

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

จิรพรรณ โพธิ์ทอง

14 S.A. 2561

38 1055

๒๐๐๒๕๕๘๗๓

คุณฉันทิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์


บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

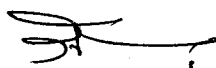
มิถุนายน 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์และคณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ ได้พิจารณา  
คุษฎีนิพนธ์ของ จิรพรรณ โพธิ์ทอง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์

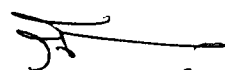
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดินาน)

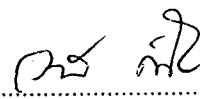
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ)

คณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์


  
.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดินาน)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตร์ อนุมัติให้รับคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชณีภรณ์ ทรัพย์ภานนท์)

วันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา  
จาก สภาการพยาบาล  
ประจำปี พ.ศ. 2554 ครั้งที่ 2

## ประกาศคุณูปการ

คุณุณิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รศ.ดร.อาภรณ์ คีแนน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รศ.ดร.รัชณี สรรเสริญ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ๆ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จาก โรงพยาบาลนายายอาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนายายอาม และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอนายายอามทุกแห่ง ตลอดจนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอนายายอาม ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้คุณุณิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ส่วนหนึ่งได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยของสภาการพยาบาล จึงขอขอบพระคุณ สภาการพยาบาลมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่เนือย - คุณพิกุล โพธิ์ทอง คุณแม่เฉลิม - คุณดรรรชนี ติรารักษ์ และญาติพี่น้องทุกคนที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา และขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ของคุณุณิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแด่บุพการี บวรอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จจนตราบเท่าทุกวันนี้

จิรพรรณ โพธิ์ทอง

50810029: สาขาวิชา: พยาบาลศาสตร์; ปร.ค. (พยาบาลศาสตร์)

คำสำคัญ: รูปแบบการฟื้นฟูสภาพในชุมชน/ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว/ ความสามารถในการปฏิบัติ  
กิจวัตรประจำวัน/ภาวะแทรกซ้อนหลังความพิการ/คุณภาพชีวิต

จิรพรรณ โพธิ์ทอง: การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

(DEVELOPMENT OF REHABILITATION MODEL FOR PHYSICALLY DISABLED PERSONS IN  
COMMUNITY)

คณะกรรมการควบคุมคุุณชีพินช์: อารณั ดินาน, Ph.D., รัชนี สรรเสริญ, Ph.D., 173 หน้า. ปี พ.ศ. 2556.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์จริง โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model และใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากแบบสอบถามสถานการณ์จริงเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังความพิการ พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการฟื้นฟูสภาพ คุณภาพชีวิต แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบสัมภาษณ์ด้านการบริหาร ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยบูรณาการผลจากการศึกษาสถานการณ์จริงและการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้องค์ประกอบหลักของรูปแบบแนวปฏิบัติ และคู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิตและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ pair t- test

ผลการวิจัยพบว่า จากการบูรณาการผลการศึกษาระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ได้องค์ประกอบหลักของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ดังนี้ 1) ปัจจัยการจัดการด้านการบริหาร ได้แก่ การกำหนดนโยบาย ผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ การพัฒนาทีมฟื้นฟูสภาพและการสนับสนุน 2) องค์ความรู้การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพด้วยตนเอง การบริหารร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) ปฏิบัติการ ประกอบด้วย การค้นหา ประเมินปัญหาและความต้องการ จำแนกระดับความพิการ คีนข้อมูลชุมชน ปฏิบัติการฟื้นฟู บำบัดและการประเมินผล และ 4) การกำหนดผลลัพธ์ ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต ผลจากการนำรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนไปใช้จริงในระยะที่ 3 พบว่าคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีภาวะแทรกซ้อนลดลง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ การนำรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนนี้ไปใช้จริง ควรมีการเตรียมความพร้อมชุมชนโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์จริงของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนและการอบรมความรู้และทักษะการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวให้กับทีมฟื้นฟูสภาพ

50810029: MAJOR: NURSING SCIENCE; Ph.D (Nursing Science)

NURSING SCIENCE

KEYWORDS: REHABILITATION MODEL, PHYSICALLY DISABLED PERSONS, COMMUNITY

CHIRAPHUN PHOTHONG: DEVELOPMENT OF REHABILITATION MODEL FOR  
PHYSICALLY DISABLED PERSONS IN COMMUNITY.

ADVISORY COMMITTEE: APORN DEENAN, Ph. D., RACHANEE SUNSERN, Ph. D. 173 P. 2013

The purposes of this research were to develop and evaluate effectiveness the rehabilitation model for physically disabled persons in community. The sample was physically disabled persons in community. There were 3 phases including 1) Situation analysis based on PRECEDE-PROCEED Model. Data were collected both quantitative and qualitative methods. The instruments consist of questionnaires about real situations, complications, rehabilitation behaviors, environment, family and community participation, quality of life and activities daily live. 2) Developed rehabilitation model for physically disabled persons from quantitative and qualitative results in first stage and review evidence based. There were guideline practice and procedure for physically disabled rehabilitation in community. 3) Evaluated physically disabled rehabilitation in community model. Data analysis were used pair t-test statistic.

From the first and second stage, the findings were shown that the rehabilitation model for physically disabled persons in community should had four elements including 1) Management factors; set policy, planning, development rehabilitation team and support. 2) Core knowledge; exercise, prevent complication, and rehabilitate by themselves. 3) Activity; find physically disabled persons in community. 4) Outcomes; decrease complication, increase activities daily living and quality of life. The integrated rehabilitation model was applied to physically disabled persons in two communities. The results shown that the physically disabled persons had decrease complication. There were significantly increased ability in daily living and quality of in their life. The suggestions that they should return physically disabled persons data to community, teaching and training to rehabilitation team about knowledge and skill of rehabilitation.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	5
สมมติฐานในการวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	6
ขอบเขตของการวิจัย .....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว .....	10
ความหมายของความพิการ .....	10
ประเภทของคนพิการ .....	11
สาเหตุของความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว .....	12
การประเมินระดับของความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว .....	19
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับคนพิการ .....	23
การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว .....	26
ความหมายของการฟื้นฟูสภาพ .....	26
เป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพ .....	27
ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว.....	29
ปัญหาและวิธีการฟื้นฟูสภาพทางกายหรือการเคลื่อนไหว.....	32

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผู้รับผิดชอบและบทบาทในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหว .....	35
พยาบาลวิชาชีพ .....	35
ครอบครัว/ผู้ดูแล และอาสาสมัคร .....	37
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น .....	38
องค์การบริหารส่วนตำบล.....	38
พยาบาลและการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว.....	39
รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว.....	44
การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการในชุมชน.....	48
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	53
ระเบียบวิธีวิจัย .....	53
ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์จริง.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการ ทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน.....	64
ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการ ทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน.....	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	70
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	72



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัย .....	75
ส่วนที่ 1 สถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือ การเคลื่อนไหวในชุมชน.....	75
ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือ การเคลื่อนไหวในชุมชน.....	82
ส่วนที่ 3 ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหวในชุมชน.....	94
5 สรุปและอภิปรายผล.....	99
สรุปผลการวิจัย.....	99
อภิปรายผล.....	101
ข้อเสนอแนะ .....	116
บรรณานุกรม.....	117
ภาคผนวก.....	
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	128
ภาคผนวก ข ตารางแสดงการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การฟื้นฟูสภาพ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว .....	138
ภาคผนวก ค ตารางการทบทวนวรรณกรรม.....	143
ภาคผนวก ง คู่มือ แนวปฏิบัติรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือ การเคลื่อนไหว .....	148
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	173

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2-1 ผลกระทบของการไม่เคลื่อนไหวต่อระบบของร่างกาย (effects of immobility on body systems) .....	34
3-1 จำนวนคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากการสู่มั่วอย่าง.....	55
3-2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในการสร้างและพัฒนารูปแบบ การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน.....	70
4-1 จำนวนของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น หลังความพิการ โดยจำแนกตามระบบของร่างกาย.....	73
4-2 จำนวน ร้อยละและระดับการพึ่งพาของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว จำแนกตามคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	73
4-3 คะแนนคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจำแนก ตามรายด้าน.....	74
4-4 จำนวนของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น หลังความพิการ โดยจำแนกตามระบบของร่างกาย.....	91
4-5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ คนของพิการทางกายหรือการ เคลื่อนไหว .....	92
4-6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว .....	93
ข-1 จำนวนและร้อยละของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป.....	134
ข-2 จำนวน และร้อยละของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจำแนก ตามหมวดกิจกรรมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน .....	135
ข-3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว.....	136
ข-4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับการฝึกทักษะการดูแล ตนเองการฟื้นฟูสภาพของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว.....	136

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
ข-5 จำนวนและร้อยละของการได้รับการและการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ ของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว .....	137
ค-1 การสังเคราะห์วรรณกรรมการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการ เคลื่อนไหว .....	139

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิด การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหวในชุมชน.....	9
2-1 แนวคิดรูปแบบเชิงชีวะ-จิตสังคม (Bio-psychosocial Model) .....	25
2-2 กรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือ การเคลื่อนไหว ในชุมชน.....	52
3- 1 ร่างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน..	63
3-2 แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน..	64
4-1 ร่างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน....	86
4-2 แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน...	87
4-3 รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน .....	90

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันของประชากรโลกพบว่าประมาณหนึ่งพันล้านคนหรือประมาณร้อยละ 15 ที่ต้องเผชิญกับความพิการ (World Health Organization, 2011) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกันในหลายภูมิภาค เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา (White, Wójcicki, & McAuley, 2009) พบว่ามีคนพิการจำนวน 49 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 19.4 เป็นคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด (McNEIL, 2009) สำหรับในประเทศไทย เช่นเดียวกันจากการสำรวจคนพิการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2517 พบว่ามีคนพิการประมาณ 2 แสนคน หรือร้อยละ 0.5 แต่จากการสำรวจครั้งล่าสุด ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีคนพิการประมาณ 1.9 ล้านคน หรือร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งประเทศ โดยพบความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด ร้อยละ 46.6 ของผู้พิการทั้งหมด และพบว่าความพิการดังกล่าวเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุดร้อยละ 22.2 รองลงมาคือ ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ร้อยละ 19.4 โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่หลังจากได้รับการรักษาในระยะวิกฤตมักจะมี ความบกพร่องหรือความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น แขน ขา อ่อนแรง เป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) ทำให้เกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (เพ็ญศรี สิริวรารมย์, 2550; Macko et al., 2008; Marilyn, Field, & Jette, 2007; Stuart et al., 2009) เช่น การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นเรื่องยากที่สุดสำหรับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว (Vesellnova, 2013) ผู้ป่วยจึงควรจะได้รับ การฟื้นฟูสภาพ การสอนและฝึกในการช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพจนสามารถฟื้นคืนสภาพ หรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ แต่ส่วนมากจะได้รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เฉพาะระยะวิกฤต หลังจากนั้นต้องไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้านหรือในชุมชนด้วยตนเองเป็นเวลานาน (Crotty et al., 2008)

คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน เมื่อกลับมาอยู่บ้านต้องเผชิญกับความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การการเดินทาง การนั่ง การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ และภาวะแทรกซ้อน เช่น การเจ็บปวดตามร่างกาย (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554) ทำให้ต้องปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม (Naylor, Knoble, Robinson, Bowles, & Maislin, 2007) แต่คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนมักจะถูกกละเลย ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ (อภิรักษ์ พิศุทธิ์อารมณ์ และคณะ, 2550) ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพเหมือนกับขณะที่อยู่ใน

โรงพยาบาล ขาดการสอนและฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพและการดูแลตนเองที่มีมาตรฐานและต่อเนื่อง อีกทั้งสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสมกับการฟื้นฟูสภาพ (Burton & Gibbon, 2005; Shumway-Cook et al., 2003) นอกจากนี้ยังพบว่าคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชนเนื่องจากคนทั่วยังมีเจตคติต่อคนพิการว่าเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพา (ศิริไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2551; ปราณี ประไพวัชรพันธ์, 2551; สุเวช ทรงอยู่สุข, 2550; อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2551) ทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (Bachman, Tobias, Master, Scavron, & Tierney, 2008)

จากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และขาดการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ส่งผลต่อกลิ้มเนื้อทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Hairi et al., 2010) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังความพิการ ในระบบต่างๆ เช่น ข้อติด ข้อแข็ง การบาดเจ็บของข้อและอาการปวด (Ehrlich- Jonese et al., 2010) ท้องผูกและแผลกดทับ และภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจ จากการที่ต้องเผชิญกับการอับอาย มีความรู้สึกทางลบทำให้เกิดความเครียด หงุดหงิด แยกตัวจากสังคม (Bahm & Forchuk, 2008; Kim & Kang, 2003; Northcott & Hilari, 2011) อารมณ์แปรปรวน ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความท้อแท้ ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (นิตยา บัวสาย, 2551; ปราณี ประไพวัชรพันธ์, 2551; อภิรักษ์ พิสุทธิ อารมณ์, สายัณห์ ศรีผล และพิสิทธิ์ ภูมิพันธ์ผล, 2550; Naylor et al., 2007) ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Brenes et al., 2008) นอกจากนี้การจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนมีการรับรู้ในคุณภาพชีวิตตนเองลดลง (อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2551; Naylor et al., 2007; Singhpoo et al., 2009; White et al., 2009) สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จึงต้องเผชิญกับปัญหาและการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของคนพิการ (Burton & Gibbon, 2005) ที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อน ใช้เวลาระยะยาวนาน (Draper, Min, & BPhil, 2007) รูปแบบการจัดบริการมีทั้งที่บ้าน และในสถานบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน (Long, Kneafsey, Ryan, & Berry, 2002; Allender & Spradley, 2005) โดยเป็นบริการทางสุขภาพและทางสังคมที่เหมาะสม (Lutz & Bowers, 2005; Hamric, Spross, & Hanson, 2009) มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนสามารถทำหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ ดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้และให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Bishop, 2005)

การจัดบริการการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ได้ถูกกำหนดไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบูรณาการเครือข่าย และสร้างความเข้มแข็งให้คนพิการ มีโอกาสเข้าถึงบริการ

การฟื้นฟูสภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2550) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ได้จัดเป็นชุดสิทธิประโยชน์ ที่มุ่งเน้นการพัฒนา ระบบบริการฟื้นฟูสภาพคนพิการของหน่วยบริการ โดยมีการเพิ่มงบประมาณสำหรับบริการ ทางการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของคนพิการใน ชุมชน นอกจากนี้สภาการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ในระดับ ปฐมภูมิสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในด้านการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา และการเสริมสร้างสมรรถภาพให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงการบริการฟื้นฟูสภาพ ได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง (คณะอนุกรรมการจริยธรรมสภาการพยาบาล, 2551) เพื่อป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของคนพิการให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟู สภาพอย่างสมศักดิ์ศรี ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการโดยใช้ชุมชน เป็นฐาน ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติของคนในชุมชน เกิดการดูแลร่วมกันระหว่างคนพิการ ครอบครัวและชุมชน คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ยังมีจุดอ่อนที่ชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดความ ตระหนักถึงคนพิการ ขาดทักษะและความรู้ในการฟื้นฟูสภาพและกลุ่มคนที่ร่วมปฏิบัติงานฟื้นฟู สภาพไม่สามารถทำงานได้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Naylor et al. (2007) ในการใช้รูปแบบการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความพิการในระดับ รุนแรง โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการร่วมกับแพทย์ ทีมสุขภาพและองค์กรชุมชนร่วมกำหนดบริการ การเตรียมความรู้และทักษะในการดูแล เนื้อหาของความรู้และทักษะที่จำเป็น พบว่าคนพิการทาง กายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน มีการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น มีความพึงพอใจในการดูแลและมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่สิ่งสนับสนุนความสำเร็จที่สำคัญ คือ ระบบสนับสนุนที่เข้มแข็ง บริการที่ เข้าถึงได้ง่าย คุณภาพบริการที่ดี การได้รับการจากสหสาขาวิชาชีพ และการปรับสภาพแวดล้อมที่ บ้านให้เหมาะสม และะพบอุปสรรคในการดูแล ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล จิตใจ ความไม่เหมาะสม ของบ้าน การบริการและการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างคนพิการกับผู้ให้บริการ การไม่ได้รับการ สนับสนุนความต้องการด้านอุปกรณ์และการดูแลที่ไม่เป็นรูปแบบ

การจัดบริการการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนของระบบ บริการสุขภาพของประเทศไทยปัจจุบันมีหลายรูปแบบ เช่น ในหน่วยบริการระดับตติยภูมิและ ระดับทุติยภูมิมีสถานบริการบางแห่งได้พัฒนาการดูแลแบบเครือข่ายโดยการจัดการแบบทีม สหสาขาวิชาชีพในการดูแลร่วมกัน (วิจิตรา เชาว์พานนท์ และสุวรรณา วิชาดสงเคราะห์, 2550) โดย ให้ความรู้และฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การประสานงานการดูแล กับครอบครัว ชุมชน สังคมและสถานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้คนพิการทางกายหรือ

การเคลื่อนไหวที่จะกลับไปอยู่ในชุมชนมีความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตดีขึ้น (พิชาติ คลเฉลิมยuthนา และปิยนุช บุญกอง, 2550; เพ็ญศรี ละออง, วาริวรรณ คงชุ่ม, สุกัญญา วิศวามิตร และจันทร์ทิพย์ วิชัยวิทย์, 2551) สำหรับในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ พบว่ามีส่วนใหญ่พยาบาลจะเป็นผู้วางแผนการดูแลสุขภาพทั่วไปเบื้องต้นมากกว่าการฟื้นฟูสภาพ เช่น การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพทั่วไป การตรวจร่างกายเบื้องต้น การสาธิตการจัดท่าทางการออกกำลังกาย การพลิกตะแคงตัว การติดตามเยี่ยมที่บ้าน (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2550; ศิวีไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2551; สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ซึ่งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้ และจากการศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการ (บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์ และพวงพยอม ปัญญา, 2550) โดยใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน มีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย พบว่าคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่ได้รับ โปรแกรมดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่มีองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้โปรแกรมนี้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ ความต่อเนื่องในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล และการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยให้เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จะเห็นว่าการจัดบริการการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนเป็นกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่ในดำเนินนโยบาย การวางแผนจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนทั้งด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและสภาพแวดล้อม รวมทั้งการประเมินผลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นในการดำเนินงานการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน จึงควรมีการศึกษาสถานการณ์ทั้งด้านนโยบาย ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ การปฏิบัติการให้ความรู้ ฝึกทักษะในการฟื้นฟูสภาพ และการปรับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน และนำมาวางแผนดำเนินการและประเมินผลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้เป็นการจัดบริการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนนั้นครอบคลุมทั้งทางด้านการแพทย์และสังคม สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE- PROCEED Model (Green & Krueger, 1999) ซึ่งมีขั้นตอนในการวินิจฉัยสถานการณ์ในมิติต่าง ๆ ทั้งทางสังคม ระบาดวิทยา พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม การศึกษา การบริหาร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม การสนับสนุน อีกทั้งการมีส่วนร่วมของ ผู้มีส่วนได้เสียที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการในการฟื้นฟูสภาพ และขั้นตอนในการพัฒนาและประเมินผลการดำเนินงานตามปัญหาที่วิเคราะห์ได้ แล้วนำไปวางแผนปฏิบัติการ และประเมินผลผลลัพธ์ โดยจุดเด่นของแนวคิดนี้คือมีความครอบคลุมในมิติต่างๆ ทั้งทางด้านนโยบาย พฤติกรรม ความรู้และทักษะ และสภาพแวดล้อมในการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะช่วยให้คนพิการทางกาย



หรือการเคลื่อนไหวในชุมชนมีการฟื้นคืนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนตามแนวคิดดังกล่าวเพื่อให้มีรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนที่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน มีการดำรงไว้ซึ่งระดับของสุขภาพ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ได้อย่างเต็มศักยภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนที่มีความเหมาะสมต่อคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนควรเป็นอย่างไร
2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนที่สร้างขึ้นจะทำให้มีผลลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวหรือไม่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนที่มีความเหมาะสมต่อคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนต่อคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ในด้าน
  - 2.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
  - 2.2 ภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนทางกาย ได้แก่ ข้อติด ข้อยึด แผลกดทับ การอักเสบ ภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด เครียด
  - 2.3 คุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

### สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

2. หลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

3. หลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

PRECEDE - PROCEED Model (Green & Kruter, 1999) เป็นรูปแบบที่มีพื้นฐานแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา การศึกษาและการมีส่วนร่วม โดยตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม PRECEDE - PROCEED Model เป็นแนวคิดหรือเครื่องมือในการออกแบบหรือต้องการให้เกิดการวางแผน ปฏิบัติการและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากกระบวนการวิเคราะห์ ค้นหา กำหนดกลยุทธ์ วางแผน ปฏิบัติการและประเมินผลจากปัจจัยและสาเหตุที่จำแนกได้ โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ ระยะเวลาวินิจฉัยเรียกว่า PRECEDE (Predisposing Reinforcing Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation) และระยะพัฒนาการวางแผน ซึ่งรวมการปฏิบัติการและการประเมินผลไว้ในระยะนี้เรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organizational Construct in Educational Development) จุดเด่นของ PRECEDE - PROCEED Model อยู่ที่การมีกระบวนการในการค้นหาและวิเคราะห์และนำมาจำแนกถึงปัญหา สาเหตุที่มีผลต่อผลลัพธ์ที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ และการกำหนดกิจกรรมตามปัญหา และสาเหตุที่วิเคราะห์ได้ เช่น ในการศึกษาของ Li et al. (2009) ในการหาความต้องการในการประเมินสุขภาพชุมชน โดยการใช้ preceed-proceed model ประเมินและนำมาจำแนกความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพชุมชน ทำให้ทราบว่าปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจคือ การสูบบุหรี่ การไม่มีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมกินที่ไม่เหมาะสม ทำให้ชุมชนสามารถนำไปกำหนดเป็นนโยบายในการลดความเสี่ยงลงการเกิดโรคได้ นอกจากนี้ กรอบแนวคิดนี้อยู่ภายใต้ทั้งสภาวะทั้งส่วนบุคคล ระดับชุมชน การสื่อสารภายในบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ทั้งภายในและระหว่างองค์กร และระดับรากหญ้าจนถึงการใช้ประโยชน์ในองค์กร สามารถนำมาใช้ในการสร้างโปรแกรมในการปฏิบัติในพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เช่น การศึกษาของ Zigheymat, Ebadi, Mehdizadeh, Niknam. (2009) ที่ได้ทำการศึกษาถึงทดลองที่มีเป็นโรคลมชักในชุมชน โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาจัดทำโปรแกรมให้กับผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการได้รับการสนับสนุนที่ดีขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดปัญหาการเกิดอาการของโรคลมชักได้ และจากการศึกษาของ Nadrian, Morowatisharifabad, & Bahmanpour. (2011) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้กับโรค

รุมาทอดยด์โดยใช้ PRECEDE - PROCEED Model พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้ ทักษะคติ ความสามารถในการตนเอง ปัจจัยเอื้อ การสนับสนุนทางสังคม ทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองและมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนสามารถฟื้นคืนการทำหน้าที่ทางร่างกาย ลด ภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่มีปัจจัย ที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านส่วนบุคคล ด้านการศึกษา ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และการบริหารจัดการในพื้นที่ ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟู สภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนครั้งนี้จึง ใช้แนวคิด PRECEDE - PROCEED Model โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวใน ชุมชน และนำมาจำแนกปัญหา และปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ นำมาพัฒนารูปแบบร่วมกับการมีส่วนร่วม ของผู้มีส่วนได้เสียในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวและประเมินผลลัพธ์ เพื่อให้ได้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนที่มีประสิทธิผล

### ความสำคัญทางการพยาบาล

ในการกำหนดภาวะสุขภาพของประชาชนในปี 2010 ได้มีการอภิปรายถึงสิ่งที่สำคัญ ที่สุดคือในการดูแลคนพิการ คือการฟื้นฟูสภาพหรือการดูแลระยะยาว (Allender & Spradley, 2005) ซึ่งเป็นบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญประการหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญในระบบ บริการสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) โดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสภาพนั้นเป็นองค์ประกอบที่ 4 ของการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความพยายามที่จะลดความพิการและให้กลับสู่สภาพเดิม ทำหน้าที่เดิมได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุง ครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ( คณะอนุกรรมการจริยธรรมสภาการพยาบาล, 2551 ) ได้กำหนดให้ผู้ ประกอบวิชาชีพต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยใน มาตรฐานที่ 7 กำหนดให้มีการบริการพยาบาลที่บ้านให้ครอบคลุมถึงการฟื้นฟูสภาพ ดูแลไม่ให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน ความพิการหรือปัญหาที่ป้องกันได้ และในมาตรฐานที่ 1.2 กำหนดให้มีการดูแล ปัญหาสุขภาพเรื้อรังหรือมีความพิการ ซึ่งต้องการการรักษาพยาบาล แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพด้วยเช่นกัน

แม้ว่างานวิจัยหรือการศึกษาบทบาทของพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพค่อนข้างหาได้ยาก (Chen, Boore, & Mullan, 2005) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ของพยาบาลใน บทบาทด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพยังมีความสับสนและไม่แน่ใจในบทบาทที่เป็นจริงของตนเอง เช่น บทบาทในด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพหรือการให้คำแนะนำและปรึกษา

กิจกรรมบางอย่างถูกมองว่าเป็นการทำหน้าที่เกินบทบาทของพยาบาล หรือเป็นบทบาทที่ก้าวก่ายกัน (role overlap) (Long, Kneafsey, & Ryan, 2003) ระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับนักกายภาพบำบัด เช่น บทบาทด้านการประเมิน ซึ่งนักกายภาพบำบัดยืนยันการเป็นผู้เชี่ยวชาญในบทบาทนี้ และต้องเผชิญกับการไม่ลงรอยระหว่างความคาดหวังที่คนพิการและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องการกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ เช่น บทบาทด้านการบำบัดรักษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจะมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการบำบัดแต่คนพิการมักจะคิดว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องให้การดูแลบำบัดโดยตรง (Pryor & O'Connell, 2008) สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความคลุมเครือในบทบาท (role ambiguity) ในด้านการฟื้นฟูสภาพของพยาบาลวิชาชีพ เกิดการไม่ยอมรับการให้บริการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพจากสาขาวิชาชีพอื่น ถูกมองว่าเป็นการทำหน้าที่เกินบทบาทของพยาบาล และบางคนในทีมสหสาขาวิชาชีพไม่รับฟังข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (Long et.al, 2003) อีกทั้งการจัดการดูแลบริการทางพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพในชุมชนยังไม่มี ความชัดเจน มีลักษณะของการตั้งรับเป็นส่วนใหญ่ และปัญหาในการทำงานคือไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไรในการฟื้นฟูสภาพคนพิการ (นิตยา บัวสาย, 2551)

จากสภาพสถานการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสภาพของพยาบาลวิชาชีพดังกล่าว ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลในมิติการฟื้นฟูสภาพอยู่ในภาวะคลุมเครือ ทำให้มีปัญหาอุปสรรคด้านการปฏิบัติงาน ไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพและอย่างต่อเนื่อง ขาดการกำหนดกิจกรรมโปรแกรมสำหรับการฟื้นฟูสภาพซึ่งสามารถช่วยฟื้นคืนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (Kim & Fox, 2006) ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนครั้งนี้เป็นการพัฒนาจากผลการบูรณาการของการศึกษาด้านการฟื้นฟูสภาพจริง การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพในชุมชนมีความชัดเจนในการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ส่งต่อการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีประสิทธิภาพและช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการสร้างเอกลักษณ์และสร้างคุณค่าในงานของตนเองให้มากยิ่งขึ้นด้วยเช่นกัน

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะในคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีสาเหตุจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคระบบหลอดเลือดสมอง และโรคกระดูกและข้อ ที่ได้รับการประเมินว่ามีความ

พิจารณาอยู่ในระดับ 2 ขึ้นไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2555

### นิยามศัพท์เฉพาะ

คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน หมายถึง บุคคลที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความพิการเกิดจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคกระดูกและข้อ โดยทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของ มือ เท้า แขน และขา ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างเต็มที่เหมือนปกติ และไม่มีคามพิการซ้ำซ้อนประเภทอื่นหรือมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นโครงสร้าง โดยมี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การจัดการด้านการบริหาร องค์ความรู้เกี่ยวกับการ ฟื้นฟูสภาพ และกำหนดตัวชี้วัด พร้อมทั้งแนวปฏิบัติและคู่มือในการปฏิบัติการและการกำหนดผลลัพธ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการบูรณาการผลการศึกษาศาสนาการณจริง และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์

สถานการณ์ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนในด้านสังคม ระบาดวิทยา พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ ปัจจัยในการฟื้นฟูสภาพ และการบริหารจัดการในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

1. สถานการณ์ทางสังคมและระบาดวิทยา หมายถึง เหตุการณ์ของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ดังต่อไปนี้

1.1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ระดับของการกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนไหว การเดิน การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย (บุษกร โลหารชุน, ปานจิต วรรณภีระ, จินตนา ปาลิวณิช และกัญญารัตน์ คำจูน, 2551)

1.2. ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง อาการที่แสดงถึงความผิดปกติทั้งทางกายและทางจิตใจของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ ข้อต่อยึดติด แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดิน

บัสสาวะ เคี้ยวและนอนไม่หลับ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.3. คุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามสภาพความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (กรมสุขภาพจิต, 2553)

2. สถานการณ์ทางพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การแสดงออกของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการทำกิจกรรมการบริหารร่างกาย การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง และการฝึกการหายใจ ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

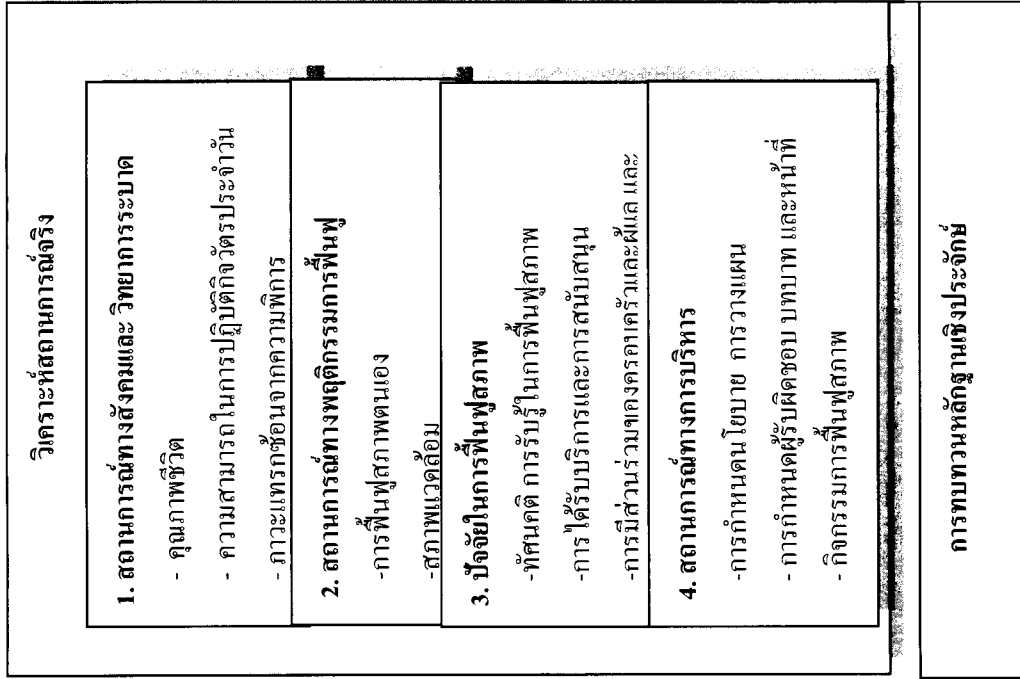
3. ปัจจัยในการฟื้นฟูสภาพ หมายถึง เหตุอันมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย ทักษะคิด การรับรู้ในการฟื้นฟูสภาพ การได้รับบริการและการสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ผู้ดูแล และชุมชน ประเมินโดยใช้แบบประเมินปัจจัยในการฟื้นฟูสภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

4. สถานการณ์ทางการบริหาร หมายถึง การกำหนดนโยบาย การวางแผน การจัดทีมผู้รับผิดชอบ และการสนับสนุนในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ประสิทธิผลของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนหลังจากได้รับการฟื้นฟูสภาพตามรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว เหมือนในข้อ 1.1, 1.2, และ 1.3 ตามลำดับ

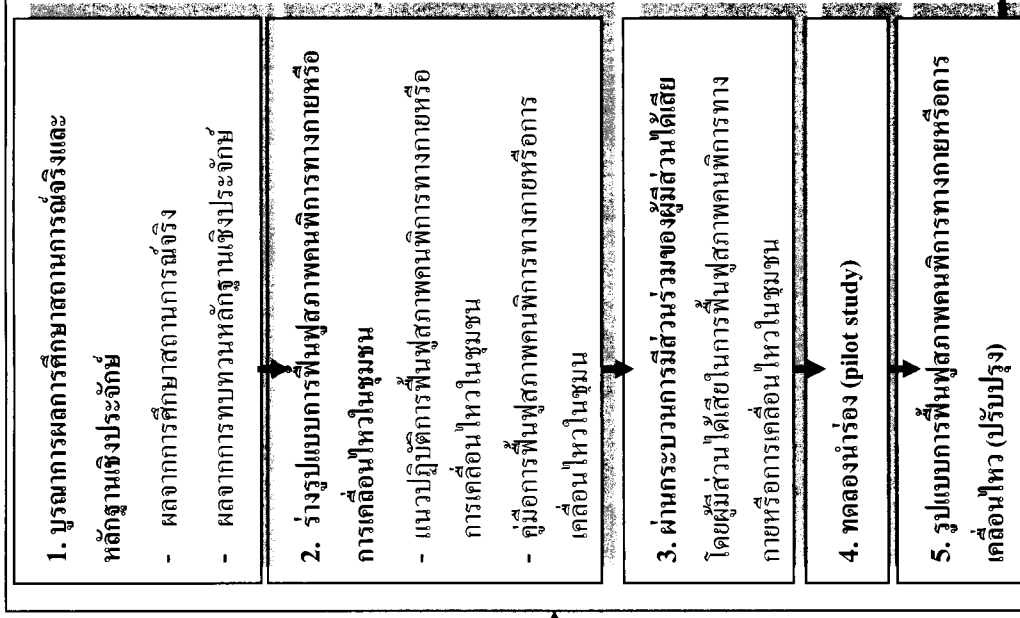
**วิเคราะห์สถานการณ์**

**การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว**

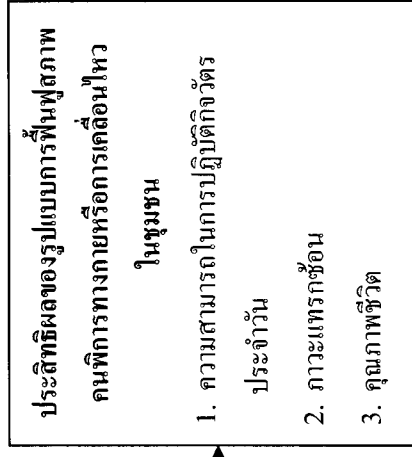


**การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพ**

**คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน**



**ประเมินประสิทธิผล**



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิด การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ซึ่งได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมเนื้อหาในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว
2. การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว
3. ผู้รับผิดชอบและบทบาทในการฟื้นฟูสภาพของผู้มีส่วนได้เสียในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว
4. พยาบาลและการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว
5. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว
6. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการในชุมชน

### คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

#### ความหมายของพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) ได้ให้นิยามของคำว่าความพิการ หมายถึง คำที่ครอบคลุมทั้งความบกพร่อง (Impairments) การจำกัดกิจกรรม (Activity Limitations) และการจำกัดการมีส่วนร่วม (Participation Restrictions) ในสถานการณ์ของการดำรงชีวิต โดยมีคำอธิบายเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

ความบกพร่อง (Impairments) หมายถึง การมีปัญหาในการทำหน้าที่ทางร่างกายหรือทางโครงสร้าง

การจำกัดกิจกรรม (Activity Limitations) หมายถึง ความยากลำบากในการดำเนินงานหรือกระทำกิจกรรมโดยส่วนตัว

การจำกัดการมีส่วนร่วม (Participation Restrictions) หมายถึง ประสบการณ์ที่มีเป็นปัญหาในการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในสถานการณ์ชีวิตโดยส่วนตัว

ราชกิจจานุเบกษา (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2550) ได้ให้ความหมายว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมี



อุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

ดังนั้นจึงกำหนดความหมายของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวตามข้อกำหนดของ กระทรวงสาธารณสุข (สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ดังนี้

1. คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจนและไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือ

2. คนที่มีความสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือลำตัว เนื่องจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อ หรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเชิงคนปกติได้

#### ประเภทของคนพิการ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายหน่วยงานในประเทศไทยได้แบ่งประเภทของคนพิการไว้หลายรูปแบบ เช่น พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดประเภทของคนพิการ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2550) โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ คนพิการทางการมองเห็น คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม และคนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ นอกจากนี้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ซึ่งเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่รับผิดชอบในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) โดยแบ่งเป็น 6 ประเภท ได้แก่ พิการทางการเห็น พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก พิการทางสติปัญญา และพิการทางการเรียนรู้

นอกจากนั้นกระทรวงศึกษาธิการ ได้กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2555 ไว้ 9 ประเภท (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2552) ได้แก่ บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพ บุคคลที่มีความบกพร่องทางพฤติกรรมและอารมณ์ บุคคลออทิสติกและบุคคลพิการซ้อน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มคนที่มีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ที่เป็นการเกิดร่วมกันของความบกพร่องทางกายกับการจำกัดกิจกรรมทางกายในการปฏิบัติกิจกรรม ในแต่ละวัน (Disability, 2007) เพื่อการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะด้านภาวะสุขภาพ

### สาเหตุของความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

การจำแนกสาเหตุของความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีการจำแนกในลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

#### 1. โรคทางกายที่ไม่ติดต่อ

1.1 โรคทางระบบสมองและศูนย์ประสาทส่วนกลาง โรคทางระบบนี้มีภาวะความพิการที่พบมากที่สุดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตครึ่งซีก โรคกระดูกและข้อ กล้ามเนื้อ เอ็นและปลายประสาท เป็นต้น

1.2 โรคกระดูกและข้อ จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและความพิการแก่ผู้ป่วยเป็นอันมาก สาเหตุยังไม่ทราบแน่นอน มักเป็นกับข้อนิ้ว ข้อมือ ข้อศอก กระดูกสันหลังและตะโพก พยาธิสภาพจะทำลายเยื่อข้อทำให้ข้อยึดติด เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยใช้มือ ใช้แขน ยืนเดินไม่ถนัด เพราะเจ็บปวด เมื่อรูปร่างข้อผิดปกติกจะทำให้มีความพิการเกิดขึ้น

#### 2. โรคที่มีการติดต่อ เช่น โปลิโอ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ

#### 3. ได้รับอุบัติเหตุ บาดเจ็บจากการกระทบกระแทก โดยเฉพาะประสาทไขสันหลัง

ผลกระทบของความพิการทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีความบกพร่อง (Impairment) ในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน ทำให้เกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ เช่น การเดิน การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมทั้งทำให้ด้อยโอกาสทางสังคมอันเป็นผลมาจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) และจากรายงานของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2553) พบว่ามีคนพิการที่ลงทะเบียนทั้งหมด 855,973 คน เป็นคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว รวม 414,096 คิดเป็นร้อยละ 48.39 ของคนพิการทั้งหมดที่ลงทะเบียน นอกจากนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) ได้มีการสำรวจความพิการของประเทศไทย ครั้งสุดท้ายเมื่อ พ.ศ. 2550 ตามแนวคิดของบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) ขององค์การอนามัยโลก พบว่าคนพิการที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง มีจำนวน 3.9 แสนคน โดยจำแนกได้ดังต่อไปนี้

1. มีความลำบากในการขับถ่าย รวมทั้งการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 92.3

2. มีความลำบากในการแต่งตัว คิดเป็นร้อยละ 82.5
3. มีความลำบากในการอาบน้ำ คิดเป็นร้อยละ 82.1
4. มีความลำบากในการล้างหน้าแปรงฟัน คิดเป็นร้อยละ 65.8
5. มีความลำบากในการกินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 59.0

คนพิการที่มีความลำบากในการดูแลตนเองระดับรุนแรง มีจำนวน 2.4 แสนคนโดย คนพิการกลุ่มนี้ต้องการให้ผู้อื่นช่วยดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐมากที่สุด 5 ลำดับ ดังนี้

1. ต้องการเงินสนับสนุน ร้อยละ 83.2
2. ต้องการให้พยาบาลมาเยี่ยมเป็นครั้งคราวและดูแลที่บ้านเมื่อจำเป็น ร้อยละ 30.1
3. ต้องการงานมีรายได้ให้ผู้ดูแลที่บ้าน ร้อยละ 24.8
4. ต้องการให้คนพิการได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างสะดวก ร้อยละ 19.8
5. ต้องการให้มีพาหนะบริการเวลาจำเป็นที่ต้องนำคนพิการไปที่อื่น ร้อยละ 17.3

ผลจากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า คนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหวประสบปัญหาในการดำรงชีวิตและมีผลต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก คนพิการเหล่านี้ยังต้องการการฟื้นฟูสภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้งความช่วยเหลือจากภาครัฐเช่นกัน เช่น การจัดบริการพยาบาล/แพทย์ตรวจเยี่ยมเป็นประจำ การจัดหาเครื่องช่วยให้คนพิการ เป็นต้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มตามศักยภาพ สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงต้องการตอบสนองความต้องการการฟื้นฟูสภาพของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ในด้านการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการอาจเกิดเพิ่มขึ้นและการมีส่วนร่วมในสังคม

#### 4. ความพิการจากสาเหตุของโรคเรื้อรัง

อุบัติการณ์ของการเกิดความพิการที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันพบว่า มีแนวโน้มของการเกิด ความพิการที่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดติดในอัตราที่สูงด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะจากกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางหลอดเลือดสมอง และหัวใจ และโรคกระดูกและข้อ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553) สรุปได้ดังนี้

##### 4.1 ความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or Cerebrovascular Disease) นิยมเรียกว่า โรคอัมพฤกษ์ เป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง พบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว

จากข้อมูลสถิติการสำรวจ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553) พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในภาพรวมของประเทศ ในปี พ.ศ. 2551 มีอัตราการตาย 20.8 ต่อประชากร 100,000 คน มีอัตราการป่วยและอัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 124,532 คน คิดเป็นอัตรา 216.58 ต่อประชากร 100,000 คน และสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบว่ามีความแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนอัมพาต คิดเป็นร้อยละ 3.73 โรคหลอดเลือดสมองแบ่ง ตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยาได้ ดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke) พบร้อยละ 85 โดยแบ่งเป็นโรคที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) หลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 40 เกิดจากการอุดตันหลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ 20 อีกร้อยละ 20 เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น (Embolism)

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic Stroke) แบ่งออกเป็น

2.1 ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ความดันเลือดสูงที่ควบคุมไม่ได้

2.2 ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น Subarachnoid (Subarachnoid Hemorrhage, SAH) พบได้ประมาณร้อยละ 5 มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดตรงตำแหน่งที่มี Aneurism การมีเลือดออกในช่อง Subarachnoid ทำให้ผู้ป่วยปวดศีรษะอย่างมากทันที อาเจียน และมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สึก

ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่อง (Impairment) ในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน ทำให้มีการสูญเสียการทำงานและความบกพร่องในหลายระบบ (กฤษณา ภิรเวช, 2552) ดังต่อไปนี้

1. ความบกพร่องของการกำหนดรู้ (Cognitive Impairment) ความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึก การพูด การกลืน และการรับรู้ต่าง ๆ ของผู้ป่วยทั้งการแปลความหมาย การทำความเข้าใจ และจดจำ รวมถึงการแปลงข้อมูล ดังนั้นจึงควรประเมินความสามารถในการรับรู้หลาย ๆ ด้าน เช่น การใช้เครื่องมือ Mini-Mental State Examination (MMSE) ใช้สำหรับคัดกรองผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีปัญหา

2. ความบกพร่องในการรับรู้ (Perceptual Impairment) เป็นการแปลความหมายของสิ่งที่มีกระตุ้นระบบรับรู้ความรู้สึก

3. ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Motor Apraxia) ผู้ที่พิการไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้คล่องแคล่วและมีประสิทธิภาพทั้ง ๆ ที่ไม่มีการสูญเสียการ

ทำงานของระบบประสาทสั่งการ ระบบประสาทรับความรู้สึกและการเรียนรู้ ทำให้มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร (Communication Disorder) แบ่งเป็นการติดต่อสื่อสารด้านการพูดและการสื่อภาษา

5. ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ (Motor Impairment) จะเกี่ยวข้องในด้านความตึงตัวความแข็งแรง การประสานงานและความสมดุลของกล้ามเนื้อ

6. ความบกพร่องของประสาทสัมผัส (Peripheral Sensory Deficit) จะมีความผิดปกติของความรู้สึกสัมผัส ได้แก่ ความเจ็บปวด อุณหภูมิ การสัมผัส ตำแหน่งของข้อ และการสั่งการทำงานของระบบประสาทมักจะฟื้นตัวได้ภายในเวลา 2-3 เดือน

7. ความบกพร่องในเรื่องการกลืนอาหาร (Dysphagia) จะมีภาวะกลืนอาหารลำบาก การลดลงของการเคลื่อนไหวปากและลิ้น การรับความรู้สึกลดลง

8. ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย (Uninhibited Bladder and Bowel) มักจะมีปัญหาในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะเป็นส่วนมากโดยเฉพาะในระยะแรกถ้ามีการควบคุมการขับถ่ายได้เร็วจะแสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ดี

9. ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual Impairment) ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความกลัวและความกังวล เป็นต้น

บุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการหรือความสามารถดีขึ้นได้จาก 2 กลไก ได้แก่ การฟื้นตัวของระบบประสาท เช่น การยุบวมของสมอง การไหลเวียนเลือดของสมองที่ดีขึ้น ทำให้ระดับของปัญหาทางระบบประสาทลดลง ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดในช่วง 6 เดือนแรก กลไกที่สองคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการเพิ่มขึ้นของระดับความสามารถโดยที่ยังคงมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ทางกายอยู่ ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ สภาพจิตใจ และแรงจูงใจ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพนี้เป็นกระบวนการช่วยให้บุคคลนั้น ๆ มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาว เพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข การฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้ใกล้เคียงปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสามารถฟื้นฟูได้ทั้งที่บ้าน และในสถานบริการสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. การฟื้นฟูระบบประสาทสั่งการ สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การใช้หลักการทางสรีรวิทยาระบบประสาท กระตุ้นให้เกิดพัฒนาทางการเคลื่อนไหว กระตุ้นการรับรู้บริเวณข้อต่อ ผ่านไปยังระบบประสาทส่วนกลางเพื่อให้กระตุ้นระบบการทำงานของกล้ามเนื้อมากขึ้น การฝึกให้

มีการเรียนรู้ของระบบประสาทสั่งการ หรือการฝึกออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหว

2. การฝึกเดิน มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถยืน เดินด้วยตนเองให้เร็วที่สุด มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะมีพัฒนาการในการเดินในระยะ 1, 3 เดือนและในระยะ 6 เดือนจะสามารถเดินได้ร้อยละ 80 ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้

3. การฝึกการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและสื่อสารกับญาติหรือคนรอบข้างได้

4. การฝึกการละเลยครึ่งซีก เป็นการฝึกการละเลยร่างกายหรือสิ่งของข้างหนึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการรับรู้ลึก

#### 4.2 ความพิการที่เกิดจากโรคกระดูกและข้อ

โรคกระดูกและข้อ เป็นโรคที่พบได้บ่อย พบอัตราการเจ็บป่วยเป็นอันดับสอง รองจากโรคระบบทางเดินหายใจ โดยในปี 2549 คิดเป็นร้อยละ 11.4 และในกลุ่มคนพิการพบว่าอยู่ในอันดับสอง คิดเป็นร้อยละ 19.4 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และพบในกลุ่มคนพิการหญิงเป็นส่วนใหญ่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) โรคกระดูกและข้อที่ทำให้เกิดความพิการที่สำคัญดังต่อไปนี้

##### 4.2.1 โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis)

4.2.1.1 โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นการเสื่อมของกระดูกและกระดูกอ่อนภายในข้อทำให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ปกติของข้อไป ลักษณะอาการที่สำคัญคือปวดข้อ เคลื่อนไหวข้อลำบาก และคลำได้ความรู้สึกของการเสียดสี (Crepitus) ขณะเคลื่อนไหว มีข้อผิดรูปและไม่พบความผิดปกติในระบบอื่น ๆ ของร่างกาย จัดได้ว่าเป็นโรคข้อที่พบได้บ่อยที่สุด และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการทางร่างกายได้บ่อยที่สุดด้วย ข้อที่พบบ่อยส่วนใหญ่เป็นข้อที่รับน้ำหนักตัว เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพก หรือข้อที่ทำงานบ่อย

ปัญหาของโรคข้อเสื่อม ที่พบบ่อย สรุปได้ดังนี้

1. อาการปวดตามข้อเกือบทุกวันในช่วงเดือนที่ผ่านมา โดยมักมีอาการปวดข้อภายหลังการใช้งานข้อมากกว่าปกติ แต่ถ้ามีอาการรุนแรงจะทำให้มีอาการปวดแม้จะอยู่ในขณะพัก ทำให้ไม่สามารถใช้มือหรือขาได้ตามปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง
2. มีการเสียดสีของกระดูกในข้อต่าง ๆ เมื่อมีการเคลื่อนไหวทำให้เกิดอาการปวดบวม
3. ข้อผิด ขัดในตอนเช้า น้อยกว่า 30 นาที เมื่อขยับข้อจะรู้สึกว้าข้อผิดทำให้เกิดการหยุดใช้ข้อนั้น ส่งผลต่อการติดยึดของข้อในเวลาต่อมา
4. ข้อมีลักษณะผิดรูป มีอาการบวม

#### 4.2.1.2 โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis)

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นโรคข้ออักเสบเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อย ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากการมีภูมิคุ้มกันผิดปกติ หรืออาจเกี่ยวกับการติดเชื้อบางอย่างและอาจเกิดจากพันธุกรรม ทำให้เกิดอาการอักเสบของข้อต่าง ๆ ทั่วร่างกาย จะเป็น ๆ หาย ๆ เป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีข้อผิดรูป เกิดความพิการและสูญเสียสมรรถภาพในการทำกิจกรรมประจำวัน ปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการปวดตามข้อ เช่น ข้อนิ้วมือ ข้อมือ สอกไหล่ หรืออาจจะเป็นข้อนิ้วเท้า ข้อเท้า เข่าและมีอาการอักเสบร่วมด้วย อาการอ่อนเพลีย อาการฝืดขัดข้อเป็นเวลานานในตอนเช้า โดยในตอนเช้ามืดจะแข็ง ข้อฝืด และจะปวดในตอน กลางคืน หรือช่วงที่มีอากาศเย็น อาการบวม ร้อนแดง และปวดมากยิ่งขึ้น อาจจะทำมือ หรือเหยียดมือไม่ค่อยได้ ความรุนแรงของโรคที่มากที่สุดอาจพบว่า มือบวมไปหมดทั้งมือ แต่ทั้งก็ยังสามารถรักษาอาการบวมได้ ถ้ารุนแรงที่สุดคือ กระดูกถูกทำลายไปแล้วถึงขั้นกระดูกหักงอ อาการอักเสบจะเรื้อรัง ทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างของข้อและเนื้อเยื่อรอบ ๆ เช่น เส้นเอ็น ทำให้มีการผิดรูปร่างและนำไปสู่ความพิการได้ เยื่อข้ออักเสบ โดผิดปกติ จนลุกลามไปทำลายกระดูกและข้อ จนทำให้กระดูกผิดรูป ทำให้พิการได้ หากไม่รักษาแต่เนิ่น ๆ

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่มีปัญหาโรคกระดูกและข้อจะเน้นที่การป้องกันความพิการ ลดความก้าวหน้าของความพิการที่อาจเกิดมากขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการปวดข้อ ข้ออักเสบ ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้โดยเฉพาะภายใน 6 เดือนแรกหลังได้รับการวินิจฉัย โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสภาวะโรค อาการแทรกซ้อน การบำบัดและการฟื้นฟู เช่น การออกกำลังกาย การบริหารข้อ การลดความเจ็บปวด และการใช้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น
2. การลดน้ำหนัก เนื่องจากน้ำหนักตัวจะมีผลต่อการเสียดสีของข้อทำให้เกิดการอักเสบ ปวดและบวมได้มากขึ้น ดังนั้นในการลดน้ำหนักจะช่วยชะลอความเสื่อมและลดภาวะแทรกซ้อนได้
3. การหยุดพักข้อ ข้อที่เสื่อมหรือมีการอักเสบและมีการหลังเอนไซม์ทำลายกระดูกอ่อน โดยธรรมชาติการหยุดการเคลื่อนไหวจะทำให้การอักเสบและอาการปวดทุเลาลง โดยการพักข้อให้หยุดนิ่ง โดยเฉพาะในช่วงที่มีการอักเสบ หรือการพักเป็นช่วงสั้น ๆ ระหว่างการทำงาน แต่ผลเสียจากอาการปวดข้อและไม่เคลื่อนไหวจะทำให้กล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้ออ่อนกำลังลง อาจทำให้ข้อเคลื่อนไหวผิดปกติและสูญเสียความมั่นคง ระดับความสามารถลดลงและอาจเกิดความพิการเพิ่มขึ้น

4. การบริหารข้อ เป็นการบริหารเพื่อคงหรือเพิ่มพิสัยข้อ ได้แก่ Active ROM exercise, Active Assisted ROM Exercise, Passive ROM Exercise และเพื่อเพิ่มกำลังและความคงทน ได้แก่ Isometric Exercise, Isotonic Exercise, Isokinetic Exercise

5. การใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อการพยุงข้อ อาจมีความจำเป็นในกรณีที่มีการเคลื่อนไหว หรือต้องการให้ข้อมั่นคงลดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติเพื่อลดการเสื่อมและการอักเสบ เช่น การใส่ปลอกนิ้ว ปลอกข้อมือ ปลอกข้อเข่า เป็นต้น

6. การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม จะช่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพสูงสุด เช่น การปรับขนาดประตู ระดับความสูงของตู้ เตียง หรือที่นั่ง เป็นต้น

คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีสาเหตุจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง จะพบปัญหาในการสูญเสียการทำงานและบกพร่องของการรับรู้ การสัมผัส และการควบคุมการเคลื่อนไหวและการขยับย้าย ระบบกล้ามเนื้อและโรคกระดูกและข้อ จะพบปัญหาของการเคลื่อนไหวของข้อ การเจ็บปวด ซึ่งทั้งสองโรคนี้นำผลทำให้จำกัดในการเคลื่อนไหว การฟื้นฟูสภาพเน้นที่การบริหารร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

#### การประเมินระดับของความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

การจัดระดับความพิการจะประเมินจากความผิดปกติทางร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยจะทำการประเมินและให้การวินิจฉัยตามความผิดปกติที่เกิดขึ้น หลังจากผ่านการดูแลที่ถูกต้องและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน แต่มีการใช้เกณฑ์ที่แตกต่างกันไป ทั้งในเชิงวิชาการและการนำไปใช้ในการวิจัย

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์การประเมินแบ่งระดับความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยประเมินจากความผิดปกติทางร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังต่อไปนี้ (สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

ความพิการระดับที่ 1 หมายถึง ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจนแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ความพิการระดับที่ 2 หมายถึง ความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหวลำตัว มือ แขนหรือขา แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรหลักประจำวันได้

ความพิการระดับที่ 3 หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือ แขน ขาน้อยกว่า 2 ข้าง

ความพิการระดับที่ 4 หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน หรือ แขน ขา เพียง 2 ข้าง



ความพิการระดับที่ 5 หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

การประเมินระดับความพิการจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ถูกนำมาใช้ทั้งในการปฏิบัติงานและการวิจัย โดยสถาบันประสาทวิทยาชมรมพยาบาลโรคประสาทแห่งประเทศไทย (2550) ใช้เครื่องมือการประเมิน ดัชนีบาร์เรล เอดีแอล (Barthel ADL Index) โดยให้ค่าคะแนนตามการปฏิบัติได้จริง เพื่อแบ่งระดับความพิการได้ดังต่อไปนี้

ความพิการรุนแรงมาก	คะแนนรวมเท่ากับ	0-20
ความพิการรุนแรง	คะแนนรวมเท่ากับ	25-45
ความพิการปานกลาง	คะแนนรวมเท่ากับ	50-70
ความพิการเล็กน้อย	คะแนนรวมเท่ากับ	75-95
ช่วยเหลือตนเองได้	คะแนนรวมเท่ากับ	100

สอดคล้องกับ อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุ โฉมทัย, วัชรารัฐ ไร่ไพบูลย์, ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร และยศ ศีระวัฒนานนท์ (2552) ที่ศึกษาการจัดกลุ่มโรคร่วมและทางเลือกในการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน โดยกำหนดระดับความพิการกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในการกำหนดนโยบายสำหรับการจ่ายเงิน อัตราชดเชย และคุณภาพบริการสำหรับผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน และระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของประเทศไทย โดยมีการแบ่งกลุ่มความพิการจากการตีความหมายของการใช้คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยตอนแรกรับ จากเครื่องมือบาร์เรล อินเด็กซ์ (Barthel Index: BI) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ให้คะแนนรายข้อ แบ่งระดับความพิการได้เป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

ความพิการเล็กน้อย	คะแนนรวมมากกว่าและเท่ากับ	15
ความพิการปานกลางจนถึงรุนแรง	คะแนนรวมเท่ากับ	1-14
ความพิการรุนแรงมาก	คะแนนรวมเท่ากับ	0

ทศพร คำผลศิริ (2549) นำเครื่องมือบาร์เรล อินเด็กซ์ มาประเมินเพื่อแบ่งระดับการพึ่งพาของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน โดยการให้ความรู้ทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริม ช่วยเหลือคนพิการและผู้ดูแลให้มีทักษะการจัดการชีวิต การจัดการปัญหาด้วยตนเองหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยให้ค่าคะแนนรวมตีความแบ่งเป็นระดับของการพึ่งพาออกเป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ต้องพึ่งพาทั้งหมด	คะแนนรวมเท่ากับ	0-4
กลุ่มที่ต้องพึ่งพามาก	คะแนนรวมเท่ากับ	5-8
กลุ่มที่พึ่งพามากปานกลาง	คะแนนรวมเท่ากับ	9-11
กลุ่มที่พึ่งพาน้อยปานกลาง	คะแนนรวมเท่ากับ	12-19
กลุ่มที่ไม่พึ่งพา	คะแนนรวมเท่ากับ	20

วัชรารวี วัชรวิบูลย์, อาทร รวีวิบูลย์, กัญญารัตน์ พลสูงเนิน และ Bernard Van den Berg (2550) ได้ศึกษาการดูแลคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อค้นหาคุณลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และเนื้อหาของบริการดูแล ได้แบ่งระดับความพิการตามการทำหน้าที่โดยใช้ของเครื่องมือบาร์เรล อินเด็กซ์ โดยแบ่งความพิการเป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้ ความพิการรุนแรงมาก ความพิการรุนแรง ความพิการปานกลางและความพิการเล็กน้อย นำมาทำนายโดยพิจารณาค่าดัชนีบาร์เรล เอดีแอล อินเด็กซ์ ถ้าเท่ากับหรือน้อยกว่า 60 คน เป็นเกณฑ์พิจารณาให้คนพิการต้องได้รับการดูแลที่บ้าน

นอกจากนี้มีการพิจารณาระดับความสามารถของคนพิการจากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก และความสามารถในการดำรงชีวิตในสังคมและการพึ่งพา โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ (รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2551) ดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 Totally Dependent or Assisted หมายถึง การช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้น้อยมาก และต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก

ระดับที่ 2 Moderated Dependent or Assisted หมายถึง การช่วยเหลือตัวเองในทำกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก

ระดับที่ 3 Minimal Dependent or Assisted, Maybe with Aids or Adaptive Devices หมายถึงการช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้มาก ต้องการคนคอยแนะนำหรือคอยระวังอยู่ด้านข้าง หรือใช้อุปกรณ์ช่วย แต่ไม่สามารถออกนอกบ้าน เรียน ทำอาชีพ หรือเข้าสังคมได้

ระดับที่ 4 Independent under Adapted Environment หมายถึง การทำกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง สามารถออกนอกบ้าน เรียน ทำอาชีพ เข้าสังคมได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ

ระดับที่ 5 Independent Like other Normal Individual หมายถึง การทำกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง สามารถออกนอกบ้าน เรียน ทำอาชีพ เข้าสังคมได้เหมือนคนปกติ

ความต้องการในการฟื้นฟูสภาพของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน  
ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวนั้นยังต้องประเมินความต้องการ  
ฟื้นฟูสภาพตามระดับและระยะเวลาของความพิการ (Lutz, 2005) ความต้องการการดูแลและการ  
สนับสนุนในด้านต่าง ๆ (ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2551) ดังนี้

1. ด้านบริการสุขภาพ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนต้องการให้  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีศักยภาพในการรักษา มียาให้บริการ และบริการการส่งต่อไปยัง  
โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีความคิดว่ามีความต้องการหายถึงแม้จะไม่ค่อยมี  
โอกาส และถึงจะไม่หายแต่ยังมีความหวังกลับมาเคลื่อนไหวเหมือนเดิม บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ต้องการให้มีกายภาพบำบัด การออกกำลังกาย กำลังใจ ผักเดิน นวดที่บ้านหรือสถานบริการ และ  
บริการส่งเสริมสุขภาพ ต้องการความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจในโรค การฟื้นฟูร่างกายให้ดีขึ้นและการ  
เยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่

2. ด้านสวัสดิการและความช่วยเหลือ กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองพอได้ต้องการอุปกรณ์  
ช่วยเหลือและต้องการทำงาน กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องการเงินและเครื่องใช้

3. ด้านสนับสนุนสร้างความเข้มแข็งกลุ่มคนพิการ ต้องการรวมกลุ่มคนพิการเพื่อทำ  
กิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์

4. ความต้องการการดูแลของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีความต้องการตาม  
ระดับความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (รัชนี สรรเสริญ และคณะ, 2551) สามารถแบ่งเป็นกลุ่มได้  
ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความต้องการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย มีความต้องการความรู้ความเข้าใจในการดูแล  
ตนเอง การระวังความเสี่ยง การป้องกันความผิดปกติ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.2 ความต้องการทางด้านจิตใจ

1.3 ความต้องการทางด้านสังคม ต้องการการทำงานได้เหมือนเดิม

2. กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีความต้องการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย มีความต้องการความรู้ความเข้าใจในการดูแล  
และการฟื้นฟูสภาพตนเอง การระวังความเสี่ยง การป้องกันความผิดปกติ การป้องกันการเกิด  
ภาวะแทรกซ้อนและความพิการซ้ำซ้อนหรือเพิ่มมากขึ้น ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือเป็นบางครั้ง  
ในกิจกรรมต่าง ๆ

2.2 ความต้องการทางด้านจิตใจ มีความต้องการได้รับกำลังใจจากครอบครัว และ  
สังคม

2.3 ความต้องการทางด้านสังคม การทำงานได้เหมือนเดิม การพาไปตรวจและรับรองเป็นคนพิการตลอดจนพาไปทำกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพร่างกาย การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือ การช่วยเหลือในการดูแลแทนญาติในบางครั้ง (เนื่องจากญาติต้องดูแลระยะยาวบางครั้งมีความจำเป็นต้องปฏิบัติภารกิจจึงไม่มีคนดูแลคนพิการ) การได้รับการเยี่ยมจากญาติ เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน

### 3. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

3.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย มีความต้องการความรู้ความเข้าใจในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพตนเอง การระวังความเสี่ยง การป้องกันความผิดปกติ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการซ้ำซ้อนหรือเพิ่มมากขึ้น ต้องการมีผู้ดูแล ช่วยเหลือตลอดเวลาใกล้ชิด ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมดในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น อาบน้ำ เตรียมอาหาร ทำความสะอาดร่างกาย ฯลฯ และความต่อเนื่องในการดูแล

3.2 ความต้องการทางด้านจิตใจ ต้องการได้รับกำลังใจ การชื่นชมและการยกย่อง

3.3 ความต้องการทางด้านสังคม การทำงานได้เหมือนเดิม การช่วยเหลือในเรื่องการพาไปตรวจและรับรองเป็นคนพิการตลอดจนพาไปกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพร่างกาย การตรวจตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือ การช่วยเหลือในการดูแลแทนญาติในบางครั้ง (เนื่องจากญาติต้องดูแลระยะยาวบางครั้งมีความจำเป็นต้องปฏิบัติภารกิจจึงไม่มีคนดูแลคนพิการ) การได้รับการเยี่ยมจากญาติ เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน

การประเมินระดับความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีการใช้เกณฑ์การประเมินโดยการวินิจฉัยตามความผิดปกติที่เกิดขึ้น ประเมินตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือบาร์เซล อินเด็กซ์ ความสามารถในการดำรงชีวิตสังคมและการพึ่งพาและการประเมินตามความต้องการการดูแลของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

#### แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับคนพิการ

แนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับคนพิการตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีความหลากหลาย โดยในยุคแรก ๆ แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการและปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมีความแตกต่างกันไป ขาดความชัดเจนในโครงสร้างของแนวคิดเกี่ยวกับคนพิการซึ่งสะท้อนออกมาในรูปแบบของปัญหาที่เกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินคนพิการ (Nagi, 1991) แนวคิดในระยะแรกเป็นความเชื่อว่าคนพิการมีภาวะที่ต้องการการดูแลหรือเน้นความเจ็บป่วย ต่อมาได้มีแนวคิดที่มีมุมมองเชื่อมโยงคนพิการกับสังคมและสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน และมีแนวคิดทางการศึกษาและทางสังคมศาสตร์ในการมองเพื่อให้เข้าใจคนพิการ จึงพอสรุปแนวคิดเกี่ยวกับคนพิการในรูปแบบต่าง ๆ พอสังเขปได้ดังต่อไปนี้

#### 1. รูปแบบทางการแพทย์ของคนพิการ (Medical Model of Disability)

ในมุมมองของรูปแบบทางการแพทย์ของคนพิการ มองว่าความพิการเป็นเหมือนปัญหาของบุคคลที่มีสาเหตุหรือเกิดจากโรค การบาดเจ็บ หรือภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพ (World Health Organization, 2001) ความบกพร่องของระบบของร่างกาย ระบบการทำหน้าที่ การตอบสนองต่ออวัยวะต่าง ๆ และพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกันกับความเจ็บป่วย โดยเน้นที่กระบวนการของโรคและผลจากการจำกัดการทำหน้าที่ (Hoeman, 2008) การมองคนพิการในรูปแบบทางการแพทย์ (Scullion, 2010) มีดังนี้

1.1 คนพิการเหมือนกับคนที่มีปัญหา มีทัศนคติทางลบ มองในภาพลักษณ์ที่ไม่ดี

1.2 คนพิการเหมือนถูกลดคุณค่าความเป็นคน การแยกออกจากสิ่งแวดล้อม

การปฏิเสธความเป็นเฉพาะของบุคคล ความแตกต่างในความต้องการและการตัดสินใจ

1.3 คนพิการเหมือนเป็นการไม่ใช้เหตุผลและการถูกทำร้าย (Invalidation and Abuse)

1.4 คนพิการเหมือนเป็นการได้รับโอกาสที่ไม่เท่าเทียมกัน (Unequal Opportunities)

ดังนั้นในรูปแบบนี้จึงมีหลักการหรือความต้องการการดูแลทางการแพทย์เพื่อรักษาความพิการที่ความเป็นส่วนบุคคลจากวิชาชีพหรือลดระดับของความพิการ โดยปราศจากการพิจารณาถึงภาวะแทรกซ้อนทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 2001; Clifton, 2005)

## 2. รูปแบบทางสังคมของคนพิการ (Social Model of Disability)

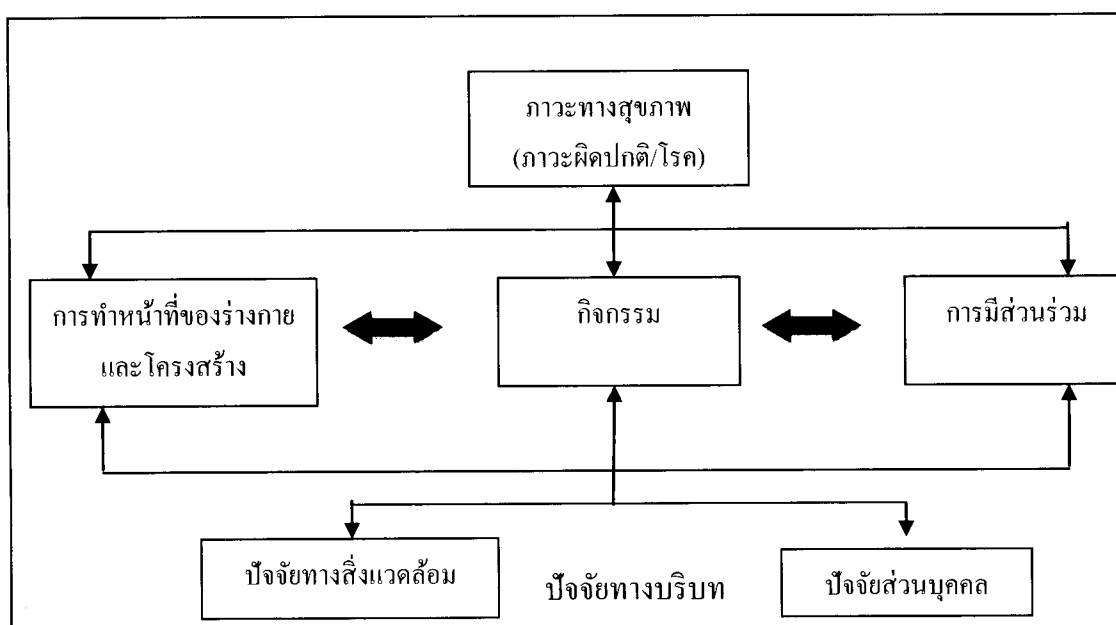
รูปแบบทางสังคมของคนพิการเกิดขึ้นจากการวิเคราะห์โดยองค์กรคนพิการที่วิเคราะห์ประสบการณ์ของตนเอง เป็นปฏิกิริยาต่อต้านรูปแบบทางการแพทย์ของคนพิการที่ยืนยันว่า “บุคคลต้องไม่ถูกลดทอน หรือคุณลักษณะเพียงในคำจำกัดความตามความบกพร่องของพวกเขา การจำกัดกิจกรรม หรือการจำกัดการมีส่วนร่วม” ความพิการไม่ใช่คุณลักษณะที่เป็นส่วนบุคคลแต่เป็นมากกว่าความซับซ้อนในการสะสมของภาวะเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นโดยภาวะทางสังคมและสิ่งแวดล้อม จึงเป็นการบูรณาการของความเป็นส่วนบุคคลไปสู่สังคม (World Health Organization, 2001) การกดขี่และการลดคุณค่าของคนพิการ คุณลักษณะที่มองเหมือนเป็นรูปแบบของอุปสรรค (Barriers Models) เช่น อุปสรรคทางกาย ทางการศึกษา ทางเศรษฐกิจหรือทัศนคติ การเข้าถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพ เนื่องจากนโยบาย การปฏิบัติ หรือการคาดการณ์เกี่ยวกับคนพิการ เป็นไปในทางลบหรือให้ความสำคัญลดลง การอำนวยความสะดวกถูกจำกัด (Smeltzer, 2007; Scullion, 2010) โดยเฉพาะเกี่ยวกับครอบครัวในการประสานการจัดการการดูแล สมาชิกและแหล่งสนับสนุนในครอบครัวและสังคมที่จะเอื้ออำนวยให้คนพิการก้าวข้ามผ่านอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ (Dittmar, 1989 )

3. รูปแบบเชิงชีวะ-จิตสังคมของคนพิการ และสุขภาพ (Biopsychosocial Model) ขององค์การอนามัยโลก

Nagi (1991) ได้กล่าวถึงความสำคัญของความพิการในเรื่องเกี่ยวกับบุคคลและเกี่ยวกับสังคม ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานที่องค์การอนามัยโลกได้นำมากำหนดแนวคิดของบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำหน้าที่ ความพิการ และสุขภาพขึ้น โดยครอบคลุมบูรณาการทั้งรูปแบบความเป็นบุคคลหรือรูปแบบทางการแพทย์กับรูปแบบทางสังคมของคนพิการเข้าด้วยกัน ถูกสะท้อนในการจำแนกประเภทการทำหน้าที่ ความพิการและสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ซึ่งสามารถช่วยคนให้ข้ามผ่านข้อจำกัดบางอย่างได้ โดยเน้นที่ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนพิการ (Hoeman, 2008; Disability, 2007) ดังภาพที่ 2-1 ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 การทำหน้าที่และความพิการ ประกอบด้วยการทำหน้าที่ทางร่างกาย โครงสร้าง กิจกรรม และการมีส่วนร่วม

3.2 ปัจจัยทางบริบท โดยเน้นที่ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 2-1 แนวคิดรูปแบบเชิงชีว-จิตสังคม (Bio-psychosocial Model) (Mont, 2007; WHO, 2002)

ในการศึกษาครั้งนี้มองคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในมุมมองของชีว-จิตสังคมของคนพิการ โดยเน้นที่ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนพิการ ในการทำหน้าที่ทางร่างกาย โครงสร้าง กิจกรรม การมีส่วนร่วมในสังคมและปัจจัยทางบริบทโดยเฉพาะปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกบุคคล และในรูปแบบของการศึกษาความสามารถของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จิตวิทยา การศึกษา และการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่

เกี่ยวข้องกับการป้องกันการบาดเจ็บ ภาวะแทรกซ้อนและความพิการเพิ่มขึ้น และการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

## การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

### ความหมายของการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)

การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การพัฒนาคนตามศักยภาพ ความบกพร่องและข้อจำกัดทางสิ่งแวดล้อมของคนอย่างสูงสุดทั้งทางด้านกายภาพ ทางด้านจิตใจ ทางด้านสังคม ทางด้านการศึกษา และทางด้านการประกอบอาชีพ ( DeLisa, Martin, & Currie, 1993) การฟื้นฟูสภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้โดยบุคลากรหลายสาขาอาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ ทางกายภาพบำบัดได้มีการให้ความหมายของการฟื้นฟูสภาพไว้หลากหลายเช่นกัน สรุปได้ว่าการฟื้นฟูสภาพเป็นองค์ประกอบที่ 4 ของการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความพยายามที่จะลดความพิการและให้กลับสู่สภาพเดิม ทำหน้าที่เดิมได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Allender & Spradley, 2005) รวมถึงการเสริมสร้างสมรรถภาพ หรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพ หรือ ความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการต่างๆ เช่น ทางแพทย์ การสาธนาการศึกษา สังคม อาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงาน หรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ และปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Hoeman, 2008)

Stryker (1977) กล่าวถึง การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างสรรค์ซึ่งให้ใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้มากที่สุด เน้นการพึ่งพาตนเอง ให้พึ่งพาผู้อื่นตามความจำเป็น ครอบครัวและผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานของสมาชิกทีมของการฟื้นฟูที่จะทำให้การฟื้นฟูเป็นไปได้อย่างถาวร ส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วยหลังจากได้รับโปรแกรมทางการแพทย์จนจบ

### เป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพ

เป้าหมายหลักในการฟื้นฟูสภาพคนพิการ คือ การฟื้นคืนสภาพของหน้าที่และประสิทธิภาพของการเลือกวิถีการดำเนินชีวิตสำหรับผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นที่การบำรุงรักษาของบทบาทและความสามารถที่ยังคงมีอยู่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความบกพร่อง การป้องกันและการลดความพิการ การลดความค้อยโอกาสให้น้อยที่สุด และให้คนพิการได้มีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเองมากที่สุด (Pryor & Smith, 2002) โดยจุดมุ่งหมายพื้นฐานของการฟื้นฟูสภาพ (Stryker, 1977) ประกอบด้วย การป้องกัน (Prevention) และการฟื้นคืนสภาพ (Restoration)

#### 1. การป้องกัน (Prevention)

เป็นการรณรงค์ไว้ซึ่งการทำหน้าที่ต่างๆ เพื่อที่จะป้องกันการเสื่อมลงของอวัยวะที่ไม่มีผลกระทบ หรือการป้องกันก่อนเกิดการบาดเจ็บซึ่งจะส่งผลไปยังอวัยวะส่วนต่าง ๆ การป้องกัน

เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังทุกคน การป้องกันการเสื่อมลงของร่างกายเป็นพื้นฐานของโปรแกรมความแข็งแรงของสมรรถภาพทางกายทั้งหมด ดังนั้นแนวคิดของการธำรงรักษาการทำหน้าที่ (Functions) ของร่างกายและความสามารถ (Abilities) เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการฟื้นคืนสภาพ

การป้องกันโรคและการป้องกันการบาดเจ็บเป็นแนวคิดหลักของการพยาบาล (Coffield, 2006) แนวคิดการป้องกันแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) และการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) (Hunt, 2009)

1.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันในระยะเริ่มต้น การเกิดขึ้นของโรคหรือการบาดเจ็บ ในคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกของวิถีชีวิตในบริบทของสังคม การส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมการปกป้องตามระดับความสามารถหรือศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังเกิดความพิการ

1.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการระบุถึงระยะเริ่มของโรค การรักษาโรคและการบาดเจ็บ โดยในคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวกระทำโดยการระบุความต้องการทางสุขภาพ การประเมินสภาพร่างกาย ปัญหาสุขภาพ ภาวะเสี่ยงต่อความพิการที่เพิ่มมากขึ้น ระดับความรุนแรงของพิการ และภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

1.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการช่วยเหลือหลังการเกิดโรคหรือความพิการ เพื่อยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ฟื้นคืนสภาพในระดับสูงสุดหลังจากได้รับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย เรื้อรังและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การฟื้นฟูสภาพและการจำกัดความพิการ โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1.3.1 การสอนและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่เหมาะสมกับระดับความพิการ เช่น อาหารและการออกกำลังกาย

1.3.2 การจัดการความเครียดต่อการจำกัดการเคลื่อนไหว

1.3.3 การจัดการที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพความพิการ

1.3.4 การสนับสนุนกลุ่ม การส่งเสริมผู้ให้การดูแล

1.3.5 ภาวะสุขภาพบำบัดหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อ

1.3.6 การบริหารร่างกายและการออกกำลังกาย

1.3.7 การลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การลดกิจกรรมทางกาย การจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อ การรับรู้การไม่สามารถเคลื่อนไหว



เครื่องมือที่จำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำ ที่ตามหลัง เครื่องติดตามตัว ออกซิเจน น้ำเกลือ สายให้อาหาร การลดลงทางอารมณ์ของความเชื่อมั่นในตนเองและลดความกังวล

## 2. การฟื้นฟูสภาพ (Restoration)

การฟื้นฟูสภาพเป็นการช่วยให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้กลับไปทำหน้าที่ให้ได้มากที่สุดในส่วนที่บาดเจ็บหรือเกิดโรค เช่น ฟื้นฟูการพูด การเดิน กิจกรรมการเรียนรู้ใหม่ของการใช้ชีวิตประจำวัน และวิธีการใหม่ที่จะรักษาการขับถ่ายและปัญหาของกระเพาะปัสสาวะได้ เป็นต้น

การฟื้นฟูสภาพเป็นบทบาทหลักของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจึงจำเป็นต้องได้รับการเพิ่มความรู้และการเรียนด้วยตนเอง การอบรมสัมมนา และการฝึกระยะสั้น หรือ โปรแกรมในระดับหลังอุดมศึกษาเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของคนพิการได้อย่างเหมาะสม ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ทักษะการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนท่า (Position Changes) การส่งต่อ หรือการเคลื่อนย้าย (Transfer Techniques) การเคลื่อนไหวของข้อ
3. ทักษะคิด พยาบาลต้องรู้จักตนเอง ใจเย็น มีความอดทน เข้าใจ ไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย การฟื้นฟูไม่ได้เน้นที่การช่วยเหลือผู้ป่วย แต่เน้นที่การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองได้ การฟื้นฟูสภาพ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้คนพิการมีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่เพิ่มขึ้น โดยพยาบาลมีบทบาทหลักในการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

### ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

องค์การอนามัยโลกมองความพิการที่บนพื้นฐานแนวคิดรูปแบบเชิงชีว-จิตสังคม (Biopsychosocial Model) โดยเชื่อมโยงมุมมองที่แตกต่างของสุขภาพในทางชีววิทยา ความเป็นบุคคล และสังคม (Mont, 2007; WHO, 2002) ดังนั้น ปัจจัยประกอบด้วย ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้

1. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมกายภาพ สังคม และทัศนคติ ซึ่งคนดำรงชีวิตอยู่และนำเข้ามาในการดำรงชีวิต เป็นสิ่งภายนอกต่อบุคคลและมีอิทธิพลทั้งทางบวกและทางลบต่อการปฏิบัติของบุคคล ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่เน้นความแตกต่าง 2 ระดับ (Salvador-Carulla & Gasca, 2010) ดังนี้

1.1 ระดับบุคคล ลักษณะทางกายภาพและอุปกรณ์ของสิ่งแวดล้อมซึ่งบุคคลเผชิญหน้ากับสิ่งแวดล้อมในทันที ได้แก่ ที่ตั้ง เช่น บ้าน สถานที่ทำงานและโรงเรียน เช่นเดียวกับการติดต่อโดยตรงกับอื่น ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก และคนแปลกหน้า

1.2 ระดับสังคม โครงสร้างทางสังคมที่มีรูปแบบและไม่มีรูปแบบ การบริการและการเข้าถึงระบบในชุมชนหรือสังคมซึ่งกระทบต่อบุคคล (องค์กรและการบริการที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน กิจกรรมชุมชน หน่วยงานรัฐบาล การติดต่อสื่อสารและบริการขนส่ง และเครือข่ายทางสังคม

2. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สังคม และปัจจัยทางประชากรศาสตร์ (เพศ เชื้อชาติ อายุ การศึกษา อาชีพ) และลักษณะทางจิตวิทยาบุคคล เช่น วิธีการดำรงชีวิต นิสัย การแก้ไขปัญหา รูปแบบพฤติกรรมทั้งหมดและรูปแบบลักษณะ

จากการศึกษาของ อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์, พิณสิทธิ์ ภูมิพินผล และสายัณห์ ตรีผล (2550) พบว่าการดำรงชีวิตของคนพิการขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความพิการ ได้แก่ คนพิการที่มีความพิการไม่รุนแรงสามารถดำรงชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป คนพิการที่มีความรุนแรงระดับน้อยสามารถเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม ร่วมทำกิจกรรมตามประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่นและร่วมแสดงความคิดเห็นได้ แต่คนพิการที่มีระดับความพิการที่รุนแรงส่วนใหญ่จะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติ พี่น้องและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นลักษณะของการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Killilea's, 1976 cited in Pearson, 1990) ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดความเชื่อที่ว่า การธำรงรักษาและการฟื้นคืนสุขภาพทางกายและจิตใจที่มีประสิทธิภาพมาจากเพื่อนมากกว่ามาจากนักวิชาชีพ โดยมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

1. กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันและกันควรเป็นลักษณะความคิดอิสระ มีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมด้วยตนเองมากกว่าการพึ่งพาการช่วยเหลือของนักวิชาชีพ
2. กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นเหมือนทางเลือกอีกทางหนึ่งต่อระบบการให้การช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องการหลีกเลี่ยงการสนับสนุนอย่างเป็นทางการ
3. กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นเหมือนการแก้ปัญหาทางด้านแรงงานระยะสั้นในการบริการประชาชน

House (1981 cited in Pearson, 1990) ได้สรุปประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือบุคคล ดังต่อไปนี้

1. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้สุขภาพทั่วไปส่วนบุคคลดีขึ้น เพิ่มความสามารถของคนจะทำให้มีแรงต้านต่อผลกระทบทางลบของปัจจัยที่ทางกายภาพและทางสังคมที่เป็นอันตรายต่อตนเองได้

2. การสนับสนุนทางสังคมช่วยเป็นตัวกลางระหว่างบุคคล ทั้งแบบเต็มตัวหรือเป็นบางส่วน จากผลกระทบด้านลบของภาวะเครียดทางสิ่งแวดล้อม

King, Willoughby, Specht, and Brown (2006) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความพิการเรื้อรังเกี่ยวกับธรรมชาติและ ความหมายของประสบการณ์การสนับสนุนทางสังคม ผลจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) โดยมีความเชื่อเป็นกุญแจสำคัญสำหรับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในการดำรงชีวิตในชุมชน ผลกระทบของความเชื่อในสิ่งที่ขึ้นอยู่กับปรากฏขยายออกมาเมื่อบุคคลมีประสบการณ์การขาดความเชื่อในอดีต ผลที่ตามมาของการขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ ทำให้บุคคลขาดความเชื่อในสิ่งที่ขึ้นอยู่กับ การขาดความเชื่อในความสามารถของตนเอง อาจเป็นจุดเปลี่ยนของความก้าวหน้าได้ โดยเฉพาะความโกรธอาจจะทำให้เกิดการกระทำได้ทั้งทางบวกและทางลบ

2. การสนับสนุนทางเครื่องมือ (Instrumental Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือหรือการแนะนำคนให้ทำบางสิ่งบางอย่าง เหมือนเป็นผู้ช่วยหรือช่วยปฏิบัติ อย่างเช่นในคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวการช่วยเหลือต้องมีกลยุทธ์ที่ทำให้การช่วยเหลือเป็นขั้นตอน ไปสู่เป้าหมายใหม่ การมีเครื่องมือช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง เพิ่มความสามารถในการช่วยตนเอง รู้สึกมีพลังอำนาจจากการเรียนรู้การใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการสนับสนุนตนเอง

3. การสนับสนุนทางการรับรู้ (Cognitive Support) คนพิการบางคนจะรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจความรู้สึกของตนเอง หรือบางครั้งไม่ยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่เปิดใจ ไม่ติดต่อสื่อสารกับคนภายนอก การรับฟังหรือให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนจะช่วยทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกครอบครัว หรือในชุมชน

แพรว เอี่ยมน้อย (2550) ศึกษาพบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่คิดว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพพอสมควร โดยการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง แต่ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านมากกว่านักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และคนพิการต้องการได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากรัฐในด้านการฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์ ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์ช่วยความรู้สึก อุปกรณ์การแพทย์ การรักษาฟื้นฟูร่างกาย

การให้พยาบาลมาเยี่ยมเป็นครั้งคราวและให้การดูแลที่บ้านเมื่อจำเป็นร้อยละ และการให้คนพิการได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างสะดวก (สำนักงานสถิติ, 2551)

การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนนอกจากการได้รับการบริการจากสถานบริการทางสุขภาพแล้ว การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว ในชุมชน การได้รับการสนับสนุนด้านการรับรู้ และการสนับสนุนด้านอุปกรณ์เครื่องมือที่ช่วยในการเคลื่อนไหว จะช่วยให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนเกิดการยอมรับ และเปิดใจในการได้รับการฟื้นฟูสภาพ และสามารถฟื้นฟูสภาพได้ด้วยตนเองโดยการช่วยเหลือของคนในครอบครัวและในชุมชน

### การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีสาเหตุจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายจากการจำกัดของการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการช่วยเหลือ การเคลื่อนที่และป้องกันความพิการ ภาวะแทรกซ้อนและอาการซึ่งเป็นผลจากการจำกัดการใช้ระบบของร่างกายมักจะถูกเรียกว่า Disuse Syndrome or De-Conditioning ภาวะแทรกซ้อนจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และกระทบต่อทุกระบบของร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบผิวหนัง ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไทรอยด์ ระบบทางเดินหายใจ ระบบย่อยอาหาร ระบบขับถ่าย และระบบประสาท (Destine & Hargrove, 2001) ปัญหาที่พบได้บ่อยในคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวและวิธีการฟื้นฟูสภาพมีดังต่อไปนี้ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) ได้ดังนี้

1. ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยทั่วไปคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจะมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหวได้ ในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงและมีความตึงตัวลดลง การฟื้นฟูสมรรถภาพแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังกายที่บริหารเพื่อคงพิสัยของข้อต่อ การออกกำลังเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ การออกกำลังที่แนะนำควรเป็นการเกร็งกล้ามเนื้อแบบ Isometric โดยใช้แรงร้อยละ 10-20 ของกำลังที่มีอยู่ นาน 10 วินาที เพียงวันละ 1 ครั้ง วิธีการที่ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงในระยะแรก ๆ ได้แก่ วิธีการของ Brunstrom เป็นวิธีการกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหว และกระตุ้นให้ใช้ Mass Pattern ในระยะแรก ๆ ของการฟื้นตัวโดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้มีการฟื้นตัวของระบบประสาท
2. ปัญหากล้ามเนื้อกระตุกเกร็ง (Spasticity) มักก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น ข้อต่อยึดติด ผลจากการเสียดสี อาการเจ็บปวด และเป็นอุปสรรคต่อการจัดทำหรือดูแลสุขอนามัย

การดูแลรักษาประกอบด้วย การจัดทำ การออกกำลังเพื่อคงพิสัยของข้อ การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง  
 วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อต่อยึดติด คือการขยับข้อต่อ (Range of Motion) จะช่วยป้องกัน  
 ภาวะแทรกซ้อนนี้ได้ นอกจากนี้การออกกำลังโดยการทำให้ Passive Range of Motion Exercise  
 ร่วมกับ Active Assistive Exercise ร่วมด้วยจะช่วยป้องกันได้ดียิ่งขึ้น วิธีการทางสรีรวิทยาระบบ  
 ประสาทที่ช่วยลดภาวะเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมท่าทางได้ดีขึ้น  
 ลดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ได้แก่วิธีการของ Bobath โดยผู้บำบัดต้องควบคุมหรือพยุงผู้ป่วย  
 บริเวณส่วนของร่างกายที่สำคัญ เช่น กระดูกสันหลัง หัวไหล่ และเชิงกราน แล้วจึงให้ผู้ป่วยฝึก  
 เคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ตามต้องการ โดยค่อย ๆ พัฒนาขึ้นตามลำดับ แล้วจึงฝึกการใช้งานกล้ามเนื้อ  
 เหล่านั้นจริง ๆ ในการเดินหรือประกอบกิจกรรมต่าง ๆ

3. ปัญหาการทรงตัวและกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน อาจเกิดจากความบกพร่องด้าน  
 กำลังของกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ ต้องมุ่งแก้ไขการฝึกทรงตัว และฝึกให้กล้ามเนื้อ  
 ทำงานได้อย่างสอดคล้องกัน วิธีการของ Rood (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) เป็นวิธีการที่ใช้ปัจจัยทาง  
 ร่างกาย จิตใจ และระบบประสาทอัตโนมัติในการควบคุมการเคลื่อนไหว มีวัตถุประสงค์เพื่อ  
 ให้มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อและเพิ่มความสามารถทางกายเป็นไปตามลำดับของพัฒนาการ ได้แก่  
 การนอนหงาย การพลิกตะแคง การนอนคว่ำ การเดินเข้า การยืน และเดินตามลำดับ โดยใช้การ  
 กระตุ้นให้ประสาทรับรู้ความรู้สึกเพื่อให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อ เช่น การปิดลูกหรือสัมผัส  
 ลูกไล่เบา ๆ การใช้น้ำแข็งลูบหรือการเคาะ การนวด การยืดมัด รวมทั้งการกดบีบข้อต่อต่าง ๆ เพื่อ  
 กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาการทางการเคลื่อนไหว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมท่าทางการทรงตัว  
 และเคลื่อนไหวได้ตามต้องการ

4. ปัญหาการเปลี่ยนอิริยาบถและการเคลื่อนที่ ในช่วงแรกที่กล้ามเนื้ออ่อนแอกว่า  
 ไม่สามารถเดินได้ ต้องฝึกด้วยการออกกำลังกล้ามเนื้อ ขยับร่างกายบนเตียง พลิกตะแคงลุกขึ้นนั่ง  
 เปลี่ยนจากท่านั่งเป็นท่านยืน การควบคุมลำตัว ท่าทาง การทรงตัว การถ่ายน้ำหนักลงขาข้างที่อ่อน  
 แรงแม่ื่อทำได้จึงฝึกให้เดินโดยใช้ไม้เท้าและกายอุปกรณ์

5. ปัญหาด้านกิจวัตรประจำวัน แนวทางในการแก้ไขปัญหาคือ มุ่งแก้ไขสาเหตุที่ทำให้  
 ผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้น ๆ ไม่ได้ หรือหาเทคนิคต่าง ๆ มาชดเชยความบกพร่องดังกล่าว

6. ปัญหาด้านสังคม ปัญหาที่พบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและใน  
 ชุมชน วิธีการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การให้คำปรึกษา แนะนำ และมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพคน  
 พิการ นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบในทุกระบบของร่างกาย ดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 ผลกระทบของการไม่เคลื่อนไหวต่อระบบของร่างกาย (Derstine, 2001)

ระบบ	ผลกระทบ	ปฏิบัติการบำบัด
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal System)	1. การฝ่อและอ่อนแรง 2. การหดตัวของกล้ามเนื้อ 3. Heterotopic Ossification 4. ภาวะกระดูกพรุน	1. การส่งเสริม กระตุ้นการทำกิจกรรมตามปกติ 2. การจัดทำที่เหมาะสม 3. การยืดกล้ามเนื้อ 4. การจัดทำของข้อตามท่าปกติ 5. Range of Motion 6. การยืดเหยียดกับไม้ตาม 7. การดำนน้ำหนัก
ระบบผิวหนัง (Integumentary System)	1. แผลกดทับ	1. การเปลี่ยนท่าบ่อยๆ โดยย้ายน้ำหนัก 2. ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม 3. ความเหมาะสมของการใช้ผ้าปูเตียงและเบาะรองรถล้อเลื่อน 4. การใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด
ระบบการเผาผลาญและต่อมไร้ท่อ (Metabolic and Endocrine System)	1. ความไม่สมดุลของไนโตรเจน 2. การสูญเสียแคลเซียม 3. การไม่คงทนต่อระดับน้ำตาล	1. รักษาระดับอาหารให้พอเพียง 2. การออกกำลังกาย 3. การทำกิจกรรมสูงสุด
ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System)	1. ภาวะเสื่อมของหลอดเลือดหัวใจ 2. ความดันโลหิตที่ (Orthostatic Hypertension) 3. การย้อนกลับการกระจายของเหลว 4. หลอดเลือดอุดตัน	1. การรักษาสภาพการยืน/ นั่ง 2. การออกกำลังกายแบบ Active and Passive range of Motion 3. การออกกำลังกายแบบ Isometric 4. การกระตุ้นการเคลื่อนไหว 5. การใช้อุปกรณ์ช่วยในการไหลเวียนของเลือดเพื่อรักษาความดันโลหิต
ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System)	1. การอุดตันของเสมหะ 2. ภาวะปอดแฟบ 3. ภาวะปอดอักเสบ 4. ภาวะปอดอุดกั้น	1. การกระตุ้นการไอและการหายใจแบบลึก Aggressive pulmonary care 2. การช่วยการไอ
ระบบทางเดินอาหารและระบบขับถ่าย (Gastrointestinal and Genitourinary )	1. ท้องผูก 2. การคั่งของปัสสาวะ 3. การติดเชื้อระบบปัสสาวะ	1. ให้อาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง 2. อาหารที่มีกากใยสูง น้ำเพียงพอ 3. โปรแกรมการขับถ่าย

## ผู้รับผิดชอบและบทบาทในการฟื้นฟูสภาพของผู้มีส่วนได้เสียในการฟื้นฟูสภาพ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

ลักษณะงานการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เป็นงานที่ครอบคลุมในทุกมิติ มีความซับซ้อน และเกี่ยวเนื่องกับผู้มีส่วนได้เสีย เช่น พยาบาลวิชาชีพ คนพิการ ครอบครัวและผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทในการฟื้นฟูสภาพของผู้มีส่วนได้เสีย สรุปบทบาทที่สำคัญดังต่อไปนี้

### 1. พยาบาลวิชาชีพ

มีบทบาทที่สำคัญในการฟื้นฟูสภาพ ดังต่อไปนี้

#### 1.1 การประเมินสถานะแบบองค์รวม (Assessment of Holistic Condition Role)

(นิตยา บัวสาย, 2551; Long et al., 2002; Long et al., 2003; Nolan & Nolan, 1999; Pryor & Smith, 2002) การประเมินของพยาบาลแบบองค์รวมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เกิดการจัดบริการฟื้นฟูสภาพต่อคนไข้ที่เป็นจริงตามปัญหาที่เกิดขึ้น แม้ว่าการประเมินจะมีขอบเขตที่กว้างค่อนข้างมาก ประกอบด้วย การประเมินความสามารถต่อการดูแลตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว สภาพแวดล้อมทางสังคม การรักษา ภาวะอารมณ์ ภาวะโภชนาการ การกำจัดของเสีย และความเจ็บปวด ปัญหาที่เป็นเฉพาะบางอย่างพยาบาลสามารถจัดการป้องกันได้ เช่น ปัญหาการป้องกันการหกล้ม ท้องผูก การมีเสมหะ การเกิดข้อยึดติด เป็นต้น

1.2 การบำบัดทางการพยาบาล (Therapeutic Practice Role) เป็นบทบาทที่เป็นอิสระของพยาบาลมีเอกลักษณ์เฉพาะ เป็นการดูแลทางคลินิก ความรู้เฉพาะทางและทักษะถูกกำหนดในการปฏิบัติการบำบัดทางการพยาบาลภายในการฟื้นฟูในการที่จะช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้ บทบาทของพยาบาลเป็นจิงทั้งในการฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย การฟื้นฟูสภาพทางจิตใจและการฟื้นฟูองค์ประกอบจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลและการปรับเข้าหากัน การต้องการความรู้และทักษะเฉพาะทางในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลการฟื้นฟูสภาพ เช่น การลดการปวด การช่วยสุขนิสัย และการเคลื่อนไหว การให้พื้นที่การดูแล การส่งเสริมและการจัดการขับถ่าย การช่วยทางอารมณ์ การจัดโอการให้ได้นอนหลับอย่างพอเพียง การพัก และกระตุ้น นอกจากนี้การบำบัดทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทำแผล ให้อาหารทางสายยาง พลิกตะแคงตัว เคลื่อนย้าย โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการบำบัดรักษาทางการพยาบาล และมีอิสระในการเลือกการบำบัดรักษาทางการพยาบาลตามความเหมาะสมของผู้ป่วยเอง

#### 1.3 การประสานงานและติดต่อสื่อสาร (Co-ordination and Communication Role)

เป็นบทบาทที่มีการกล่าวถึงมากที่สุด (นิตยา บัวสาย, 2551; ปิยนุช บุญทอง, 2550; ล้ำยอง นกหงษ์,

2546; สุพรรณิณี วิชกุล, 2546; Burton, 2003; Fridlund, 2002; Hawkey & Williams, 2007; Kroll, 2008; Long et al., 2002; McCourt, 1993 Cited in Pryor & Smith, 2002; Nolan & Nolan, 1996; Nolan et al., 1997 cited in Nolan, Nolan, & Boot, 2001; Pryor & Smith, 2002) พยาบาลมีหน้าที่ในการประสานงานการดูแล เป็นงานที่ซับซ้อน ทีมฟื้นฟูสภาพประกอบด้วยนักวิชาชีพหลายคน แต่ละคนจะมีเป้าหมายการรักษาและแผนงานของตนเอง โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พยาบาลฟื้นฟูสภาพเป็นตัวเชื่อมในการสื่อสารระหว่างสิ่งต่างๆ เหล่านี้ พยาบาลจะต้องมีความรู้และความเข้าใจในที่ดีสำหรับกระบวนการฟื้นฟูสภาพ การสร้างสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเต็มใจมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟู การอำนวยความสะดวกในการพัฒนากลยุทธ์การแก้ปัญหาทางจิตใจและสังคม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพในระยะยาวด้วยตนเอง

1.4 การให้ความรู้ (Educative Role) บทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่ง คือ บทบาทด้านการเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator) (นิศยา บัวสาย, 2551; ปิยนุช บุญทอง, 2550; ถ้ายอง นกหงษ์, 2546; สุพรรณิณี วิชกุล, 2546; Burton, 2003; Fridlund, 2002; Hawkey & Williams, 2007; Kroll, 2008; Long et al., 2002; McCourt, 1993 Cited in Pryor & Smith, 2002; Nolan & Nolan, 1996; Nolan et al., 1997 cited in Nolan, Nolan, & Boot, 2001; Pryor & Smith, 2002) การให้การศึกษาคือความรู้กับผู้ป่วย ต้องเน้นทักษะและความรู้ที่สูงขึ้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ และทักษะที่ดี มีทัศนคติที่ดี ต่อบุคคลตนเอง ใจเย็น มีความอดทน เข้าใจ ไวต่อความรู้สึกผู้ป่วย มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา ทางกายระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และระบบทางเดินปัสสาวะ มีทักษะการฟื้นฟูสภาพ เช่น การเปลี่ยนท่า การส่งต่อ หรือการเคลื่อนย้าย การเคลื่อนไหวของข้อ (Stryker, 1977) พยาบาลต้องสามารถประเมินการรับรู้และสติปัญญา ความสามารถ และความต้องการพิเศษที่เกิดจากความพิการทางร่างกาย เช่น การกลืนลำบาก หรือความยุ่งยากในการติดต่อสื่อสาร

1.5 การให้คำแนะนำและปรึกษา (Advice/Counseling Role) (ถ้ายอง นกหงษ์, 2546; Fridlund, 2002; Hawkey & Williams, 2007; McCourt, 1993 Cited in Pryor & Smith, 2002) พยาบาลต้องช่วยผู้ป่วยตั้งเป้าหมายเพื่อให้เห็นภาพที่ประสบความสำเร็จได้ พยาบาลฟื้นฟูสภาพควรใช้ทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนทางด้านความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วย ทักษะการฟัง การเน้นและความชัดเจน

1.6 การสนับสนุนและการสร้างพลังอำนาจ (Advocacy and Empowerment Role) (Long et al., 2002; McCourt, 1993; Nolan & Nolan, 1999; Nolan et al., 1997 Cited in Nolan et al., 2001) การสนับสนุนเป็นส่วนสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลต่อคนที่มีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยที่พยาบาลต้องตระหนักถึงสิทธิและความสนใจของคนที่มีความพิการเป็นหลักและ



เคารพสิทธิของคนพิการ (Schroeder, Buckley, & Debisette, 2001) พยาบาลต้องสนับสนุนทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ในด้านทางร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม เน้นการส่งเสริมผู้ป่วยให้มีเอกลักษณ์ในตนเอง

1.7 การจัดการระบบการบูรณาการการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Integration Care and Continuity Care Role) (นิตยา บัวสาย, 2551; ถ้ายอง นกหงษ์, 2546; วราลี วิริยะนันทะ, 2547 สุพรรณิ วิชกุล, 2546; พิชาติ คลเจติมยุทธนา และปิยนุช บุญทอง, 2550; Long et al., 2002) โดยพยาบาลเป็นผู้จัดบริการอย่างต่อเนื่องผ่านการประเมินเป็นระยะระหว่างที่มีการให้บริการโดยตรง (O'Connor, 2000) และจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของคนที่มีความพิการ พร้อมทั้งติดตามประเมินการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการบูรณาการงานการฟื้นฟูสภาพของนักกายภาพบำบัดกับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและการจัดสิ่งแวดล้อม (Long et al., 2002)

1.8 นักวิจัย (Researcher Role) (McCourt, 1993 cited in Pryor & Smith, 2002; Nolan et al., 1997 Cite in Nolan et al., 2001) ควรทำบทบาทนักวิจัยที่จะทำให้สามารถพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการฟื้นฟูสภาพและเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนที่มีความพิการได้

1.9 การบูรณาการระบบการดูแลทางสุขภาพและการดูแลทางสังคม (Integrated Health and Social Care System) (นิตยา บัวสาย, 2551; Kroll, 2008) พยาบาลวิชาชีพมีความจำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชน การเข้าใจสภาพสังคม ความเป็นอยู่ โดยธรรมชาติของคนที่มีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่เป็นลักษณะของแต่ละบุคคล เพื่อที่จะสามารถบูรณาการการดูแลทางสุขภาพและทางสังคมเข้าด้วยกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การอำนวยความสะดวกในการเดินทางในชุมชน หรือการช่วยเหลือเพื่อให้คนที่มีความพิการสามารถข้ามผ่านความพิการส่วนบุคคลที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระที่บ้านได้

## 2. ครอบครัว/ ผู้ดูแล และอาสาสมัคร

ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ครอบครัวและผู้ดูแลและอาสาสมัคร ควรมีบทบาทดังนี้ (นิตยา ศรีสุวรรณ, 2551)

2.1 ดูแลสุขภาพพื้นฐานและการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

2.2 ร่วมรับรู้ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพและร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน

2.3 เป็นทีมดูแลคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่บ้าน

2.4 เผื่อระวังสัญญาณอันตรายที่แสดงถึงอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน

- 2.5 ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน
- 2.6 ร่วมบริการฟื้นฟูสภาพ คัดกรอง เฝ้าระวังและเยี่ยมบ้าน
- 2.7 ประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ
- 2.8 ประสานความร่วมมือเป็นเครือข่ายเชื่อมต่อบริการระหว่างชุมชนกับบริการปฐมภูมิ
- 2.9 ร่วมจัดทำแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

### 3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นหรือองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีภารกิจหน้าที่และความรับผิดชอบดูแลและฟื้นฟูสภาพคนพิการ ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง รวมทั้งหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ด้อยโอกาส (สุเวช ทรงอยู่สุข, 2550) เช่น ด้านการสงเคราะห์เป็นการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่คนพิการ และมีมาตรการที่จำเป็นพื้นฐาน โดยมีการสำรวจ การตรวจเยี่ยม การลงพื้นที่ การค้นหาคนพิการเพื่อดำเนินการจดทะเบียน การจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการที่ถูกต้อง ทันสมัย ครบถ้วน รวมทั้งวางแผนให้ความช่วยเหลือคนพิการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ดังต่อไปนี้

3.1 ด้านการดูแลทางสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลคนพิการ การจัดบริการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพคนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2 ด้านการศึกษา ได้แก่ การจัดการด้านการศึกษา จัดทำข้อมูลด้านการศึกษา ส่งเสริมให้คนพิการได้รับการศึกษาเท่าเทียมกัน

3.3 ด้านสังคมและสวัสดิการ ได้แก่ สาธารณูปโภค โครงสร้างพื้นฐาน เช่น ถนน ไฟฟ้า น้ำประปา สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และการปรับสภาพแวดล้อมที่จำเป็น ได้แก่ การทำทางลาดและห้องน้ำ สนับสนุนให้คนพิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน การจ่ายเบี้ยยังชีพ และให้การสงเคราะห์คนพิการที่ยากจนมีความลำบาก

3.4 ด้านการประกอบอาชีพ การสำรวจรายได้ เศรษฐกิจของคนพิการและครอบครัว การส่งเสริมให้คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมการประกอบอาชีพ

### 4. องค์การบริหารส่วนตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบลควรมีบทบาทดังต่อไปนี้ (นิตยา ศรีสุวรรณ, 2551)

4.1 ประสานงานร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อการช่วยเหลือ และสนับสนุนการพัฒนา

4.2 ร่วมรับรู้สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพและร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน

4.3 ร่วมจัดทำแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

4.4 สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายเรียนรู้การดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ ช่วยเหลือกันภายใน และเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชน

4.5 สนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ในการจัดการดูแลสุขภาพ

4.6 สนับสนุนสวัสดิการและช่วยเหลือด้านอื่น ๆ เช่น การสร้างอาชีพให้ผู้ดูแล

### พยาบาลและการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

ในยุคแรก ๆ แนวคิดการประเมินของการฟื้นฟูสภาพค่อนข้างจะแคบและจะเกี่ยวกับทางพยาธิสภาพของการเกิดโรคเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ไม่สามารถข้ามผ่านการทำหน้าที่ทางสิ่งแวดล้อมและพัฒนาได้ การประเมินก่อนหน้านี้นั้นเน้นที่การประเมินทางความพิการทางกายภาพร่วมกับการบาดเจ็บและโรค ระหว่างปี ค.ศ. 1930s นักวิชาการทางสุขภาพตระหนักถึงพฤติกรรมส่วนบุคคลกับความบกพร่องทางกายภาพเช่นเดียวกับความบกพร่องทางจิต ผลการค้นคว้าอย่างต่อเนื่อง การประเมินการทำหน้าที่เริ่มเน้นที่ความต้องการและขยายไปสู่การเข้าถึงแบบองค์รวมต่อการฟื้นฟูสภาพ (Destine & Hargrove, 2001) กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว สรุปได้ดังนี้

1. การประเมินปัญหาเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ในขอบเขตและมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพสำหรับพยาบาลทั่วไป พยาบาลฟื้นฟูสภาพมีหน้าที่รวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการฟื้นฟูสภาพแต่ละคน (America Nurse Association, 2004) เลือกรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบความรุนแรง ปัจจัยเสี่ยง และโรคอื่น ๆ ที่เป็นร่วมด้วย และค้นหาปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ การประเมินสภาวะแบบองค์รวม (นิตยา บัวสาย, 2551; Long et al., 2002; Long et al., 2003; Nolan & Nolan, 1999; Pryor & Smith, 2002) การประเมินของพยาบาลแบบองค์รวมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เกิดการจัดบริการฟื้นฟูสภาพต่อคนที่ เป็นจริงตามปัญหาที่เกิดขึ้นได้แก่ ระดับความสามารถในปัจจุบันเทียบกับอดีต ความสามารถในการเรียนรู้ สภาพจิตใจ รวมทั้งแรงจูงใจ ทักษะการสื่อความหมาย ความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว

สภาพที่อยู่อาศัยและความช่วยเหลือของครอบครัว การประเมินทางการแพทย์ (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547; Destine & Hargrove, 2001; Long, Kneafsey, Ryan, & Berry, 2002a; Maryanne & Popovich, 2000) ประกอบด้วย

1.1 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Abilities) ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (ADLs)

1.2 การดูแลตนเอง (Self-care) ความสามารถในการดูแลตนเอง

1.3 ความเจ็บปวด ความไม่สบายและ ภาวะแทรกซ้อน

1.4 การพึ่งพาตนเอง (Independence)

1.5 คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ซึ่งครอบคลุมการประเมินทางจิตสังคม (Psychosocial) ทางจิตใจ (Mental) ทางอารมณ์ (Emotional) ทางวัฒนธรรม (Cultural) ทางจิตวิญญาณ (Spiritual) การข้ามผ่านความเป็นบุคคล (Transpersonal)

1.6 การสนับสนุนของครอบครัว (Family Support) สภาพแวดล้อมทางสังคม การประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ในการปรับเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สอดคล้องกับศักยภาพที่มีอยู่

การประเมินดังกล่าวมุ่งเน้นการค้นหาปัญหาการสูญเสียความสามารถ (Disability) ความเสียเปรียบหรือความด้อยโอกาส (Handicap) ของผู้ป่วย และศักยภาพที่เหลืออยู่ เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดบริการ (Dossey & Keegan, 2009) ตัดสินใจวางแผนการดูแล การเลือกปฏิบัติการ ความถี่ ความห่างของ การปฏิบัติการพยาบาลต่อไป และทำให้มีความมั่นใจได้ว่าเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และการที่พยาบาลนำข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดส่งต่อไปให้กับสมาชิกอื่นในทีมการฟื้นฟู ทำให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการผสมผสานในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะส่งข้อมูลที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่องให้กับสมาชิกในทีมเพื่อให้สมาชิกทีมได้ทำการประเมินซ้ำอีกครั้งก่อนการจัดบริการเพื่อเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยเกิดการผสมผสานการจัดบริการฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยได้ (Long et al., 2002 )

2. การวางแผนและกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพ เป็นการสะท้อนหลักการที่ยอมรับกันทั่วไปว่าการวางแผนการฟื้นฟูสภาพที่จริงเป็นแนวทางการบริการที่จัดเตรียมไว้ การระบุความต้องการการฟื้นฟูสภาพควรจะใช้แนวทางการบริการเพื่อช่วยผู้ป่วยให้ประสบความสำเร็จและรักษาระดับการทำหน้าที่สูงสุด การดูแลตนเอง และการพึ่งพาตนเอง การประสบความสำเร็จนี้ได้โดยการจัดการปัญหาทางสุขภาพที่เป็นเฉพาะของผู้ป่วย และสภาวะอารมณ์ที่ดีขณะที่มีการวินิจฉัย การพยากรณ์และโปรแกรมการรักษา (Maryanne & Popovich, 2000) เป้าหมายสำหรับการฟื้นฟูคนพิการทางกายประกอบด้วย

2.1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมและหรือการช่วยการเคลื่อนไหวของข้อได้สูงสุดตามระดับการทำหน้าที่ทางกาย หรือภายในข้อจำกัดที่กำหนดโดยการบาดเจ็บหรือสถานการณ์ และการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง หรือเคลื่อนไหวตามต้องการโดยตรง เพื่อให้สามารถประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ทางกายได้อย่างอิสระ

2.2 สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันในระดับสูงสุดของการทำหน้าที่ หรือภายในข้อจำกัดที่กำหนดโดยการบาดเจ็บหรือสถานการณ์ และการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง หรือเคลื่อนไหวตามต้องการโดยตรง เพื่อให้สามารถประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ทางกายได้อย่างอิสระ

2.3 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ในระดับสูงสุดของการทำหน้าที่ หรือภายในข้อจำกัดที่กำหนดโดยการบาดเจ็บหรือสถานการณ์และการมีส่วนร่วมอย่างเต็มศักยภาพ

3. การปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม เป็นบทบาทที่เป็นอิสระของพยาบาลมีเอกลักษณ์เฉพาะ เป็นการดูแลทางคลินิก ความรู้เฉพาะทางและทักษะถูกกำหนดในการปฏิบัติการบำบัดทางการพยาบาลภายในการฟื้นฟูในการที่จะช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้ โดยพิจารณาตามความต้องการของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรคและสภาพความพร้อมหรือความพิการ (Maryanne & Popovich, 2000) โดยจัดเตรียมการปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

3.1 การบำบัดรักษาพยาบาล เป็นบทบาทที่เป็นอิสระของพยาบาลมีเอกลักษณ์เฉพาะ เป็นการดูแลทางคลินิก ความรู้เฉพาะทางและทักษะถูกกำหนดในการปฏิบัติการบำบัดทางการพยาบาลในการฟื้นฟูในการที่จะช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้ซึ่งพยาบาลมีทักษะพื้นฐานที่สนับสนุนทักษะทางการพยาบาลฟื้นฟูสภาพประกอบด้วย การลดการปวด การช่วยสุขนิสัยและการเคลื่อนไหว การให้พื้นที่การดูแล การดูแลอาหารที่พอเพียง การส่งเสริมและการจัดการขยับ การช่วยทางอารมณ์ การจัดโอกาสให้ได้นอนหลับอย่างพอเพียง ในการหลับ การพัก การดูแลผู้ป่วยในการทำแผล ให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้าย (Burton, 2003) เป็นต้น พยาบาลมีความรับผิดชอบในการธำรงศักยภาพของผู้ป่วยสำหรับการฟื้นคืนการเคลื่อนไหวเท่าที่เป็นไปได้และป้องกันการพิการซ้ำซ้อน (Destine & Hargrove, 2001) สถานพยาบาลได้กำหนดทักษะการปฏิบัติการพยาบาลระดับวิชาชีพเพื่อการฟื้นฟูสภาพ (สภาการพยาบาล, 2553) ดังต่อไปนี้

3.1.1 การบริหารการเคลื่อนไหวและการบริหารร่างกาย โดยสนับสนุนการเคลื่อนไหวให้มากที่สุด (Kneafsey, 2007) ประกอบด้วย

3.1.1.1 Range of Motion (ROM) เป็นการเคลื่อนไหวของข้อต่อซึ่งสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างปกติ Active ROM ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวข้อต่อของตนเองอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และ Passive ROM ผู้ดูแลจะทำการเคลื่อนไหวข้อต่อให้ผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้

3.1.1.2 Strength เป็นความสามารถของกล้ามเนื้อเพื่อสร้างกำลังทางกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการชำระหน้าที่

3.1.1.3 Endurance เป็นความสามารถที่จะชำระไว้ซึ่งความพยายามในการทำกิจกรรม

3.1.1.4 การจัดท่า พลิกตัว

3.1.1.5 การส่งเสริมการเคลื่อนย้ายปกติและระดับการเคลื่อนไหวสูงสุด

3.1.1.6 การช่วยผู้ป่วยพัฒนารูปแบบการเดิน การปรับปรุงความสมดุลและท่าทาง เป็นความสามารถในการนั่งและยืน

3.1.1.7 การฟื้นคืนการควบคุมการเคลื่อนย้าย

3.1.1.8 การทำหน้าที่ในการเคลื่อนไหว ได้แก่ ทักษะพื้นฐานการเคลื่อนไหว (Basic Mobility Skills) กิจกรรมของกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living (ADLs)) และเครื่องมือประเมินกิจวัตรประจำวัน (Instrumental ADLs.)

3.1.2 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ประกอบด้วย การไออย่างถูกวิธีมีประสิทธิภาพ การบริหารการหายใจ และการใช้กายอุปกรณ์

3.2 การให้ความรู้ การวางแผนที่ดีในการให้ความรู้ผู้ป่วย ต้องเน้นทักษะและความรู้ที่สูงขึ้น พยายามฟื้นฟูสภาพสามารถใช้กลยุทธ์การสอนที่แตกต่างเพื่อส่งเสริมความเป็นอิสระ การสอนเป็นกลุ่มเป็นการสอนที่มีประสิทธิภาพเพราะเมื่อมีปัญหที่เหมือนกันในกลุ่มจะช่วยสนับสนุนและจูงใจให้ทำและมีความสุขสนุกสนาน โดยกลุ่มไม่ใหญ่เกินไป (นิตยา บัวสาย, 2551; ถ้ายอง นกหงษ์, 2546; สุพรรณิณี วิชกุล, 2546; Burton, 2003; Fridlund, 2002; Hawkey & Williams, 2001, 2007; McCourt, 1993 Cite in Pryor & Smith, 2002; Nolan & Nolan, 1999; Nolan et al., 1997 cited in Nolan et al., 2001; Pryor & Smith, 2002) ให้ความรู้เกี่ยวกับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย (Destine & Hargrove, 2001)

3.2.1 ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการของโรค (Disease Process) ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการสามารถให้คำจำกัดความของ “การบกพร่องในการเคลื่อนไหวทางกาย” ได้ ซึ่งหมายถึง การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวตามที่วัตถุประสงค์ภายในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ รวมทั้งกิจกรรมการเคลื่อนไหวทั้งหมด การส่งต่อ การเดิน รูปแบบการเดิน และการเคลื่อนไหวบนเตียง

3.2.2 ความรู้เกี่ยวกับอาการบกพร่องในการดูแลตนเอง หมายถึง การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างสมบูรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADLs) มีความเฉพาะมากกว่าการให้อาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การดูแลการแต่งกายเสื้อผ้าและทรงผม การดูแลสุขนิสัยส่วนบุคคล ความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว และการส่งต่อ

3.3 การให้คำแนะนำและปรึกษา พยาบาลฟื้นฟูสภาพควรใช้ทักษะการให้คำปรึกษา เพื่อสนับสนุนทางด้านความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วย ทักษะการฟัง การเน้นและความชัดเจน พยาบาลสามารถช่วยการคิดของผู้ป่วยได้ (ถ้ายอง นกหงษ์, 2546; Fridlund, 2002; Hawkey & Williams, 2001, 2007; McCourt, 1993 Cite in Pryor & Smith, 2002)

3.4 การบูรณาการระบบการดูแลทางสุขภาพและการดูแลทางสังคม พยาบาลต้องเข้าถึงข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชน การเข้าใจสภาพสังคม ความเป็นอยู่โดยธรรมชาติของคนที่มีความพิการที่เป็นลักษณะของแต่ละบุคคล การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล (Kneafsey, Long, & Ryan, 2003) เพื่อนำมาประยุกต์ใช้จัดบริการหรือให้การช่วยเหลือได้ เช่น การอำนวยความสะดวกในการเดินทางในชุมชน หรือการช่วยเหลือเพื่อให้คนที่มีความพิการสามารถข้ามผ่านความพิการส่วนบุคคลที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระที่บ้านได้ (นิตยา บัวสาย, 2551; Kroll, 2008)

3.5 การประสานงานและการติดต่อสื่อสาร การฟื้นฟูสภาพประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแล แต่ละคนจะมีเป้าหมายการรักษาและแผนงานของตนเอง ศูนย์กลางของกระบวนการคือผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งมีแนวคิดและเป้าหมายของตนเองด้วย พยาบาลฟื้นฟูสภาพเป็นตัวเชื่อมในการสื่อสารระหว่างสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ พยาบาลมีโอกาสดำเนินการติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัวในระหว่างการเยี่ยมบ้าน เป็นโอกาสเฉพาะในการสร้างสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดกับสมาชิกของครอบครัว ถ้าการติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเต็มใจมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟู การอำนวยความสะดวกในการพัฒนากลยุทธ์การแก้ปัญหาทางจิตใจและสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพในระยะยาวด้วยตนเอง

4. การประเมินผลการฟื้นฟูสภาพ การประเมินผลลัพธ์บริการที่ชัดเจน มาตรฐานต้องการการบริการเพื่อการฟื้นคืน (Restore) การดีขึ้น (Improve) หรือการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ในระดับสูงสุดและใช้การประเมินผลของเกณฑ์การประเมินที่บ่งชี้ให้เห็นผลกระทบของระดับการทำหน้าที่ต่อการดูแลตนเอง การพึ่งพาตนเอง และคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์นี้สามารถวัดได้ในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การเรียนรู้ ทางกายภาพ และกิจกรรมการทำงาน การเพิ่มทักษะในการทำงานภายในบ้าน การประกอบอาชีพ การศึกษา การสันทนาการ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม พยาบาลฟื้นฟูสภาพประเมินความก้าวหน้าของผู้รับบริการต่อผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ประกอบด้วย (Maryanne & Popovich, 2000)

4.1 ผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพคือการฟื้นคืน การดีขึ้น หรือการธำรงซึ่งระดับการทำหน้าที่ที่สูงที่สุดของผู้ป่วย (Rehabilitation Outcomes are Restoring, Improving, or Maintaining The Patient's Optimal Level of Functioning เช่น ปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวได้ในระดับสูงสุดของการทำหน้าที่ทางกาย)

4.2 การดูแลตนเอง (Self-care) เช่น ปฏิบัติการดูแลตนเองและกิจกรรมการเคลื่อนไหว  
ได้ในระดับสูงสุดของการทำหน้าที่ทางกาย

4.3 การพึ่งพาตนเอง (Independence)

4.4 คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

## รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

รูปแบบ (Model) หมายถึง สิ่งที่สร้างหรือพัฒนาเป็นแบบอย่างหรือเป็นต้นแบบที่แสดง  
โครงสร้างทางความคิดหรือองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบนั้น เพื่อให้เห็น  
ปรากฏการณ์เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป

มีการนำรูปแบบการจัดการมาใช้ในงานบริการปฐมภูมิในหลายรูปแบบ รูปแบบที่นำมา  
บูรณาการกับการฟื้นฟูสภาพในระดับปฐมภูมิ สรุปได้ 5 กลุ่ม ดังนี้ (McColl, Shortt, Godwin,  
Smith, Rowe, O'Brien et al., 2009)

1. รูปแบบทางคลินิก (Clinic Model) ส่วนใหญ่มักใช้ในการจัดการบริการทางคลินิกใน  
หน่วยบริการปฐมภูมิ เหมาะสำหรับผู้เชี่ยวชาญทางการฟื้นฟูสภาพ เช่น นักกายภาพบำบัด  
นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น หลักสำคัญสำหรับรูปแบบนี้คือ การร่วมมือกันระหว่างครอบครัว แพทย์  
และผู้เชี่ยวชาญด้านฟื้นฟูสภาพ บทบาทของผู้เชี่ยวชาญคือกำหนดขอบเขตการปฏิบัติในการ  
ออกกำลังกายที่เฉพาะกับสภาพในปัจจุบันของคนพิการ ในรูปแบบนี้จะมีประสิทธิภาพต่อ  
ผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพเป็นอย่างมาก แต่โอกาสการเข้าถึงของคนพิการในการฟื้นฟูสภาพในรูปแบบ  
นี้ยังเป็นไปได้ยากในบริบทของชุมชนที่ห่างไกล และขาดการประสานงานติดต่อสื่อสารกันระหว่าง  
วิชาชีพ ในการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการฟื้นฟูสภาพในประเทศไทยยังไม่พบการให้บริการใน  
รูปแบบดังกล่าวที่ชัดเจน

2. รูปแบบนอกสถานที่ (Outreach Model) การบริการนอกสถานที่เป็นการบริการ  
สำหรับผู้ป่วย คนพิการที่ไม่สามารถมารับบริการที่หน่วยบริการหรือขาดโอกาสในการเข้าถึงจาก  
สภาพความพิการหรือจากความไกลของหน่วยบริการที่พำนักอาศัย ในรูปแบบนี้จะจัดบริการใน  
ลักษณะของหน่วยเคลื่อนที่ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของคนพิการ ข้อได้เปรียบของรูปแบบนี้คือ  
ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกในระดับตติยภูมิสามารถให้บริการร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิได้ แต่ข้อด้อย  
คือความซับซ้อนของการจัดการบริการในแต่ละระดับทำให้เชื่อมโยงกันได้ยาก ต้องมีการตั้งเป้าหมาย  
ในการฟื้นฟูสภาพร่วมกันตั้งแต่ระดับนโยบาย การวางแผน และการกำหนดกิจกรรม จึงจะสามารถ  
การดำเนินการได้ ในการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการฟื้นฟูสภาพในประเทศไทยยังไม่พบการ



ให้บริการในรูปแบบดังกล่าวที่ชัดเจน แต่จากการลงพื้นที่ในการศึกษานำร่องเรื่องการดูแลคนพิการ ในระดับปทุมธานีที่อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี พบว่า ได้มีการปฏิบัติในรูปแบบดังกล่าวบ้าง เป็นครั้งคราว โดยเป็นการกำหนดจากโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดในการติดตามลงเยี่ยมและ ให้บริการคนพิการนอกสถานที่ แต่ไม่มีแผนต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมคนพิการทุกคน

3. รูปแบบการจัดการดูแลตนเอง (Self – management Model) เป็นรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการศึกษาให้ความรู้และสนับสนุนทีมฟื้นฟูสภาพเพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการจัดการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว รูปแบบนี้มักถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง ในรูปแบบนี้มีข้อเด่นคือการสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง แต่ข้อด้อยที่สำคัญได้แก่การไม่ยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยหรือคนพิการเนื่องจากคนพิการครอบครัว/ ผู้ดูแลคิดว่าไม่มีความสามารถในการที่จะรับผิดชอบในการฟื้นฟูสภาพ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่เป็นองค์รวมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของทศพร คำผลศิริ (2549) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 ปีและมีความพิการร่วมด้วยโดยใช้โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเน้นการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองเป็นหลัก โดยมีการเยี่ยมห่างกันทุก 2 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการลดความซึมเศร้า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้นแต่เมื่อเปรียบเทียบกับที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิตยา ศรีสุวรรณ และคณะ (2547) ที่ศึกษาครอบครัวที่มีผู้พิการทางการเคลื่อนไหว โดยการใช้ปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของ Calgary Family Intervention Model ซึ่งเน้นในด้าน การให้ความรู้และความเข้าใจในการดูแลคนพิการให้กับครอบครัวเป็นหลักเช่นกัน เป็นเวลา 11 สัปดาห์ หลังการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้พิการและการปรับตัวในการดูแลของผู้พิการของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่การปรับตัวด้านความรู้ ความเข้าใจด้านพฤติกรรม และความเครียดของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่าง และจากการศึกษาของ บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ และคณะ (2550) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ที่บ้านที่มีความพิการในระดับปานกลางโดยใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการฟื้นฟู แต่มีปัจจัยที่ช่วยให้เกิดความสำเร็จได้แก่ การมีส่วนร่วมที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมครอบครัวหรือผู้ดูแล การศึกษาถึงสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และระยะ

ของการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยได้วางแผนปรับกลยุทธ์ในการให้ความรู้ และการฝึกการฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสม

4. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพโดยชุมชนเป็นฐาน (Community – based Rehabilitation) เป็นรูปแบบที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกเพื่อนำไปใช้ในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งมีความขาดแคลนทั้งทรัพยากรและกำลังคนในการฟื้นฟูสภาพคนพิการ รูปแบบนี้มีพื้นฐานปรัชญาจากการพัฒนาชุมชนซึ่งบทบาทของนักวิชาชีพฟื้นฟูสภาพคือการเป็นตัวแทนของคนที่มีภาวะโรคเรื้อรังและความพิการเพื่อช่วยขับเคลื่อนในการสนับสนุนทรัพยากรและกำลังคนในการฟื้นฟูสภาพ แนวคิดนี้มีจุดเด่นที่ช่วยกระตุ้นให้สังคมและชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อคนพิการ เข้าใจปัญหาและสามารถสร้างเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือคนพิการได้ แต่มีจุดด้อยที่ชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนัก ขาดงบประมาณสนับสนุนและขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุเวช ทรงอยู่สุข (2550) ที่ศึกษาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยองค์การบริหารส่วนตำบลตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานีในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบคนพิการ ครอบครัว ผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ การแพทย์เป็นอันดับแรก โดยต้องการบริการการตรวจสุขภาพ การตรวจเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสภาพจิตใจ อุปกรณ์ช่วยเหลือและการส่งต่อ แต่ปัญหาในองค์การบริหารส่วนตำบล คือด้านงบประมาณ บุคลากรปัญหาการขาดความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูการวางแผน การบูรณาการความร่วมมือคนพิการและครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาและความต้องการและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Naylor, Knoble, Robinson, Bowles, and Maislin (2007) ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลโดยชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้ใหญ่ที่มีความพิการในระดับรุนแรง ในรูปแบบกำหนด เนื้อหาความรู้และทักษะในการดูแลที่จำเป็น โดยแพทย์และทีมสุขภาพและองค์กรชุมชนที่ให้บริการเป็นผู้กำหนด ศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติการดูแลต่อประสบการณ์สั่งอำนาจความสะดวกและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพคนพิการที่มีความรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของอวัยวะ (Functional Status) มีการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะส่วนบุคคลในเวลา 6 เดือน จำนวนวันของการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลลดลง มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ความพึงใจในการดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 3 และต่อเนื่องจนถึง 15 เดือน แต่ไม่มีผลการจัดการความเครียดของคนพิการ และจากการศึกษาของ ปราณี ประไพวัชรพันธ์ (2551) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในตำบลอรพิมพ์ อำเภอ

ครบุรี จังหวัดนครราชสีมาโดยใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ทฤษฎีเสริมพลังอำนาจในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน กลุ่มคนพิการ ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน และบุคคลที่เกี่ยวข้องพบว่า คนพิการมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง การเข้าถึงบริการฟื้นฟูไม่ทั่วถึงเนื่องจากความลำบากทางกาย การมีส่วนร่วมกับชุมชนน้อย ขาดการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากประชาคมหรือแกนนำ

5. รูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management Model) เป็นอีกรูปแบบหนึ่งในการบูรณาการในการฟื้นฟูสภาพคนพิการในระดับปฐมภูมิ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการส่งต่อและการประเมิน และการประสานงานซึ่งจำเป็นในการบริการเป็นอย่างยิ่ง ในรูปแบบนี้เน้นที่ความซับซ้อน ความต้องการของกลุ่มที่มีความพิการระดับรุนแรง ข้อเด่นของรูปแบบนี้คือการได้รับการดูแลหรือประสานงานกับผู้ให้บริการที่หลากหลายช่วยลดระยะเวลาของการเยี่ยมบ้าน ข้อด้อยคือการประสานงานกับหลายวิชาชีพอาจไม่ได้รับการยอมรับทำให้การจัดบริการไม่เป็นไปตามความต้องการที่แท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Burton and Gibbon (2005) ที่ได้ทำการทดสอบการขยายบทบาททางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพ ในด้านการให้การศึกษาสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล การป้องกันและการใช้ทรัพยากรสนับสนุนการฟื้นคืนสภาพ โดยติดตามเยี่ยมหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 2 วัน เป็นเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ช่วยลดความรู้สึกละเลยจากสังคมแต่ไม่มีผลต่อการปรับปรุงของปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว พบว่า รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ใช้วิธีการหรือกลยุทธ์การผสมผสานหรือบูรณาการร่วมกันทั้งการให้ความรู้ การเสริมทักษะ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของคนพิการ ประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของความพิการ ความต้องการของคนพิการ ความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการ ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพคนพิการ ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย (ครอบครัว ชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร วัด และองค์กรเอกชนต่างๆ) การมีสัมพันธภาพ การสนับสนุนและการเอื้ออำนวยทางสังคม นโยบายของรัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและนอกบ้านมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีการทำหน้าที่ทางร่างกาย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมได้อย่างเต็มศักยภาพตามสภาพที่เป็นอยู่ ลดการเกิดภาวะหรืออาการแทรกซ้อนจากความพิการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## การพัฒนาารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการในชุมชน

จากการสังเคราะห์รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ซึ่งการจัดรูปแบบการฟื้นฟูสภาพที่ไม่เหมาะสมจะเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ (Naylor et al., 2007) และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้ อาจมีภาวะแทรกซ้อนและการมีความพิการเพิ่ม ส่งผลต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของคนพิการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยใช้การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และกรอบแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ซึ่งเป็นกระบวนการที่เริ่มต้นจากการวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวต้องการ และวิเคราะห์ปัจจัยทางบริบทที่เกี่ยวข้องทั้งทางสังคม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม การศึกษา การจัดการองค์กรและนโยบายที่มีผลต่อคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบโดยใช้กระบวนการปฏิบัติการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเพื่อกำหนดารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมและนำไปทดลองใช้จริงให้ได้รูปแบบเชิงประจักษ์ที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED ที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ปัจจัยต่าง ๆ ร่วมกันกำหนดขอบข่าย สภาวะทางสุขภาพของบุคคล (Green and Kreuter, 1999) ซึ่งประกอบด้วย

1. ระยะเวลาวินิจฉัย (การประเมินความต้องการที่จำเป็น) เรียกระยะนี้ว่า PRECEDE ย่อมาจาก ปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing) ปัจจัยเอื้อ (Enabling) การวินิจฉัยการศึกษา (Education Diagnosis) และการประเมิน (Evaluation) ซึ่งมีชื่อเต็มว่า Predisposing Reinforcing Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation หมายถึง การประเมินผลและวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรม อันเนื่องมาจากปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมแรง และปัจจัยเอื้อ

2. ระยะเวลาการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งดำเนินตามกระบวนการ นับตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผล

องค์ประกอบในระยะที่ 2 นี้เรียกว่า PROCEED ที่ย่อมาจาก นโยบาย (Policy) กฎข้อบังคับ (Regulatory) การจัดองค์กร (Organizational Constructs) และพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (Education and Environmental Development) ซึ่งมีชื่อเต็มว่า Policy Regulatory and

Organizational Construct in Educational and Environmental Development หมายถึงการกำหนดนโยบาย กฎข้อบังคับ จัดองค์กรเพื่อพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม

การสร้างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพ สำหรับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในครั้งนี เริ่มจากผลลัพธ์ที่ต้องการ แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยทางบริบทที่มีอิทธิพลต่อส่วนบุคคลและสังคมได้ (Schoen et al., 2009) ซึ่งการวิเคราะห์ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การประเมินทางสังคม (Phase 1 – Social Assessment) เป็นการศึกษาและประเมินปัญหาทางสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยการสำรวจชุมชน การสัมภาษณ์ การทำกลุ่มเฉพาะ การสนทนากลุ่ม ฯลฯ จะทำให้ได้ความต้องการที่แท้จริงหรือผลลัพธ์คุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

ระยะที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยา (Phase 2 - Epidemiological Assessment) เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำ มีความต้องการการพึ่งพาในระดับสูงและมีความต้องการการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความพิการ (รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2551; อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ และคณะ, 2550)

ระยะที่ 3 การประเมินด้านพฤติกรรม (Phase 3– Behavioral and Environmental Assessment) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาขั้นตอนที่ 2 อย่างเป็นระบบ เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล และสาเหตุที่ไม่เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ พันธุกรรม อายุ เพศ โรคภัยไข้เจ็บ ที่มีอยู่แล้ว อากาศ สถานที่ทำงาน เป็นต้น ตลอดจนการวิเคราะห์ความสำคัญและสามารถในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนั้น ๆ เพื่อเป็นแนวทางการลำดับความสำคัญ

ระยะที่ 4 การประเมินทางการศึกษาและนิเวศวิทยา (Phase 4 – Educational and Ecological Assessment) ในขั้นนี้เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) เป็นลักษณะของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่ชักนำให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ในตนเองเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพ ความรู้ ทักษะและทัศนคติในฟื้นฟูสภาพนอกจากนี้ยังรวมถึงสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โดยเฉพาะด้านความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสภาพซึ่งเป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ความรู้ในการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการประเมินการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน การประเมินการทำหน้าที่ของร่างกาย พหิศาสตร์วิทยาทางร่างกาย ทักษะด้านการฟื้นฟูสภาพ ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการของโรค ความรู้เกี่ยวกับอาการบ่งชี้ในการดูแลตนเอง (Destine & Hargrove, 2001) แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียังปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย ได้แก่ การรับรู้สิ่งเร้าต่าง ๆ และความเชื่อต่อโอกาสในการฟื้นคืนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมในสังคม

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) ได้แก่ การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพและความต่อเนื่องของบริการฟื้นฟูสภาพ ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการฟื้นคืนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สุขภาพ องค์กรส่วนท้องถิ่น การปรับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน แหล่งสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ความตระหนักของชุมชน (King et al., 2006; Salvador-Carulla & Gasca, 2010) เป็นสิ่งที่คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวคาดว่าจะได้รับ ซึ่งจะมีส่วนทำให้มีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพตนเองมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 5 การประเมินทางการบริหาร (Phase 5- Administrative and policy Assessment) เป็นการให้ความสำคัญกับการบริหารและความตระหนักขององค์กรที่จะดำเนิน โครงการแก้ไข ปัญหา ได้แก่ การประเมินทางด้านทรัพยากร การกระจายและการจัดสรร งบประมาณ การกำหนด ระยะเวลาของการดำเนินการ การจัดบุคลากร การประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก ต่าง ๆ ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวซึ่งปัจจัยดังกล่าว อาจจะมีผลทั้งใน ด้านบวก คือ ทำให้โครงการบรรลุเป้าหมายหรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ เช่น งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถ ของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร

หลังจากได้ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ตามขั้นตอนของ PROCEED (Green and Kreuter, 1999) ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

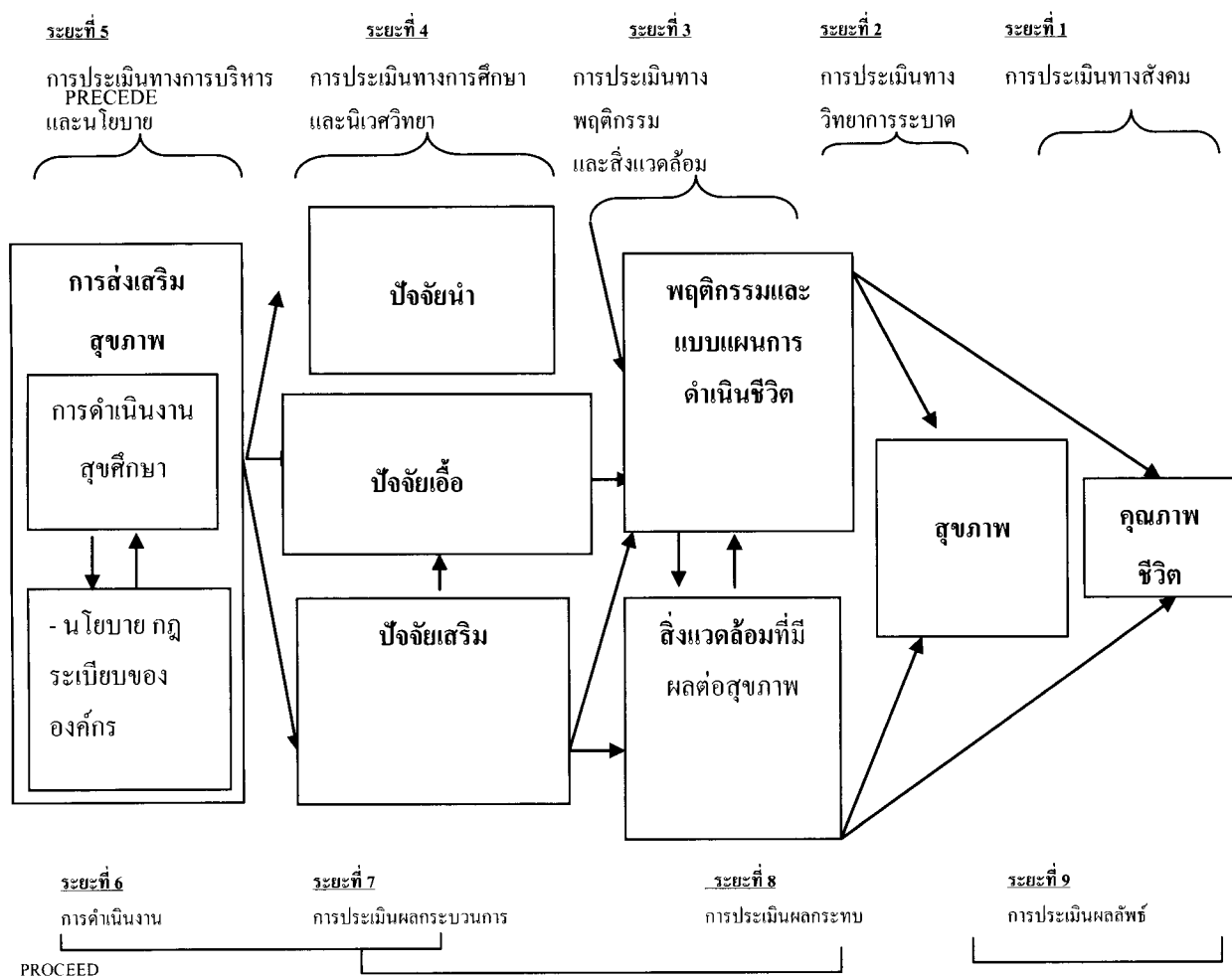
ระยะที่ 6 การดำเนินงาน (Phase 6 – Implementation) เป็นระยะดำเนิน โครงการแก้ปัญหา ตามสาเหตุที่วิเคราะห์ได้

ระยะที่ 7 (Phase 7 – Process Evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนิน โครงการในขั้นตอนที่ 6

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบของโครงการ (Phase 8 – Impact Evaluation) เป็นการ วัดประสิทธิผลโครงการ (Program Effectiveness) ในรูปของการบรรลุ ตามวัตถุประสงค์ของ โครงการและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Phase 9 – Outcome Evaluation) เป็นการวัดภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในด้านความสามารถ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้เสนอแนวคิดการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ดังภาพที่ 2-2



ภาพที่ 2-2 กรอบแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ของ Green & Kruter (1991)

การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบกระบวนการวิจัยและพัฒนา และกรอบแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model เป็นแนวทางในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและสาเหตุ ในบริบทที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านสังคม ระบาดวิทยา พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการบริหารจัดการที่จะส่งต่อผลลัพธ์ในการฟื้นฟูสภาพของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน จำแนกประเด็นปัญหาที่สำคัญ เพื่อนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน และนำไปปฏิบัติการตามรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนที่สร้างขึ้น เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) บนพื้นฐานปรัชญาปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ในการแสวงหาความรู้โดยใช้กระบวนการคิดไตร่ตรองจากการปฏิบัติในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่แท้จริง ด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคม พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม นโยบายการบริหาร และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์จริง

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยการบูรณาการผลของการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และผลการศึกษาจากสถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในระยะที่ 1 แล้วนำไปทดสอบนำร่อง ในหน่วยเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลนายนายอามและนำรูปแบบมาปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอนายนายอาม จำนวน 2 แห่ง

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์จริง โดยมีระเบียบวิธีวิจัย ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ศึกษาสถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณ ตามแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานะทางสังคม การประกอบอาชีพ ความต้องการส่งเสริม/ฟื้นฟูด้านอาชีพ สาเหตุความพิการ ระยะเวลาที่มีความพิการ ผู้ดูแล/ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) สถานการณ์ทางสังคมและระบาดวิทยา ได้แก่ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว 3) สถานการณ์ด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเอง พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน สภาพแวดล้อมภายในและนอกบ้าน และ 4) สถานการณ์ทางการศึกษาและนิเวศวิทยา ได้แก่ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ทักษะคิดในการฟื้นฟูสภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการดูแล

และช่วยเหลือตนเอง การได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ ปัจจัยเอื้อประกอบด้วย การได้รับบริการและการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน และปัจจัยเสริม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นคนพิการจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคกระดูกและข้อ ระดับ 2 ขึ้นไป ตามเกณฑ์การประเมินคนพิการของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550) ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหวลำตัว มือ แขน หรือขา แต่ยังสามารถประกอบกิจกรรมหลักประจำวันได้ จนถึงคนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา มากกว่าสองข้าง อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และไม่มีอาการซ้ำซ้อน
3. เป็นผู้ที่สามารถพูดคุย ติดต่อสื่อสารได้ตามปกติ
4. เป็นผู้ที่ไม่มีอาการซ้ำซ้อนอย่างอื่น

บริบทของพื้นที่อำเภอ นายายอาม จังหวัดจันทบุรี

อำเภอ นายายอาม ตั้งอยู่ในจังหวัดจันทบุรี มีจำนวนประชากรทั้งหมด 31,980 คน เพศชาย 15,534 คน เพศหญิง 16,446 คน จำนวนหลังคาเรือน 11,469 หลังคาเรือน มีขนาดพื้นที่ 261.31 ตารางกิโลเมตร พื้นที่ทั่วไปเป็นที่ราบลุ่มมีคลองวังโตนด คลองพังราด ไหลผ่าน พื้นที่ทางภาคใต้ติดกับอ่าวไทย มีภูเขาสลับเนินเป็นแห่งๆ มีภูเขาสำคัญคือ เขาทะเล ซึ่งเป็นเทือกเขาที่ใหญ่และมีไม้มีค่าขึ้นอยู่ทั่วไป เป็นอำเภอที่ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของจังหวัดจันทบุรี อยู่ห่างจากตัวจังหวัด 45 กิโลเมตร สภาพภูมิอากาศ มีลักษณะอากาศร้อนชื้น เนื่องจากมีสภาพเป็นสวนและอยู่ใกล้ทะเล มีภูเขาสลับ ลักษณะอากาศไม่ร้อนจัด ไม่หนาวจัด ในฤดูฝน ฝนจะตกตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม

ด้านการปกครอง แบ่งเป็น 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลนายายอาม ตำบลวังโตนด ตำบลกระแจะ ตำบลช้างข้าม ตำบลสนามไชย และตำบลวังใหม่ ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ปลูกพืชเศรษฐกิจที่สำคัญ เช่น ทุเรียน เงาะ ลำไย สับปะรด พริกไทย ยางพารา พื้นที่ส่วนที่อยู่ใกล้ทะเล ประชากรมีอาชีพทำการประมงและทำนาเกลือ ด้านการสาธารณสุขมีสถานพยาบาลสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลนายายอาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จำนวน 6 แห่ง ด้านการศึกษาและศาสนา มีโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษาพื้นฐาน 22 แห่ง สังกัดสำนักงานการศึกษาเอกชน 1 แห่ง วัด 24 แห่ง สำนักสงฆ์ 8 แห่ง และที่พักสงฆ์ 15 แห่ง

จากข้อมูลคนพิการในอำเภอนายายอาม พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 444 คน เป็นคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 159 คน (กลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนายายอาม, 2554) และพบว่า มีคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 49 คน เมื่อคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 43 คน ผู้วิจัยจึงสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยนำรายชื่อคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จำนวน 49 คน จากทะเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 6 ตำบลมาจับฉลาก ได้จำนวนของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ดังตารางที่ 3-1

ตารางที่ 3-1 จำนวนคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากการสุ่มตัวอย่าง

ชื่อตำบล	จำนวนคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว	จำนวน (คน)
วังโตนด	13	12
นายายอาม	11	10
สนามไชย	9	8
กระแจะ	8	7
ช้างข้าม	4	3
วังใหม่	4	3
รวมทั้งหมด	49	43

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การฟื้นฟูสุขภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ในองค์ประกอบ การประเมินทางสังคม ทางระบาดวิทยา พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม การศึกษาและนิเวศวิทยา (ภาคผนวก ก) แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิด จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานะทางสังคม การ

ประกอบอาชีพ ความต้องการส่งเสริมฟื้นฟูด้านอาชีพ สาเหตุความพิการ ระยะเวลาที่มีความพิการ และผู้ดูแล/ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

## ส่วนที่ 2 สถานการณ์ทางสังคมและระบาดวิทยา ประกอบด้วย

1. คุณภาพชีวิต ประเมินโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (กรมสุขภาพจิต, 2553) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามปลายปิด จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน และไม่เลย ให้ 1 คะแนน เครื่องมือคุณภาพชีวิตนี้ได้รับการทดสอบค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 การแปลผลคุณภาพชีวิตโดยรวมตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

คะแนน 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย (บุษกร โลหารชุน, ปานจิต วรรณภริระ, จินตนา ปาลิวนิช และกัญญารัตน์ คำจูน, 2551) แบบประเมิน Barthel Index ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Florence Mahoney and Dorothea Barthel ในปี 1965 ต่อมา Surya Shah, Frank Vanclay, and Betty Cooper ได้พัฒนาเป็นประเมิน Modified Barthel Index ในปี 1989 (Occupational Therapy Program, 2006) โดยมีองค์ประกอบ 3 หมวด ได้แก่ หมวดการดูแลตนเอง หมวดการเคลื่อนไหว และหมวดการควบคุมการขับถ่าย มีข้อคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความสามารถในกิจกรรมแต่ละหมวด 5 ระดับ ได้แก่ ทำได้เอง ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ และทำไม่ได้เลย เครื่องมือแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย ได้ถูกนำไปทดสอบค่าความน่าเชื่อถือ interclass correlation (ICC) ได้เท่ากับ 0.96 การแปลผลโดยนำคะแนนในแต่ละกิจกรรมมารวมกันและแบ่งเป็นคะแนนตามระดับของการพึ่งพา โดยประยุกต์จากเกณฑ์ของ Shah, Vanclay & Cooper (1989) ดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 0-49 หมายถึง พึ่งพาในระดับมาก

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 50-90 หมายถึง พึ่งพาในระดับเล็กน้อย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 91-100 หมายถึง พึ่งพาในระดับน้อยที่สุด

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีองค์ประกอบตามระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหารและระบบขับถ่าย ระบบทางเดินหายใจ และระบบผิวหนัง มีข้อความปลายปิด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นเลือกตอบ มี กับ ไม่มี

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน มีข้อความปลายปิด จำนวน 9 ข้อ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีองค์ประกอบ 4 เรื่อง ได้แก่ การกระตุ้นและบริหารกล้ามเนื้อและข้อ การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือและการฝึกการหายใจ การรับประทานอาหารและยา มีข้อความปลายปิด จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เลือกตอบมากที่สุด ให้ 4 คะแนน มาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน น้อย ให้ 1 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน นำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้เท่ากับ 0.92 การแปลผลเป็นคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน มีเกณฑ์ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.00 คะแนน แสดงถึงมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.01 - 3.00 คะแนน แสดงถึงมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 คะแนน แสดงถึงมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน สภาพแวดล้อมภายในและนอกบ้าน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ลักษณะบ้าน ทางเข้าบ้าน ห้องที่พัก ที่สำหรับรับประทานอาหาร และห้องน้ำ ข้อคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบตามสภาพที่เป็นจริง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีองค์ประกอบ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ทักษะคิดในการฟื้นฟูสภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือตนเอง ข้อคำถามปลายปิดจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยตอบมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้เท่ากับ 0.85 การแปลผลเป็นคะแนนเฉลี่ย มีเกณฑ์ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.00 คะแนน แสดงถึงมีพฤติกรรมกาการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับน้อย  
 คะแนนเฉลี่ย 1.01- 3.00 คะแนน แสดงถึงมีพฤติกรรมกาการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับปานกลาง  
 คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 คะแนน แสดงถึงมีพฤติกรรมกาการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับสูง  
 และการได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ ข้อคำถามปลายปิดจำนวน จำนวน  
 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นเลือกตอบ ไม่ได้รับ ให้ 0 คะแนน ได้รับ ให้ 1 คะแนน

2. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การได้รับการบริการและการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพจาก  
 หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน รวมทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อ  
 คำตอบ ให้เลือกตอบ ไม่ได้รับ ให้ 0 คะแนน ได้รับ ให้ 1 คะแนน

3. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล และการมีส่วนร่วม  
 ของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพ ข้อคำถามปลายปิดจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นตอบตามมาตรา  
 ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตอบมากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน  
 น้อย ให้ 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้เท่ากับ 0.85  
 การแปลผลเป็นคะแนนเฉลี่ย มีเกณฑ์ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.00 คะแนน แสดงถึงมีพฤติกรรมกาการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.01- 3.00 คะแนน แสดงถึงมีพฤติกรรมกาการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 คะแนน แสดงถึงมีพฤติกรรมกาการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น  
 ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการ พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของคนพิการทางกาย  
 หรือการเคลื่อนไหว (พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน)  
 ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยนำ และปัจจัยเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ (ทัศนคติต่อการฟื้นฟูสภาพ การรับรู้เกี่ยวกับ  
 การดูแลและช่วยเหลือตนเอง การได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ  
 สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน การได้รับการบริการและการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพจาก  
 หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลใน  
 การฟื้นฟูสภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพ) ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน  
 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพทางกายหรือการ  
 เคลื่อนไหว จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปฏิบัติการพยาบาลการฟื้นฟู  
 สภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟู  
 สภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน จำนวน 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องตรงตาม

เนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) โดยใช้สูตรการคำนวณ (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ค่า CVI = 0.83 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. การปรับแก้คำ ในแบบสอบถามภาวะแทรกซ้อน จากปีศาจจะไม่สะดวก เป็นปีศาจจะกระปริบกระปรอย หรือมีอาการแสบขัดเวลาปีศาจ
2. ปรับคำถาม ในแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเอง ข้อที่ 2 ในการบริหารร่างกายสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือญาติ/ผู้ดูแลช่วยได้ จึงควรเพิ่มคำว่า หรือ มาเชื่อมระหว่างตัวเองกับญาติ/ผู้ดูแล และเพิ่มเติมความถี่ในการออกกำลังกาย เป็นอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง ข้อที่ 14 ปรับแก้ การดามเท้า เป็นอุปกรณ์การพยุงข้อเท้า
3. ปรับคำถามในแบบประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ในข้อที่ 5 เพิ่มเติม การใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้าย และการใช้ห้องน้ำ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 30 คน ในชุมชนที่มีความคล้ายคลึงกับพื้นที่เป้าหมาย เช่น ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยนำ และปัจจัยเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการฟื้นฟูสภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือตนเอง การได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน การได้รับบริการและการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพ หลังการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบว่า พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเองและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ปัจจัยด้านทัศนคติในการฟื้นฟูสภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 การได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

1.2. เตรียมผู้วิจัย โดยการเข้ารับการอบรมเรื่อง การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ ที่กลุ่มวิชาวิจัยและประเมินผล มหาวิทยาลัยบูรพา และฝึกการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในงานวิจัยเรื่องสถานการณ์โรคเรื้อรังในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

1.3. ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่ง เกี่ยวกับการกำหนดวันและเวลาในการเก็บข้อมูล และเตรียมผู้ช่วยนำทางไปบ้านคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

### 2. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1. ผู้วิจัย อธิบาย การพิทักษ์สิทธิ วัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลรับทราบและเปิดโอกาสให้ซักถาม

2.2. ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับในรายที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟังและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกคำตอบ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานะทางสังคม การประกอบอาชีพ ความต้องการส่งเสริม/ฟื้นฟูด้านอาชีพ สาเหตุความพิการ ระยะเวลาที่มีความพิการ ผู้ดูแล/ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมภายในและนอกบ้าน การได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ การได้รับการบริการและการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ จากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน คุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเอง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทักษะคิดในการฟื้นฟูสภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การศึกษาสถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ จากกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้อง



### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีส่วนได้เสียในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในอำเภอนายายอาม กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล จำนวน 3 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขณะนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย การวางแผน การจัดสรรทรัพยากรสิทธิประโยชน์ การกำหนดบทบาท หน้าที่และกิจกรรม ปัญหา อุปสรรค การสนับสนุนและความคาดหวังในงานฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีแนวคำถามปลายเปิด (ภาคผนวก ก)

### การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยใช้วิธีการแบบตรวจสอบสามเส้า (Methodological triangulation) จากวิธีการสังเคราะห์ข้อมูลทางเอกสาร วรรณกรรมต่าง ๆ วิธีการเชิงคุณภาพ เช่น กระบวนการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม และการสังเกตเหตุการณ์ บรรยายภาพ พฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อนำมาประกอบกับการวิเคราะห์และให้ความหมายในการวิเคราะห์ข้อมูล ในทุกกระบวนการมีการสะท้อนกลับของผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วยและมีการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สังเคราะห์ได้ทั้งหมด

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) มีขั้นตอนดังนี้

#### 1. ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนการสัมภาษณ์

1.1 ทบทวนจุดมุ่งหมายของการสัมภาษณ์ ที่ต้องการรวบรวมข้อมูล

1.2 เตรียมสื่อ วัสดุ และอุปกรณ์สำหรับบันทึก ได้แก่ ปากกา กระดาษ เครื่อง

บันทึกเสียงและกล้องถ่ายรูป

1.3 นัดกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลา สถานที่ ที่กำหนดวันละ 1 คน

#### 2. ขั้นตอนการสัมภาษณ์

2.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์และ

กำหนดเวลาในการสัมภาษณ์ร่วมกัน โดยจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

2.2 ขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์

2.3 สัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์ โดยใช้คำถามที่เป็นมิตร กระตุ้นให้ผู้ถูกสัมภาษณ์พูดและแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่สัมภาษณ์ให้มากที่สุด

2.4 ระหว่างสัมภาษณ์จัดบันทึกย่อในประเด็นสำคัญ โดยบันทึกตามความเป็นจริง และไม่บิดเบือนข้อมูล

3. ขั้นตอนการสัมภาษณ์

3.1 ตรวจสอบข้อมูลถึงความครบถ้วนในประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์

3.2 กล่าวขอบคุณและอำลาผู้ให้สัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามแนวคิดของ Colaizzi (Speziale & Carpenter, 2007) โดยการจัดกลุ่มข้อมูล หลังจากนั้นนำมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ในประเด็นนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ การจัดสรรทรัพยากรสิทธิประโยชน์ บทบาทหน้าที่และกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการปฐมภูมิ และตีความจากข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล

3. ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ใช้แนวทางของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) เริ่มจากการศึกษาทบทวนเอกสาร โดยค้นคว้าจากเอกสารทางฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, SAGE, Science direct, Nursing consultant,

กลุ่มเป้าหมาย (Patient population of interest, P) โดยใช้คำสำคัญสำหรับค้นคว้า คือ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่อยู่ในชุมชน มีเกณฑ์การคัดเลือกประกอบด้วย 1) เน้นกลุ่มที่มีปัญหาหรือความพิการทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว 2) กลุ่มที่เกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อ ใช้คำสำคัญในการค้นคว้า ได้แก่ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อ Physical disability, mobility, stroke, arthritis, Osteo-arthritis

ปฏิบัติการ (Intervention of interest, I) เน้นปฏิบัติการที่เฉพาะเจาะจงในการดูแล/ฟื้นฟูสภาพที่จัดให้บริการสำหรับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ใช้คำสำคัญในการค้นคว้า ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพ การดูแล rehabilitation, care

การเปรียบเทียบการปฏิบัติทั่วไปกับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Comparison of interest, C) ใช้คำสำคัญในการค้นคว้า ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน การฟื้นฟูสภาพในสถานบริการ การฟื้นฟูสภาพในชุมชน home rehabilitation, hospital rehabilitation, community rehabilitation

ผลลัพธ์ (Outcome of interest, O) เน้นผลลัพธ์จากการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหว ใช้คำสำคัญในการค้นหา ได้แก่ คุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อน quality of life, complication, activities daily of life,

โดยนำคำมาผสมผสานกันในการค้นหา ได้ข้อมูลที่ค้นพบนำมาวิเคราะห์ทั้งสิ้นจำนวน 7,378 ฉบับ พิจารณาเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้ทั้งหมด จำนวน 16 เรื่อง และนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการค้นคว้าจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะการจัดบริการ มีการจัดบริการแบบบูรณาการ ทั้งในโรงพยาบาล สถานบริการ สุขภาพ ที่บ้าน และในชุมชน

2. การแบ่งระดับการฟื้นฟู มีการแบ่งระดับการฟื้นฟูตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยแบ่งระดับการฟื้นฟูเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คนพิการที่มีระดับการฟื้นฟูในระดับมาก ระดับเล็กน้อยถึงน้อยและระดับน้อยที่สุดถึงพึ่งพาตนเองได้ และการแบ่งระดับการฟื้นฟูตามความรุนแรงของโรค

3. การค้นหาคนพิการในชุมชน

4. การประเมินปัญหาและความต้องการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ได้แก่ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ และการประเมินสภาพแวดล้อม

5. การปฏิบัติฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การฝึกออกกำลังกาย การฝึกบริหารกล้ามเนื้อ การบำบัด การเยี่ยมบ้าน

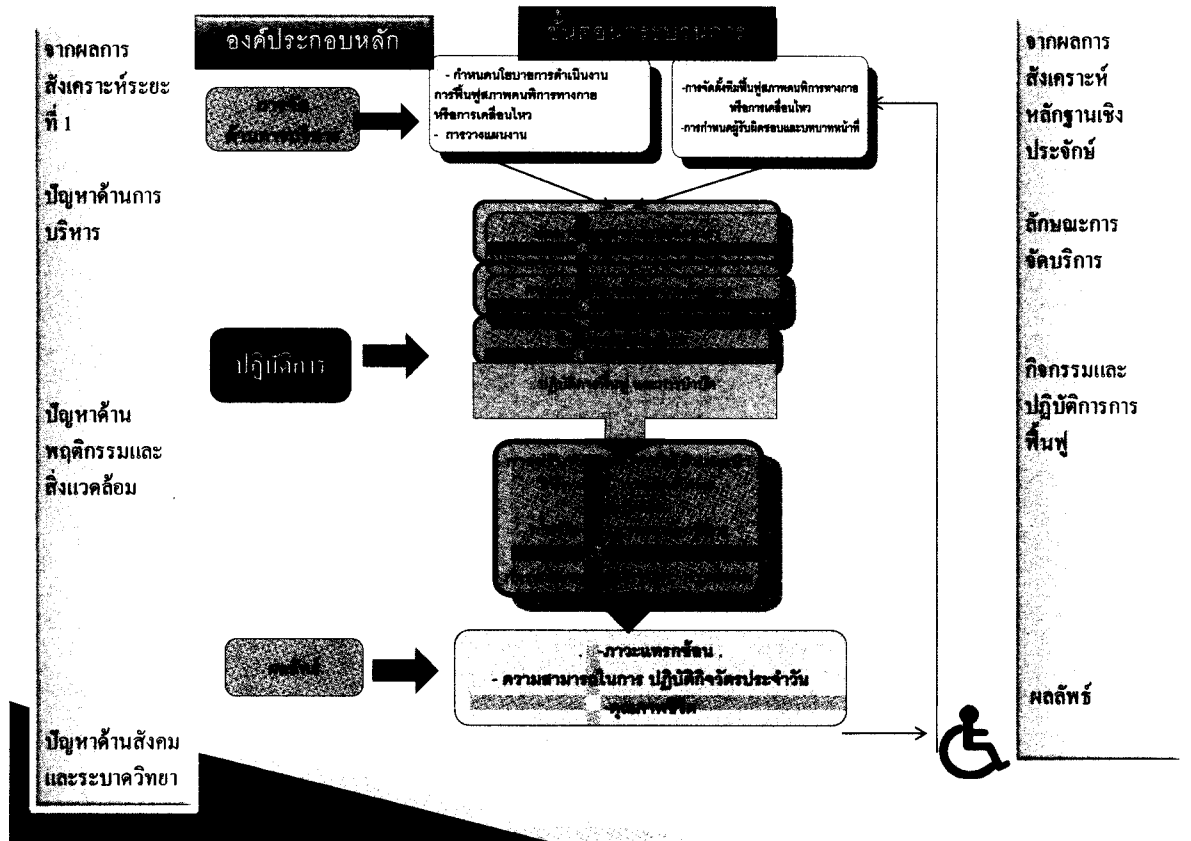
6. การส่งต่อเพื่อรับการรักษาหรือฟื้นฟู

7. การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

8. การประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยมีการประเมินอย่างน้อยทุก 3 เดือน

สรุปผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนในระยะที่ 1 กับผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วจัดทำเป็นร่างรูปแบบ ดังภาพที่ 3-1

### ร่างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว



แผนภาพที่ 3-1 ร่างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน จากผลของข้อมูลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. บูรณาการผลการศึกษาและการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังต่อไปนี้

1.1 ผลสรุปจากการวิจัยในระยะที่ 1 ได้แก่ รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ควรประกอบด้วย

1.1.1 การจัดการด้านการบริหาร ได้แก่ การกำหนดนโยบาย การจัดทำแผนงาน การจัดตั้งทีมดูแลและฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว การกำหนดบทบาทหน้าที่ การติดตามประเมินผลและการสนับสนุน

1.1.2 องค์ความรู้ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ การแบ่งระดับความรุนแรงของความพิการหรือระดับการพึ่งพา การให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟู

สภาพตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ ในเรื่อง การบริหารร่างกาย การฝึกการรับประทานอาหาร การเดิน การเข้าห้องน้ำ ฯลฯ

1.1.3 การประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

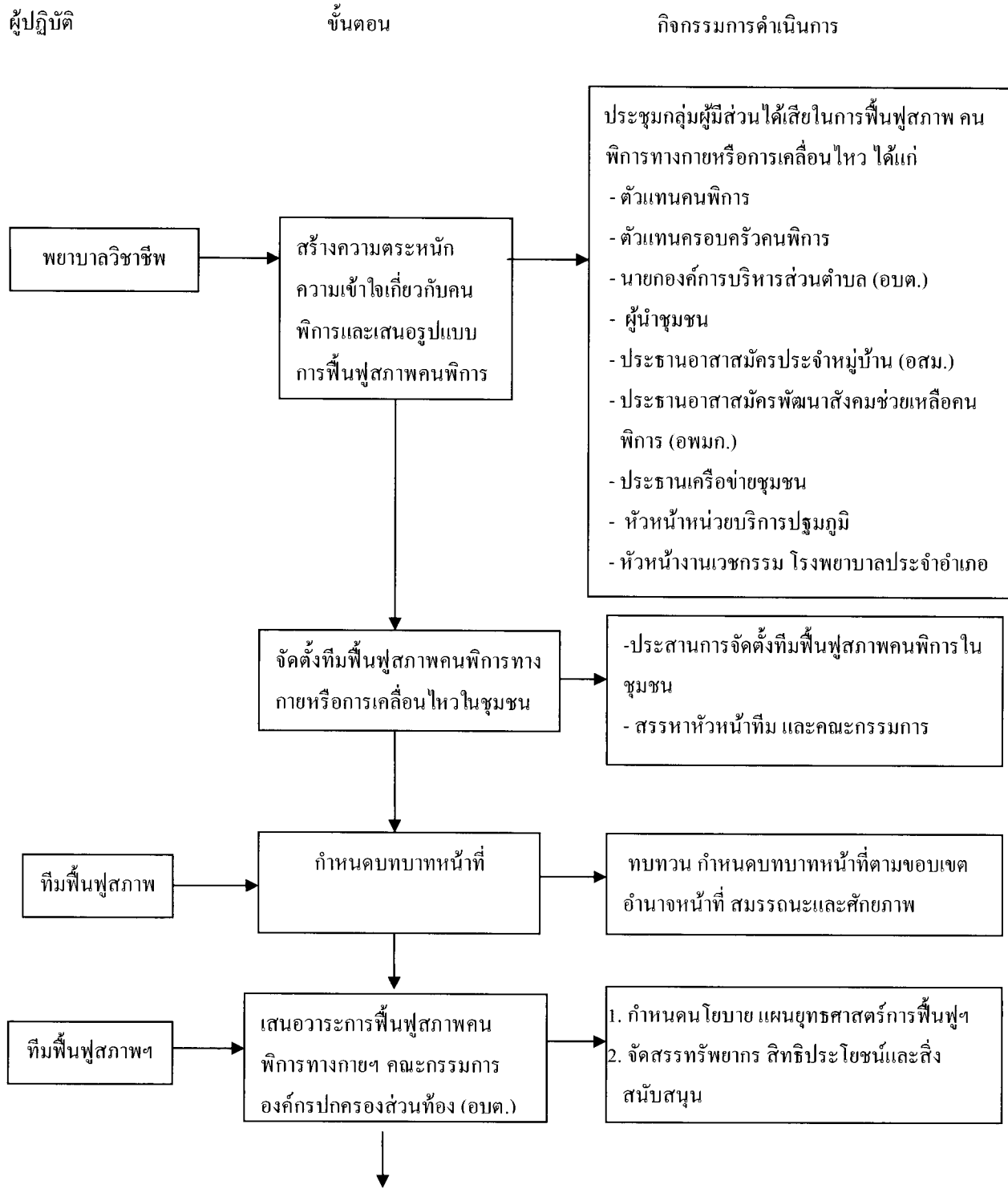
1.1.4 การจัดบริการและสนับสนุนจากสถานบริการสุขภาพของรัฐ เช่น โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.1.5 การมีส่วนร่วมของครอบครัว/ผู้ดูแล และชุมชน

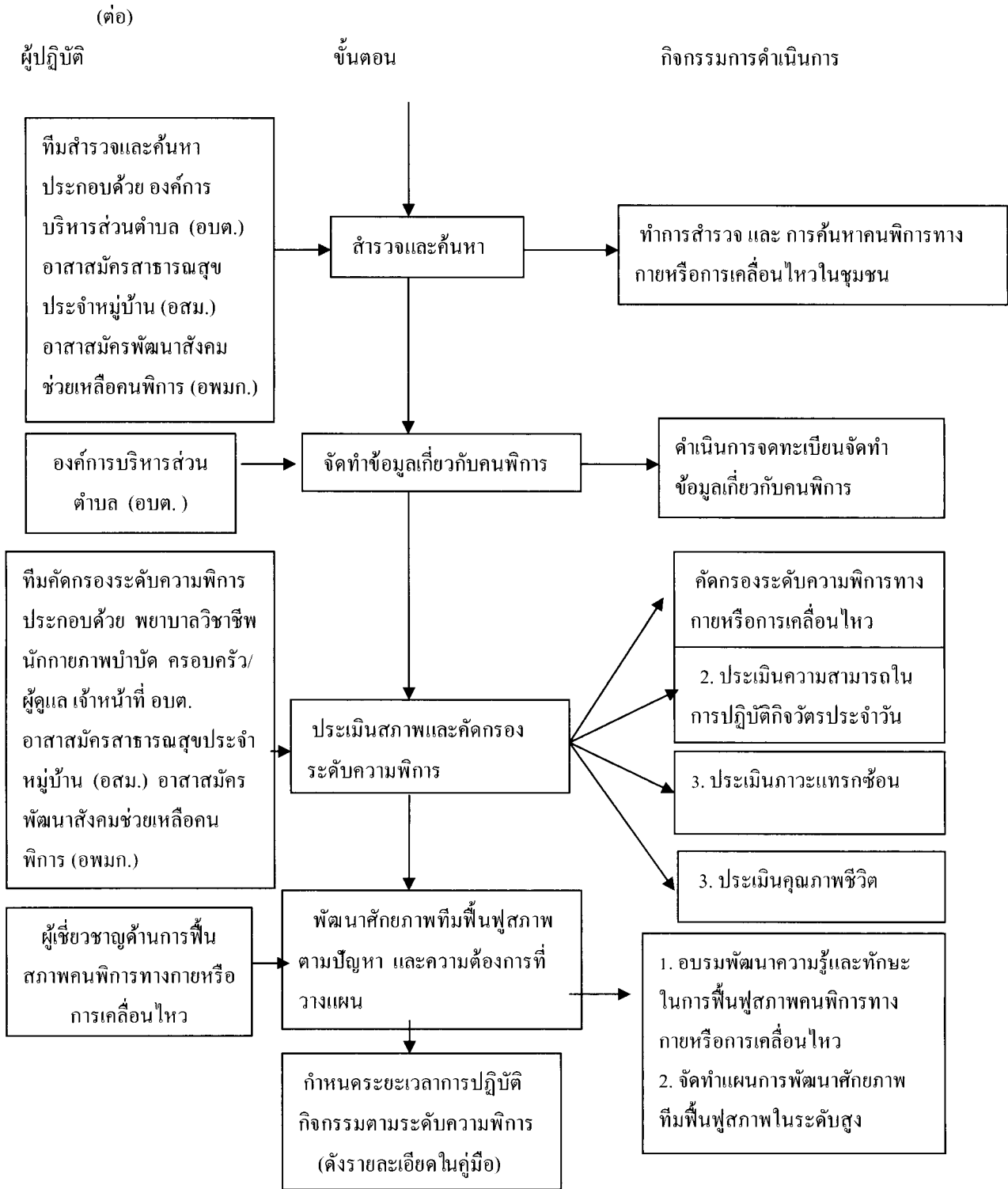
2. พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ร่างรูปแบบซึ่งประกอบด้วย แนวปฏิบัติ คู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว นำร่างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเสนอต่อ ผู้มีส่วนได้เสียในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ซึ่งประกอบด้วยคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 2 คน ครอบครัว/ผู้ดูแล จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ในองค์การบริหารส่วนตำบลที่รับผิดชอบงานด้านคนพิการ จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครในชุมชนที่ปฏิบัติงานหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในข้อ 1 จำนวน 3 คน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและจิตอาสาดูแลคนพิการ จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ยืนยันข้อมูลจากผู้มีส่วนได้เสีย โดยร่างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างจากการ บูรณาการของผลการศึกษาในระยะที่ 1 กับผลการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ในลักษณะของ Algorithm Guideline ที่แสดงถึงการประเมินสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว แนวทางการตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว เพื่อส่งเสริมระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังภาพที่ 3-2 และรายละเอียดในภาคผนวก ก



ภาพที่ 3-2 แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน



ภาพที่ 3-2 แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน (ต่อ)

3. คู่มือเอกสารประกอบการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือ การเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริมระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสื่ออุปกรณ์ สำหรับผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัคร ประกอบด้วย แผ่นพับ รูปภาพ และสื่อต่างๆ ผู้วิจัยรวบรวมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและนำมาประยุกต์ให้เหมาะสม (ภาคผนวก ง )

ขั้นตอนที่ 2 ผู้มีส่วนได้เสียพิจารณาแสดงความคิดเห็นและลงประชามติต่อร่างรูปแบบ แนวปฏิบัติและคู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยผ่านกระบวนการ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) แล้วนำร่างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวไปปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบ แนวปฏิบัติและคู่มือในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวหลังจากผ่านการพิจารณาและแสดงความคิดเห็นร่วมกันในข้อ 2 แล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสภาพ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปฏิบัติการพยาบาลการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาและความเป็นไปได้ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกับสถานการณ์จริงและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปจัดทำรูปเล่มเพื่อนำไปทดลองใช้ ดังภาคผนวก ง

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในกลุ่มคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลนายายอาม ดังนี้

1.ชี้แจงการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพทางกายหรือการเคลื่อนไหวกับวัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีการดำเนินการวิจัยในระยะทดลองกับพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบริการเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลนายายอามและอธิบายแนวปฏิบัติและคู่มือประกอบการทดลองใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ผลลัพธ์พยาบาลวิชาชีพให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการทดลองใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยทดลองใช้ในตำบลนายายอาม ข้อมูลเบื้องต้น ในตำบลนายายอามมีคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่เกิดจากโรคเรื้อรังจำนวน 11 ราย มีทีมดูแลคนพิการที่เกิดจากความสมัครใจของคนในพื้นที่รวมกลุ่มเป็นทีมจิตอาสา จำนวน 12 คน



2. พัฒนาทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนแบบบูรณาการ โดยนัดประชุมเพื่อพัฒนาทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน มีจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 20 คน มีขั้นตอนกระบวนการดังต่อไปนี้

2.1 กำหนดองค์ประกอบของทีม โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ทีมที่ปรึกษา ประกอบด้วย นายกองค้ำการบริหารส่วนตำบลนายายอาม นายกเทศบาล ผู้อำนวยการวิทยาลัยการอาชีพ ผู้อำนวยการ โรงเรียนโพธิ์ลังกา เจ้าอาวาสทุกวัด และตัวแทนบริษัทเอกชน ทีมคณะกรรมการ ประกอบด้วยตัวแทนคนพิการ 1 คน ทีมจิตอาสา อาจารย์ประจำแผนกช่างวิทยาลัยการอาชีพ ผู้ใหญ่บ้าน 3 ท่าน ประธานอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมชน ตัวแทนผู้ดูแล 3 คน พยาบาลวิชาชีพและนักกายภาพบำบัด และทีมสมาชิก ประกอบด้วย ญาติ/ผู้ดูแลคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่สนใจ

2.2 กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมบูรณาการในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยกำหนดตามขอบเขตอำนาจหน้าที่ สมรรถนะและศักยภาพ (ภาคผนวกที่ ง)

2.3 ผู้วิจัยและทีมวิทยากรให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังกับทีมฟื้นฟูสภาพ การบริหารร่างกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพ และการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และฝึกทักษะการประเมินสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ฝึกออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ ฝึกการเคลื่อนไหว การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการประเมินสภาพสิ่งแวดล้อม ผลลัพธ์ทีมฟื้นฟูสภาพให้ความสนใจ รับฟังและฝึกการประเมินตามคู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวสำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและจิตอาสาได้ทุกคน

2.4 ผู้วิจัยชี้แจงการใช้คู่มือ และวางแผนการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ผลลัพธ์ทีมฟื้นฟูสภาพให้ความสนใจ รับฟังและฝึกการใช้คู่มือได้ทุกคน

2.5 ทีมฟื้นฟูสภาพแบบบูรณาการในชุมชนร่วมกันวางแผนการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ตามแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ผลลัพธ์ทีมฟื้นฟูสภาพลงมติในการกำหนดกิจกรรม ระยะเวลา และทีมเยี่ยม

2.6 ผู้วิจัยประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว หลังการนำไปปฏิบัติ 1 เดือน โดยการสนทนากลุ่มทีมการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและจิตอาสา จำนวน 10 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ในภาคผนวก ก

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว  
ในชุมชน

นำรูปแบบการฟื้นฟูคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงใน  
พื้นที่ชุมชน จำนวน 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลวังโดนดและตำบลสนามไชย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในตำบลวังโดนดและตำบลสนามไชย ตาม  
รายชื่อในทะเบียนคนพิการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง มีทั้งสิ้น 45 คน  
จำนวน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนในระยะ  
ที่ 1 ได้ทั้งหมดจำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย  
องค์ประกอบหลักของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว แนวปฏิบัติและ  
คู่มือกิจกรรมที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว เพื่อส่งเสริมระดับ  
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสื่ออุปกรณ์ สำหรับ  
ผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัคร และ  
เอกสารประกอบ ได้แก่ แผ่นพับ รูปภาพ และสื่อต่างๆ

2. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังความพิการ เป็นแบบสอบถามชนิด  
เลือกตอบ มีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น (ภาคผนวก ก)

3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้แบบการประเมินกิจวัตร  
ประจำวัน ดัชเนียบาร์เรล เอดีแอล อินเด็กซ์ ( Modified Barthel ADL Index, MBAI) (ภาคผนวกที่ ก)

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีการแปลผลตามเกณฑ์ของเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต  
ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (ภาคผนวกที่ ก)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ดังนี้

1. คำนึงถึงความเปราะบางของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะคนที่มีความพิการทางกายหรือ  
การเคลื่อนไหวและในการปฏิบัติภารกิจที่ต้องกระทำต่อกลุ่มตัวอย่างในการฟื้นฟูสภาพ โดยกลุ่ม  
ตัวอย่างจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม จากการ  
อธิบายและเอกสารสรุปจนเป็นที่เข้าใจ และเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2. เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสในการถามข้อสงสัยได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย

3. การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลในที่มิดชิด ผู้วิจัยเป็นผู้เข้าถึงข้อมูลได้เท่านั้น ในการบันทึกข้อมูลมีการทำรหัสชื่อสมมติในเอกสาร

4. ความปลอดภัยหรือการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ให้ข้อมูล ทั้งทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ใช้ความระมัดระวังเกี่ยวกับข้อคำถาม การปฏิบัติการในการฟื้นฟูสภาพหรือกริยาที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะเทือนใจพร้อมทั้งหาแนวทางการช่วยเหลือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูล pre-test ในกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยใช้แบบสอบถามภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต

2. จัดตั้งทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนและให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

3. ให้ความรู้และฝึกทักษะกับทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวตามปัญหาและความต้องการ ในเรื่องภาวะของโรคเรื้อรังที่มีผลต่อความพิการ การบริหารร่างกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพและการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และฝึกทักษะการประเมินสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ฝึกออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ ฝึกการเคลื่อนไหว

4. ฝึกการใช้คู่มือ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินสภาพสิ่งแวดล้อม และแบบบันทึกการเยี่ยม ผลลัพธ์ทีมฟื้นฟูสภาพให้ความสนใจ รับฟังและฝึกการประเมินตามคู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวสำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและจิตอาสาได้ทุกคน

4.1 ชี้แจงการใช้คู่มือสำหรับทีมฟื้นฟู และวางแผนการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวกับทีมฟื้นฟู ผลลัพธ์ทีมฟื้นฟูสภาพให้ความสนใจ รับฟังและฝึกการใช้คู่มือได้ทุกคน

4.2 วางแผนการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ตามแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ผลลัพธ์ทีมฟื้นฟูสภาพลงมติในการกำหนดกิจกรรม ระยะเวลาและทีมปฏิบัติการ

4.3 ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวตามแผนปฏิบัติการที่ได้กำหนดไว้ โดยกำหนดทีมปฏิบัติการ 2 คน ต่อคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว 1 คน

และเลือกพื้นที่ปฏิบัติการที่อยู่ในเขตเดียวกัน เวลาเยี่ยมและกิจกรรม ดำเนินการตามระดับความพิการในแนวปฏิบัติ

5. ประเมินผลการดำเนินการ มีการติดตามเป็นระยะ โดยวิธีการสอบถามและติดตามสังเกตจากการปฏิบัติในพื้นที่ หลังการดำเนินการ 3 เดือน post – test ในกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยใช้แบบสอบถามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังความพิการ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังความพิการ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและคุณภาพชีวิต โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนและร้อยละ
2. ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยใช้สถิติ paired t - test

ตารางที่ 3-2 สรุปการดำเนินการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

ขั้นตอนการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	การวิเคราะห์ข้อมูล
<p>ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน (R1)</p> <p>วิเคราะห์สถานการณ์จริง ที่อำเภอนายายอาม ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ</p>	<p>1. คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากโรครีเออร์ในชุมชน จำนวน 43 คน</p> <p>2. ผู้มีส่วนได้เสีย 6 คน</p>	<p>1. แบบสอบถามจากผู้วิจัยซึ่งขึ้นตามกระบวนการวิเคราะห์ PRECEDE แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 สถานการณ์ทางสังคม และระบาดวิทยา ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวและสิ่งแวดล้อม และส่วนที่ 4 ปัจจัยในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว</p> <p>2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง</p>	<p>1. ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงปกติ และร้อยละ</p> <p>2. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)</p>
<p>ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน</p> <p>2.1 ระยะเวลาสร้างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน (D1)</p>	<p>1. เอกสารรายงานการวิจัย เอกสารทางวิชาการ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพฯ</p>	<p>1. ตารางทบทวนและวิเคราะห์เอกสารงานวิจัย</p>	<p>1. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)</p>
<p>2.2 ระยะเวลาพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว (D2)</p>	<p>1. ผู้มีส่วนได้เสียในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายฯ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ อสม. จิตอาสา คนพิการ ผู้ดูแลสมาชิก อบต. จำนวน 20 คน</p>	<p>รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว</p> <p>แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพฯ</p> <p>คู่มือการฟื้นฟูสภาพฯ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ</p>	<p>การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)</p>

ตารางที่ 3-2 สรุปการดำเนินการวิจัยในการพัฒนาแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน (ต่อ)

ขั้นตอนการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	การวิเคราะห์ข้อมูล
2.3 ศึกษาาร่องการใช้รูปแบบ (R2)	ทีมฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ อสม. จิตอาสา คนพิการ ผู้ดูแล สมาชิก อบต.	คู่มือการฟื้นฟูสภาพฯ สำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/จิตอาสา สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพฯ แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างสำหรับฟื้นฟูสภาพฯ บันทึกภาคสนามสำหรับทีมฟื้นฟูสภาพฯ	การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)
ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิภาพรูปแบบฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน	คนพิการทางกายฯ จำนวน 20 คน	คู่มือ แนวปฏิบัติ	การแจกแจงความถี่ จำนวน
การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน	2. ทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการ ประกอบด้วยผู้ดูแลคนพิการทางกายฯ	2. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังความพิการ	ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การใช้รูปแบบการฟื้นฟูคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน (R3)	รวม 9 คน พยาบาลวิชาชีพใน รพ. สต. รวม 2 คน เจ้าหน้าที่ใน อบต. รวม 2 คน และผู้นำชุมชน/อสม. จำนวน 10 คน	3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (MBAI) 4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต	2. สถิติ Paired t - test

R หมายถึง ขั้นตอนการวิจัย

D หมายถึง ขั้นตอนการพัฒนา

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ในพื้นที่อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป สถานการณ์ด้านพฤติกรรม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและสิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ด้านการบริหาร

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ประกอบด้วย ร่างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน และผลการทดสอบรูปแบบฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน เป็นการประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

โดยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากโรคเรื้อรังในอำเภอนายายอามส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.8 มีอายุเฉลี่ย 67 ปี มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 69.8 สถานะทางสังคมเป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 67.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 81.4 และไม่ต้องการได้รับการฟื้นฟูด้านอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 76.7 ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังก่อนเกิดปัญหาความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว คือ โรคหลอดเลือดทางสมอง คิดเป็นร้อยละ 90.7 มีสามี-ภรรยาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 46.5 รองลงมาเป็นบุตร-ธิดา คิดเป็นร้อยละ 41.9 ดังตารางในภาคผนวก ข

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการ จำแนกตามระบบต่างๆ ของร่างกาย ดัง  
ตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 จำนวนของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหลัง  
ความพิการโดยจำแนกตามระบบของร่างกาย (n = 43)

ระบบ	ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	จำนวนราย*
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	- ทรงตัวที่ผิดปกติ/เสียการทรงตัว กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง กล้ามเนื้อกระดูกหรือเกร็ง ข้อยึดติด เจ็บปวดตามข้อ	30
ระบบประสาท	- นอนไม่หลับ เครียด หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง	14
ระบบทางเดินอาหาร และระบบขับถ่าย	- ท้องผูก /ถ่ายอุจจาระลำบาก - กลั้นอุจจาระไม่ได้ ปัสสาวะปริบกระปรอย แสบขัดเวลา ปัสสาวะ/ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	10 3
ระบบทางเดินหายใจ	- ติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หวัด ปอดบวม ปอดอักเสบ	1
ระบบผิวหนัง	-แผลกดทับ	1

\*คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว 1 คน มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 ระบบ

จากผลการศึกษาพบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีความพิการเกี่ยวกับ  
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มากที่สุด จำนวน 30 ราย โดยมีอาการทรงตัวที่ผิดปกติ/เสียการทรงตัว  
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.8

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของคนพิการทางกายหรือการ  
เคลื่อนไหวในชุมชน ดังตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 จำนวน ร้อยละและระดับการพึ่งพาของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว  
จำแนกตามคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n = 43)

คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการพึ่งพา
0-49	10	23.3	พึ่งพาในระดับมาก
50-90	19	44.2	พึ่งพาในระดับปานกลาง
91-100	14	32.6	พึ่งพาในระดับน้อย
รวม	43	100	



จากผลการศึกษาพบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาในระดับปานกลาง มากที่สุดร้อยละ 44.2 รองลงมาเป็นพึ่งพาในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 32.6 เมื่อจำแนกตามหมวดกิจกรรม พบว่าหมวดกิจกรรมที่คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวปฏิบัติไม่ได้เลยมากที่สุด ได้แก่ หมวดกิจกรรมการขึ้นลงบันได คิดเป็นร้อยละ 46.5 รองลงมาเป็นหมวดกิจกรรม การอาบน้ำและการใช้ห้องน้ำ คิดเป็นร้อยละ 20.9 ส่วนหมวดกิจกรรมที่คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวปฏิบัติได้มากที่สุด ได้แก่ หมวดกิจกรรมการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ คิดเป็นร้อยละ 88.4 ดังตารางในภาคผนวก ข

คุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ดังตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจำแนกตามรายด้าน

(n = 43)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	$\bar{x}$	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพกาย	17.51	3.47	ระดับปานกลาง
ด้านสุขภาพจิต	18.55	4.52	ระดับปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.06	9.05	ระดับปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	22.60	5.36	ระดับปานกลาง
รวมรายด้าน	74	16.10	ระดับปานกลาง

จากผลการศึกษาพบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 74 คะแนน) โดยเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม และพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน แต่เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่าการเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{x} = 2.58$ ,  $SD = 1.16$ ) รองลงมาเป็นการเดินทางไปไหนมาไหน ( $\bar{x} = 2.63$ ,  $SD = 1.07$ ) ดังตารางในภาคผนวก ข

1.2 สถานการณ์ด้านพฤติกรรม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและสิ่งแวดล้อมด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย พฤติกรรมในการฟื้นฟูสภาพตนเองของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว พบว่ามีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.85$ ,  $SD = 0.98$ ) โดยมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเองทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ อยู่ในระดับปาน

กลาง ( $\bar{x} = 3.05$ ,  $SD = 1.05$ ;  $\bar{x} = 2.82$ ,  $SD = 1.03$ ) และด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 2.40$ ,  $SD = 1.16$ ) พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.77$ ,  $SD = 0.84$ ) โดยมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการรับประทานอาหารและยา อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.60$ ,  $SD = 0.97$ ) ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะคิดในการฟื้นฟูสภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือตนเองและการได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ พบว่า คนพิการ ทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีทักษะคิดในการฟื้นฟูสภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.34$ ,  $SD = 1.09$ ) โดยมีความเชื่อว่าการฟื้นฟูสภาพจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการอ่อนแรง ข้อติด ท้องผูก ฯลฯ ช่วยให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเคลื่อนไหว เช่น มือ แขนหรือขา สามารถกลับมาทำหน้าที่หรือเคลื่อนไหวได้มากขึ้นกว่าในปัจจุบันนี้หรือไม่เป็นอุปสรรค ในการเคลื่อนไหวมากกว่าเดิม และเชื่อว่าตัวเองสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นกว่าในปัจจุบันนี้ ในระดับปานกลางและมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือตนเองภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 2.42$ ,  $SD = 1.07$ ) โดย การรับรู้วิธีการใช้หมอนอน การฝึกกระตุ้นกล้ามเนื้อควบคุมการขับถ่ายอุจจาระหรือปรับสภาพส้วมให้เหมาะสมกับการขับถ่าย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{x} = 2.02$ ,  $SD = 1.14$ ) และรองลงมาวิธีการขึ้นลงบันได ( $\bar{x} = 2.23$ ,  $SD = 1.17$ ) ในด้านการได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพในการฝึกวิธีการขับถ่าย เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่อต่างๆ ในร่างกายของท่าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.1 ส่วนการฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ ฯลฯ ได้รับการฝึกน้อยที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 25.6

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับบริการและการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน พบว่าคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้รับการ และการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการให้ความรู้ สอน/ฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฝึกบริหารกล้ามเนื้อ หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมาเป็นการจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า รถเข็นนั่ง ฯลฯ คิดเป็น ร้อยละ 34.9 และจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า รถเข็นนั่ง มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 44.2 รองลงมาเป็นการให้คำแนะนำ ความรู้ และการฝึกทักษะ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ คิดเป็นร้อยละ 41.9 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล การมีส่วนร่วม ของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพและสภาพแวดล้อมภายในและนอกบ้าน พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ( $\bar{x} = 3.24$ ,  $SD = 0.89$ ) โดยครอบครัว/ผู้ดูแลสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับคนพิการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 3.79$ ,  $SD = 0.89$ ) รองลงมาเป็นช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองหรือช่วยเหลือให้พยายามช่วยเหลือตนเองในส่วนที่ทำได้ ( $\bar{x} = 3.72$ ,  $SD = 0.98$ ) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.69$ ,  $SD = 1.08$ ) โดยคนในชุมชนเยี่ยมและให้กำลังใจ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 3.07$ ,  $SD = 0.96$ ) รองลงมาเป็นเชิญเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานรื่นเริงต่าง ๆ ( $\bar{x} = 2.81$ ,  $SD = 1.0$ ) สภาพแวดล้อมภายในและนอกบ้าน ส่วนใหญ่เป็นบ้านชั้นเดียว คิดเป็น ร้อยละ 71.1 ทางเข้าบ้านส่วนใหญ่เป็นถนนลูกรัง คิดเป็นร้อยละ 60 ห้องน้ำส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 86 พื้นในห้องน้ำส่วนมากใหญ่สี่เหลี่ยม คิดเป็นร้อยละ 55.8 ที่นั่งเป็นแบบนั่งยอง คิดเป็นร้อยละ 51.2 ชักโครก คิดเป็นร้อยละ 48.8 ส่วนใหญ่ไม่มีราวจับในห้องน้ำ คิดเป็นร้อยละ 76.7 และรถเข็นนั่งเข้าไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 74.4 จากสภาพแวดล้อมดังกล่าวทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวซึ่งมีปัญหในการเคลื่อนที่หรือการเคลื่อนย้ายตัวเอง บางรายใช้รถเข็นนั่งเกิดความไม่สะดวกและไม่สามารถใช้รถเข็นนั่งได้จากถนนลูกรัง และมีสภาพเป็นหลุมเป็นบ่อ

### 1.3 สถานการณ์ด้านการบริหาร

ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนเชิงคุณภาพในด้านการบริหารงานที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน ได้แก่ นายกองจัดการบริหารส่วนตำบล จำนวน 3 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 3 คน จากการศึกษาดังกล่าวทำให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางด้านการบริหาร สรุปได้ดังต่อไปนี้

1.3.1 ขาดการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ในหน่วยงานทุกระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีการกำหนดนโยบายตามภารกิจและหน้าที่ของหน่วยงานตนเอง โดยรับนโยบายหลักจากส่วนราชการที่เป็นสายงานบังคับบัญชาโดยตรง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับนโยบายจากหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ โดยเน้นที่การดูแลภาวะสุขภาพทั่วไป การเกิดภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของคนพิการ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับนโยบายจากกระทรวงมหาดไทยในการดูแลที่เน้นด้านการจ่ายเบี้ยยังชีพและคุณภาพชีวิตคนพิการ แต่ไม่มีการกำหนดนโยบายหรือบูรณาการในระดับท้องถิ่นร่วมกัน ทำให้การปฏิบัติงานบางครั้งเกิดความซ้ำซ้อน เช่น ขณะที่พยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เยี่ยมบ้านคนพิการทาง

กายหรือการเคลื่อนไหว เพื่อให้การช่วยเหลือจัดหาอุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า อีกวันต่อมาเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลได้จัดหาไม้เท้าให้กับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวรายเดียวกัน

1.3.2 ขาดการกำหนดแผนงาน มีการกำหนดแผนงานการดูแลและฟื้นฟูสภาพคนพิการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นการวางแผนตามปัญหาหรือความต้องการของคนพิการในด้านกายภาพมากกว่าการวางแผนเป็นองค์รวม เช่น มีการวางแผนงานจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการทางการเคลื่อนไหว แต่ยังไม่มีการวางแผนที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการใช้อุปกรณ์ ดังนั้นคนพิการบางรายได้รถเข็นนั่งมาใช้ที่บ้าน แต่ไม่สามารถใช้ได้เนื่องจากสภาพบ้านเป็นหลุมบ่อ ลูกกรง พื้นไม่เรียบ ไม่เหมาะกับการใช้รถเข็นนั่งจึงไม่สามารถนำรถเข็นนั่งที่ได้รับมาใช้ได้ เป็นต้น

1.3.3 ขาดการจัดตั้งทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ในการดำเนินงานการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม จำเป็นต้องเกิดจากการรวมตัวกันของผู้มีส่วนได้เสียในทุกภาคส่วนในการดำเนินงาน ทั้งคนพิการ ญาติ/ผู้ดูแล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร จิตอาสาและชุมชนให้เป็นทีม แต่พบว่าในการดำเนินการส่วนใหญ่เป็นการรวมทีมโดยพยาบาลวิชาชีพกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โดยองค์การบริหารส่วนตำบลมาร่วมกิจกรรมในบางครั้งโดยไม่ได้จัดตั้งทีมเป็นทางการ

1.3.4 ขาดการกำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทที่ชัดเจน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานการดูแลและฟื้นฟูสภาพคนพิการ แต่ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่อย่างชัดเจนในแต่ละองค์การ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพคนพิการ องค์การบริหารส่วนตำบลมีรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบงานคนพิการ ผู้นำชุมชนควรเป็นกำนันหรือ ผู้ใหญ่บ้าน ร่วมด้วยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและจิตอาสา แต่ไม่มีการกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษรหรือระบุหน้าที่ที่ชัดเจน บทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติเป็นประจำ มีดังต่อไปนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทและหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ประเมินสภาพคนพิการ วางแผนฟื้นฟูสภาพคนพิการ กำหนดระยะเวลาการให้บริการ จัดบริการทางการฟื้นฟู ได้แก่ การค้นหา การฟื้นฟู การให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การประเมินสภาพแวดล้อมและการส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการเพื่อการฟื้นฟูสภาพ

2. ครอบครัว/ผู้ดูแล มีบทบาทและหน้าที่ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการช่วยฟื้นฟูสภาพ ดูแลเรื่องปัญหาสุขภาพทั่วไป การดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย การ

ร่วมรับรู้ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังสัญญาณอันตรายที่แสดงถึงอาการผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนและเป็นผู้นำพาคนพิการเข้าสู่สังคม

3. อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทและหน้าที่ สำรวจค้นหา เชื่อม ช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูสภาพและติดตามคนพิการ

4. องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีบทบาทและหน้าที่ จัดทะเบียน จ่ายเบี้ยยังชีพ การตรวจเยี่ยม การลงพื้นที่ การออกตรวจเยี่ยมคนพิการที่บ้าน จัดหากายอุปกรณ์และ ปรับสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวและการเคลื่อนไหวและประสานงานกับหน่วยงาน อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

5. นักกายภาพบำบัด มีบทบาทและหน้าที่ ประเมินความรุนแรงของ ความบกพร่องต่อการทำหน้าที่ ติดตามเยี่ยมบ้านคนพิการอย่างต่อเนื่อง ฝึกการออกกำลังกายเพื่อ การบำบัดตามปัญหาการเคลื่อนไหว/ความพิการ ให้คำแนะนำและสอนการใช้กายอุปกรณ์เสริม สอนและอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกออกกำลังกายกับคนพิการ ครอบครัว/ผู้ดูแล และทีมฟื้นฟู สุขภาพ และประสานงานกับบุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.3.5 ขาดการติดตามและประเมินผล ยังไม่มีการกำหนดรูปแบบ แบบประเมิน กิจกรรมและระยะเวลาที่แน่นอน ในการปฏิบัติจริงใช้การประเมินโดยการสอบถามอาการ หรือ ประเมินโดยสภาพทั่วไปที่เห็นว่ามีรู้สึกดีขึ้น หรือทำกิจกรรมได้มากขึ้น เช่น เดินมาร้านค้าได้ หรือ ลูกนั่งได้

1.3.6 ขาดการให้การสนับสนุน ในท้องถิ่นมีการสนับสนุนในการดำเนินงาน การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว มุ่งเน้นที่การสนับสนุนด้านกายอุปกรณ์ เช่น รถเข็นนั่ง ไม่เท่า เก้าอี้นั่งถ่าย เพื่อช่วยให้คนพิการทางการเคลื่อนไหว สามารถเคลื่อนที่ หรือเคลื่อนย้ายตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ได้ โดยเป็นการสนับสนุน ผ่านการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงาน หรือการจัดกิจกรรมเพื่อหารายได้ นอกจากนี้เป็นการ สนับสนุนด้านการเดินทางของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในการไปรักษาหรือฟื้นฟู สภาพต่อที่โรงพยาบาล

1.3.7 ปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ เนื่องจาก เป็นการดำเนินงาน ร่วมกันภายในท้องถิ่น ทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การลง สำรวจ ประเมินและเยี่ยมบ้านคนพิการ เมื่อต้องไปเป็นทีมแบบมีส่วนร่วมทำให้ไม่สามารถกำหนด ระยะเวลาที่พร้อมเพรียงกันได้ และส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เนื่องจากในทีมฟื้นฟู

สภาพแต่ละหน่วยงานมีภาระงานมากและโรงพยาบาลชุมชนยังขาดความพร้อมในด้านการฟื้นฟูสภาพทั้งองค์ความรู้และอุปกรณ์

1.3.8 ความคาดหวัง ในทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีความคาดหวังที่จะให้ทีมมีความเข้มแข็ง ปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีความสุขกับการใช้ชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนครั้งนี้ ใช้ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ดังนี้

1. ผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสรุปองค์ประกอบหลักของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ที่จะนำไปพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้ดังต่อไปนี้

1.1 การจัดการด้านการบริหาร เป็นองค์ประกอบหลักที่มีผลต่อการจัดบริการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายทั้งระดับพื้นที่และระดับบริหารของภาครัฐและส่วนท้องถิ่น การจัดทำแผนงานร่วมกันแบบบูรณาการ การจัดตั้งทีมดูแลและฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว การกำหนดบทบาทหน้าที่ การติดตามประเมินผลและการสนับสนุน

1.2 องค์ความรู้ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน เนื่องจากส่วนใหญ่ความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเกิดจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดทางสมอง และโรคกระดูกและข้อ ทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวส่วนมากเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ทรงตัวที่ผิดปกติ/เสียการทรงตัว กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง กล้ามเนื้อกระดูกหรือเกร็ง ข้อยึดติด เจ็บปวดตามข้อและข้อบวม นอนไม่หลับ เครียด หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง/อิริยาบถและมีพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพตนเองอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง จึงควรมีการจัดการด้านความรู้ และการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสภาพ การกระตุ้น ฝึกหรือจัดบริการให้คนพิการ ผู้ดูแลเจ้าหน้าที่ หรือผู้มีส่วนได้เสียสามารถให้การช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพได้มากขึ้น

1.3 การประเมินคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว เป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของคนพิการและการประเมินระดับความรุนแรงของความพิการหรือระดับการพึ่งพาเพื่อนำไปกำหนดการเยี่ยมบ้านคนพิการตามระดับความรุนแรง โดยคนพิการที่มีระดับรุนแรงน้อย จะเยี่ยมอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี แต่ในคนพิการระดับรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยและมีต้องการ

การดูแลเป็นพิเศษ เช่น การเปลี่ยนสายให้อาหารหรือสายสวนปัสสาวะ ต้องเย็บบ่อยครั้งเพื่อช่วยเปลี่ยนอุปกรณ์ดังกล่าวหรือกรณีมีปัญหา ญาติหรือผู้ดูแลสามารถติดต่อผู้ที่รับผิดชอบได้ทันที

#### 1.4 การให้ความรู้และการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

1.4.1 การบริหารกล้ามเนื้อ โดยการการออกกำลังกายกล้ามเนื้อโดยเกร็งมือ แขนและขา นาน 10 วินาที อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

1.4.2 การบริหารเคลื่อนไหวข้อที่มีปัญหาด้วยตนเองหรือให้ผู้ช่วยเหลือ/ผู้ดูแลจับหรือพยุงข้อมือข้อไหล่ ข้อศอก ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้า แขน ขา หัวไหล่ ให้มีการขยับหรือเคลื่อนไหว อย่างน้อยวันละ 10-20 ครั้ง วันละ 2 รอบ

1.4.3 การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม โดยใช้มือวางบนท้องเหนือสะดือให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ ท้องป่องออกและหายใจออกช้าๆ โดยห่อริมฝีปาก

1.4.4 การฝึกไอโดยการหายใจเข้าลึก ๆ แล้วกลั้นหายใจ จากนั้นให้พยายามไอออกแรงๆ โดยการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องหรือไอเบาๆ ติดต่อกันเป็นชุด ๆ ช่วยกำจัดเสมหะ

1.4.5 การใช้อุปกรณ์ เช่น การดามนิ้ว การดามเท้า เพื่อช่วยประคับประคองอวัยวะที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวไม่ให้เกิดการบาดเจ็บหรือความพิการเพิ่มขึ้น

1.4.6 การเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง ขยับร่างกายในส่วนที่สามารถขยับได้เป็นระยะ เช่น การพลิกตะแคงตัวซ้าย ขวา อย่างน้อยทุก 2-3 ชั่วโมง

1.4.7 เปลี่ยนท่าทางตามที่ท่านสามารถทำได้ เช่น จากท่านอนเป็นท่านั่ง จากท่านั่งเป็นท่านยืน การพลิกตะแคงตัวซ้าย ขวา อย่างน้อยทุก 2-3 ชั่วโมง

1.4.8 การใช้อุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดินช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนที่

1.4.9 การฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ กิจกรรมการใส่เสื้อผ้าและการดูแลสุขลักษณะส่วนตัว

1.4.10 การรับประทานอาหารได้ถูกต้องครบ 5 หมู่ อย่างเพียงพอ

1.4.11 การรับประทานยาครบและตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์

#### 1.5 การจัดบริการสนับสนุน ดังนี้

1.5.1 การจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า รถเข็นนั่ง

1.5.2 การจัดระบบการส่งต่อเพื่อไปรับบริการฟื้นฟูสภาพเป็นลำดับ เช่น จากหน่วยบริการปฐมภูมิไปโรงพยาบาลชุมชน หรือไปโรงพยาบาลศูนย์

1.5.3 การจัดบริการโทรศัพท์สายตรงหรือจัดหน่วยให้บริการคนพิการโดยตรง

1.5.4 การจัดกิจกรรม เช่น งานปีใหม่ งานสงกรานต์ งานลอยกระทงฯลฯ ให้คนพิการสามารถเข้าร่วมงานได้

1.6 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ผู้ดูแลและชุมชน ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ดังนี้

1.6.1 สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

1.6.2 ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง หรือช่วยเหลือให้ท่านพยายามช่วยเหลือตนเองในส่วน

1.6.3 ช่วยเหลือ/การกระตุ้นให้ออกกำลังกาย บริหารกล้ามเนื้อหรือช่วยแนะนำวิธีการฟื้นฟูสภาพ

1.6.4 เยี่ยมและให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อบริหารร่างกายหรือฝึกปฏิบัติทำกิจกรรมต่างๆ

1.6.5 เชิญเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานรื่นเริงต่าง ๆ

2 ผลจากการสังเคราะห์ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ สรุปได้ดังนี้

2.1. ลักษณะการจัดบริการ การจัดการควรเป็นการจัดการควรเป็นแบบทีมบูรณาการ (นิตยา บัวสาย, 2551; ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2551; สุเวช ทรงอยู่สุข, 2550) จัดบริการได้ทั้งในโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพทั้งแบบกลางวันและพักค้างคืน (Roderick et al., 2001) ศูนย์ผู้สูงอายุ โบสถ์ ศูนย์แพทย์ (Crotty et al., 2008) และบริการเชิงรุกที่บ้าน ทั้งการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการเยี่ยมบ้าน (ทศพร คำผลศิริ, 2549; นิตยา ศรีสุวรรณ และคณะ, 2547; บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ และคณะ, 2550; ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2551; Bachman et al., 2008 ; Crotty et al., 2008; Roderick et al., 2001)

2.2. การแบ่งระดับการพึ่งพาตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยแบ่งระดับการพึ่งพาเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คนพิการที่มีระดับการพึ่งพาในระดับมาก ระดับเล็กน้อยถึงน้อยและระดับน้อยที่สุดถึงพึ่งพาตนเองได้

2.3. การค้นหาคนพิการ (ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2551) ดำเนินการที่บ้านของคนพิการ มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยเหลือ ดำเนินการเดือนละ 1 ครั้ง

2.4. การประเมินปัญหาและความต้องการ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจะมีการประเมินในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.4.1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) (บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ และคณะ, 2550 ; Kneafsey, 2007; Stuart et al., 2009) สามารถดำเนินการได้ทั้งที่



สถานบริการสุขภาพในชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ วัด และบ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการทุก 6 เดือน

2.4.2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Kneafsey, 2007) ดำเนินการได้ทั้งที่สถานบริการสุขภาพ ในชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ วัด และบ้าน โดยนักกายภาพบำบัดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการทุก 6 เดือน (Stuart et al., 2009)

2.4.3. ภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ (Kneafsey, 2007) ดำเนินการได้ทั้งที่สถานบริการสุขภาพ ในชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ วัด และบ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการทุก 6 เดือน

2.4.4. ศึกษาสภาพแวดล้อมผู้ป่วยที่อยู่อาศัย (บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ และคณะ, 2550) ดำเนินการได้ที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่อบต. เป็นผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยเหลือ ดำเนินการทุก 6 เดือน (Stuart et al., 2009)

## 2.5. เทคนิคและกลยุทธ์ในการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย

2.5.1. พัฒนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมฟื้นฟูสภาพ (ทศพร คำผลศิริ, 2549 ; นิตยา ศรีสุวรรณ และคณะ, 2547; Kneafsey, 2007) กระตุ้นและช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวผู้ดูแลในการจัดการปัญหาสุขภาพและการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นบางส่วนที่ทำได้ เช่น เตรียมอุปกรณ์อาหาร อุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดร่างกาย สำหรับการขับถ่ายให้ เตรียมวางไว้ให้ และการมีส่วนร่วมกับสังคม (นิตยา ศรีสุวรรณ และคณะ, 2547; ทศพร คำผลศิริ, 2549; ศิวีไลซ์ วรรณรัตน์วิจิต, 2551; อภิรักษ์ พิสุทธิอาภรณ์ และคณะ, 2550)

2.5.2. การให้บริการช่วยเหลือ โดยคนพิการที่ต้องการการพึ่งพาน้อยที่สุดถึงพึ่งพาตนเอง (MBI score=91-100) ต้องการความช่วยเหลือประมาณ <10 ชม./สัปดาห์ คนพิการที่ต้องการการพึ่งพากลางถึงพึ่งตนเอง (MBI score=50-90) ต้องการความช่วยเหลือประมาณ 13- 20 ชม. /สัปดาห์ และคนพิการที่ต้องการการพึ่งพามากถึงทั้งหมด (MBI score=0-49) ต้องการความช่วยเหลือประมาณ 23.5 – 27 ชม./สัปดาห์ (Shah, 1998)

2.5.3. การให้ความรู้ เนื้อหาประกอบด้วย ด้านการรับรู้ เข้าใจโรค โรคภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษา การปรับตัว การฟื้นฟูสภาพ การพยากรณ์โรค แหล่งประโยชน์ เทคนิคการจัดการอาการแสดง การใช้การรักษาและแหล่งทรัพยากรในชุมชน การจัดการอารมณ์กลัว โกรธ ซึมเศร้า ดำเนินการได้ที่สถานบริการสุขภาพในชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ วัด และบ้าน พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยจัดเป็นกลุ่มให้กับคนพิการที่พึ่งพากลางถึงพึ่งตนเอง จัดผู้เข้าร่วมครั้ง 10 – 15 คน ใช้ระยะเวลา 2.30 ชั่วโมง/สัปดาห์ 7 สัปดาห์ (Lorig et al. ,2001)

คนพิการที่พึ่งพามากถึงทั้งหมด เดือนละ 1 ครั้ง (Kneafsey, 2007 ; Lorig et al., 2001; Stuart et al., 2009)

2.5.4. การฝึกออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ แบ่งเป็น Isotonic and Isometric เพื่อรักษาและปรับปรุงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; คุจใจ ชัยวานิชศิริ และวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, 2553 ; ทศพร คำผลศิริ, 2549; ปิติกานต์ บุรณาภาพ, 2552; ภัทรารุช อินทรกำแหง, 2552; ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2551; Bachman, et al., 2008; Derstine & Hargrove, 2001; Hoeman, 2008; Kneafsey, 2007; Lorig et al., 2001; Stuart et al., 2009) ดำเนินการได้ที่สถานบริการสุขภาพในชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ วัด บ้าน โรงเรียนและสถานที่ออกกำลังกาย นักกายภาพบำบัดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ ครอบครัว คนพิการ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยเหลือ จัดในกลุ่มคนพิการที่พึ่งพาปานกลางถึงพึ่งตนเอง ทั้งแบบส่วนบุคคลหรือเป็นกลุ่ม ๆ ละ 9-13 คน 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชม./ สัปดาห์ (Crotty et al, 2008; Stuart et al., 2009)

2.5.5. การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Pang et al., 2007) และการฝึกการออกกำลังกายทั้งยืนและนั่ง (Stuart et al., 2009) ดำเนินการได้ที่สถานบริการสุขภาพในชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ วัด บ้าน โรงเรียน และสถานที่ออกกำลังกาย คนพิการ /ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ให้คำแนะนำและปรึกษาโดยนักกายภาพบำบัดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ปฏิบัติได้ ทุก 3-5 วัน เป็นเวลา 20-40 นาที ( Pang et al., 2007; Stuart et al., 2009)

2.5.6. การฝึกการเคลื่อนไหว (ทศพร คำผลศิริ, 2549; บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ และคณะ, 2550) ดำเนินการได้ที่สถานบริการสุขภาพในชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ วัด บ้าน โรงเรียน และสถานที่ออกกำลังกาย นักกิจกรรมบำบัดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ ครอบครัว คนพิการ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยเหลือ สัปดาห์ละครั้ง (บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ และคณะ, 2550)

2.5.7. บำบัดในการทำแผล ให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้าย (พิชาติ คลเฉลิมยูทมนาและปิยนุช บุญกอง, 2550) ดำเนินการได้ที่บ้าน สถานบริการสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ระยะเวลาดำเนินการตามสภาพปัญหาและมาตรฐานการพยาบาล

2.5.8. การเยี่ยมบ้าน (ทศพร คำผลศิริ, 2549; พิชาติ คลเฉลิมยูทมนาและปิยนุช บุญกอง, ปรานี ประไพวัชรพันธ์, 2550; สุเวช ทรงอยู่สุข, 2550 ; Bachman et al., 2008) คนพิการที่พึ่งพาตนเองได้ปานกลางถึงพึ่งตนเอง ให้ปฏิบัติการบ้าน โดยทีมบูรณาการ ทุก 2 สัปดาห์ (บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ และคณะ, 2550) คนพิการที่พึ่งพามากถึงทั้งหมด ให้ปฏิบัติการที่บ้าน

โดยทีมบูรณาการ โดยเดือนแรกสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรืออย่างน้อย 2 สัปดาห์ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 นาที หรือ 30-60 นาที (Naylor et al., 2007) หรือจัดบริการ 3-5 วัน/ สัปดาห์ (Crotty et al., 2008)

2.6. การพัฒนาด้านอารมณ์ ความรู้สึก การยอมรับ การให้กำลังใจ ความมั่นคงในจิตใจ (นิตยา ศรีสุวรรณ และคณะ, 2547; ศิวีไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2551) ดำเนินการได้ที่สถานบริการสุขภาพในชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ วัด และบ้าน ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยเหลือ

2.7. การส่งต่อของผู้ป่วยเพื่อรักษาและลดความผิดปกติของกล้ามเนื้อ ((ศิวีไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2551; Kneafsey, 2007) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

2.8. ให้บริการเป็นแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า รถเข็นนั่ง (พิชาติ คลเฉลิมยุทธนาและปิยนุช บุญทอง, 2550; Crotty et al, 2008) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

2.9. การบริการการแพทย์ทางเลือก เช่น การนวด (ศิวีไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2551) การใช้สมุนไพร ดำเนินการได้ที่สถานบริการสุขภาพในชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ วัด และบ้าน แพทย์แผนไทย หมอนวดพื้นบ้านเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

2.10. การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (ปิติกานต์ บูรณาภาพ, 2552) ดำเนินการได้ที่บ้าน ดำเนินการโดยการร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและครอบครัว

2.11. สนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วนให้คนพิการ (Stuart et al., 2009) เช่น การสนับสนุนค่าโรยยิมส์ในการออกกำลังกาย โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก

2.12. การสนับสนุนทางด้านอาชีพ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก

2.13. จัดระบบช่วยเหลือฉุกเฉิน 24 ชม โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.14. ประเมินผลการปฏิบัติงาน (ทศพร คำผลศิริ, 2549 ; บรรณทวารธน์ หิรัญเคราะห์ และคณะ, 2550 ; Stuart et al., 2009) คนพิการที่พึ่งพามากถึงทั้งหมด ประเมินอย่างน้อยทุก 3 เดือน คนพิการที่พึ่งพานกลางถึงพึ่งตนเอง ประเมิน ทุก 6 เดือน ดำเนินการได้ที่บ้านโดยทีมบูรณาการ

2. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

จากผลการศึกษาระยะที่ 1 และผลการวิเคราะห์การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว สามารถนำไปสร้างรูปแบบของการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

## 1. ปัจจัยทางด้านการบริหาร ดังนี้

1.1. การกำหนดนโยบาย ควรมีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในพื้นที่ จากปัญหาและความต้องการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่แท้จริง พร้อมทั้งเชื่อมโยงนโยบายและกำหนดแผนงานร่วมงานระหว่างหน่วยงานในพื้นที่และผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2. การกำหนดผู้รับผิดชอบ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลงานด้านคนพิการ ควรมีคุณสมบัติที่มีความรู้ และทักษะด้านการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีความตระหนักและการเข้าถึงคนพิการ และมีจิตสาธารณะ

1.3. การจัดตั้งและพัฒนาทีม โดยการจัดตั้งทีมในกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น และกำหนดบทบาทหน้าที่ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพคนพิการ การกระตุ้นให้เกิดการร่วมกลุ่ม การให้ความรู้เพิ่มเติมและพัฒนานวัตกรรมในการฟื้นฟูสภาพ

1.4. การคืนข้อมูลชุมชน เป็นการนำเสนอข้อมูลจากข้อ 2.2 และ 2.3 นำเสนอให้ชุมชนหรือตัวแทนชุมชนได้รับทราบข้อมูล ในการนำไปพิจารณาการหาทางแก้ไขปัญหา หรือมีบุคคลต้นแบบ นอกจากนี้การคืนข้อมูลชุมชนเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้อีกทาง

## 2. การกำหนดกระบวนการ ได้แก่

2.1. การค้นหา เป็นการค้นหาคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสภาพได้ ทั้งเนื่องจากปัญหาภาวะความพิการของตนเองที่ทำให้ไม่สะดวกในการเคลื่อนย้าย และปัญหาจากการเดินทางทั้งพาหนะและความสะดวก ในค้นหาเกิดได้จากทั้งคนพิการเข้ารับในสถานบริการหรือจากการเยี่ยมบ้านของพยาบาลวิชาชีพ

2.2. ประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากความพิการและสภาพแวดล้อมต่างๆ ไป

2.3. จำแนกระดับความพิการ โดยแบ่งระดับการพึ่งพาตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถแบ่งได้เป็น ความรุนแรงระดับน้อย ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และระดับการพึ่งพาในระดับมาก

2.4. ปฏิบัติการฟื้นฟูและบำบัด เป็นกิจกรรมตามปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ดังนี้

2.4.1. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การช่วยบริหารข้อ ข้อยึดติด การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การฝึกการเคลื่อนไหว การส่งเสริมและการจัดการข้อขยับ การช่วยการจัดการทางอารมณ์ การบริหารร่างกายเป็นระยะ ๆ สอน/ฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้กายอุปกรณ์ ฯลฯ

2.4.2. การบำบัด ได้แก่ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การลดการปวด เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ฯลฯ

2.4.3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การดูแลตนเองต่างๆ ไป การป้องกันแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัว การไออย่างถูกวิธีมีประสิทธิภาพ การบริหารการหายใจ ฯลฯ

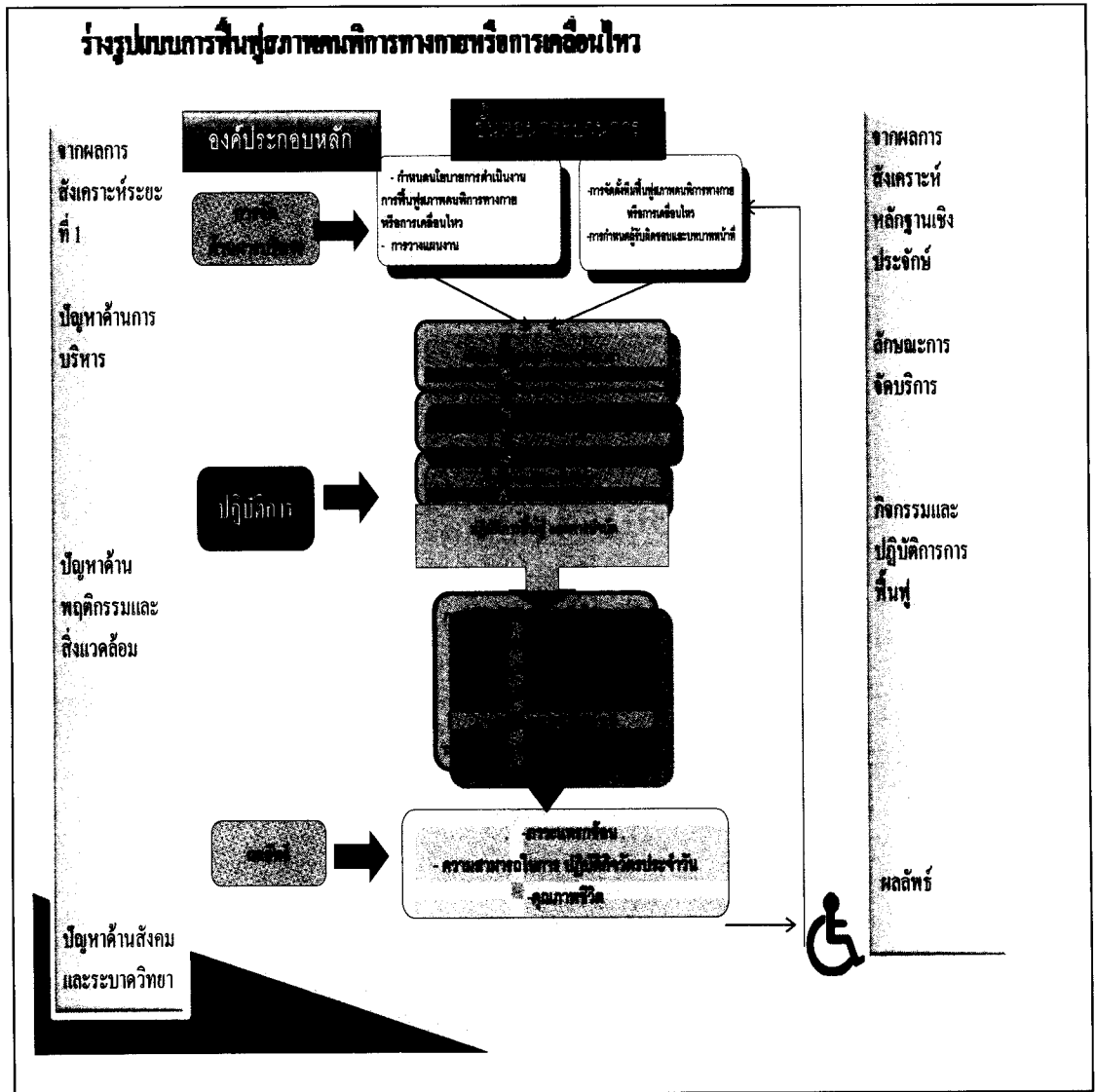
2.4.4. การให้ความรู้ การดูแลเบื้องต้น ด้านการรับรู้ เข้าใจโรค ภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษา การปรับตัว การฟื้นฟูสภาพ แหล่งประโยชน์ เทคนิคการจัดการอาการแสดง การใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน การจัดการอารมณ์

2.4.5. การให้คำแนะนำ โดยช่วยผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย สนับสนุนความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วย

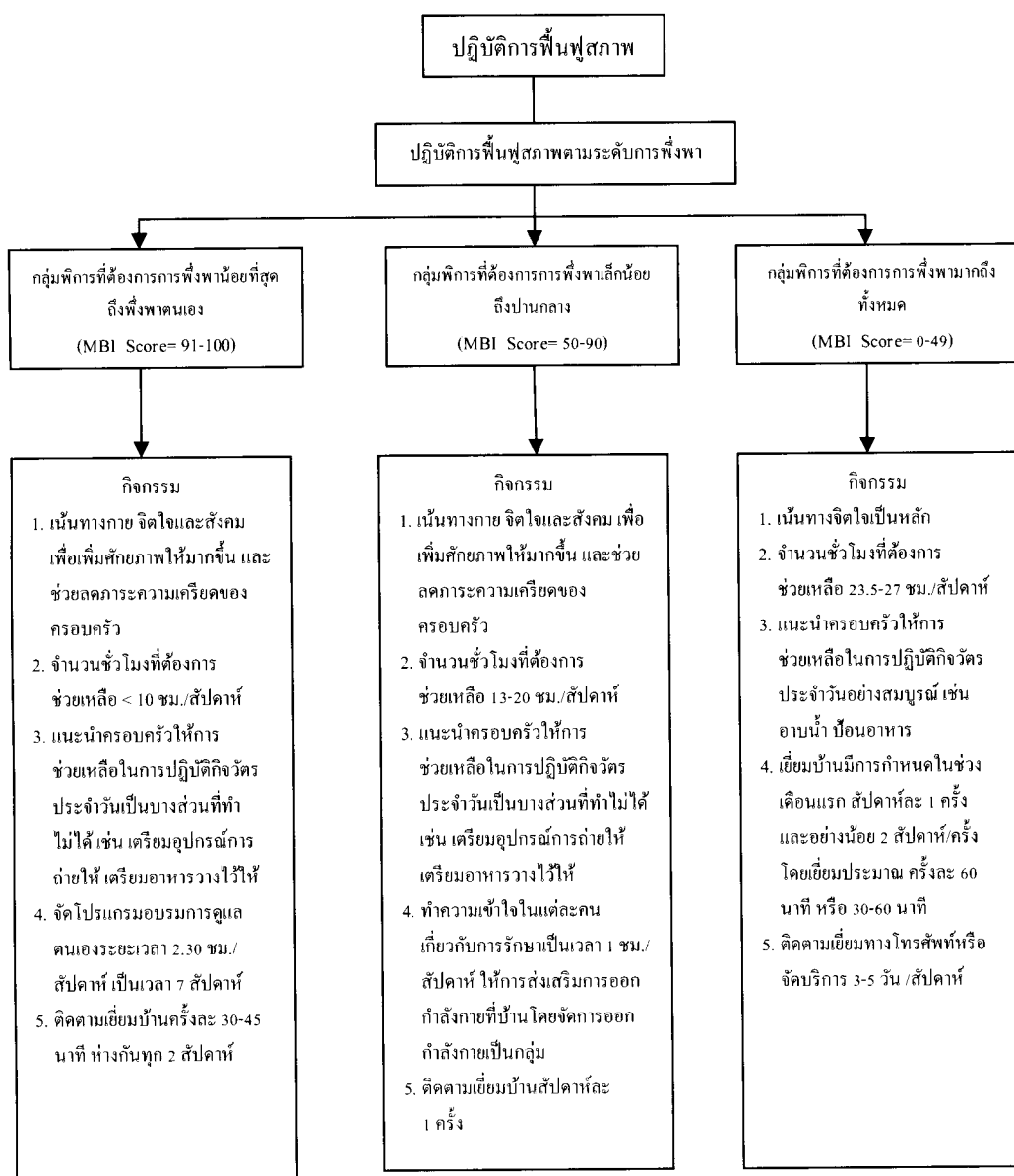
2.4.6 การส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการเพื่อการฟื้นฟู รักษาและลดความผิดปกติของกล้ามเนื้อ โดยส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ หรือนักกายภาพบำบัด

3. การกำหนดผลลัพธ์ ผลลัพธ์ที่จะต้องติดตามประเมินผล ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิต

จากผลการสังเคราะห์ดังกล่าว สรุปรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ดังภาพที่ 4-1 แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ดังภาพที่ 4-2 และรายละเอียดแนวปฏิบัติในภาคผนวก ง



แผนภาพที่ 4-1 ร่างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว



แผนภาพที่ 4-2 แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

## 2.2 ผลการทดสอบรูปแบบฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

### 2.2.1 การตรวจสอบความเป็นไปได้

หลังจากผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนที่ได้จากการสังเคราะห์สถานการณ์และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ผู้มีส่วนได้เสียในตำบลนายอาม จำนวนทั้งสิ้น 20 คน ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นโดยการสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม แสดงความคิดเห็นในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ความครอบคลุมเนื้อหา ผู้เข้าร่วมสนทนามีความคิดเห็นว่า มีความครอบคลุม ในขั้นตอนของการดำเนินงานการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การปฏิบัติการและมีการประเมินผล ซึ่งจะให้เห็นผลการดำเนินงานชัดเจน

2. ความเหมาะสม ของร่างรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว แนวปฏิบัติและคู่มือฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ผู้เข้าร่วมสนทนามีความคิดเห็นว่า มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

3. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติใช้จริง ผู้เข้าร่วมสนทนามีความคิดเห็นว่า สามารถนำรูปแบบ แนวปฏิบัติและคู่มือฯ ไปใช้ปฏิบัติจริงในพื้นที่ได้จริง

ผู้มีส่วนได้เสียในตำบลนายายอามได้มีข้อเสนอแนะ ในองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1. การกำหนดนโยบาย มีข้อเสนอแนะให้สมาชิกทีมฟื้นฟูสภาพซึ่งบางคนมีบทบาทเป็นสมาชิกในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำข้อมูล ปัญหา ความต้องการและกิจกรรมที่ดำเนินงาน นำเสนอต่อที่ประชุมประจำเดือน เพื่อจะได้เป็นฐานข้อมูลของหน่วยงานในการวางแผนดำเนินงาน หรือจัดสรรงบประมาณให้กับงานฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวต่อไป

2. การกำหนดผู้รับผิดชอบ มีการเสนอแนะข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้รับผิดชอบ รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวควรเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีหน้าที่ในการจ่ายเบี้ยผู้พิการอยู่แล้ว โดยให้ทีม ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จะส่งข้อมูลที่พบใหม่ให้กับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล

3. การกำหนดกระบวนการ มีข้อเสนอแนะในเรื่องการจัดทีมฟื้นฟูสภาพ ให้เป็นทีมแบบบูรณาการแบบจิตอาสา ซึ่งหมายถึง การจัดตั้งทีมโดยให้ผู้มีส่วนได้เสีย ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรอิสระเข้าร่วมเป็นสมาชิกโดยสมัครใจ และมีข้อตกลงเบื้องต้นถึงกระบวนการทำงานที่จะมีการมอบหมายหน้าที่ให้แต่ละบุคคล ให้คำนึงความสะดวกและความพร้อมในการปฏิบัติของสมาชิกโดยไม่มีการบังคับ ซึ่งทีมควรประกอบด้วย ที่ปรึกษา คณะกรรมการ และสมาชิก มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ที่ปรึกษา ประกอบด้วย กลุ่มของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนายายอาม นายกเทศบาล ผู้อำนวยการวิทยาลัยการอาชีพ ผู้อำนวยการโรงเรียนโพธิ์ลังกา เจ้าอาวาสทุกวัด และตัวแทนบริษัทเอกชน (จันทบุรีซีฟู้ด CSF)

ส่วนที่ 2 คณะกรรมการ ประกอบด้วยตัวแทนคนพิการ 1 คน ทีมจิตอาสา อาจารย์ประจำแผนกช่าง วิทยาลัยการอาชีพ ผู้ใหญ่บ้าน 3 ท่าน ประธานอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมชน ตัวแทนผู้ดูแล 3 คน พยาบาลวิชาชีพและนักกายภาพบำบัด อย่างละ 1 คน



ส่วนที่ 3 สมาชิก ประกอบด้วย คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่มีความสนใจ

#### 4. การกำหนดผลลัพธ์ เห็นควรให้เป็นคงเดิม

การทดสอบรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

หลังจากนั้นได้นำรูปแบบ แนวปฏิบัติและคู่มือในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวไปนำร่องใช้ในเขตตำบลนายายอามโดยพยาบาลวิชาชีพในหน่วยเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลนายายอาม 1 ท่านและทีมฟื้นฟูสภาพได้ใช้แนวปฏิบัติและคู่มือ ฯ ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่เกิดจากโรคเรื้อรังจำนวน 11 ราย เป็นเวลา 1 เดือน สรุปผลการทดลองใช้ได้ตามประเด็นดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว เป็นแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้ ทำให้เกิดการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพที่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้ทีมงานมีความสะดวกและปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในส่วนของกิจกรรมการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การประเมินความต้องการเบื้องต้น การให้ความรู้ คำแนะนำและบริการ การช่วยฟื้นฟูสภาพตามแนวปฏิบัติและคู่มือสามารถดำเนินการได้ แต่ยังไม่ชำนาญและโดยเฉพาะการวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการและปัญหา พยาบาลวิชาชีพต้องเป็นผู้นำหลักในการวิเคราะห์ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและจิตอาสาในทีมฟื้นฟูสภาพเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นจึงมาวางแผนการฟื้นฟูสภาพ พร้อมทั้งกำหนดกิจกรรมให้เหมาะสมกับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในแต่ละรายตามระดับการพึ่งพาของแต่ละคนร่วมกัน

2. คู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว แบ่งเป็น 2 ฉบับ ได้แก่ คู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวสำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับคู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวสำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและจิตอาสา สำหรับฉบับของพยาบาลวิชาชีพ เห็นว่ามีความชัดเจน สะดวก เนื้อหาครบถ้วน ขนาดของรูปเล่มและตัวอักษรมีความเหมาะสม ฉบับของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและจิตอาสา เนื้อหาไม่เหมาะสม ขนาดรูปเล่มพกพาสะดวก แต่มีความคิดเห็นควรปรับปรุงขนาดของตัวอักษร เนื่องจากอ่านไม่สะดวก ควรให้ตัวอักษรมีขนาดใหญ่ขึ้น

3. สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวของคนพิการ เพื่อประเมินและจัดการดูแลและฟื้นฟูสภาพ สำหรับทีมการฟื้นฟูสภาพเขียนบันทึกรายละเอียด ผลการประเมินพบว่าเนื้อหา รายการประเมิน ขนาดของรูปเล่ม มีความเหมาะสม แต่ควรปรับปรุงขนาดของตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ขึ้น และมีความไม่สะดวกในการเขียน ทำให้เสียเวลา มีข้อเสนอแนะควรเป็นแบบให้เลือกตอบ

4. ด้านการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพในการกระตุ้นและช่วยเหลือคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว พยาบาลวิชาชีพส่วนมากปฏิบัติได้ในด้านการแนะนำการบริหารร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขอนามัย การติดต่อประสานงานขออุปกรณ์ในการช่วยเดินหรือรถนั่ง การปรับสภาพแวดล้อมและการให้กำลังใจ แต่ด้านการฝึกการเคลื่อนไหวจะส่งต่อให้กับนักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วมเป็นทีมช่วยเหลือได้ในด้านการสงเคราะห์ การบริการส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล และติดต่อขอกายอุปกรณ์ช่วยเหลือส่วนสมาชิกอื่นๆ ในทีมสามารถปฏิบัติได้ดีในด้านการค้นหาคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว การให้กำลังใจและช่วยพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ไม้นวดหลัง เป็นต้น

5. ด้านการทำงานร่วมกันในทีมฟื้นฟูสภาพ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีความสุข และรู้สึกภาคภูมิใจกับการได้ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยทีมส่วนใหญ่เน้นที่การเป็นจิตอาสา

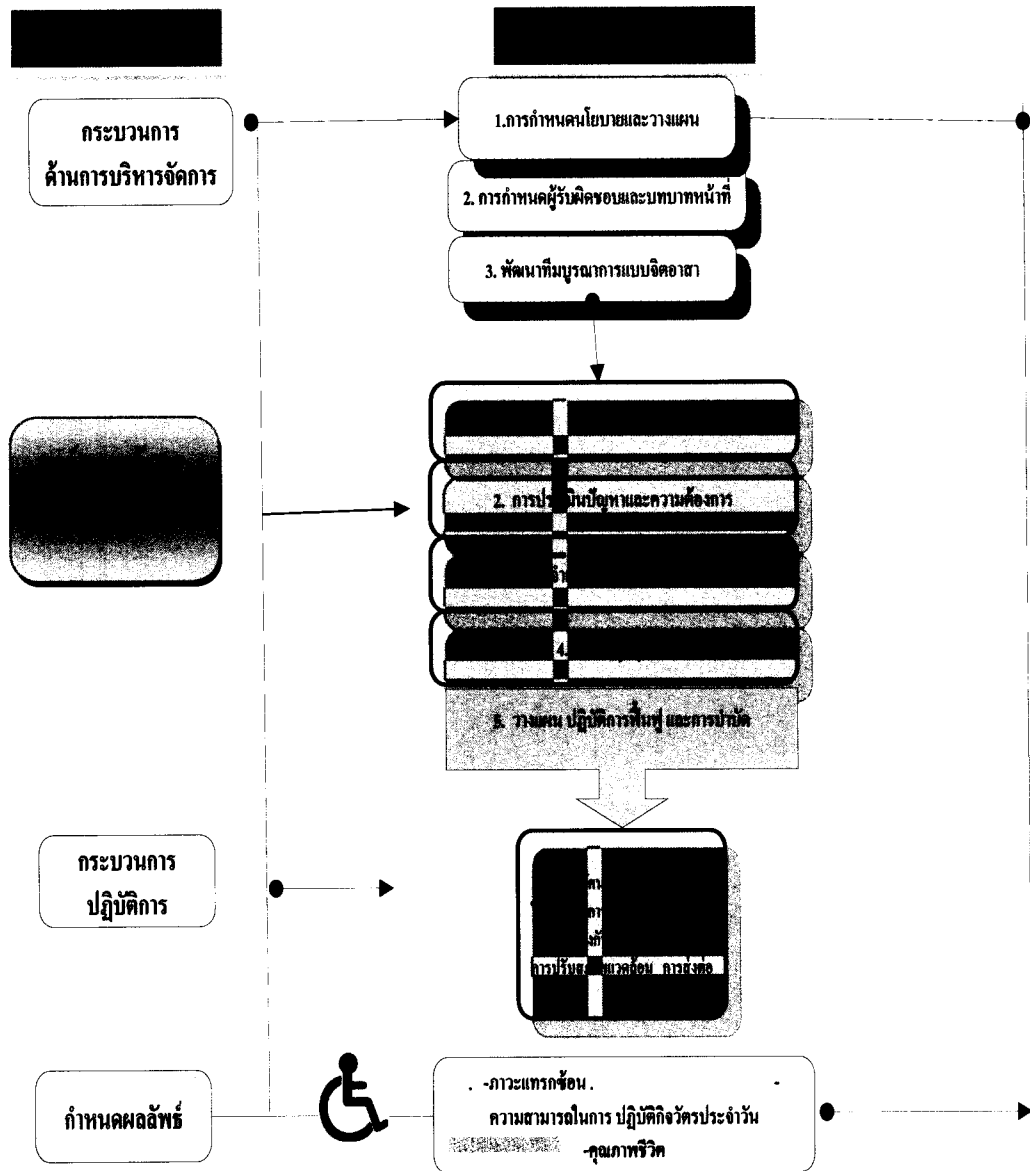
6. ด้านความพึงพอใจในรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ทุกคนมีความพึงพอใจ และมีความประสงค์ในการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการดูแลคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวต่อไป แต่ต้องการให้มีการพัฒนาความรู้เพิ่มมากขึ้นเป็นระยะ

หลังจากการประเมินการทดลองใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขและปรับปรุง เป็นรูปแบบดังแผนภาพที่ 4-3

ส่วนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

3.1 ผลการประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

จากการนำรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ในจังหวัดจันทบุรีกับกลุ่มตัวอย่าง คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 แห่ง รวม 20 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในระยะที่ 1 เป็นระยะเวลา 3 เดือน ได้ผลลัพธ์ดังต่อไปนี้



แผนภาพที่ 4-3 รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

### 3.1.1 ข้อมูลทั่วไป

การประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพต่อคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากกลุ่มตัวอย่างพบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 มีอายุเฉลี่ย 67 ปี (SD = 9.60) ส่วนมากมีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนสถานะทางสังคมส่วนมากเป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่จบระดับ

ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 95 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 75 และไม่ต้องการได้รับการฟื้นฟูด้านอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 85

สำหรับสาเหตุความพิการ พบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเป็นโรคเรื้อรังก่อนเกิดปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดทางสมอง คิดเป็นร้อยละ 90 โดยมีบุตร-ธิดา เป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาเป็นสามี-ภรรยา เป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 40

3.1.2 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

ตารางที่ 4-4 จำนวนของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหลังความพิการ โดยจำแนกตามระบบของร่างกาย (n = 20)

ระบบ	ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	จำนวนราย	
		ก่อน	หลัง
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	- ทรงตัวที่ผิดปกติ/เสียการทรงตัว กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง กล้ามเนื้อกระดูกหรือเกร็ง ข้อยึดติด เจ็บปวดตามข้อ และข้อบวม	17	15
ระบบประสาท	- นอนไม่หลับ เครียด หมดเวลามาก เปลี่ยนท่าทาง/อริยาบถ	5	5
ระบบทางเดินอาหารและระบบขับถ่าย	- ท้องผูก /ถ่ายอุจจาระลำบาก - กลืนอุจจาระไม่ได้ ปัสสาวะปริบกระปรอย แสบขัดเวลาปัสสาวะ/ ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	5	4
ระบบทางเดินหายใจ	- ติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หวัด ปอดบวม ปอดอักเสบ	2	2
ระบบผิวหนัง	- แผลกดทับ	1	1

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการลดลง ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จากจำนวน 17 ราย ลดลงเหลือ 15 ราย และระบบทางเดินอาหาร จำนวน 5 ราย ลดลงเหลือ 4 ราย

### 3.1.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 4-5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ คนของพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว (n = 20)

ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	$\bar{x} \pm SD$		D	SD <sub>d</sub>	t	p
	ก่อน	หลัง				
ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	70.05#31.54	76.50#25.05	6.45	11.60	2.49	.022
- หมวดการดูแลตนเอง	26.75#15.51	32.45#10.31	5.70	8.47	3.01	.007
- หมวดการเคลื่อนไหว	18.75#3.56	18.55#4.48	-.200	1.43	-.62	.541
- หมวดการควบคุมการ จับถ้าย	24.55#15.53	25.50#14.80	.950	7.63	.56	.584

จากผลการทดสอบ paired t-test พบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.49$ ,  $df = 19$ ,  $p < .05$ ) เมื่อแยกเป็นรายหมวดกิจกรรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยในหมวดการดูแลตนเองแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 3.01$ ,  $df = 19$ ,  $p < .05$ )

### 3.1.4 คุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

ตารางที่ 4-6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ คนของพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว (n = 20)

คุณภาพชีวิต	$\bar{x} \pm SD$		D	SD <sub>d</sub>	t	p
	ก่อน	หลัง				
คุณภาพชีวิต	79.95#15.69	95.55#13.41	15.60	11.13	6.27	<.001
- ด้านสุขภาพกาย	21.90#4.05	25.70#4.60	3.80	3.32	5.12	<.001
- ด้านสุขภาพจิต	18.20#3.29	21.40#3.38	3.20	3.17	4.51	<.001
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.45#2.04	11.85#1.53	2.01	2.01	5.34	<.001
- ด้านสิ่งแวดล้อม	24.30#5.97	29.35#4.26	4.20	4.20	5.38	<.001

จากผลการทดสอบ paired t-test พบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 6.27$ ,  $df = 19$ ,  $p < .001$ ) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยเช่นกัน

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในประเด็น

- 1) สถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model
- 2) การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนที่เหมาะสม และ
- 3) ประสิทธิภาพของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาบนพื้นฐานปรัชญาปฏิบัตินิยม โดยศึกษาสถานการณ์จริงในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยการวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคม พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม นโยบายการบริหารและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ สรุปได้ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์จริง โดยใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากผลการศึกษาพบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.8 มีสาเหตุความพิการจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 90.7 มีภาวะแทรกซ้อนระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด ได้แก่ การทรงตัวที่ผิดปกติ/เสียการทรงตัว ร้อยละ 69.8 และมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้ ร้อยละ 46.5 รองลงมาเป็นการอาบน้ำและใช้ห้องน้ำคิดเป็นร้อยละ 29.9 ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.85$ ,  $SD = 0.98$ ) ทางด้านพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเองทางร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.05$ ,  $SD = 1.05$ ;  $\bar{x} = 2.82$ ,  $SD = 1.03$ ) แต่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อโดยเกร็งมือ การฝึกหายใจ และการมีส่วนร่วมในชุมชนอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 2.40$ ,  $SD = 1.16$ ) สำหรับปัจจัยนำด้านทัศนคติในการฟื้นฟูสภาพ การได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.34$ ,  $SD = 1.09$ ) แต่มีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือตนเองอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 2.42$ ,  $SD = 1.07$ ) ปัจจัยเอื้อในด้านการได้รับการบริการและการสนับสนุนจากสถานบริการสุขภาพของรัฐ ส่วนใหญ่

เป็นการได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพของรัฐในการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ กิจกรรมประจำวัน การฝึกบริหารกล้ามเนื้อ ร้อยละ 65.1 การจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า รถเข็นนั่ง ร้อยละ 44.2 ส่วนการได้รับบริการและการสนับสนุนจากท้องถิ่นและชุมชน เป็นการให้บริการเกี่ยวกับการจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวและปัจจัยเสริมด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ผู้ดูแล และชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.24$ ,  $SD = 0.89$ ) โดยครอบครัว/ผู้ดูแลทำหน้าที่คอยสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับคนพิการและช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ส่วนคนในชุมชนจะมาเยี่ยมและให้กำลังใจ กระตุ้นให้ออกกำลังกายและเชิญเข้าร่วมกิจกรรมในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่าสภาพแวดล้อมภายในและนอกบ้านยังไม่เอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ทางเข้าบ้านส่วนมากเป็นถนนลูกรัง ร้อยละ 60 ในห้องน้ำพื้นส่วนมากลื่น ห้องส้วมที่นั่งเป็นแบบนั่งยอง ร้อยละ 51.2 ไม่มีราวจับ และรถเข็นนั่งเข้าไม่ได้ โดยภาพรวมคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (เท่ากับ 74 คะแนน) ด้านการบริหารที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบาย 2) การวางแผน 3) การจัดตั้งทีมดูแลและฟื้นฟูสภาพคนพิการ 4) การกำหนดผู้รับผิดชอบ 5) การติดตามและประเมินผลและ 6) การให้การสนับสนุน

ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยบูรณาการผลการศึกษาจากระยะที่ 1 กับผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนาเป็น(ร่าง) รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน ได้ (ร่าง) รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก คือ 1) ปัจจัยการจัดการด้านการบริหาร 2) องค์ความรู้ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ในชุมชน 3) การประเมินความพิการ 4) การให้ความรู้และการฝึกทักษะในการฟื้นฟูสภาพ 5) การจัดบริการสนับสนุนและ 6) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ผู้ดูแล และชุมชน หลังจากนั้นนำ (ร่าง) รูปแบบการฟื้นฟูฯ ให้ผู้มีส่วนได้เสียในการฟื้นฟูสภาพในชุมชน ได้แก่ คนพิการ ญาติ/ผู้ดูแล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคนพิการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ โดยวิธีการสนทนากลุ่ม นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำรูปแบบไปทดสอบในชุมชน 1 แห่ง แล้วจึงนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง จึงให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหาพร้อมทั้งข้อเสนอแนะและนำมาปรับปรุงจนได้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่พัฒนาขึ้น โดยมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยการจัดการด้านการบริหาร ได้แก่ การกำหนดนโยบาย การกำหนดผู้รับผิดชอบ การจัดตั้งและพัฒนาทีมบูรณาการแบบจิตอาสา



และการสนับสนุน 2) องค์ความรู้ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน  
 3) การปฏิบัติการ ประกอบด้วย การค้นหา การประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อการฟื้นฟู  
 สมรรถภาพ จำแนกระดับความพิการ คัดเลือกข้อมูลชุมชน การปฏิบัติการฟื้นฟูและบำบัดและ  
 การประเมินผล และ3) การกำหนดผลลัพธ์ ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการ  
 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต โดยในรูปแบบนี้มีคู่มือ แนวปฏิบัติสำหรับ  
 พยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัคร/จิตอาสา และสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวเพื่อประเมินและ  
 ฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่วมด้วย

ระยะที่ 3 เป็นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกาย  
 หรือการเคลื่อนไหว โดยนำรูปแบบ คู่มือและแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือ  
 การเคลื่อนไหวไปใช้ในสถานการณ์จริงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำนวน 2 แห่ง  
 ดำเนินการทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว  
 กับผู้มีส่วนได้เสียและชุมชน กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
 และองค์การบริหารส่วนตำบลและในชุมชน มีการพัฒนาทีมบูรณาการแบบจิตอาสา ร่วมกันค้นหา  
 คนพิการในพื้นที่ให้ครอบคลุม พร้อมทั้งประเมินปัญหาและความต้องการ จำแนกระดับความพิการ  
 หลังจากนั้นได้ประชุมร่วมกับประชาชนในพื้นที่เพื่อคัดเลือกข้อมูลให้ชุมชนและร่วมกันวางแผน  
 ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพตามแนวปฏิบัติ นำแผนปฏิบัติการกับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว  
 เป็นเวลา 3 เดือน หลังการดำเนินการดังกล่าว พบว่าคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมี  
 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการลดลง ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จากจำนวน  
 17 ราย ลดลงเหลือ 15 ราย และระบบทางเดินอาหาร จำนวน 5 ราย ลดลงเหลือ 4 ราย  
 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคน  
 พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  
 ( $t = 2.49, df=19, p < .05$ ) และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการ  
 ทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001  
 ( $t = 6.27, df=19, p < .001$ )

## อภิปรายผล

อภิปรายผลตามข้อค้นพบ ดังนี้

### 1. สถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์จริง พบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความพิการจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคกระดูกและข้อ

มีภาวะแทรกซ้อนกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด ได้แก่ การทรงตัวที่ผิดปกติ/เสียการทรงตัว กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง ข้อยึดติดและเจ็บปวดตามข้อและมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะการขึ้นลงบันได การอาบน้ำและการใช้ห้องน้ำมากที่สุด ทำให้ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ทางด้านพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเองทางร่างกายและจิตใจ และพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับบริการและการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพจากโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นเรื่องการฝึกบริหารกล้ามเนื้อ แต่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อโดยเกร็งมือ การฝึกหายใจและการมีส่วนร่วมในชุมชนอยู่ในระดับน้อย

ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มภาวะการฉีกปวยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งทำให้เกิดความพิการมากที่สุด สอดคล้องกับจากการศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548-2551 ที่พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง โรคเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของประเทศไทย และทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years-DALYs loss) (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554) และหลังเกิดความพิการจะมีภาวะแทรกซ้อน โดยเกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด ได้แก่ การทรงตัวที่ผิดปกติ/เสียการทรงตัว กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง ข้อยึดติดและเจ็บปวดตามข้อ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในภาคเหนือ ที่พบว่าหลังมีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเกิดขึ้นจะมีภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 59.9 และที่พบมากที่สุดคือ ข้อยึดติด/ข้อติดแข็ง หงุดหงิด ฉุนเฉียวและซึมเศร้า (ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2551) เช่นเดียวกัน และทำให้มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยเฉพาะการขึ้นลงบันได การอาบน้ำและการใช้ห้องน้ำ สอดคล้องกับรายงานประจำปีผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551 ที่พบว่าเกือบร้อยละ 10 จะมีปัญหาเกี่ยวกับการขึ้นลงบันได ซึ่งจะทำให้เกิดการพลัดตก หกล้มได้ และปัญหาสุขภาพอันดับแรกของคนพิการ คือ การเดินขึ้นบันได (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ด้านพฤติกรรม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและสิ่งแวดล้อม โดยพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเองของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวทั้งร่างกายและด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีความเชื่อว่าเมื่อมีความพิการแล้วจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ บางคนเมื่อเห็นความพิการของตนเองทำให้รู้สึกดูแย่ ไม่น่ามอง (Jennifer & Jessie, 2002) และในบางรายมีการฟื้นฟูสภาพตนเองในระยะแรกด้วยการบริหารร่างกายและออกกำลังกายแต่ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง ทำให้ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมที่ฟื้นฟูสภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของบุญทริก คำชาย (2553) ที่พบว่าคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง

อัมพาตครึ่งซีกมีความท้อแท้ ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันหรือบริหารร่างกาย ออกกำลังกายด้วยตนเอง เพราะคิดว่าทำแล้วไม่หาย ไม่มีกำลังใจ ท้อแท้และขาดความรู้ ความเข้าใจในการฟื้นฟูสภาพ หรือได้รับการดูแลแบบปล่อยปละละเลย ทอดทิ้ง (อภิรักษ์ พิสุทธิอาภรณ์ และคณะ, 2550) อีกทั้งเมื่ออยู่ที่บ้านหรือในชุมชนการได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขส่วนใหญ่เน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลักมากกว่าการฟื้นฟูสภาพ และไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการสอนคนพิการญาติหรือผู้ดูแลให้เข้าใจ (ศิริไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2551) นอกจากนี้พบว่าคนพิการมีส่วนร่วมในชุมชนน้อยลง อาจเนื่องจากเกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ ต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น (วรลักษณ์ ทองใบ และคณะ, 2550) โดยเฉพาะคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวระดับรุนแรง ที่เห็นคุณค่าร่างกายของตนเองในระดับต่ำ (George & Marita, 2005) ทำให้รู้สึกด้อยค่า ไม่ต้องการเข้าสังคม แต่คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวยังมีความเชื่อว่าการฟื้นฟูสภาพจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการอ่อนแรง ข้อติด ท้องผูก ฯลฯ ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว เช่น มือ แขนหรือขา สามารถกลับมาทำหน้าที่หรือเคลื่อนไหวได้มากขึ้นกว่าในปัจจุบันนี้หรือไม่เป็นอุปสรรคในการเคลื่อนไหวมากกว่าเดิมและเชื่อว่าตัวเองสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ปฏิบัติตามกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นกว่าในปัจจุบันนี้แต่การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือตนเองและฝึกปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ ฯลฯ อยู่ในระดับน้อย เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในชุมชนทั้งพยาบาลวิชาชีพ และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูในระดับปานกลาง ไม่มีความเชี่ยวชาญ อีกทั้งไม่มีแผนในการฟื้นฟูที่เป็นมาตรฐานทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือตนเองและฝึกปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน (ศิริไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2551)

การได้รับบริการและการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพจาก โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นเรื่องการฝึกบริหารกล้ามเนื้อ เนื่องจาก คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่มีปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่เป็นระบบกล้ามเนื้อและกระดูกและในปัจจุบัน โรงพยาบาลชุมชน นายายอามมีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานอยู่ประจำ ซึ่งบทบาทหน้าที่สำคัญคือการส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดรักษาและโดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว (น้อมจิตต์ นวลเนตร, 2552) ซึ่งเป็นที่ต้องการของคนพิการและญาติเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านการบริหารร่างกาย กล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว โดยมีบทบาทสำคัญในการดูแลคนพิการครอบคลุมทั้งอำเภอ พร้อมทั้งให้บริการที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ในรายที่ไม่สามารถไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนได้ จึงทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีโอกาสในการได้รับบริการด้านนี้มากขึ้น ในขณะที่เดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนได้มีการจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า รถเข็นนั่ง ให้กับคนพิการทางกายหรือ

การเคลื่อนไหวมากที่สุด สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนพิการที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว และช่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น รถเข็นนั่ง ช่วยให้คนพิการได้เคลื่อนที่ตนเองได้สะดวกขึ้น เป็นภาระต่อครอบครัว/ผู้ดูแลน้อยลง สิ่งที่ครอบครัว/ผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุดคือ การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับคนพิการ ส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพพบว่า คนในชุมชนมาเยี่ยมและให้กำลังใจ มากที่สุด เนื่องจากในพื้นที่ยังมีสภาพความเป็นอยู่แบบเครือญาติ มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการพบประสังสรรค์กันอย่างต่อเนื่อง แต่คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Roderick et al. (2001) ที่ศึกษาการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวระดับไม่รุนแรงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยจัดบริการในสถานบริการทั้งแบบพักค้างและไม่พักค้าง พบว่าคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวยังมีกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ควรต้องเพิ่มกิจกรรมทางสังคมให้มากขึ้น เพื่อช่วยพัฒนาการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

ในด้านสภาพแวดล้อมยังมีปัญหาเรื่องทางเข้าบ้านที่เป็นลูกรัง ไม่มีทางลาด ห้องน้ำที่รถเข็นนั่งไม่สามารถเข้าได้ สภาพดังกล่าวทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวซึ่งมีปัญหาในการเคลื่อนที่หรือการเคลื่อนย้ายตัวเอง บางรายใช้รถเข็นนั่งเกิดความไม่สะดวก และไม่สามารถใช้รถเข็นนั่งได้จากถนนลูกรัง และมีสภาพเป็นหลุมเป็นบ่อ เนื่องจากการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้คนพิการส่วนใหญ่ยังเน้นด้านการรักษา ดูแลทั่วไป องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเน้นด้านสังคม โดยการจัดเบี้ยยังชีพเป็นหลัก ส่วนในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมยังไม่ได้รับความสนใจ และเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการร่วมด้วย จึงทำให้สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวยังไม่เอื้ออำนวย ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเป็นอย่างมาก จะเห็นได้จากการศึกษาของ บรรณทวารวณ หิรัญเคราะห์และคณะ (2550) ในการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ความรู้การเยี่ยมบ้านซึ่งทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ผู้วิจัยพบว่า เหตุผลที่สำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวดีขึ้นเกิดจากการจัดโปรแกรมมีการศึกษาถึงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่และการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการฟื้นฟูสภาพร่วมด้วย ขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งได้เริ่มดำเนินการงานด้านปรับสภาพแวดล้อม โดยจัดงบประมาณซ่อมแซม ปรับปรุงให้ หรือประสานกับพัฒนาสังคมจังหวัดในการของบประมาณช่วยเหลือ “เจ้าหน้าที่ของผมได้ประสานงานไปพัฒนาสังคมจังหวัดได้ช่วยเหลือ ทางพัฒนาสังคมช่วยงบประมาณมาก่อนหนึ่ง มาซ่อมแซมบ้าน ห้องน้ำ” (นายกอบต.คนที่ 1) และสนับสนุนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพในด้านอื่นสอดคล้องกับ Stuart et al. (2009)

ที่ได้ศึกษา กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องในการเดินจากอัมพาตครึ่งซีกในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยการ จัดโปรแกรมการออกกำลังกาย การฝึกเดิน ทั้งที่บ้านและสถานที่ออกกำลังกาย ในชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีการฟื้นคืนเร็วขึ้น

การจัดการด้านการบริหาร ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย การกำหนดแผนงาน การจัดตั้งทีมฟื้นฟูสภาพ การกำหนดบทบาทหน้าที่และการให้การสนับสนุน จากผลการสังเคราะห์ พบว่าในองค์การบริหารส่วนตำบลจะให้ความสำคัญกับมุมมองทางสังคม (Social Disability Model) เป็นหลัก เห็นได้จากกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับคนพิการจะเป็นในเรื่องการจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นหลัก ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะให้ความสำคัญกับมุมมองทางการแพทย์ (Medical Disability Model) เป็นหลัก เห็นได้จากการกำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ให้ดูแลคนพิการด้านสุขภาพทั่วไป และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นในการจัดทำนโยบายจึงควรมองให้ครอบคลุมทั้ง 2 มุมมอง หรือใช้แนวคิด เชิงชีวะ-จิตสังคม (Bio-psychosocial Model) จะทำให้กำหนดนโยบายได้ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพในทุกมิติ

สถานการณ์ทั้งทางด้านวิทยาการระบาดและสังคม ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและสิ่งแวดล้อมและการบริหารดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวทำให้อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบเชิงชีวะ-จิตสังคม (Bio-psychosocial Model) (Mont, 2007; WHO, 2002) ขององค์การอนามัยโลกที่มองภาวะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนพิการมากกว่าความพิการที่เกิดขึ้น ครอบคลุมบูรณาการทั้งรูปแบบทางการแพทย์กับรูปแบบทางสังคมของคนพิการเข้าด้วยกัน โดยให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่ทางร่างกาย กิจกรรม การมีส่วนร่วมและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ

**2. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน**  
การพัฒนาบูรณาการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน โดยใช้ผลการศึกษาทั้งวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้โครงสร้างของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยการจัดการด้านการบริหาร 2) องค์ความรู้ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน 3) การประเมินความพิการ 4) การให้ความรู้และการฝึกทักษะในการฟื้นฟูสภาพ 5) การจัดบริการสนับสนุน และ 6) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ผู้ดูแล และชุมชนและได้แนวปฏิบัติกรฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากนั้นนำไปผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมโดยวิธีการสนทนากลุ่มของผู้มีส่วนได้เสีย ได้ข้อเสนอแนะและนำมาปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาและความเป็นไปได้โดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ได้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหว ที่มีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยการจัดการด้านการบริหาร ได้แก่ การกำหนดนโยบาย การกำหนดผู้รับผิดชอบ การจัดตั้งและพัฒนาทีมบูรณาการแบบจิตอาสา และการสนับสนุน 2) การปฏิบัติการ ประกอบด้วย การค้นหา การประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพ จำแนกระดับความพิการ คัดข้อมูลชุมชน การปฏิบัติการฟื้นฟูและบำบัด และการประเมินผลและ 3) การกำหนดผลลัพธ์ ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต โดยในรูปแบบนี้มีคู่มือ แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และอาสาสมัคร/จิตอาสา และสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวเพื่อประเมินและฟื้นฟูสภาพคนพิการ ทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่วมด้วย และนำไปทดสอบโดยการปฏิบัติจริงในพื้นที่ ซึ่งรูปแบบการ ฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่าน กระบวนการ ดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างที่นำไปทดสอบมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการ ทางกายหรือการเคลื่อนไหวนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

จากผลการทดสอบการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่ ผู้ทดสอบสามารถนำรูปแบบ ไปใช้ได้จริง อาจเนื่องจากเหตุผลสำคัญ 2 ประการ ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมและการนำไปทดสอบ โดยใน กระบวนการพัฒนารูปแบบได้ใช้การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในทุกภาคส่วน ตั้งแต่การที่ผู้มีส่วนได้เสียได้รับการคืนข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์จริงของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดความตระหนัก รับทราบปัญหา ความต้องการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ผลกระทบจากความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวของคนในชุมชนตนเองที่มีต่อครอบครัวและ ชุมชน อีกทั้งได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบ คู่มือและแนวปฏิบัติการฟื้นฟู สภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว จนได้ผลลัพธ์ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนา รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนแบบบูรณา การและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stuart et al.(2009) ที่ ศึกษาคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการในระดับน้อยถึง ปานกลาง พบว่ารูปแบบการฟื้นฟูสภาพโดยการสอนให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติที่บ้านจะช่วยให้คน พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตดีขึ้นและถ้าชุมชนมี ส่วนร่วมอย่างเหมาะสมจะช่วยให้การฟื้นฟูคืนสภาพรวดเร็วขึ้น อีกทั้งพิทยา จารุพูนผล (2552) ได้ เสนอแนะว่ารูปแบบการพัฒนาสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ควรอยู่ในรูปแบบผสมผสานทั้ง ภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน ให้มีการจัดบริการดูแลตามสิทธิ เจตคติของครอบครัวและสังคม พร้อมทั้งการเฝ้าระวังการป้องกันความพิการ สอดคล้องกับบรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ และคณะ

(2550) ที่ได้ศึกษาการปฏิบัติการของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่สุขภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินคุณภาพชีวิต การจัดกิจกรรมการพยาบาล การสอนและการสาธิตที่บ้านพบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ความสำเร็จส่วนหนึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมครอบครัวหรือผู้ดูแลในกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้กระบวนการพัฒนาจากการได้ข้อมูลสถานการณ์จริง และมีการนำรูปแบบไปทดสอบก่อน ทำให้มีการปรับและประยุกต์รูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทที่เป็น เช่น การปรับคู่มือของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการประเมินสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว เนื่องจากการประเมินของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นเพียงการประเมินเบื้องต้น ดังนั้นรูปแบบของการประเมินจากครั้งแรกให้เขียนบรรยาย ปรับเป็นการมีคำตอบให้เลือก ซึ่งทำให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านทำการประเมินได้ถูกต้องและสะดวกยิ่งขึ้น

2. ความเฉพาะเจาะจงของเนื้อหาในรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว อาจเนื่องจากเนื้อหาของรูปแบบรวมทั้งแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้จากผลการศึกษาศถานการณ์จริงในกลุ่มคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว และผู้มีส่วนได้เสียบูรณาการกับผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งได้ผ่านการศึกษาตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาแล้ว ทำให้เนื้อหาในรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีความสอดคล้องกับความต้องการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยดังนี้

### 2.1 ปัจจัยการจัดการด้านการบริหาร

2.1.1. การกำหนดนโยบาย และแผนงานของผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งประกอบด้วย คนพิการ ญาติ/ผู้ดูแล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และพยาบาลวิชาชีพในแบบมีส่วนร่วม หรือในรูปแบบของภาคีเครือข่ายแบบเป็นหุ้นส่วน ซึ่งเป็นจุดแข็งในการดำเนินงานทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง (รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2555) ช่วยลดปัญหาการมีนโยบายและการวางแผนงานที่ซ้ำซ้อนกันภายในพื้นที่ เนื่องจาก หน่วยงานทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนเหมือนกัน แต่ที่ผ่านมามีการกำหนดนโยบาย แผนงานด้านการฟื้นฟูสภาพคนพิการเป็นไปในลักษณะภายในหน่วยงานนั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชชาติ ดลเฉลิมยุทธนาและ ปิยนุช บุญทอง (2550) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีการจัดบริการ โดยสถานบริการเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสกลนครร่วมมือกับองค์กรเอกชน และหน่วยงานพัฒนาสังคมและมนุษยจังหวัด แต่เป็นการดำเนินงานแบบแยกส่วน

ขาดการประสานงานระดับนโยบาย ไม่มีการเชื่อมโยงกัน ไม่มีฐานข้อมูลร่วมกัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ทราบระบบบริการ ทำให้มีการจัดบริการที่ซ้ำซ้อน หรือบางกิจกรรมถูกละเลยไป เช่นเดียวกับ นิตยา บัวสาย (2551) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชน พบว่าผู้มีส่วนได้เสียต้องการให้มีการจัดทำแผนพัฒนาการฟื้นฟูสุขภาพคนพิการร่วมกัน ซึ่งจะทำให้สามารถวางแผนจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้ทั้งระบบ ทำให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ การประสานนโยบายและแผนงานในระดับตำบลเป็นแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและองค์กรอื่นๆ (ปริดา สังข์สว่าง, 2554) “ อบต. ก็สนับสนุนเป็นนโยบายในการช่วยบริการเรื่องรถ เพื่อส่งต่อที่โรงพยาบาลหรือทำกิจกรรม ถ้ารถว่างได้ตลอด ถ้ารถไม่ว่างหรือฉุกเฉินขอคนมาช่วยก็จะส่งมา” (ผอ. รพ. สต.คนที่ 1) ซึ่งจะช่วยเสริมงานฟื้นฟูสุขภาพให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

2.1.2. การกำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในลักษณะการทำงานเป็นทีมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งเห็นความสำคัญในภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนพิการ ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (Mont, 2007; WHO, 2002) และต้องการให้บริการครอบคลุมทั้งทางการแพทย์กับทางสังคม แต่เกิดปัญหาที่พบในปัจจุบันคือ แต่ละหน่วยงานจะมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของตนเองแต่ไม่มีการเชื่อมโยงหรือปรับร่วมกัน ทำให้มีความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานและต้องปฏิบัติงานที่ตนเองไม่มีความชำนาญ เช่น ทะเบียนข้อมูลของคนพิการ มีฐานข้อมูลทั้งในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล แต่ในการจัดทำข้อมูลแต่ละหน่วยงานจัดทำของตนเองโดยไม่ได้ใช้ฐานข้อมูลเดียวกัน นอกจากนี้ทำให้ต้องปฏิบัติงานในภาระงานที่ตนเองไม่มีความชำนาญ เช่น เมื่อพยาบาลวิชาชีพพบปัญหาคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวต้องขึ้นบันไดสูง และไม่มีราวจับ ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและอาจทำให้เกิดอันตรายต่อคนพิการได้ ต้องได้รับการปรับปรุงแต่พยาบาลวิชาชีพไม่มีความรู้ ความชำนาญด้านการทำราวจับ ทำให้การช่วยแก้ปัญหาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนพิการเป็นไปอย่างล่าช้า และไม่เหมาะสม จึงทำให้ต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบ และบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนสอดคล้องการศึกษาของ นิตยา ศรีสุวรรณ (2551) ที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสุขภาพร่วมกัน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ครอบครั/ผู้ดูแล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัคร โดยการมีส่วนร่วมกัน ทำให้ได้บทบาทและหน้าที่ที่ไม่ซ้ำซ้อนกัน ในการกำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ครอบครั/ผู้ดูแล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัคร โดยการมีส่วนร่วมกัน มีรายละเอียดดังนี้



2.1.2.1 พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้รับผิดชอบหลักงานด้านการฟื้นฟูสภาพคนพิการ โดยมีหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน หรือผู้จัดการ รายนาม ประเมินสภาพ ปัญหาและความต้องการ วางแผนฟื้นฟู กำหนดระยะเวลาการให้บริการ และการส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการฟื้นฟูต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดา สังข์สว่าง (2554) และ ศิริวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร (2551) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จะได้รับมอบหมายงานทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพคนพิการ และแนะนำกลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลว่าควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลคนพิการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้ชัดเจน รวมทั้งการประสานงาน การเชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอก นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพยังเป็นที่ต้องการของผู้สูงอายุที่มีความพิการในการเยี่ยม ฟื้นฟูสภาพที่บ้านและในชุมชนให้การดูแลเมื่อจำเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

2.1.2.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลและ ฟื้นฟูสภาพคนพิการด้วยตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง รวมทั้งหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ด้อยโอกาส โดยการสำรวจ ตรวจสอบ ค้นหา ดำเนินการ จัดทะเบียน จัดทำข้อมูลคนพิการ และช่วยเหลือในทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา สังคมและสวัสดิการ และการประกอบอาชีพ (สุเวช ทรงอยู่สุข, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา สิ้นทรัพย์ (2554) ที่พบว่า องค์กรบริหารส่วนตำบลมีการดูแลคนพิการในทุกด้าน โดยในด้านสังคมเป็นการ จัดสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ แต่ด้านการแพทย์ ยังไม่ผู้รับผิดชอบโดยตรง ดังคำสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนตำบล “งานสาธารณสุข เราไม่มีโดยตรง เลยมอบหมายรองปลัดอบต. ดูแล คอยให้การช่วยเหลือ” (นายก อบต.คนที่ 2)และจากการศึกษาของ นิตยา ศรีสุวรรณ (2551) ที่ได้มีการ กำหนดบทบาทขององค์กรบริหารส่วนตำบลตั้งแต่การรับรู้สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ สนับสนุนเครือข่าย งบประมาณและ อุปกรณ์ และสนับสนุนสวัสดิการและการช่วยเหลือด้านการสร้างอาชีพ

2.1.2.3 ครอบครัว/ผู้ดูแลคนพิการ เป็นผู้ที่มีบทบาทเป็นอย่างมากในการฟื้นฟู สภาพคนพิการ โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญคือ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการ ช่วยฟื้นฟูสภาพ ดูแลสุขภาพทั่วไป สังเกตอาการผิดปกติและนำคนพิการเข้าสู่สังคม ทำให้คนพิการ ทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรักษ์ พิสุทธิอาภรณ์ (2550) ที่ศึกษาชีวิตและความเป็นอยู่ของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว การดูแลของ

ครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีการดูแลคนพิการทั้งแบบการดูแลแบบเอาใจใส่ และการดูแลแบบปล่อยปละละเลย ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตของคนพิการเป็นอย่างยิ่ง

2.1.2.4 อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีหน้าที่ในการสำรวจ ค้นหา เชิญมาให้การดูแล ให้การช่วยเหลือในกรณีที่คนพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้กำลังใจ และช่วยกระตุ้นในการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี ประไพวัชรพันธ์ (2551) ที่ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยการใช้ทฤษฎีเสริมพลังอำนาจ พบว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยการแบ่งหลังคาเรือนดูแล มีกิจกรรมการวัดความดันโลหิต ให้คำแนะนำ ประสานงานและ ติดตามผลการดูแล ทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.1.3. การจัดตั้งและพัฒนาทีมฟื้นฟูสภาพ ในลักษณะทีมฟื้นฟูสภาพเป็นแบบ บูรณาการแบบจิตอาสาในกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย เนื่องจากงานฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเป็นงานในทั้งมิติทางการแพทย์และมิติทางสังคม ดังนั้นองค์กรที่เกี่ยวข้องดังนั้นก็ร่วมมือกันเพื่อให้คนพิการได้รับบริการครอบคลุมในทุกมิติ ในการปฏิบัติงานจริงสามารถช่วยเหลือกันและแบ่งงานกันทำ ทำให้ภาระงานของตนเองไม่หนักเกินไปและคนพิการได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความชำนาญในด้านนั้นจริง ๆ “เราจะสร้างทีมขึ้นมาพร้อมกับอสม.อีกชุดหนึ่ง ออกเยี่ยมบ้าน พยาบาลวิชาชีพ ประสานกับทาง อบต.พัฒนาชุมชน และก็มีปลัด สร้างทีมขึ้นมา เจ้าหน้าที่ไม่ได้ไปคนเดียวจะเอานักวิชาการไปด้วยไปดูสภาพบ้าน”(ผอ. รพ. สด. คนที่ 1) และในการจัดตั้งทีมควรเป็นแบบจิตอาสา เนื่องจากการปฏิบัติงานฟื้นฟูสภาพเป็นงานต่อเนื่อง ยาวนานและหลายมิติดังที่ได้กล่าวมาทำให้ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ต้องใช้ทั้งความรู้ และเวลาในการเรียนรู้ให้ความรู้และสอนทักษะการฟื้นฟูต่างๆ ในขณะที่ทีมฟื้นฟูก็มีบทบาทหน้าที่ประจำร่วมอยู่ด้วยการทำงานฟื้นฟูจึงต้องใช้พลังใจของตนเองเป็นอย่างมาก ดังนั้นถ้าเป็นงานในลักษณะจิตอาสาจะทำให้ผู้ปฏิบัติมีความสุขในการทำงาน นอกจากนี้การมีทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการบูรณาการแบบจิตอาสาเป็นเครือข่ายทำให้เกิดผลดีต่อคนพิการ คือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ได้รับความรู้และทักษะการดูแลตนเอง การฟื้นฟูทางกายและทางจิตใจ การกลับเข้าสู่สังคมและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2555)

2.1.4. การคืนข้อมูลชุมชน เป็นการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ จำนวน ประเภท ระดับความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน ปัญหาและความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและสภาพแวดล้อม ให้กับชุมชนได้รับทราบ ซึ่งแต่เดิมชุมชนไม่เคยได้รับทราบข้อมูลในภาพรวมเกี่ยวกับสถานการณ์ดังกล่าวมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทริก คำชาย (2553) ที่พบว่า

ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนองค์กรในชุมชนไม่ทราบสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง และไม่ได้รับประสานการดูแล/ช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้บางครั้งแสดงอาการที่ทำให้คนพิการหมดกำลังใจและไม่ให้ความสนใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพคนพิการ แต่เมื่อชุมชนได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวทำให้ชุมชนให้ความสำคัญ มีความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพกับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมากขึ้น

## 2.2 การปฏิบัติการ

2.2.1. การค้นหา เป็นกระบวนการเริ่มแรกที่สำคัญจะช่วยให้เข้าถึงบริการได้ เนื่องจากคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมักมีปัญหาและอุปสรรคในการเคลื่อนย้ายตนเอง และพาหนะในการเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพ จึงทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพได้ จากการศึกษาของ พิสมัย ไชยประสพ (2551) พบว่ากิจกรรมการค้นหา เป็นกิจกรรมที่ได้กำหนดให้ อสม. เป็นผู้ดำเนินการเบื้องต้นเพื่อที่จะช่วยคัดกรองให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้เข้าถึงบริการการฟื้นฟูสภาพมากที่สุด นอกจากนี้กิจกรรมการค้นหาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้กระบวนการดำเนินงานฟื้นฟูสภาพคนพิการสามารถดำเนินไปอย่างยั่งยืนได้ (พิชาติ คลเจติมยุทธนาและ ปิยนุช บุญกอง, 2550)

2.2.2. การประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อการฟื้นฟูสภาพ เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการของคนพิการ ญาติ/ผู้ดูแล ชุมชนและผู้มีส่วนได้เสียในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยการประเมินปัญหาใช้กระบวนการวิเคราะห์ตามแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพและการดูแลตนเอง การประเมินภาวะแทรกซ้อน การประเมินสภาพสิ่งแวดล้อม และการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านกายภาพ และสิ่งแวดล้อม และนำวางแผนการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการนิดา บัวสาย (2551)

2.2.3. การจำแนกระดับความพิการ เป็นการระบุระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการเพื่อให้สามารถวางแผนกิจกรรม กำหนดระยะเวลาการเยี่ยมและฟื้นฟูสภาพได้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรักษ์ พิสุทธิอาภรณ์ และคณะ (2550) ที่ได้ศึกษาชีวิตความเป็นอยู่ของคนพิการด้านการเคลื่อนไหว พบว่าในด้านชีวิตความเป็นอยู่สามารถแบ่งการดูแลและช่วยเหลือคนพิการจากครอบครัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามระดับความรุนแรงของความพิการ ได้แก่ คนพิการระดับรุนแรง จะได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่าง

สมบูรณ์ เช่น ป้อนอาหารให้อาบน้ำ ส่วนคนพิการระดับน้อยลงมาจะได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นบางส่วนที่ทำได้ เช่น เตรียมอาหารวางไว้ให้เตรียมอุปกรณ์การถ่ายให้ เช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลคนพิการ

2.2.4. การกำหนดกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและบำบัดที่ชัดเจนตามระดับความพิการ โดยจัดทำเป็นแนวปฏิบัติที่ระบุขั้นตอนการดำเนินการ สถานที่ ระยะเวลา และการประเมินผลชัดเจน พร้อมทั้งคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ คู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวสำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คู่มืออาสาสมัคร/จิตอาสาฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว และสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเพื่อประเมินและจัดการดูแลและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพและทีมฟื้นฟูสามารถปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูอย่างเป็นมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทรirk คำชาย (2553) และ ศิวีไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร (2551) พบว่าในระบบบริการการฟื้นฟูสภาพไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาดำเนินการ ขั้นตอนกิจกรรมและการประเมินผลเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้าน แต่หลังจากมีการจัดแนวทางการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ทำให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง มีความพึงพอใจ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. การกำหนดผลลัพธ์ การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีเป้าหมายหลักเพื่อฟื้นคืน ให้ดีขึ้น หรือการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ในระดับสูงสุดของร่างกาย ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นผลจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ประเมินความก้าวหน้าในการให้บริการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการฟื้นฟูสภาพคนพิการขององค์การอนามัยโลก (Mont, 2007; WHO, 2002) ที่เน้นการทำหน้าที่ทางร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนพิการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bachman et al. (2008) Crotty et al. (2008) ที่ใช้การประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟูในด้านร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับเป็นซ้ำ และด้านสังคม ได้แก่ คุณภาพชีวิต

### 3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน

ผลจากการนำรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปใช้ในครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย คู่มือสำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คู่มือสำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/จิตอาสา และสมุดบันทึก

ประจำตัวเพื่อการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว และแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการลดลง ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จากจำนวน 17 ราย ลดลงเหลือ 15 ราย และระบบทางเดินอาหาร จำนวน 5 ราย ลดลงเหลือ 4 ราย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.49, df=19, p < .05$ ) และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 6.27, df=19, p < .001$ )

ประสิทธิผลหลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวพบว่า

3.1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการลดลงหลังจากได้รับการฟื้นฟูสภาพตามรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการ โดยระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากจำนวน 17 ราย ลดลงเหลือ 15 ราย และระบบทางเดินอาหารจำนวน 5 ราย ลดลงเหลือ 4 ราย เนื่องจากคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวยังมีความเชื่อว่าการฟื้นฟูสภาพจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการอ่อนแรง ข้อติด ท้องผูก ฯลฯ และรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนแบบบูรณาการ ได้กำหนดให้มีการพัฒนาทีมฟื้นฟูสภาพในด้านความรู้ ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การบริหารเพื่อการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ และการฝึกทักษะ ได้แก่ วิธีการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การบริหารข้อต่อต่างๆ เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ สอดคล้องกับผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Jamtvedt et al. (2008) ที่พบว่า การออกกำลังกายจะช่วยลดความเจ็บปวดและช่วยให้การทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น และจากการศึกษา Colleen, Louise, Roger, and Nicholas. (2004) ในเรื่องการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเกิดจากการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยการกำหนดรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นและทำให้ร่างกายทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย นอกจากนี้การมีแนวทางการดูแล/การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในเรื่องการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย การทำจิตใจให้สงบและการพักผ่อน เป็นต้น นอกจากนี้ในแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน กำหนดกิจกรรม ระยะเวลา อย่างชัดเจนในกลุ่มคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในแต่ละระดับ ทำให้ทีมฟื้นฟูสภาพสามารถนำไปปฏิบัติได้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทรึก คำชาย

(2553) ในการศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และวางแผนการให้บริการ โดยการกำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้และฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตแก่ผู้ดูแลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ประสานความร่วมมือกับองค์กรในชุมชน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เช่น ข้อติด แผลกดทับ เป็นต้น

3.2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) หลังจากได้รับการฟื้นฟูสภาพตามรูปแบบการฟื้นฟูสภาพฯ เนื่องจาก รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน ได้กำหนดให้มีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว นำมาแบ่งเป็นระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจัดกิจกรรมการฟื้นฟูตามระดับความสามารถของคนพิการซึ่งมีรายละเอียดทั้งในส่วนของวิธีการ ระยะเวลาและผู้ดำเนินการ ทำให้ทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการสามารถฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสม คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริง อีกทั้งในการดำเนินกิจกรรม ครอบครัว/ผู้ดูแลชุมชนมีส่วนร่วมในทีมฟื้นฟูสภาพด้วยทำให้ได้รับกำลังใจ และการกระตุ้นในการฝึกอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Stuart et al. (2009) ในการจัดโปรแกรมกิจกรรมทางกายโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง ในกลุ่มที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกระดับน้อยถึงปานกลางที่มีความบกพร่องในการเดินที่กลับไปอยู่ที่บ้าน โดยใช้โปรแกรมที่เน้นด้านการศึกษาความรู้ด้านออกกำลังกายและฝึกปฏิบัติกิจกรรมออกกำลังกายที่บ้านและโรงยิมส์ ลักษณะของโปรแกรมเป็นการออกกำลังกายด้วยการเดิน การนั่งและการยืน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และติดตามผลทุก 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าในด้านความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่ถ้าชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น

3.3. คุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) เนื่องจากรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน มีเป้าหมายที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการให้ดีขึ้น การจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ซึ่งครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านการแพทย์และสังคม มีการศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเอง การรับรู้ตนเองเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเอื้ออำนวยความสะดวกในการรับบริการ การปรับสิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมของชุมชน และ

ในด้านการบริหาร ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงานและกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่วมกัน โดยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ช่วยให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Naylor et al. (2007) ซึ่งศึกษารูปแบบการดูแลคนพิการระดับรุนแรงที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติดำเนินงานเป็นผู้ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเน้นกลยุทธ์การชี้แนะไปที่ตัวบุคคล ผู้ดูแล เพื่อการแก้ปัญหาและจัดการปัญหาทางสุขภาพและทางสังคมตามความต้องการและเป้าหมายของแต่ละคน มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ พัฒนาทีม จัดทำคู่มือ ซึ่งกิจกรรมหลักเน้นการปรับปรุงหน้าที่และป้องกันภาวะแทรกซ้อน และจัดการสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ทำการทดสอบก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่าคนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนั้นในรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการ ยังส่งเสริมให้มีการสนับสนุนของครอบครัว สังคม ระบบบริการสุขภาพที่ดี และการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับความพิการ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bachman et al. (2008) ที่ศึกษารูปแบบการจัดการดูแลผู้ใหญ่ที่มีความพิการและโรคเรื้อรัง ใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานและจัดบริการที่บ้านของคนพิการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นผู้ดำเนินงาน มีพยาบาลเวชปฏิบัติ และผู้ให้คำปรึกษาเป็นทีมบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้คนพิการได้รับบริการตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการ จึงทำให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน ศิวิไลซ์ วรรณวิจิตร (2551) ได้ศึกษาการพัฒนาตัวแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการในระดับปฐมภูมิ พบว่าการมีแนวทางการบริการ รายละเอียดด้านกิจกรรมบริการ ความถี่การให้บริการ ขั้นตอนการบริการมาตรฐานการฟื้นฟูที่ชัดเจนจะช่วยให้ผู้มีส่วนได้เสียในการฟื้นฟูสภาพปฏิบัติงานได้ดี ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลและฟื้นฟูสภาพคนพิการมีประสิทธิภาพ และคนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

### ข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน ส่งผลให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้รับการฟื้นฟูสภาพ มีภาวะแทรกซ้อนลดลง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ข้อเสนอจากผลการศึกษา มีดังต่อไปนี้

## 1. ด้านการปฏิบัติ

1.1. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว คู่มือและแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ไปใช้ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในพื้นที่ได้

1.2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำผลการทบทวนบทบาทหน้าที่ และกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปกำหนดบทบาทหน้าที่และกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในหน่วยงานได้

## 2. ด้านการศึกษา

2.1. คณาจารย์ในสถาบันการศึกษา ควรนำเนื้อหาในแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมาสอนนักศึกษา ในหัวข้อการพยาบาลฟื้นฟูสภาพคนที่มีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวของวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติได้

2.2. สถาบันการศึกษา ควรนำเนื้อหาไปถ่ายทอด หรือฝึกอบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/จิตอาสา และครอบครัวในเรื่องการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้ โดยใช้คู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

## 3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1. ควรศึกษาติดตามประเมินผลลัพธ์รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน ในระยะยาว

3.2. ควรศึกษาเปรียบเทียบการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนในกลุ่มคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน

3.3. ควรศึกษาติดตามความยั่งยืนของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน

3.4. ควรศึกษาการนำรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนไปใช้ในพื้นที่อื่น



## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต (2553). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI). Retrieved 29 กันยายน 2553 :  
<http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/>
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). *ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- กลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลนายายอาม. (2554, 1 เมษายน). รายงานคนพิการโรงพยาบาลนายายอาม.
- กฤษฎา พิรเวช. (2552). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *คู่มือ ชัยวานิชศิริและวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล (บรรณาธิการ), ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษณะ แก้วมุล. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *พุทธชินราชเวชสาร*, 24(1), 5-14.
- กลุ่มสถิติสังคม. (2551). *การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (2550). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- คณะทำงานแผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย (ม.ป.ป.). *ก้าวอย่างและทางเดิน: สรุปผลการดำเนินงานในระยะที่ 2 แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย 2548-2551*. นนทบุรี: แกรนด์ เอ็ม.เอส.กรุ๊ป.
- คณะอนุกรรมการจริยธรรมสภาการพยาบาล. (2551). *แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- ขนิษฐา นันทบุตร, กล้าเผชิญ โชคบำรุง, กนิษฐา อรรถควาไสย์, นิลภา จิระรัตนวรรณ, จงกลจันทร์ศิริ, วิราวรรณ คล้ายหิรัญ, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, แสงเดือน แห่งทองคำ, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, สุคนธ์ วรรณระอมร, จิตรศิริ ชันเงิน, ประวาลี โอภาสนันท์, และปริญญา สารธิดา. (2550). *บทสังเคราะห์นวัตกรรมการสู่ยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: อูษาการพิมพ์.

- ชิดชนก เอกวัฒนกุล, ภัทรารุช อินทรกำแหง. (2552). ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม เอสเอฟ – 36 ฉบับภาษาไทยปรับปรุง พ.ศ. 2548 ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 19(2), 63-67.
- ทศพร คำผลศิริ. (2549). โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่มีโรคชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. *คุษฎีนิพนธ์พยาบาลศาสตรคุษฎีบัณฑิต*, สาขาพยาบาลศาสตร, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวี เชื้อสุวรรณทวิ. (2545). การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในอำเภอพุทธมณฑล: ความเป็นไปได้ จุดอ่อน จุดแข็งของชุมชน. *สารวิจัยเพื่อคนพิการ*, 2(3), 38.
- นิตยา บัวสาย. (2551). การพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน:กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เขตอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา ศรีสุวรรณ, ผกาญาติต์ เลิศคุณ, สุจิรา ถมพิรา และสร้อย อนุสรณ์ธิกุล. (2547). ผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวที่มีผู้พิการทางการเคลื่อนไหว: การใช้ CFAM และ CFIM. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 27(2), 10-16.
- บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์ และพวงพยอม ปัญญา (2550). ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร*, 34(1), 110-120.
- บุญทริก คำชาย (2553). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*, สาขาการพยาบาลชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุษกร โลหารชุน, ปานจิต วรรณภีระ, จินตนา ปาลิวนิช และกัญญารัตน์ คำจูน. (2551) ความน่าเชื่อถือของการประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย. *พุทธชินราชเวชสาร*, 25(3), 842-851.
- บัณฑิต พลแก้ง. (2552). การใช้บริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดชัยภูมิ. *วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต*, สาขาบริหารสาทรณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปราณี ประไพวัชรพันธ์. (2551). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรบือ จังหวัดนครราชสีมา. *วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต*, สาขาการพัฒนาสุขภาพชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

- ปรีดา สังข์สว่าง. (2554). กลยุทธ์การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีนอมนัยใน  
จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาบริหารสาธารณสุข,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชาติ คลเฉลิมยูธนา และปิยนุช บุญกอง. (2550). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางการ  
เคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลสกลนคร. *ศรีนครินทร์เวชสาร*,  
22(2), 120-126.
- พิทยา จารุพูนผล. (2552). การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้พิการแบบครบวงจร:  
สถานการณ์ ภาคีเครือข่าย รูปแบบการพัฒนา องค์ความรู้ การประยุกต์ใช้องค์ความรู้  
การประเมินผลและการจัดการความรู้. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิสนุ ฟองศรี. (2553). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ด้านสุทธา  
การพิมพ์.
- เพ็ญศรี สิริวรารมย์. (2550). สภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่  
บ้านในอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- แพรว เอี่ยมน้อย. (2550). การสนับสนุนทางสังคมของผู้พิการทางร่างกายในจังหวัดนครปฐม.  
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, บัณฑิต  
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี สรรเสริญ, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, สมพร รักความสุข, วรรณรัตน์ ลาวัง และเบญจวรรณ  
ทิมสุวรรณ. (2555). การพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็น  
หุ้นส่วน: กระบวนการ WE CAN DO by TIM. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 5(3),  
17-36.
- รัชณี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, รจนา ปุณโณทก, ชุติมา ฉันทมิตโอภาส,  
และยุวดี รอดจากภัย. (2551). การถอดบทเรียนการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ  
คนพิการในสถาน บริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน. *ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- ถ้ายอง นกหงษ์. (2546). บทบาทพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีโรงพยาบาลชุมชนแห่ง  
หนึ่งในจังหวัดชลบุรี เป็นคู่สัญญาหลัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ  
บริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วรรณดี ปัญญวรรณศิริ. (2551). *การศึกษาแนวคิด สภาพการดำเนินชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพัฒนาสังคมและมนุษย์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วรลักษณ์ ทองใบ, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2550). *ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยอยู่ในตำบลแสนตอ อำเภอขามเฒ่าจังหวัดกำแพงเพชร*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1, 72-84.
- วาสนา สิ้นทรัพย์. (2554). *บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตำบลเขื่อนคำแก้ว อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี*. รายงานการศึกษาอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัชรารวี ไร่ไพบูลย์, อาทร ไร่ไพบูลย์, กัญญารัตน์ พลสูงเนิน, & Berg, B., V. (2550). *การดูแลผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างไม่เป็นทางการ*. *วารสารกรมการแพทย์*, 32, 473-485.
- วิจิตร เชาวน์พานนท์ และสุวรรณ วิภาคสงเคราะห์. (2550). *การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ สถาบันประสาทวิทยา*. *วารสารกองการพยาบาล*, 34(3), 7-21.
- วิรากรณ์ ชัดสี. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อการพึ่งตนเองของคนพิการ ตำบลป่าแดด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารท้องถิ่น, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีสุดา รัศมีพงศ์. (2549). *การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2551). *การพัฒนาตัวแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในระดับปฐมภูมิ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สถาบันประสาทวิทยาชมรมพยาบาลโรคประสาทแห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2550)*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บก). *การสาธารณสุขไทย 2551-2553, 2554*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สุเวช ทรงอยู่สุข. (2550). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยองค์การบริหารส่วนตำบล เขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพรรณิ วิชกุล. (2546). *บทบาทพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานปลัดกระทรวง. (2550). *การสาธารณสุขไทย 2548-2555*. สรุปรายงานสถานการณ์สาธารณสุขไทย. กระทรวงสาธารณสุข: ม.ป.พ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2550). *พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550*: ม.ป.ท.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *แนวทางการดำเนินงานการรณรงค์ตรวจประเมิน และจดทะเบียน เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปีงบประมาณ 2550*. นนทบุรี: ยี่มสี่ของมูลนิธิคนพิการไทย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553*. นนทบุรี: ม.ป.ท.
- สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. (2547). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ฝ่ายกาย*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ. (2550). *คู่มือคนพิการ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2553). *รายงานประจำปี 2552*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อรทัย เจียวเจริญ, สุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, วัชราริ้วไพบูลย์, ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร และยศ ตีระวัฒนานนท์ (2552). *การจัดกลุ่มโรคร่วมและทางเลือกในการจ่ายเงินสำหรับการบริการผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันของประเทศไทย*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อณรรักษ์ ทองสุก. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์, สายัณห์ ตรีผล และพิสิทธิ์ ภูมิพันธ์ผล. (2550). ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว: การดูแลของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 18(2), 43-53.
- อ้อมใจ แก้วประหลาด. (2551). การศึกษาการดูแลต่อเนืองที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อารยา สิงห์สวัสดิ์. (2553). นโยบายคนพิการ. วันที่ค้นข้อมูล 13 พฤศจิกายน 2553, เข้าถึงได้จาก <<http://www.thaihealth.or.th/node/4746>>
- อุไรวรรณ จาริก (2551). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชน โคราชมะ โมเรียล จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- America Nurses Association. (2004). *Nursing: Scope and Standards of Practice*. Maryland: Nursesbooks.
- Allender, J. A., & Spradley, B. W. (2005). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Burton, C., & Gibbon, B. (2005). Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 640-650.
- Clifton, D. W. (2005). *Physical Rehabilitation's Role in Disability Management: Unique Perspectives for Success*. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Colleen, G. C., Louise A., Roger, A. and Nicholas, J. O'Dwyer. (2004). Loss of strength contributes more to physical disability after stroke than loss of dexterity, *Clinical Rehabilitation*, 18, 300-308.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2007). *Designing and conducting mixed methods and research*. Thousand Oaks, California: SAGE.
- Dalley, J., & Sim, J. (2001). Nurses' perception of physiotherapists as rehabilitation team members. *Clinical Rehabilitation*, 15, 389.

- DeLisa, J. A., Martin, G. M., & Currie, M.,D. (1993). Rehabilitation Medicine:Past, Present, and Future. In J. A. DeLisa (Ed.), *Rehabilitation Medicine: prinples and practice*. (2nd ed., pp. 3-12). Philadelphia,Pennsylvania. J.B. Lippincott.
- Derstine, J. B., & Hargrove, S. D. (2001). *Comprehensive Rehabilitation Nursing*. Philadelphia, Pennsylvania : W.B. Saunders.
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2009). *Holistic Nursing: A Handbook for Practice* (5th ed.). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, LLC.
- Disability and Rehabilitation Team (DAR). (2008). *Disability report*. Retrieved June 10, 2008, from [http://www.WHO.int/disabilities/publications/dar\\_world\\_report\\_concept\\_note.pdf](http://www.WHO.int/disabilities/publications/dar_world_report_concept_note.pdf).
- Dittmar, S. (1989). *Rehabilitation Nursing: Process and Application*. St.Louis, Missouri: C.V. Mosby.
- Fridlund, B. (2002). The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 15-18.
- George, T. & Marita, P. M. (2005). The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology and Health*, 20(5), 637–650.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mayfield: CA.: Mountain View.
- Greenwood, D. J., & Levin, M. (2005). Reform of the social sciences and of universities through action research. In N. K.Denzin & Y. S.Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 43-64). Thousand Oaks, California: SAGE.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6th ed.). New Jersey: Peason Education.
- Hawkey, B., & Williams, J. (2001). Rehabilitation: The nurse's role. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5, 81-88.
- Hoeman, S. P. (2008). *Rehabilitation Nursing: Prevention, Intervention, and Outcome* (4th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Hunt, R. (2009). *Introduction to Community-based Nursing*. (4 th ed.). Philadelphia,PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Jennifer, S. B., Jessie, M. V. (2002). Physical Impairment and Disability: Relationship to Performance of Activities of Daily Living in Community-Dwelling Older Men *Physical Therapy*. 82 (8), 752-761.
- Jamtvedt G, Dahm KT, Christie A, Moe RH, Haavardsholm E, Holm I, & Hagen KB. (2008) Physical therapy interventions for patients with osteoarthritis of the knee: an overview of systematic reviews. *Physical Therapy*, 88, 123-136.
- Kneafsey, R., Long, A. F., & Ryan, J. (2003). An exploration of the contribution of the community nurse to rehabilitation. *Health and Social Care in the Community*, 11(4), 321-328.
- Kneafsey, R. (2007). An exploration of the contribution of the community nurse to rehabilitation. *Health and Social Care in the Community*, 11(4), 321-328.
- King, G., Willoughby, C., Specht, J. A., & Brown, E. (2006). Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities. *Qualitative Health Research*, 16(7), 902-925.
- Kroll, T. (2008). Rehabilitative needs of individuals with spinal cord injury resulting from gun violence: The perspective of nursing and rehabilitation professionals. *Applied Nursing Research*, 21, 45-49.
- Long, A. F., Kneafsey, R., & Ryan, J. (2003). Rehabilitation practice: challenges to effective team working. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 663-673.
- Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J., & Berry, J. (2002). Exploring qualified nurses' perceptions of the relevance of education in preparation for their role in rehabilitation. *Nurse Education Today*, 22, 136-143.
- Lutz, B. J., & Bowers, B. J. (2005). Disability in Everyday Life *Qualitative Health Research* 15(8), 1037-1054.
- McColl, M. A., Shortt, S., Godwin, M., Smith, K., Rowe, K., O'Brien, P. (2009). Models for Integrating Rehabilitation and Primary Care: A Scoping Study. *Arch Phys Med Rehabil*, 90, 1523-1531.
- McNEIL, J. (2009). *Disability*. Retrieved 2 April 2009, from <http://www.census.gov/population/www/pop-profile/disabil.html>.
- Mont, D. (2007). *Measuring Disability Prevalence*. (SP discussion paper, no 0706).



- Nagi, S. Z. (1991). Disability Concepts Revisited: Implications for Prevention. In A. M. Pope & A. R. Tarlov (Eds.), *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention* Washington, D.C.: National Academy Press.
- Naylor, M. D., Knoble, S. R., Robinson, K. M., Bowles, K. H., & Maislin, G. (2007). Community-Based Care Model for High-Risk Adults with Severe Disabilities. *Home Health Care Management Practice, 19*, 255-266.
- Newell, C. (2000). Biomedicine, genetics and disability: reflections on nursing and a philosophy of holism. *Nursing Ethics, 7*(3), 227-236.
- Nolan, M., & Nolan, J. (1999). Rehabilitation, chronic illness and disability: the missing elements in nurse education. *Journal of Advanced Nursing, 29*(4), 958-966.
- Nolan, J., Nolan, M., & Boot, A. (2001). Developing the nurse's role in patient education: rehabilitation as a case example. *International Journal of Nursing Studies, 38*, 163-173.
- Pearson, R. E. (1990). *Counseling and Social Support*. California: Sage Publications.
- Polit, D. F. (1996). *Data Analysis & Statistics for Nursing*. Appleton & Lange. (p143)Stamford, Connecticut.
- Pryor, J., & Smith, C. (2002). A framework for the role of Registered Nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia. *Journal of Advanced Nursing, 39*(3), 249-257.
- Salvador-Carulla, L., & Gasca, V. I. (2010). Defining disability, functioning, autonomy and dependency in person-centered medicine and integrated care. *International Journal of Integrated Care, 10*, 69-72.
- Schoen, B., Shannon, C. D., & Tansey, T. N. (2009). The Effect of Contact, Context, and Social Power on Undergraduate Attitudes Toward Persons with Disabilities. *Journal of Rehabilitation, 75*(4), 11-18.
- Scullion, P. A. (2010). Models of disability: their influence in nursing and potential role in challenging discrimination. *Journal of Advanced Nursing, 66*(3), 697-707.
- Shumway-Cook, A., Stewart, A., & L., F. (2003). Environmental components of mobility disability in community-living older persons. *The American Geriatrics Society, 51*(3), 393-398.

- Shumway-Cook, A., Patla, A., Stewart, A., Ferrucci, L., Ciol, M. A., & Guralnik, J. M. (2003). Environmental components of mobility disability in community-living older persons *The American Geriatrics Society*, 51(3), 393-398.
- Smeltzer, S. C. (2007). Improving the health and wellness of persons with disabilities: A call to action too important for nursing to ignore. *Nursing Outlook*, 55, 189-195.
- Stryker, R. (1977). *Rehabilitative Aspects of Acute and Chronic Nursing Care* (2nd ed.). Philadelphia, PA : W.B. Saunders.
- Tumbull, H. R., & J. Stowe, M. (2001). Five Models for Thinking About Disability: Implications for Policy Responses. *Journal of Disability Policy Studies*, 12(3), 198-205.
- Vesellnoa, C. (2013). Understanding physical disability. *Nursing & Residential care*, 15(3), 161-164.
- White, S., Wojcicki, T., & McAuley, E. (2009). Physical activity and quality of life in community dwelling older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(10), 1-7.
- World Health Organization. (2010). *Community-Based Rehabilitation: CBR Guidelines*. Malta: WHO Press.
- Zigheymat, F., Ebad, A., Mehdizadeh, S., Niknam, Z., (2009). Effect of education based on “precede-proceed” model on knowledge, attitude and behavior of epilepsy patients. *Journal of Behavioral Sciences*, 3(3), 223-229.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถามในการวิจัย

### เรื่อง การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ซึ่งจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวต่อไป ฉะนั้น ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการให้ข้อมูลตามแบบสอบถามตามความเป็นจริง ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบให้ทั้งหมดจะถือเป็นความลับและจะถูกนำเสนอผลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

สำหรับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย

- |           |  |
|-----------|--|
| ส่วนที่ 1 | แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป  |
| ส่วนที่ 2 | แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการ                   |
| ส่วนที่ 3 | แบบสอบถามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน                 |
| ส่วนที่ 4 | แบบประเมินสถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน    |
| ส่วนที่ 5 | แบบประเมินสภาพสิ่งแวดล้อม  |
| ส่วนที่ 6 | แบบการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว |
| ส่วนที่ 7 | แบบประเมินคุณภาพชีวิต  |

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดีมา ณ โอกาสนี้

จิรพรรณ โพธิ์ทอง  
ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและ/ หรือเติมค่าลงในช่องว่าง

- 1.1 เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
- 1.2 ปัจจุบันท่านอายุ ..... ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)
- 1.3 บ้านเลขที่.....หมู่.....ต..... อ.นายายอาม จ.จันทบุรี
- 1.4 สถานภาพสมรสในปัจจุบัน ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า
- 1.5 สถานะทางสังคม ( ) หัวหน้าครอบครัว ( ) สมาชิกในครอบครัว
- 1.6 สำเร็จการศึกษาชั้นสูงสุดระดับ  
( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา ( )

ประกาศนียบัตร

( ) ปริญญาตรี หรือสูงกว่า ( ) อื่นๆ ระบุ .....

1.7 โรคเรื้อรังที่เป็นก่อนเกิดมีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่

( ) โรคหลอดเลือดและสมอง ระบุชื่อโรค .....

( ) โรคกระดูกและข้อ ระบุชื่อโรค .....

( ) โรคอื่นๆ ระบุชื่อโรค .....

1.8 สภาพหรือลักษณะความพิการที่เห็น ระบุ.....

1.9 ระยะเวลาที่มีความพิการ.....ปี.....เดือน

1.10 .....

1.12 ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) ประกอบอาชีพเดิม ( ) เปลี่ยนอาชีพใหม่

โปรดระบุเหตุผลที่เปลี่ยน/หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ .....

1.13 ท่านต้องการการส่งเสริม/ฟื้นฟูด้านอาชีพหรือไม่

( ) ไม่ต้องการ ( ) ต้องการ

1.14 .....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการ

คำชี้แจง ขอให้ท่านบอก อาการที่เกิดขึ้นหลังจากท่านมีปัญหาทางกายหรือการเคลื่อนไหวตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบันนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่เป็นคำตอบ

ข้อความ	ภาวะแทรกซ้อน	
	ไม่มี	มี
1. เจ็บปวดกล้ามเนื้อ บริเวณ .....		
2. เจ็บปวดตามข้อ บริเวณ .....		
3. ข้อบวม ระบุอวัยวะที่มีอาการ.....		
4. กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง ระบุ.....		
5. การทรงตัวที่ผิดปกติ/เสียการทรงตัว		
6. ....		
.....		
17. แผลกดทับ ระบุบริเวณที่มีอาการ		

ถ้าได้รับการฟื้นฟูสภาพให้ตอบคำถามในข้อ 18-19 แต่ถ้าไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพให้ข้ามไป  
ตอบในส่วนที่ 3

- 18. ....
- 19. ....
- 20. ....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
 คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของท่าน  
 กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องกิจกรรมที่ท่านปฏิบัติได้ดีที่สุดในขณะนี้ตามความเป็นจริง

หมวดกิจกรรม	ระดับความต้องการการช่วยเหลือ				ทำได้เอง
	ทำไม่ได้เลย	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ต้องการความ ช่วยเหลือ บางส่วน	ต้องการความ ช่วยเหลือ เล็กน้อย	
1. การดูแลสุขลักษณะ ส่วนตัว	( )	( )	( )	( )	( )
2. การอาบน้ำ	( )	( )	( )	( )	( )
3. การกินอาหาร	( )	( )	( )	( )	( )
4. การใช้ห้องน้ำ	( )	( )	( )	( )	( )
5. การใส่เสื้อผ้า	( )	( )	( )	( )	( )
6. การควบคุมการถ่าย อุจจาระ	( )	( )	( )	( )	( )
7. การควบคุมการปัสสาวะ	( )	( )	( )	( )	( )
8. การเคลื่อนที่ หรือการใช้รถเข็นนั่ง	( )	( )	( )	( )	( )
9. การเคลื่อนย้าย	( )	( )	( )	( )	( )
10. การขึ้นลงบันได	( )	( )	( )	( )	( )



ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว  
คำชี้แจง ให้ท่านระบุว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพทางกายหรือ  
 การเคลื่อนไหวของท่านอยู่ในระดับใด กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของ  
 ท่าน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังต่อไปนี้

มากที่สุด	หมายถึง	พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติได้เป็นประจำทุกวัน
มาก	หมายถึง	พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติได้ประมาณ 4-5 วัน/สัปดาห์
ปานกลาง	หมายถึง	พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติได้ประมาณ 3 วัน/สัปดาห์
น้อย	หมายถึง	พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติได้ประมาณ 1 วัน/สัปดาห์
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	พฤติกรรมที่ท่านไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ได้

พฤติกรรม	ระดับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ				
	ไม่ได้ปฏิบัติ	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพตนเอง					
1. ท่านบริหารโดยการเกร็งกล้ามเนื้อในส่วนที่มีการอ่อนแรงหรือมีปัญหาในการเคลื่อนไหว นาน 10 วินาที อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	( )	( )	( )	( )	( )
2. ท่านได้มีการบริหารเคลื่อนไหวข้อที่มีปัญหาด้วยตนเอง/ผู้ดูแลจับหรือพยุงให้มีการขยับหรือเคลื่อนไหว อย่างน้อย 10-20 ครั้ง วันละ 2 รอบ	( )	( )	( )	( )	( )
3. ....	( )	( )	( )	( )	( )
9. ....	( )	( )	( )	( )	( )
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
1. ท่านออกกำลังกล้ามเนื้อโดยเกร็งมือ แขน และขา นาน 10 วินาที อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	( )	( )	( )	( )	( )
2. ....	( )	( )	( )	( )	( )
3. ....	( )	( )	( )	( )	( )
11. ....	( )	( )	( )	( )	( )



ปัจจัย	ระดับความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ร่างกายให้ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้มากขึ้นกว่าในปัจจุบันนี้					
3. ....					
4. ....					

ปัจจัย	ระดับการรับรู้				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือ ตนเอง					
1. ท่านทราบการจัดทำที่เหมาะสมถูกต้องและ เหมาะสม	( )	( )	( )	( )	( )
2. ท่านทราบวิธีใช้/ดัดแปลงอุปกรณ์ที่ถูกต้องและ เหมาะสม	( )	( )	( )	( )	( )
3. ....					
11. ....	( )	( )	( )	( )	( )

ปัจจัย	ไม่ได้รับ		จำนวนครั้งที่ได้รับการฝึก
	ไม่ได้รับ	ได้รับ	
การได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองและการ ฟื้นฟูสภาพ			
1. ท่านได้รับการฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ ฯลฯ	( )	( )	.....
2. ....	( )	( )	.....
3. ....	( )	( )	.....
4. ....	( )	( )	.....

การได้รับบริการและการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพจาก หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน	การจัดบริการ	
	ไม่มี	มี
1. สถานบริการทางสุขภาพของรัฐ เช่น โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	( )	( )
2. สถานบริการสุขภาพของรัฐ มีระบบการส่งต่อเพื่อไปรับบริการฟื้นฟูสภาพ	( )	( )
3. ....	( )	( )
10. ....	( )	( )

การมีส่วนร่วม	ระดับความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพ</b>					
1. ครอบครัว/ผู้ดูแลสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน	( )	( )	( )	( )	( )
2. ครอบครัว/ผู้ดูแลช่วยเหลือท่านในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	( )	( )	( )	( )	( )
3. ....	( )	( )	( )	( )	( )
4. ....	( )	( )	( )	( )	( )
<b>การมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพ</b>					
1. ครอบครัว/ผู้ดูแลเยี่ยมและให้กำลังใจท่าน	( )	( )	( )	( )	( )
2. ครอบครัว/ผู้ดูแลชมเชยเมื่อท่านบริหารร่างกายหรือฝึกปฏิบัติทำกิจกรรมต่างๆ	( )	( )	( )	( )	( )
3. ....	( )	( )	( )	( )	( )
6. ....	( )	( )	( )	( )	( )

ส่วนที่ 7 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วกา ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแยะมาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยไม่พอใจ หรือรู้สึกแยะปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยะกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดรู้สึกว่าสมบูรณ์พอใจมาก

คุณภาพชีวิต	ระดับความรู้สึก				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	( )	( )	( )	( )	( )
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนัก เพียงใด	( )	( )	( )	( )	( )
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันทั้งเรื่องงานหรือชีวิตประจำวัน	( )	( )	( )	( )	( )
4. ....	( )	( )	( )	( )	( )
5. ....	( )	( )	( )	( )	( )
.....	( )	( )	( )	( )	( )
26.....	( )	( )	( )	( )	( )

๕๕๕๕๕๕ ด้วยความขอบคุณอย่างสูง ๕๕๕๕๕๕

แบบสัมภาษณ์กึ่ง โครงสร้าง (Semi-structure interview)

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแบบจำลอง PRECEDE ในด้านการบริหาร ประกอบด้วย เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย การวางแผน จัดสรรทรัพยากรสิทธิประโยชน์ การกำหนดบทบาท หน้าที่และ กิจกรรม ปัญหา อุปสรรค และการสนับสนุน และความคาดหวังในงานฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีแนวคำถามปลายเปิด ดังต่อไปนี้

1. หน่วยงานของท่านมีนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ การจัดสรรทรัพยากรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวอย่างไร
2. หน่วยงานของท่านมีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวอย่างไรบ้างทั้งตามสิทธิประโยชน์และอื่นๆ
3. ....
10. ....

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

เพื่อประเมินการทดลองใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว (Pilot)

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่ได้นำไปดำเนินการ
2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว
  - 2.1. ในด้านการประเมินปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs)
  - 2.2. ด้านการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพด้านการกระตุ้นและช่วยเหลือคนพิการและครอบครัว
  - 2.3. การบริการการแพทย์ทางเลือก เช่น การนวด การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับคู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวและสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวเพื่อประเมินและจัดการดูแลและฟื้นฟูสภาพ
4. ....
5. ....

## ภาคผนวก ข

ตารางแสดงการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

ตารางภาคผนวก ข-1 จำนวนและร้อยละของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=43)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	24	56
หญิง	19	44
<b>อายุ</b>		
อายุเฉลี่ย	67 ปี	SD = 9.35
อายุต่ำสุด	49 ปี	อายุสูงสุด
		90 ปี
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	30	70
หม้าย	10	23
หย่า	2	5
โสด	1	2
<b>สถานะทางสังคม</b>		
สมาชิกในครอบครัว	29	67
หัวหน้าครอบครัว	14	33
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	39	91
ไม่ได้รับการศึกษา	4	9
<b>การประกอบอาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	35	81
ประกอบอาชีพเดิม	8	19
<b>ความต้องการส่งเสริม/ฟื้นฟูด้านอาชีพ</b>		
ไม่ต้องการ	33	77
ต้องการ	10	23



ตารางภาคผนวก ข -2 จำนวน และร้อยละของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวจำแนก  
ตามหมวดกิจกรรมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n = 43)

หมวดกิจกรรม	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน									
	ทำไม่ได้เลย		ช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่		ช่วยเหลือบางส่วน		ช่วยเหลือเล็กน้อย		ทำได้เอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การดูแล สุขลักษณะ ส่วนตัว	8	18.6	2	4.6	1	14	6	20.9	9	41.9
2. การอาบน้ำ	9	20.9	2	4.7	6	14	6	14	20	46.5
3. การกินอาหาร	5	11.6	2	4.7	7	16.3	6	14	6	53.5
4. การใช้ห้องน้ำ	9	20.9	2	4.7	5	11.6	8	18.6	19	44.2
5. การใส่เสื้อผ้า	8	18.6	3	7	5	11.6	9	20.9	18	41.9
6. การควบคุม การถ่ายอุจจาระ	1	2.3	2	4.7	-	-	2	4.7	38	88.4
7. การควบคุม การปัสสาวะ	2	4.7	-	-	1	2.3	2	4.7	38	88.4
8. การเคลื่อนที่ หรือการใช้ รถเข็นนั่ง	7	16.3	6	13.9	4	9.3	6	14	20	46.5
9. การเคลื่อนย้าย	7	16.3	5	11.6	5	11.6	6	14	20	46.5
10. การขึ้นลง บันได	20	46.5	5	11.6	4	9.3	1	3	13	30.2

ตารางภาคผนวก ข -3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกำบังกัน  
ภาวะแทรกซ้อน ของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

พฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การรับประทานอาหารและยา	2.60	0.97	สูง
การกระตุ้นและบริหารกล้ามเนื้อและข้อ	1.50	0.73	ปานกลาง
การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ	1.10	1.14	น้อย
การฝึกการหายใจ	.76	1.28	น้อย
รวม	1.77	0.84	ปานกลาง
ปัจจัยนำ			
ทัศนคติในการฟื้นฟูสภาพ	3.34	1.09	ปานกลาง
การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือตนเอง	2.42	1.07	น้อย
ปัจจัยเสริม			
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล	3.24	0.89	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมของชุมชน	2.69	1.08	ปานกลาง
รวม	2.99	0.92	ปานกลาง

ตารางภาคผนวก ข -4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับการฝึกทักษะการดูแล  
ตนเองการฟื้นฟูสภาพของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว (n = 43)

การได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ	จำนวนคนที่ได้รับ การฝึกทักษะ	ร้อยละ
1. ได้รับการฝึกวิธีการยับยั้งข้อต่อ เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่อต่างๆ ในร่างกาย	28	65.1
2. ได้รับการฝึกวิธีการเกร็งกล้ามเนื้อแขน ขา เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ	27	62.8
3. ได้รับการฝึกวิธีการเปลี่ยนอิริยาบถ การนอนหงาย การพลิกตะแคง การยืน การเดิน และการเคลื่อนที่	18	41.9
4. ได้รับการฝึกวิธีการใช้อุปกรณ์ที่ช่วยเหลือในการเคลื่อนที่	16	37.2
5. ได้รับการฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	11	25.6

ตารางภาคผนวก ข -5 จำนวนและร้อยละของการได้รับการและการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ  
ของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว (n = 43)

การได้รับการและการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ	จำนวนคนที่ ได้รับการ	ร้อยละ
จากหน่วยงานภาครัฐเช่น โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.)/		
1. ให้ความรู้ สอน/ฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฝึกบริหารกล้ามเนื้อ หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพ	28	65.1
2. จัดอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า รถเข็นนั่ง ฯลฯ	17	39.5
3. มีระบบการส่งต่อเพื่อไปรับบริการฟื้นฟูสภาพเป็นลำดับ เช่น จาก หน่วยบริการปฐมภูมิไปโรงพยาบาลชุมชน หรือไปโรงพยาบาลศูนย์	15	34.9
4. มีการสนับสนุนและช่วยเหลือบริการรถรับ-ส่ง ไปรับบริการฟื้นฟูสภาพ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน (เทศบาล อบต. กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้านและ อสม. ในชุมชน)	3	7
1. จัดอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า รถเข็นนั่ง เป็นต้น	19	44.2
2. ให้คำแนะนำ ความรู้ และ การฝึกทักษะเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ	18	41.9
3. จัดบริการโทรศัพท์สายตรง หรือจัดหน่วยให้บริการคนพิการโดยตรง	18	41.9
4. จัดกิจกรรม เช่น งานปีใหม่ งานสงกรานต์ งานลอยกระทงฯลฯ ให้ สามารถเข้าร่วมงานได้	13	30.2
5. จัดระบบการขนส่ง ช่วยเหลือการเดินทางเพื่อไปรับบริการฟื้นฟูสภาพ	7	16.3
6. จัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพสำหรับคนพิการหรือผู้ที่มีปัญหาทางกาย หรือการเคลื่อนไหว	6	14

ภาคผนวก ค  
ตารางการทบทวนวรรณกรรม

ตารางภาคผนวก ค-1 การสังเคราะห์วรรณกรรมการศึกษาฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือ  
การเคลื่อนไหว

Authors	Study design	Setting/Phase	Sample	intervention	Results/ Conclusion
Kneafsey (2007)	Systematic reviews	- Medline, CINAHL, Amed and Cochrane	- วิจัยจำนวน 16 ฉบับ - เอกสารที่ไม่เป็น ทางการ 33 ฉบับ	-	กิจกรรมการพยาบาลสำหรับการ ฟื้นฟูสภาพทางการ เคลื่อนไหว ได้แก่ 1.การคัด กรองการเคลื่อนไหว 2.การ ประเมินที่เกี่ยวกับการ เคลื่อนไหว 3. เป้าหมาย สนับสนุนการเคลื่อนไหว 4. การปฏิบัติการส่งเสริมการ เคลื่อนไหว
Roderick et al. (2001)	RCT	- ในสถาน บริการ โรงพยาบาล	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ในชุมชน สภาพ ไม่รุนแรง กลุ่มที่ 1 บริการ กลางวัน 66 คน กลุ่ม 2 พักค้างคืน 74 คน	-การฟื้นฟูแบบ กลางวัน -การฟื้นฟูแบบพัก ค้างคืน	การฟื้นฟูสภาพในสถาน บริการทั้งแบบกลางวันและพัก ค้างคืน ส่งผลให้สภาวะการทำ หน้าที่และการเคลื่อนไหว คุณภาพชีวิตดีขึ้นแต่ไม่มีความ แตกต่างกัน ด้านสภาวะด้าน จิตใจและกิจกรรมทางสังคม สองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ
Crotty et al. (2008)	RCT	ในสถานบริการ และที่บ้าน	ผู้ป่วยในชุมชน กลุ่มโรงพยาบาล กลางวัน 113 กลุ่มฟื้นฟูที่บ้าน 116	-A day rehabilitation -Home rehabilitation programme	การฟื้นฟูสภาพที่บ้านและใน สถานบริการมีผลลัพธ์ด้านการ ทำหน้าที่ คุณภาพชีวิต ความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อไม่ แตกต่างกัน
Lorig, et al. (2001)	longitudinal design follow- up to a RCT	ในชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ โบสถ์ และศูนย์ แพทย์	ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หรือข้ออักเสบ กลุ่มตัวอย่าง 831 คน กลุ่มควบคุม 533 คน	การให้บริการใน ชุมชนโดยใช้การ สอนตามโปรแกรม การจัดการตนเองทำ ให้ประสิทธิภาพใน ตนเอง	การฟื้นฟูสภาพในชุมชนทำให้ ภาวะสุขภาพดีขึ้น ประสิทธิภาพในตนเองเพิ่มขึ้น ภาวะเครียดลดลง การใช้ ประโยชน์การดูแลสุขภาพ ลดลง
ทศพร คำ ผลศิริ (2549)	The repeated measures experimental design	ที่บ้าน	ผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็น stroke หรือ CVA	โปรแกรม ประกอบด้วย การ ให้ความรู้ฝึกทักษะ การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันและการ ออกกำลังกาย	การฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยการ สอนทำให้ความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้น ความซึมเศร้าลดลง แต่ ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการ บริการที่บ้านตามปกติ

Authors	Study design	Setting/Phase	Sample	intervention	Results/ Conclusion
Stuart, et al. (2009).	Non-RCT study	ที่บ้าน : โรงยิมสี่ใน หมู่บ้าน	- กลุ่มโรคหลอดเลือด สมอง อัมพาตครึ่งซีก เรื้อรังระดับน้อยถึงปาน กลาง กลุ่มทดลอง จำนวน 49 คน กลุ่มควบคุม 44 คน	APA – Stroke Program เป็นการ สอนให้ความรู้ด้าน การออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติกิจกรรม ออกกำลังกาย	การฟื้นฟูสภาพที่บ้านทำให้ การทำหน้าที่ของร่างกาย คุณภาพชีวิตดีขึ้น และถ้า ชุมชนมีส่วนร่วมอย่าง เหมาะสมจะช่วยให้การฟื้นคืน เร็วขึ้น
บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ และคณะ (2550)	Quasi - experimental	ที่บ้าน	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง อยู่ในระดับ ความพิการปานกลาง จำนวน 30 ราย กลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน	ปฏิบัติการฟื้นฟู สภาพที่บ้าน โดย การสอน สาธิต ประเมิน ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันดัชนี คุณภาพชีวิต ประเมินปัญหาผู้ป่วย และผู้ดูแล จัด กิจกรรมการ พยาบาลตาม โปรแกรมและตาม ปัญหาที่พบ	การฟื้นฟูสภาพคนพิการระดับ ปานกลางที่บ้านทำให้คนพิการ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และ ความสำเร็จมีส่วนจากการมี ส่วนร่วมครอบครัวหรือผู้ดูแล ในกระบวนการอย่างต่อเนื่อง การศึกษาสภาพแวดล้อมที่ ผู้ป่วยอาศัยอยู่และความ ต่อเนื่อง
Naylor, et.al., (2007 )	A pre /post-test: content analysis of case studies	ที่บ้าน	กลุ่มพิการทางกาย ระดับรุนแรงจากการ บาดเจ็บ โรคเรื้อรัง จำนวน 49 คน	โดยพยาบาลเวช ปฏิบัติเป็นผู้จัด โปรแกรมและ ประสานงานในการ ดูแลกับทีมสหสาขา วิชาชีพ	การฟื้นฟูสภาพที่บ้านในกลุ่ม พิการทางกายระดับรุนแรงทำ ให้การทำหน้าที่ คุณภาพชีวิต การจัดการด้านอาการ ความพึง พอใจดีขึ้น แต่สมรรถนะทาง สังคมและความซึมเศร้าไม่มี ผลแตกต่าง
Bachman et al. (2008)	mixed-method	ที่บ้าน	คนพิการและผู้ป่วยโรค เรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 104	<b>Brightwood intervention model</b> ที่บ้านผู้ป่วย จัดบริการตามระดับ ความต้องการ การ เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ และส่งเสริมสุขภาพ	การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ทำให้ คนพิการมีการปรับปรุงภาวะ สุขภาพที่ดีขึ้น เข้าใจในการ รักษาและการใช้ยาดีขึ้น มี คุณภาพชีวิตดีขึ้น

Authors	Study design	Setting/Phase	Sample	intervention	Results/ Conclusion
Chiu, Shyu, & Chen (1997)	A prospective study designed	ที่บ้าน	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมีความพิการ และครอบครัว 336 คน	การบริการจัดแบ่ง ตามระดับความ พิการและการ ให้บริการที่บ้าน ศูนย์การพยาบาล	คนพิการที่ได้รับการดูแล ทางการพยาบาลที่บ้านและการ เยี่ยมบ้านมีความสามารถในการ การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันดี ขึ้น แต่กลุ่มพิการที่อยู่บ้าน และไม่ได้รับการดูแล ความสามารถในการปฏิบัติ ตนเองลดลง
นิตยา ศรีสุวรรณ และคณะ (2547)	pre-post test	ที่บ้าน	ครอบครัวผู้ที่มีความ พิการทางเคลื่อนไหว และผู้พิการ 10 ครอบครัว ในเขต รับผิดชอบของสอ. บีง เนียม ขอนแก่น	การปฏิบัติการ พยาบาลครอบครัว ของ Calgary Family Intervention Model	การปฏิบัติการพยาบาล ครอบครัวที่มีผู้พิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหวที่บ้าน ทำ ให้ความสามารถในการดูแล ตนเอง การปรับตัวในด้านอา มรณ์ ความรู้สึกดีขึ้น แต่ด้าน ความรู้ ความเข้าใจ ความเครียดของผู้ดูแลไม่ดีขึ้น
ศิริไลซ์ วรรณวีจิตร. (2551)	R&D	ในชุมชน	กลุ่มพิการทางการ เคลื่อนไหว 406 คน	-	การจัดบริการคนพิการที่หน่วย ระดับปฐมภูมิ หรือเชิงรุกที่ บ้าน เป็นบริการทั้งการดูแล สุขภาพที่บ้าน และ การเยี่ยม บ้าน และ บริการแบบบูรณา การ ชุมชน อบต. ครอบครัว หรือการบริการในระดับชุมชน โดยมีส่วนร่วมของชุมชน
พิชาติ คลเฉลิม ยุทธนา, & ปิย นุช บุญทอง. (2550).	PAR		คนพิการ ผู้ดูแล ทีมสหสาขา ผู้นำชุมชน ผู้วิจัย	-	ระบบการดูแลคนพิการทาง กายหรือการเคลื่อนไหวที่มี ประสิทธิผล ยึดหลักคนพิการ เป็นศูนย์กลาง ร่วมกันดูแล ระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน พยาบาลในระดับ ปฐมภูมิประสานงานการดูแล กับผู้เกี่ยวข้องในการดูแล บำบัดทางการพยาบาล และ การติดตามเยี่ยมบ้าน

Authors	Study design	Setting/Phase	Sample	intervention	Results/ Conclusion
นิตยา บัวสาย. (2551).	Action research		คนพิการทางการ เคลื่อนไหวจาก CVA 6 คน ผู้ดูแล 9 คน ผู้ให้บริการ พยาบาล และจนท.2 คน นักกายภาพ 2 คน	-	การฟื้นฟูสภาพคนพิการใน ชุมชน ควรประกอบด้วย 1. องค์กรนำของชุมชน (อบต. ผู้นำชุมชน ประชาคม) 2 ภาคประชาชน (คนพิการ ผู้ดูแล ญาติพี่น้อง อสม.) และ 3. ภาควิชาชีพ (จนท. PCU , รพ.)
อภิรักษ์ พิสุทธิ อารมณ์สายัณห์ ศรีผล & พิ สิทธิ์ภูมิพันธ์ (2550).	Qualitative		ผู้พิการ 17 คน สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล จนท. ผู้นำชุมชน อบต. พม. เอกชน รวม 19 คน	-	การดูแลคนพิการแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1. ผู้พิการ ระดับรุนแรง ได้รับการ ช่วยเหลือจากครอบครัวในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่าง สมบูรณ์ 2 ผู้พิการระดับ น้อยลงมา ได้รับการช่วยเหลือ จากครอบครัวในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันเป็นบางส่วน ที่ไม่ได้
สุเวช ทรงอยู่ สุข (2550)	descriptive		กลุ่มผู้ปฏิบัติงานอบต. 19 คน ผู้นำชุมชน 6 คน ภาครัฐเกี่ยวข้อง 2 คน ผู้บริหารศึกษา 2 คน คนพิการ 52 คน ครอบครัว/ผู้ดูแล 52 คน	-	การจัดการฟื้นฟูสภาพคน พิการควรจัดบริการแบบบูรณา การความร่วมมือทั้งในการ รักษา ให้ความรู้ในการดูแล ตนเองของคนพิการ การออก เยี่ยมบ้าน การพัฒนาศักยภาพ และควรมีเครือข่ายปฏิบัติงาน การฟื้นฟูฯ โดยให้ชุมชน คน พิการและครอบครัวเข้ามามี ส่วนร่วมด้วย

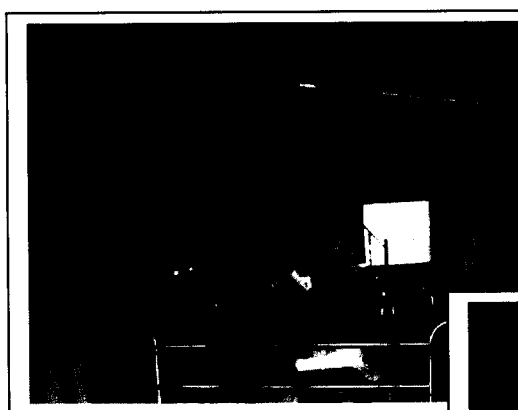


ภาคผนวก ง

คู่มือ แนวปฏิบัติรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

(ตัวอย่าง)

คู่มือ  
การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว



สำหรับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## คำนำ

คู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเล่มนี้ จัดทำขึ้นสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะ ในกลุ่มที่มีความพิการจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดทางสมอง และโรคกระดูกและข้อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการ ทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้ เนื้อหาจะประกอบด้วย แนวทางการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว รูปแบบและแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพตามระดับความพิการ ความรู้ความเข้าใจทั่วไปเรื่องคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ เรื่องศักดิ์ศรี สิทธิและศักยภาพของคนพิการ ประเภท ลักษณะและสาเหตุของความพิการ คนพิการกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต หลักการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่คนพิการ ตลอดจนวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่คนพิการทางกายในแต่ละระดับ ซึ่งสามารถฝึกปฏิบัติได้ รวมทั้งบทบาทของทีมบูรณาการในการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลและจิตอาสา

ผู้ที่สนใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในพื้นที่ได้โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องกับความต้องการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแต่ละรายได้

หากมีข้อสงสัย ต้องการรายละเอียด หรือข้อมูลเพิ่มเติม ขอให้ติดต่อที่  
คุณจิรพรรณ โพธิ์ทอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เลขที่ 186 ม. 1. ต.สนามชัย อ.  
เมือง จ. สุพรรณบุรี 70000 โทรศัพท์ 08-5914-5965 อีเมล : kwanpooh1965@gmail.com

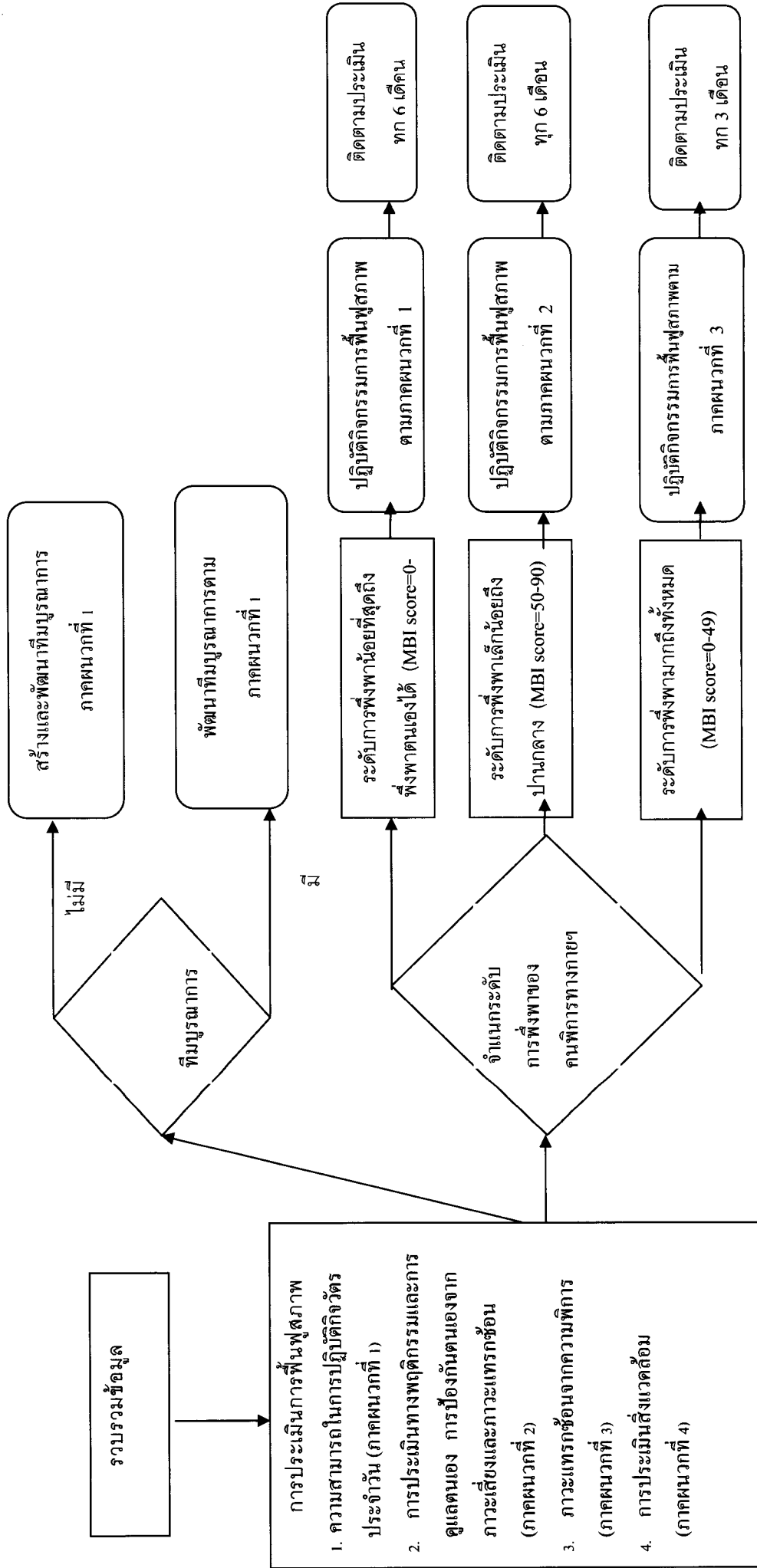
ผู้จัดทำ  
จิรพรรณ โพธิ์ทอง  
เมษายน พ.ศ. 2555

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	จ
บทนำ	1
แนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	2
ความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว	3
- โรคหลอดเลือดสมอง	4
- โรคกระดูกและข้อ	6
การฟื้นฟูสภาพความบกพร่องในการดูแลตนเองของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว	11
การฝึกออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ	17
- การบริหารเพื่อการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ	20
- ทำออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขน	21
- ทำออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา	22
การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	23
การฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจและสังคม	25
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามระบบ	26
การประเมินความสามารถในการปฏิบัติวัตรประจำวัน	28
ภาคผนวก	33

# แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

( Guideline of rehabilitation model of physically disabled person in community )



แผนภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

## การสร้างและพัฒนาทีมบูรณาการ

การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวโดยการสร้างทีมบูรณาการ เป็นการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสภาพคนพิการ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้เสียกับคนพิการทั้งหมด ได้แก่คนพิการ ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงเรียน แกนนำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขตำบล และบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นตัวแทนของคนที่มีความรู้เรื่องโรคเรื้อรังและความพิการเพื่อช่วยขับเคลื่อนในการสนับสนุนทรัพยากรและกำลังคนในการฟื้นฟูสภาพ จะช่วยกระตุ้นให้สังคมและชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อคนพิการ เข้าใจปัญหาและสามารถสร้างเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือคนพิการได้ดี โดยสร้างความตระหนัก จัดตั้งทีมฟื้นฟูสภาพ กำหนดบทบาทหน้าที่สำหรับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ให้ความรู้ฝึกทักษะ ส่งเสริมให้กำลังใจและพัฒนาเครือข่าย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สร้างความตระหนัก ความเข้าใจเกี่ยวกับคนพิการและเสนอรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียในการฟื้นฟูสภาพ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ ตัวแทนคนพิการ ตัวแทนครอบครัวคนพิการ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) ประธานเครือข่ายชุมชน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ หัวหน้างานเวชกรรม โรงพยาบาลประจำอำเภอเสนอกระบวนการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวต่อผู้มีส่วนได้เสียในการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ตัวแทนคนพิการ ตัวแทนครอบครัวคนพิการ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) ประธานเครือข่ายชุมชน ประธานชมรมจิตอาสา

2. จัดตั้งทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน ประสานการจัดตั้งทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการในชุมชน สรรหาหัวหน้าทีม และคณะกรรมการ

3. กำหนดบทบาทหน้าที่ ทบทวน กำหนดบทบาทหน้าที่ตามขอบเขตอำนาจหน้าที่ สมรรถนะและศักยภาพ

4. ให้ความรู้และฝึกทักษะ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ การดูแลตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฝึกบริหารการเคลื่อนไหวและการบริหารร่างกาย การใช้อุปกรณ์ ช่วยเหลือและการปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมบูรณาการในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

เป็นการกำหนดบทบาทของทีมฟื้นฟูสภาพตามขอบเขตหน้าที่ของตนเอง ซึ่งได้จากการกำหนดตามพระราชบัญญัติ ระเบียบปฏิบัติ ข้อกำหนดของแต่ละหน่วยงาน องค์กรหรือสถาบันนั้น และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1. บทบาทหน้าที่ของครอบครัว/ผู้ดูแล ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ควรมีบทบาทดังนี้

1.1. การดูแลสุขภาพพื้นฐานและการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

1.2. การร่วมรับรู้ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ

1.3. ร่วมจัดทำแผนพัฒนาการฟื้นฟูสภาพในชุมชน

1.4.

1.5. ....

2. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ สภากาชาดได้มีการกำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ โดยกำหนดให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงการบริการฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมการปรับสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา และการเสริมสร้างสมรรถภาพ ให้มีการจัดบริการพยาบาลที่บ้านครอบคลุมถึงการฟื้นฟูสภาพ (คณะอนุกรรมการจริยธรรมสภากาชาด, 2551) และจากการทบทวนวรรณกรรม พอสรุปบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพได้ พอสังเขปได้ดังต่อไปนี้

2.1. บทบาทในการประเมินสภาวะแบบองค์รวม เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เกิดการจัดบริการฟื้นฟูสภาพต่อคนไข้ที่เป็นจริงตามปัญหาที่เกิดขึ้น

2.2. บทบาทด้านการบำบัดรักษาพยาบาล

2.3. บทบาทด้านการประสานงานและติดต่อสื่อสาร โดยเป็นตัวเชื่อมในทีมนักวิชาชีพ

2.4. บทบาทด้านการให้ความรู้ต่อนักศึกษาและวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน

2.5. ....

## การจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

### ที่มีการฟังพาดในระดับน้อยที่สุดถึงฟังพาดตนเองได้

คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ที่มีระดับการฟังพาดในระดับน้อยที่สุดถึงฟังพาดตนเองได้ (MBI score=91-100) จะมีความสามารถในการเคลื่อนที่หรือเคลื่อนย้าย ช่วยเหลือตนเอง มีส่วนร่วมในสังคมได้ค่อนข้างมากหรืออาจเทียบเท่ากับปกติ การจัดบริการฟื้นฟูสภาพจึงควรเน้นด้านจิตใจเน้นทางกายจิตใจและสังคมเพื่อเพิ่มศักยภาพให้มากขึ้น และช่วยลดภาระ ความเครียดของครอบครัว และการส่งเสริมให้มีศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จัดบูรณาการการดูแลทั้งทางสุขภาพและทางสังคม โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีการฟังพาดในระดับน้อยถึงฟังตนเองได้

กิจกรรม	ระยะเวลา	สถานที่	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมการค้นหา	- เดือนละ 1 ครั้ง	- บ้าน	- อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน
การประเมินปัญหาและความต้องการ			
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs)	- ทุก 6 เดือน	- สถานบริการสุขภาพ	- พยาบาลวิชาชีพ
2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	- ทุก 6 เดือน	- สถานบริการสุขภาพ	- นักกายภาพบำบัด - พยาบาลวิชาชีพ
3. ภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ	-ทุก 6 เดือน	- สถานบริการสุขภาพ	- พยาบาลวิชาชีพ
4. ศึกษาสภาพแวดล้อมผู้ป่วยที่อยู่อาศัย	- ทุก 6 เดือน	- บ้าน	- เจ้าหน้าที่อบต. อสม.



ตารางที่ 4 กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีการพึ่งพาในระดับ  
น้อย ถึงพึ่งตนเองได้ (ต่อ)

กิจกรรม	ระยะเวลา	สถานที่	ผู้รับผิดชอบ
ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพ			
1. การกระตุ้นคนพิการและครอบครัว ผู้ดูแลในการจัดการปัญหาสุขภาพ และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันเป็นบางส่วนที่ทำ ไม่ได้ เช่น การประยุกต์อุปกรณ์ช่วย ในการรับประทานอาหาร	- จำนวนชั่วโมงที่ ต้องการการ ช่วยเหลือ  < 10 ชม./สัปดาห์	- บ้าน	- ครอบครัว/ผู้ดูแล - พยาบาลวิชาชีพ - อสม.
2. การให้ความรู้ เนื้อหาประกอบด้วย : ด้านการรับรู้ เข้าใจโรค ภาวะแทรกซ้อน การ ปรับตัว การฟื้นฟูสภาพ การพยากรณ์ โรค การจัดการอารมณ์กลัว โกรธ ซึมเศร้า	- ระยะเวลา 2.30 ชั่วโมง/สัปดาห์ 7 สัปดาห์ - จัดเป็นกลุ่ม ผู้เข้าร่วม 10 – 15 คน	- สถานบริการ สุขภาพ	- พยาบาลวิชาชีพ
3. การฝึกออกกำลังกายบริหาร กล้ามเนื้อ แบ่งเป็น 3.1 Isotonic and Isometric เพื่อ รักษาและปรับปรุงความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ	- ส่วนบุคคลหรือเป็น กลุ่ม ๆ ละ 9-13 คน 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชม./ สัปดาห์	- สถานบริการ สุขภาพ - โรงยิมส์ สถานที่ออก กำลังกาย	- นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ - ครอบครัว/คนพิการ - อสม. เป็นผู้ช่วย เหลือ
.....	.....	.....	.....

### การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

#### ที่มีการพึ่งพาในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ที่มีระดับการพึ่งพาในระดับน้อยถึงปานกลาง (MBI score = 50 -90) จะมีความสามารถในการเคลื่อนที่หรือเคลื่อนย้าย ช่วยเหลือตนเอง มีส่วนร่วมในสังคมได้ค่อนข้างมาก การจัดบริการควรเป็นการจัดการควรเป็นแบบบูรณาการ และมีการดูแลแบบเครือข่าย (Network) บูรณาการการดูแลทั้งทางสุขภาพและทางสังคม ซึ่งสามารถจัดได้ทั้งในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพทั้งแบบกลางวันและพักค้างคืน ศูนย์ผู้สูงอายุ โบสถ์ และศูนย์แพทย์ และบริการเชิงรุกที่บ้าน เป็นบริการทั้งการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และการเยี่ยมบ้าน (Home visit) โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5 กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีการพึ่งพาในระดับเล็กน้อย ถึงปานกลาง

กิจกรรม	ระยะเวลา	สถานที่	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมการค้นหา	- เดือนละ 1 ครั้ง	- บ้าน	- พยาบาลวิชาชีพ - อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.)
การประเมินปัญหาและความต้องการ			
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs)	- ทุก 6 เดือน	- สถานบริการสุขภาพ - ในชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ วัด บ้าน	- พยาบาลวิชาชีพ
2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	- ทุก 6 เดือน	- สถานบริการสุขภาพ - ในชุมชน เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ วัด บ้าน	- นักกายภาพบำบัด - พยาบาลวิชาชีพ

การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน  
ที่มีระดับการพึ่งพาในระดับมาก

คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ที่มีระดับการพึ่งพาในระดับมาก (MBI score=0-49) จะมีความสามารถในการเคลื่อนที่หรือเคลื่อนย้าย ช่วยเหลือตนเอง มีส่วนร่วมในสังคมในได้น้อยที่สุด มีความต้องการที่ซับซ้อนในการดูแล การจัดบริการควรเป็นการจัดการควรเป็นแบบบูรณาการ สาขาวิชาชีพ การจัดบริการควรเป็นบริการเชิงรุกที่บ้าน เป็นบริการทั้งการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และ การเยี่ยมบ้าน (Home visit) โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้






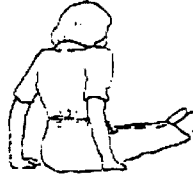
ตารางที่ 6 กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีการพึ่งพาในระดับมาก

กิจกรรม	ระยะเวลา	สถานที่	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมการค้นหา	- เดือนละ 1 ครั้ง	- บ้าน	- อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน - พยาบาลวิชาชีพ
การประเมินปัญหาและความต้องการ			
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	- ทุก 3 เดือน	- บ้าน	- พยาบาลวิชาชีพ
2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	- ทุก 3 เดือน	- บ้าน	พยาบาลวิชาชีพ
3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากคนพิการ	- ทุก 3 เดือน	- บ้าน	พยาบาลวิชาชีพ
4. ประเมินสภาพความปลอดภัย สภาพแวดล้อม ความเสี่ยง การใช้เครื่องช่วยที่เหมาะสม	- ทุก 3 เดือน	- บ้าน	
ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพ			

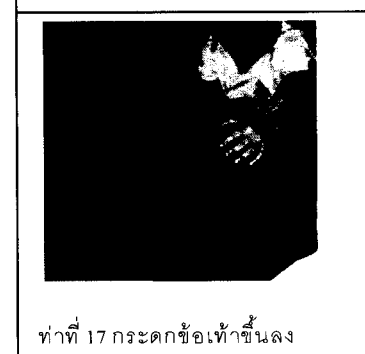
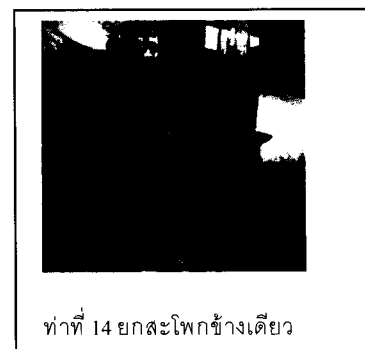
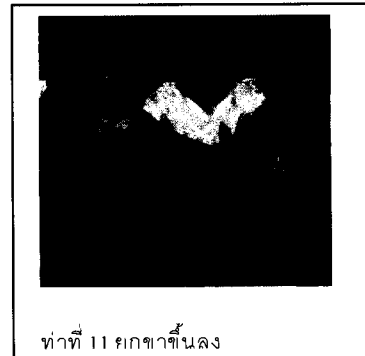
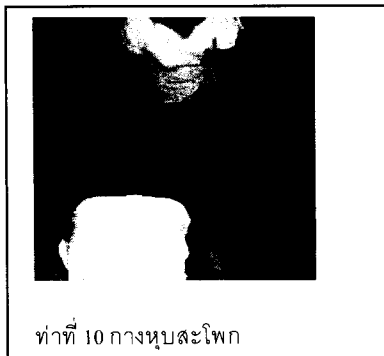
การฟื้นฟูสภาพความบกพร่องในการดูแลตนเองของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว  
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้พิการสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และสามารถเคลื่อนที่ไปไหนมาไหนได้ อย่างเหมาะสมกับระดับความพิการ
2. ผู้พิการมีความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. ผู้พิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ผู้พิการยอมรับความพิการได้ อยู่บ้านและอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีความสุข
5. ส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ตารางที่ 1 แนวทางการดูแล/การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

ปัญหา	แนวทางการดูแล / การฟื้นฟูสมรรถภาพ
1. ลุกนั่งไม่ได้	<p>- ฝึกเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแขนและลำตัว</p> <p>- ฝึกการลุกนั่ง (รูปที่ 1)</p> <p>- ปรับสิ่งแวดล้อม เช่น ทำที่โหนเชือกโดยผูกกับ เพดานหรือผูกกับปลายเตียง</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">    </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">    </div> <p style="text-align: center;">รูปที่ 1 ฝึกการลุกนั่ง</p>

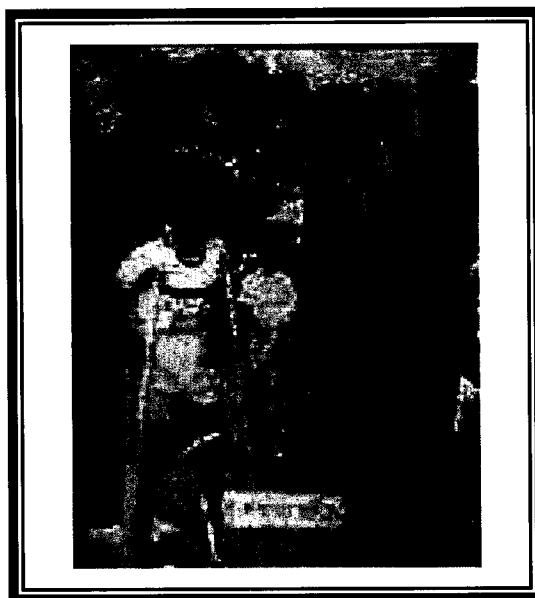
### ท่าออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา



(ตัวอย่าง)

คู่มืออาสาสมัคร/จิตอาสา

ฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว



“อาสาสมัครจะต้องระลึกอยู่เสมอว่า  
 ศรัทธาในงานอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นนั้น  
 เกิดขึ้นด้วยตนเอง มีความรู้สึกเห็นชอบในงานอาสาสมัคร  
 มีศรัทธาที่จะทำงาน มีเวลาที่จะปฏิบัติงาน  
 และพร้อมที่จะเป็นอาสาสมัคร”  
 พระบรมราโชวาท  
 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ฯ

## สารบัญ

	หน้า
หลักการช่วยเหลือคนพิการ	3
แนวทางการดำเนินงานของอาสาสมัคร/จิตอาสา	4
หลักการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่คนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหวนไหว	5
การฟื้นฟูสภาพทางด้านกาย	
- การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	7
- แนวทางการดูแล/การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหวนไหว	13
- การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	21
- การบริหารเพื่อการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวนไหวของข้อต่างๆ	24
การปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย	26
การฟื้นฟูสภาพทางจิตใจและสังคม	28
รายชื่อที่อยู่ในการดูแลและฟื้นฟูสภาพ	29
บันทึกการดูแลและฟื้นฟูสภาพ	30
บันทึกการดูแลและฟื้นฟูสภาพเพิ่มเติม	50

## บันทึกการดูแลและฟื้นฟูสภาพ

ชื่อคนพิการ ..... นามสกุล .....

วัน/เดือน/ปี / ปัญหาที่พบ	การช่วยเหลือ/ฟื้นฟูสภาพ
<p>.....</p> <p>การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p><input type="checkbox"/> การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว</p> <p><input type="checkbox"/> การอาบน้ำ <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> การใช้ห้องน้ำ <input type="checkbox"/> การใส่เสื้อผ้า</p> <p><input type="checkbox"/> การควบคุมการถ่ายอุจจาระ</p> <p><input type="checkbox"/> การควบคุมการปัสสาวะ</p> <p><input type="checkbox"/> การเคลื่อนที่ <input type="checkbox"/> การเคลื่อนย้าย</p> <p><input type="checkbox"/> การขึ้นลงบันได</p> <p>สภาพสิ่งแวดล้อม</p> <p><input type="checkbox"/> ทางเข้าบ้าน <input type="checkbox"/> ทางเดินในบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> ประตูเข้า-ออกบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> ห้องนอน <input type="checkbox"/> เตียงนอน</p> <p><input type="checkbox"/> ที่สำหรับรับประทานอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> การเดินทางออกนอกบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> ห้องน้ำ <input type="checkbox"/> พื้นห้องน้ำ <input type="checkbox"/> โถส้วม</p> <p><input type="checkbox"/> ประตูห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ราวจับในห้องน้ำ</p> <p>ด้านจิตใจและสังคม</p> <p><input type="checkbox"/> เครียด กังวล <input type="checkbox"/> การเข้าร่วมสังคม</p> <p>อื่น ๆ .....</p>	<p>การให้คำแนะนำในเรื่อง</p> <p><input type="checkbox"/> การบริหารร่างกาย</p> <p><input type="checkbox"/> การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว</p> <p><input type="checkbox"/> การอาบน้ำ <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> การใช้ห้องน้ำ <input type="checkbox"/> การใส่เสื้อผ้า</p> <p><input type="checkbox"/> การควบคุมการถ่ายอุจจาระ</p> <p><input type="checkbox"/> การควบคุมการปัสสาวะ</p> <p><input type="checkbox"/> การเคลื่อนที่ <input type="checkbox"/> การเคลื่อนย้าย</p> <p><input type="checkbox"/> การขึ้นลงบันได</p> <p>การให้คำแนะนำ/ปรับสภาพสิ่งแวดล้อม</p> <p><input type="checkbox"/> ทางเข้าบ้าน <input type="checkbox"/> ทางเดินในบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> ประตูเข้า-ออกบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> ห้องนอน <input type="checkbox"/> เตียงนอน</p> <p><input type="checkbox"/> ที่สำหรับรับประทานอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> การเดินทางออกนอกบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> ห้องน้ำ <input type="checkbox"/> พื้นห้องน้ำ <input type="checkbox"/> โถส้วม</p> <p><input type="checkbox"/> ประตูห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ราวจับในห้องน้ำ</p> <p>การให้คำแนะนำ/ช่วยเหลือจิตใจและสังคม</p> <p><input type="checkbox"/> ให้กำลังใจ <input type="checkbox"/> กระตุ้นการเข้าสังคม</p> <p>อื่น ๆ .....</p>

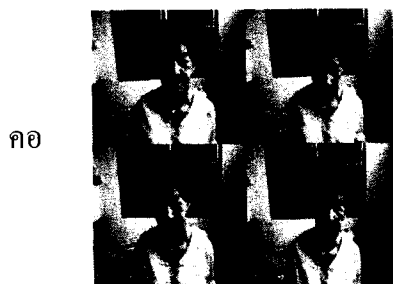


แนวทางการดูแล/การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ในการปฏิบัติ  
กิจวัตรประจำวัน  
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้พิการสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และสามารถเคลื่อนที่ไปไหนมาไหนได้ อย่างเหมาะสมกับระดับความพิการ
2. ผู้พิการมีความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. ผู้พิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ผู้พิการยอมรับความพิการได้ อยู่บ้านและอยู่ร่วมกับชุมชน ได้อย่างมีความสุข
5. ส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปัญหา	แนวทางการดูแล / การฟื้นฟูสมรรถภาพ
1. ลุกนั่ง ไม่ได้	<p data-bbox="459 927 1238 1144">- ฝึกเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแขนและลำตัว - ฝึกการลุกนั่ง (รูปที่ 1) - ปรับสิ่งแวดล้อม เช่น ทำที่โหนเชือกโดยผูกกับ เพดานหรือผูกกับ ปลายเตียง</p> <div data-bbox="464 1160 975 1451" style="text-align: center;"> </div> <p data-bbox="730 1509 967 1563" style="text-align: center;">รูปที่ 1 ฝึกการลุกนั่ง</p>

การบริหารเพื่อการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ



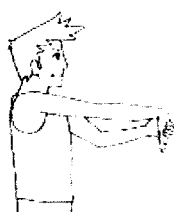
ไหล่



ข้อศอก



ข้อมือ



การออกก้างกาย

: ก้มศีรษะ เขยียดคอตรง แขนง  
ศีรษะไปข้างหลัง เอียงศีรษะไปหา  
ไหล่ หมุนศีรษะไปด้านข้าง

: ยกแขนไปข้างหน้าให้สูงระดับศีรษะ  
วางแขนข้างลำตัว เขยียดแขนไป  
ด้านหลังลำตัว กางแขนออกจาก  
ลำตัว หุบแขนเข้าหาลำตัว หมุน  
แขนเป็นวงรอบ หมุนแขนออกนอก  
ลำตัว หมุนแขนเข้าหาลำตัว

: งอข้อศอก เขยียดข้อศอกให้แขน  
ตรง หมุนข้อศอกในท่าหงายมือ  
หมุนข้อศอกในท่าคว่ำมือ

: งอข้อมือให้ฝ่ามือโค้งเข้าหาปลาย  
แขน เขยียดข้อมือในท่าปกติ ยก  
หลังมือให้โค้งเข้าหาปลายแขน งอ  
ข้อมือไปทาง นิ้วหัวแม่มือ งอข้อมือ  
ไปทางนิ้วก้อย

การฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจและสังคม

การฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจและสังคมจะช่วยให้คนพิการมีกำลังใจ และกล้าเผชิญกับสังคมได้อย่างเท่าเทียมกัน

- ให้กำลังใจโดยการให้เกียรติ แสดงความชื่นชม การส่งเสริม แนะนำการทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ ใสบัตร การสวดมนต์ ทำสมาธิ เพื่อให้จิตใจสงบและมีความพลังใจ

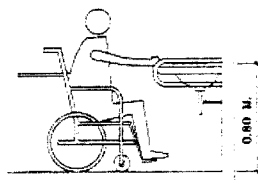


- เปิดโอกาสให้ได้เข้าร่วมกิจกรรม วันสำคัญตามประเพณี ของชุมชน
- การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ
- การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ เช่น การช่วยเหลือเรื่องรถรับ-ส่ง รถเข็นนั่ง

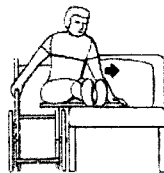
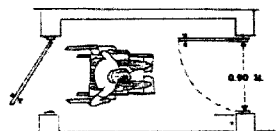


## การปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย

คนพิการทางกายหรือกรเคลื่อนไหว จะมีปัญหาในการเคลื่อนที่หรือต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า รถเข็นนั่ง ดังนั้นการปรับสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านให้เกิดความสะดวกในการเคลื่อนที่ที่จะช่วยให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง



- เติงอาจเพิ่มราวข้างเตียง หรือทำบันไดเชือกเพื่อช่วยในการลุกขึ้นนั่ง
- โต๊ะรับประทานอาหารหรืออ่างล้างหน้าควรมีความสูงจากพื้นประมาณ 0.80 เมตร และมีพื้นที่ว่างใต้อ่างล้างหน้าเพื่อให้รถเข็นสามารถเข้าไปได้



สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว

เพื่อประเมินและจัดการดูแลและฟื้นฟูสภาพ



ชื่อ ..... นามสกุล .....

## ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ - สกุล ..... เพศ .....
2. วัน/เดือน/ปี เกิด .....อายุ ..... ปี ..... เดือน .....
3. ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ต.....อ. ....จ.....
4. เริ่มมีความพิการเมื่อ วัน/เดือน/ปี .....
5. วันที่ขึ้นทะเบียนคนพิการ ..... หมาอายุ .....
6. ผู้ดูแลประจำในการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
 ชื่อ-นามสกุล ..... เบอร์โทรฯ.....  
 เกี่ยวข้องเป็น ( ) บุตร - ธิดา ( ) สามี - ภรรยา ( ) หลาน  
 ( ) ญาติพี่น้อง ( ) เพื่อนบ้าน ( ) จ้างผู้ดูแล ( ) อื่นๆ .....
7. ผู้ดูแลรองในการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
 ชื่อ-นามสกุล ..... เบอร์โทรฯ.....  
 เกี่ยวข้องเป็น ( ) บุตร - ธิดา ( ) สามี - ภรรยา ( ) หลาน  
 ( ) ญาติพี่น้อง ( ) เพื่อนบ้าน ( ) จ้างผู้ดูแล ( ) อื่นๆ .....

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สำหรับทีมฟื้นฟูทุกคน)

ครั้งที่ 1 วัน/เดือน/ปี ที่ปฏิบัติ ..... ผู้ปฏิบัติ .....

วงกลมที่คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแต่ละกิจกรรมตามจริง

หมวดกิจกรรม	ความสามารถในการปฏิบัติ				
	ทำ ไม่ได้	ช่วยเหลือ อ ส่วน ใหญ่	ช่วยเหลือ อ บางส่วน	ช่วยเหลือ อ เล็กน้อย	ทำได้เอง
1. การดูแลสุขลักษณะ ส่วนตัว	0	1	3	4	5
2. การอาบน้ำ	0	1	3	4	5
3. การรับประทานอาหาร	0	2	5	8	10
4. การใช้ห้องน้ำ	0	2	5	8	10
5. การใส่เสื้อผ้า	0	2	5	8	10
6. การควบคุมการถ่าย อุจจาระ	0	2	5	8	10
7. การควบคุมการ ปัสสาวะ	0	2	5	8	10
8. การเคลื่อนที่	0	3	8	12	15
หรือใช้รถเข็นนั่ง	0	1	3	4	5
9. การเคลื่อนย้าย	0	3	8	12	15
10. การขึ้นลงบันได	0	2	5	8	10
รวม					
คะแนนรวม / ผู้ประเมิน	...../.....				

แบบประเมินสภาพสิ่งแวดล้อม (สำหรับทีมฟื้นฟูทุกคน)

ครั้งที่ 1 วัน/เดือน/ปี ที่ปฏิบัติ ..... ผู้ปฏิบัติ .....

การประเมินสิ่งแวดล้อมในสภาพความเป็นจริงที่บ้าน โดยพิจารณาความเหมาะสมและความสะดวกตามความคิดเห็นของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

สภาพแวดล้อม		
1. ทางเข้าบ้าน	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม
2. ทางเดินในบ้าน	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม
3. ประตูเข้า-ออกบ้าน	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม
4. ห้องนอน	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม
5. เตียงนอน	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม
6. ที่สำหรับรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม
7. ห้องน้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม
8. พื้นห้องน้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม
9. ประตูห้องน้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม
10. โถส้วม	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม
11. ราวจับในห้องน้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม
12. การเดินทางออกนอกบ้าน	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม