

ประสิทธิผลของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว แบบบูรณาการในชุมชน*

Effectiveness of Integrated Rehabilitation Model for Persons with Physical Disability in Community*

บทความวิจัย

จิรพรรณ โพธิ์ทอง** อารณ ดีนาน*** รัชณี สรรเสริญ****

Chiraphun Phothong, R.N., M.N.S., Ph.D.**

Aporn Deenan, R.N., M.Sc., Ph.D.***

Rachanee Sunsern, R.N., M.N.S., Ph.D.****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาสถานการณ์จริง ตามแนวคิด PRECEED PROCEED Model และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ องค์ประกอบของรูปแบบ ได้แก่ การบริหารจัดการ การกำหนดกระบวนการ และการกำหนดผลลัพธ์ รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวถูกนำไปใช้โดยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ในอำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน จำนวน 20 ราย เครื่องมือประกอบด้วย แนวปฏิบัติและคู่มือ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยติดตามประเมินผลหลังการใช้รูปแบบเป็นเวลา 3 เดือน ใช้สถิติการวิเคราะห์แบบพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการลดลง จำนวน 2 ราย และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในทุกด้าน แตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพสามารถนำรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวนี้ไปใช้ได้จริงโดยควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาทีมฟื้นฟูสภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : รูปแบบการฟื้นฟูสภาพแบบบูรณาการ, คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว, คุณภาพชีวิต

Corresponding Author: *เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ ได้รับทุนสนับสนุนจากสภาการพยาบาล (Research Fund, The Thailand Nursing and Midwifery Council).

**นิสิตปริญญาเอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: kwanao@hotmail.com

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University)

****รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (Associate Professor, School of Nursing, Mae-Fha-Luang University)

Abstract

The purpose of this quasi - experimental research to study outcome of integrated rehabilitation model for persons with physical disability in community that the researcher developed from situation analysis based on PRECEED PROCEDE Model and evidenced - based literature reviews. This model including administration factors, rehabilitation process and outcomes setting. It was carried out by community nurses who is designated as a manager in Na-yai-am District, Chantaburi. This approach emphasizes setting policy, establishing rehabilitation team in community and training rehabilitation knowledge and skill to team. Twenty physically disabled persons were selected by random from ten sub districts for implementation for 3 months. The data were collected Instruments consisted of activities of daily living assessment, complication questionnaires, and WHO'S quality of life questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results shown that physical disability persons had significantly increasing activities of daily living at 0.05 level. There were 2 physical disability persons decreased complication. They were significantly increasing quality of life at 0.01 level. Suggestions that community nurses should aware community participation and continuous rehabilitation team development when they use integrated rehabilitation model.

Keywords: Integrated rehabilitation model, Persons with physical disability, Quality of life

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ในปัจจุบันพบว่า มีประชากรประมาณหนึ่งพันล้านคนของโลกที่ต้องเผชิญกับความพิการหรือประมาณร้อยละ 15 โดยมีสาเหตุสืบเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2011) ในประเทศไทยจากการสำรวจครั้งล่าสุด ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีคนพิการประมาณ 1.9 ล้านคน หรือร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งประเทศ โดยพบความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด ร้อยละ 46.6 ของผู้พิการทั้งหมดและพบว่าเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด ร้อยละ 22.2 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554) โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดทางสมองและโรคกระดูกและข้อ เกิดลักษณะความพิการหรือความบกพร่อง เช่น แขน-ขาลีบ/เหยียดงอไม่ได้ อัมพาตและอัมพฤกษ์ตามมา ทำให้เกิดความยากลำบากต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย และจำกัดการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง (Stuart, Benvenuti, Macko, Taviani, Lucianna, Segenni, et al., 2009) เช่น การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การรับประทานอาหารกลับเป็นเรื่องยากที่สุดสำหรับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว (Vesellnova, 2013) นอกจากนี้การจำกัดการ

เคลื่อนไหวทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังความพิการ (Bachman, Tobias, Master, Scavron & Tierney, 2008) ทางด้านร่างกาย เช่น ข้อติด ข้อแข็ง การบาดเจ็บของข้อและอาการปวด (Ehrlich-Jonese, Mallinson, Fischer, Bateman, Semanik, Springz, et al., 2010) และแผลกดทับ เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด หงุดหงิด แยกตัวจากสังคม (Bahm & Forchuk, 2008) และอาจส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Brenes, Penninx, Judd, Rockwell, Sewell & Wetherell, 2008) คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีปัญหาทั้งทางกายและทางจิตใจ รู้สึกเป็นภาระและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดความท้อแท้ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ในคุณภาพชีวิตตนเองลดลง (ปราณี ประไพวรพันธ์, 2551; อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2551) มีภาวะสุขภาพที่แย่งและมีคุณภาพชีวิตที่เลวลงด้วย (Naylor, Hill-Milbourne, Knoble, Robinson, Bowles & Maislin, 2007) นอกจากนี้การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิมีรูปแบบที่เน้นบริการเชิงรับมากกว่าเชิงรุก การจัดบริการสุขภาพยังไม่ตรงกับความต้องการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว (Naylor, et al., 2007) และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่ทราบจะเริ่มงานฟื้นฟูสภาพอย่างไร การจัดบริการจึงเป็นการดูแล

สุขภาพทั่วไป ไม่มีเป้าหมาย แนวทางการบริการที่ชัดเจน ทั้งรายละเอียด กิจกรรมบริการ ความถี่หรือขั้นตอนการให้บริการ (ศิริโชค วรรณวิจิตร, 2551)

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kruter, 1999) และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาบูรณาการ และพัฒนาเป็นรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน นำรูปแบบที่พัฒนาผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การกำหนดนโยบาย การกำหนดผู้รับผิดชอบ และบทบาทหน้าที่ การจัดตั้งทีม และพัฒนาทีม การค้นหาข้อมูลสู่ชุมชน ด้านการกำหนดกระบวนการ ได้แก่ การค้นหาคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว การประเมินปัญหาและความต้องการ การจำแนกระดับความพิการ การปฏิบัติการฟื้นฟู และบำบัด และการส่งต่อ และด้านการกำหนดผลลัพธ์ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนหลังความพิการ และคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว และนำไปทดสอบความเป็นไปได้ในการใช้จริงในพื้นที่

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพแบบบูรณาการในชุมชน เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน ในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน ในด้าน

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
2. ภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อนทางกาย ได้แก่ ข้อติด ข้อยึด แผลกดทับ และการอักเสบ ภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด และเครียด
3. คุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน
2. หลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น
3. หลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการ ใช้แนวคิดตาม PRECEDE - PROCEED Model (Green & Kruter, 1999) ที่มีพื้นฐานแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา การศึกษาและการมีส่วนร่วม โดยตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถนำมาเป็นเครื่องมือในการออกแบบ วางแผน ปฏิบัติการ และประเมินผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากกระบวนการวิเคราะห์ ค้นหา กำหนดกลยุทธ์ วางแผน ปฏิบัติการ และประเมินผล และให้ความสำคัญกับปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความพิการ พฤติกรรมการฟื้นฟู และปัจจัยทางบริบท การมีส่วนร่วมในสังคม โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์จริงและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (One - Group Pretest - Posttest Designs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 20 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นคนพิการระดับ 2 ขึ้นไป ตามเกณฑ์การประเมินคนพิการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550)
3. เป็นผู้ที่ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและโรคกระดูกและข้อก่อนเกิดความพิการ
4. เป็นผู้ที่สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ตามปกติ
5. เป็นผู้ที่ไม่มีความพิการซ้ำซ้อนอย่างอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการวิจัย 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือในการทดลอง

1.1 พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและรับผิดชอบงาน ด้านการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

1.2 รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาสถานการณ์จริงในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวตามแนวคิด PRECEED PROCEED Model และจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การกำหนดนโยบาย การกำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ การจัดตั้งทีม และพัฒนาทีม การค้นหาข้อมูลสู่ชุมชน ด้านการกำหนดกระบวนการ ได้แก่ การค้นหาคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว การประเมินปัญหา และความต้องการ การจำแนกระดับความพิการ การปฏิบัติการฟื้นฟูและบำบัด และการส่งต่อ และด้านการกำหนดผลลัพธ์ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การลดหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังความพิการ และคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

1.3 คู่มือในการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ซึ่งประกอบด้วย

1.3.1 เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดทางสมอง และโรคกระดูกและข้อ การฟื้นฟูสภาพความบกพร่องในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหว การฝึก

ออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจและสังคม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามระบบ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการพัฒนาทีมบูรณาการ

1.3.2 แนวทางและขั้นตอนการจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพตามระดับการพึ่งพา (ดังแผนภาพที่ 1)

1.3.3 แบบประเมินและบันทึกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการ แบบบันทึกกิจกรรมการบำบัด/ฟื้นฟูภาวะแทรกซ้อน และแบบประเมินสภาพแวดล้อม

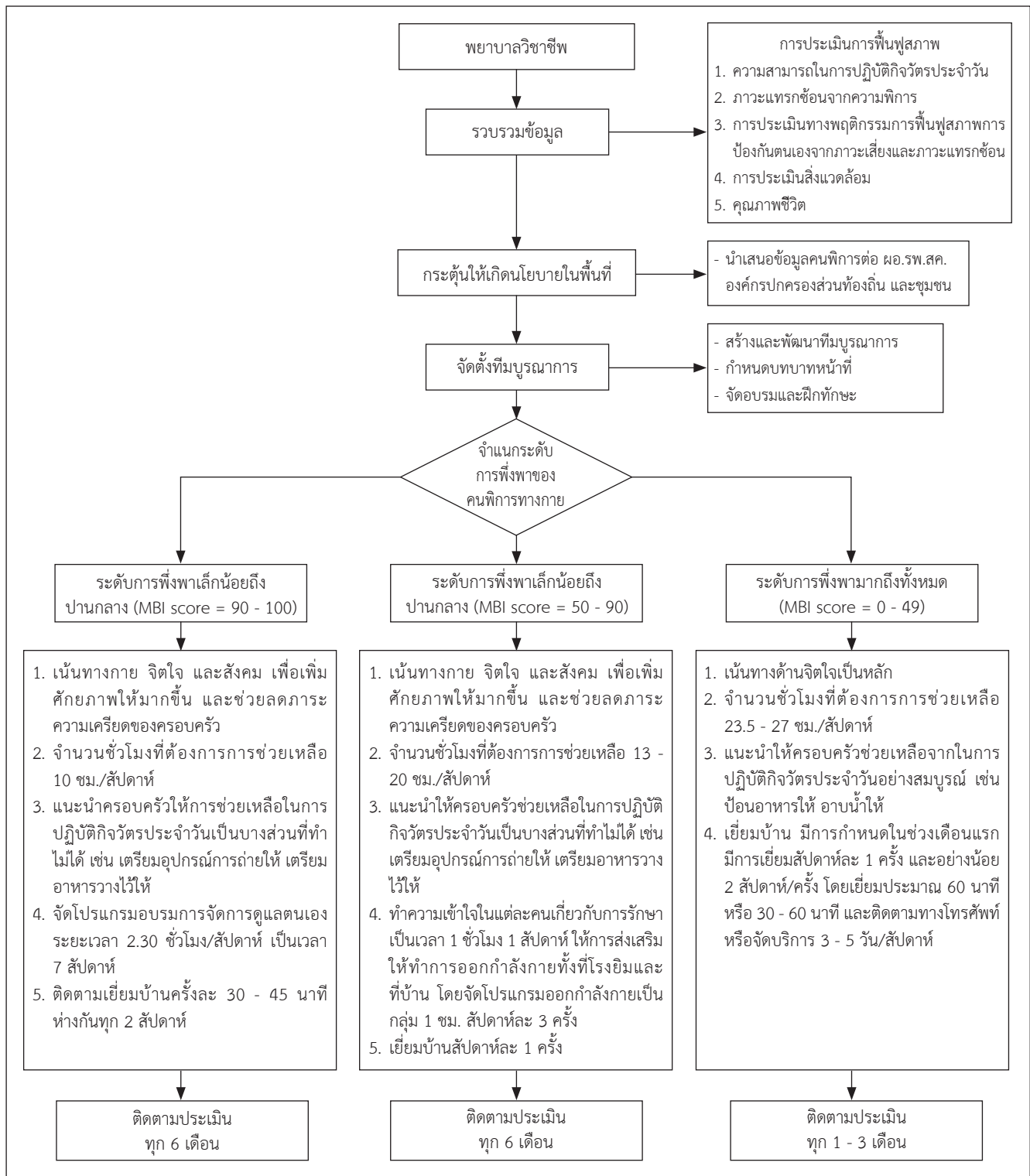
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานะทางสังคม การประกอบอาชีพ ความต้องการส่งเสริม/ฟื้นฟูด้านอาชีพ สาเหตุความพิการ ระยะเวลาที่มีความพิการ และผู้ดูแล/ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย (บุษกร โลหารขุน, ปานจิต วรรณภีระ, จินตนา ปาลวนิช และกัญญารัตน์ คำจูน, 2551) มีองค์ประกอบ 3 หมวด ได้แก่ หมวดการดูแลตนเอง หมวดการเคลื่อนไหว และหมวดการควบคุมการขับถ่าย เครื่องมือฉบับนี้ได้ถูกนำไปทดสอบค่าความน่าเชื่อถือ interclass correlation (ICC) ได้เท่ากับ 0.96

2.3 แบบสอบถามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีองค์ประกอบตามระบบต่าง ๆ ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหารและระบบขับถ่าย ระบบทางเดินหายใจ และระบบผิวหนัง ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

2.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (กรมสุขภาพจิต, 2553) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมือคุณภาพชีวิตนี้ได้รับการทดสอบค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65



แผนภาพที่ 1. ขั้นตอนการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาล ฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือการเคลื่อนไหว จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน จำนวน 2 คน โดยใช้สูตรการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ได้ = 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 รหัส 03-04-2554 โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะคนที่มีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว และในการปฏิบัติการที่ต้องกระทำต่อกลุ่มตัวอย่างในการฟื้นฟูสภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูล pre-test ในกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

2. การใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน โดยการประสานงานให้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง พร้อมทั้งนำรูปแบบ แนวปฏิบัติ และคู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน อธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน หลังจากนั้นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำรูปแบบไปใช้โดย

2.1 นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและที่ประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน เพื่อให้มีการกำหนดนโยบายในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน

2.2 จัดตั้งทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานงานกับผู้มีส่วนได้เสียในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน และนัดประชุมให้ข้อมูลจำนวนคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในตำบล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคุณภาพชีวิตของคนพิการ และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

2.3 จัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับทีมฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ในเรื่องวิธีการฝึกให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวสามารถปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง วิธีการช่วยเหลือและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การบริหารร่างกาย ออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ ฝึกการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหารด้วยตนเอง เป็นต้น และการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับระดับการพึ่งพา

2.4 ฝึกการใช้คู่มือ โดยการอธิบายและฝึกปฏิบัติในการใช้คู่มือ ได้แก่ การฝึกทำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมและแบบบันทึกการเยี่ยม

2.5 วางแผนการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวตามแนวปฏิบัติ การฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชน กำหนดเวลาเยี่ยมและกิจกรรมตามระดับการพึ่งพาในแนวปฏิบัติ ได้แก่

2.6 ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวตามแผนปฏิบัติการที่ได้กำหนดไว้ โดยทีมปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เป็นผู้จัดการและประสานงานในทีม ผู้ดูแล 1 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 2 คน จิตอาสา 1 - 2 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน ต่อคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว 1 คน

3. การประเมินผลหลังจากการปฏิบัติในพื้นที่หลังการดำเนินการ 3 เดือน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังความพิการ โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน และร้อยละ

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 มีอายุเฉลี่ย 67 ปี (SD = 9.60) ส่วนมากมีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนสถานะทางสังคมส่วนมากเป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็น

ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 95 สำหรับสาเหตุความพิการ พบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวเป็นโรคเรื้อรังก่อนเกิดปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดทางสมอง คิดเป็นร้อยละ 90

โดยมีบุตร-ธิดาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาเป็นสามี-ภรรยาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 40

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	$\bar{X} \pm SD$		D	SD_d	t	p-value
	ก่อน	หลัง				
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	70.05 $\pm$ 31.54	76.50 $\pm$ 25.05	6.45	11.60	2.49	.022
- หมวดการดูแลตนเอง	26.75 $\pm$ 15.51	32.45 $\pm$ 10.31	5.70	8.47	3.01	.007
- หมวดการเคลื่อนไหว	18.75 $\pm$ 3.56	18.55 $\pm$ 4.48	-.200	1.43	-.62	.541
- หมวดการควบคุมการขับถ่าย	24.55 $\pm$ 15.53	25.50 $\pm$ 14.80	.950	7.63	.56	.584

* $p < .05$

จากผลการทดสอบ paired t-test พบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 2.49$,

$p < .05$) แต่เมื่อแยกเป็นรายหมวดกิจกรรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยในหมวดการเคลื่อนไหวและการควบคุมการขับถ่ายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

ตารางที่ 2 จำนวนของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหลังความพิการโดยจำแนกตามระบบของร่างกาย

ระบบ	ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	จำนวนราย	
		ก่อน	หลัง
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	- การทรงตัวที่ผิดปกติ/เสียการทรงตัว กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง ข้อยึดติด และข้อบวม	17	15
ระบบประสาท	- นอนไม่หลับ เครียด นอนหลับยาก	5	5
ระบบทางเดินอาหาร	- ท้องผูก/ถ่ายอุจจาระลำบาก	5	4
และระบบขับถ่าย	- กลั้นอุจจาระไม่ได้ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย		
ระบบทางเดินหายใจ	- ติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หวัด ปอดอักเสบ	2	2
ระบบผิวหนัง	- แผลกดทับ	1	1

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการลดลง ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จาก

จำนวน 17 ราย ลดลงเหลือ 15 ราย และระบบทางเดินอาหาร จำนวน 5 ราย ลดลงเหลือ 4 ราย

4. คุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ คนของพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

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

** p < .01

จากผลการทดสอบ paired t-test พบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.27, p < .001$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้วยเช่นกัน

สรุปและอภิปรายผล

หลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว พบว่า

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) หลังจากได้รับการฟื้นฟูสภาพตามรูปแบบการฟื้นฟูสภาพแบบบูรณาการในชุมชน เนื่องจากในรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนมีทีมฟื้นฟูสภาพซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ครอบครัว/ผู้ดูแล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จิตอาสา และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทราบปัญหาและระดับการพึ่งพาของคนพิการเป็นรายบุคคล และได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะจากการจัดอบรมในเรื่องโรคและการฟื้นฟูสภาพความบกพร่อง การเคลื่อนไหว และการฝึกออกกำลังกายและบริหารร่างกาย และการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม (นงนุช เพ็ชรร่วง, ปนัดดา ปรียทฤณ และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง, 2556) เช่น การปรับที่นั่งนอนจากที่เคยนอนบนพื้นเป็นนอนบนเตียงทำให้สะดวกในการลุกจากที่นอน คนพิการจึงช่วยตนเองได้มากขึ้น นอกจากนี้ จากในรูปแบบที่มีทีมบูรณาการการมีส่วนร่วมของกลุ่มคนในชุมชนทำให้สามารถหมุนเวียน

การเยี่ยมและเป็นไปตามการกำหนดระยะเวลาในการเยี่ยมได้มากขึ้น ซึ่งทำให้การฟื้นฟูสภาพมีความต่อเนื่องมากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้นด้วยเช่นกัน (Stuart et al., 2009)

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการลดลง หลังจากได้รับการฟื้นฟูสภาพตามรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการ โดยระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากจำนวน 17 ราย ลดลงเหลือ 15 ราย และระบบทางเดินอาหารจำนวน 5 ราย ลดลงเหลือ 4 ราย เนื่องจากในรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน ได้มีการพัฒนาความรู้ทักษะและการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังความพิการตามระบบให้กับทีมฟื้นฟูสภาพ และมีการกำหนดกิจกรรมในการฟื้นฟูและป้องกันตามระดับการพึ่งพาโดยกลุ่มที่ต้องพึ่งพามากจะมีกำหนดการเยี่ยมและให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้รับประเมินภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง และในระยะที่เหมาะสมกับสภาพกล้ามเนื้อของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamtvedt et al. (2008) ที่พบว่าการออกกำลังกายจะช่วยลดความเจ็บปวด และช่วยให้การทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น และการศึกษาเรื่องการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวของ Colleen, Louise, Roger and Nicholas. (2004) ที่พบว่าการกำหนดรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นและทำให้ร่างกายทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ในรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนได้มีแนวทางในการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้สะดวก จึงทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวสามารถช่วยเหลือตนเองและฟื้นฟูสภาพตนเองได้มากขึ้น

3. คุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) เนื่องจากรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน มีเนื้อหาความรู้ การจัดการที่บ้านโดยครอบครัวการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม เป็นไปตามสภาพปัญหาที่แท้จริงที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการดำเนินกิจกรรม มีแนวทางการบริการรายละเอียดด้านกิจกรรมบริการ ความถี่การให้บริการ กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจน และมีคู่มือในการฟื้นฟูสภาพ และมีทีมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทำให้ทีมมีความมั่นใจและมีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพให้คนพิการมากขึ้นด้วยเช่นกัน (ศิริไลซ์ วนรัตน์จิตร, 2551) นอกจากนี้การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่วมกัน ทำให้คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นองค์รวม จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Naylor et al. (2007) ซึ่งศึกษารูปแบบการดูแลคนพิการระดับรุนแรงที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติดำเนินงานเป็นผู้ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นกลยุทธ์การชี้แนะไปที่ตัวบุคคล ผู้ดูแล เพื่อการแก้ปัญหาและจัดการปัญหาทางสุขภาพและทางสังคมตามความต้องการและเป้าหมายของแต่ละคน มีการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ พัฒนาทีม จัดทำคู่มือ ซึ่งกิจกรรมหลักเน้นการปรับปรุงหน้าที่และป้องกันภาวะแทรกซ้อน และจัดการสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม พบว่าคนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในด้านการปฏิบัติ

1. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบริบทใกล้เคียงกันสามารถนำรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว คู่มือและแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวไปใช้ในการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนได้
2. สามารถนำคู่มือการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวสำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/จิตอาสาฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/จิตอาสา

และครอบครัว ในเรื่องการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในชุมชนอื่นได้

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาติดตามประเมินผลลัพธ์รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนในระยะยาว
2. ควรศึกษาประสิทธิผลการนำรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชนไปใช้ในพื้นที่อื่น

รายการอ้างอิง

- เจตนา วงษาสูง, ชนกวร จิตปัญญา และไกรศรี จันทรา. (2554). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 12(2) : 46-52.
- นงนุช เพ็ชรรวง, ปณิตดา ปรียทฤษ และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(1), 25-34.
- บุษกร โลหารขุน, ปานจิต วรรณภระ, จินตนา ปาลิวนิช และกัญญารัตน์ คำจุน (2551). ความน่าเชื่อถือของการประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย. *พุทธชินราชเวชสาร*, 25(3), 842-851.
- ปราณี ประไพวัชรพันธ์. (2551). *รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนสุขภาพชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- พรนภา เจริญสันต์, รัชนี สรรเสริญ และชนัญชิตาคุณิ ทูลศิริ. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 11 (ฉบับพิเศษ) : 80-88.
- ศิริไลซ์ วนรัตน์จิตร. (2551). *การพัฒนาตัวแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการในระดับปฐมภูมิ*. ดุษฎีนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บก.). (2554). การสาธารณสุขไทย 2551 - 25533. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553. นนทบุรี : ม.ป.ท.
- อ้อมใจ แก้วประหลาด. (2551). การศึกษาการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- Bachman, S., Tobias, C., Master, J., Scavron, & Tierney, K. (2008). A Managed Care Model for Latino Adults With Chronic Illness and disability: Results of the Brightwood Health Center Intervention. *Journal of Disability Policy Studies*, 18(4), 197-204.
- Bahm, A. & Forchuk, C. (2008) Interlocking oppressions: the effect of a comorbid physical disability on perceived stigma and discrimination among mental health consumers in Canada. *Health and Social Care in the Community*. 17(1), 63-70
- Brenes G. A., Penninx, J. H, Judd P. H., Rockwell E., Sewell D. D., & Wetherell, J. L.(2008). Anxiety, depression and disability across the lifespan. *Aging & Mental Health*, 12(1), 158-163.
- Ehrlich-Jones, L., Mallinson, T., Fischer, H., Bateman, J., Semanik, P. A., Spring, B., et al. (2010). Increasing physical activity in patients with arthritis: a tailored health promotion program. *Chronic Illness*, 6, 272-281.
- Colleen, G. C., Louise A., Roger, A. & Nicholas, J. O'Dwyer. (2004). Loss of strength contributes more to physical disability after stroke than loss of dexterity, *Clinical Rehabilitation*, 18, 300-308.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mayfield: CA.: Mountain View.
- Hoeman, S. P. (2008). *Rehabilitation Nursing: Prevention, Intervention, and Outcome* (4th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- 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.
- 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.
- Stuart, M., Benvenuti, F., Macko, R., Taviani, A., Lucianna Segenni, Mayer, F., et al. (2009). Community-Based Adaptive Physical Activity Program for Chronic Stroke: Feasibility, Safety, and Efficacy of the Empoli Model. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 23(7), 726-734.
- Vesellnova, C. (2013). Understanding physical disability. *Nursing & Residential care*, 15(3), 161-164.
- World Health Organization. (2011). World report on disability. WHO Press, Geneva, Switzerland.