

## รูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพไทย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม\*

รัชนี สรรเสริญ PhD\*\* จิรพรรณ โพธิ์ทอง ป.ด.\*\*\* กาวดี วิมลพันธุ์ พย.ม.\*\*\*\*  
 สूरียฉาย คิดหาทอง พย.ม.\*\*\*\* ขนิษฐา พิศฉลาด ส.ม.\*\*\*\*  
 เกศมณี มูลปานันท์ ศษ.ม.\*\*\*\* ฉันทนา แร่งสิงห์, วท.ม.\*\*\*\* ดลฤดี ศรีสุภผล พบ.\*\*\*\*\*  
 ปาริชาติ สุวรรณผล กศ.ม.\*\*\*\*\* วรณรัตน์ ลาวัง PhD\*\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพไทย การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบฯ และระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย คนพิการที่มารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพหลัก (โรงพยาบาล) และหน่วยบริการร่วม (ศูนย์ดำรงชีวิตอิสระ) ที่เป็นคู่สัญญาจำนวน 14 พื้นที่ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 จำนวน 33 คน ญาติผู้ดูแลคนพิการที่บ้านจำนวน 47 คน บุคลากรผู้ให้บริการในหน่วยบริการหลัก จำนวน 58 คน และบุคลากรผู้ให้บริการในหน่วยบริการร่วม จำนวน 73 คน เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความสามารถพื้นฐานการดำรงชีวิตอิสระแบบองค์รวมของคนพิการ แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองของคนพิการ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการของคนพิการ ญาติผู้ดูแล และบุคลากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาได้รูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คนพิการมีความสามารถขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอิสระและรับรู้คุณค่าในตนเองดีขึ้น โดยคนพิการ ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทั้งหน่วยบริการหลักและหน่วยบริการร่วมมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯในระดับมาก ข้อเสนอแนะจากการวิจัย หน่วยบริการสุขภาพหลักและหน่วยบริการร่วมสามารถประยุกต์รูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการไปใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมการดำรงชีวิตอิสระคนพิการตามระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคนพิการ และญาติผู้ดูแลต่อไป

**คำสำคัญ :** คนพิการ รูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระ ระบบหลักประกันสุขภาพไทย  
 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

\* ได้รับการสนับสนุนงบประมาณการทำวิจัยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555

\*\* รองศาสตราจารย์และคณบดี สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

\*\*\* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

\*\*\*\* อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

\*\*\*\*\* แพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

\*\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## The Model of Independent living services for persons with disabilities in Thai National Health Security System : A participatory action research\*

Rachanee Sunsern, PhD\*\* Jirapun Phothong, PhD\*\*\*  
 Pawadee Vimonpun, MNS\*\*\*\* Surichai Kidhathong, MNS\*\*\*\*  
 Khanittha. Pitchalard. MPH\*\*\*\* Katemanee Moonpanane, MEd\*\*\*\*  
 Chuntana Reangsing, MSc\*\*\*\* Donruedee Srisuppaphon, MD\*\*\*\*  
 Parichart Suwanpon, MEd\*\*\*\*\* Wannarat Lawang, PhD\*\*\*\*\*

### Abstract

This participatory action research aimed to develop National health security independent living model for persons with disabilities (PwD). The research process composed of 2 stages including Stage 1 the model development and Stage 2 the model experiment. Thirty-three PwD who visited the 14 co-operated independent living service centers (hospitals and IL centers) from September 2012-February 2013, 47 family caregivers, 58 health personals from the main healthcare service centers, and 73 disabled care workers from the co-operated service centers were selected by purposive sampling to participate in the study. Mixed methods (qualitative and quantitative data) were performed to collect the data using focus group questionnaire, in-depth interview, the holistic fundamental independent living ability questionnaire, the self-esteem questionnaire, the service satisfaction questionnaire for PwD, family caregivers, health personals, and disabled care workers. Content analysis and descriptive statistics were used to analyze the data.

The findings of the study revealed that the National health security independent living model for PwD was effective strategy to enhance positive outcomes including: holistic fundamental independent living ability and self-esteem among PwD. Moreover, service satisfaction was presented by PwD, family caregivers, health personals, and disabled care workers at high level.

This results suggest that the National health security independent living Model is essential strategy to apply in practice, as a part of health care service system, in order to provide greater positive outcomes among PwD and family.

**Keywords :** Persons with disabilities, Model of independent living services, Thai National Health Security System, Participatory action research

\* Supported by the National Health Security Office

\*\* Associate Professor and Dean School of Health Science, Mae Fah Luang University

\*\*\* Instructor, Baromarajonani College of Nursing, Suphan Buri

\*\*\*\* Assistant Professor and Instructor, School of Nursing, Mae Fah Luang University

\*\*\*\*\* Professional Physician and Professional Nurse, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre

\*\*\*\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คนพิการเป็นผู้ที่มีความผิดปกติ หรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ สมรรถภาพที่ลดลงทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางประเภท ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน จากข้อมูลสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ<sup>1</sup> พบว่า ประชากรไทยมีชีวิตอยู่ร่วมกับความพิการมากถึง 1,586,525 ราย โดยเป้าหมายสำคัญของการดูแลคนพิการคือ การให้คนพิการเหล่านั้นสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ กล่าวคือมุ่งเน้นการพัฒนาคนพิการให้มีชีวิตอยู่เช่นเดียวกับคนทั่วไป มีอิสระทางความคิด มีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถกำหนดแนวทางการดำรงชีวิตของตนเองตามที่ต้องการได้อย่างสมศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ สามารถเลือกตัดสินใจในการดำเนินชีวิต ได้ตามศักยภาพของตนเองไม่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความพิการและสามารถพัฒนาชีวิตคนพิการไปสู่เป้าหมายสูงสุดของแต่ละคนได้<sup>2</sup> ซึ่งแนวคิดสำคัญที่จะนำไปสู่บรรลุเป้าหมายดังกล่าวคือ 1) การส่งเสริมคุณค่าในตนเอง (self-esteem) 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) 3) การประเมินเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment evaluation)<sup>3-5</sup> ทั้งนี้ผลของการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการจะนำไปสู่การตอบสนองต่อความต้องการที่คนพิการและญาติผู้ดูแล ผู้ให้บริการสุขภาพ และระบบหลักประกันสุขภาพไทย<sup>6</sup>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานสำคัญที่พยายามผลักดันนโยบายการส่งเสริมการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ และการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ผ่านการมีส่วนร่วมขององค์กรคนพิการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ โดยการเตรียมความพร้อมหน่วยบริการร่วมซึ่งองค์กรคนพิการสู่การเป็นคู่สัญญาการให้บริการในระบบ

หลักประกันสุขภาพและขยายเครือข่ายให้บริการของศูนย์การดำรงชีวิตอิสระ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เพื่อเตรียมรองรับการพัฒนาระบบสิทธิประโยชน์ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550<sup>7</sup> ซึ่งได้กำหนดสิทธิประโยชน์ของคนพิการในการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในมาตรา 20 (1) และตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ฯ ข้อ 2 (24)<sup>8</sup> มีการสนับสนุนให้พัฒนารูปแบบความร่วมมือการจัดการบริการตามแนวคิดการดำรงชีวิตอิสระของหน่วยบริการร่วมในฐานะหน่วยบริการร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการหลักและองค์กรคนพิการ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของหน่วยบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในช่วงเวลาที่ผ่านมามีข้อจำกัด แนวทางในการจัดบริการที่ชัดเจน ขาดการจัดทำมาตรฐานบริการ เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ และขาดการเชื่อมโยงที่เป็นรูปธรรม ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องที่นำไปสู่การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการได้อย่างมีคุณภาพ

จากมูลเหตุข้างต้น คณะวิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นของการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพไทย โดยประยุกต์แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของสตริงเกอร์ (Stringer)<sup>9</sup> มาใช้ในการดำเนินการวิจัย เริ่มต้นด้วยการประเมินสถานการณ์ปัญหา และความต้องการในการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ เพื่อสังเคราะห์ สร้าง ทดลอง ใช้ และปรับปรุงแบบการจัดการบริการให้เหมาะสมสามารถตอบสนองความต้องการ การเข้าถึงบริการตลอดจนพัฒนาศักยภาพของคนพิการและบุคลากรหน่วยบริการสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการที่เฉพาะ

เจาะจงในบริบทของระบบบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ ซึ่งจะได้อรรถความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการผลักดันนโยบายการส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพและองค์กรคนพิการร่วมมือในการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้คนพิการมีความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเอง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคนพิการ

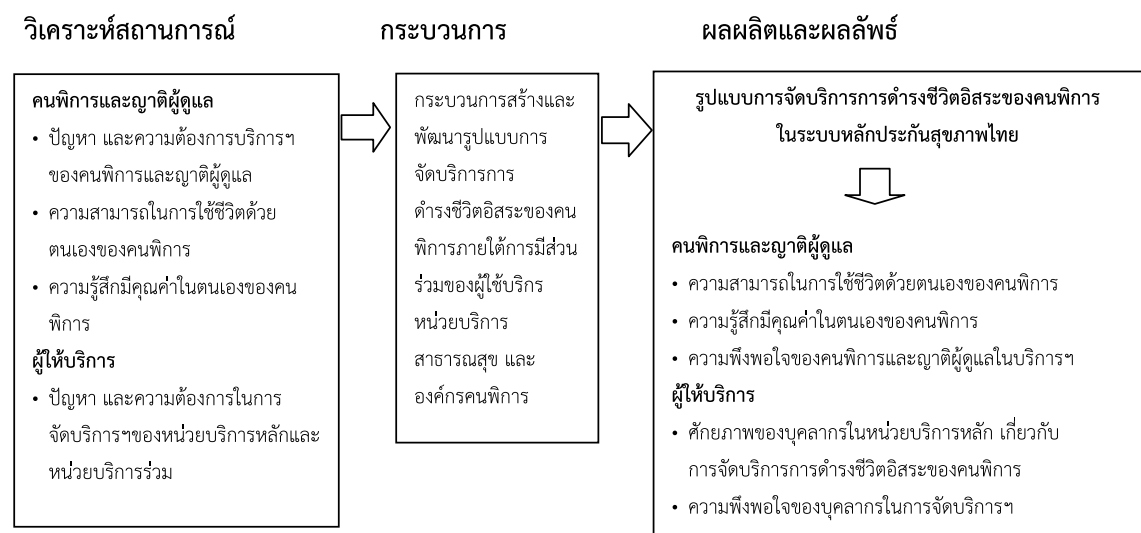
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างและพัฒนา รูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพไทย
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพไทย

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC<sup>10</sup>) เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของ

คนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ 1) ระบบเล็ก (micro system) คือ คนพิการ ญาติผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพเชิงรุก และ 2) ระบบกลาง (meso system) หน่วยบริการสุขภาพ และศูนย์ดำรงชีวิตอิสระขององค์กรคนพิการที่เชื่อมโยงเป็นหน่วยคู่สัญญาการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระ ผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อม การสร้างแรงจูงใจ และการให้ความรู้/ข้อมูล ร่วมกับบูรณาการข้อกำหนดตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550<sup>7</sup> ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552<sup>8</sup> แนวทางบริหารงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2556 และแนวคิดการประเมินเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ<sup>5</sup> (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 : กรอบแนวคิดการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการฯ

## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการฯตามกรอบการดำเนินงานที่มีลักษณะเป็นเกลียวปฏิสัมพันธ์ตามแนวทางการพัฒนาของสตรีนเจอร์ (Stringer)<sup>9</sup> คือ ดูว่ามีสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการอะไร (look) คิดวิธี/แนวทางแก้ไข (think) ลงมือปฏิบัติ-ประเมินผล (act) ซึ่งทั้ง 3 กระบวนการจะมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เกิดเป็นวงจรใหม่และต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ซ้ำแล้วซ้ำอีกจนกระทั่งได้พัฒนางาน ปัญหาถูกแก้ไข หรือเป็นที่พึงพอใจของกลุ่ม

## พื้นที่ดำเนินการ

เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาที่จัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในระบบประกันสุขภาพ จำแนกออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) หน่วยบริการหลัก คือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งแบ่งเป็น หน่วยบริการระดับตติยภูมิ และทุติยภูมิ และ 2) หน่วยบริการร่วม คือ องค์กรคนพิการที่ดำเนินงานในรูปแบบของศูนย์ องค์กร เครือข่าย สมาคม และกลุ่ม พื้นที่การวิจัย ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กระจายทั่วประเทศครอบคลุม 14 จังหวัด ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า-องค์กรคนพิการสากล ประจำภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก 2) โรงพยาบาลหนองบัวลำภู-สมาคมคนพิการ จ.หนองบัวลำภู 3) โรงพยาบาลปทุมธานี-หน่วยบริการร่วมจังหวัดปทุมธานี 4) โรงพยาบาลตากลี-เครือข่ายคลื่นแห่งความดี 5) โรงพยาบาลชลประทาน-ศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ จังหวัดนนทบุรี 6) โรงพยาบาลลำปาง-หน่วยบริการร่วมลำปาง 7) โรงพยาบาลน้ำยืน-ศูนย์ส่งเสริมทักษะการ

ดำรงชีวิตอิสระของคนพิการจังหวัดขอนแก่น 8) โรงพยาบาลอ่าวอุดม-ศูนย์เทศบาลตำบลเจ้าพระยาสุรศักดิ์เพื่อการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ 9) โรงพยาบาลชลบุรี-หน่วยบริการร่วมจังหวัดชลบุรี 10) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช-กลุ่มการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการจังหวัดนครศรีธรรมราช 11) โรงพยาบาลสกลนคร-สมาคมคนพิการจังหวัดสกลนคร 12) โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง-หน่วยบริการร่วมพุทธมณฑล 13) โรงพยาบาลเสลภูมิ-กลุ่มการดำรงชีวิตอิสระคนพิการจังหวัดร้อยเอ็ด และ 14) ศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ-หน่วยบริการร่วมกรุงเทพมหานคร

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** กำหนดให้เป็นผู้มีส่วนร่วม (participant) ในการพัฒนารูปแบบฯ และทดลองใช้รูปแบบฯ ทั้ง 2 ระยะเวลาเป็นกลุ่มเดียวกัน แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. กลุ่มผู้ใช้บริการ ได้แก่ คนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหว ที่มารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพหลัก (โรงพยาบาล) และหน่วยบริการร่วม (ศูนย์การดำรงชีวิตอิสระ) ที่เป็นคู่สัญญาจำนวน 14 พื้นที่ข้างต้นระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 จำนวน 33 คน โดยส่วนใหญ่มีความสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวที่มีการฟังฟังในระดับสูง และญาติผู้ดูแลคนพิการที่บ้านจำนวน 47 คน

2. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการในหน่วยบริการหลัก จำนวน 58 คน (ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 14 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 14 คน และนักสาธารณสุขจำนวน 14 คน) และบุคลากรผู้ให้บริการในหน่วยบริการร่วม จำนวน 73 คน (คนพิการที่เป็นอาสาสมัครในการดำเนินงานในองค์กรคนพิการ) โดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังกล่าวจากพื้นที่ดำเนินการที่คัดสรรทั้ง 14 แห่ง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย เป็นผู้มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการมากกว่า 10 ปี สำหรับผู้วิจัยร่วมได้ผ่านการอบรม และฝึกการทำกลุ่ม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ จดบันทึก และอำนวยความสะดวก

#### 2. เครื่องมือในการสร้างและพัฒนารูปแบบฯ

2.1 แนวคำถามสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์สำหรับคนพิการ ญาติผู้ดูแล และผู้ให้บริการ อาทิต่าง เช่น ท่าน/คนพิการที่ท่านดูแลมีปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิตอิสระเป็นอย่างไร และแนวคำถามเกี่ยวกับรูปแบบฯสำหรับผู้ให้บริการ อาทิต่าง ท่านคิดว่าโครงสร้างการบริหาร คณะกรรมการบริหารศูนย์ดำรงชีวิตอิสระ คุณสมบัติและหลักเกณฑ์ขององค์กรคนพิการในการเข้าเป็นหน่วยบริการร่วม หลักสูตรสำหรับพัฒนาบุคลากร แนวทางการจัดบริการควรเป็นอย่างไร

2.2 เครื่องมือบันทึกข้อมูล ได้แก่ เครื่องอัดเทป และ เครื่องถ่ายภาพ

3. เครื่องมือในการประเมินผลรูปแบบฯ ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของคนพิการและญาติผู้ดูแล มีจำนวน 23 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ประเภทความพิการ ระยะเวลาความพิการ โรคประจำตัว สิ่งแวดล้อมในและนอกบ้าน

3.2 แบบประเมินความสามารถพื้นฐานการดำรงชีวิตอิสระแบบองค์รวมของคนพิการ เป็นการประเมินความรู้สึกยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ของคนพิการที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการประเมินความสามารถตามประเภทความพิการ<sup>11</sup> และการประเมินคุณภาพชีวิตความพิการ<sup>12</sup> แบ่งออกเป็น 7 หมวด คือ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

การบริหารจัดการการเงิน การเดินทาง ความสัมพันธ์กับผู้อื่น กิจกรรมทางสังคม กิจวัตรประจำวัน และการรับรู้สิทธิ มีจำนวน 19 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (0-4) การแปลผลคะแนนน้อย หมายถึง คนพิการมีความสามารถพื้นฐานการดำรงชีวิตอิสระแบบองค์รวมสูง

3.3 แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองของคนพิการ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก<sup>13</sup> มีจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1-4) การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง คนพิการมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

3.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการของคนพิการ ญาติผู้ดูแล และบุคลากร ที่ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 5 หมวด คือ การเข้าถึงหน่วยบริการร่วมฯ สิ่งอำนวยความสะดวกในหน่วยบริการร่วมฯ การจัดบริการของหน่วยบริการร่วมฯ ผลลัพธ์ของการบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการต่อคณะทำงานหน่วยร่วมบริการ มีจำนวน 23 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจต่อบริการสูง

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล

1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 ท่าน มีค่า Content validity index (CVI) เท่ากับ 1

### การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างและพัฒนารูปแบบฯ และระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบฯ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสม

ผสมผสาน (Mix methods) ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งภาพลึกและภาพกว้าง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**ระยะที่ 1 การสร้างและพัฒนารูปแบบฯ** (เดือนสิงหาคม – กันยายน 2555) เริ่มจาก 1) การสร้างความเข้าใจ ความร่วมมือ และข้อตกลงของกลุ่มนักวิจัย ผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการในการพัฒนารูปแบบฯ 2) การประเมินและสังเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการจัดบริการตามแนวคิดการดำรงชีวิตอิสระของหน่วยบริการร่วมในฐานะหน่วยบริการร่วม 3) จากนั้นเป็นการกำหนดตกลงร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อกำหนด (ร่าง) รูปแบบฯ และ 4) การวิพากษ์และปรับปรุง ความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบฯ เพื่อหาข้อบกพร่องและปรับปรุงแก้ไขก่อนนำสู่การทดลองใช้จริงในระยะต่อไป โดยดำเนินการพัฒนาผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยเทคนิคระบวงการสภากาแฟ (World cafe) และเทคนิคระบวงการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานความสามารถพื้นฐานการดำรงชีวิตอิสระแบบองค์รวมของคนพิการ แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองของคนพิการจากแบบประเมินที่เตรียมไว้

**ระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบฯ** (เดือนกันยายน 2555 – กุมภาพันธ์ 2556) เป็นการนำรูปแบบการฯ ที่ได้จากระยะแรกไปทดลองปฏิบัติการให้บริการตามแนวคิดการดำรงชีวิตอิสระของหน่วยบริการร่วมในฐานะหน่วยบริการร่วมที่สมบูรณ์ สอดคล้องกับผู้รับบริการและบริบทของพื้นที่ต้นแบบ โดยมีกิจกรรมการจัดทำและรวบรวมสื่อที่ใช้หรือชุดความรู้เพื่อการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามแนวคิดการดำรงชีวิตอิสระ เช่น เอกสาร แผ่นพับ เป็นต้น ลงมือปฏิบัติ ประเมินผลการใช้รูปแบบฯ

ความพึงพอใจ สะท้อนผล ปัญหาอุปสรรค จุดเด่น เสนอแนะสิ่งที่ต้องพัฒนาและข้อพึงระวัง และปรับปรุงรูปแบบฯ ภายหลังสิ้นสุดเก็บรวบรวมข้อมูลความสามารถพื้นฐานการดำรงชีวิตอิสระแบบองค์รวมของคนพิการ แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองของคนพิการ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการของคนพิการ ญาติผู้ดูแล และบุคลากรจากแบบประเมินที่เตรียมไว้ ทั้งนี้การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนำและเสริมด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ โดยข้อมูลเชิงคุณภาพเป็น naturalistic inquiry วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสรุปความจริงตามสิ่งที่ต้องการจะศึกษา สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป ความสามารถขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอิสระ การรับรู้คุณค่าในตนเองที่ขึ้น และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ

## ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ 1) ผลการสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพไทย และ 2) ผลการใช้รูปแบบการจัดการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพไทย

### 1. ผลการสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการฯ

การสร้างและพัฒนารูปแบบฯ ได้ดำเนินการตามผลของการประเมินสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

#### 1) ปัญหาการดำรงชีวิตของคนพิการตามมุมมองผู้ให้บริการ (คนพิการและญาติผู้ดูแล)

ได้แก่ ปัญหาความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระ ความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคนพิการโดยตรง ทำให้ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาเพื่อช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันบางส่วน หรือเกือบทั้งหมด จนรู้สึกความเชื่อมั่น ไม่สามารถคิด ตัดสินใจ และสูญเสียความเป็นอิสระในตนเอง ปัญหาด้านจิตใจ ความพิการยังก่อให้เกิดความรู้สึกละแวกและการแสดง เช่น เกรียด เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ ขาดกำลังใจ น้อยใจที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลายเป็นภาระของครอบครัว จนบางครั้งรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และคิดค่าตัวตาย ปัญหาภาวะแทรกซ้อน ที่เกี่ยวเนื่องจากความพิการ เช่น เสียงที่จะเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ปัญหาด้านอาชีพ เศรษฐกิจ คนพิการส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ขาดรายได้ที่เคยได้ ถึงแม้มีรายได้จากเบี้ยคนพิการ แต่ก็ส่งผลต่อสถานการณ์ทางการเงินของครอบครัว ประกอบกับบางครอบครัวผู้ดูแลต้องเปลี่ยนอาชีพหรือลาออกดูแลคนพิการ ปัญหาด้านการใช้ชีวิต บางครั้งคนพิการยังไม่สามารถออกไปใช้ชีวิตในสังคมได้ เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่สะดวกในการเดินทาง ข้อจำกัดของเวลา เศรษฐกิจ และที่สำคัญคือความไม่ได้ตระหนักและไม่เข้าใจถึงความจำเป็นจะต้องใช้ชีวิตในสังคมภายนอกเหมือนบุคคลปกติของครอบครัวและชุมชนทำให้คนพิการถูกทอดทิ้งภายในบ้าน ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากสภาพความพิการที่ทำให้ไม่สามารถเดินทางไปรับบริการได้สะดวก และความไม่สะดวกต่อการดำรงชีวิตของคนพิการ เช่น ห้องน้ำแคบล้อเซ็นเข้าไม่สะดวก ขาดทางลาด ขาดยานพาหนะรับส่ง ระบบบริการที่ล่าช้า ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการในหน่วยบริการได้

**2) ความต้องการเพื่อการดำรงชีวิตของคนพิการตามมุมมองผู้ใช้บริการ (คนพิการและญาติผู้ดูแล)** คนพิการต้องการให้ชุมชนเข้าใจและ

ยอมรับว่าคนพิการก็ต้องการการใช้ชีวิตที่อิสระในสังคมด้วยตนเอง สามารถคิด ตัดสินใจ เลือกแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเองได้ แต่เนื่องจากข้อจำกัดจากสภาพความพิการยังจำเป็นและต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมกันให้การดูแล เสริมสร้างพลังและจัดกิจกรรมที่จะช่วยพัฒนาความคิด ความรู้ ทักษะการใช้ชีวิต การได้รับข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ ตามกฎหมาย อีกทั้งการจัดสิ่งแวดล้อม ในชุมชน สังคม ที่เอื้อให้คนพิการสามารถใช้บริการได้สะดวก เช่น ทางลาด ห้องน้ำ รถรับส่งคนพิการ ไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ ซึ่งจะ使人พิการเข้าถึงบริการและดำรงชีวิตอิสระได้

*“ต้องการให้การจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการบรรลุเป็นหนึ่งในสิทธิประโยชน์ โดยคนพิการมีส่วนร่วมในการจัดบริการให้แก่คนพิการด้วยตนเอง ตั้งแต่การค้นหาคนพิการในชุมชน และเข้าไปมีส่วนร่วมที่ทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการการดำรงชีวิตอิสระในโรงพยาบาล และหรือในหน่วยร่วมบริการ หรือศูนย์ดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ” (คนพิการ, สทนากลุ่ม)*

**3) ปัญหาการจัดการบริการการดำรงชีวิตอิสระในระบบหลักประกันสุขภาพตามมุมมองผู้ให้บริการ (บุคลากรด้านสุขภาพและอาสาสมัครในองค์กรคนพิการ)** การดูแลสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพที่ผ่านมา เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นให้การดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก โดยมีการฟื้นฟูสภาพ หน่วยบริการสุขภาพ บางหน่วยงานไม่มีรูปแบบการให้บริการที่ชัดเจนทั้งจากองค์กรคนพิการและหน่วยบริการหลัก บางหน่วยงานมีแนวทางในการดำเนินงานแต่ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นรูปธรรมที่สะท้อนแนวปฏิบัติและผลการดำเนินงาน ส่วนใหญ่การดำเนินงานไม่มีระบบและกลไกการเชื่อมต่อการให้บริการของหน่วยบริการหลักและหน่วย

บริการร่วมที่เป็นรูปธรรมทำให้องค์กรคนพิการที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจในการทำงานร่วมกับหน่วยบริการหลัก ไม่มีการประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน และบางองค์กรคนพิการยังขาดความพร้อมทั้งด้านจำนวนบุคลากรผู้ให้บริการ ศักยภาพของผู้ให้บริการ การบริหารจัดการขององค์กรในการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพ จึงทำให้ไม่สามารถจัดบริการได้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของคนพิการ และทำให้คนพิการบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการการดำรงชีวิตอิสระได้

4) ความต้องการการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระในระบบหลักประกันสุขภาพตามมุมมองผู้ให้บริการ (บุคลากรด้านสุขภาพและอาสาสมัครในองค์กรคนพิการ) หน่วยบริการหลัก (โรงพยาบาล) “ต้องการอบรมเรื่องแนวคิด IL และ การจัดการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ เพื่อให้คนทำงานมีความรู้จริง และมีความเข้าใจในบริการ สุดท้ายคนพิการก็จะได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ” (พยาบาล, การสนทนากลุ่ม) ตลอดจนแนวทางการทำงานร่วมกับองค์กรคนพิการ การประเมินผลสัมฤทธิ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินที่เป็นที่ยอมรับในทางวิชาการ นอกจากนี้ ต้องการการสนับสนุนทรัพยากร ทั้งด้านจำนวนบุคลากรที่เพียงพอ และงบประมาณที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน อีกทั้งนโยบายที่ชัดเจนเชิงระบบที่มอบหมายให้ดำเนินงานเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในโรงพยาบาล

“งาน IL เป็นโครงการที่โรงพยาบาลรับผิดชอบเป็นประจำ ถ้าหากผู้บริหารไม่เข้าใจงานของ IL ก็จะทำให้เกิดปัญหา โดยเฉพาะงบประมาณ ที่นำเอางบประมาณ IL ไปรวมกับงบอำนวยการ หรือทำให้การบริหารงานของ IL ยากขึ้นไปอีก” (นักกายภาพบำบัด, การสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ)

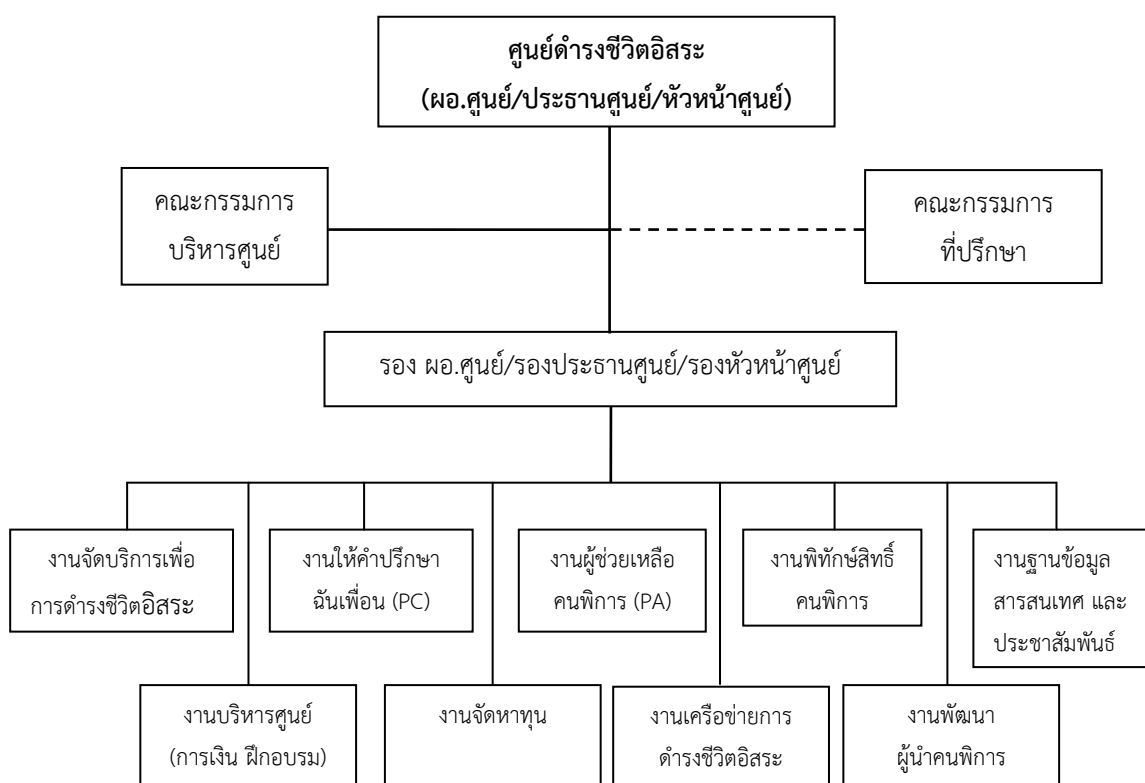
สำหรับหน่วยบริการร่วม (องค์กรคนพิการ) ได้แก่ การพัฒนาความรู้ ทักษะ แนวปฏิบัติกิจกรรม ตลอด จนแนวทางการทำงานร่วมกับหน่วยบริการหลัก การประเมินผลสัมฤทธิ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินที่เป็นที่ยอมรับในทางวิชาการ นอกจากนี้ ต้องการการสนับสนุนทรัพยากร ในด้านจำนวนบุคลากรที่เพียงพอ งบประมาณที่สนับสนุน สถานที่ตั้งของศูนย์ดำรงชีวิตอิสระ แนวทางการสนับสนุนจากหน่วยบริการหลักในการทำงานร่วมกัน รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้รับบริการ ในด้านข้อมูลและผลดำเนินงาน

“อยากได้พื้นที่ให้บริการการดำรงชีวิตอิสระให้แก่คนพิการรายใหม่ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยใช้บ้านของคนพิการเป็นที่ตั้ง แล้วก็อยากได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากที่สุด” (บุคลากรจากองค์กรคนพิการ, การสนทนากลุ่ม)

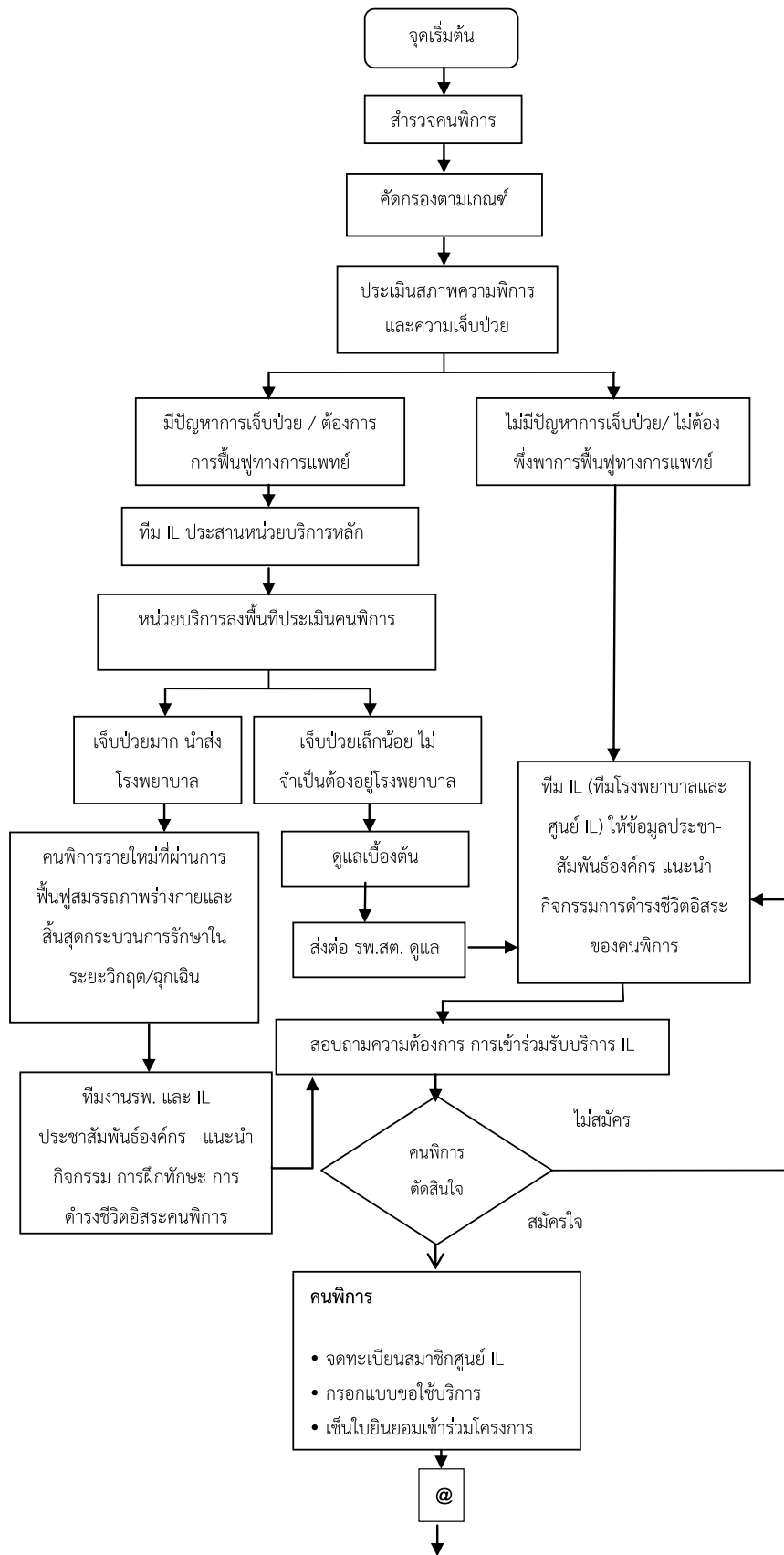
จากข้อมูลข้างต้นนำมาสังเคราะห์ สร้าง และ พัฒนารูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการร่วมกัน ผลการพัฒนาจากหน่วยบริการหลักและศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการจำนวน 14 คู่สัญญาได้ “รูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในระบบประกันสุขภาพไทย” ที่ประกอบด้วย 1) วิสัยทัศน์ พันธกิจ 2) โครงสร้างการบริหาร คณะกรรมการบริหารศูนย์ดำรงชีวิตอิสระ 3) คุณสมบัติและหลักเกณฑ์ขององค์กรคนพิการในการเข้าเป็นหน่วยบริการร่วม 4) หลักสูตรสำหรับพัฒนาบุคลากรทั้งของหน่วยบริการหลักและหน่วยบริการร่วม 5) แนวทางการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพ 6) แนวทางการเชื่อมต่อบริการของศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการและหน่วยบริการหลัก 7) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน และ 8) การประเมินผลสัมฤทธิ์ (ภาพที่ 2 และภาพที่ 3) ทั้งนี้มุ่งเน้น 1) ผลสัมฤทธิ์ที่

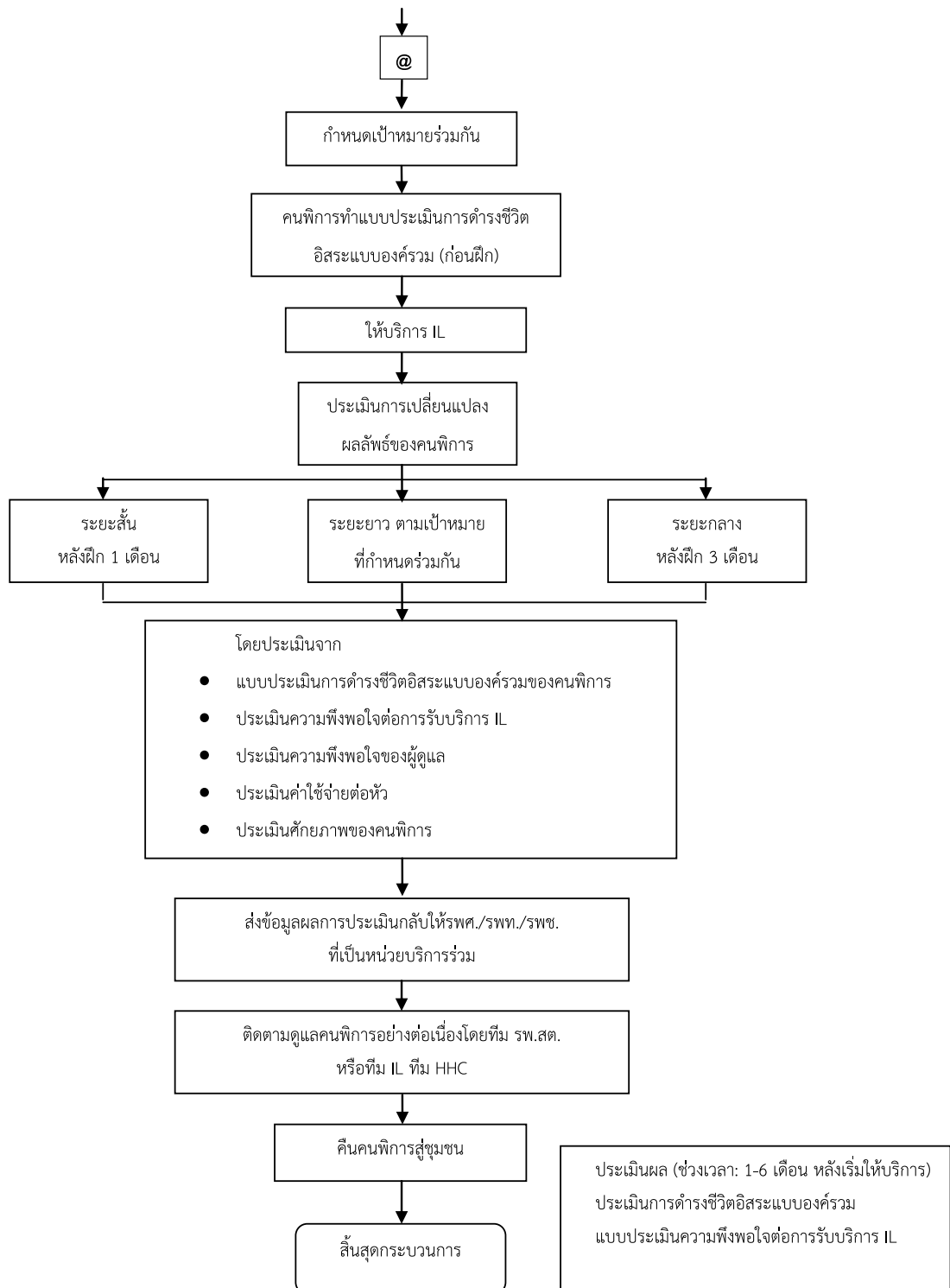
เกิดขึ้นกับตัวคนพิการ ได้แก่ ความสามารถในการใช้ชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ 2) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในตัวญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความพึงพอใจของญาติ หรือผู้ดูแลคนพิการต่อบริการที่ได้รับ 3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ได้แก่ ศักยภาพความสามารถของคณะ

ทำงานของบุคลากรในการบริหารจัดการองค์กรและจัดการบริการ ความพึงพอใจของคณะทำงานของหน่วยบริการร่วม 4) ผลลัพธ์ที่เกิดกับหน่วยบริการ ได้แก่ การจัดโครงสร้างพื้นฐานของหน่วยบริการร่วม และหน่วยบริการสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายต่อหัวของการจัดบริการของหน่วยบริการร่วม



ภาพที่ 2 โครงสร้างการบริหารงานของหน่วยบริการร่วมในหน่วยบริการร่วม





ภาพที่ 3 แนวปฏิบัติการเชื่อมต่อบริการของหน่วยบริการร่วมและหน่วยบริการหลัก

## 2. ผลการใช้รูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการฯ

การนำเสนอผลการใช้รูปแบบครั้งนี้  
ด้านคนพิการ

1. ความสามารถพื้นฐานการดำรงชีวิตอิสระแบบองค์รวม กลุ่มคนพิการที่เข้าร่วมมีพัฒนาการที่ดีขึ้น สามารถคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ ช่วยเหลือตนเอง และกล้าที่จะออกสู่สังคมภายนอกได้ อาทิเช่น “ผม [คนพิการ] คิดและจัดการ ช่วยเหลือตนเองได้ เยอะ ได้ออกจากบ้านได้ มาร่วมกิจกรรมข้างนอก บ้านมากขึ้น” (คนพิการจากเครือข่ายคลื่นแห่งความดี) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า ก่อนใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถพื้นฐานการดำรงชีวิตอิสระในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางคือ มีความยากลำบากในการทำกิจกรรม (คะแนนเฉลี่ย 2.49 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.02) แต่หลังการใช้รูปแบบฯ มีความยากลำบากในการทำกิจในภาพรวมลดลงอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.90 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78) โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพ การบริหารจัดการการเงิน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น กิจกรรมทางสังคม กิจวัตรประจำวัน และการรับรู้สิทธิ

2. การรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กลุ่มคนพิการที่เข้าร่วมมีมุมมองเกี่ยวกับตนเองดีขึ้น รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ พึงพอใจในตนเอง นับถือตนเองมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “ทำให้ผมรู้สึกว่า ชีวิตยังมีค่า ชีวิตนี้เกิดใหม่อีกครั้ง ไปไหนมาไหนได้เอง ดูแลตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น” (คนพิการจากศูนย์การดำรงชีวิตอิสระ จ.ลำปาง) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า ก่อนใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 67.90) หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.00)

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดบริการการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ “รู้สึกดีที่เขา [เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครศูนย์ IL] เข้ามาให้กำลังใจผม ทั้งๆ ที่เป็นคนพิการ ทำให้ผมลุกขึ้นสู้อีกครั้ง” (คนพิการจากศูนย์การดำรงชีวิตอิสระ จ.ลำปาง) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกด้าน เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) การยอมรับคุณภาพของบริการ 2) สิ่งอำนวยความสะดวก 3) ผลลัพธ์ของการบริการ 4) การจัดการของหน่วยบริการ 5) การเข้าถึงบริการ

ด้านญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ โดยให้ข้อคิดเห็นเชิงบวกว่าการเยี่ยมติดตามคนพิการที่บ้านของหน่วยบริการร่วมและของหน่วยบริการหลักมีประโยชน์ ทำให้ปัญหาในการดูแลคนพิการลดลง

“โครงการนี้ดี ช่วยให้ลูกของแม่ [ญาติผู้ดูแลคนพิการ] พุดคุยมากขึ้น ไม่แยกตัว กล้าที่จะออกไปพบปะผู้คน จากเดิมเขาไม่ยอมออกนอกบ้านเลยหลังประสบอุบัติเหตุ ถึงแม้จะมีถุงปัสสาวะไปด้วยก็ตาม” (มารดาของคนพิการ จากศูนย์การดำรงชีวิตอิสระ จ.ลำปาง)

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) การยอมรับคุณภาพของบริการ 2) การจัดการบริการ 3) สิ่งอำนวยความสะดวก และ 4) การเข้าถึงหน่วยบริการ

ด้านบุคลากรผู้ให้บริการในหน่วยบริการหลัก (โรงพยาบาล)

1. ศักยภาพความสามารถของบุคลากรหน่วยบริการหลักในการจัดบริการ มีความรู้ ความเข้าใจ

และทักษะเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ เพิ่มมากขึ้น มีการทำงานร่วมกันที่ดีระหว่าง โรงพยาบาลและองค์กรคนพิการ ดังเช่น “ทำให้รู้แล้วว่า IL ที่แท้จริงคืออะไร แล้วจะทำงานร่วมกันระหว่างอาสาสมัครคนพิการกับเจ้าหน้าที่ได้อย่างไร” (เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลอุดรธานี) แต่ยังคงต้องการความรู้ด้านการจัดระบบฐานข้อมูล ด้านการบันทึกข้อมูล และการใช้เครื่องมือต่างๆ และด้านกฎหมาย และสิทธิคนพิการเพิ่มเติม

2. ความพึงพอใจของบุคลากรหน่วยบริการหลักต่อการจัดบริการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ โดยให้ข้อคิดเห็นว่า ศูนย์ดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ มีความชัดเจนในการกำหนดเป้าหมายและสามารถจัดกิจกรรมบริการได้มากขึ้น

“คิดว่าผลลัพธ์ที่ได้คุ้มค่าเพราะคนพิการในโครงการมีทัศนคติเชิงบวกในการดำเนินชีวิต มีทักษะในการช่วยเหลือตนเอง รวมถึงสามารถประกอบอาชีพได้” (เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช)

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า บุคลากรหน่วยบริการหลักมีความพึงพอใจในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) คุณภาพบริการของการให้บริการ 2) ผลลัพธ์การดำเนินงาน 3) โครงสร้างในหน่วยบริการร่วม 4) กระบวนการดำเนินงาน 5) คู่มือแนวปฏิบัติ 6) สิ่งอำนวยความสะดวก ทั้ง ด้านบุคลากรผู้ให้บริการในหน่วยบริการร่วม (องค์กรคนพิการ)

1. ศักยภาพความสามารถของบุคลากรหน่วยบริการร่วมในการจัดบริการฯ มีความรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ มีแผนงานและการจัดกิจกรรมที่ชัดเจน และมีความสามารถจัดกิจกรรมได้ดี “ไม่นี้กลายว่าเรา [อาสาสมัครคนพิการ] จะทำงานได้ขนาดนี้ เราสามารถทำให้เค้านั่งได้เองและสื่อสารกับคนอื่นได้มากขึ้น” (อาสาสมัครศูนย์การ

ดำรงชีวิตอิสระของคนพิการตาคลี)

2. ความพึงพอใจของบุคลากรหน่วยบริการร่วมต่อการจัดการบริการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราได้ช่วยเหลือคนพิการอื่นๆ ที่ด้อยกว่าเรา ผมรู้สึกมีความสุข ความสุขของผมไม่จำเป็นต้องได้มาจากการมีเงินล้นฟ้า แต่มันเกิดจากการได้ดูแลช่วยเหลือคนพิการอื่นๆ ได้มีชีวิตที่ดีขึ้นต่างหาก” (อาสาสมัครจากศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ เครือข่ายแห่งความดี, สัมภาษณ์เชิงลึก)

3. สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการในองค์กรคนพิการมีความพึงพอใจทั้งในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) คุณภาพบริการของการให้บริการ 2) โครงสร้างในหน่วยบริการ 3) ผลลัพธ์การดำเนินงาน 4) คู่มือแนวปฏิบัติ 5) กระบวนการดำเนินงาน 6) สิ่งอำนวยความสะดวก

### การอภิปรายผลและบทสะท้อนการเรียนรู้

การวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการจัดการบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่จะนำไปเป็นต้นแบบประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานการจัดบริการทั่วประเทศ เพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการในการดำรงชีวิตอิสระในบริบทของระบบหลักประกันสุขภาพไทย เนื่องจากกระบวนการสร้างและพัฒนาได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบตามหลักวิชาการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน ภายใต้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC)10 ที่เน้นการพัฒนาทั้งระบบเล็ก (micro system) คือ ช่วยให้คนพิการ ญาติผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ และอาสา

สมัครศูนย์ดำรงชีวิตอิสระคนพิการ (ระบบเล็ก) ได้รับการเสริมแรงบันดาลใจ (Motivate) การเตรียมความพร้อม (Prepare) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน (Inform) และพัฒนาระบบกลาง (meso system) คือ เชื่อมโยงการดำเนินงานของศูนย์ดำรงชีวิตอิสระคนพิการกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องการดำเนินงานตามระบบหลักประกันสุขภาพไทย ที่มุ่งสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลคนพิการร่วมกับหน่วยบริการของภาครัฐในระดับต่างๆ<sup>6</sup> ซึ่งรูปแบบที่พัฒนานำไปสู่ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกทั้งในผู้รับบริการ (ความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจในระบบบริการ) และผู้ให้บริการ (ศักยภาพในการดำเนินงานและความพึงพอใจในระบบบริการ)

อย่างไรก็ตามจากการพัฒนารูปแบบฯ ในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้เห็น ได้เรียนรู้ ได้ข้อคิดสำคัญจากการเปลี่ยนแปลงขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยสามารถสรุปเป็นบทสะท้อนการเรียนรู้ 2 ปัจจัย

## 1. ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบฯ

1.1 ผู้นำทั้งหน่วยงานหลักและร่วม มีความชัดเจนและเอื้ออำนวยในการดำเนินการจะนำไปสู่ความร่วมมือในการพัฒนาการจัดบริการที่เป็นรูปธรรม

1.2 บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมองค์กรคนพิการ มีความตระหนัก เห็นความสำคัญของงาน มีความรู้ ความเข้าใจทั้งแนวคิดการดำรงชีวิตอิสระอย่างถ่องแท้ ตลอดจนมีความเชื่อมั่นในการมีส่วนร่วมของทีมฯ และการดำรงชีวิตอิสระว่าจะช่วยเติมเต็มการจัดบริการที่จะส่งผลถึงคนพิการได้อย่างสมบูรณ์ ผนวกกับการเสริมแรงบันดาลใจ การเตรียมความพร้อม การให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน

1.3 *ทรัพยากร* การระดมทุนส่งเสริมและสนับสนุนจากภายในและภายนอกอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องจะช่วยขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการต่อเนื่องตลอดเวลา

1.4 *การออกแบบกิจกรรมบริการ* เน้นการให้บริการ “แบบองค์รวม” โดยประยุกต์ความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานในการตัดสินใจออกแบบและปรับกิจกรรม ทั้งนี้ต้องกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้รับบริการ มีแผน การดำเนินการ และการวัดผลลัพธ์ที่ชัดเจนในแต่ละราย

1.5 *การดำเนินงาน* ที่ประสบความสำเร็จต้องเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการหลักและหน่วยบริการร่วมแบบบูรณาการ ทั้งในส่วนของวางแผน การจัดบริการ การส่งต่อผู้รับบริการ ข้อมูลระบบฐานข้อมูล และการใช้แบบฟอร์มต่างๆ เหมือนเป็นหน่วยงานเดียวกัน

1.6 *การจัดการความรู้* อย่างต่อเนื่อง ช่วยผลักดันให้เกิดการประเมินตนเองเพื่อวิเคราะห์หาจุดเด่น จุดด้อย และสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่นำมาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น

## 2. ปัจจัยอุปสรรคที่พึงระวังในการพัฒนารูปแบบฯ

2.1 *ขาดการเตรียมความพร้อมของบุคลากร* ทำให้ไม่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการที่แท้จริง ทำให้การทำงานในเครือข่ายไม่ชัดเจน เกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่

2.2 *ขาดการจัดให้มีผู้รับผิดชอบหลักอย่างชัดเจนหรือหมุนเวียนเปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อย* ทำให้การดำเนินงานและพัฒนาคุณภาพงานไม่ต่อเนื่อง

2.3 *ขาดการเสริมขวัญและกำลังใจบุคลากร* โดยเฉพาะทีมสหสาขาวิชาชีพเนื่องจาก

ผู้บริหารไม่ได้กำหนดงานการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระเป็นภาระงาน ก่อให้เกิดภาระงาน ความเครียด และความเหนื่อยล้า

2.4 ความไม่ต่อเนื่องของการจัดสรรทรัพยากร เช่น การได้รับงบประมาณวัสดุและอุปกรณ์ล่าช้า ทำให้เกิดความไม่แน่นอนว่าจะต้องดำเนินงานหรือไม่ดำเนินงาน

2.5 ขาดการบันทึกข้อมูลการรับและส่งต่อ ส่วนใหญ่ติดต่อสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ เช่น โทรศัพท์ เฟสบุ๊ค ทำให้ไม่มีหลักฐานเชื่อมโยงการให้บริการและไม่มีส่งข้อมูลกลับสู่ชุมชน (รพ.สต.) เพื่อติดตามต่อเนื่อง

2.6 ขาดความเชื่อมโยงของระบบข้อมูลสารสนเทศ ทำให้ข้อมูลไม่ตรงกัน

### ข้อเสนอแนะในการใช้ผลการวิจัย

1. ข้อเสนอเชิงนโยบายและระบบสนับสนุนจากส่วนกลาง

**สำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) และหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้อง**

1. จัดสรรงบประมาณ ควรดำเนินการต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี เพื่อให้สามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงของการทำงานร่วมกันของหน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรคนพิการได้อย่างชัดเจน ตลอดจนสร้างโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ กับคณะทำงานคนพิการมากขึ้น

2. ผลักดันให้หน่วยบริการนำรูปแบบการจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระที่ได้จัดทำขึ้นไปเป็นแนวทาง หรือประยุกต์ใช้จริง เพื่อช่วยให้การพัฒนาบริการดังกล่าวให้สมบูรณ์ มีคุณภาพและมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

3. สนับสนุนการจัดจ้างบุคลากรประจำในการดำเนินงานการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดทำ

เอกสาร การประสานงาน โดยกำหนดเกณฑ์ค่าใช้จ่ายในกิจกรรมต่างๆ เพราะคนพิการมีข้อจำกัดในการดำเนินการ

4. พัฒนาระบบการทำงานร่วมกับสภาการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการประเทศไทยอย่างชัดเจน ทั้งการเตรียมการ การติดตาม และการรายงานผลการดำเนินงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

5. เตรียมความพร้อมทั้งองค์กรคนพิการและหน่วยบริการสาธารณสุข โดยทำความเข้าใจและทำความเข้าใจร่วมกัน ร่วมกับการผลักดันให้หน่วยงานที่รับผิดชอบพัฒนาศักยภาพบุคลากร

6. จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการหลักและศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ เพื่อให้มีแนวทางในการพัฒนาการบริการให้ดียิ่งขึ้น

**สำหรับสภาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ ประเทศไทย**

1. เร่งรัดและขยายการดำเนินงานและสนับสนุนความเข้มแข็งของศูนย์การดำรงชีวิตอิสระที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เร่งรัดการถ่ายทอดแนวความคิดการดำรงชีวิตอิสระ ความรู้ และทักษะในการจัดบริการที่ถูกต้อง ตลอดจนจนประสบการณ์แก่คณะทำงานของศูนย์การดำรงชีวิตอิสระอื่นๆ

3. เร่งรัดการควบคุมคุณภาพศูนย์การดำรงชีวิตอิสระที่โดยการเพิ่มการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทั้งการลงพื้นที่ติดตาม ให้คำแนะนำภาคสนาม และติดตามการส่งรายงานที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

4. เพิ่มการสร้างและพัฒนาผู้นำทางด้านการดำรงชีวิตอิสระที่มีคุณภาพให้มากขึ้น อันจะนำไปสู่การขยายเครือข่ายศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการที่สามารถเป็นหน่วยบริการร่วมได้มากขึ้น

5. จัดให้มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ เพื่อให้มีแนวทางในการพัฒนาการบริการให้ดียิ่งขึ้น

## 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ สำหรับหน่วยบริการหลัก (โรงพยาบาล)

1. กำหนดผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน
2. นำรูปแบบที่ได้พัฒนานี้ไปประยุกต์ใช้ในจัดบริการฯ ให้ครอบคลุมทั้งคุณสมบัติและหลักเกณฑ์ขององค์กรคนพิการในการเข้าร่วม การจัดโครงสร้างพื้นฐาน การใช้ทรัพยากรและการสนับสนุนการบริการฯ การดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ และการติดตามผลกระบวนการและผลลัพธ์ ตลอดจนการรายงานผล เพื่อให้การจัดบริการการดำรงชีวิตอิสระคนพิการมีคุณภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
3. พัฒนาการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการหลักและหน่วยบริการร่วมให้เป็นเนื้อเดียวกันอย่างแบบเป็นหุ้นส่วนที่เป็นรูปธรรม โดยมีการประชุมดำเนินการร่วมกันเป็นระยะๆ
4. หน่วยบริการหลักควรมีความพร้อมด้านสถานที่พอสมควรที่สามารถอำนวยความสะดวกและจัดบริการได้ ไม่คับแคบจนเกินไป สนับสนุนด้านการจัดเตรียมสถานที่ให้บริการ IL ที่เป็นสัดส่วนภายในโรงพยาบาล และบุคลากรประสานงานประจำศูนย์ที่ถือเป็นงานประจำ
5. ร่วมจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ และการดำเนินงานเชิงรุก ที่ขยายบทบาทการทำงานของศูนย์การดำรงชีวิตอิสระให้รู้จักแพร่หลาย
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศของทั้งหน่วยบริการหลักและหน่วยบริการร่วมให้ชัดเจนเป็นข้อมูลเดียวกัน ไม่ควรแยกส่วนและ ต่างคนต่างทำ

7. ทำความเข้าใจกับแพทย์เจ้าของไข้ และหาแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินงานร่วมกัน ในกรณีการจัดให้บริการตามแนวความคิดการดำรงชีวิตอิสระคนพิการกับคนพิการที่เป็นผู้ป่วยใน

## สำหรับหน่วยบริการร่วม

1. พัฒนาศูนย์ IL ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเน้นที่มาตรฐานการบริการและระบบงาน
2. พัฒนาการบริหารจัดการด้านผู้ช่วยเหลือคนพิการ รวมถึงการพัฒนาด้านสถานที่เพื่อรองรับการฝึกทักษะการเรียนรู้ขั้นพื้นฐานต่อยอดการฝึกทำกิจวัตร ประจำวันในโรงพยาบาล ก่อนกลับไปสู่สภาพแวดล้อมจริง
3. คณะทำงานกลุ่ม/องค์กรคนพิการควรพัฒนาตนเองทั้งความรู้ ความเข้าใจ แนวคิดการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ และสามารถแสดงศักยภาพการเป็นมืออาชีพในการทำงาน
4. นำรูปแบบที่ได้พัฒนานี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการฯ เพื่อให้การจัดบริการการมีคุณภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
5. ขยายบทบาทการทำงานของศูนย์การดำรงชีวิตอิสระเชิงรุก โดยขยายเครือข่ายการทำงานในระดับอำเภอ และชุมชน เพื่อให้มีความรับผิดชอบไม่กว้างเกินไป ลดระยะเวลาและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมทั้งติดตามได้อย่างใกล้ชิดมากขึ้น
6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศของทั้งหน่วยบริการหลักและหน่วยบริการร่วมให้ชัดเจนเป็นข้อมูลเดียวกัน ไม่ควรแยกส่วนและต่างคนต่างทำ
7. ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการสร้างเจตคติที่ดี การสื่อสารที่ชัดเจน ตลอดจนการทำงานเป็นทีม จะทำให้เกิดความไว้วางใจ และยอมรับซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การทำงานร่วมกันแบบไร้รอยต่อที่มีประสิทธิภาพ

### 3. ข้อเสนอแนะการวิจัยต่อยอด

1. การศึกษาติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากขึ้น
2. การพัฒนารูปแบบที่ตอบสนองต่อปัญหาด้านอาชีพ เศรษฐกิจ และประเด็นอื่นๆของ คนพิการและญาติผู้ดูแล
3. การศึกษาความคุ้มค่า/คุ้มประโยชน์ ในการจัดให้บริการตามแนวคิดการดำรงชีวิตอิสระ คนพิการควบคู่กับการจัดให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์
4. การพัฒนาฐานระบบฐานข้อมูลของ ศูนย์ดำรงชีวิตอิสระคนพิการที่เชื่อมต่อกับโรงพยาบาล

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. ผลการจดทะเบียนคนพิการ. 2557. สืบค้น [www.m-society.go.th/more\\_news.php?cid=81](http://www.m-society.go.th/more_news.php?cid=81)
2. Osterwitz, I. The Concept of Independent Living - a New Perspective in Rehabilitation. 1994. Available from [www.independentliving.org/docs5/Osterwitz.html](http://www.independentliving.org/docs5/Osterwitz.html)
3. ศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการไทย. 11 คำถาม การดำรงชีวิตอิสระคนพิการไทย. เอกสาร เผยแพร่การประชุมวิชาการการนำเสนอผลการดำเนินงานและประสบการณ์การดำรงชีวิตคนพิการไทย วันที่ 20 กรกฎาคม 2549. 2549.
4. ธนพล แสงจันทร์. การเสริมสร้างเครือข่ายการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ กรณีศึกษา: ศูนย์ดำรงชีวิตอิสระของคนพิการพุทธมณฑล. ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2555.
5. อรทัย อัจฉา. การประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ: ทางออกที่ท้าทาย (Empowerment evaluation: Another challenging solution). นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารสรุปผลการดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับคนพิการด้านการพัฒนาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการสู่การเป็นหน่วยร่วมบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการและองค์กรคนพิการ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2554.
7. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. 2550. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอน 61 ก. หน้า 8 - 24. สืบค้น <http://kormor.obec.go.th/act/act063.pdf>
8. พระราชบัญญัติคนพิการกับสิทธิทางการแพทย์ พ.ศ.2552. 2552. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 163 ง วันที่ 9 พฤศจิกายน 2552, 2552, หน้า 48 สืบค้น [www.ratchakitcha.soc.go.th/RKJ/docgroup/search.jsp](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/RKJ/docgroup/search.jsp)

9. Stringer, E.T. Action research. 3rd Los Angeles: Sage Publication.; 2007.
10. WHO. Innovation care for chronic conditions : building blocks for action: Global report 2002. Available from: <http://www.who.int/diabetesaction-online/about/icccglobalreport.pdf>.
11. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานการประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF (International classification of functioning, disability and health). 2555.
12. World Health Organization (WHO). 2004. WHODAS II - Disability Assessment Schedule Training Manual: A guide to administration [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2010 June 3]. Available from: [http://www.who.int/icidh/whodas/training\\_man.pdf](http://www.who.int/icidh/whodas/training_man.pdf)
13. Gibson, C. H. 1991. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 16(3): 354-61.
14. Rosenberg, M.. Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. Measures package, 61. 1965.