด็กพิการ ปัญหาด้านการประกอบอาชีพ ปัญหาด้านการติดต่อกับองค์กรอื่นๆ ร้อยละ 0.99 เท่ากัน

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อข้อเสนอแนะในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

(n=101)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. ไม่มีข้อเสนอแนะ	91	90.1
2. มีข้อเสนอแนะ	10	9.9
รวม	101	100
1. ด้านการสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียน		
ประชาสัมพันธ์การปฏิบัติงาน	2	1.98
มีการประสานหน่วยงานที่	1	0.99
รวม	3	2.97

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
2.ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน		
จัดอบรมความรู้เพิ่มเติมให้แก่ อสม.	6	5.94
รวม	6	5.94
3.ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ		
จัดอบรมความรู้เพิ่มเติมให้แก่ อสม.	2	1.98
ประสานงานหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	2	1.98
เพิ่มแรงจูงใจ มีค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน	4	3.96
รวม	8	7.92
4.ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน		
จัดอบรมความรู้เพิ่มเติมให้แก่ อสม.	1	0.99
ประสานงานหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	1	0.99
เพิ่มแรงจูงใจ มีค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน	1	0.99
รวม	3	2.97
5.ข้อเสนอแนะด้านอื่นๆ		
วางแผนด้านอุปกรณ์และตารางปฏิบัติงาน	3	2.97
รวม	3	2.97

จากตารางที่ 4.12 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9 ไม่มีข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 90.1 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร 10 คน 36 ครั้ง โดยแยกรายละเอียดเป็นรายด้านดังนี้ (โดยตัวอย่างคนเดียวสามารถแสดงข้อเสนอแนะได้มากกว่าหนึ่งด้าน)

ด้านการสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียน พบว่า มีการแนะนำให้มีการจัดประชาสัมพันธ์การปฏิบัติงานมากที่สุดร้อยละ 1.98 รองลงมาคือ มีการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อความสะดวกและสะดวกในการประสานงานระหว่างหน่วยงานร้อยละ 0.99

ด้านการสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียน ข้อเสนอแนะด้านการสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียนพบว่า มีการแนะนำให้จัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ร้อยละ 5.94

ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ ข้อเสนอแนะในการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่ามีการแนะนำการเพิ่มแรงจูงใจ ให้มีค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานมากที่สุดร้อยละ 3.96 รองลงมาคือ

การจัดอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ การประสานงานหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้องร้อยละ 1.98 เท่ากัน

ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ข้อเสนอแนะด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า แนะนำให้มีการจัดอบรมความรู้เพิ่มเติมให้แก่ อสม.การประสานงานหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้องและเพิ่มแรงจูงใจ มีค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานร้อยละ 0.99 เท่ากัน

ข้อเสนอแนะด้านอื่นๆ ข้อเสนอแนะด้านอื่นๆ พบว่า มีการแนะนำด้านการวางแผนด้านอุปกรณ์ และตารางการปฏิบัติงานร้อยละ 2.97



บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวการสนับสนุนทางสังคม กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวและ 3) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ประชากรศึกษา (Study population) ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 101 คน โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร (Total population) การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ของอสม. ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพอสม. ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (แสดงด้วยค่า ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearsons Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. สรุปผลการศึกษา

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.2 มีอายุเฉลี่ย 50 ปีขึ้นไป

ร้อยละ 44.6 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 83.2 การศึกษา เรียนจบระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 31.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.4 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ระยะเวลาการเป็นอสม. 6-10 ปี ร้อยละ 31.7 ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่นๆในชุมชน ร้อยละ 87.1 โดยมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ได้แก่ กรรมการชุมชน/กองทุนหมู่บ้าน กำนัน สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 12.9

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างอสม.ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมากร้อยละ 64.36 ระดับปานกลางร้อยละ 28.71 และระดับน้อยร้อยละ 6.93 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.01 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.282 โดยพบว่าอสม.มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับรถเข็น ไม่เท่าขาเดียว ไม่ค้ำยันจัดเป็นกายอุปกรณ์ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวร้อยละ 97 การดูแลเอาใจใส่ผู้พิการ พาไปรักษาและช่วยดูแล จัดว่าเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการดูแลผู้พิการให้มีความสุข ร้อยละ 93.1 และความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอายุ เพศ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันการเกิดโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต ร้อยละ 50.5

1.3 การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างอสม. ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.40 รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 28.70 และการสนับสนุนทางสังคม ระดับน้อย ร้อยละ 7.90 ตามลำดับเมื่อวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน พบว่า ด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง

การวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวรายข้อในแต่ละด้านของอสม. พบว่า ด้านอารมณ์อยู่ในระดับมากในข้อ 1 เมื่อมีปัญหาในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรือลงมือทำคือ ข้อที่ 4 ทานภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ด้านสิ่งของอยู่ในระดับมาก ในข้อ 8 ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ่งของในการดำเนินงาน เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต สายวัด จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอยู่ในระดับปานกลางในข้อ 10 ได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ อุปกรณ์ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างถูกต้องและเพียงพอ

ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลางในข้อ 11 ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น แผ่นวีซีดี โปสเตอร์ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุมสัมมนาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

อำนวยความสะดวกคนพิการที่ท่านสงสัยว่ามีความพิการทางการเคลื่อนไหวให้ได้รับการขึ้นบันไดขึ้นบันไดจากแพทย์ว่าเป็นคนพิการ ตามลำดับ

1.4.4 ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ได้แก่ ข้อ 11 มีส่วนร่วมในการประสานงานให้คนพิการได้รับสิทธิการศึกษาตามเกณฑ์อายุคนพิการทางการเคลื่อนไหวข้อ 10 มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เช่นการอำนวยความสะดวก จัดหากายอุปกรณ์ เพื่อให้คนพิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและข้อ 9 มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย เช่น คัดดึงข้อต่อ การจัดทำ การเคลื่อนย้ายผู้พิการทางการเคลื่อนไหวตามลำดับ

1.4.5 ด้านการจัดหาอุปกรณ์ พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ได้แก่ ข้อ 16 มีส่วนในการจัดหาอุปกรณ์ เพื่อช่วยเหลือการเคลื่อนไหวให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหวข้อ 17 มีส่วนร่วมในการสอนวิธีการใช้กายอุปกรณ์แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหวและข้อ 18 มีส่วนร่วมในการเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสมแก่คนพิการทางการเคลื่อนไหวตามลำดับ

1.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการดำรงตำแหน่งอื่น ๆกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5.1 คือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการดำรงตำแหน่งอื่น ๆมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

1.6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวและการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ($r=.685, p\text{-value}=.000$)

และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสารด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r=.505$, $r=.495$, และ $r=.431$; $p\text{-value} < 0.05$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5.4 คือ การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ส่วนตัวแปร อายุ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่จังหวัดมุกดาหารซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5.2 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5.3 คือ ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

2. อภิปรายผล

งานวิจัยเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

2.1 การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของ อสม.

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.42

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน และด้านการค้นหาและขึ้นทะเบียน ตามลำดับ ส่วนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆและด้านการจัดหากายอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลางทั้งนี้อาจเป็น

เพราะการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยใหญ่ในการจัดอบรมให้ความรู้เพิ่มพูนทักษะในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องรวมทั้งลงพื้นที่ในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างต่อเนื่องและเป็นประจำ ทำให้การดำเนินงานต่างๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นไปด้วยความใกล้ชิด สนับสนุนกัน ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานรวมทั้งแรงจูงใจและสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสรุขัยสุวรรณรักษ์ (2548, น. 1-2) จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาอำเภอราษีไศล จังหวัดยะลา พบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านร่วมวางแผน ด้านร่วมการปฏิบัติงาน และด้านร่วมการประเมินผลการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการร่วมรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง และยังคงสอดคล้องกับ อุดลย์ วรรณชาติ (2545) จากการศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ศึกษากรณีอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับร่วมสูง

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.36 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลห้วยใหญ่ มีการส่งเสริมให้ อสม. ได้รับรู้บทบาท หน้าที่อย่างชัดเจน และสนับสนุนการจัดการอบรม ฟื้นฟูทางวิชาการ มีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมให้ อสม. ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพิ่มการรับรู้บทบาท หน้าที่ในการปฏิบัติงาน สามารถนำไปสู่การปฏิบัติงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับวันเผด็จ สนธิ์ทิม (2554) จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของ อสม.อยู่ในระดับมาก

2.3 การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากผลการศึกษาวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.40 ทั้งนี้

อาจเป็นเพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือส่งเสริมระหว่างบุคคล ชุมชน องค์กรต่างๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคมของ การให้คำแนะนำในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น เมื่อมีปัญหาในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา การให้ความช่วยเหลือด้านเงิน การสนับสนุนวัสดุสิ่งของเพื่อให้เกิดความเพียงพอพร้อมใช้งาน การให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ เป็นการช่วยให้ผู้รับเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าของกลุ่มสังคมซึ่งสอดคล้องกับวันเพ็ญ สันธิทิมา (2554) จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของ อสม.อยู่ในระดับมาก การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว อยู่ในระดับปานกลาง และยังคงสอดคล้องกับกฤษฎากัสสรุ ขาวปทุมทิพย์ (2556) จากการศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐมพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร จากผลการศึกษาพบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอสม. ในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอสม. ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r=.685$, $p\text{-value}=.000$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r=.505$, $r=.495$, และ $r=.431$; $p\text{-value} < 0.05$ ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นการส่งเสริม ช่วยเหลือระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชน องค์กรต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ เพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น การให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ เวลา และความคิด การให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการให้สิ่งต่างๆเหล่านี้จะมีผลต่อสภาวะจิตใจ และอารมณ์ ก็จะทำให้ผู้รับการสนับสนุนเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคม ทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่มาคุกคามต่อร่างกายหรือจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการ

เคลื่อนไหวของ อสม. จึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของ อสม. ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งสอดคล้องกับฉนวน หนูจิตา (2551, น. 65) จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชน อำเภอเมืองจัตวารี จังหวัดขอนแก่น พบว่าการได้รับข่าวสารต่างๆ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมในชุมชน อำเภอเมืองจัตวารี จังหวัดขอนแก่นและยังสอดคล้องกับ วันเผด็จ สนธิ์ทิม (2554) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่การติดตามเยี่ยมและนิเทศการทำงานจากเจ้าหน้าที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานและยังสอดคล้องกับ พรชูลี จันทรแก้ว (2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในอำเภอละงู จังหวัดสตูล

2.5 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.5.1 เพศ จากผลการศึกษาวิจัยพบว่าตัวแปรเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาล้วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งโดยทั่วไปอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการอบรมเรื่องความรู้ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียงและความรู้เกี่ยวกับงานสุขภาพจิตจากทั้งโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่องและได้มีการกำหนดขอบเขตในการรับผิดชอบของแต่ละคน โดยไม่ได้แบ่งแยกเพศ ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนจึงต้องเป็นไปตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเพศชายหรืออาสาสมัครสาธารณสุขหญิงจึงทำให้ตัวแปรเพศไม่มีความสัมพันธ์กันกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งสอดคล้องกับวันเผด็จ สนธิ์ทิม (2554) จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการ

เคลื่อนไหวนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการและยังสอดคล้องกับ สราวุธวัลย์พฤกษ์ (2543, น. 127) จากการศึกษาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน และยังสอดคล้องกับ สรรชัย สุวรรณรักษ์ (2548, น.1-2) จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาอำเภอรามัน จังหวัดยะลา พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่พบว่าปัจจัยเพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการควบคุมป้องกันโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก แต่ไม่สอดคล้องกับ บุญเลิศ โพธิ์ชัย (2550) จากการศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสุขภาพประชาชน อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น และจิรภา สุขสวัสดิ์ (2547) จากการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากเพศชายและเพศหญิงมีลักษณะประจำเพศในด้านรูปร่างที่ต่างกัน ทำให้ลักษณะงาน ความสนใจด้านงานแตกต่างกันไปด้วย

2.5.2 อายุ จากผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งนี้อาจเป็นเพราะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นการดำเนินกิจกรรมด้วยความเต็มใจ สมัครใจที่จะเข้าร่วมดำเนินงานทางด้านกิจกรรมสาธารณสุขอยู่แล้ว และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวก็เป็นกิจกรรมที่สำคัญส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขในชุมชน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับ สรรชัย สุวรรณรักษ์ (2548, น. 1-2) จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาอำเภอรามัน จังหวัดยะลา พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่พบว่าปัจจัยเพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการควบคุมป้องกันโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการ

ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และยังคงคล้อยกับ ประภา วุฒิกุล (2548) จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดราชบุรี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ไม่สอดคล้องกับวันเผด็จ สนั่นทิม (2554) จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการและไม่สอดคล้องกับ สมเกียรติ เลิศสกุล (2543) จากการศึกษาการส่งเสริมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และไม่สอดคล้องกับ พิทักษ์ กาพกคดี (2551, น. 69) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี

2.5.3 ระดับการศึกษา จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งนี้อาจเป็นเพราะการฝึกอบรม ส่งเสริมทักษะอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดการเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ และส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานอาสาสมัครที่มีการสั่งสมประสบการณ์มากกว่าย่อมมีความรู้และความเข้าใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้มากกว่า จึงทำให้ระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับ พิทักษ์ กาพกคดี (2551, น. 70) จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี และยังคงคล้อยกับ ศศิธร คงสกุล (2545, น. 69) จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอตาลชุม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังคงคล้อยกับ อดุลย์ วรรณชาติ (2545, น. 41) จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

ศึกษากรณีอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี และยังไม่สอดคล้องกับ ประภา วุฒิกุล (2548) จากการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดราชบุรีแต่ไม่สอดคล้องกับ ก้องเกียรติ อุบัยฉาย (2550) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการพัฒนารูปภาพของผู้นำชุมชนในเขตอำเภอเขาสนกวังจังหวัดขอนแก่น และไม่สอดคล้องกับ สราวุธวัลย์คุณ (2543, น. 126) จากการศึกษา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

2.5.4 สถานภาพสมรส จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการปฏิบัติงานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขมีแค่บางช่วงเวลาอาจจะไม่มีผลกระทบต่อครอบครัวในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพจึงทำให้สถานภาพสมรสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งสอดคล้องกับประภา วุฒิกุล (2548) จากการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดราชบุรีและยังสอดคล้องกับ บุญเลิศ โทธิชัย (2550) จากการศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอเขาสนกวัง จังหวัดขอนแก่น พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอเขาสนกวัง จังหวัดขอนแก่น

2.5.5 อาชีพ จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ทำเป็นบางช่วงเวลา จึงอาจไม่มีผลกระทบต่ออาชีพอื่น ๆ มากนัก จึงทำให้อาชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งสอดคล้องกับกฤษฎาภัสร์ ขาวปทุมทิพย์ (2556) จากการศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการส่งเสริม

สุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่าอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว และยังคงสอดคล้องกับ วันเผด็จ สนธิทิพย์ (2554) จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการพบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการและยังคงสอดคล้องกับ สรรชัย สุวรรณรักษ์ (2548, น. 1-2) จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกัน โรคไข้เลือดออก กรณีศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกัน โรคไข้เลือดออก

2.5.6 รายได้ จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มิรายได้ประจำอยู่แล้วรวมทั้งอยู่ในวัยที่มีความมั่นคงทางอารมณ์และมีความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติงาน ส่งผลทำให้เกิดการดำเนินกิจกรรมด้วยความเต็มใจ จึงทำให้รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งสอดคล้องกับ พิทักษ์ กาพกักดี (2551, น. 71) จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี

2.5.7 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในปัจจุบันงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว มีความกระตือรือร้นและมีการเรียนรู้ในการฝึกทักษะการปฏิบัติงานอยู่เสมอ จะสามารถทำให้นำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งสอดคล้องกับ ประเสริฐ บินตะคุ และ

ไพจิตร ศิริมงคล (2549, น. 49) จากการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และยังสอดคล้องกับ สรรชัย สุวรรณรักษ์ (2548, น. 1-2) จากการศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาอำเภอรามัน จังหวัดยะลา พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

2.5.8 การดำรงตำแหน่งอื่นๆ จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรการดำรงตำแหน่งอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งนี้อาจเป็นเพราะงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการไม่ได้ใช้บทบาทความเป็นผู้นำส่วนใหญ่จะใช้ลักษณะการทำงานที่มีส่วนร่วมจึงทำให้ตำแหน่งอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กันกับการมีส่วนร่วมซึ่งสอดคล้องกับ ปรีดา เจษฎาวรางกูล (2550:86) จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการเป็นสมาชิกกลุ่มอื่นๆ ทางสังคม พบว่าการดำรงตำแหน่งอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนในเขตเทศบาลเมืองคูคตอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี และยังสอดคล้องกับ นภาพร พานิช (2545, น. 165) จากการศึกษา ปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอจังหวัดชุมพร พบว่า การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอจังหวัดชุมพร

2.5.9 ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีโอกาสได้ใช้ความรู้ที่ได้เรียนรู้มาเท่าที่ควร เนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือจากคนพิการและขาดงบประมาณในด้านการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่ๆ ขึ้นมาได้ ยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคล ตามปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา ทำให้ปัจจัยเรื่องความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ไม่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับภิญญา จำปาศรี (2560) จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติภารกิจฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม พบว่า ความรู้ที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางการ

เคลื่อนไหวหรือทางร่างกายไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

3.1.1 ระดับผู้บริหาร

1) จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก และพบว่า การมีส่วนร่วมด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน และด้านการค้นหาและขึ้นทะเบียน อยู่ในระดับมาก แต่การมีส่วนร่วมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ และการจัดหากายอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้บริหารควรมีการส่งเสริมพัฒนา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น มีการประสานขอรับการสนับสนุนให้เกิดโครงการที่ต่อเนื่อง มีโครงการที่พัฒนาทักษะส่งเสริมทางการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆอย่างต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายและขอรับการสนับสนุนจากภาครัฐและภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้เพียงพอและพร้อมใช้งานต่อไปรวมทั้ง ผู้บริหารควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมแก่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อช่วยเหลือการเคลื่อนไหวให้กับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และการมีส่วนร่วมในการสอนวิธีการใช้กายอุปกรณ์แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว

2) จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านสิ่งของ อยู่ในระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นผู้บริหารควรสนับสนุนด้านสิ่งของ ได้แก่ เงินสนับสนุนในการแก้ไขปัญหาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ

3.1.2 ระดับผู้ปฏิบัติ

1) จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ในทางระดับผู้ปฏิบัติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ควรสนับสนุนข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น แผ่นซีดี โปสเตอร์

เป็นต้นและขอสนับสนุนจากภาคเอกชนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งควรสนับสนุนและส่งเสริมพัฒนาศักยภาพอสม. อย่างต่อเนื่องโดยมีการจัดอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้แก่ อสม. เดือนละครั้ง สนับสนุนให้ อสม. เข้าร่วมการประชุมสัมมนาและการศึกษาดูงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

2) จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะประเด็นการมีส่วนร่วมในการประสานงานการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพความพิการทางการเคลื่อนไหว อยู่ระดับปานกลาง ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ควรติดต่อประสานสัมพันธ์กับ อสม. อย่างใกล้ชิดเพื่อติดต่อประสานงาน เสริมกำลังใจพร้อมให้คำปรึกษาและดูแลอย่างใกล้ชิดแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการวางแผนส่งเสริม ติดตามการดำเนินงานงานและพัฒนาศักยภาพรวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง

3.1.3 ระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 28.75 โดยเฉพาะเรื่อง ความหมายความพิการทางการเคลื่อนไหว โรคเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การทำกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต บุคคลที่มีความผิดปกติทางร่างกาย ดังนั้น ควรเปิดโอกาสให้อสม. ได้รับการศึกษาอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะต่างๆ มีการเสริมสร้างการรับรู้และความเข้าใจการศึกษาดูงานเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งจะทำให้เกิดดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไปโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่ในการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีการชี้แจงความสำคัญในการจัดอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพิ่มความรู้ บทบาทหน้าที่ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การดูแลเครื่องมือ การอุปกรณ์ ต่างๆ และส่งเสริม เสริมสร้างทัศนคติต่อการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากขึ้นให้ครอบคลุมและเหมาะสมต่อไป

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น องค์กรภาคส่วนอื่นๆ ที่มีบทบาทในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สภาพของพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน สถานะทางการเงินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำแหน่งต่างๆ เพื่อให้สามารถนำไปวางแผนการทำวิจัยครั้งต่อไปได้

3.2.2 ควรศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ โดยศึกษาทำการเจาะลึกด้านใดด้านหนึ่ง เช่น แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน สิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องการในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

3.2.3 ควรศึกษาวิจัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในความพิการประเภทอื่นๆ นอกเหนือจากคนพิการทางการเคลื่อนไหว

3.2.4 ควรศึกษาถึงลักษณะความพึงพอใจขององค์กรอื่นๆของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กมลทิพย์วิจิตรสุนทรกุลและสัญญาชัชชาสมบัติ. (2559). การศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559 สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- _____. รายงานประจำปี 2560 สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). ข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการณ วันที่ 31 มีนาคม 2561. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2562). ฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามภูมิภาค: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2561-2562). สืบค้นจาก <https://www.m-society.go.th/home.php>. (วันที่สืบค้น 29 ตุลาคม 2562)
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- _____. (2554). คู่มือ อสม.ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521- พ.ศ.2557). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- _____. (2557). หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยปีพุทธศักราช 2557. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. สืบค้นจาก http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifim_mod/nw/258070742_23856. (วันที่สืบค้น 28 ตุลาคม 2562)

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2540). *แผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2559). *พระราชบัญญัติจัดการศึกษาให้กับคนพิการ 2559*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *หลักสูตรฝึกอบรม มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กฤษณ์ ชุนลีก. (2556). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- กฤษยาภัสสร ขาวปทุมทิพย์. (2556). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ก้องเกียรติ อุบิฉาย. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชน อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น. (ภาคนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *จำนวนและอัตราตายด้วย 4 โรค NCD โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020>. (วันที่สืบค้น 29 ตุลาคม 2562)
- _____. (2562). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง และ COPD*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>. (วันที่สืบค้น 29 ตุลาคม 2562)
- กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพฯ: สามลดา.
- เกรียงศิริ วิเจริญ. (2547). *แนวทางการดำเนินการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตาม พ.ร.บ. สมรรถภาพคนพิการปี 2534 กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี*.

- วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- โกมาส จิงเสถียรทรัพย์. (2549). *สุขภาพปฐมภูมิบริการปฐมภูมิ: จากปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่*.
นนทบุรี: สำนักงานวิจัยสุขภาพ.
- ขนิษฐา เทวินทรภักดี. (2540). *เส้นทางที่ฟื้นฟูสมรรถภาพ: ผู้การพัฒนที่ยั่งยืนของคนพิการ*.
กรุงเทพฯ: กรมประชาสงเคราะห์.
- _____. (2540). *เส้นทางที่ฟื้นฟูสมรรถภาพ: ผู้การพัฒนที่ยั่งยืนของคนพิการ*. กรุงเทพฯ:
กรมประชาสงเคราะห์.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. (2550). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3*
พ.ศ. 2550 – 2554. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- คณิต หนูพลอย. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านจังหวัดพิจิตร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลห้วยใหญ่. (2560). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอำเภอห้วย
ใหญ่*. Mukdahan: งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลห้วยใหญ่.
- จินตนา บุญยิ่ง. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, ปทุมธานี.
- จิรพรรณ โพธิ์ทอง. (2557). ประสิทธิภาพของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือเคลื่อนไหว
แบบบูรณาการในชุมชน. *วารสารทราบก*, 15(2), 232-241.
- จิรนนท์ วงศ์มา. (2550). *โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้พิการจากโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสันทราย
ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร*. สืบค้นจาก www.pcuinnovation.com/pcu/938.
(วันที่สืบค้น 19 ตุลาคม 2562)
- จุฬารีย์ ถิ่นทิพย์. (2549). *ผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
และข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เจิมจันทร์ เศษปั้น. (2560). การศึกษาการเข้าถึงสิทธิการได้รับบริการคุณภาพชีวิตและการพัฒนา
ระบบบริการคนพิการทางการเคลื่อนไหวจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิชาการ กรม
สนับสนุนบริการสุขภาพ*, 13(1) (มกราคม-มิถุนายน 2560).

- ฉลวย หนูจิตร. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ตามศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการให้บริการกิจกรรมชุมชน อำเภอัญญาจักรี จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ชูศักดิ์ จันทยานนท์ และคณะ. (2546). ความรอบรู้เรื่องคนพิการ. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- คาริกา ไสงาม และปิยะรัตน์ นุชพ่องใส. (2549). ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อกองงานพิการแขนขาที่มี ภาวะแขนอ้อม โหนกสันต่ำ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจังหวัดปทุมธานี. สืบค้นจาก <http://www.rs.mahidol.ac.th/rs-journal/vol.2/v.2-1-006.php>.
- เดือนฉาย โพธิ์งาม. (2558). การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดศรีสะเกษ. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย.
- เดือนใจ ปาประโคน. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6(3) (กรกฎาคม-กันยายน).
- นิตดา หว่านชัยยะสิทธิ์. (2543). การฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- บุญเลิศ โพธิ์ชัย. (2550). การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในงานสุขภาพ ประภา วุฒิกุล. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง, ราชบุรี.
- ปรารักษ์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, และวรรณเดช ช้างแก้ว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(1), 16-28.
- ปรีดา เจษฎารางกุล. (2550). การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนในเขต เทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปิยนุช ภิญโย และคณะ. (2558). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดคอสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(2) (พฤษภาคม-สิงหาคม 2558), 93-111.

- เพชรพร สุวิชาเชิดชู, ฐานดา เกียรติเกาะ, สุรีพร ควรงค์นวน, อุทุมพร วชิรพันธ์สกุล, และสุพิชฌาย์ วิชิโต. (2553). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี*, 16(2) (กรกฎาคม-ธันวาคม 2553), 38-50.
- พรชูลี จันทร์แก้ว และคณะ. (2555). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในอำเภอละงู จังหวัดสตูล. (วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- พรนภา หอมสินธุ์ และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ คนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง. *วารสารคณะพยาบาล ศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(1) (มกราคม-มีนาคม).
- พรนภา เจริญสันต์ และคณะ. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการ และการเคลื่อนไหวในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 11(ฉบับพิเศษ สิงหาคม).
- พรรณทิพา ขาวเรือง. (2556). โครงการพัฒนาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และผู้ป่วยเฝ้าระวัง ผู้พิการทางการและการเคลื่อนไหว (Sub Acute) เครือข่ายสถานพยาบาลอำเภอระโนด. สืบค้นจาก <https://www.skho.moph.go.th/strategy/wp-content/uploads/2019/07/inspec-2-2562-180762>. (วันที่สืบค้น 29 ตุลาคม 2562)
- พรรณพิมล วิปลากร. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. ใน *การประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและ คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ยกระดับเชิดชูเกียรติผู้สูงอายุสุขภาพดี พื้นที่ที่มีการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดีเด่น วันที่ 7-8 พฤศจิกายน 2562 ณ โรงแรม มารวย การ์เด้น กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ.*
- พิทักษ์ กาทักดี. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- เพ็ญประภา ไสวดี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของคนพิการ ทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร. (2562). *การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับดีเด่น*. สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/134106>. (วันที่สืบค้น 17 พฤศจิกายน 2562)
- ภาคประชาชน อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ภิญญา จำปาศรี. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 25(3) (กรกฎาคม-กันยายน), 76-89.
- มณเฑียร บุญตัน. (2562). ข้อมูลคนพิการทั่วโลก ปี 2554. ใน *การประชุมสมัชชาเครือข่ายคนพิการระดับชาติ ประจำปี 2562*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17689>. (วันที่สืบค้น 29 ตุลาคม 2562)
- มยุรี ผิวสุวรรณ. (2556). *CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community Based Rehabilitation)*. กรุงเทพฯ: พรีเมียมเอ็กซ์เพรส.
- เมธี สุทนต์ศิลป์, เนตรนภา สาสังข์, และทัศนพร ชูศักดิ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ ตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 18(1) (มกราคม-เมษายน), 83-94.
- บุษกร ไกยวรรณ. (2550). *การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- บุษกรนา แยกคาย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(3), 145-155.
- ยุวดี ลีลิตนาวิระ และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 9(3) (กรกฎาคม – กันยายน), 20-35.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2554). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. (20 มีนาคม, 2554). *ราชกิจจานุเบกษา ตอนพิเศษ*, 128(33 ง), 1-10.
- รุ่งลาวัลย์ กาวีละ และคณะ. (2560). *ผลของการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้านรูปแบบปกติเปรียบเทียบกับดูแลร่วมกับจิตอาสาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- วันเผด็จ สนธิ์ทิม. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสมุทรปราการ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี).
- วัลลภ ไทยเหนือ. (2550). แนวทางการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก https://www.nakhonphc.go.th/datacenter/doc_download/p11290752. (วันที่สืบค้น 17 ตุลาคม 2563)
- วินิตา ชูช่วย. (2547). ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. (ภาคนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2549). ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติงของครอบครัวและชุมชน. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริลักษณ์ ง้าวนาเสียว. (2555). พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารคณะพลศึกษา, 15(ฉบับพิเศษ) (ธันวาคม).
- ศูนย์สิรินธร. (2555). แนวทางการดูแลสุขภาพคนพิการ สำหรับองค์กร. นนทบุรี: ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.
- ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2552). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน CBR Guidelines องค์กรอนามัยโลก. กรุงเทพฯ: พรีเมี่ยม เอ็กซ์เพรส. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์. (2558). คู่มือสำหรับประชาชน, การฟื้นฟูสมรรถภาพขั้นพื้นฐาน, สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สมจิต พรหมจันทร์. (2558). การพัฒนาระบบดูแลคนพิการอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2, 37-51
- สรรัชต์ สุวรรณรักษ์. (2548). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา. (ภาคนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.

- สรฤทธ จันสุข. (2553). *รูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถการพึ่งตนเองในชุมชน*. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/328530>. (วันที่สืบค้น 11 ตุลาคม 2563)
- สำนักงานบริหารกองสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และสุขภาพองค์รวม*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานบริหารการสาธารณสุข. (2559). *คู่มือทีมหมอกครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานฉบับสมบูรณ์ สถานการณ์คนพิการในสังคมไทย การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจคนพิการ และคุณภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2545 และ 2550*. กรุงเทพฯ: เดอะ กราฟิโกซิสเต็มส์.
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2561). *สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการจำแนกตามภูมิภาคและเพศ*. สืบค้นจาก <http://nep.go.th/th/disability-statistic>. (วันที่สืบค้น 10 ธันวาคม 2562)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. (2561). *ข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ อำเภอหว้านใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร*. มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2551). *โครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร จากคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอกครอบครัว(Family Care Team)*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สิทธิพร เกษจ้อย. (2560). *บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารสถาบันวิจัยพินิตธรรม. 4(1) (มกราคม-มิถุนายน).*
- สุกัญญา ศรีปรัชญานันต์ และคณะ. (2546). *คู่มือปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติทางด้านเวชกรรมฟื้นฟู เล่ม 1 แนวทางปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความผิดปกติหรือพิการ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.

- สุภาณี แก้วพินิจ, ลิดา สิริภูบาล และบุญสนอง ภิญโญ. (2550). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ*. พิษณุโลก: ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก.
- สุภาวดี วิสุวรรณ, วาระดี ชาญวิรัตน์, สิริลักษณ์ โปร่งสันเทียะ (2560). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนกรณีศึกษาตำบลหินลาด อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(3), 63-61.
- สุภาวดี อ่อนชื่นจิต และ ฤทัยพร ตรีตรง. (2549). *การบริการสุขภาพที่บ้าน Home Health Care Service*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่.
- สุวิมล ตรีภานันท์. (2551). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิรักษ์ พิศิทธิ์อักษร, สายัณห์ ตรีผล, และพิสิทธิ์ ภูมิพื้นผล. 2550. ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว: การดูแลครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 18(2), 43-53.
- Benjamin, S.Boom., J.ThomasHasthings, George, & F. Madus. (1971). Handbook on Formative and Sumative Evaluation of Student Learning. *Mc Graw- Hill Book*. New York: World health statistics.
- Gleeson-Kreig, J., Bernal, H., & Woolley, S. (2002). The role of social support in the self-management of diabetes mellitus among a Hispanic population. *Public Health Nursing*, 19, 215-222.
- Herzberg, F., Mausner, B. & Synderman, B. B. (1993). *The motivation to work*. New York : John Wiley and Sons, 1959. Reprint, New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers, 44 – 49
- John R. Schermerhorn, James G. Hunt, Richard N. Osborn, Schermerhorn, Hunt, & Osborn. (1991). *Managing organizational behavior*. New York: John Wiley & Sons.
- Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. (1970). *Determining Sample Size for Research Activities*. *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607 – 610.
- Schermerhorn, R., Hunt, G., & Osborn, N. (2003). *Organization behavior*. New York: John Wiley & Sons.
- Whang, In-Jone. (1981). *Managent of Rural Change in Korea*. Seoul: Seoul National University.

- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building block for action*. Retrieved from <http://www.who.int/diabetes/publications/iccreport/en/>.
- _____. (2011). *World report on disability*. Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report. (Retrieved 2015, October 5)
- _____. (2013). *World health statistics 2013*. Italy: World Health Organization.
- _____. (2014). *Ageing* . Retrieved from <http://www.who.int/topics/ageing/en/>.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ



ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม

เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพ
 คนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 ตำบลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

คำชี้แจง อ่านแต่ละข้อให้เข้าใจก่อนตอบและกรุณาตอบคำถามให้ครบถ้วน เพื่อความสมบูรณ์ของ
 ข้อมูล แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว
 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว
 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 ทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน จำนวน 5 ข้อ

ขอความอนุเคราะห์ท่านตอบแบบสอบถามด้วยข้อมูลที่เป็นจริงให้ครบทุกข้อจากแบบสอบถาม
 ฉบับนี้ คำตอบที่ได้จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่อย่างใด
 ทางผู้สัมภาษณ์จะนำผลและข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงที่เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อตอบแบบสอบถาม

นางสาวพัชรินทร์ ศรีบุตร

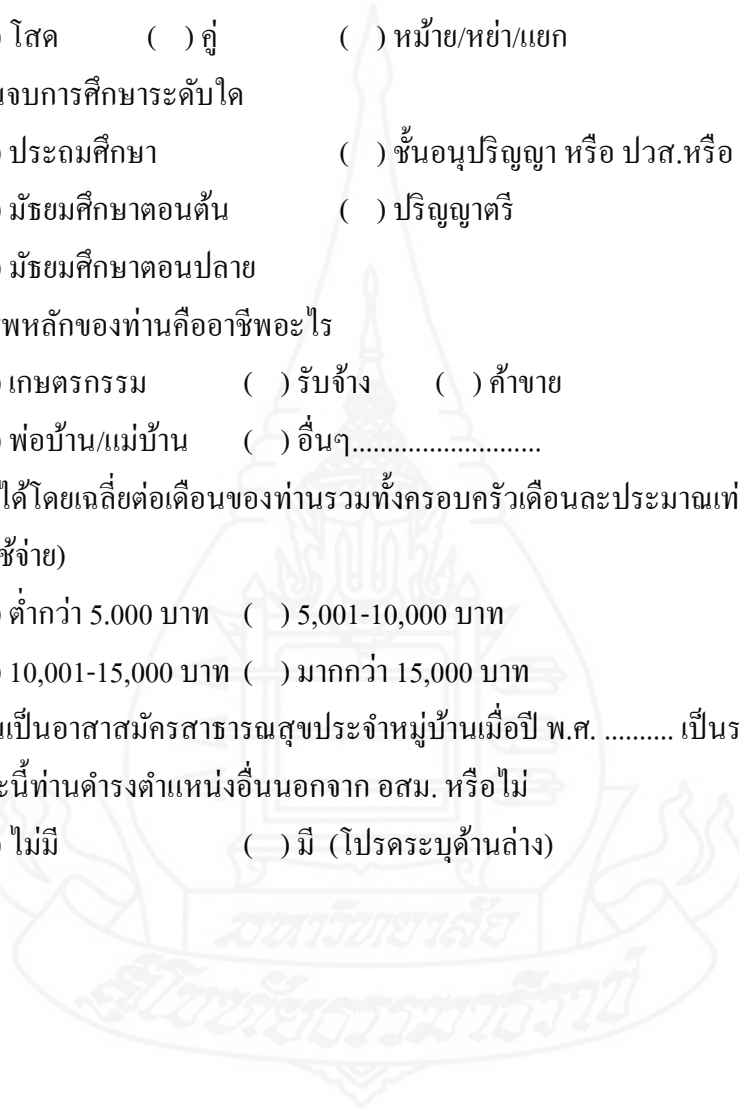
นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

(บริหารสาธารณสุข)

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตรงตามความจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ..... ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)
3. ท่านมีสถานภาพสมรสอย่างไร
() โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยก
4. ท่านจบการศึกษาในระดับใด
() ประถมศึกษา () ชั้นอนุปริญา หรือ ปวส. หรือ ปวท.
() มัธยมศึกษาตอนต้น () ปริญญาตรี
() มัธยมศึกษาตอนปลาย
5. อาชีพหลักของท่านคืออาชีพอะไร
() เกษตรกรรม () รับจ้าง () ค้าขาย
() พ่อบ้าน/แม่บ้าน () อื่นๆ.....
6. รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนของท่านรวมทั้งครอบครัวเดือนละประมาณเท่าไร (ยังไม่หักค่าใช้จ่าย)
() ต่ำกว่า 5,000 บาท () 5,001-10,000 บาท
() 10,001-15,000 บาท () มากกว่า 15,000 บาท
7. ท่านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเมื่อปี พ.ศ. เป็นระยะเวลา..... ปี
8. ขณะนี้ท่านดำรงตำแหน่งอื่นนอกจาก อสม. หรือไม่
() ไม่มี () มี (โปรดระบุด้านล่าง)



ส่วนที่ 2 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง อ่านคำถามและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ใช่	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้องทั้งหมด
ไม่ใช่	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นผิดทั้งทั้งหมด

ข้อที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	กรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการทางการเคลื่อนไหวได้		
2	โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะการเกิดเป็น 2 ประเภท คือโรคสมองตีบ/ตัน และโรคหลอดเลือดสมองแตก		
3	ปากเปี้ยว แขนขาอ่อนแรง พุงไม่ชัด ปวดศีรษะอย่างรุนแรงเป็นอาการของโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต		
4	โรคเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว		
5	การให้คนพิการช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุดเป็นหลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว		
6	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดความพิการได้		
7	ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม		
8	โรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการทางการเคลื่อนไหวได้		
9	การรับประทานอาหาร การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นสิ่งที่เราต้องสอนแก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว		
10	การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่การนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดอัมพฤกษ์-อัมพาต		
11	ความพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นประเภทความพิการที่มีจำนวนคนพิการมากที่สุดในประเทศ		

ข้อที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
12	อายุ เพศ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันการเกิดโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต		
13	คนพิการทางการเคลื่อนไหว คือบุคคลที่มีความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ คนพิการแต่กำเนิด แขนขาขาด คนเป็นอัมพาต		
14	อสม.มีหน้าที่ในการสำรวจข้อมูลคนพิการและนำข้อมูลไปวางแผนช่วยเหลือคนพิการ		
15	วัตถุประสงค์ของการค้นหาคนพิการ โดย อสม.เพื่อจัดทำฐานข้อมูล และจัดทำทะเบียนคนพิการในชุมชน		
16	การดูแลเอาใจใส่ผู้พิการ พาไปรักษาและช่วยดูแล จัดว่าเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการดูแลผู้พิการให้มีความสุข		
17	กรณีแขนขาอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคอุบัติเหตุทางสมอง หรือ ไช้สันหลัง ต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ถึงจะสามารถรับรองความพิการได้		
18	ปัญหาข้อติด แผลกดทับ เป็นปัญหาสำคัญของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว		
19	อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หมายถึง อุปกรณ์ภายนอกร่างกายที่ ออกแบบจัดทำหรือดัดแปลงมาเพื่อให้คนพิการสามารถทำกิจวัตรประจำวันและเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนได้		
20	รถเข็น ไม่เท่าขาเดียว ไม่คำนวณจัดเป็นกายอุปกรณ์ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคน

พิการทางการเคลื่อนไหว

คำชี้แจง อ่านคำถามและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ระดับการสนับสนุน ค่าคะแนน

ได้รับการสนับสนุนมาก 3 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม 80%-100%

ได้รับการสนับสนุนปานกลาง 2 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระหว่าง 60-79%

ได้รับการสนับสนุนน้อย 1 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า 60%

ข้อที่	ลักษณะการสนับสนุนทางสังคม	ระดับการสนับสนุน		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
	ด้านอารมณ์			
1	เมื่อท่านมีปัญหาในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา			
2	ท่านได้รับความไว้วางใจและเชื่อมั่นให้ตัดสินใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเต็มที่			
3	ท่านได้รับคำยกย่องและชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อทำการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการประสบความสำเร็จ			
4	ท่านภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว			
5	ท่านได้รับการติดตามเยี่ยมและติดตามนิเทศการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	ด้านสิ่งของ			
6	ท่านได้รับเงินสนับสนุนในการแก้ไขปัญหาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจากภาครัฐ			
7	หากมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ภาครัฐสามารถ สามารถสนับสนุนได้เพียงพอ			

ข้อที่	ลักษณะการสนับสนุนทางสังคม	ระดับการสนับสนุน		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
8	ท่านได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ่งของในการดำเนินงาน เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต สายวัด จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
9	ท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุสิ่งของ อุปกรณ์ในการดำเนินงานจากหน่วยงานอื่นๆ ภาคเอกชน			
10	ท่านได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ อุปกรณ์ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างถูกต้องและเพียงพอ			
	ด้านข้อมูลข่าวสาร			
11	ท่านได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น แผ่นวีซีดี โปสเตอร์ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
12	ท่านได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น แผ่นวีซีดี โปสเตอร์ จากภาคเอกชน			
13	ท่านได้รับการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เดือนละ 1 ครั้ง			
14	ท่านได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุมสัมมนา ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
15	ท่านได้รับการสนับสนุนให้ไปศึกษาดูงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการ
เคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง อ่านคำถามและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ระดับการสนับสนุน ค่าคะแนน

เข้าร่วมเป็นประจำ 3 หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรม 80%-100%

เข้าร่วมบางครั้ง 2 หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรม 60%-79%

นานๆครั้ง 1 หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 60%

ข้อที่	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการมีส่วนร่วม		
		ประจำ	บางครั้ง	นานๆครั้ง
ด้านการค้นหาและขึ้นทะเบียน				
1	ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหา คนพิการทางการเคลื่อนไหวของหมู่บ้าน			
2	ท่านมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวม สอบถาม ข้อมูลผู้พิการและส่งข้อมูลที่ได้รับให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
3	ท่านมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกคนพิการที่ท่านสงสัยว่ามีความพิการทางการเคลื่อนไหวให้ได้รับการยืนยันการยืนยันจากแพทย์ว่าเป็นคนพิการ			
4	ท่านมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ให้ผู้พิการรายเก่าไปขอใช้สิทธิรับเบี้ยผู้พิการ			
5	ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามข้อมูลผลการขึ้นทะเบียนคนพิการทางการเคลื่อนไหวในเขตพื้นที่รับผิดชอบ			
ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ				
6	ท่านมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในคนพิการทางการเคลื่อนไหว			

ข้อที่	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการมีส่วนร่วม		
		ประจำ	บางครั้ง	นานๆครั้ง
7	ท่านมีส่วนร่วมในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น ข้อติด แผลกดทับ ในคนพิการทางการเคลื่อนไหว			
8	ท่านมีส่วนร่วมในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว			
ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ				
9	ท่านมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย เช่น คัดตั้งข้อต่อ การจัดทำ การเคลื่อนย้าย ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว			
10	ท่านมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เช่น การอำนวยความสะดวก จัดหากายอุปกรณ์ เพื่อให้คนพิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม			
11	ท่านมีส่วนร่วมในการประสานงานให้คนพิการได้รับสิทธิการศึกษาตามเกณฑ์อายุคนพิการทางการเคลื่อนไหว			
12	ท่านมีส่วนร่วมในการประสานงานการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพความพิการทางการเคลื่อนไหว			
ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน				
13	ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อทำความรู้จักและให้กำลังใจแก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว			
14	ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว			

ข้อที่	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้เพียงใด	ระดับการมีส่วนร่วม		
		ประจำ	บางครั้ง	นานๆครั้ง
15	ท่านมีส่วนร่วมในการประสานงานเพื่อให้คนพิการได้รับบริการทางการแพทย์เมื่อมีการเยี่ยมบ้าน เช่น การทำแผล การเปลี่ยนท่อช่วยหายใจ สายสวนปัสสาวะ กายอุปกรณ์			
การจัดหากายอุปกรณ์				
16	ท่านมีส่วนในการจัดหากายอุปกรณ์ เพื่อช่วยเหลือการเคลื่อนไหวให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว			
17	ท่านมีส่วนร่วมในการสอนวิธีการใช้กายอุปกรณ์แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว			
18	ท่านมีส่วนร่วมในการเลือกกายอุปกรณ์ที่เหมาะสมแก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว			

ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

คำชี้แจง อ่านคำถามและทำเครื่องหมาย / ลงใน () ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ท่านมีปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร

1. ด้านการสำรวจค้นหาและขึ้นทะเบียน () ไม่มีปัญหา () มีปัญหา

ปัญหา อุปสรรค คือ

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

2. ด้านการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน () ไม่มีปัญหา () มีปัญหา

ปัญหา อุปสรรค คือ

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....

3. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ () ไม่มีปัญหา () มีปัญหา

ปัญหา อุปสรรค คือ

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....

4. ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน () ไม่มีปัญหา () มีปัญหา

ปัญหา อุปสรรค คือ

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....

5. ปัญหา อุปสรรคด้านอื่นๆ

.....
.....

.....
.....

ขอความกรุณาตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ

และ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม



ภาคผนวก ข

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระพร สุทธากรณ์

ตำแหน่ง ประธานกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วุฒิการศึกษา พ.ย.บ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.บ.ม มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
M.S. University of California at San Francisco
PhD. Public Health (Occupational and Environmental Health),
Johns Hopkins University
ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. นางสาวนพวรรณ จันณรงค์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการหัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลหัวน้ำใหญ่
จังหวัดมุกดาหาร

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด
มหาวิทยาลัยมหิดล

3. นางสาวอรทัย ทองชั้น

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

วุฒิการศึกษา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวพัชรินทร์ ศรีบุตร
วัน เดือน ปีเกิด	24 พฤษภาคม 2531
สถานที่เกิด	อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2554 วิทยาศาสตรบัณฑิต (กายภาพบำบัด) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2562 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
สถานที่ทำงาน	งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลห้วยใหญ่ อำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร
ตำแหน่ง	นักกายภาพบำบัด

