

โครงการ ศึกษาศาสนการณ์เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพ
ของคนพิการทางการมองเห็นในสังคมไทยกับการเสริมสร้างสุขภาพ
กรณีศึกษา คนพิการทางการมองเห็นในจังหวัดนครปฐม

คณะผู้วิจัย

ดร.จิตประภา	ศรีอ่อน	ที่ปรึกษาโครงการวิจัย
นายธรรม	จตุнам	หัวหน้าโครงการวิจัย
นางสาวกาญจนาไพโร	โพรงเกร็ด	ผู้ช่วยวิจัย

วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

มิถุนายน 2548

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีอันเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนจาก แผนงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึง ดร.จิตประภา ศรีอ่อน ผู้อำนวยการวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้สละเวลาให้คำปรึกษาแนะนำ ชี้แนะ ช่วยเหลือ และตรวจแก้ข้อบกพร่องต่างๆ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญและเป็นประโยชน์ พร้อมทั้งงานส่งเสริมการวิจัย วิทยาลัยราชสุดา ที่ให้คำปรึกษาและประสานงาน จนทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยจาก สถาบันคนตาบอดแห่งชาติเพื่อการวิจัยและพัฒนา สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครปฐม สมาคมคนตาบอดจังหวัดนครปฐม ที่ให้ข้อมูลรายชื่อผู้พิการทางการมองเห็นพร้อมทั้งรายละเอียดที่สามารถติดต่อได้ รวมทั้งโรงพยาบาล สถานีอนามัย เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดนครปฐม ตลอดจนผู้พิการทางการมองเห็นและญาติผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้กรุณาสละเวลาให้ข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดียิ่ง

ท้ายนี้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานและบุคคลที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งอาจจะไม่ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ธรรม จตุнам

งานวิจัยเรื่อง ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น
 ในสังคมไทยกับการเสริมสร้างสุขภาพ กรณีศึกษา คนพิการทางการมองเห็นในจังหวัด
 นครปฐม

ชื่อผู้วิจัย นายธรรม จตุนาม

สถานติดต่อ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษากฎหมาย นโยบาย แผนงานด้านสุขภาพ
 ของคนพิการทางการมองเห็นในประเทศไทย 2) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพของคนพิการ
 ทางการมองเห็น 3) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น 4)
 เพื่อศึกษา ความรู้ ความเข้าใจ ของผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็นในเรื่องสุขภาพของคนพิการ
 ทางการมองเห็นขั้นตอนการศึกษาวิจัยประกอบด้วย 1) ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร 2) เก็บรวบรวมโดย
 แบบสัมภาษณ์ทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด และการเก็บข้อมูลจากคนพิการทางการมองเห็นได้ทั้งสิ้น
 จำนวน 78 คน ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 234 คน คน โรงพยาบาล จำนวน 12 แห่ง และสถานอนามัย
 จำนวน 36 แห่ง เทศบาล จำนวน 12 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 65 แห่ง ใน
 จังหวัดนครปฐม 3) นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้คำร้อยละและความถี่

ผลการศึกษาพบว่า รัฐบาลไทยและองค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการทางการ
 มองเห็นและรัฐบาลไทยมีกฎหมาย นโยบาย แผนงาน และกิจกรรม ที่เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้าน
 สุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ตัวคนพิการทางการมองเห็นทราบถึงสิทธิและโอกาสด้าน
 สุขภาพของตนเองส่วนกลุ่มที่ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องไม่เชื่อ และปล่อยให้ดำรงวิถีชีวิตอิสระจะมี
 บุคลิกภาพที่ไม่ดีตลอดจนมีความเครียด หน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานองค์การบริหารส่วน
 ท้องถิ่น มีความรู้เกี่ยวกับแผนงานและสวัสดิการในการรักษาพยาบาลและเชื่อว่าการออกกำลังกายของ
 คนพิการทางการมองเห็น ต้องมีผู้ช่วยเหลือตลอดเวลา

Study of the rights and opportunities to access health services for visually impaired persons in Thai society Case study , Nakornpathom Province.

Tum Jatunum

Ratchasuda College , Mahidol University Nakhon Prathom Province

Abstract

The objectives of the study are as follows 1) To study law, policy and health plan for the visually impaired persons in Thailand. 2) To study about access to health services for visually impaired persons. 3) To study the rights and opportunities of visually impaired persons to access health services and 4) To study knowledge and understanding of access to health services for visually impaired persons.

Process of research study 1) Study and gain information from document. 2) Collect data from open and closed questionnaires and observe 78 persons with visual impairment , 234 cases at 12 hospitals, 36 health stations and 65 organizations 6 subdistrict administrations in Nakhonprathom Province and 3) Analyze the data by percentage and frequency.

The result of the study : The study will cover Thai government and NGO's of and for visually impaired persons. Thailand has provided for laws , policy, health plan and activities about health rights and opportunities for visually impaired persons .The visually impaired persons may know their rights and opportunities but those who stay at hospitals receive bad sanitation and family support ,and in some cases the families do not have sufficient knowledge about the disability and can not help them to enjoy independent living , so the visually impaired persons may suffer from personal problems and show abnormal behaviour. Health agencies and local government offices have knowledge about welfare and health plan opportunities, they visit visually impaired persons and believe if these persons exercise their rights they will have personal assistance at all time through the law .

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง-ช
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย	2
3. คำถามในการวิจัย	2
4. ขอบเขตของการศึกษา	2
5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
6. คำนินยามหรือคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย	
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้พิการทางการมองเห็น	5
2. แนวคิดเรื่องสิทธิของผู้พิการ	13
3. แนวคิดเรื่องสิทธิทางด้านสุขภาพ	27
4. แนวคิดเรื่องการศึกษา	52
5. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	60
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
1. กลุ่มประชากรที่จะศึกษา	68
2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	69
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล	69
4. ระยะเวลาดำเนินการวิจัย	69
5. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
6.การวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
1. ด้านกฎหมาย นโยบาย แผนงานและกิจกรรมด้านสุขภาพ	72
2. ผลการวิจัยของคนพิการทางการมองเห็น	75
3. ผลการวิจัยของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้อง	91
4. ผลการวิจัยของหน่วยงานด้านสาธารณสุข	94
5. ผลการวิจัยขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น	98
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	102
อภิปรายผลการวิจัย	103
การศึกษากฎหมาย นโยบาย แผนงานด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น	105
ข้อเสนอแนะ	120
บรรณานุกรม	123
ภาคผนวก ก ตัวอย่างแบบสอบถามคนพิการทางการมองเห็น	131
ภาคผนวก ข ตัวอย่างแบบสอบถามของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็น	136
ภาคผนวก ค ตัวอย่างแบบสอบถามหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	139

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ของคนพิการภายใต้หลักประกันสุขภาพ	24-25
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลจากคนพิการทางการมองเห็น	75-90
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลจากญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ	91-94
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข	94-97
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น	98-101

สารบัญแผนภูมิ

		หน้า
แผนภูมิที่ 1	เกี่ยวกับกฎหมาย นโยบาย แผนงานด้านสุขภาพของคนพิการ ทางการมองเห็นในประเทศไทย	71
แผนภูมิที่ 2	แสดงขั้นตอนการได้รับสิทธิของคนพิการทางการมองเห็น	103-104

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ของคนพิการภายใต้หลักประกันสุขภาพ	24-25
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลจากคนพิการทางการมองเห็น	75-90
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลจากญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ	91-94
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข	94-97
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น	98-101

สารบัญแผนภูมิ

		หน้า
แผนภูมิที่ 1	เกี่ยวกับกฎหมาย นโยบาย แผนงานด้านสุขภาพของคนพิการ ทางการมองเห็นในประเทศไทย	71
แผนภูมิที่ 2	แสดงขั้นตอนการได้รับสิทธิของคนพิการทางการมองเห็น	103-104

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการ มองเห็นในสังคมไทยกับการเสริมสร้างสุขภาพ กรณีศึกษา คนพิการทางการมองเห็นในจังหวัด นครปฐม มีแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้พิการทางการมองเห็น
- 2.2 แนวคิดเรื่องสิทธิทางการแพทย์ของผู้พิการ
- 2.3 แนวคิดเรื่องสิทธิทางด้านสุขภาพ
- 2.4 แนวคิดเรื่องการศึกษา
- 2.5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้พิการทางการมองเห็น

2.1.1 ความหมายของผู้พิการทางการมองเห็น

สมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยได้ให้คำนิยามสายตาศาพิการและตาบอด ไว้ดังต่อไปนี้ (สุกัญญา ศรีปรัชญาอนันต์, 2542:13)

สายตาศาพิการ หมายความว่า การมีสายตาง่าที่ดี่ที่สุดเมื่อใช้แว่นตาธรรมดาโดยไม่รวม เครื่องช่วยสายตาศาพิเศษ(visual aids) แล้วเห็นอย่างน้อย 6/18 ลงไปจนถึง 3/60 หรือมีลานสายตาศาโดย เฉลี่ยแคบกว่า 30 องศาไปจนถึง 10 องศา

ตาบอด หมายความว่า การมีสายตาง่าที่ดี่ที่สุด เมื่อใช้แว่นตาธรรมดาแล้วเห็นน้อยกว่า 3/60 ลงมาจนถึงบอดสนิท หรือมีลานสายตาศาโดยเฉลี่ยแคบกว่า 10 องศา

แพทย์หญิงสกาวัฒน์ คุณาวิศรุต (2541 : 1) กล่าวไว้ว่า “สภาพตาบอดเป็นการบกพร่อง ของการเห็นจนไม่สามารถใช้สายตาประกอบภารกิจประจำวัน การศึกษา การประกอบอาชีพ เช่นเดียวกับคนสายตามองเห็นปกติทั่วไป”

กอบชัย พรหมมินทะโรจน์ (2541 : 78) ให้คำจำกัดความว่า “ การสูญเสียสายตาในการ ประกอบอาชีพ ทำให้บุคคลนั้นต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่นๆ องค์กร หรือสิ่งช่วยเหลือบางอย่างในการ ที่จะดำรงชีพ”

ซูชีพ อ่อน โลกสูง (2527 : 111) ได้ให้ความหมายทางการศึกษาว่าคนตาบอด หมายถึง คนที่มีปัญหาทางการมองเห็นอย่างหนัก ไม่สามารถมองเห็นได้เลย ต้องสอนให้อ่านอักษรเบรลล์ เท่านั้นจึงจะสามารถอ่านได้

อย่างไรก็ตาม คำจำกัดความหรือความหมายของผู้พิการทางการมองเห็น สามารถแบ่งได้ตามลักษณะทั่วไปดังนี้คือ (วิฑิตย์ ทรัพย์สาคร,2539:13)

1) ความหมายโดยทั่วไป ผู้พิการทางการมองเห็นคือ ผู้ที่มองไม่เห็นหรือเห็นอยู่บ้างแต่ไม่สามารถที่จะทำงาน โดยให้สายตาได้ดีเท่าคนปกติ

2) ความหมายทางการศึกษา หมายถึง ผู้ที่ไม่สามารถรับการศึกษาได้โดยการมองเห็นหรือการใช้สายตา แต่สามารถศึกษาได้โดยการฟัง การสัมผัส การดมกลิ่นและการใช้กล้ามเนื้อ เป็นต้น

3) ความหมายทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ของอเมริกา ได้กำหนดไว้ว่า “ผู้ใดมองเห็นต่ำกว่าปกติ 10% ถือว่าเป็นผู้พิการทางการมองเห็น” ทั้งนี้รวมทั้งผู้มีลานสายตาแคบด้วย

4) ความหมายทางกฎหมาย หลาย ๆ ประเทศกำหนดไว้เหมือนกัน ๆ กันคือ หมายถึง คนที่มีระดับการมองเห็นต่ำกว่า 20/200 ฟุต หรือ 6/60 เมตร (20/2000 ฟุต,6/60 เมตร หมายถึง คนปกติมองเห็นวัตถุชิ้นหนึ่งในระยะ 200 ฟุต หรือ 60 เมตร แต่คนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นจะเห็นวัตถุชิ้นเดียวกันในระยะ 20 ฟุต หรือ 60 เมตรเท่านั้นหรือผู้ที่มีลานสายตาไม่เกิน 20 องศา) คนปกติจะมีลานสายตา 180 องศา ในขณะที่คนที่มีความบกพร่องทางการเห็นมีลานสายตาไม่เกิน 20 องศา ภายหลังแก้ไขและรักษา

5) ความหมายทางอาชีพ หมายถึง ผู้ที่สามารถประกอบอาชีพโดยใช้การมองเห็นได้ เช่น อาชีพเกี่ยวกับการใช้สีต่าง ๆ การอ่าน หรือเขียนหนังสือปกติ การเจียรไนอัญมณี และอาชีพออกแบบก่อสร้าง เป็นต้น

ในสังคมมาตรฐานสำหรับสายตาคนพิการและพิการทางการมองเห็นนั้น ย่อมแตกต่างกันออกไปตามเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ประเทศที่พัฒนาถึงขั้นสุดย่อมมีอุตสาหกรรมที่เจริญก้าวหน้าและระบบสังคมสงเคราะห์ถึงระดับที่สมบูรณ์อยู่แล้ว กฎหมายบัญญัติไว้อย่างชัดเจนว่าการมองเห็นระดับไหน จึงยอมรับว่าเป็นระดับที่จำเป็น สำหรับการดำรงชีพเป็นบุคคลที่มีความสามารถประกอบอาชีพในสังคม ถ้ามีระดับการมองเห็นที่ต่ำกว่ากำหนดจึงจัดว่าเป็นบุคคลสายตาพิการ ซึ่งมีความยากลำบากในการประกอบอาชีพ เช่น ในประเทศญี่ปุ่นรับตรวจผู้ป่วยโรคตาเมื่อเห็นว่าไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นแล้ว และจักษุแพทย์อื่น ๆ ลงความเห็นเช่นเดียวกัน รัฐบาลจะพิจารณาและทำรายงานเป็นคนสายตาพิการขึ้นใหม่ ตามกฎหมายบัญญัติไว้โดยผู้ป่วยได้รับสิทธิบางอย่าง ซึ่งกฎหมายกำหนดไว้ (เรืองชัย แสงเจริญ,2530:24)

สำหรับในบางประเทศที่กำลังพัฒนา ระดับการมองเห็นสำหรับใช้แยกสายตาพิการย่อมแตกต่างกัน เช่น ประเทศไทยประชากรที่เป็นเกษตรกร เมื่อเป็นโรคตาก็ยังสามารถทำงานได้ทั้ง ๆ ที่การมองเห็นเหลือประมาณ 6/60 เมตร (สายตาระดับนี้เห็นหน้าคนที่อยู่ห่าง 6 เมตรไม่ชัด) ซึ่งในระดับนี้คนทำงานนั่งโต๊ะในกรุงเทพฯ ไม่สามารถปฏิบัติงานได้แล้ว จึงเห็นว่าระดับสายตาพิการในสังคมเกษตรกร และคนในกรุงเทพฯ ที่ประกอบอาชีพไม่เหมือนกันจะแตกต่างกัน (เรื่องชัย แสงเจริญ, อ้างแล้ว:25) คนที่มีสายตาพิการเป็นอุปสรรคอย่างสำคัญต่อการประกอบอาชีพอย่างใดอย่างหนึ่ง และอาจส่งผลกระทบต่อโอกาสในการที่จะทำงานอื่น ๆ อีกด้วย

2.1.2 ประเภทและระดับของปัญหาในการมองเห็น

คนที่มีความบกพร่องทางการเห็น หมายถึง คนตาบอดหรือคนตาบอดบางส่วนซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

คนตาบอด(Blind)หมายถึง คนที่มีสายตาเหลืออยู่น้อยมากหรือไม่มีเลยแม้จะได้รับการแก้ไขแล้วก็ไม่สามารถที่จะใช้สายตาในการเรียนหนังสือได้ เป็นผู้ที่มิสายตาภายหลังการแก้ไขไม่มากกว่า 20/200 ฟุต หรือ 6/60 เมตร ในดวงตาข้างที่ดีกว่า หรือมมในการมองเห็นไม่เกิน 20 องศา

คนตาบอดบางส่วนหรือคนสายตาเลือนกลาง(Partially sighted หรือ Partially blind) หมายถึง บุคคลที่มีสายตาบกพร่องแต่ไม่ใช่คนตาบอดสนิท สามารถมองเห็นได้บ้างกลางๆ ภายหลังได้รับการแก้ไขแล้ว (สวมแว่นตาหรือแว่นขยาย)จึงสามารถใช้สายตาในการเรียนหนังสือได้บ้าง มีสายตา 20/70 ฟุตหรือน้อยกว่าในสายตาข้างที่ดี กล่าวคือ สามารถมองเห็นวัตถุหรือสิ่งของในระยะไม่เกิน 70 ฟุต (พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534:13-18)

สุชา จันทรธอม และ สุรางค์ จันทรธอม (2521:85) ได้จำแนกประเภทผู้ที่มีความบกพร่องทางการเห็นไว้ 5 ประเภท ดังนี้

1) ตาบอดสนิท คือ มองเห็นแล้วไม่ได้มากกว่า 2/200 ฟุต และไม่สามารถมองเห็นการโบกมือระหว่าง 3 ฟุตได้เลย

2) พอรับรู้ในระยะ 5/200 ฟุต กลุ่มนี้พอรับรู้ได้ในระยะใกล้มาก ๆ ได้ แต่ไม่อาจนับนิ้วมือได้ในระยะห่างออกไป 1 ฟุตได้

3) รับรู้ได้ในระยะ 10/200 ฟุต กลุ่มนี้ไม่สามารถรับรู้การเคลื่อนไหวต่าง ๆ ได้บ้าง แต่ไม่สามารถอ่านพาดหัวหนังสือพิมพ์ได้

4) มีความสามารถในการมองเห็นในระยะ 20/200 ฟุต กลุ่มนี้สามารถอ่านตัวอักษรขนาดเล็กกว่า 14 พอยท์ได้ แต่สามารถอ่านอักษรพาดหัวหนังสือพิมพ์ตัวโตได้

5) มีสายตามองเห็นในระยะ 20/200 ฟุต กลุ่มนี้สามารถอ่านตัวอักษรขนาด 10 พอยท์ได้

แฉล้ม เข้มเอี่ยม (2535:15) ได้แบ่งคนพิการทางการมองเห็นออกตามความสามารถในการมองเห็นได้ 5 ประเภท

- 1) ตาบอดสนิท เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยการฟัง และการสัมผัส
- 2) ผู้ที่มองเห็นกลาง ๆ แต่ก็ยังไม่สามารถนับนิ้วในระยะห่าง 3 ฟุตได้
- 3) ผู้ที่สามารถนับนิ้วมือในระยะห่าง 3 ฟุตได้ และใช้สายตาในการเดินได้บ้างแต่ยังไม่สามารถอ่านหนังสือพาดหัวข่าวขนาดใหญ่ของหนังสือพิมพ์ได้
- 4) ผู้ที่สามารถอ่านตัวหนังสือพาดหัวข่าวขนาดใหญ่ได้
- 5) ผู้ที่สามารถอ่านหนังสือพาดหัวข่าวที่เล็กลงได้ และสามารถทำกิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้สายตาได้บ้าง

สุวิมล อุดมพิริยะศักดิ์ (2530:3) ได้แบ่งประเภทตามปัญหาการมองเห็น ดังนี้

- 1) ประเภทตาบอดเลือนราง หมายถึง สามารถมองเห็นได้ในระยะห่าง 20/70 ถึง 20/200 เมื่อได้รับการแก้ไขทางสายตาแล้ว

- 2) ตาบอด หมายถึง ไม่สามารถมองเห็นได้

นิสิต ทิละวงศ์ (อ้างแล้ว:9) แบ่งระดับของการพิการทางการมองเห็นเป็น 3 ระดับคือ

- 1) คนตาเริ่มบอด มีสายตาเลวกว่า 3/60 เมตร ลงไปจนถึง 1/60 เมตร
- 2) คนตาบอดเกือบสนิท มีสายตาเลวกว่า 1/60 เมตรลงไปจนถึงขั้นมองเห็นแต่แสง
- 3) คนตาบอดสนิท มองไม่เห็นอะไรเลยแม้แต่แสงสว่าง เป็นต้น

สมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยได้แบ่งระดับของการพิการทางการมองเห็นเป็น 3 ระดับคือ (สุกัญญา ศรีปรัชญาอนันต์, 2542:13)

- 1) ตาบอดบอดขั้นหนึ่งหรือตาเริ่มบอด หมายความว่า การมีสายตาข้างที่ด้อยที่สุดเมื่อใช้แว่นตาธรรมดาแล้วเห็นน้อยกว่า 3/60 ลงไปจนถึง 1/60 หรือมีลานสายตาเฉลี่ยแคบกว่า 10 องศา ลงไปจนถึง 5 องศา

- 2) ตาบอดขั้นที่สองหรือตาบอดเกือบสนิท หมายความว่า การมีสายตาข้างที่ด้อยที่สุด เมื่อใช้แว่นตาธรรมดาแล้วเห็นน้อยกว่า 1/60 ลงไปจนถึงมองเห็นเพียงแสงสว่างหรือมีลานสายตา โดยเฉลี่ยแคบกว่า 5 องศา ลงไปจนถึงเกือบถึง 0 องศา

- 3) ตาบอดขั้นสามหรือตาบอดสนิท หมายความว่า มองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง

ผดุง อารยะวิญญู (2523 :45) ได้ให้คำนิยามไว้ดังนี้

คนตาบอด คือ คนที่มองไม่เห็น ไม่มีสายตา หรือมีสายตาเหลืออยู่บ้างแต่น้อยมาก มีสายตาไม่มากกว่า 20/20 ฟุต หรือ 6/60 เมตร ในดวงตาข้างที่ด้อยกว่าบุคคลที่มีสายตาปกติสามารถมองเห็นวัตถุใดวัตถุหนึ่งในระยะ 200 ฟุต หรือ 60 เมตร ได้อย่างชัดเจน แต่ถ้าบุคคลใดเห็นวัตถุในระยะ

ไม่ถึง 20 ฟุต หรือ 6 เมตร ก็ถือว่าบุคคลนั้นเป็นคนตาบอด บุคคลที่มีลานสายตาแคบ เป็นมุมไม่เกิน 20 องศา แม้จะมองเห็นก็จัดว่าเป็นคนตาบอด

ลานสายตา (Visual Field) หมายถึงบริเวณที่สายตาสามารถมองเห็น คนปกติมองเห็นได้ในช่วง 180 องศา ดังนั้นลานสายตาคนปกติคือ 180 องศา

คนตาบอดบางส่วน (Partially Sighted หรือ Partially Blind) หมายถึงบุคคลที่ไม่ใช่คนตาบอดสนิทสามารถมองเห็นบ้างแต่มองเห็นไม่มากนักมีลานสายตาเพียง 20/70 หรือน้อยกว่าในดวงตาข้างที่ดีกว่า วัสดุสายตาหลังจากที่แก้ไขแล้ว(หลังจากสวมแว่นตา หรือแว่นขยายแล้ว) นั่นคือบุคคลนั้นสามารถมองเห็นวัตถุหรือสิ่งของในระยะไม่เกิน 70 ฟุต

จากคู่มือการจัดการเรียนร่วม (2527:4) กล่าวถึง เด็กที่มีความพิการทางการมองเห็นว่า หมายถึง เด็กที่มีความบกพร่องทางสายตา เป็นเหตุให้การมองเห็นไม่ชัดเจน มี 2 ประเภท คือ

1. เด็กที่ตาเห็นเลือนราง(Low Vision) หมายถึง เด็กซึ่งตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใส่แว่นตาธรรมดาเห็นน้อยกว่า 6/36 ลงไปจนถึง 3/60 หรือมีลานสายตาโดยเฉลี่ยแคบกว่า 10 องศา

2. เด็กตาบอด(Blind) หมายถึง เด็กที่มีตาข้างที่ดีกว่าหลังจากการที่ได้รับการแก้ไขแล้วเห็นน้อยกว่า 3/61 หรือลานสายตา โดยเฉลี่ยแคบกว่า 10 องศา ไปจนถึงมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับคนพิการทางการมองเห็นไว้ดังนี้

(Jill Keefe 1995 :3)

1. คนสายตาปกติ (Normal Vision) คือ คนระดับการมองเห็นได้ชัดระหว่าง 6/6 ถึง 6/18 ในสายตาข้างที่ได้รับการแก้ไขแล้ว

2. คนที่มองเห็นเลือน คือ คนที่มีระดับการมองเห็นได้ชัดตั้งแต่ 3/60 ขึ้นไปแต่น้อยกว่า 6/18 หรือลานสายตาน้อยกว่า 20 องศา ข้างที่ได้รับการแก้ไขแล้ว

3. คนตาบอด (Blind) คือ คนที่มีระดับการมองเห็นได้ชัดน้อยกว่า 3/60 หรือลานสายตาแคบกว่า 10 องศาในสายตาข้างที่ได้รับการแก้ไขแล้ว

กล่าวโดยสรุปผู้พิการทางการมองเห็น สามารถแบ่งระดับของการมองเห็นได้หลายระดับแตกต่างกันไป บางคนสามารถมองเห็นได้บ้าง และบางคนไม่สามารถมองเห็นได้เลย ซึ่งประเภทของผู้พิการทางการมองเห็นส่วนใหญ่ จะขึ้นอยู่กับลักษณะการใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการใช้งาน ซึ่งจะแตกต่างกันทั้งทางด้านกฎหมาย การศึกษา และการแพทย์ ดังนั้นผู้ที่ใช้จะต้องคำนึงถึงลักษณะการใช้งานด้วย

2.1.3 สาเหตุของการมองไม่เห็นหรือตาบอด

สาเหตุที่ทำให้ตาบอดตั้งแต่กำเนิดหรือภายหลังพบสรุปได้ดังนี้

2.1.3.1 ตาบอดแต่กำเนิดอันเนื่องมาจากกรรมพันธุ์

- 2.1.3.2 ติดเชื้อในระยะก่อนคลอด (ในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ซิฟิลิส)
- 2.1.3.3 บาดเจ็บในสมองในระยะก่อนคลอด
- 2.1.3.4 คลอดก่อนกำหนดต้องให้ออกซิเจนช่วยแต่ให้มากเกินไป
- 2.1.3.5 ลูกตาผิดปกติหรือไม่มีลูกตาแต่กำเนิด ม่านตาดำค่อย ๆ แคลลงจนไม่สามารถ รับภาพได้
- 2.1.3.6 โรคระบาด เช่น หัดเยอรมัน โรคตาแดง
- 2.1.3.7 โรคเกี่ยวกับตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก ริตสีดวงตา เนื้องอก เลือดออกในดวงตา
- 2.1.3.8 โรคที่อักเสบภายในลูกตา
- 2.1.3.9 อุบัติเหตุต่างๆ รวมถึงยาพิษและน้ำกรด
- 2.1.3.10 ความบกพร่องในโรงงานอุตสาหกรรม สถานที่ทำงานบางประเภท

2.1.4 จำนวนคนตาบอด

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่า ในประเทศกำลังพัฒนาจะมีคนตาบอดประมาณ ร้อยละ 0.5 ถึง 1 ของประชากรทั้งประเทศ ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีประมาณร้อยละ 0.25 ถึง 0.5 ของประชากรทั้งประเทศ ดังนั้น ในประเทศไทยซึ่งมีประชากร 60.8 ล้านคน จะมีคนตาบอดโดยประมาณ 3-6 แสนคน จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2544 มีคนตาบอดทั้งสิ้น 123,157 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 70,556 คน และเพศหญิง 52,601 คน (http://www.nso.go.th/thai/stat/stat_23/toc_1.html) แต่จากการสำรวจและประมาณการ ของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขในปี 2539 พบว่า มีจำนวนคนพิการทางการมองเห็น 955,485 คน และจากยอดสถิติจำนวนคนตาบอด ที่ได้จดทะเบียนคนพิการกับสำนักงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการสถิติ เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2548 มีจำนวนทั้งสิ้น 45,268 คน แบ่งเป็นเพศชาย 23,972 คน เพศหญิง 21,296 คน ในจังหวัดนครปฐมมีคนพิการทางการมองเห็นจำนวนทั้งสิ้น 396 คน แบ่งเป็นเพศชาย 185 คน เพศหญิง 211 คน

2.1.5 ลักษณะพิเศษและความต้องการของผู้พิการทางการมองเห็น

สมเจตร์ มินาภินันท์ (2525:16-19) ได้ศึกษาถึงลักษณะพิเศษและความต้องการพิเศษของคนที่มีความบกพร่องทางการเห็นว่าการสังเกตอย่างง่าย ๆ จะเห็นว่า คนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นจะชอบสวมแว่นดำอยู่เสมอ ต้องถือไม้เท้าขาวเพื่อเป็นการนำทางเกาะแขนกับแพเดินกลับไปมาอยู่ในบริเวณอันจำกัด การพิจารณาสำรวจตามหลักวิชาการจะพบข้อสังเกตเกี่ยวกับลักษณะและความต้องการพิเศษดังนี้

1. มีความรู้สึกต่อสิ่งที่อยู่ในระยะใกล้ตัว (Sense perception) ความรู้สึกนี้ สามารถทำให้คนที่มีความบกพร่องทางการเห็น เคลื่อนไหวด้วยตนเองโดยสัญชาตญาณ และเป็นไปตามสิ่งแวดล้อม

ความรู้สึกเช่นนี้จะมีมากขึ้นหากได้รับการศึกษาและทำการฝึกฝน ทำให้เกิดความต้องการพิเศษในเรื่องของการสัมผัส ในส่วนที่เรียกว่า ทักษะทางการเคลื่อนไหว (Perceptual motor skills) และเทคนิคการฝึกอบรบความรู้สึกขึ้นอยู่กับรายละเอียดวิชาการทำความเข้าใจความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว(Orientation and Mobility)

2. คนที่มีความบกพร่องทางการเห็นที่ได้รับการฝึกฝนมาที่บ้าน จากโรงเรียน จากสถานฝึกอบรบต่าง ๆ จะมีการเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรบ

3. คนที่มีความบกพร่องทางการเห็นต้องการสังคม เพื่อน ชอบสนทนาแต่มีความเก้อเขินที่จะปรากฏตัวในที่สาธารณะต่างๆ ซึ่งลักษณะทั้งสองขัดแย้งกัน สิ่งที่คุณต้องการทางการมองเห็นต้องการเป็นพิเศษในเรื่องนี้คือ ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับสังคม(Communication skills) ในโอกาสต่าง ๆ เช่น งานศพ งานมงคลสมรส ฯลฯ

4. คนที่มีความบกพร่องทางการเห็นต้องการเป็นอิสระ และช่วยตนเองได้ ตั้งแต่การกินอยู่ เศรษฐกิจ การดูแลบ้าน การดำรงชีวิตประจำวัน ดังนั้นจึงต้องมีทักษะในการดำรงชีวิตประจำวัน (Daily living skills) อย่างอิสระและมีประสิทธิภาพเหมือนคนปกติ

กล่าวโดยสรุปคนที่บกพร่องทางการเห็นควรจะได้รับการศึกษาการเคลื่อนไหว เพื่อการเข้าสู่สังคม สามารถในการติดต่อสื่อสารกับสังคม ซึ่งจะทำให้คนพิการสามารถพึ่งตนเองได้ การดำรงชีวิตประจำวันและการพึ่งตนเองในทางเศรษฐกิจ ทำให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตเช่นเดียวกับคนปกติได้ ซึ่งผู้ที่มีโอกาสได้รับการฝึกการเคลื่อนไหว จะมีโอกาสมากขึ้นในการติดต่อสื่อสาร จะทำให้ผู้พิการทางการมองเห็นจะได้มีโอกาสในการประกอบอาชีพมากขึ้น

2.1.6 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้พิการทางการมองเห็น

ซิลเตอร์ (Schiderอ้างถึงใน สว่าง โรจนรัตน์เกียรติ,อ้างแล้ว:21) ได้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงในมโนภาพของรูปร่างของคน เมื่อร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใดได้สูญเสียไป อาจเป็นการสูญเสียในหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ หรือสูญเสียไปเลย เช่น การพิการทางการมองเห็น สิ่งเหล่านี้ย่อมทำให้จิตใจแปรปรวนไปด้วยรูปลักษณะ หรือภาพของตัวเองนี้เกิดขึ้นในใจ หรือในความคิดของตนเอง ซึ่งเป็นมโนภาพที่เกิดขึ้นเองทุกตัวบุคคล

การมีมโนภาพในร่างกายเปลี่ยนแปลง ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปเพราะการพิการทางการมองเห็นนี้ มีผลกระทบกระเทือนต่อผู้พิการทางการมองเห็นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้พิการทางการมองเห็นหลังกำเนิด เพราะเป็นการยากที่จะให้เกิดความสมบูรณ์ในทางจิตใจให้เหมือนเดิม และจะเป็นปัญหาทางประสบการณ์ ทางชีวิต และปัญหาทางอารมณ์มาเกี่ยวข้องกับซิลเตอร์ จึงพบว่าผู้พิการทางการมองเห็นมักย้อนกลับไปมี Body – image ในสมัยที่ยังมีตาอยู่อีกเสมอ

อัลเฟรด แอดเลอร์ (Adler อ้างถึงใน สว่าง โรจนรัตน์เกียรติ ,อ้างแล้ว:21) เป็นผู้สร้างทฤษฎีนี้ขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง เนื่องจากเขาเป็นคนไม่แข็งแรงเนื่องมาจากโรคกระดูกอ่อนในวัยเด็กเขาพบว่ามีความผิดปกติในอวัยวะในร่างกาย ทำให้เกิดความแปรปรวนในจิตใจได้ โดยที่ ทำให้เกิดปมด้อยขึ้นมาภายในใจ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น จึงต้องหาทางแก้ไขโดยอัตโนมัติเพื่อชดเชยหรือข่มปมด้อยนั้น

อัลเฟรด แอดเลอร์ เน้นความสำคัญของปมด้อยว่า มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพของคนเรามาก ปมด้อยจะช่วยหล่อหลอมบุคลิกภาพให้เด่นชัดขึ้นปมด้อยเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่อาจแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ จนเกิดความตึงเครียดขึ้นถ้าผู้พิจารณาการมองเห็น เห็นว่าการพิจารณาการมองเห็นเป็นปมด้อยอย่างหนึ่งของตนเอง แล้วก็จะเกิดความกังวลขึ้นมีความละเอียด จึงต้องพยายามหาความรู้สึกเด่นขึ้นมาแทน วิธีการที่จะไปสู่ความเด่นมีต่างกัน จึงก่อให้เกิดบุคลิกภาพประจำตัวขึ้น คนที่มีสุขภาพจิตดีจะต่อสู้อย่างกล้าหาญ และมีสามัญสำนึก ยอมรับสภาพความเป็นจริงได้

อัลเฟรด แอดเลอร์ ยังเห็นว่า คนที่รู้สึกมีปมด้อยทางกายภาพ เป็นความรู้สึกพื้นฐานที่มนุษย์จะต้องพยายามปรับตัว เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในการทำสิ่งทดแทน เพื่อแก้ปมด้อยนั้นอาจนำมนุษย์ไปสู่ความสำเร็จในทางสร้างสรรค์ หรือไปสู่แรงผลักดันของโรคประสาทก็ได้

แม็กแดนเนล (Mcdaniel อ้างถึงใน สมพร แซ่เฮ้ง,2540:30) เป็นการศึกษาผู้ที่มีความเจ็บป่วยหรือมีความพิการ สาธารณะสำคัญของทฤษฎีนี้คือ สภาวะทางกายและจิตมีความเกี่ยวเนื่องกันและไม่เป็นอิสระแก่กัน สภาวะทางกายสามารถส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจตลอดจนพฤติกรรมของบุคคลนั้น เพราะสภาวะทางกายเป็นตัวกำหนดประสิทธิภาพต่าง ๆ ของร่างกายอันเป็นเครื่องมือในการแสดงพฤติกรรมและสภาวะทางกายของบุคคล ยังเป็นสิ่งเร้าให้บุคคลนั้นและผู้อื่นรอบข้างเขาแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ต่อเขา กล่าวคือ สภาพความบกพร่องทางกายทำให้ตัวคนพิการเองและบุคคลอื่น ๆ ประเมินคุณค่าของเขาต่ำลง นอกจากนี้สภาพความพิการยังทำให้บุคคลรอบข้างมองคนพิการอย่างมีอคติ ทำให้แสดงพฤติกรรมที่เป็นการปฏิเสธ หรือการให้ความปกป้องคุ้มครองจนพิการจนเกินความจำเป็น ทำให้คนพิการยิ่งเห็นคุณค่าของตนเองน้อยลง และพลอยทำให้เขาารู้สึกว่าเขาไร้ความสามารถในเรื่องอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับความพิการกายของเขาอีกด้วย

จากทฤษฎีทั้ง 3 นี้สรุปข้างต้นได้ว่า สภาพความพิการมีผลกระทบทางด้านจิตใจ และบุคลิกภาพของผู้พิการทางการมองเห็นเอง ซึ่งอาจส่งผลถึงการปรับตัวของผู้พิการทางการมองเห็น รวมถึงการอยู่ร่วมกับคนในสังคมและการทำงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งและสภาวะทางกายของบุคคลยังเป็นสิ่งเร้าให้บุคคลนั้นและผู้อื่นรอบข้างเขาแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ต่อเขา อันประเมินคุณค่าของเขาต่ำลง และทำให้คนพิการยิ่งเห็นคุณค่าของตนเองน้อยลง ถ้าผู้พิการยอมรับสภาพได้ในความพิการของ

ตนเองอาจส่งผลต่อความสำเร็จในชีวิต แต่ถ้าผู้พิการไม่ยอมสภาพความเป็นจริงอาจเป็นแรงผลักดันของโรคประสาทได้

2.2 แนวคิดเรื่องสิทธิผู้พิการ

2.2.1 ความหมายเกี่ยวกับสิทธิ

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ตามมาตราต่าง ๆ กล่าวว่า มาตรา 4 ตักศิรัความเป็นมนุษย์สิทธิและเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง มาตรา 30 บุคคลเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน มาตรา 55 บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ มาตรา 80 รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้อธิบายความหมายของสิทธิว่า คนพิการเป็นทรัพยากรส่วนหนึ่งของประเทศ แต่เนื่องจากสภาพความพิการเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตในการประกอบอาชีพ ในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และสมควรสนับสนุนส่งเสริมให้คนพิการได้มีโอกาสในด้านต่างๆ สามารถดำรงชีวิต ประกอบอาชีพและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมทัดเทียมกับคนปกติทั่วไป ในการนี้สมควรให้คนพิการได้รับความคุ้มครอง การสงเคราะห์การพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ , 2534 :6)

บทความในจุลสารศูนย์การศึกษาเพื่อประชาชนปไตย(2540:25) ได้ให้ความหมายของ“สิทธิ” พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ว่าหมายถึง “ อำนาจอันชอบธรรม” ส่วนศาลฎีกาได้วินิจฉัยความหมายของคำว่า “สิทธิ” พิพากษาศาลฎีกาที่124/48 ว่า “ พุดถึงสิทธิหากจะกล่าวโดยย่อและรวบรัดแล้ว ก็ได้แก่ประโยชน์อันบุคคลมีอยู่ แต่ประโยชน์จะเป็นสิทธิหรือไม่ก็ต้องแล้วแต่บุคคลอื่นมีหน้าที่ต้องเคารพ หรือไม่ถ้าบุคคลอื่นมีหน้าที่ต้องเคารพประโยชน์นั้นก็เป็นสิทธิ กล่าวคือ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย”

ตามที่ชนะของ วรพจน์ วิสรุตพิชญ์ (2538:2) ได้อธิบายความหมายของสิทธิว่าคือ “ อำนาจที่กฎหมายรับรองให้บุคคลในอันที่จะกระทำการเกี่ยวข้องกับทรัพย์หรือบุคคลอื่น” ซึ่งการให้ความหมายดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับ นพนิธิ สุริยะ (2537:3) ที่กล่าวว่า “สิทธิ ได้แก่ อำนาจและ/หรือประโยชน์ซึ่งได้รองรับของและ/หรือได้รับการคุ้มครอง”

2.2.2 ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการไทย

คนพิการมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ มีสิทธิ และเสรีภาพแห่งบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครองในฐานะพลเมืองไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและมีสิทธิต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ภายใต้ปฏิญญาฉบับนี้โดยไม่มีข้อยกเว้นใด ๆ และโดยปราศจากการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง ภาษา ถิ่นกำเนิด เพศ อายุ หรือสถานะอื่นใด (ที่มา : จดหมายข่าวองค์การสวัสดิการสังคม คอลัมน์ มุมข่าวเด็ด หน้า 5 ฉบับที่ 2 ปีที่ 5 เดือนเมษายน- มิถุนายน พ.ศ.2542)

1. คนพิการมีสิทธิแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมือง
2. คนพิการมีสิทธิเข้าร่วมในการตัดสินใจกำหนดนโยบาย และแผนงานทุกด้านที่เกี่ยวกับคนพิการทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น
3. คนพิการมีสิทธิได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาตั้งแต่แรกเกิดและแรกเริ่มที่พบความพิการ รวมทั้งผู้ปกครองและครอบครัวของคนพิการอย่างเต็มศักยภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล
4. คนพิการมีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระได้ด้วยตนเองอย่างเต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคล
5. คนพิการมีสิทธิและโอกาสฯ ได้รับศึกษาอย่างมีคุณภาพในทุกระดับทุกรูปแบบของการจัดการศึกษาตามความต้องการของคนพิการอย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไปทั้งการศึกษาในระบบนอกระบบและการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยไม่มีการจำกัด กีดกัน เลือกปฏิบัติหรือข้อยกเว้นใด ๆ
6. คนพิการมีสิทธิและโอกาสได้รับการเตรียมความพร้อมด้านอาชีพ การฝึกอาชีพการประกอบอาชีพทุกประเภท ได้รับการจ้างงานหรือว่าจ้างเข้าทำงานตามความต้องการและความสามารถ โดยได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการ ได้รับการก้าวหน้า รวมทั้งได้เข้าร่วมเป็นสมาชิก สหภาพแรงงานโดยไม่มีการกีดกันหรือเลือกปฏิบัติ
7. คนพิการมีสิทธิได้รับการปกป้องคุ้มครองจากการถูกคุกคามทางเพศ ทำร้ายร่างกายและจิตใจ กักขัง เหวี่ยงเอาเปรียบ หรือการแสวงหาประโยชน์ใด ๆ จากความพิการ ทั้งนี้ให้ได้รับความช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย
8. คนพิการมีสิทธิอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนของตน และมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชนและสังคม
9. คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก บริการ และความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป

10. คนพิการมีสิทธิได้รับการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้รับและเข้าใจพิการในทางที่สร้างสรรค์ โดยเฉพาะในเรื่องสิทธิศักยภาพและความสามารถรวมทั้ง การบำเพ็ญประโยชน์ของคนพิการ

11. คนพิการมีสิทธิได้รับและเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับสิทธิของคน พิการ ทั้งนี้ต้องได้รับการสนับสนุนให้มีสื่อทุกประเภทที่เหมาะสมกับความพิการ รวมทั้งต้องจัดให้ มีล่ามภาษามือ อักษรเบรลล์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรืออุปกรณ์พิเศษอื่น ๆ ที่ใช้ในการสื่อสาร

12. คนพิการและครอบครัว ชุมชน สังคม มีสิทธิได้รับและเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารเพื่อทราบ ถึงสิทธิอันระบุไว้ในปฏิญญานี้โดยทั่วถึง

13. รัฐต้องให้ความสำคัญและปฏิบัติตามพันธสัญญาที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ซึ่งได้ลงนาม หรือตกลงร่วมกันในระดับประเทศและระดับชาติ

เนื่องจากคนพิการเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่า จึงสมควรที่จะได้รับสิทธิและโอกาสใน การพัฒนาให้เต็มศักยภาพ ได้รับการปกป้องคุ้มครองจากการถูกเอารัดเอาเปรียบ ได้เข้าร่วมใน กิจกรรมต่าง ๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองด้วยความเสมอภาค ได้รับข้อมูลข่าวสาร จากสื่อต่างๆ ที่เหมาะสมกับความพิการ และได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ดังปฏิญญา ว่าด้วยสิทธิคนพิการไทย ซึ่งจะทำให้ผู้พิการได้มีโอกาสเพิ่มขึ้นในการประกอบอาชีพ และสามารถพัฒนาขีดความสามารถ และคุณภาพของผู้พิการให้มีประสิทธิภาพ คนพิการก็จะ สามารถประกอบอาชีพและสามารถพึ่งตนเองได้

2.2.3 สิทธิทางการแพทย์

ปัญหาและความต้องการของคนพิการ

ปัญหาและความต้องการทางการแพทย์

เนื่องจากคนพิการจำนวนมากเกือบ 80 % อาศัยอยู่ในชนบท คนพิการเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ เคยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์หรือแพทย์เฉพาะด้านเลย ดังนั้นอาการหรือโรคที่ควรจะรักษาให้ หายได้หรือป้องกันได้กลับกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้คนพิการ ทั้งนี้เนื่องจากขาดความรู้ ขาดการศึกษา และสภาพทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย โรงพยาบาลมักจะอยู่ห่างไกลจากบ้านที่อยู่อาศัยมาก โรค บางอย่างเช่น โรคโปลิโอ จะต้องใช้เวลารักษาโดยการทำกายภาพบำบัดทุกๆ วัน ครอบครัวของ ผู้ พิการไม่สามารถจะนำผู้พิการมารักษาได้ตลอด จึงต้องปล่อยตามยถากรรม มีผลทำให้เกิดความ พิการมากขึ้น ผลจากการสัมมนาของสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย ที่จัดขึ้นในภูมิภาค ต่างๆ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการนั้นได้สรุปว่า คนพิการต้องการที่จะได้รับ การ รักษาพยาบาลจากแพทย์เพื่อบำบัดรักษาความพิการ และต้องการความช่วยเหลือด้านค่า

รักษาพยาบาลและกายอุปกรณ์ฟรี รวมถึงเครื่องช่วยฟังสำหรับผู้มีความบกพร่องทางการได้ยิน รถเข็นสำหรับผู้พิการและรถโยก เป็นต้น

ดังนั้นวิธีที่จะแก้ปัญหานี้คือ การให้การฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการทุกขั้นตอน

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หมายถึง การผ่าตัดปรับสภาพความพิการให้น้อยลง และทำกายภาพบำบัดจนกระทั่งใช้เครื่องช่วยคนพิการ ทำให้สามารถออกไปใช้ชีวิตในสังคมได้สะดวกพอสมควรแก่สภาพความพิการ ค่าใช้จ่ายนี้รัฐน่าจะถือเป็นความรับผิดชอบในการออกกฎหมายเพื่อคนพิการ (สภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย หน้า 23 และ 102)

คนไทยทุกคนมีโอกาสมีส่วนร่วมในการพัฒนาสมรรถนะทางเศรษฐกิจของประเทศโดยสภาพความเป็นจริงแล้ว ในสังคมไทยนั้นยังมีกลุ่มผู้ด้อยโอกาสเป็นกลุ่มที่คนมักจะถูกทอดทิ้งปราศจากการเหลียวแลใส่ใจและกล่าวถึงน้อยมาก ซึ่งได้แก่ กลุ่มเด็กในภาวะยากลำบาก (เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์, เด็กเร่ร่อน, เด็กที่ยากจนไม่มีโอกาสศึกษาต่อ) , กลุ่มเด็ก และสตรีในธุรกิจบริการทางเพศและถูกประทุษร้ายทารุณต่าง ๆ, กลุ่มคนพิการ, กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ยากจนไม่มีญาติหรือผู้เลี้ยงดู, กลุ่มคนยากจนในเมืองและชนบท, กลุ่มผู้ถูกควบคุมความประพฤติ ผู้ต้องขังและกลุ่มคนไทยต่างวัฒนธรรม ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ได้ระบุให้มีการพัฒนาประชากรกลุ่มผู้ด้อยโอกาสเป็นเป้าหมายหนึ่งในการพัฒนา และผู้พิการก็เป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสของสังคมที่มีส่วนรับผิดชอบในการช่วยพัฒนาสังคมและประเทศชาติ แต่โดยเหตุที่คนพิการเป็นผู้ที่มีความบกพร่อง การที่จะให้คนพิการมาช่วยสร้างความเจริญก้าวหน้าให้กับสังคมได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่คนในสังคมจะต้องให้การดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพของคนพิการให้มีความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ดังพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพรหมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ (กชกร ศรีสัมพันธ์, 2539:5) พระราชทานไว้ว่า “งานช่วยเหลือผู้พิการนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะว่า ผู้พิการไม่ได้เป็นผู้ที่อยากจะพิการ แต่อยากช่วยตัวเองถ้าเราไม่ช่วยเขาให้สามารถที่จะปฏิบัติงานอะไรเพิ่มมีชีวิต และมีเศรษฐกิจของครอบครัวจะทำให้เกิดสิ่งดี ๆ หนักแน่นแก่สังคม ฉะนั้นนโยบายที่จะกระทำก็ช่วยให้เขาช่วยตัวเองได้เพื่อจะให้เขาสามารถเป็นประโยชน์ต่อสังคม”

จากการรายงานการประเมินสถานภาพของคนพิการจำนวน 64 ประเทศได้สรุปไว้ว่า ยังไม่มีประเทศใดเลยที่มีระบบสถิติเกี่ยวกับคนพิการทั้งทางร่างกาย และจิตใจที่เป็นระบบเดียว และระบบถาวร (Single Permanent System) ที่สามารถรวบรวมจำนวนสถิติคนพิการได้อย่างแน่นอน ทำให้สถิติคนพิการในโลกยังไม่สมบูรณ์ แต่จากการคาดคะเนขององค์การสหประชาชาติประมาณว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกจะมีคนพิการอย่างน้อยร้อยละ 10 ของประชากร (องค์การสหประชาชาติ

,2535:12) ในขณะเดียวกันกับข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติระบุว่า ประชากรทั่วโลกกว่า 100 ล้านคน เป็นคนพิการอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและยังเป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสในสังคมอีกด้วย

2.2.4 ประเภทของการประกันสุขภาพ

ประเภทของการประกันสุขภาพ เป็นลักษณะสิทธิของประชาชนในการรับบริการสุขภาพ ซึ่งในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยจะจำแนก ประเภทของการประกันสุขภาพตามสิทธิในการรับบริการสุขภาพ 3 ด้าน คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม และสิทธิในการรับบริการสุขภาพของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ องค์ประกอบในเรื่องประเภทของการประกันสุขภาพ สิทธิในการรับบริการสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมทำให้บริการสุขภาพของประชาชน เพราะนโยบายของประเทศที่จะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมสุขภาพที่จัดให้ประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ(2532)

ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพ

การพิจารณาความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียน บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่สามารถบอกถึงความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพโดยรวมได้ เนื่องจากยังขาดข้อมูลของการมีสิทธิการรักษาประเภทอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการ จากฐานข้อมูลทะเบียนประชากร ในระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 30 กันยายน 2545 พบว่า ประชากรทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนมีจำนวนเท่ากับ 61,158,442 คน มีการระบุสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่เสียค่าธรรมเนียมเท่ากับ 24,029,979 คน (39.29%) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเท่ากับ 21,296,550 คน (34.82%) สิทธิประเภทอื่น ๆ เท่ากับ 10,901,210 คน (17.82%) และที่เหลือไม่ระบุสิทธิใด ๆ จำนวน 4,930,703 คน (8.06%) ซึ่งหมายความว่าประชาชน ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 56,227,734 คน (91.94) (พินิจ ฟ้าอำนาจผล,2546)

สัดส่วนของหลักประกันสุขภาพแต่ละประเภท

จากฐานข้อมูลขึ้นทะเบียนโดยระบุสิทธิตามหลักประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนั้น แบ่งประเภทของหลักประกันสุขภาพออกเป็น 9 ประเภท ได้แก่ (พินิจ ฟ้าอำนาจผล,2546)

1. สิทธิประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียม(สวัสดิการประชาชนหรือบัตรทองที่มี ๓.) (WEL)
2. สิทธิประกันสุขภาพแบบเสียค่าธรรมเนียม (บัตรทองที่จ่าย 30 บาท หรือบัตรทองที่ไม่มี ๓.) (USE)
3. สิทธิบัตรประกันสังคม (SSS)
4. สิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการเมืองหรือนักการเมือง(SFC)
5. สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ(OFC)
6. สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท (HLT)
7. สิทธิคนไทยในต่างประเทศ (FRG)
8. สิทธิข้าราชการเมืองหรือนักการเมือง(BFC)

สิทธิในลำดับที่ 4)และ5)เป็นกลุ่มที่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลมากกว่า 1 สิทธิ โดยสิทธิทั้งหมดนี้เป็นสิทธิที่ออกให้โดยรัฐไม่รวมการประกันกับบริษัทประกันเอกชน

ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย

ค่านิยมเป็นผลรวมของความเชื่อหลาย ๆ อย่างของบุคคล กระบวนการทางความคิดที่มีลักษณะถาวร ซึ่งบุคคลยึดถือปฏิบัติ มีบทบาทสำคัญในการเป็นมาตรฐาน ควบคุมและกำหนดเป้าหมายแนวทางพฤติกรรมอื่นทั้งเป็นแกนกลางในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เจตคติ ความสนใจ ความตั้งใจ ที่จะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรม ที่สอดคล้องกับค่านิยมนั้น (เกียรติศักดิ์ อิชยานันท์, 2526) ฉะนั้นบุคคลที่มีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพสูง กล่าวคือ เห็นคุณค่าของการมีชีวิตและสุขภาพที่ดี ย่อมมีการกระทำพฤติกรรมมากกว่าบุคคลที่ไม่เห็นคุณค่าของการมีชีวิตและสุขภาพ นอกจากนั้นเพนเดอร์(Pender)1987) ได้อธิบายหลักการค่านิยมทางสุขภาพ กระบวนการกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยกล่าวว่าการที่บุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองมากเท่าไร บุคคลจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรม การเสริมสร้างสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น จากการศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ(2529) ซึ่งได้ทำการศึกษาค่านิยม และองค์ประกอบด้านจิตวิทยากับการมีส่วนร่วมและการใช้บริการสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนไทยผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างให้ค่าต่อสุขภาพระดับสูง

ร้อยละ 25 ให้ค่าต่อสุขภาพในระดับปานกลางและระดับต่ำและพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้บริการและการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ค่าต่อสุขภาพระดับสูงระบุได้เป็นสมาชิกและใช้บริการกองทุนยาและ

กองทุนโภชนาการในหมู่บ้านมากกว่า 1 กลุ่ม ดัน(Dunn,1980:อ้างในนลินี มกรเสน,2538) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจตน เกี่ยวกับสุขภาพและค่านิยมทางสุขภาพกับความรู้และทัศนคติในการดูแลตนเองทางการแพทย์ ของนักศึกษาวิชาเอกสุขศึกษาระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี พบว่า นักศึกษาที่มีความสามารถทางวิชาการสูงพื้นฐานทางวิชาการดีและมีทัศนคติที่ดีจะมีค่านิยมต่อการดูแลสุขภาพตนเองในทางบวก และยอมรับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางการแพทย์ได้ดีกว่าและจากการศึกษาของ อำพร จันทรรักยา และคณะ(2543) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างวิถีชีวิตความด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า วิถีชีวิตและความเชื่อทางสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

การรับรู้สิทธิ

การรับรู้สิทธิเป็นเรื่องที่ทุกคนให้ความสนใจมาก เพราะสิทธิผู้ป่วยเป็นสิทธิที่ทุกคนพึงมี ประชาชนทุกคนจะต้องรับรู้เพื่อให้ได้รับบริการทางสุขภาพตามสิทธิที่ควรจะได้รับดังนี้(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่,2544)

สิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟู

ก. ชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ต่อไปนี้

1. การตรวจรักษาโรคทั่วไป

1.1 การตรวจ วินิจฉัยโรค และบำบัดทางการแพทย์จนถึงสูงสุดการรักษารวมแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ

1.2 กรณีคลอดบุตร รวมไม่เกิน 2 ครั้ง ที่ลูกยังมีชีวิตอยู่

1.3 การบริการอาหารและการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสำหรับคนไข้ในเฉพาะอาหารและห้องสามัญ

1.4 ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาโรงพยาบาลภายใต้กรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.5 การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

2. การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

2.1 การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ตามเงื่อนไขการจ่ายที่คณะกรรมการกำหนด

3. กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

3.1 กรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สามารถใช้บริการในสถานพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ ใน 72 ชั่วโมง หลังจากนั้น ต้นสังกัดรับผิดชอบตามเงื่อนไขที่กำหนด

ข. จุดสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ต่อไปนี้

1. กลุ่มที่มีงบประมาณเฉพาะ

1.1 โรคดีต ที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกิน 15 วัน

1.2 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

1.3 ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสามารถใช้สิทธิตามพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

2. กลุ่มที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน

2.1 การรักษาภาวะมีบุตรยาก

2.2 การผสมเทียม

2.3 การเปลี่ยนเพศ

2.4 การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

2.5 การตรวจ วินิจฉัย และการรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทาง

การแพทย์

3. กลุ่มอื่น ๆ

3.1 โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ยกเว้น หากมีความจำเป็นต้องรักษา ต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.2 ทันตกรรมยกเว้น การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

3.3 การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

3.4 การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3.5 ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน - ควบคุมโรค ให้บริการดังต่อไปนี้

2.1 การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

2.2 การดูแลสุขภาพเด็ก ตลอดจนการใช้ภูมิคุ้มกันการพัฒนาการและโภชนาการ

2.3 การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง(ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย จัดทำโดยแพทยสภา 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่าง ๆ)

2.4 การวางแผนครอบครัว

- 2.5 การเยี่ยมบ้าน(Home visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care)
- 2.6 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
- 2.7 การให้คำปรึกษานับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
- 2.8 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทางด้านทันตสาธารณสุข ได้แก่
 - การตรวจสุขภาพช่องปาก
 - แนะนำด้านทันตสุขภาพ
 - การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ
 - เคลือบหลุมร่องฟัน(ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพ.ศ. 2523 ข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย(ไม่รวมบุตรบุญธรรม) นับตั้งแต่คนที่หนึ่งถึงคนที่สาม ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ รวมทั้งข้าราชการบำนาญ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดสิทธิได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามเกณฑ์ดังนี้

สถานพยาบาลของทางราชการ จะได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จากทางราชการเต็มจำนวนทั้งประเภทคนไข้ในและคนไข้นอกวันแต่

(ก) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ให้เบิกได้ที่กระทรวงการคลัง กำหนดตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0526.5/ว.8150 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2540 สามารถเบิกกายอุปกรณ์ได้ดังนี้

1. ลูกตา กระจกตา และเลนส์แก้วตาเทียมสำหรับคนพิการทางการมองเห็นได้แก่

- 1.1 ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก(Eye prosthesis) (เบิกได้ครั้งเดียว)
- 1.2 วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดไม่มีรูพรุน
- 1.3 วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดมีรูพรุน
- 1.4 วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตา
- 1.5 กระจกตาดำเทียม
- 1.6 เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้
- 1.7 เลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็งพับไม่ได้

2. วัสดุ/เครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดตา

- 2.1 วัสดุที่ใช้หนุนในลูกตาในการผ่าตัดซ่อมจอประสาทตา(Buckle)
- 2.2 ของเหลวสำหรับกดจอประสาทตา(Perfluorocarbon liquid)
- 2.3 น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอประสาทตา
- 2.4 ก๊าซสำหรับฉีดกดจอประสาทตา
- 2.5 ท่อระบายและที่เก็บกักลดความดันในโรคต้อหิน ชนิดมีลิ้นปิดเปิด
- 2.6 ท่อระบายและที่เก็บกักลดความดันในโรคต้อหิน ชนิดไม่มีลิ้นปิดเปิด
- 2.7 ท่อระบายและที่เก็บกักความดันในโรคต้อหิน ชนิดไม่มีลิ้นปิดเปิด
- 2.8 เนื้อเยื่อชีวภาพ
- 2.9 วัสดุสำหรับใช้แก้ไขทางเดินท่อน้ำตา
- 2.10 วัสดุที่อุดท่อน้ำตา ชนิดถาวร
- 2.11 วงแหวนสำหรับใส่ในถุงเลนส์
- 2.12 กรรไกรขนาดเล็กสำหรับตัดขุ่นลูกตา
- 2.13 ชุดผ่าตัดน้ำขุ่นลูกตา
- 2.14 มีดเจาะลูกตา
- 2.15 ไบโอมิตัดกระจกตา

3. แว่นตา เลนส์สัมผัส ที่ใช้หลังจากการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเพื่อรักษาต่อกระจก (กรณีไม่ใช่เลนส์แก้วตาเทียม)

- 3.1 แว่นตาสำหรับมองไกล 1 อัน
- 3.2 แว่นตาสำหรับมองใกล้ 1 อัน

(สำหรับการผ่าตัด ครั้งที่ 2 ในตาข้างเดิมให้เปลี่ยนได้เฉพาะเลนส์)

- 3.3 เลนส์สัมผัส ชนิดแข็ง
- 3.4 เลนส์สัมผัสชนิดครึ่งนุ่มครึ่งแข็ง
- 3.5 เลนส์สัมผัสชนิดนิ่ม

(ข) ค่าห้องและค่าอาหารตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2532 ให้เบิกรวมกันได้ไม่เกินวันละ 300 บาท (ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค.0514/ว.137 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2532) (กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2533)

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตน

กรณีทุพพลภาพ(มิใช่เนื่องจากการทำงาน) ต้องส่งเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือน จะมีสิทธิได้รับ

- ค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงเดือนละไม่เกิน 2,000 บาท

หลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ

ตามประกาศสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเรื่องประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกรณีทุพพลภาพที่สามารถเบิกได้ตาม พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในส่วนของคนพิการทางการมองเห็นดังนี้

- 1.1 ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก
- 1.2 วัสดุใส่หูรับลูกตาเทียม
- 1.3 เลนส์แก้วตาเทียม

แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ

จากการศึกษาถึงสิทธิการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยพบว่าผู้ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย คือ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างประจำ สิทธิบัตรประกันจนและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กล่าวโดยสรุปสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ กรณีพิการหรือทุพพลภาพจะเน้นเรื่องการใช้เงินทดแทนการขาดรายได้ การสูญเสียอวัยวะมากกว่าการให้ค่าใช้จ่ายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการอย่างเพียงพอและเหมาะสม ส่วนสิทธิประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่นๆ จะเห็นมีเพียงภายใต้พรบ.กองทุนเงินทดแทน (กรณีพิการจากการทำงาน) ซึ่งมีระบุนำค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน โครงการที่มีความชัดเจน เช่นนี้ส่วนใหญ่จะเป็น โครงการสำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมและโครงการประกันสุขภาพเอกชน

ดังได้กล่าวแล้วว่า“ความพิการ” เป็นส่วนหนึ่งของสถานะทาง “สุขภาพ” ของบุคคลดังนั้น การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพภายใต้หลักประกันสำหรับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่นโครงการสวัสดิการข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลและกลุ่มที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล โครงการประกันสุขภาพแก่เด็กอายุ 0- 12 ปี ตลอดจนโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข จึงควรรวบรวมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์และจัดให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการไว้ด้วย

อย่างไรก็ตาม ขณะนี้แม้รายละเอียดจะระบุไว้เป็นเรื่องการรักษาพยาบาล การให้อวัยวะเทียม หรืออุปกรณ์เพื่อการบำบัดรักษา โดยอิงระเบียบกระทรวงการคลัง พ.ศ. 2535 ในรายการเหล่านั้น ก็คาบเกี่ยวกับกระบวนการและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการอยู่แล้ว หากมีการปรับเนื้อหา รายละเอียด ก็จะให้โครงการเหล่านี้ครอบคลุมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและการให้อุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการเหมาะสมและมากยิ่งขึ้น

หลักประกันสุขภาพซึ่งเกิดภายใต้ พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการพ.ศ.2534 มีความชัดเจนอย่างมาก(สำหรับกลุ่มเป้าหมายคนพิการตามกฎหมาย) ในเรื่องการฟื้นฟูฯการให้อุปกรณ์เครื่องช่วย คนพิการแต่ไม่ครอบคลุมการสร้างหลักประกันสุขภาพโดยรวมให้คนพิการเหล่านี้

ปัญหาที่พบสำหรับคนพิการ ที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพประเภท ต่าง ๆ ยังมีอยู่ไม่น้อยก็คือ ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ แหล่งเงินที่มาของเงินค่าใช้จ่าย มีทั้ง จากนายจ้างซึ่งเป็นภาคเอกชน และงบประมาณของรัฐบาล ซึ่งกำหนดระเบียบและวิธีการจ่ายค่า รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงก่อให้เกิดความ หลากหลายทั้งระเบียบวิธีปฏิบัติ ความแตกต่างและความซ้ำซ้อนของสิทธิประโยชน์ ที่ส่งผลกระทบต่อ ความเท่าเทียม และความเสมอภาคและประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของการรับบริการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการโดยวิธีทางการแพทย์ โดยเฉพาะในกรณีที่แหล่งเงินเป็นงบประมาณของรัฐบาล จะระบุไว้เสมอว่าหากมีสิทธิอื่นๆ ให้ใช้สิทธิอื่นๆก่อน ทำให้เกิดภาพคล้ายการเกี่ยวความ รับผิดชอบในการดูแลกลุ่มเป้าหมายนี้ หรือเกิดความสับสนในการได้รับบริการของคนพิการภายใต้ หลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ดังตาราง

ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ของคนพิการภายใต้หลักประกันสุขภาพ

โครงการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	แหล่งเงิน	สิทธิประโยชน์กรณีพิการหรือทุพพลภาพ	หน่วยบริการ
1. สวัสดิการข้าราชการลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ	กระทรวงการคลัง	งบประมาณ	- รักษาผู้ป่วยนอก/ใน - เบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัด และซ่อมตามอัตรากระทรวงการคลัง	- ผู้ป่วยนอกเฉพาะรัฐ - ผู้ป่วยในทั้งรัฐและ เอกชน
2. พรบ.ประกันสังคม 2537	กระทรวงแรงงาน	- นายจ้าง - ลูกจ้าง - รัฐบาล	- กรณีทุพพลภาพ(ส่งเงินสมทบไม่น้อยกว่า 3 เดือน) - เงินทดแทนการขาดรายได้ครั้งหนึ่งของค่าจ้าง ตลอดชีวิต - ค่ารักษาพยาบาลตามจริง ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท	- สถานพยาบาลของรัฐ/เอกชนที่เป็น คู่สัญญาเกี่ยวกับกองทุน ประกันสังคม

			- เสียชีวิตได้รับเงินค่าทำศพและเงินสงเคราะห์ - เจ็บป่วย บาดเจ็บสูญเสียอวัยวะและทุพพลภาพจากการทำงาน	
3. พรบ.กองทุนเงินทดแทน	กระทรวงแรงงาน	นายจ้าง	- ค่ารักษาพยาบาลจ่ายจริงไม่เกิน 35,000บาท - ค่าทดแทนการขาดรายได้ระหว่างการรักษา 60 % ค่าจ้างรายเดือนไม่เกิน 1 ปี - ค่าทดแทนรายได้รายเดือนจากการสูญเสียอวัยวะ 60 % ค่าจ้างรายเดือนไม่เกิน 10 ปี - กรณีทุพพลภาพค่าทดแทนรายได้เดือนละ 60 % ค่าจ้างรายเดือนไม่เกิน 15 ปี - ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน	- สถานพยาบาลรัฐ/เอกชน

ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ของคนพิการภายใต้หลักประกันสุขภาพ

โครงการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	แหล่งเงิน	สิทธิประโยชน์กรณีพิการหรือทุพพลภาพ	หน่วยบริการ
4. พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535	กระทรวงพาณิชย์	เจ้าของรถ	- เน้นการรักษาพยาบาล การบาดเจ็บ - เงินทดแทนกรณีตาย	
5. พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 2534	- กระทรวงแรงงาน - กระทรวงสาธารณสุข	งบประมาณ	- คนพิการที่จดทะเบียนรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เสริมเทียม หรือเครื่องช่วยความพิการ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	- สถานพยาบาลรัฐ/เอกชน - สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข - สถานพยาบาลรัฐอื่นตามที่กำหนด
6. การประกันสุขภาพเอกชน	บริษัทประกันภัย	ผู้ประกันตน	- ขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ โดยส่วนใหญ่จ่ายเงินทดแทนการสูญเสียอวัยวะ ค่าทดแทนการสูญเสียรายได้มากกว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	สถานพยาบาลรัฐ/เอกชน
7. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลและกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	กระทรวงสาธารณสุข	งบประมาณ	- ค่ารักษาพยาบาลการเจ็บป่วยทั่วไป - จ่ายอุปกรณ์เพื่อการบำบัดรักษาตามระเบียบกระทรวงการคลังได้ - ค่ารักษาพยาบาลเจ็บป่วยทั่วไป	สถานพยาบาลรัฐ
8. โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ	กระทรวงสาธารณสุข	งบประมาณ	- จ่ายอุปกรณ์เพื่อการบำบัดรักษาตามระเบียบกระทรวงการคลัง	สถานพยาบาลรัฐ

9. ประกันสุขภาพเด็ก 0 – 12 ปี	กระทรวงสาธารณสุข	งบประมาณ	- เจ็บป่วยทั่วไป/เจ็บป่วยในโรงเรียน	สถานพยาบาลรัฐ
10. บัตรประกันสุขภาพ	กระทรวงสาธารณสุข	งบประมาณ	- เน้นเจ็บป่วยทั่วไป/การคลอด	สถานพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวง สาธารณสุข

บริการทางการแพทย์

บริการทางการแพทย์ คือ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กำหนดในกระทรวง ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขดังนี้

ข้อ 1. ให้คนพิการที่จดทะเบียนตามมาตรา 14 ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยวิธีการทางการแพทย์ดังต่อไปนี้

- (1) การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่น ๆ
- (2) การให้คำแนะนำและคำปรึกษา
- (3) การให้ยา
- (4) การศัลยกรรม
- (5) การพยาบาลเวชกรรมฟื้นฟู
- (6) กายบำบัด
- (7) กิจกรรมบำบัด(อาชีพบำบัด)
- (8) พฤติกรรมบำบัด
- (9) จิตบำบัด
- (10) สังคมสงเคราะห์และสังคมบำบัด
- (11) การแก้ไขคำพูด(อรรถบำบัด)
- (12) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินและการสื่อความหมาย
- (13) การให้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการ

ข้อ 2. ภายใต้บังคับข้อ 5 คนพิการซึ่งได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีทางการแพทย์ จากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข หรือสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม หรือ

ราชการส่วนท้องถิ่นหรือรัฐวิสาหกิจที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าอุปกรณ์ตามข้อ 1 ดังต่อไปนี้

(1) ค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ 1

(2) ค่าห้องและค่าอาหารไม่เกินอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

ข้อ 3. ในกรณีที่คนพิการ ซึ่งเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามข้อ 2. ต้องใช้อุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริม หรือเครื่องช่วยความพิการให้สถานพยาบาลดังกล่าวจัดหาอุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริม หรือเครื่องช่วยความพิการดังกล่าว ให้สถานพยาบาลนั้นขอเบิกจากศูนย์สิทธิฯ สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

ข้อ 4. เมื่ออุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริม หรือเครื่องช่วยความพิการที่ได้รับตามข้อ 3 ชำรุดบกพร่องจำเป็นต้องซ่อมแซมหรือเปลี่ยนแปลงชิ้นส่วนของอุปกรณ์ให้โดยไม่คิดมูลค่า

ข้อ 5. ในกรณีที่คนพิการมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ หรือมีสิทธิได้รับสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแล้ว ให้คนพิการใช้สิทธิในการรับการบริการสงเคราะห์หรือสิทธิในสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานนั้น ๆ ก่อน

2.3 สิทธิทางด้านสุขภาพ

2.3.1 การส่งเสริมสุขภาพ

จาก Ottawa Charter for Health Promotion.WHO,Geneva,1986 ได้ให้ความหมายว่าการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนเราในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เป็นกระบวนการทางสังคมและการเมืองแบบเบ็ดเสร็จ ที่ครอบคลุมกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมุ่งเร่งรัดการเพิ่มทักษะและความสามารถของปัจเจกบุคคล รวมถึงกิจกรรมที่มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพื่อที่จะบรรเทาผลกระทบที่มีสุขภาพของสาธารณสุขและปัจเจกบุคคล (พิสมัย จันทวิมล:แปล,2541:3-4) การส่งเสริมสุขภาพที่แท้จริงคือ วิธีการสร้างความเข้มแข็งแก่สังคม (ประเวศ วะสี,2541:11)

จากการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพครั้งแรก ที่กรุงออตตาวา วันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ได้เสนอกรอบบัตรเพื่อการบรรลุสภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าในปีพ.ศ.2543 โดยกำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญและการดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพไว้ (พิสมัย จันทวิมล,2541:56 - 58) ดังนี้

1. การชี้นำ (Advocate) คือ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนเพื่อสร้างกระแสทางสังคมและสร้างแรงกดดันให้เกิดกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพโดยชี้ให้เห็นปัจจัยต่างๆ ทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ซึ่งมีผลต่อการสนับสนุนและบั่นทอนต่อสุขภาพ

2. การเพิ่มความสามารถ (Enable) เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเพิ่มความสามารถของตนเองได้ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ เพื่อลด ข้อแตกต่างทางสถานะสุขภาพและให้มีสุขภาพที่ดีโดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนสามารถได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำเนินชีวิตและมีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพและประชาชนต้องสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้

3. การไกล่เกลี่ย (Mediate) เป็นการกำหนดและความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่ม/หน่วยงานต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานด้านเศรษฐกิจสังคมและสื่อมวลชน

ในกฎบัตรนี้ยังได้เสนอแนะวิธีการดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action) ควรจะต้องมีกิจกรรมที่สำคัญ(สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ,2541:136 – 139) คือ

(1) สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Health Pubic Policy) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จะเกี่ยวข้องกับกฎหมาย มาตรการทางเศรษฐกิจ การเงินการคลัง การเก็บภาษี รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรที่แน่ชัดเพื่อรับผิดชอบ ซึ่งมีนโยบายดังกล่าวทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องขานรับและมีการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง มิใช่เพียงหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

(2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ หมายถึง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับโลก และยังหมายรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตการทำงาน และการใช้เวลาว่าง โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (Healthy society) การสร้างเมืองที่มีสุขภาพดี (Healthy city) การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace) เป็นต้น

(3) การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strongmen Community Action) เป็นกระบวนการสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชนสามารถควบคุมการปฏิบัติงานและกำหนดเป้าหมายของชุมชนเองโดยชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนทางการเงินอย่างเพียงพอ

(4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Person Skills) การส่งเสริมสุขภาพควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนามีความรู้ และทักษะในการดำรงชีวิต (Life skills) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งที่ประชาชนจะควบคุมสุขภาพของตนเองและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

(5) การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ในปัจจุบันการบริการสาธารณสุขควรมีการปรับเปลี่ยนให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น มีการสื่อสารประสานงานกับหน่วยงานภายนอกให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น หน่วยงานด้านสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ นอกเหนือจากการให้บริการด้านการรักษา ทั้งนี้จะต้องมีการปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทางและปรับเปลี่ยนการให้บริการสาธารณสุขที่เน้นการมองปัญหาแบบองค์รวม

กล่าวได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งในการทำให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคมอย่างเช่นคนพิการ ควรได้รับการดูแลและการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างให้คนพิการมีโอกาสทางสังคมเพิ่มขึ้น และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ให้มากที่สุด ไม่เป็นภาระของครอบครัวหรือสังคมทั้งหมด

2.3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ บุคคลแรกที่กล่าวถึงพฤติกรรมคือ แฮร์ริส และกูเตน (Harris and Guten 1979 cited in Pender, 1987:38) ซึ่งเป็นเป็นการให้ความหมายที่รวมทั้งการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ ได้มีการแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion Behaviors) และพฤติกรรมป้องกันโรค (Health Protection Behaviors) (Brubaker 1983; Murray & Zentner 1980 ; Pender 1987 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ , 2532 :45) โดยเพนเดอร์ (Pender, 1987:57) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น มีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนรวมเร่งมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค มุ่งระวังไม่ให้โรค ไตหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น ด้วยเป้าหมายที่สำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งยกระดับภาวะสุขภาพดังกล่าวแล้ว ทำให้ผู้สนใจและให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้หลายท่านดังนี้

กوخแมน (Gochman 1982 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ , 2532 :44-45) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีในเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยาเป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกต

ไม่ได้ ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

เพนเดอร์ (Pender,1987:4) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนรวมและการมีศักยภาพที่ถูกต้อง สมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

วอกเกอร์และคณะ(Walkker,et al,1990:268) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิตมีผลโดยตรงต่อสมองได้ หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล และใช้คำว่า วิถีชีวิตในความหมายเดียวกับ พฤติกรรมสุขภาพ

พาแลงค์(Palank,1991:816) ให้ความหมายว่าเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคล ทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียด การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

เมอร์เรย์และเซนเนอร์(Murray and Zentner,1993:659) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าประกอบไปด้วย กิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความผาสุกเกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชนและสังคม

เพนเดอร์ (Pender,1987:4-57) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

2.3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้พิการ

เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวด้านจิตใจ เพราะความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับต่างกัน รวมทั้งทัศนคติต่อความเจ็บป่วยก็แตกต่างกันด้วย (Andreason & Norris,1987:362) และจากการศึกษาของเบล(Bell,1977:30-141)พบว่าเพศชายและเพศหญิงเลือกรูปแบบการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน ฟิชเชอร์ (Fisher 1968 cited in Lambert& Lambert,1985:57) กล่าวว่า คนพิการแขนขาในผู้ชายจะกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานที่ร่างกายสูญเสีย ขณะที่ผู้หญิงจะกังวลเกี่ยวกับความสวยความงามของรูปร่างที่ปรากฏ สอดคล้องกับรายงานของ National Health ที่พบว่าเพศหญิงมีความทุกข์ทรมานในการปรับตัวทุก ๆ ด้าน มากกว่าเพศชาย เพศหญิงเป็นเพศที่มีความวิตกกังวล ขาดความสุขในชีวิตสมรส และมี

แนวโน้มของความฉลาดก้วต่าง ๆ และมีพัฒนาการของปัญหาทางอารมณ์ได้มากกว่าเพศชาย (โสภา ชูพิกุลชัย,2538:141)

อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ถ้าความเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นในเด็กเล็กก็จะมีผลต่อการเจริญเติบโต และการพัฒนาของเด็ก แต่ถ้าความพิการนั้นเกิดขึ้นกับวัยรุ่นก็จะมีผลต่อภาพลักษณ์ของตนเอง และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในผู้ใหญ่ปฏิกิริยาตอบสนองก็จะแตกต่างกันออกไป ผู้พิการอาจรู้สึกโศกเศร้าต่อความสูญเสียที่มีเฉพาะความเจ็บป่วยแต่รวมไปถึงความสามารถในการทำงาน วิธีการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสัมพันธ์ทางเพศ รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ ถ้าความพิการเกิดขึ้นในคนวัยชรา บางครั้งอาจจะมีความรู้สึกไม่ปรารถนาจะมีชีวิตยืนยาวต่อไป เนื่องจากความไร้สมรรถภาพหรือความพิการที่เกิดขึ้น รวมทั้งไม่ปรารถนาจะเสียเงินทองในการรักษา(กันยา กาญจนบุรานนท์,2534:28) นอกจากนี้ สุภาพ ไบแก้ว(2528:13) ยังอภิปรายผลการศึกษาไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะสามารถปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ๆ เนื่องจากสามารถทำความเข้าใจต่อแผนการรักษา และสนใจดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพได้ดีกว่า แต่เมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพจะลดลง

การศึกษา โรเจอร์(Roger 1969:157อ้างใน เพลินพิศ เลหาวิริยะกมล,2531:75) ได้ให้แนวคิดเรื่องนี้ไว้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง เมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใด ก็จะมีความรู้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะค้นหาหรือแสวงหาความรู้ เพื่อนำมาตอบคำถามให้แก่ตนเองว่าจะปฏิบัติอย่างไร ซึ่งบางครั้งเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ น้อยมาก หรือเกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดได้ และจากผลการศึกษาของอรวรรณ จุลวงษ์(2533: บทคัดย่อ) เรื่องปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่ถูกตัดอวัยวะแขนขาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูง จะมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ดี

ระดับความพิการ ระดับของการสูญเสียที่แตกต่างกัน อาจทำให้เกิดความสามารถในการปรับตัวแตกต่างกัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแตกต่างกัน จากการศึกษาของ ฉาวร บุตรโสมตา (2525 : บทคัดย่อ) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของทหารราชการสนามที่ได้รับบาดเจ็บจากการต่อสู้ พบว่าผู้ที่มีระดับความพิการมากจะมีสุขภาพจิตไม่ดี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับความพิการน้อย และผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมาก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมแยกตนเองออกจากสังคม

การออกกำลังกาย เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้เพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้พิการ เป็นการดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อปอดและ

ระบบไหลเวียนของโลกทำให้มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้พิการกิจกรรมการออกกำลังกายจะแตกต่างกันไปตามความเหมาะสม และความสามารถของแต่ละบุคคลเนื่องจากผู้พิการแต่ละคนมีข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไป

การมีความพิการของอวัยวะหนึ่ง ก็สามารถเล่นกีฬาบางอย่าง ที่ไม่ได้มีอุปสรรคจากอวัยวะนั้น เช่น ขาเป็นอัมพาตก็อาจยิงปืนแม่น หูหนวก ก็อาจเล่นสโนว์บอร์ดหรือตีกอล์ฟ หรือกระตุ้นเตือนให้ผู้พิการเองมีการเคลื่อนไหว มีการใช้งานของอวัยวะส่วนที่เสียไปอย่างถูกต้อง เพื่อมิให้เกิดอาการข้อยึดติด การหดเกร็งกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกล้ามเนื้อเหยียดและกระดูกอ่อนแออันเกิดจากการไม่ได้ใช้งาน ซึ่งจะทำให้สูญเสียหน้าที่ไป เกมกีฬาที่เล่นง่าย ๆ และดัดแปลงให้เหมาะสมกับความพิการ เช่น คนพิการตาบอดเล่นวิ่งเปรี๊ยะ โดยใช้คนตาดีเป็นหลักแทนเสาไม้ คนตาดีคอยตบมือให้สัญญาณเมื่อวิ่งเข้ามาใกล้คนเป็นหลักก็จะส่งเสียงให้รู้ คนพิการก็วิ่งอ้อมหลักไปมาได้หรือการว่ายน้ำ ผู้พิการที่ไม่มีขาทั้ง 2 ข้าง สามารถว่ายน้ำอย่างคล่องแคล่วโดยอาศัยลำตัวและแขนทั้งสองข้าง เป็นต้น

สาเหตุความพิการ สาเหตุแต่ละอย่างอาจมีผลกระทบต่อจิตใจได้ไม่เหมือนกัน ความพิการที่มีสาเหตุจากโรคที่เป็นมาแต่กำเนิด อาจทำให้จิตใจของคนยอมรับได้ง่ายหรือเกิดความเคียดชังได้ง่ายกว่าความพิการจากอุบัติเหตุ

ความรุนแรงของความพิการ ความพิการที่รุนแรงหรือเกิดขึ้นกับอวัยวะหลายอย่างพร้อมกันอาจก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตมากและมีผลกระทบต่อจิตใจมากเช่นคนตาบอดย่อมได้รับผลกระทบต่อจิตใจมากกว่า เช่น คนตาบอดย่อมได้รับผลกระทบต่อจิตใจมากกว่าคนตามัว คนตาบอดทั้งสองข้าง ได้รับผลกระทบมากกว่าคนตาบอดที่เกิดความพิการ ความพิการที่เกิดขึ้นในแต่ละวัย อาจมีผลกระทบต่อจิตใจได้ไม่เหมือนกัน ความพิการที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กและเติบโตมาด้วยความเคียดชัง กับความพิการนั้นอาจยอมรับความพิการได้มากกว่าความพิการที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นหรือเมื่อเป็นผู้ใหญ่แล้ว

ระยะเวลาของความพิการ ความพิการแต่ละอย่างอาจมีความเรื้อรังไม่เท่ากัน ความพิการบางอย่างอาจสามารถรักษา แก้ไข หรือฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ลักษณะเช่นนี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังได้บ้าง และมีผลกระทบต่อจิตใจไม่มากเท่าคนพิการอย่างถาวร

ลักษณะของความพิการที่มีความสำคัญจำเพาะต่อบุคคล ความพิการแต่ละอย่างมีความหมายสำหรับแต่ละคนไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ระดับเศรษฐฐานะ เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม ฯลฯ

การสูญบุหรื ผู้ที่สูญบุหรืมากเป็นประจำ มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่สูญบุหรื มีสถิติการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าคนไม่สูญบุหรืถึง 4 เท่า

การดื่มสุรา การดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพมาก เนื่องจากสุรามีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางเมื่อดื่มเข้าไปมาก ๆ จะทำให้มีอาการมึนเมา เพราะการสะสมของแอลกอฮอล์ที่ดูดซึมเข้าทางกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก อัตราการดูดซึมนี้จะช้าลงถ้ามีอาหาร ฉะนั้นคนที่ดื่มสุราด้วยรับประทานอาหารด้วย จะเมาช้ากว่าคนที่ดื่มสุราอย่างเดียว

2.3.4 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งนักวิชาการทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรมและพฤติกรรมศาสตร์ ได้ให้แนวคิดของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไว้ดังนี้

ปีเตอร์โครโปลคิน (Peter Krpolkin อ้างในพิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ,2530) ให้แนวคิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองใน 4 มิติ คือ

1. การดูแลสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ
2. การรู้จักป้องกันตนเองจากโรคร้ายต่าง ๆ
3. การรักษาอย่างถูกต้องเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย
4. การฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ

ขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเอง มีขอบเขตการปฏิบัติในภาคประชาชนส่วนใหญ่โดยครอบคลุม การดูแลสุขภาพตนเองใน 2 ลักษณะ คือ (พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์,2530)

1. การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ท่าขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะคือ

1.1 การดูแลสร้างเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การรับประทานวิตามิน การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำ อย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค ฯลฯ

2. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพของตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำใด ๆ ลงไป เพื่อตอบสนองอาการผิดปกติ ส่วนการกระทำนั้นมีตั้งแต่ การ

รักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่นและครอบครัว
เครือข่ายสังคม ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข

ดังนั้น เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรม
การดูแลการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบ คือ

1. การตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
2. การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจเป็นการซื้อยากินเอง การใช้ยากลางบ้าน
3. การรักษาตนเองโดยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพักและดื่มน้ำอุ่นเมื่อเริ่ม
รู้สึกตัวเป็นหวัด การลดการสูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกเจ็บหน้าอก
4. การตัดสินใจไปหาบุคลากรสาธารณสุข ในกระบวนการของการตัดสินใจที่จะเข้ารับ
การรักษา แม้ว่าผู้ป่วยจะให้การยอมรับในบทบาทผู้ป่วยโดยให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยและทำการรักษา
ตลอดจนแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวต่าง ๆ แต่บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกทำตามคำแนะนำของ
แพทย์หรือเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเป็นผู้ประเมินการรักษาของแพทย์ว่า
ทำให้ตนหายป่วยแล้วหรือไม่และควรหยุดการรักษาเมื่อใด

ในการวิจัยทางการแพทย์ได้มีการแบ่งประเภทของพฤติกรรมดูแลสุขภาพออกเป็น

2 ประเภท คือ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) และพฤติกรรม
การป้องกันโรค (Health protecting behavior) ซึ่งใช้อ้างถึงพฤติกรรมของผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วยหรือ
เจ็บป่วยเล็กน้อย พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นผู้ที่มี
สุขภาพดีโดยส่วนรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพที่ดี ส่วนพฤติกรรม
ป้องกันโรคมุ่งระวังไม่ให้โรคหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น (Pender,1987)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะ
สุขภาพของตนเองหรือครอบครัวดีขึ้น (สมทรง รักษ์เผ่าและสรงศ์กัญญ์ ดวงคำสวัสดิ์,2540) ซึ่ง
กอกซ์แมน(Gochman,1982 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์,2532) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการสร้าง
เสริมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจนเพื่อให้
ตนเองมีสุขภาพที่ดี เช่น นิสัยในการรับประทานอาหาร พักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะ
บุคคลิกภาพและการใช้ยา นอกจากนี้เมอร์เรย์และเซนเนอร์ (Murray and zentner,1993 อ้างใน มยุรี
นิรัทธราดร,2539) ให้แนวคิดว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่าถ้าตน
ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นแล้ว ตนเองต้องมีสุขภาพดีและได้ลงมือกระทำมีการดำเนินกิจกรรมหรือมี
พฤติกรรมสำคัญอันประกอบไปด้วยกิจกรรม ซึ่งยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความ
ผาสุกเกิดกิจกรรมที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

เกษม นครเขตต์ (2536 อ้างใน กนกวรรณ จันทร์แดง, 2541) ให้แนวคิดว่า ในการให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพยังมีความคาดเคลื่อน อยู่ แม้จะได้นำคำนี้มาใช้ในกลุ่มสถาบันที่มีหน้าที่ในการให้บริการทางสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนกันอย่างกว้างขวาง แต่ดูเหมือนว่าเป็นการนำคำนี้ไปใช้ในความหมายเฉพาะทางมักมุ่งประเด็นไปที่การสร้างเสริมสุขภาพและบางครั้งได้มีการใช้คำว่า Health Prevention ในความหมายเดียวกับ Health Protection หรือใช้ในความหมายของ Health Prevention ซึ่งนักวิทยาศาสตร์ในต่างประเทศได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่าหมายถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค (Changing life style for disease prevention) ในความหมายนี้ทำให้มองเห็นว่าเป้าหมาย ของการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงของบุคคลเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดโรคโดยมีพื้นฐานความคิดมาจากข้อมูลภาวะการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บของบุคคลว่า ปัจจุบันสาเหตุของความเจ็บป่วยของประชากรมิได้เกิดจากโรคติดเชื้อต่าง ๆ แนวโน้มสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรในปัจจุบันได้เปลี่ยนมาเป็นปัญหาอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ความหมายของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ถือว่าเป็นวิธีที่บุคคลจะสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงซึ่งมีอยู่มากมายในชีวิตประจำวันของสังคมปัจจุบัน

กนกวรรณ จันทร์แดง(2541) ให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นทั้งความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลให้เป็นพฤติกรรมที่ปลอดภัย ไม่ต้องตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ นอกจากนี้การสร้างเสริมสุขภาพยังมีบทบาทที่มุ่งยกระดับมาตรฐานการดำเนินชีวิตของบุคคลและสังคมโดยรวม ซึ่งเป็นการหวังผลในระยะยาวเพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะสามารถก้าวไปถึงสภาวะที่เรียกว่าการมีคุณภาพชีวิตที่แท้จริง

รุจิณา อรรถศิษฐ์(2541) ได้ให้ความหมายของแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพ(Concept of Health Promotion) คือ จากกฎบัตรออกดาดา ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง อันจะเป็นผลต่อสภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิตใจและทางสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องมีความสามารถในการจำแนก และตระหนักถึงความปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงหรือเผชิญกับภาวะแวดล้อมได้ สุขภาพเป็นขุมพลังของชีวิต(A resource for everyday life) แนวคิดสุขภาพเชิงบวกเน้นขุมพลังทางสังคมเท่ากับขุมพลังของบุคคล นอกจากนี้การสร้างเสริมสุขภาพไม่ใช่ความรับผิดชอบของภาคสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังคงขยายแนวคิดจาก“วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี”(Health lifestyle) ไปสู่“สภาวะ”(well – being หรือ wellness) ด้วยความหมายนี้ สอดคล้องกับความคิดของH.Noack(1987) ที่กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพคือ ความพยายามอันใดที่มุ่งต่อการปกป้องการดำรงไว้และการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพ

อันจะทำให้เกิดความสมดุลของสุขภาพ จากความหมายข้างต้น จะเห็นได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ แนวใหม่มุ่งสู่การเพิ่มสมรรถนะ(capability) ของบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดด้านสุขภาพ

รูปแบบการทำงานด้านสุขภาพหรือกลยุทธ์ด้านสุขภาพจำแนกเป็น 2 รูปแบบคือ

1. รูปแบบการทำงานด้านสุขภาพในระดับบุคคล (The individual health approach) มุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของระดับบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีความแข็งแรงและมีความสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป หรือมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ กลยุทธ์การทำงานมีความหลากหลาย ตัวอย่างเช่น การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ โดยผ่านวิธีการสุศึกษา การให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูล ตลอดจนสนับสนุนให้บุคคลมีศักยภาพด้านสุขภาพ โดยผ่านกิจกรรมทางสังคม วัฒนธรรม การฝึกอบรมและการมีสถานที่ออกกำลังกาย

2. รูปแบบการทำงานด้านสุขภาพในระดับชุมชน (The community health approach) มุ่งตรงต่อการสร้างและการเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศน์สังคม (socioecological system) ให้ดีขึ้น อันจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ (health enviroment) กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชนมีความกว้างมาก ตัวอย่างเช่น การผสมผสานในนโยบายด้านสังคมและเศรษฐกิจ นโยบายด้านการศึกษาและด้านสาธารณสุข นโยบายการจ้างงานและกฎหมายด้านอาชีวอนามัย นอกจากนี้ยังสามารถมีโครงการหรือชุดโครงการด้านชุมชน เช่น ระบบบริการสาธารณสุข ชุดโครงการด้านสุศึกษาหรือการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ เงื่อนไขการทำงานที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เครือข่ายข้อมูลและเครือข่ายทางสังคมที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ธรรมนูญด้านสุขภาพและชุดโครงการด้านสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น กล่าวได้ว่า รูปแบบนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของชุมชน พร้อมไปกับการลดอันตรายและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพชุมชน

นอกจากนี้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ยังให้ความสำคัญว่าสุขภาพเป็นชุมพลังแห่งชีวิต และมุ่งเน้นในการควบคุมตัวกำหนดหรือปัจจัยเบื้องต้น(prerequisites for health) อันเป็นเงื่อนไขและชุมพลังของสาธารณสุขที่แท้จริง นั่นคือ ที่พกอาศัยสันติภาพ การศึกษา ความสัมพันธ์ทางสังคม ความมั่นคงทางสังคม อาหาร รายได้ การเพิ่มพลังให้กับกลุ่มผู้หญิง ระบบนิเวศน์ที่สมดุล ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชนและความเป็นธรรม

หลักการพื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ(Basic Principle of Health Promotion)

นับเป็นระยะเวลาว่าสองทศวรรษ ที่ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกมีการกำหนดเป้าหมายระยะยาวร่วมกัน และมีพันธสัญญาร่วมกันในการผลักดันกลยุทธ์ระดับสากล คือ “สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2000” ในปี พ.ศ. 2520 หลังจากนั้นองค์การอนามัยโลกร่วมกับกองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติประชุมและมีคำประกาศอัลมา – อตา เพื่อการส่งเสริมหลักการสาธารณสุขมูลฐานต่อมาในปี พ.ศ. 2521 ภายหลังจากนั้น 10 ปี พ.ศ. 2529 การประชุมครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่นานาชาติ ร่วมกันสร้างกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) อันเป็นแนวทางสำคัญและความมุ่งมั่นสำหรับการเคลื่อนไหวด้านสร้างเสริมสุขภาพในกาลต่อมา หลังจากนั้นการประชุมนานาชาติได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความชัดเจนให้กับความหมายและกลยุทธ์สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ ในปีพ.ศ. 2531 จัดขึ้น ณ กรุง อเดอแลดด์ ประเทศออสเตรเลียให้ความสำคัญกับเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และต่อมาในปีพ.ศ.2534 ณ เมืองซุนชวัลด์ ประเทศสวีเดน ให้ความสำคัญในด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ สำหรับครั้งล่าสุด การประชุมระดับชาติด้านสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 4 จัดขึ้น ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ในปีพ.ศ.2540 การประชุมครั้งนี้เป็นการสะท้อนบทเรียนของการสร้างเสริมสุขภาพการตรวจสอบตัวกำหนดต่อสุขภาพรวมทั้งร่วมกำหนดทิศทางและกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษหน้า

การเคลื่อนไหวดังกล่าว ทำให้เกิดพัฒนาการด้านแนวคิด หลักการและกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามบทสรุปของหลักปฏิบัติด้านสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้านสำคัญของกฎบัตรออตตาวา ยังนับว่าเป็นแกนกลางสำคัญในการเคลื่อนไหวด้านสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากล สำหรับการประชุมนานาชาติในครั้งต่อมา เป็นการสร้างความสมบูรณ์ในหลักปฏิบัติด้านสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละด้าน ประกอบกับบทเรียนและประสบการณ์จริงจากนานาประเทศจะนำมาซึ่งบทสรุปสำคัญในการเคลื่อนไหวด้านสร้างเสริมสุขภาพในอนาคตต่อไป

หลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดและหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพอยู่บนฐานคิดที่ให้ความสำคัญกับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่สามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความปรารถนาของตนเองได้ และสามารถสนองความต้องการของตนเอง และสามารถปรับตนเองกับสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้คณะทำงานขององค์การอนามัยโลกพื้นยุโรปได้ก่อตั้งชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นในปีพ.ศ.2521 และได้พัฒนาหลักการสร้างเสริมสุขภาพมีรายละเอียด 5 ด้านดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติการโดยตรงต่อตัวกำหนดหรือเงื่อนไขที่หลากหลายที่ส่งผลต่อสุขภาพ

2. การสร้างเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติการ โดยตรงต่อตัวกำหนดหรือเงื่อนไขที่หลากหลายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
3. การสร้างเสริมสุขภาพมีวิธีการและการทำงานร่วมกันแบบหลากหลายประกอบด้วยหลายมาตรการ คือ การสื่อสาร การศึกษา กฎหมาย มาตรการคลัง การเปลี่ยนแปลง องค์กร การพัฒนาชุมชน และกิจกรรมระดับท้องถิ่นที่จะขจัดภัยคุกคามต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
4. การสร้างเสริมสุขภาพมุ่งหมายที่การมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ
5. นักวิชาชีพ(โดยเฉพาะในงานสาธารณสุขมูลฐาน) มีบทบาทสำคัญในการหนุนช่วยและเพิ่มความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ

หลักปฏิบัติของการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion action)

หลักปฏิบัติ(บางครั้งเรียกว่ากลยุทธ์หรือกิจกรรม) ของการสร้างเสริมสุขภาพได้รับการเสนอในกฎบัตรออตตาวา ในปี พ.ศ. 2529 ต่อมามีการพัฒนาที่สมบูรณ์มากขึ้น จากการประชุมนานาชาติครั้งต่อมาโดยผนวกกับบทเรียนจากนานาชาติประเทศ

หลักปฏิบัติหรือกลยุทธ์ด้านสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ(Build healthy public policy) หลักสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนมีความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดี นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพมีความมุ่งหมายให้ประชาชนมีทางเลือกที่ดี และง่ายที่จะเข้าถึงทางเลือกนั้น (Healthier choicea easier choices) นอกจากนี้ นโยบายนั้นจะต้องลดความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงสินค้าบริการและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ เราอาจกล่าวได้ว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสามารถก่อรูปขึ้นโดยพื้นเลยไปจากภาคสาธารณสุขและร่วมมือกับนโยบายทางเศรษฐกิจสังคมด้วย
2. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย(Create supportive enviroment) ในปีพ.ศ. 2535 การประชุมองค์การสหประชาชาติว่าด้วยสิ่งแวดล้อมกับการพัฒนา(UNCED) ณ เมืองริโอเดอจาเนโร ประเทศอาร์เจนตินา นานาชาติ 130 ประเทศ สร้างพันธสัญญาร่วมกันในการดูแลและอนุรักษ์ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมของโลก โดยประชาคมโลกมุ่งสู่การพัฒนาแบบยั่งยืน (Sustainable development) และยังตระหนักถึงความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาแบบยั่งยืน ประกอบกับในปีพ.ศ. 2534 การประชุมเรื่องสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 3 ได้เน้นให้เห็นถึงความสำคัญและการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อมรวมความถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม การเสริมสร้างสุขภาพ ตระหนักถึงการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่ดีทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับโลก

นับเป็นภารกิจของทุกคนที่จะต้องใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อม สร้างสรรค์เงื่อนไขในการใช้ชีวิต การทำงานที่มีความสะอาด ความปลอดภัย และน่ารื่นรมย์

3. เพิ่มความแข็งแกร่ง ให้กับปฏิบัติการชุมชน(Strengthen community action)

การสร้างเสริมสุขภาพดำเนินการโดยอาศัยกิจกรรมชุมชนที่มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม การเพิ่มความเข้มแข็งให้กับปฏิบัติการของชุมชนเป็นกระบวนการเรียนรู้ระยะยาว หัวใจที่สำคัญ คือ การที่ชุมชนมีอำนาจการตัดสินใจ การริเริ่มสร้างสรรค์และการวางแผนโครงการด้านสาธารณสุขของชุมชนเอง นอกจากนี้ยังต้องอาศัยผู้นำชุมชนและองค์กรชุมชนที่เข้มแข็งมีโครงสร้างและกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพในกระบวนการเพิ่มความเข้มแข็งให้ชุมชน นักวิชาชีพหรือบุคคลกรสาธารณสุขจะต้องเรียนรู้การทำงานแบบใหม่ ร่วมกับชุมชนสามารถตระหนักในปัญหาสุขภาพวางแผนปฏิบัติการและประเมินผลอย่างสร้างสรรค์สร้างโดยชุมชนเอง เช่นนี้จึงจะทำให้ชุมชนมีการพัฒนาสุขภาพและพัฒนาชุมชนในระยะยาว

4. พัฒนาทักษะของบุคคล(Develop personal skill)

การสร้างเสริมสุขภาพมุ่งหมายในการเพิ่มสมรรถนะด้านสุขภาพในระดับบุคคล ทำให้บุคคลสามารถเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อที่จะให้ตนเองพร้อมที่จะเข้าสู่วัยต่าง ๆ และมีศักยภาพในการเผชิญโรคหรืออุบัติเหตุได้ การเพิ่มสมรรถภาพระดับบุคคลทำได้โดยกิจกรรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้สุศึกษา การเพิ่มทักษะชีวิต การเพิ่มทางเลือกที่จะเกื้อหนุนต่อสุขภาพให้กับประชาชน กระบวนการเหล่านี้จะต้องจัดให้มีทั้งที่โรงเรียน ที่บ้าน ที่ทำงาน และภายในชุมชนที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่

5. การปรับเปลี่ยนบริการด้านสาธารณสุข(Reorient health service)

ความรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพของการบริการด้านสาธารณสุขจะต้องร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน นักวิชาชีพ แพทย์ ภาคราชการและภาคเอกชน พวกเขาจะต้องเข้าร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน บทบาทและทิศทางของการบริการสาธารณสุข จะต้องมุ่งไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นปรับบริการเพื่อสร้างเสริมและสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลและชุมชนเพื่อให้มีการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพดี

จากการวิจัยและกรณีศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลักปฏิบัติหรือกลยุทธ์ด้านสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว 5 ด้าน ดังกล่าว สามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาวิถีชีวิตและเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมได้ นอกจากนี้ การสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้และก่อให้เกิดความเป็นธรรมด้านสาธารณสุขได้ ข้อมูลจากคำประกาศจาการ์ตา (The jakarta Declaration:1997) แสดงให้เห็นว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้เกิดบทสรุปในการทำงานตามหลักปฏิบัติของการสร้างเสริมสุขภาพดังนี้

ก. หลักปฏิบัติของการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน มีความสัมพันธ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะช่วยเสริมสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้

หลักปฏิบัติที่เหลือ 4 ด้าน ประสบผลสำเร็จตามมา ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพจะต้องปฏิบัติการแบบผสมผสาน (Comprehensive approaches) จึงจะทำให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ข. สถานที่ (Setting) เป็นโอกาสที่จะช่วยให้หลักปฏิบัติของการสร้างเสริมสุขภาพแบบผสมผสานเป็นจริงในทางปฏิบัติสถานที่ที่ประกอบด้วยเมืองใหญ่ เมือง เทศบาล ชุมชน ระดับท้องถิ่น (local communities) ตลาด โรงเรียน ที่ทำงานและสถานบริการสาธารณสุข

ค. การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้เกิดผลยั่งยืนประชาชนเป็นศูนย์กลางของปฏิบัติการด้านสร้างเสริมสุขภาพ และพวกเขาจะต้องร่วมกันในกระบวนการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ

ง. การเรียนรู้ด้านสุขภาพจะช่วยสนับสนุนการมีส่วนร่วม (Health learning fosters participation) การเข้าถึงการศึกษาและข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้การมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ สำเร็จได้และช่วยเพิ่มพลังให้กับประชาชนและชุมชน

นอกจากหลักปฏิบัติหรือกลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน ดังกล่าวแล้ว กฎบัตรออกตาวายังกระตุ้นการพัฒนาและประยุกต์ทักษะ 3 ด้าน คือ การชี้แนะทางสาธารณะ (Advocacy) การทำให้มีความสามารถ (Enabling) การไกล่เกลี่ย (Mediation) เพื่อให้ประชาชนมีพลังและสามารถควบคุมชีวิตของพวกเขาได้

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion model)

พฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคความแตกต่างของการจำแนกอยู่ตรงที่เป้าหมายของพฤติกรรมโดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้น มีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนรวมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพที่ดี ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรคมุ่งระวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Pender, 1996) สำหรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลายคน เช่น

โกชแมน (Gochman, 1981 อ้างใน มัลลิกา มัตติโก, 2534) ให้นิยามของพฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึงคุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยมการรับรู้และองค์ความรู้อื่น ๆ นอกจากนี้ยังรวมถึงลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย รูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏชัดเจนและการกระทำซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันโรค

เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและการมีสุขภาพที่ดี

เมอร์เรย์และเซนเนอร์(Murray and Zentner,1993) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ครอบคลุมที่สุด ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันเป็นเป้าหมายสูงสุดคือความผาสุกของตนเองและสังคม แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับความนิยมในการนำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพอนามัยเป็นเวลานานและได้รับการพัฒนาตลอดมา รูปแบบหนึ่งที่เป็นที่นิยมและได้รับการพัฒนาครั้งล่าสุดในปีค.ศ.1996 คือ แบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพของ Pender เพนเดอร์ (Pender,1987; Pender,1996) กล่าวว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อความผาสุกและควมมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุกและควมมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพในทางด้านบวก 6 ด้านประกอบด้วย 1) โภชนาการ 2) ความรับผิดชอบ 3) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) การจัดการกับความเครียดและ 6) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ

เพนเดอร์(Pender,1996) ได้เสนอว่าการที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยหลัก 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (individual characteristics and experiences) ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยย่อย 2 ปัจจัยคือ พฤติกรรมดั้งเดิม(Prior related behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล(ชีวภาพ จิตวิทยาสังคม วัฒนธรรม) ปัจจัยหลักอีกปัจจัยหนึ่งคือปัจจัยด้านความคิดความรู้สึกที่เฉพาะพฤติกรรม (Behavior specific cognition and effect) ซึ่งประกอบด้วย 6 ปัจจัยย่อยคือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลด้านสถานการณ์และอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล บุคคลแต่ละคนจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคนซึ่งผลกระทบต่อการกระทำในภายหลัง ปัจจัยนี้จำแนกย่อยออกเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

ปัจจัยด้านชีวภาพ(Personal biologic factors) เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว วัยเจริญพันธุ์ ภัยอันตราย ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉงหรือความสมดุลของร่างกาย

ปัจจัยด้านจิตวิทยา(Personal sociocultural factors) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการให้คำนิยามของสุขภาพ

ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม(Personal socicultural factors) ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรมที่เปลี่ยนตามยุคสมัย การศึกษาและสถานะเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

2. ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นแกนสำคัญที่จะนำไปใช้ประโยชน์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย

การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ได้แก่ การที่บุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์ด้านบวก หรือประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยความสำเร็จ

อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเป็นความรู้สึกอารมณ์ที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรม

อิทธิพลด้านสถานการณ์ เป็นความคิดหรือการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทต่าง ๆ ที่สนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม

อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและแหล่งที่จะสนับสนุนให้เกิดการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐาน (ความคาดหวังของผู้อื่น) การสนับสนุนทางสังคม(ด้านเครื่องมือและอารมณ์) และแบบอย่าง(การเรียนรู้โดยการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น)

3. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลเข้าไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม นอกเสียจากว่าบุคคลนั้นจะต้องปฏิบัติในสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ ซึ่งแต่ละคนไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านเหตุการณ์นี้ได้ แบ่งเป็น

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม(commitment to a plan action) พฤติกรรมมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบตามที่อิจเซนและฟิชเบียน(Ajzen&Fishbien,quated in pender,1996) กล่าวว่าการตั้งใจนั้น เป็นตัวสำคัญที่กำหนด การแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ ของแบบจำลองพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้ ความเข้าใจ

3.2 ความต้องการและความพึงพอใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม(Immediate competing demands and preferences) การตัดสินใจว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจที่จะกระทำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในจิตสำนึกของบุคคลในทันทีทันใด ก่อนที่จะเกิดการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมและนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่วางแผนไว้

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้าย หรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการ สร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพึงระลึกว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยรักษาผลดีที่เกิดขึ้น ให้ยั่งยืนต่อไปแก่ผู้รับบริการโดยตรง สามารถนำไปใช้ได้ทุกแง่มุมของการดำเนินชีวิต โดย ผสมผสานเข้ากับรูปแบบการดำเนินชีวิตทางสุขภาพซึ่งเป็นผลให้เกิดประสบการณ์สุขภาพใน ทางบวกไปตลอดชีวิต

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

คุณลักษณะประชากรทางสังคมและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

เป็นการยอมรับโดยทั่วไปว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนมาก (ระเด่น หัสดี และ สรวงศ์กรณ์ ดวงคำสวัสดิ์,2536) พฤติกรรมทุกพฤติกรรมเป็นผลซึ่งเกิดจากการที่ดำเนิน ไปอย่างต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง เป็นกระบวนการที่ปิดรับและแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นกระบวนการของการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอุปสงค์ของสิ่งแวดล้อม และปัจจัยซึ่งบุคคลตั้งแต่เริ่มต้นชีวิต ผู้วิจัยได้เลือก ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางสังคมที่น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดังนี้

เพศ

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึงค่านิยมที่บ่งบอกถึงคุณภาพพลังอำนาจ และความสามารถ ตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และเพศยังเป็นตัวแปรที่กำหนดความต้องการใน การดูแลตนเองโดยทั่วไปซึ่งคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่และสวัสดิภาพ(Orem,1985)

นอกจากนี้เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม (Orem,1980) สังคมไทยมีค่านิยมให้เกียรติเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัวและมีโอกาสในการศึกษา มากกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพ และสังคมจึงมีมากกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมีการดูแลตนเองแบบแผนชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ ดีกว่าเพศหญิง (ดวงพร รัตนอมรชัย,2535) พบว่า เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ดีกว่าเพศชายโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยและจากการศึกษาของวอกเกอร์และคณะ (Walkex et al,1988 Cited in Kerr and Ronish,1995) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของวิทเชล (Weitgel,1969 – 1995) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการช่วยเหลือ พึ่งพาระหว่างวัยสูงกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของฮาริสและกัตเทน (Harris and Giten,1979,cited in Lush and Romish ,1995) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างสุขภาพด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย วิทเชล

(Weitgel,1969 – 1995) ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการช่วยเหลือพึ่งพา ระหว่างวัยสูงกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของฮาริส และกัตเทน(Harris and Giten,1979,cited in Lush Kerr and Romish,1995) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพและการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย

อายุ

อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุ จะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการ รับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจน สูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ(Orem,1991) การศึกษาของวอกเกอร์และคณะ (Walker,etal,1998) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตโดยรวมและรายได้ทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ผาสุก (2535) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง กับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และอายุเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความสำคัญ และมีน้ำหนักมากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) สุดใจ ศรีสะอาด (2540) และชุตินาญจน์ ฉัตรสงและนพนันท์ สิงห์ลาว (2545) พบว่า อายุมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนมูเลนแคมป์ และคณะ(Muhlenkamp et al,1998) ศึกษาพบว่า อายุมีผลเพียงเล็กน้อยต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่สร้างเสริมสุขภาพ

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานของความรู้ การรับรู้ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การตัดสินใจ ทำ ใ้บุคคลเห็นประโยชน์ พยายามแสวงหาความรู้ ทำสิ่งที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพที่ดีและเหมาะสม ทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสำคัญและสามารถซักถามปัญหาจนเข้าใจ กับแผนการรักษาโรค การปฏิบัติตนให้สุขภาพดี และข้อมูลของ UNDP ในด้านดัชนีการพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ (ชินภัทร ภูมิรัตน์,2544) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านการศึกษาเกี่ยวข้องกับด้าน สาธารณสุข ได้แก่ อายุเฉลี่ย เมื่อแรกเกิดและระดับรายได้ประชาชาติ และเมื่อพิจารณา ความสัมพันธ์ของตัวแปรในองค์ประกอบต่าง ๆ จะเห็นว่าตัวแปรทางการศึกษาเป็นตัวแปร อิสระหรือตัวแปรต้น ซึ่งมีอิทธิพลและส่งผลต่อตัวแปรตามทั้งในด้านสุขภาพของการมีรายได้และ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลซึ่งมีการศึกษาสูงจะมี ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มการศึกษาน้อย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ,2527) เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่ดีในการ

ดูแลตนเอง (Orem,1985) ผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงจะมีจิตลักษณะพฤติกรรมและโลกทัศน์แตกต่างจากคนที่ไม่ได้หรือมีการศึกษาน้อย (อุบล เลี้ยววาริณ,2534) จากการศึกษางานวิจัย พบว่า มีผลการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ดังเช่น มูเลนแคมป์และเซย์เลอร์(Muhlenkamp and Saylor,1986) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของรูธ (สนใจ ยัมวิไล,2531 อ้างอิงมาจาก Ruth 1973) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักพบปัญหาการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเกิดโรค วิธีการรักษาและการปฏิบัติงาน เพราะความรู้ดังกล่าวเป็น สิ่งที่มีการศึกษาสูง สามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ความเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดกับคนอย่างถูกต้อง มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของอุบล เลี้ยววาริณ (2534) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมปลาย มีเจตคติ ที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และผลการศึกษาของ เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้ได้รับการศึกษา

การรักษาพยาบาลของคนพิการ

การจัดบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสาธารณสุขคือ การจัดดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ เช่น การป้องกันโรค การรักษา การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วย เพื่อให้บังเกิดประสิทธิผล ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยรัฐบาล เอกชน หรือประชาชน เป็นวิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุข/ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่ดีที่สุด (สมจิตต์ บุญภินันท์,2530:30) ในปริญญาสาครว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งสมัชชาแห่งชาติได้ลงมติรับ และประกาศเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม ค.ศ.1948 ได้ให้ความสำคัญการจัดบริการสาธารณสุขในข้อ25(1) ทุกคนมีสิทธิในมาตรการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์ และบริการสังคมที่จำเป็นและมีสิทธิในความมั่นคง ยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด วัชชรา หรือขาดอาชีพอื่นในพฤติกรรมที่นอกเหนืออำนาจตน (กุลพล พลวัน,2538 :52)

การบริการสาธารณสุขของประเทศไทย

การบริการสาธารณสุขเป็นบริการทางสุขภาพ เพื่อการแก้ปัญหาและความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัย โดยมีเป้าหมายหลักคือการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน ซึ่งการจัดให้มีบริการสาธารณสุขนี้ เป็นภาระหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

4 องค์ประกอบที่อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Basic Health Service) (ปิยธิดา ตรีเดช (2537:7) คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการบริการสาธารณสุขที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข บริการดังกล่าวได้แก่ การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก การส่งเสริมโภชนาการ การอนามัยโรงเรียน การทันตสาธารณสุข การศึกษา และการส่งเสริมสุขภาพจิต

2. การป้องกันและควบคุมโรค เป็นการบริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันโรคแก่ประชาชน รวมทั้งการควบคุมโรคที่เกิดขึ้นแล้ว บริการดังกล่าวได้แก่ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังโรค และการควบคุมโรคหรือกำจัดโรคติดต่อ

3. การรักษาพยาบาล เป็นบริการสาธารณสุขเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลบริการดังกล่าวได้แก่ การให้บริการรักษาพยาบาล การจัดให้มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย และการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เป็นบริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันผู้ป่วยมิให้เกิดความพิการหรือกำจัดความพิการให้หมดไป เพื่อให้ผู้ป่วยมีร่างกายและจิตใจกลับเข้าสู่สภาพปกติอย่างเดิม บริการดังกล่าวได้แก่ การจัดบริการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพทางจิตใจและกายภาพบำบัดอื่น ๆ

ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย มีลักษณะการจัดบริการสาธารณสุขแบบกึ่งรัฐสวัสดิการ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐไม่แสวงหากำไร รัฐเป็นผู้ดำเนินการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นให้ประชาชนแบบให้เปล่าและประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่าย แต่ขณะเดียวกันก็มีการแข่งขันของโรงพยาบาลเอกชน ประชาชนมีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการตามศักยภาพของตน ทิศทางการจัดบริการสาธารณสุขของไทยมีความพยายามที่จะเน้นไปสู่ระบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented Health System) เพื่อประชาชนจะได้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการประกันสุขภาพโดยสมัครใจมากขึ้น มีการจัดสวัสดิการรักษายาบาลให้กับประชาชนผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ คนพิการ เด็กอายุ 0-12 ปี และผู้ด้อยโอกาสที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

องค์การแรงงานระหว่างประเทศได้ให้คำนิยามไว้ใน 2 ลักษณะ (International Labour office อ้างถึงใน วาสนา ตะเกาพงษ์, 2537:12) คือ

ทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ การใช้มาตรการทางการแพทย์ทุกอย่าง เพื่อให้คนพิการ คืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด มาตรการเหล่านี้ ส่วนใหญ่อยู่ในสาขาการแพทย์ทางร่างกาย (Physical Medicine) และนำมาใช้เป็นเครื่องช่วยในการบำบัดโดยทางยา หรือทางผ่าตัดที่แพทย์เป็นผู้ดำเนินการ

ส่วนความหมายของการฟื้นฟูสภาพในแง่ของสังคมสงเคราะห์ คือ การปรับสภาพคนพิการให้กลับไปสู่การใช้ประโยชน์ทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการอาชีพอย่างสมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น ถ้าเป็นการสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง ก็จะต้องหาวิธีให้คนพิการนั้นฝึกใช้อวัยวะหรือความสามารถอื่นในการปฏิบัติงานแทนความสามารถเดิมที่เสียไป

จากความหมายของคำว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น เป็นการปรับสภาพของคนพิการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้คนพิการมีสภาพใกล้เคียงกับสภาพเดิมมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และสามารถใช้งานอวัยวะส่วนที่พิการได้ แม้จะไม่ดีเท่าเดิมเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองปฏิบัติหน้าที่การงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

2.4.1 ความเป็นมาของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นแนวคิดที่วิวัฒนาการมาจากภาวะการณ์หลังสงครามโลกครั้งที่ 1 และ 2 ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้ความช่วยเหลือคนพิการจากการสงเคราะห์มาเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ เพื่อให้คนพิการช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้

องค์การสหประชาชาติได้ให้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการไว้ดังต่อไปนี้

(จนิษฐา เทวินทรภักดี, 2531:15)

- 1) คนพิการมีสิทธิมนุษยชนเช่นเดียวกับคนปกติ จึงควรมีสติธิได้รับการคุ้มครองช่วยเหลือ และโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- 2) สภาพความพิการและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้คนพิการได้รับความกระทบกระเทือนทางอารมณ์ และจิตใจ ดังนั้นคนพิการจึงควรมีสติธิเรียกร้องความเห็นอกเห็นใจ และสร้างสรรค์จากสังคมเป็นพิเศษ
- 3) ถ้าได้รับโอกาสที่เหมาะสม คนพิการจะสามารถพัฒนาสมรรถภาพของตนให้ดีขึ้น และจะกลายเป็นผู้มีประโยชน์ต่อประเทศ แทนที่จะเป็นภาระของสังคม
- 4) คนพิการย่อมมีความรับผิดชอบต่อชุมชน ในการบำเพ็ญประโยชน์ต่อชาติเท่าที่กระทำได้ภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว

5) คนพิการต้องมีชีวิตอยู่อย่างอิสระในชุมชนคนปกติ แทนที่จะไปอยู่ในที่ซึ่งได้จัดไว้ให้สำหรับคนพิการโดยเฉพาะ

6) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจะสำเร็จได้ด้วยความร่วมมืออย่างจริงจังของบุคคลในวงการต่าง ๆ ในสังคม

ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ไว้ว่า เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจของคนพิการให้ดีขึ้น และป้องกันไม่ให้เกิดความพิการซ้ำซ้อน นับเป็นการฟื้นฟูที่มีความสำคัญในลำดับแรก ๆ ที่คนพิการต้องได้รับ

สำหรับประเทศไทยนั้น ได้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 ประกอบด้วย (สุวิมล วิมลกาญจน,อ้างแล้ว:21)

1) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จัดบริการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์แก่คนพิการตามกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพ ความพิการให้ดีขึ้น ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัย การให้คำแนะนำปรึกษา การบำบัดรักษาโดยการให้ยา หรือ ศัลยกรรม การพยาบาลเวชกรรมฟื้นฟู การฟื้นฟูปรับสภาพด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การกายภาพบำบัด แก้วการพูดหรืออรรถบำบัด กิจกรรมบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ การได้อินพุตกรรมบำบัด จิตบำบัด การให้ความช่วยเหลือกายอุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยความพิการ ตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการและบริการสังคมสงเคราะห์ คนพิการขอรับบริการดังกล่าว โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้จากสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือมหาวิทยาลัยของรัฐทั่วราชอาณาจักร และศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา จัดบริการทางการศึกษาแก่คนพิการในวัยเรียน ในระบบการศึกษาในโรงเรียน ตั้งแต่การศึกษาภาคบังคับ การศึกษาสายสามัญ หรืออุดมศึกษาตามแผนการศึกษาแห่งชาติ การเรียนในโรงเรียนพิเศษเฉพาะทาง การเรียนร่วม การศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยต่อเนื่องตลอดชีวิต ตามความเหมาะสมและความสามารถของคนพิการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อเสริมสร้างสติปัญญา และพัฒนาให้คนพิการมี จริยธรรม สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคม และพัฒนาตนเองได้ในรูปแบบของการศึกษาต่อไป

ก. จัดการศึกษาในระบบเรียนร่วมกับเด็กปกติ ทั้งในการศึกษาภาคบังคับและสายสามัญและอุดมศึกษา ในสถานที่ทั่วไป ของกระทรวงศึกษาธิการ และทบวงมหาวิทยาลัย

ข. จัดการศึกษาในโรงเรียนเฉพาะทางทั้ง 4 ด้าน คือ สำหรับเด็กพิการทางการมองเห็น การได้ยิน ทางร่างกาย และทางสติปัญญา ซึ่งยังไม่มีความพร้อมที่จะเข้าเรียนร่วมในโรงเรียนปกติได้

ค. จัดการศึกษาร่วมกับโรงพยาบาล สำหรับเด็กพิการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

ง. จัดการศึกษานอกโรงเรียนสายสามัญ ในหลักสูตรการศึกษาผู้ใหญ่แบบเบ็ดเสร็จพื้นฐาน ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและสายอาชีพให้แก่คนพิการทุกประเภท ความพิการในสถานสงเคราะห์ ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ ศูนย์พัฒนาอาชีพคนพิการ และคนพิการทั่วไปที่ประสงค์จะขอรับบริการศึกษานอกโรงเรียน เช่น คนพิการในสถานประกอบการที่ไม่มีพื้นฐานความรู้หรือวุฒิทางการศึกษาสายสามัญหรือสายอาชีพ เป็นต้น รวมทั้งคนพิการที่ไม่ได้รับโอกาสในบริการทางการศึกษาดังกล่าว

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ประกอบด้วยการศึกษาอาชีพโดย

3.1 จัดบริการฝึกอาชีพให้แก่คนพิการในวัยทำงาน

3.2 สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานของกรมพัฒนาฝีมือแรงงานให้บริการฝึกอาชีพแก่คนพิการร่วมกับคนปกติ

3.3 การจ้างงานคนพิการจัดหางานให้คนพิการ

3.4 กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้ความช่วยเหลือด้านเงินทุนประกอบอาชีพอิสระ

แก่คนพิการ

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจัดให้มีการบริการต่าง ๆ ดังนี้

4.1 ให้ความช่วยเหลือจัดหาเครื่องกายอุปกรณ์

4.2 ให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ครอบครัวเด็ก

4.3 ให้การสงเคราะห์เป็นเบี้ยยังชีพแก่คนพิการในครอบครัวที่มีฐานะยากจนและมีสภาพ

ความพิการมากเป็นอุปสรรคจน

4.4 ให้คำแนะนำปรึกษาหารือแก่คนพิการที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนทุกข์ยาก

4.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community – Based Rehabilitation)

4.6 การสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์

แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการซึ่งได้เปลี่ยนแนวคิดจากการช่วยเหลือ คนพิการ มาเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่าง ๆ เพื่อให้คนพิการช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดนั้น ประเทศไทยจึงได้มีพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการพ.ศ.2534 ได้แสดงให้เห็นถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน คือ บริการทางอาชีพและบริการทางสังคม เพื่อให้คนพิการมีความสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตและการทำงานของคนพิการ ให้สามารถ

ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับคนปกติ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพนี้จะสามารถส่งเสริมให้คนพิการไปสู่สังคมและสามารถมีรายได้ด้วยการประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัว

ประเภทของการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ

ตามหลักสากลทั่วไป จำแนกการฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการออกเป็น 4 ประเภท(สมาคมการฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการแห่งประเทศไทย, 1998 อ้างใน จิตรา ศิริสมบุญธลภ,2536 : 37) คือ

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation)
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 15 กำหนดไว้ว่าคนพิการที่จดทะเบียนตามมาตรา 14 ให้ได้รับการสงเคราะห์ การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพดังต่อไปนี้ (พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ,2534 : 4-5)

- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย สติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์กับคนพิการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพความพิการให้ดีขึ้น เช่น การตรวจวินิจฉัยการให้คำแนะนำปรึกษา การบำบัดโดยการให้ยาหรือศัลยกรรม การพยาบาลเวชกรรมฟื้นฟู การปรับสภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ อาทิ กายภาพบำบัด แก้ไขการพูดหรืออรรถบำบัด กิจกรรมบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยิน พฤติกรรมบำบัด จิตบำบัด การให้ความช่วยเหลือกายอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการ ตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการ (ชนินฐา เทวินทรภักดี,2539:52)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medicine Rehabilitation)

1.การฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่มีความพิการทางการมองเห็น

บุคคลที่มีความบกพร่องทางสายตา มิใช่จะสูญเสียการมองเห็นเพียงอย่างเดียวยังมีปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมด้วย โดยเฉพาะผู้ที่เคยมองเห็นมาก่อน บางคนถึงกับท้อแท้หมดกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิต ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของญาติ และผู้ใกล้ชิดที่จะให้กำลังใจ ช่วยเหลือไม่พูดให้เกิดปมด้อย บางคนเข้าใจว่าคนตาบอดมีหูและประสาทสัมผัสดีกว่าคนปกติ ซึ่งความเป็นจริงอวัยวะอื่นเหมือน

คนปกติ การที่คนพิการสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้คล่องแคล่วเนื่องจากการเรียนรู้และฝึกประสาทสัมผัสอื่นเข้ามาชดเชย คนพิการแต่ละคนมีความเป็นอยู่ ความสามารถ ตลอดจนมีความสุขสบาย ต่อการดำรงชีวิตต่าง ๆ กัน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการมองเห็นที่เหลืออยู่ สถิติปัญญา การเลี้ยงดู เศรษฐฐานะของบิดามารดาและการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นวิธีการที่กำหนดขึ้นเพื่อให้คนพิการทางตา ได้รับการรักษาโรคตาที่เป็นอยู่อย่างถูกต้อง เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งการใช้เครื่องช่วยสายตาที่เหมาะสมและได้รับการฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจน สังคม ให้กลับคืนสู่สภาพที่เหมาะสม และใกล้เคียงปกติเดิมมากที่สุด จุดมุ่งหมายหลัก คือ การให้บุคคลพิการทางตาพึ่งตนเองได้ สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานตามอัธยาศัย การฟื้นฟูสมรรถภาพจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากแพทย์ให้การรักษาผู้ป่วย และเป็นผู้ลงความเห็นว่าเป็นบุคคลพิการทางการมองเห็น แพทย์จึงเป็นผู้มีความสำคัญที่จะแนะนำผู้ป่วยถึงการรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยอธิบายให้คนพิการยอมรับสภาพ มีความอดทน หมั่นฝึกฝนตามขบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนั้นผู้ใกล้ชิดและครอบครัวต้องมีความสนใจกระตือรือร้นให้กำลังใจให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ สำหรับขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องอาศัยองค์กรทั้งส่วนราชการและเอกชน ตลอดจนบุคคลากรทางด้านการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย ทัศนแพทย์ พยาบาล จิตแพทย์ ครูการศึกษาพิเศษ นักสังคมสงเคราะห์

การฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลพิการทางตา มี 4 ด้าน คือ (สุกัญญา ศรีปรัชญาอนันต์, 2542:15)

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

ในส่วน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เริ่มด้วยการฟื้นฟูจิตใจให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความสามารถในการมองเห็น เมื่อการรักษาถึงจุดที่ดีที่สุดแล้ว พร้อมกับพิจารณาว่าจะใช้เครื่องช่วยสายตาชนิดใดในบางกรณี อาจจะต้องส่งไปรับคำแนะนำที่โรงพยาบาลที่มีบริการด้านนี้

เครื่องช่วยสายตา (visual aids) ผู้ป่วยแต่ละรายอาจต้องการเครื่องช่วยสายตาแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการ และความเหมาะสม เช่น ใช้คู่มือหนังสือ ใช้ดูระยะไกล ใช้ดูโทรทัศน์ การยอมรับการใช้เครื่องช่วยสายตาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความกระตือรือร้นที่จะใช้และเลือกเครื่องที่เหมาะสม เครื่องช่วยสายตาแบ่งได้เป็น 2 ประเภท

ก. วิธีการและอุปกรณ์ที่ไม่ได้ใช้ระบบเลนส์ (non – optical aids)

1. การใช้แสงสว่างที่พอเหมาะจะทำให้เห็นดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยด้อยกระจกควรรักษาแสงสว่าง ผู้ที่ตามัวจากโรคจอตา ต้อหิน และประสาทตา ควรใช้แสงสว่างมาก และให้แสงเข้าด้านข้างหรืออาจใช้โคมไฟที่สามารถปรับได้

2. ฟีกให้มองวัตถุในระยะใกล้หรือชิดกว่าปกติจะทำให้ภาพที่จอตามีขนาดใหญ่ขึ้น

3. การใช้ปากกาหรือดินสอสีเข้ม จะทำให้ตัวหนังสือชัดเจนยิ่งขึ้น

4. การใช้ตัวหนังสือที่มีขนาดใหญ่(ขนาด 14 – 48 point)

5. การใช้เครื่องมือกำกับบรรทัด จะช่วยให้อ่านไม่หลงบรรทัด อาจใช้ไม้บรรทัดหรือกระดาษสีเข้มทาบไปกับหนังสือหรืออาจใช้นิ้วมือไล่ตามบรรทัดที่อ่าน

6. การใช้ filter ดัดบนแว่นปกติที่สวมอยู่ เพื่อลดความสว่างจะช่วยให้อ่านเห็นชัด

7. เทปบันทึกเสียง เป็นอุปกรณ์อีกอันหนึ่งที่ช่วยให้คนตาบอดเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากการได้ยิน

8. จัดหาหรือปรับอุปกรณ์ประจำ เช่น โทรศัพท์มีเลขหน้าปัทม์ใหญ่ เครื่องช่วยสนเข็มเย็บผ้า การจัดบ้านให้ผู้เห็นเลือนรางไม่เดินชน เช่น ทาสีขอบประตู หน้าต่าง ชั้นบันไดให้สว่าง ใช้ลูกบิดสีต่างจากประตู

ข. อุปกรณ์ที่ใช้ระบบเลนส์(optical aids)

1. แว่นสายตา(contact lens)

2. เลนส์สัมผัส สำหรับผู้มีสายตาสั้นมาก มีกระจกตาไม่เรียบ หรือเป็น Keratoconus

3. telescopic lens ประกอบด้วยเลนส์ 2 อัน ให้ภาพสุดท้ายมีขนาดใหญ่ขึ้น มีทั้งแบบติดกับแว่นตา และแบบมือถือ มีทั้งที่ใช้ดูตาเดียวและ 2 ตา มีทั้งที่ใช้สำหรับดูไกลและใกล้

4. แว่นตาขยายภาพมีทั้งชนิดเต็มกรอบ(full frame) และครึ่งกรอบ (half frame)

กำลังขยายตั้งแต่ + 50 D ขึ้นไป แว่นตาพวกนี้ต้องขีดตา เนื่องจากมีความยาวโฟกัสสั้น

5. ชุดแว่นขยายแบบมือถือ หรือแบบขาตั้งสำหรับผู้ที่มือสั้น มีกำลังขยาย +10 D,+15 D ,+20 D

6. ชุดไฟฉายขยายภาพ(illumination magnifier) มีทั้งเลนส์ขยายร่วมกับไฟฉาย

7. ชุดทีวีขยายภาพ (closed circuit TV) ภาพที่ปรากฏบนจอมีขนาดใหญ่มองเห็นได้ชัดเจน

คู่มือปฏิบัติงาน ด้านเวชกรรมฟื้นฟูสำหรับแพทย์เกี่ยวกับการป้องกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่มีความพิการ เล่มที่ 2 แนวทางปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางการเห็น หน้า13-16

2.4 แนวคิดเรื่องการกีฬา

2.4.1 ประวัติของการจัดการแข่งขันกีฬาคนพิการ

กีฬาคนพิการเป็นกีฬาที่มีการแข่งขันมาตั้งแต่สมัยสงครามโลกครั้งที่ 1 แล้วโดยเริ่มกันที่ประเทศอังกฤษในปี พ.ศ. 2491 แต่ในการแข่งขันครั้งนั้นแข่งขันเฉพาะพวกที่มีความพิการเป็น

อัมพาต เรียกว่า Stroke Mandeville Games Federation (SMGF) จากการแข่งขันครั้งนี้ทำให้กลุ่มประเทศในยุโรป เห็นความสำคัญของคนพิการว่าจำเป็นที่ต้องการให้การสนับสนุนส่งเสริมพวกเขาทั้งหลาย โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและจิตใจให้ดีขึ้น เป็นส่วนที่ช่วยลดปัญหาทางด้านสังคมให้แก่ประเทศได้ทางหนึ่งเป็นอย่างดี ดังนั้นจึงได้เกิดการแบ่งโซนการแข่งขันกีฬาคนพิการในโลกต่อมาคือ

1. พ.ศ. 2500 ตั้ง โซนยุโรป (European Zone)
2. พ.ศ. 2510 ตั้ง โซนอเมริกาใต้ (South American Zone)
3. พ.ศ. 2518 ตั้ง โซนเฟสปิก (Fespik Zone)

การแข่งขันกีฬาคนพิการ ภาคพื้นตะวันออกไกลและแปซิฟิกตอนใต้ หรือเฟสปิกเกมส์นั้น เป็นการแข่งขันเพื่อการพัฒนาให้เห็นความสำคัญ และความสามารถในทางกีฬา และการดัดแปลงกีฬาให้เหมาะสมกับฝีเท้าของแต่ละประเภทการแข่งขันได้ทำการจัดมา 7 ครั้ง และครั้งล่าสุดไทยเป็นเจ้าภาพในการจัดการแข่งขันกีฬาเฟสปิกเกมส์ เป็นการส่งผลในการจัดการแข่งขันกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทยครั้ง ต่อ ๆ ไป

กีฬาคนพิการแห่งประเทศไทยได้ทำการจัดมาตั้งแต่ พ.ศ.2518 โดยสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยร่วมกับกรมพลศึกษาจัดกิจกรรมที่เป็นเกมส์ผสมกับกีฬา ผลจากการจัดดังกล่าวทำให้มีบุคคลมองเห็นถึงความสำคัญของการเล่นกีฬาในคนพิการจึงได้ทำการแข่งขันอย่างต่อเนื่องและมีการเพิ่มชนิดกีฬาให้มีความเป็นสากล โดยในการจัดช่วงแรก ๆ ได้จัดในกรุงเทพมหานครที่กรมพลศึกษาและค่อย ๆ ขยายออกไปสู่ส่วนภูมิภาคในจังหวัดใกล้เคียงก่อน จนกระทั่งในครั้งที่ 17 พ.ศ.2538 กรมพลศึกษาได้วางเป้าหมายในการส่งเสริมการจัดการแข่งขันกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทย โดยกำหนดให้จังหวัดต่าง ๆ หมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพตามมติของการกีฬาแห่งประเทศไทยที่ถือเป็นหลักเกณฑ์ว่า ภายหลังจากการเสร็จสิ้นการแข่งขันกีฬาแห่งชาติแล้ว ให้จังหวัดที่เป็นเจ้าภาพจัดให้มีการแข่งขันกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทยด้วย ในครั้งที่ 21 พ.ศ.2542 จังหวัดระยองได้รับเกียรติให้เป็นเจ้าภาพ จัดการแข่งขันในปีนี้ คณะกรรมการอำนวยการจัดการแข่งขัน ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชสยามมกุฎราชกุมาร โดยพระราชทานไฟพระฤกษ์ การแข่งขันกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทยครั้งที่ 21 และโปรดเกล้าให้หม่อมเจ้าหญิง สิริวิมล มหิดล เสด็จเป็นประธานเปิดการแข่งขันครั้งนี้ การแข่งขันจัดขึ้นระหว่างวันที่ 19-22 กันยายน พ.ศ.2542 ณ สนามกีฬาจังหวัดระยอง มีการแข่งขันกีฬา 17 ชนิด มีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และนักกีฬา 2,536 คน

การจัดการแข่งขันกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทย เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของคนพิการในประเทศและภาคีรัฐบาลให้การสนับสนุนในการจัดการแข่งขันถึงแม้ว่าประเภทของกีฬาที่จัดให้มีการแข่งขันในบางครั้งจะมีน้อยแต่ก็ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามความเหมาะสม และความสนใจใน

ประเภทกีฬาของคนพิการ การจัดการแข่งขันแต่ละครั้งจึงต้องมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ ซึ่งในการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบนี้จึงต้องมีการอาศัยหลักการทางการจัดการเข้ามามีบทบาทโดยยึดหลักตามวัตถุประสงค์ของการจัดการแข่งขันกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทยคือ

1. เพื่อเป็นการส่งเสริมกีฬาคนพิการในประเทศไทยและในกลุ่มอาเซียน เอเชีย ให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น
2. เพื่อเป็นการพัฒนา ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และทักษะทางกีฬา ให้นักกีฬาที่มีความพิการมีมาตรฐานสูงขึ้น
3. เพื่อเป็นการกระจาย กีฬาคนพิการ ไปสู่ส่วนภูมิภาค และทำให้กีฬาคนพิการเป็นที่รู้จักมากยิ่งขึ้น
4. เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับคนพิการทั้งหลาย และเปลี่ยนทัศนคติของคนพิการทั้งหลายว่าภาครัฐและเอกชนไม่ทอดทิ้งพวกเขา
5. เพื่อเป็นการสร้างนักกีฬาคนพิการใหม่ ๆ ที่มีฝีมือและสถิติเป็นตัวแทนนักกีฬาคนพิการไปแข่งต่างประเทศต่อไป

จากวัตถุประสงค์ของการแข่งขันดังกล่าวสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของกีฬาสำหรับคนพิการ ซึ่งดันน์และเฟต(Dunn and Fait อ้างถึงใน คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.2528) ได้กล่าวว่า เมื่อแรกเริ่มนั้นกีฬาสำหรับคนพิการมีจุดมุ่งหมายค่อนข้างแคบ และจำกัดอยู่ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา แต่ในปัจจุบันนักกีฬาที่มีความพิการได้ตระหนักถึงประโยชน์ของกีฬาว่าสามารถพัฒนาชีวิตเขาได้หลายประการกล่าวคือ

1. ด้านสุขภาพและสมรรถภาพ(Health and Fitness) การเข้าร่วมกิจกรรมของคนพิการมีส่วนช่วยบำบัดสุขภาพ
2. คุณค่าทางจิตใจ(Psychological Value) กิจกรรมกีฬาจะช่วยปรับสมดุลในจิตใจและเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเห็นความสำคัญของชีวิต รับผิดชอบต่อระดับความสามารถของตนเอง
3. ความสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติ(Normalization) บุคคลที่มีความพิการย่อมจะอยากเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และตระหนักว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกีฬาทำให้เขาได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมไปถึงการเข้าอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้เป็นอย่างดี
4. กีฬาเพื่อกีฬา(Sport for Sport 's Sake) นักกีฬาคนพิการบางกลุ่มจะเล่นกีฬาเหมือนคนปกติแต่มิใช่เพื่อการศึกษา นักกีฬาเหล่านี้มุ่งหวังว่าจะเป็นที่ยอมรับในฐานะของนักกีฬาที่มีความสามารถพิเศษ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว กล่าวได้ว่านักกีฬาคนพิการที่เข้าร่วมการแข่งขันกีฬาคนพิการจะมีการพัฒนาทางด้านร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง จิตใจที่พร้อมรับสถานะของตน และการปรับตัวเพื่อเข้าสู่

สังคมทำให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการดีขึ้น และสะท้อนให้เห็นความสามารถพิเศษของคนพิการ ที่สามารถทำได้เท่าเทียมกับคนปกติ

2.4.2 ความเป็นมาของกีฬาคนพิการในประเทศไทย

คนพิการทุกประเภท ไม่ว่าจะ เป็นคนหูหนวก คนตาบอด คนปัญญา และ คนพิการทางสมอง เป็นต้น สามารถที่จะเล่นกีฬาได้ แต่ด้วยข้อจำกัดทางร่างกาย การเคลื่อนไหว การสื่อสาร และสติปัญญา กีฬาบางชนิดของคนพิการแต่ละประเภทจึงมีวิธีการเล่น กฎ กติกา ข้อบังคับ อุปกรณ์ เทคนิค และสถานที่เล่น เป็นต้น แตกต่างจากกีฬาของคนทั่วไป ในบางประการ เพื่อให้คนพิการแต่ละประเภทมีโอกาสเล่น และสนุกกับกีฬาอย่างเท่าเทียมกัน

จุดเริ่มต้นของกีฬาคนพิการ มีความเป็นมาเช่นเดียวกับกีฬาของคนทั่วไปทั้งในประเทศไทย และประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก กล่าวคือ เป็นการจัดกิจกรรมอย่างหนึ่งซึ่งช่วยส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาสมรรถภาพทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม อีกทั้งช่วยพัฒนาให้เป็นบุคคลที่มีระเบียบวินัย มีความสามัคคี มีความรับผิดชอบ มีคุณธรรม มีน้ำใจ รู้แพ้ รู้ชนะ รู้อภัย และรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ต่อมาการเล่นกีฬาของคนพิการจึงนำไปสู่การแข่งขันเพื่อความเป็นเลิศในระดับต่างๆ ทั้งระดับชุมชน จังหวัด ระดับชาติ ระดับนานาชาติ และระดับโลก บางคนสามารถยึดการเล่นกีฬาเป็นอาชีพได้ จึงนับได้ว่า กีฬาคนพิการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการได้เป็นอย่างดี และมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

เริ่มแรกทีเดียว การเล่นกีฬาของคนพิการไทยเกิดขึ้นในโรงเรียนที่สอนเฉพาะเด็กพิการ ได้แก่ โรงเรียนสอนคนตาบอด โรงเรียนสอนคนหูหนวก โรงเรียนสอนคนปัญญาอ่อน และโรงเรียนสอนคนพิการด้านร่างกาย โดยจัดเป็นส่วนหนึ่งของวิชาพลศึกษา และกิจกรรมนันทนาการในสถานสงเคราะห์เด็กพิการได้จัดการเล่นกีฬาเช่นเดียวกัน นอกจากนั้นในสถานพยาบาล รวมทั้งองค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกยังได้จัดให้คนพิการได้เล่นกีฬาเพื่อการออกกำลังกาย นันทนาการ ตลอดจนเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัด หรือฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังที่กล่าวในเบื้องต้น

สำหรับการแข่งขันกีฬาของคนพิการ เริ่มต้นด้วยการแข่งขันภายในโรงเรียน และสถานสงเคราะห์ ต่อมาจึงได้มีการชักชวนแข่งขันระหว่างโรงเรียนด้วยตนเองเพื่อความสนุกสนาน และสร้างความสามัคคี เป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสมไม่ได้กำหนดว่าต้องแข่งขันกันเป็นประจำ

กล่าวได้ว่า การแข่งขันกีฬาคนพิการเป็นครั้งแรกในลักษณะที่ค่อนข้างจะเป็นทางการหรือเป็นระบบระเบียบ เริ่มในวันที่ระลึกคนพิการ หรือที่ปัจจุบันเรียกกันว่า “งานวันคนพิการ”

การแข่งขันกีฬาคนพิการใน “งานวันคนพิการ” ซึ่งจัดโดยสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ณ บริเวณสวนอัมพร ได้จัดให้มีเป็นประจำทุกปีอย่างสม่ำเสมอจนถึง

ปัจจุบัน แต่ต่อมาได้ลดการแข่งขันกีฬา และเน้นไปในการจัดเล่นเกมสนุกสนาน กิจกรรมนันทนาการ การแสดง และการเล่นดนตรี เป็นต้น และสภาสังคมสงเคราะห์ฯ ได้เปลี่ยนบทบาทไปสนับสนุนการแข่งขันกีฬาคนพิการประจำปี

2.4.3 ความเป็นมาของกีฬาคนพิการในต่างประเทศ

กล่าวกันว่า กีฬาสำหรับคนพิการ มีมาแต่โบราณกาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้ดีขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นต้นเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดคนพิการประเภทต่าง ๆ อย่างมากมาย และ ส่งผลให้มีการริเริ่มสร้างสรรค์ บุกเบิก และพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านต่าง ๆ รวมทั้งกีฬาของคนพิการ โดยเริ่มมีการแข่งขันในประเทศต่าง ๆ ทางแถบยุโรป และสแกนดิเนเวีย กลุ่มบุคคลฝ่ายแพทย์นับเป็นกำลังสำคัญในการจัดให้คนพิการได้เล่นกีฬาเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อการแข่งขันกีฬาคนพิการในต่างประเทศเริ่มมีมาตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 1 แต่เริ่มมีการแข่งขันกีฬาคนพิการอย่างเป็นทางการครั้งแรกในประเทศอังกฤษ เมื่อ พ.ศ.2491 จัดเป็นกีฬาทายในประเทศที่จัดให้ผู้พิการอัมพาตเท่านั้น เรียกว่า สโตรค แมนเดวิลล์ เกมส์ (Stroke Mandeville Games) ในปี พ.ศ. 2495 การแข่งขันนี้ได้จัดเป็นระดับนานาชาติ มีการจัดตั้งสหพันธ์กีฬานานาชาติว่า สโตรค แมนเดวิลล์ เกมส์ (International Stroke Mandeville Games – ISMG) และกำหนดให้จัดการ แข่งขันทุกปี ต่อมาจึงมีการจัดตั้งองค์กรที่เกี่ยวข้องกับกีฬาคนพิการทั้งหลาย ๆ ชนิดไม่เฉพาะพวกอัมพาตเท่านั้นเมื่อพ.ศ. 2507 คือองค์การคนพิการนานาชาติ (International Sports Organization for Heterere – Disabled –ISOD) จัดการแข่งขันระดับโลกเรียกว่า กีฬาคนพิการพาราอิมปิกเกมส์(Paralympic Games) ครั้งแรกจัดที่เมืองโทรอนโต ประเทศแคนาดา และจัดเป็นประจำทุก 4 ปี

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 ได้มีการแข่งขันกีฬาคนพิการระหว่างกลุ่มประเทศในเขตเดียวกัน (World Zone Games) ทั้งในยุโรปและอเมริกา และในปี พ.ศ. 2518 การแข่งขันกีฬาคนพิการภาคพื้นตะวันออกไกลและแปซิฟิกตอนใต้หรือเฟสปิกเกมส์ ถือกำเนิดขึ้นที่ประเทศญี่ปุ่น โดยมีคณะบุคคลที่สนใจมีกิจกรรมและการกีฬาสำหรับคนพิการได้จัดตั้ง“สหพันธ์กีฬาเฟสปิก” ด้วยจุดประสงค์ที่จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของคนพิการทุกประเภท โดยใช้กิจกรรมและกีฬาเป็นสื่อตลอดจนส่งเสริมมิตรภาพและความเข้าใจ ซึ่งกันและกัน ในกลุ่มคนพิการทั้งโลกจึงจัดการแข่งขันกีฬาคนพิการ โดยใช้ชื่อว่า“เฟสปิกเกมส์”และกำหนดจัดขึ้นทุก ๆ 4 ปี โดยมีประเทศต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกมากถึง 40 ประเทศ

ประเทศไทยได้รับเชิญให้จัดส่งนักกีฬาเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาเฟสปิกเกมส์ ซึ่งเป็นการแข่งขันกีฬาสำหรับคนพิการในภาคพื้นตะวันออกไกลและแปซิฟิกตอนใต้ โดยในปี พ.ศ. 2518 เป็น

ครั้งแรก ที่เมืองโออิตะ ประเทศญี่ปุ่น มีประเทศที่ส่งนักกีฬาเข้าร่วมแข่งขันทั้งหมด 18 ประเทศ มีผู้เข้าร่วม 973 คน จาก 8 ชนิดกีฬา จากการแข่งขันครั้งนั้นเปิดโอกาสสำหรับคนพิการ ได้แสดงออกให้สังคมรับรู้ถึงขีดความสามารถของพวกเขา โดยมีความเชื่อมั่นว่าบุคคลที่เป็นคนพิการ เมื่อได้รับการฝึกฝน เรียนรู้ และได้รับความสนุกสนานจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำให้พวกเขามีการปรับตัว และสามารถใช้ศักยภาพของตนเองให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

ต่อมาประเทศไทยได้รับเกียรติให้เป็นเจ้าภาพจัดการแข่งขันเฟลปิกเกมส์ครั้งที่ 7 ในปีพ.ศ. 2542 โดยมีประเทศเข้าร่วมการแข่งขันจำนวน 34 ประเทศ นักกีฬาจำนวน 2,251 คน

สำหรับบริหารจัดการแข่งขันกีฬาคนพิการในประเทศไทย ได้เริ่มขึ้นปีพ.ศ.2518 โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญสม มาร์ติน อธิบดีกรมพลศึกษา ในสมัยนั้น ได้รับงบประมาณจากสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ให้จัดการแข่งขันกีฬาคนพิการชนิดต่าง ๆ โดยจัดการแข่งขัน ณ บริเวณสนามกีฬาแห่งชาติและในปีพ.ศ. 2519 – 2521 ต้องงดการแข่งขันเนื่องจากไม่มีงบประมาณในการจัดการแข่งขัน แต่ได้เริ่มจัดการแข่งขันกีฬาคนพิการขึ้นใหม่ในปีพ.ศ.2522 ต่อมาในปีพ.ศ. 2524 ประชาชนได้เห็นความสำคัญของการแข่งขันกีฬาคนพิการมากขึ้นจึงได้ขยายการแข่งขันออกไปสู่ภูมิภาค

2.4.4 กีฬาสำหรับผู้ที่มีความพิการทางสายตา

ในปีคริสต์ศักราช.1980 ได้มีการจัดตั้งโรงเรียนสำหรับนักเรียนตาบอดขึ้นเป็นครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะที่สถาบัน Parkins Lnstitute ในเมืองบอสตัน มีผู้อำนวยการเป็นแพทย์ซึ่งได้อุทิศเวลา ให้กับพลศึกษาโดยได้จัดกิจกรรมหนัก ๆ เช่น การเล่นนอบบ้าน ว่ายน้ำในทะเล ยิมนาสติกให้กับเด็กตาบอด ทำให้โรงเรียนอื่น ๆ พากันปฏิบัติตาม

ชนิดของเกมและกีฬาที่เหมาะสม

- เกม

1. ผูกตาทั้งสองฝ่าย
2. มีเสียงทำให้รู้ได้ว่ามีอะไรเกิดขึ้น
3. วิ่งไปหาเป้าที่รู้ได้ง่ายสำหรับคนตาบอดสนิท
4. มีวิธีการเล่นจำกัดเฉพาะบนพื้นในห้องน้ำหรือยิมเนเซียม หรือสนามเทนนิส
5. มีการประจัญตัวต่อตัว เช่น มวยปล้ำ
6. เป็นการเล่นแบบโยงต่อเป็นทอด ๆ
7. เล่นเป็นคู่

นอกจากนี้ กิจกรรมเดินเข้าจังหวะ ก็เหมาะสำหรับผู้พิการเหล่านี้ เพราะสามารถรู้จังหวะ

เสียงใต้

กีฬา

ชนิดเล่นเดี่ยว เช่น มวยปล้ำ วายน้ำ ยิมนาสติก แทรมโบลิน เป็นต้น อย่างกีฬาโบว์ลิ่งก็เป็นกีฬาที่นิยมในโรงเรียนคนตาบอด กอล์ฟก็เล่นได้ดีถ้าเล่นกับผู้ตาบอด โดยมีผู้ที่คอยบอกว่าคุณบอลไปทางทิศใด

ชนิดเล่นเป็นทีม กีฬาที่เล่นได้ดีทั้งผู้ตาบอดสนิทและไม่สนิท คือ ฟุตบอล ซอฟท์บอล วอลเลย์บอล บาสเกตบอล เป็นกีฬาที่ดีสำหรับผู้ตาบอดไม่สนิท แต่ไม่เหมาะกับผู้ตาบอดสนิทนัก

จากสหพันธ์คนตาบอดนานาชาติ (IBSA) ได้จัดการแข่งขันกีฬาสำหรับคนตาบอดจำนวน 10 ชนิดซึ่งได้แก่ วายน้ำ กรีฑา ยูโด โกลบอล ปั่นจักรยาน 2 ตอน เทเบิลเทนนิส ฟุตบอล วอลเลย์บอล สกี เผยแพร่ในหน่วยงานคนพิการอยู่ทั่วไป จึงขอเสนอเป็นความรูปพอสั่งเขปดังนี้

(<http://www.ibsa.es/eng/deportes/otherSports/presentacion.htm>)

1. กีฬาวายน้ำคนตาบอด ใช้กฎ กติกา การแข่งขันเช่นเดียวกับการแข่งขันกีฬาคนปกติทั่วไปแต่ต้องมีผู้ช่วยบอกระยะทางก่อนถึงขอบสระวายน้ำให้นักกีฬาตาบอดทราบ มีเงื่อนไขเพิ่มเติมที่ให้นักกีฬาตาบอดสนิทปิดตาระหว่างแข่งขัน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในการแข่งขันและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการได้เปรียบกรณีนักกีฬานั้นมองเห็นบ้างแล้วร่วมแข่งขันในระดับสายตาบอดสนิท
2. กรีฑาสำหรับคนตาบอด ใช้ประเภทการแข่งขันเหมือนกับนักกีฬาปกติ แต่ในนักกีฬาตาบอดสนิทต้องใช้ผู้นำทางในการแข่งขันกรีฑาประเภทลู่วิ่ง ซึ่งมีกติกาสำหรับนักกีฬาประเภทนี้ในการแข่งขันที่ระบุว่าคนที่นำทางต้องทำหน้าที่ตลอดระยะทางการแข่งขันและไม่สามารถทำอะไรๆ เพื่อเป็นการช่วยผ่อนแรงนักกีฬาอันจะมีผลต่อสถิติของนักกีฬานั้น
3. กีฬายูโด ใช้กฎ กติกา การแข่งขันเช่นเดียวกับกีฬายูโดสากล แต่นักกีฬาตาบอดสนิทต้องมีสัญลักษณ์ที่บอกถึงระดับสายตาคือมีป้ายวงกลมสีแดงติดที่แขนขวา
4. กีฬาโกลบอล คือกีฬาที่จัดแข่งขันเพื่อคนตาบอด เป็นกีฬาประเภททีมแบ่งนักกีฬาเป็นสองฝ่าย ฝ่ายละ 3 คน ทั้งสองฝ่ายต้องพยายามกลิ้งอุปกรณ์ที่เรียกว่า ลูกโกลบอล ให้เข้าโกล ของฝ่ายตรงข้าม ในกีฬาชนิดนี้เป็นกีฬาที่ค่อนข้างได้รับความนิยมสำหรับคนตาบอดอย่างมาก ถือว่าเป็นกีฬา สีสน สำหรับคนตาบอด นักกีฬาจะสวมชุดเหมือนกับผู้รักษาประตูของทีมฟุตบอล ภายในลูกโกลบอล จะบรรจุกระดิ่งเล็กๆ ไว้ เพื่อให้ให้นักกีฬาได้ยินเสียงขณะที่กำลังลูกโกลบอล แต่ปัจจุบันนี้ได้มีการฝึกซ้อมและพัฒนาทักษะด้านการแข่งขันอย่างมาก โดยมากแล้วพยายามฝึกทักษะการขว้างโกลบอลให้เงียบ

ที่สุด กฎ กติกาโกลบอลได้มีการเผยแพร่แก่นักกีฬาและหน่วยงานคนตาบอดต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้คนตาบอดเล่นโกลบอล

กีฬาและการพักผ่อนของคนพิการทางการมองเห็น

คนทั่วไปมีสิทธิจะออกกำลังกายในสวนสาธารณะต่างๆ ได้ แต่สวนสาธารณะนั้นไม่ได้เปิดโอกาสให้สำหรับคนพิการเข้าไปใช้ประโยชน์ได้เท่าที่ควร เห็นได้จากการไม่ได้ทำทางลาด ห้องน้ำไม่เปิดโอกาสให้คนพิการใช้ได้ ไม่มีที่สำหรับให้คนพิการได้ออกกำลังกาย ตัวแทนคนพิการ อยากเห็นสวนสาธารณะเปิดโอกาสให้คนพิการได้ใช้สิทธิในการพักผ่อน ออกกำลังกายได้ด้วย ตลอดจนการเล่นกีฬา จริงอยู่ดูเหมือนว่า กรมพลศึกษาได้จัดตั้งสมาคมกีฬาคนพิการขึ้นไว้ดูแลเรื่องกีฬาให้คนพิการ แต่ความเป็นจริงแล้วสมาคมหรือกรมพลศึกษามีได้พยายามผลักดันให้สถานที่ต่าง ๆ ที่คนทั่วไปเล่นกีฬาได้ ให้คนพิการเล่นได้ด้วย หรือหาเครื่องมือ เครื่องมือมาไว้ สำหรับให้คนพิการเล่นกีฬา ทางสมาคมเอาใจใส่ในเรื่องการแข่งขันกีฬาคนพิการเป็นสำคัญ แม้ว่าตัวแทนคนพิการหรือองค์กรของคนพิการพยายามเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารสมาคม ทุกวันนี้ก็ยังไม่ประสบผล ตัวแทนคนพิการได้แต่หวังว่า กรมพลศึกษาจะใจกว้างเปิดโอกาสให้ตัวแทนคนพิการหรือองค์กรคนพิการเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารงานของสมาคมกีฬาคนพิการ เพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการได้มีโอกาสเล่นกีฬามากขึ้น(วิริยะ นามศิริพงศ์พันธ์,2538:75)

การออกกำลังกายและการเล่นกีฬาจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับทุก ๆ คนในประเทศ ในการตอบสนองความต้องการของร่างกาย และในขณะเดียวกันก่อให้เกิดการพัฒนาทางด้านจิตใจและสังคมควบคู่กันไปด้วย โดยเฉพาะผู้พิการนั้นก็มีความต้องการและจำเป็นในการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาเท่า ๆ กับผู้ปกติทั่วไป แต่สิทธิ โอกาส และความเสมอภาคในการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของผู้พิการนั้นมีน้อยมาก หรือแทบไม่มีเลย ดังนั้นจึงควรเป็นหน้าที่ของบุคคลที่เกิดมาสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้พิการเหล่านั้น ดังที่ จรวยพร ธรณินทร์ (2526:45) ได้กล่าวว่า การให้ผู้พิการได้มีโอกาสทำเทียมกับผู้อื่นในด้านการเรียน การเล่นกีฬา การทำงาน ฯลฯ ย่อมเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะโดยปกติผู้พิการมีความพิการทางสังคมอยู่แล้ว

จากที่กล่าวมาจึงเห็นได้ว่า คนพิการก็มีความต้องการในการเล่นกีฬาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม เพื่อใช้เป็นศักยภาพของตนเองให้เป็นประโยชน์ ดังนั้นการจัดการแข่งขันกีฬาสำหรับคนพิการจึงเป็นกิจกรรมเสริมอย่างหนึ่งที่มีความจำเป็นในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ดังกล่าว

2.5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

กชกร ศรีสัมพันธ์ (2537:บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องบทบาทของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของคนพิการ ในเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมแก่ผู้พิการ จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นผู้พิการทางกายที่มีอายุระหว่าง 20 – 49 ปี ทั้งชายและหญิงที่มาใช้บริการ ณ สาขากายอุปกรณ์ ภาควิชาศัลยกรรมกระดูกและแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 60 ราย กลุ่มที่ 2 คือ สมาชิกครอบครัวที่มีความคิดเห็นความรู้สึกลงใจและพฤติกรรมเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ดีมาก โดยผู้พิการมีความรู้สึกที่ดีต่อคู่สมรสและมารดามากที่สุด รองลงมา ได้แก่ บุตร ญาติพี่น้อง และบิดาตามลำดับเกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกครอบครัว ในการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมนั้น ทั้งผู้พิการและสมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็น ความรู้สึก และพฤติกรรมว่าสมาชิกครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมแก่ผู้พิการอยู่ในระดับที่ดีมาก โดยมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และด้านการยอมรับอยู่ในระดับสูง สำหรับพฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้น มากกว่าการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบควบคุมอารมณ์

โกมินทร์ ชานา (2531:บทคัดย่อ) ได้ศึกษา“การปรับตัวด้านเศรษฐกิจสังคมและจิตใจของลูกจ้างพิการ ที่ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน:ศึกษาเฉพาะกรณีลูกจ้างพิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน กรมแรงงาน” จากลูกจ้างพิการที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจำนวนทั้งสิ้น 48 ราย นายจ้างที่รับลูกจ้างพิการเข้าทำงานจำนวน 34 ราย สมาชิกครอบครัวของลูกจ้างพิการจำนวน 41 ราย และเจ้าหน้าที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจำนวน 35 ราย พบว่าร้อยละ 72.92 และร้อยละ 77.08 สามารถปรับตัวด้านเศรษฐกิจและสังคมได้ ตามลำดับ ส่วนการปรับตัวด้านจิตใจนั้นมีเพียงร้อยละ 56.25 เท่านั้นที่ปรับตัวได้นอกจากการปรับตัวด้านจิตใจแล้ว พบว่ายังมีปัญหาอื่น ๆ ในทัศนะของนายจ้างสมาชิกครอบครัวของลูกจ้างพิการ และเจ้าหน้าที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานที่พบในการศึกษาที่สำคัญควรได้รับการพิจารณา คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ (ในทัศนะของลูกจ้างพิการและสมาชิกครอบครัวของลูกจ้างพิการ) ปัญหาสังคมไม่ยอมรับรับลูกจ้างพิการในเรื่อง ตลาดแรงงานและการประชาสัมพันธ์ รวมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน และบริการต่าง ๆ ตลอดทั้งระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งควรได้รับการพัฒนา

จรรยา สุวรรณทัต (2531:บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ทักษะคิดของเด็กพิการต่อความพิการและทัศนคติของเด็กพิการและครูต่อกันและกัน จากกลุ่มเด็กที่มีลักษณะพิการ 5 ลักษณะ คือ ตาบอด หูหนวก พิการแขนขา ปัญญาอ่อน(เรียนช้า) และมีปัญหาสังคม ผลการวิจัยพบว่า เด็กพิการแต่ละประเภทมีความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่แตกต่างจากเด็กปกติแต่อย่างไร ลักษณะที่สำคัญ คือ ต้องการให้เพื่อนและสังคมยอมรับตน ต้องการประสบความสำเร็จ มีเพื่อนทั้งกลุ่มพิการและกลุ่มปกติ ต้องการอิสระ การแสดงออก มีอาชีพ เด็กเหล่านี้ยอมรับขีดจำกัดทางร่างกายและสมองของตนเป็นอย่างดี ไม่ท้อแท้ที่จะดำรงชีวิต และไม่ต้องการให้ความผิดปกติของตนเป็นภาระต่อสังคม มีความรู้และเรียนช้า ซึ่งชี้ให้เห็นแนวโน้มของสังคมที่ยอมรับบุคคลที่มีปัญหาด้านความประพฤติน้อยและจัดสถานการณ์ของผู้ที่บกพร่องทางสติปัญญาไว้ในระดับต่ำที่สุด

จิตรา ศิริสมบุญลภ (2536:บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมโนภาพแห่งตนของคนพิการ สรุปได้ว่า มโนภาพแห่งตนของคนพิการในด้านต่างๆ สามารถพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปได้ เมื่อคนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้แก่ ความรู้ด้านวิชาชีพ ลักษณะความพิการ และระดับการศึกษา เป็นปัจจัยเสริมอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้มโนภาพแห่งตนของคนพิการในด้านต่างๆมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้มากขึ้น

ถนิมวงษ์ ทับทิมประดับ (2521:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง ความต้องการทางด้านจิตใจของนักเรียนตาบอดในกรุงเทพมหานคร พบว่า ลักษณะของครูที่นักเรียนต้องการมากที่สุด คือ ผู้ที่มีความเข้าใจและมีความเมตตากรุณา และบริการของทางโรงเรียนที่นักเรียนตาบอดต้องการให้ปรับปรุงมากที่สุด คืออาหารและกฎระเบียบ นักเรียนตาบอดส่วนใหญ่ต้องการศึกษาถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 และวิธีการสอนที่นักเรียนตาบอดต้องการมากที่สุด คือ เรียนแบบอภิปรายพร้อมกับมีกิจกรรมและสอนแบบให้นักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วย

เบญญา อรรถมาณฑกุล(2522:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง การเปรียบเทียบผลของการใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อคนพิการในประเทศไทย กับกลุ่มนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่า การให้ฟังการอภิปรายจากกลุ่มคนพิการทำให้ทัศนคติของกลุ่มนิสิตที่มีต่อคนพิการเปลี่ยนไป ในทางบวกมากกว่ากลุ่มนิสิตสาขาอื่น ๆ แต่ไม่สามารถยืนยันได้

มัทรียา ทั้งทอง (2518:บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การปรับตัวของนักเรียนตาบอดโรงเรียนสอนคนตาบอด อัมเภอพญาไท กรุงเทพมหานคร พบว่านักเรียนตาบอดสามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อน ๆ ได้ดี และมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ดี อย่างไรก็ตาม ในการเลี้ยงดูหรือสอนนักเรียนตาบอดเรียนร่วม ต้องพยายามปลูกฝังความเป็นตัวของตัวเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความกล้าเพื่อเราจะปรับตัวให้เข้ากับสภาพต่าง ๆ ได้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอยู่ในสังคมปกติได้อย่างเป็นสุข ซึ่งเป็นสิ่งที่มีค่ายิ่งสำหรับคนตาบอด

สุปรिता กงธรรม (2521:บทคัดย่อ) ศึกษาปัญหาความต้องการและอุปสรรคของคนพิการในการฝึกอาชีพ ณ ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ พระประแดงของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย พบว่าด้านสถานะแวดล้อมที่พ้ออาศัย และกฎระเบียบข้อบังคับของศูนย์คืออยู่แล้ว ควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่ทราบกันแพร่หลาย ควรปรับปรุงเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ในการเรียนการสอนให้ดีขึ้น ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องเครื่องมือในการประกอบอาชีพ ต้องการเงินเพื่อไปลงทุน หรือจัดหางานทำ ต้องการคำแนะนำในการเตรียมตัวสำหรับอนาคต ครูฝึกอาชีพให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับวิชาชีพระยะเวลา อุปกรณ์ จำนวน ผู้เข้ารับการฝึก สถานที่ฝึก กฎข้อบังคับไม่เหมาะสม ผู้เข้ารับการฝึกอาชีพที่สนใจมากมีน้อยและการพัฒนาของผู้พิการที่สามารถพัฒนาของผู้พิการที่สามารถพัฒนามากมีน้อย

สุธิดา กาญจนรังษี (2521:บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียขา จากผู้ที่มารับบริการ ๗ หน่วยกายอุปกรณ์ของสถานพยาบาล 5 แห่งคือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเลิศจิน และศูนย์สิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จำนวน 223 คน พบว่าคุณภาพชีวิตผู้เสียขาอยู่ในระดับปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต และด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ที่สูญเสียขาที่มีความแตกต่างกันในด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่สูญเสียขาที่มีโรคประจำตัว มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผู้สูญเสียขาที่มีความแตกต่างในด้านระดับขาที่สูญเสีย มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เสาวภา วิชิตวาทิ (2534:บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียขา ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่สูญเสียขา เนื่องจากได้รับอุบัติเหตุและมารับบริการที่หน่วยกายอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลเลิศจิน จำนวน 100 ราย โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้สึกในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

อรวรรณ จุลวงษ์ (2534:บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้ป่วยทหารอากาศที่ถูกลดอวัยวะแขนขา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวในแต่ละด้าน และโดยรวมกับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ จำนวนปีที่ศึกษา สถานภาพสมรส ระดับความพิการ ระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย โดยใช้กรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทหารอากาศที่ถูกลดอวัยวะแขนขาใน

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลทหารผ่านศึก จำนวน 100 ราย จากการเลือกอย่างเจาะจงเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้เกี่ยวกับการตอบสนอง ต่อความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาซึ่งแยกเป็นการปรับตัวโดยรวม (ทั้งทางร่างกายและจิตใจ) การปรับตัวทางด้านร่างกายและการปรับตัวด้านจิตสังคมพบว่า ผู้ป่วยที่มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาและมีความรู้ เกี่ยวกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยสูง จะสามารถปรับตัว ด้านจิตสังคมได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยต่ำกว่า และพบว่า ไม่มีปัจจัยใดเลยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านร่างกาย นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยแต่ละตัว ยังพบว่า ปัจจัยด้านจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเพียงปัจจัยเดียว หรือรวมกับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย สามารถสนองการปรับตัวโดยรวมและการปรับตัวด้านร่างกายได้ตามลำดับ

วิระพงษ์ บางท่าช้าง(2524:บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ ปัญหาการจัดการและดำเนินการ กีฬาจังหวัด” เพื่อศึกษาปัญหาการจัดการและดำเนินการการกีฬาจังหวัดของเจ้าหน้าที่กีฬาทุกจังหวัด ผลการวิจัยพบว่าปัญหาส่วนมากที่เจ้าหน้าที่ที่ประสบมากคือ การขาดแคลนในด้านงบประมาณในการดำเนินงาน จำนวนเจ้าหน้าที่กีฬาจังหวัด อุปกรณ์และสนามกีฬาผู้ฝึกสอนและผู้ตัดสินกีฬา ตลอดจนการเอาใจใส่ของผู้บริหารงานจังหวัด

เบญจวรรณ วงศ์สรรคพร(2525:บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง“ปัญหาการจัดและดำเนินการ แข่งขันกีฬาเขตแห่งประเทศไทย” ผลการวิจัยพบว่าปัญหามากคือการประสานงานเวชกรรมฝ่ายต่างๆ งบประมาณในการจัดการแข่งขันไม่เพียงพอ งบประมาณที่ได้รับจากองค์การส่งเสริมการกีฬาแห่งประเทศไทยล่าช้า ทำให้มีปัญหาในการจัดเตรียมงานด้านต่างๆ การจ่ายมีขั้นตอนมากเกินไป เบียดเบียนที่นักกีฬาได้รับไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย สถานที่พักและอุปกรณ์ เครื่องนอนมีไม่เพียงพอ สนามกีฬา และที่นั่งดูกีฬาก็ทำไม่เพียงพอต่อคนชม

เดชา เกียรติศิริ(2527:บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง“ปัญหาการจัดและดำเนินการ แข่งขัน กีฬาเขตกรมการฝึกหัดครู” ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการจัดและดำเนินการแข่งขัน กีฬาเขตกรมการฝึกหัดครูที่ประสบปัญหามากด้านงบประมาณได้แก่ งบประมาณการจัดการแข่งขันไม่เพียงพอ งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจากกรมการฝึกหัดครูไม่เพียงพอ งบประมาณจากกลุ่มวิทยาลัยครูต่าง ๆ ล่าช้า ทำให้มีปัญหาในการเตรียมการด้านต่าง ๆ การวางแผนร่วมกันของแผนกต่าง ๆ ในการใช้งบประมาณไม่ประสานกันเท่าที่ควร ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการแข่งขัน สนามกีฬาบางประเภท ที่นั่งดูกีฬาของผู้ชมไม่เพียงพอ สนามแข่งขันมีห้องน้ำไม่เพียงพอด้านการจัดการ และดำเนินการแข่งขันกลุ่มวิทยาลัยครูต่าง ๆ ส่งรายชื่อแก่นักกีฬาล่าช้า ทำให้มีปัญหาในการจัดกีฬาบาง

ประเภท กลุ่มวิทยาลัยส่วนใหญ่ส่งรายชื่อพร้อมหลักฐานของนักกีฬาไม่ครบและไม่ถูกต้องตามระเบียบการแข่งขัน ด้านที่พักและอาหารสถานที่ไม่เพียงพอ

ศุภฤกษ์ มั่นใจคน(2527:บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง“ความคิดเห็นของนักกีฬาและผู้จัดการทีมเกี่ยวกับการแข่งขันกีฬามหาวิทยาลัยแห่งประเทศไทย” ผลการวิจัยพบว่านักกีฬาที่บาดเจ็บหรือป่วยควรได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ด้านประโยชน์ที่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็วด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการแข่งขัน นักกีฬาและผู้จัดการทีมเห็นว่าการแข่งขันกีฬามหาวิทยาลัยแห่งประเทศไทยนั้นมีประโยชน์มาก

สมบัติ จันทร์พองศรี(2528:บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง“ ความคิดเห็นของคณะกรรมการอำนวยการแข่งขันและคณะกรรมการจัดการแข่งขันเกี่ยวกับปัญหาการจัดและดำเนินการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติครั้งที่ ” ผลการวิจัยพบว่าคณะกรรมการอำนวยการแข่งขันและคณะกรรมการจัดการแข่งขันเกี่ยวกับปัญหาการจัดการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติ ที่ประสบปัญหาอยู่ในระดับมากได้แก่ด้านการเงิน ส่วนด้านอื่น ๆ ประสบปัญหาอยู่ในระดับน้อยเมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างคณะกรรมการอำนวยการแข่งขันกับคณะกรรมการจัดการแข่งขัน เกี่ยวกับปัญหาการจัดและดำเนินการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

วิรัช รักษาสกุล(2529:บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง“ปัญหาและความต้องการในการจัดและดำเนินการแข่งขันกีฬามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีและอาชีวศึกษา” ผลการวิจัยปรากฏว่าปัญหาการจัดและดำเนินการแข่งขันกีฬามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีและอาชีวศึกษาด้านต่าง ๆ ที่พบอยู่ในระดับมากคือ ปัญหาด้านการจัดทำสูจิบัตรและประกาศนียบัตร ได้แก่การส่งรายชื่อนักกีฬาล่าช้าทำให้การจัดพิมพ์ล่าช้า ปัญหาด้านยานพาหนะได้แก่ความล่าช้าจากการจราจร ปัญหาด้านการประชาสัมพันธ์และปัญหาการขาดงบประมาณความต้องการจัดและดำเนินการแข่งขัน ควรจะให้ประธานอนุกรรมการเป็นผู้คัดเลือกคณะกรรมการดำเนินการแข่งขัน กรรมการผู้ตัดสินไม่ควรเป็นอาจารย์ในแต่ละวิทยาเขต และควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม

สุเมธ พรหมอินทร์(2530:บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง“ ความคิดเห็นของนักกีฬาเกี่ยวกับปัญหาการฝึกซ้อมในการเตรียมตัวเข้าแข่งขันกีฬามหาวิทยาลัยแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 15” และเพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของนักกีฬาระหว่างสถาบัน ระหว่างชนิดกีฬา และระหว่างนักกีฬาชายและนักกีฬาหญิงเกี่ยวกับปัญหาการฝึกซ้อม

จรัญญา จันทะหิน (2534:บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง“ ความคิดเห็นของคณะกรรมการจัดการแข่งขัน ผู้จัดการทีมและผู้ฝึกสอนนักกีฬาเกี่ยวกับปัญหาการจัดและการดำเนินการในการแข่งขันกีฬา สเปเชียลโอลิมปิกประเทศไทยครั้งที่ 3” ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้คณะกรรมการจัดการแข่งขัน ผู้จัดการทีมและผู้ฝึกสอนนักกีฬา มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการจัดและดำเนินการแข่งขัน

กีฬาสเปเชียลโอลิมปิกประเทศไทย ว่าประสบปัญหาอยู่ในระดับมากได้แก่ ด้านประชาสัมพันธ์ ส่วนด้านอื่น ๆ ประสบปัญหาอยู่ในระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างคณะกรรมการจัดการแข่งขันกับผู้จัดการทีมและผู้ฝึกสอนนักกีฬา เกี่ยวกับปัญหาการจัดการและดำเนินการแข่งขันกีฬา สเปเชียลโอลิมปิกประเทศไทย พบว่าด้านเทคนิคมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

วินิตย์ จันทน์มนตรี(2536:บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัญหาในการจัดการแข่งขันกีฬา คนพิการแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 14 พุทธศักราช 2535 ผลการวิจัยพบว่า

1. ด้านผู้บริหาร ไม่มีการจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม
2. ด้านผู้ฝึกสอน ขาดความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา
3. ด้านนักกีฬา ขาดทุนทรัพย์ในการเก็บตัว
4. ด้านการจัดการแข่งขัน ไม่มีการประชาสัมพันธ์
5. ด้านอุปกรณ์และสนามแข่งขัน อุปกรณ์ที่ใช้ในการแข่งขันไม่พร้อม
6. ด้านการเดินทาง ไม่มียานพาหนะรับส่งในระหว่างการแข่งขัน
7. ด้านที่พัก ที่พักและห้องน้ำอยู่ไกลกัน
8. ด้านการรักษาพยาบาล ขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มความพิการ

สุรัชย์ จังชนสมบัติ (2537:บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง“การศึกษาปัญหาการจัดการดำเนินการ โปรแกรมพลศึกษาสำหรับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญา ด้านการได้ยิน และการมองเห็นในกรุงเทพมหานคร” ผลการวิจัยพบว่าปัญหาการจัดการดำเนินการ โปรแกรมพลศึกษาสำหรับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญา ด้านการได้ยิน และการมองเห็นในกรุงเทพมหานคร มีปัญหาอยู่ในระดับมากในข้อจำนวนครูพลศึกษาไม่เพียงพอ ขาดงบประมาณสนับสนุน ไม่มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมกีฬาในร่ม เวลาที่ใช้ในการฝึกซ้อมไม่เพียงพอ ขาดด้านวัสดุ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ

งานวิจัยในต่างประเทศ

Ahijevych and Bernard (1994 :86 –89) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender,1987 : 58) เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงผิวดำจำนวน 187 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Walker et.al 1987 ใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันและด้านการจัดการกับความเครียด ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงมีค่าคะแนนเฉลี่ย

สูงที่สุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีค่าคะแนนต่ำที่สุด ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ ทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 12.00 ตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว และอาชีพ

Stuifbergen and Becker (1994 : 3 –13) ศึกษาตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้พิการ(Predictor of Health – Promoting life styles in Persons with Disabilities) โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender ' s Health Promotion Model) ตัวอย่างเป็นผู้พิการจำนวน 117 คน โดยเลือกปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพ, การรับรู้ความสามารถตน, การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยร่วมได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา แหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน อุปกรณ์ผู้ช่วยเหลือ หรืออวัยวะเทียม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ตามแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health Promotion Lifestyle Profile) (Walker, 1987:76 – 81) ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับรู้ความมีคุณค่าศักยภาพของตน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด จากการศึกษาพบว่า ผู้พิการที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองเฉพาะด้านในเรื่องของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองทั่วไป การให้ความหมายของสุขภาพดีจะสูงจะมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพด้วย

Becker, Stuifbergen, Ingalsbe and Sands (1989:235 –250) ทศนคติและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิการ (Health promoting attitude and behaviors among persons with disabilities) โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender 1987:58) เลือกปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ 5 ปัจจัย ได้แก่ แหล่งควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การให้คำนิยามทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ ศาสนา ความพิการ ใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์กับผู้พิการในการปกครองของ Independent Living centers(ILCS) จำนวน 165 คน วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอย แบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า 73 % มีสุขภาพในระดับที่ดีถึงดีมาก แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ชี้ให้เห็นว่าผู้พิการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารสูงสุด และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายต่ำที่สุด

Lusk,Ronis,Kerr and Atwood (1994:151 –157) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้เครื่องรักษาภาวะการได้ยิน (Hearing Protection) ในคนงานที่ทำงานในโรงงานที่มีระดับเสียงของเครื่องจักรกลระหว่าง 65 – 100 เดซิเบล โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender

1987:58) โดยเลือกปัจจัยในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยร่วมคือ คุณลักษณะของประชากรและปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยความรู้การรับรู้ ใช้ทุกปัจจัยยกเว้น ปัจจัยด้านการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพกลุ่มตัวอย่างเป็นคนงาน 645 คน ที่ทำงานอยู่ในโรงงานผลิตรถยนต์ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบวัดการควบคุมอำนาจตนเองของ Wallston 1987 แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนและปัจจัยแวดล้อมพัฒนาจากงานวิจัยอื่น ๆ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพในกลุ่มผู้พิการทางการมองเห็น ซึ่งเป็นคนที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดนครปฐม

3.1 กลุ่มประชากรที่จะศึกษา

ประชากรที่จะศึกษาคั้งนี้เป็นกลุ่มคนพิการทางการมองเห็น ที่จดทะเบียนกับพัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัดนครปฐมจำนวน 396 คน โดยใช้ทฤษฎีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Cochran โดยมีสูตรดังนี้

$$n = \frac{n_0}{1+(n_0/N)}, \quad n_0 = \frac{Z^2_{\alpha/2} CV^2}{r^2}, \quad CV = \frac{S}{X}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N= ขนาดของประชากร

α = ความน่าจะเป็นที่ค่าประมาณจะผิดไปจากค่าจริงที่กำหนดไว้

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$ ดังนั้น $Z^2_{\alpha/2} = 1.960$

CV = สัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (Coefficient Variation) กำหนด = 1

r = ความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ (Relative Error) กำหนด = 20%

3.1.1 กลุ่มคนพิการทางการมองเห็นจำนวน 396 คน

$$\text{แทนค่าในสูตร } n_0 = \frac{1.96^2 \cdot 1^2}{0.20^2} = 96.04$$

$$n = \frac{96.04}{1+(96.04/396)}$$

$$= 77.45$$

$$= 78$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ต้องการคือ 78 คน

3.1.2 กลุ่มตัวอย่างของญาติและผู้เกี่ยวข้องจำนวน 3 เท่าของกลุ่มตัวอย่างของคนพิการทางการมองเห็นจำนวน 234 คน

3.1.3 หน่วยงานด้านสาธารณสุข, องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและสถานที่ออกกำลังกายจะเก็บข้อมูลตามภูมิลำเนาของคนพิการทางการมองเห็นอาศัยอยู่

3.1.4 หน่วยงานด้านสาธารณสุข ประกอบไปด้วย โรงพยาบาล 16 แห่ง สถานีอนามัย 133 แห่ง

3.1.5 องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประกอบไปด้วย เทศบาล 15 แห่ง

องค์การบริหารส่วนตำบล 102 แห่ง

3.2 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาศาสนาการณณ์เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 396 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิงทฤษฎีความน่าจะเป็น โดยใช้วิธีแบบเจาะจง(Purposive sampling) ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรจำนวน 78 คน โดยมีเงื่อนไขดังนี้คือ

1. เป็นผู้พิการทางการมองเห็นเพียงอย่างเดียว
2. เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่และจดทะเบียนในจังหวัดนครปฐม

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 ศึกษาจากเอกสารของหน่วยงานต่าง ๆ

3.3.2 เก็บรวบรวมโดยแบบสัมภาษณ์ทั้งแบบปลายปิด และปลายเปิดและการสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นพร้อมทั้งจัดหาอาสาสมัครช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำไปดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกับอาสาสมัคร โดยจัดเก็บข้อมูลจากคนพิการทางการมองเห็นได้ทั้งสิ้นจำนวน 78 คน ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 234 คน หน่วยงานด้านสาธารณสุขประกอบไปด้วยโรงพยาบาล 16 แห่ง เก็บข้อมูลได้ จำนวน 12 แห่ง และสถานีอนามัย จำนวน 133 แห่ง เก็บข้อมูลได้ จำนวน 36 แห่ง องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นประกอบไปด้วย เทศบาล จำนวน 15 แห่ง เก็บข้อมูลได้ จำนวน 12 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 102 แห่ง เก็บข้อมูลได้จำนวน 65 แห่ง

3.3.3 จัดสัมมนาขึ้นในวันศุกร์ ที่ 21 มกราคม 2548 เวลา 9.00 น. – 12.00 น. ณ ห้อง 349 อาคารอำนวยการ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

3.4 ระยะเวลาดำเนินการวิจัยและแผนปฏิบัติงาน

3.4.1 ทบทวนกรอบและกระบวนการในการศึกษา

3.4.2 กรกฎาคม 2547 – สิงหาคม 2547 : ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.3 กันยายน 2547 – พฤศจิกายน 2547 : เก็บข้อมูล

3.4.4 ธันวาคม 2547 – กุมภาพันธ์ 2548 : วิเคราะห์ข้อมูล

3.4.5 มีนาคม 2548 นำเสนอผลการวิจัย(ร่างที่ 1)

3.4.6 มีนาคม 2548 : ปรับปรุงผลการวิจัย(สรุปผลและจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์เสนอต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ จากการสัมภาษณ์ทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการบันทึกเทป โดยเกิดจากการเก็บรวบรวมจากการตอบคำถามต่าง ๆ ที่จำเป็นของผู้พิการทางการมองเห็น โดยการสอบถามผู้พิการทางการมองเห็น สอบถามญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็น สอบถามหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในชุมชนต่าง ๆ และจากเอกสารที่เกี่ยวข้องแล้วนำมารวบรวมและปรับปรุงให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย จัดทำเป็นแบบสัมภาษณ์แสดงสถานการณ์เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นในสังคมไทยกับการเสริมสร้างสุขภาพขึ้น ประกอบด้วยส่วนสำคัญ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้พิการทางการมองเห็น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็น

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นกับคนพิการทางการมองเห็น และได้นำแบบสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์และขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและได้ไปทดลองใช้กับคนพิการทางการมองเห็นจำนวน 25 คน ญาติและผู้เกี่ยวข้องจำนวน 15 คน หน่วยงานด้านสาธารณสุขจำนวน 9 แห่งและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจำนวน 7 แห่งก่อนเพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปใช้จริง

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

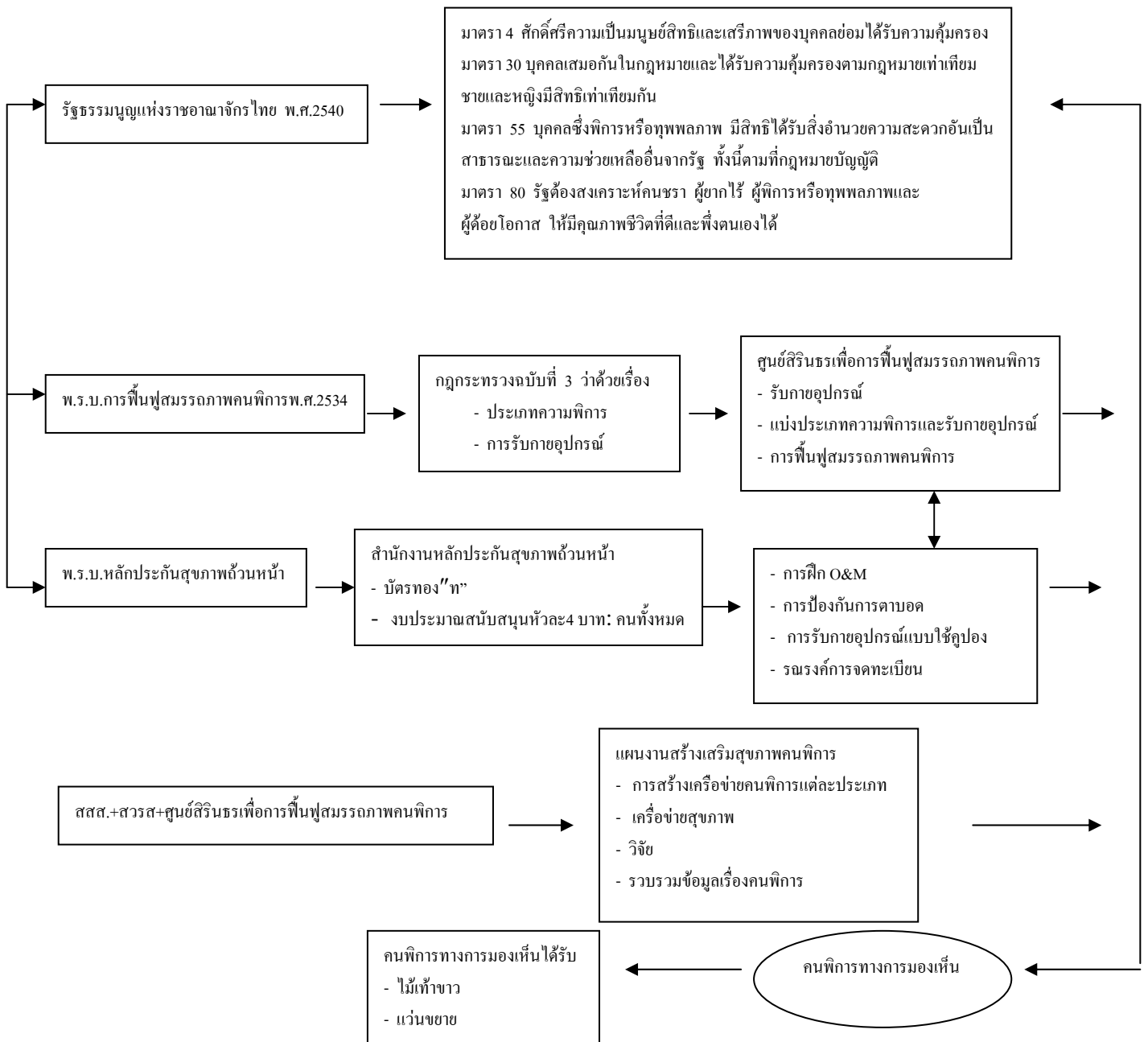
ผู้ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for the Social science / Personal Computer Plus ดังนี้

ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยในการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ทั้งชนิดปลายปิดและปลายเปิดโดยแสดงความถี่และร้อยละซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอข้อมูลที่ได้ในรูปแบบ “บทความกึ่งตาราง” และใช้การแจกแจงในรูปแบบตารางวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อศึกษารายละเอียดของสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นตามตัวแปรต่างๆ เช่น เพศ อายุ สาเหตุความพิการ ลักษณะความพิการ ระดับการศึกษา อาชีพ ครอบครัว การรักษาพยาบาล การรักษาสุขภาพ และการออกกำลังกาย เป็นต้น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากฎหมาย นโยบาย แผนงานด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นในประเทศไทย ศึกษาเกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น และศึกษาเกี่ยวกับแนวคิด ความรู้ ความเข้าใจ ด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นจากหน่วยงาน ญาติในจังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยขอเสนอผลงานวิจัยตามลำดับดังนี้



แผนภูมิที่ 1 เกี่ยวกับ กฎหมาย นโยบาย แผนงานด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นในประเทศไทย

4.1 กฎหมาย นโยบาย และกิจกรรมด้านสุขภาพของรัฐบาล

กฎหมาย นโยบาย และกิจกรรมด้านสุขภาพของเอกชน

4.1.1 กฎหมาย นโยบาย และกิจกรรมด้านสุขภาพของรัฐบาล

4.1.1 ด้านการรักษาพยาบาล ว่าด้วยเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านการแพทย์และ
กฎกระทรวงฉบับที่ 3

- การรักษาพยาบาลด้วยบัตรทอง (บัตรทองที่มี“ท” ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย)
- การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟู

สมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ฉบับที่ 3 โดย

- (1) การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่น ๆ
- (2) การให้คำแนะนำและคำปรึกษา
- (3) การให้กายอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการ เช่น ไม้เท้าขาว และ แวนชยาย
 - การออกไปรับรองความพิการเพื่อนำไปจดทะเบียนคนพิการ

4.1.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่ง

ชาติ พ.ศ. 2546 ว่าด้วยเรื่อง

- การแต่งตั้งคณะกรรมการประสานสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับคนพิการโดย
ปีงบประมาณ 2548 จัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลสุขภาพคนพิการจำนวน 188 ล้าน
บาท
- จัดตั้งศูนย์สิทธิมนุษยชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นเพื่อฟื้นฟู
สมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจของคนพิการให้ดีขึ้น และป้องกันไม่ให้เกิดความ
พิการซ้ำซ้อน นับเป็นการฟื้นฟูที่มีความสำคัญในลำดับแรก ๆ ที่คนพิการต้องได้รับตาม
พระราชกฤษฎีกาการแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2531
- จัดตั้งแผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย

4.1.3 ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรคของของกระทรวงการคลัง ที่บริการกับราชการ และผู้ประกันตนที่สามารถเบิกได้

1. ลูกตา กระจกตา และเลนส์แก้วตาเทียมสำหรับคนพิการทางการมองเห็นได้แก่

- 1.1 ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก(Eye prosthesis) (เบิกได้ครั้งเดียว)
- 1.2. วัสดุใส่หนูนรับลูกตาเทียมชนิดไม่มีรูพรุน

1.3 วัสดุใส่หนุ่รับลูกตาเทียมชนิดมีรูพรุน

1.4 วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตา

1.5 กระจกตาเทียม

1.6 เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้

1.7 เลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็งพับไม่ได้

2. วัสดุ/เครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดตา

2.1 วัสดุที่ใช้หนุ่ในลูกตาในการผ่าตัดซ่อมจอประสาทตา(Buckle)

2.2 ของเหลวสำหรับกดจอประสาทตา(Perfluorocarbon liquid)

2.3 น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอประสาทตา

2.4 ก๊าซสำหรับฉีดกดจอประสาทตา

2.5 ท่อระบายและที่เก็บกักลดความดันในโรคต้อหิน ชนิดมีลิ้นปิดเปิด

2.6 ท่อระบายและที่เก็บกักลดความดันในโรคต้อหิน ชนิดไม่มีลิ้นปิดเปิด

2.7 ท่อระบายและที่เก็บกักความดันในโรคต้อหิน ชนิดไม่มีลิ้นปิดเปิด

2.8 เนื้อเยื่อชีวภาพ

2.9 วัสดุสำหรับใช้แก้ไขทางเดินท่อน้ำตา

2.10 วัสดุที่อุดท่อน้ำตา ชนิดถาวร

2.11 วงแหวนสำหรับใส่ในถุงเลนส์

2.12 กรรไกรขนาดเล็กสำหรับตัดวุ้นลูกตา

2.13 ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา

2.14 มีดเจาะลูกตา

2.15 ไบโม่ตัดกระจกตา

3. แว่นตา เลนส์สัมผัส ที่ใช้หลังจากการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเพื่อรักษาต่อกระจก

(กรณีไม่ใส่เลนส์แก้วตาเทียม)

3.1 แว่นตาสำหรับมองไกล 1 อัน

3.2 แว่นตาสำหรับมองใกล้ 1 อัน

(สำหรับการผ่าตัด ครั้งที่ 2 ในตาข้างเดิมให้เปลี่ยนได้เฉพาะเลนส์)

3.3 เลนส์สัมผัส ชนิดแข็ง

3.4 เลนส์สัมผัสชนิดครึ่งนุ่มครึ่งแข็ง

3.5 เลนส์สัมผัสชนิดนิ่ม

ตามประกาศสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยเรื่องประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกรณีทุพพลภาพที่สามารถเบิกได้ตาม พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ใน ส่วนของคนพิการทางการมองเห็นดังนี้

- 1.1 ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก
- 1.2 วัสดุใส่หูรับลูกตาเทียม
- 1.3 เลนส์แก้วตาเทียม

4.1.4 นโยบาย แผนงาน และกิจกรรมด้านสุขภาพขององค์กรเอกชน

4.2.1 หลักเกณฑ์สวัสดิการด้านค่ารักษาพยาบาลผู้พิการที่รับสลากกินแบ่งรัฐบาล จากสภาสังคมสงเคราะห์ฯ ไปจำหน่าย โดยนำใบเสร็จมาเบิกครั้งละไม่เกิน 1,000 บาท ยกเว้นกรณีที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนเงินมากจะพิจารณาเป็นราย ๆ โดยให้การช่วยเหลือไม่เกิน 25,000 บาท เป็นการให้เปล่า 30 % ให้ยืม 70 %

4.2.2 สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทยจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสมาชิกปีละไม่เกิน 1,500 บาท

4.2.3 สมาคมศิษย์เก่าโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพฯ จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีละไม่เกิน 2,000 บาท

4.2.4 สมาคมคนตาบอดชาวอีสานจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสมาชิกจำนวน 2,500 บาท

4.2.5 สมาคมศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพและพัฒนาสมรรถภาพคนตาบอด ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามใบเสร็จรับเงิน แต่ไม่เกินปีละ 3,000 บาท

4.1.5 กีฬาที่ทางหน่วยงานรัฐบาลจัดให้กับคนพิการ ได้แก่

- การแข่งขันกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทยโดยสมาคมกีฬาคนพิการแห่งชาติจะจัดต่อจากกีฬาแห่งชาติ

-

4.1.6 กีฬาที่ทางหน่วยงานเอกชนจัดให้กับคนพิการ ได้แก่

- กีฬาที่ทางสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทยจัดให้มีโบว์ลิ่งสำหรับคนตาบอด การแข่งขันฟุตบอล 7 คน สำหรับเยาวชนคนตาบอดทุกปี

- การแข่งขันโกลบอล “โครงการแข่งขันโกลบอลชิงถ้วยรองนายกรัฐมนตรี จตุรงค์ ฉายแสง ประเภทชนะเลิศชาย และ คุณสุชาติ ตาลเจริญ ประเภทชนะเลิศหญิง โดยจัดทุกปี

การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบของบทความกึ่งตารางตามลำดับดังนี้

- 4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากคนพิการทางการมองเห็น
- 4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลจากญาติ
- 4.4 การวิเคราะห์ข้อมูลจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข
 - 4.4.1 โรงพยาบาล
 - 4.4.2 สถานีอนามัย
- 4.5 การวิเคราะห์ข้อมูลจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
 - 4.5.1 เทศบาล
 - 4.5.2 อบต.

จากการศึกษาสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น ผู้วิจัยได้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างของคนพิการทางการมองเห็น จำนวน 78 คน ซึ่งการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนั้นศึกษาถึง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับความพิการ การจดทะเบียนคนพิการ การประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัย การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเดินทาง การรักษาสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการออกกำลังกาย ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงค่าความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	31	39.7
หญิง	47	60.3
รวม	78	100

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชาย 31 คน คิดเป็นร้อยละ 39.7 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพศหญิง 47 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่าเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 2 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 20	13	16.7
21 - 30	18	23.1
31 - 40	12	15.4
41 - 50	14	17.9
51 - 60	9	11.5
61 - 70	5	6.4
71 - 80	5	6.4
มากกว่า 80	2	2.6
รวม	78	100

อายุเฉลี่ย = 40.47 ปี , อายุสูงสุด = 87 ปี , อายุต่ำสุด = 13 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.18 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 21 - 30 ปี ซึ่งมีถึงร้อยละ 23.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อันดับต่อมาคือช่วงอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 17.9 ช่วงอายุน้อยกว่า 20ปี ร้อยละ 16.7 ช่วงอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 15.4 มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในช่วง 61 - 70 ปี และ ช่วงอายุ 71 - 80 ปี มีร้อยละ 6.4 เท่ากัน สำหรับกลุ่มอายุที่มีน้อยที่สุดอยู่ในช่วงอายุ มากกว่า 80 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย คือ 40.47 ปี

ตารางที่ 3 แสดงความถี่และร้อยละของผู้พิการจำแนกตามลักษณะความพิการ

ลักษณะความพิการ	จำนวน	ร้อยละ
ตาบอดสนิท	44	56.4
สายตาเลือนราง	34	43.6
รวม	78	100

เมื่อแยกตามลักษณะความพิการของกลุ่มตัวอย่างแล้วปรากฏว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.4 ตาบอดสนิท และ ร้อยละ 43.6 มีสายตาเลือนราง

ตารางที่ 4 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสาเหตุความพิการ

สาเหตุความพิการ	จำนวน	ร้อยละ
พิการแต่กำเนิด	38	48.7
พิการภายหลัง	40	51.3
รวม	78	100

เมื่อแยกตามสาเหตุความพิการของกลุ่มตัวอย่างแล้วปรากฏว่ามีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.3

พิการภายหลัง และ มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 48.7 พิการแต่กำเนิด

ตารางที่ 5 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสาเหตุที่ก่อให้เกิดความพิการ

สาเหตุที่เกิดจากภายหลัง	จำนวน	ร้อยละ
จากอุบัติเหตุ/จากการบาดเจ็บ	8	10.3
จากการเจ็บป่วย	6	7.7
จากการเป็นโรคต่าง ๆ	39	50.0
จากประสาทตาเสื่อม	11	14.1
ไม่ทราบสาเหตุ	11	14.1
จากประสาทตาอักเสบ	3	3.8
รวม	78	100

เมื่อจำแนกตามสาเหตุที่ก่อให้เกิดความพิการทางการมองเห็นปรากฏว่ามีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50 เกิดจากการเป็นโรคต่างๆมีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ14.1เกิดจากประสาทตาเสื่อมและไม่ทราบสาเหตุ มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ10.3 เกิดจากอุบัติเหตุ/จากการบาดเจ็บมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ7.7เกิดจากเจ็บป่วย มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.8 เกิดจากประสาทตาอักเสบ

ตารางที่ 6 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพ

สถานภาพการสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	46	59.0
สมรส	31	39.7
หม้าย	1	1.3
รวม	78	100

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.0 มีสถานภาพโสด มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.7 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.3 เป็นหม้ายจากคู่สมรสเสียชีวิตแล้ว

ตารางที่ 7 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานะภายในครอบครัว

สถานะภายในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ผู้นำครอบครัว	12	15.4
ภรรยา	7	8.9
ลูก	34	43.6
ผู้อาศัย	25	32.1
รวม	78	100

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.6 เป็นลูก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.1 เป็นผู้อาศัย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.4 เป็นผู้นำครอบครัว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.9 เป็นภรรยา

ตารางที่ 8 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยได้รับการศึกษา	22	28.2
จบชั้นประถมศึกษา	40	51.3
จบชั้นมัธยมศึกษา	13	16.6
จบอนุปริญญา/เทียบเท่า	2	2.6
จบปริญญาตรี	1	1.3
รวม	78	100

กลุ่มตัวอย่างจบชั้นประถมศึกษา ซึ่งมีร้อยละ 51.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.2 ไม่เคยได้รับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.6 จบชั้นมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.6 จบอนุปริญญา/เทียบเท่า และยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.3 จบปริญญาตรี

ตารางที่ 9 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการจดทะเบียนของคณพิการ

การจดทะเบียนคณพิการ	จำนวน	ร้อยละ
จดทะเบียนคณพิการ	72	92.3
ไม่ได้จดทะเบียนคณพิการ	6	7.7
รวม	78	100

กลุ่มตัวอย่างได้มีการจดทะเบียนคณพิการร้อยละ 92.3 และยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.7 ไม่ได้มีการจดทะเบียนคณพิการ

ตารางที่ 10 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานที่จดทะเบียนของคณพิการ

สถานที่จดทะเบียนคณพิการ	จำนวน	ร้อยละ
สมาคมคนตาบอดจังหวัดนครปฐม	43	55.1
สมาคมคนตาบอดจังหวัดศรีสะเกษ	7	8.9
สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คณพิการ	5	6.4
สมาคมคนตาบอดจังหวัดนครราชสีมา	3	3.8
สมาคมคนตาบอดจังหวัดเพชรบุรี	2	2.6
ชมรมคนตาบอดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์	2	2.6
สมาคมคนตาบอดจังหวัดชัยภูมิ	1	1.3
สมาคมคนตาบอดจังหวัดมหาสารคาม	1	1.3
สมาคมคนตาบอดจังหวัดสุรินทร์	1	1.3
ชมรมคนตาบอดจังหวัดเพชรบูรณ์	1	1.3
ชมรมคนตาบอดจังหวัดชลบุรี	1	1.3
ชมรมคนตาบอดจังหวัดอุบลราชธานี	1	1.3
ไม่ตอบคำถาม	10	12.8
รวม	78	100

กลุ่มตัวอย่างจดทะเบียนของคณพิการที่สมาคมคนตาบอดจังหวัดนครปฐมร้อยละ55.1มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 8.9 จดทะเบียนของคณพิการที่สมาคมคนตาบอดจังหวัดศรีสะเกษ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.4 จดทะเบียนของคณพิการที่สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.8 จดทะเบียนของคณพิการที่สมาคมคนตาบอดจังหวัดนครราชสีมา มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.6 จดทะเบียนของคณพิการที่สมาคมคนตาบอดจังหวัดเพชรบุรี และชมรมคนตาบอดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เท่ากัน มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 1.3 จดทะเบียนของคณพิการที่สมาคมคนตาบอดจังหวัดชัยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดสุรินทร์และชมรมคนตาบอดจังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดชลบุรี จังหวัดอุบลราชธานีเท่ากัน มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.8 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการจดทะเบียนตามสถานที่ต่าง ๆ ไม่ตอบข้อคำถามนี้

ตารางที่ 11 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการฝึกอาชีพ

การฝึกอาชีพ		
เคยผ่านการฝึกอาชีพ	42	53.8
ไม่เคยฝึกอาชีพ	36	46.2
รวม	78	100

กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 46.2 ไม่เคยผ่านการฝึกอาชีพ มีถึงร้อยละ 53.8 ที่เคยผ่านการฝึกอาชีพ

ตารางที่ 12 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานที่ฝึกอาชีพ

สถานที่ฝึกอาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
สมาคมคนตาบอดจังหวัดนครปฐม	15	19.23
ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน	9	11.5
สมาคมตาบอดจังหวัดศรีสะเกษ	3	3.8
ศูนย์พัฒนาอาชีพคนตาบอดปากเกร็ด	3	3.8
สมาคมคนตาบอดจังหวัดเพชรบุรี	2	2.6
กรมฝีมือแรงงานจังหวัดราชบุรี	2	2.6
สมาคมคนตาบอดจังหวัดนครราชสีมา	2	2.6
กรมประชาสงเคราะห์จังหวัดอุบลราชธานี	1	1.3
กลุ่มฝึกผลิตของชำร่วยด้วยดินหอมมะลิ	1	1.3

โครงการของเวอร์เบงค์	1	1.3
ไม่ตอบคำถาม	39	50.0
รวม	78	100

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19.23 ฝึกอาชีพที่สมาคมคนตาบอดจังหวัดนครปฐม มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.5 ฝึกอาชีพที่ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.8 ฝึกอาชีพที่ สมาคมตาบอดจังหวัดศรีสะเกษและศูนย์พัฒนาอาชีพคนตาบอดปากเกร็ดมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.6 ฝึกอาชีพที่สมาคมคนตาบอดจังหวัดเพชรบุรี กรมฝีมือแรงงานจังหวัดราชบุรี สมาคมคนตาบอดจังหวัดนครราชสีมา มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.3 ฝึกอาชีพที่ กรมประชาสัมพันธ์จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มดินหอมมะลิ โครงการของเวอร์เบงค์ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.0 ไม่ตอบคำถามข้อนี้

ตารางที่ 13 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการประกอบอาชีพ

การประกอบอาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ค้าสลากกินแบ่งรัฐบาล	6	7.7
นวดแผนโบราณ	22	28.2
นักเรียน/นักศึกษา	4	5.1
รับจ้าง	11	14.1
แม่บ้าน	2	2.6
เลี้ยงสัตว์	1	1.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32	41.0
รวม	78	100

กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 41.0 มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.2 ประกอบอาชีพนวดแผนโบราณ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.7 ประกอบอาชีพค้าสลากกินแบ่งรัฐบาล มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.1 เป็นนักเรียน/นักศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.6 เป็นแม่บ้าน มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.3 ประกอบอาชีพเลี้ยงสัตว์

ตารางที่ 14 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัย	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวตนเอง	50	64.1
บ้านญาติ	9	11.6
บ้านเช่า	4	5.1
ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน	15	19.2
รวม	78	100

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.1 อาศัยอยู่กับครอบครัวของตนเอง มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19.2 อาศัยอยู่ที่ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.6 อาศัยอยู่บ้านญาติ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.1 อาศัยอยู่บ้านเช่าตามลำพัง

ตารางที่ 15 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการเดินทาง

ลักษณะการเคลื่อนไหว	จำนวน	ร้อยละ
เดินทางเองโดยใช้ไม้เท้า	23	29.5
ต้องมีผู้นำทางถึงจะเดินทางได้	46	58.9
เดินทางเองโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้าและผู้นำทาง	8	10.3
ต้องมีผู้นำทางและต้องใช้ไม้เท้า	1	1.3
รวม	78	100

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.5 สามารถเดินทางเองโดยใช้ไม้เท้า มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.9 ต้องมีผู้นำทางถึงจะเดินทางได้ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.3 เดินทางเองโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้าและผู้นำทาง มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.3 ต้องใช้ไม้เท้าและมีผู้นำทาง

ตารางที่ 16 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
ฟังวิทยุ	62	79.0
ติดตามจากรายการโทรทัศน์	23	29.0
ฟังเทปเสียง	17	2.2
คนอ่านหนังสือให้ฟัง	12	1.5
อ่านจากอักษรเบรลล์	3	0.4

* หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ แต่ละคำตอบเป็นค่าร้อยละ ของวิธีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.0 รับรู้ข้อมูลข่าวสารโดยการฟังจากวิทยุ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.0 รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากรายการโทรทัศน์ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.2 รับรู้ข้อมูลข่าวสารโดยการฟังเทปเสียง มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.5 รับรู้ข้อมูลข่าวสารโดยการให้คนอ่านหนังสือให้ฟัง มีเพียงกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 0.4 รับรู้ข้อมูลข่าวสารโดยการอ่านจากอักษรเบรลล์

ตารางที่ 17 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านการดูแลสุขภาพของคนพิการ

การดูแลสุขภาพของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	13	16.7
ไม่ดื่ม	65	83.3
รวม	78	100
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	9	11.5
ไม่สูบบุหรี่	69	88.5
รวม	78	100

ตารางที่ 17 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านการดูแลสุขภาพของคนพิการ (ต่อ)

การทำความสะอาดร่างกาย

ทำด้วยตนเอง	78	100
ผู้อื่นช่วย	0	0
รวม	78	100

การซักผ้า

ทำด้วยตนเอง	70	89.7
ผู้อื่นช่วย	8	10.3
รวม	78	100

การดูแลสุขภาพของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
การรีดผ้า		
ทำด้วยตนเอง	38	48.7
ผู้อื่นช่วย	34	43.6
ไม่ได้รีดผ้า	6	7.7
รวม	78	100

การทำความสะอาดบ้าน

ทำด้วยตนเอง	70	89.7
ผู้อื่นช่วย	8	10.3
รวม	78	100

การทำอาหาร

ทำด้วยตนเอง	52	66.7
ผู้อื่นช่วย	6	33.3
รวม	78	100

การล้างชาม

ทำด้วยตนเอง	72	92.3
ผู้อื่นช่วย	6	7.7
รวม	78	100

ตารางที่ 17 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านการดูแลสุขภาพของคนพิการ (ต่อ)

การถ่ายทอด		
ทำด้วยตนเอง	38	49.4
ผู้อื่นช่วย	40	50.6
รวม	78	100
การซื้อของใช้ประจำตัว – ประจำวัน		
ทำด้วยตนเอง	49	62.8
ผู้อื่นช่วย	29	37.2
รวม	78	100
การดูแลสุขภาพของคนพิการ		
	จำนวน	ร้อยละ
การกินยา		
ทำด้วยตนเอง	62	79.5
ผู้อื่นช่วย	16	20.5
รวม	78	100
การใช้จ่ายภายนอก		
ทำด้วยตนเอง	64	82.1
ผู้อื่นช่วย	14	17.9
รวม	78	100

มีกลุ่มตัวอย่างคัมแอลกอฮอล์ ร้อยละ 16.7 ไม่คัมแอลกอฮอล์ ร้อยละ 83.3 สูบบุหรี่ ร้อยละ 11.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 88.5 ทำความสะอาดร่างกายเองเต็ม 100 เปอร์เซ็นต์ ชักผ้าเอง ร้อยละ 89.7 ผู้อื่นช่วย ร้อยละ 10.3 ริดผ้าเองร้อยละ 48.7 ผู้อื่นช่วย ร้อยละ 43.6 ไม่ได้ริดผ้า ร้อยละ 7.7 ทำความสะอาดบ้านเอง ร้อยละ 89.7 ผู้อื่นช่วย ร้อยละ 33.3 การล้างขามเอง ร้อยละ 92.3 ผู้อื่นช่วย ร้อยละ 7.7 การถ่ายทอดเอง ร้อยละ 49.4 ผู้อื่นช่วย ร้อยละ 50.6 การซื้อของใช้ประจำตัว – ประจำวันเอง ร้อยละ 62.8 ผู้อื่นช่วย ร้อยละ 37.2 รับประทานยาเอง ร้อยละ 79.5 ผู้อื่นช่วย ร้อยละ 20.5 ใช้จ่ายภายนอกเอง ร้อยละ 82.1 ผู้อื่นช่วย ร้อยละ 17.9

ตารางที่ 18 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของการออกกำลังกายของคนพิการ

การออกกำลังกายของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
เดิน	20	25.6
กายบริหาร	14	17.9
ทำงานบ้าน	9	11.5
เปิดเพลงเต้น	8	10.3
วิ่งอยู่กับที่	7	8.9
บีบ นวด	4	5.1
เล่นกีฬาต่าง ๆ	4	5.1
ถีบจักรยาน	4	5.1
ไม่เคยออกกำลังกาย	4	5.1
โยคะ	3	3.8
เข้าโรงยิม	1	1.3
รวม	78	100

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.6เดิน มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.9 ออกกำลังกายโดยวิธีกายบริหารอยู่กับที่ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.5 ออกกำลังกายโดยวิธีทำงานบ้าน มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.3 ออกกำลังกายโดยวิธี เปิดเพลงเต้น มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.9 ออกกำลังกายโดยวิธีวิ่งอยู่กับที่ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.1 ออกกำลังกายโดยวิธีบีบ นวด เล่นกีฬาต่าง ๆ ถีบจักรยาน ไม่เคยออกกำลังกาย มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.8 ออกกำลังกายโดยการทำโยคะ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.3 ออกกำลังกายโดยการเข้าโรงยิม

ตารางที่ 19 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านการรักษาพยาบาลของคนพิการ

การรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
เคยรักษาพยาบาล	74	94.9
ไม่เคยรักษาพยาบาล	4	5.1
รวม	78	100

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.9 เคยไปรักษาพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.1 ไม่ไปเคयरักษาพยาบาล

ตารางที่ 20 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านสถานที่รักษาพยาบาลของคนพิการ

สถานที่รักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาล	61	78.2
คลินิก	6	7.7
สถานเอนามัย	5	6.4
หายมารับประทานเอง	2	2.6
ไม่เคยไปรักษาพยาบาล	4	5.1
รวม	78	100

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.1 ไม่เคยรักษาพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.2 มารักษาที่โรงพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.7มารักษาที่คลินิก มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.4มารักษาที่สถานเอนามัย มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.6 หายารับประทานเอง

ตารางที่ 21 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านสวัสดิการรักษายาพยาบาลของคนพิการ

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
บัตรทอง	41	52.6
เสียค่าใช้จ่ายเอง	12	15.4
สมุดคนพิการ	7	9.0
บัตรทองและสมุดคนพิการ	6	7.7

ตารางที่ 21 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านสวัสดิการรักษายาบาลของคนพิการ (ต่อ)

สวัสดิการด้านการรักษายาบาล	จำนวน	ร้อยละ
บัตรผู้สูงอายุ	5	6.4
บัตรประกันสังคม	2	2.6
สวัสดิการข้าราชการ	1	1.3
ไม่เคยใช้สวัสดิการรักษายาบาล	4	5.1
รวม	78	100

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.6 ใช้สวัสดิการรักษาโดยใช้บัตรทอง มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.4 เสียค่าใช้จ่ายเองในการรักษายาบาล มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 9.0 ใช้สมุดคนพิการในการรักษายาบาล มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.7 ใช้บัตรทองร่วมกับสมุดคนพิการในการรักษายาบาล มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.4 ใช้บัตรผู้สูงอายุในการรักษายาบาล มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.1 ไม่เคยใช้สวัสดิการรักษายาบาล มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 2.6 ใช้บัตรประกันสังคมในการรักษายาบาล มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.3 ใช้สวัสดิการข้าราชการรักษายาบาล

ตารางที่ 22 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างการเดินทางไปรักษายาบาลของคนพิการ

การเดินทางไปรักษายาบาล	จำนวน	ร้อยละ
เดินทางไปรักษายาบาลเอง	9	11.5
มีคนพาไปรักษายาบาล	65	83.3
ไม่เคยเดินทางไปรักษายาบาล	4	5.1
รวม	78	100

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.3 มีคนพาไปรักษายาบาล มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 11.5 สามารถเดินทางไปรักษายาบาลเองได้โดยไม่ต้องให้คนอื่นพาไป มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.1 ไม่เคยเดินทางไปรักษายาบาล

ตารางที่ 23 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านการไปรับกายอุปกรณ์ของคนพิการ

การไปรับกายอุปกรณ์จากโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
เคยไปรับกายอุปกรณ์จากโรงพยาบาล	9	11.5
ไม่เคยไปรับกายอุปกรณ์จากโรงพยาบาล	69	88.4
รวม	78	100

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.4 ไม่เคยไปรับกายอุปกรณ์จากโรงพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.5 เคยไปรับกายอุปกรณ์จากโรงพยาบาล

ตารางที่ 24 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างกรณีเคยไปรับกายอุปกรณ์ของคนพิการ

เคยได้รับข้อมูลข่าวสารมาจาก	จำนวน	ร้อยละ
สถานพยาบาล	4	5.1
เพื่อน	1	1.3
สมาคมคนตาบอด	1	1.3

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.1 เคยได้รับข้อมูลจากสถานพยาบาลในการไปรับกายอุปกรณ์จากโรงพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.3 เคยได้รับข้อมูลจากเพื่อนและจากสมาคมคนตาบอดในการไปรับกายอุปกรณ์เท่ากัน

ตารางที่ 25 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างกรณีไม่เคยทราบข่าวการรับกายอุปกรณ์

ไม่เคยทราบข่าวสารเพราะ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีคนแนะนำ	11	14.1
ไม่อยากจะ	2	2.6
ไม่ต้องใช้	3	3.8
ไม่เวลาไปรับกายอุปกรณ์	2	2.6
กายอุปกรณ์ที่จะไปรับหมด	1	1.3

*หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ แต่ละคำตอบเป็นค่าร้อยละของวิธีการรับกายอุปกรณ์

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.1 ไม่มีคนแนะนำให้ไปปรับกายอุปกรณ์ มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 2.6 ไม่อยากใช้กายอุปกรณ์ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.8 ไม่ต้องใช้กายอุปกรณ์ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.6 ไม่มีเวลาไปปรับกายอุปกรณ์ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.3 ไปปรับกายอุปกรณ์แต่หมด

สรุปข้อมูลสัมมนาในวันที่ 21 มกราคม 2548 มีจำนวนผู้เข้าร่วม 32 คน โดยมีข้อสรุปดังนี้

1. เรื่องข้อมูลข่าวสารด้านการรักษาพยาบาล
2. การดำรงชีวิตของคนตาบอดที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ
3. ข้อมูลด้านการใช้บัตรทองของคนตาบอดยังไม่สามารถรับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอื่น ๆ
4. การออกกำลังกาย การพักผ่อน หรือ การดูแลสุขภาพจะไม่ได้ได้รับความสนใจเพราะจะเน้นการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ดำรงชีวิตและสวัสดิการอื่น ๆ ที่ภาครัฐควรจะช่วย
5. การเดินทางของผู้เข้าร่วมสัมมนา ผู้ที่ญาติและชุมชนมีความเข้าใจ จะมีความมั่นใจในตัวเองในการเดินทาง สำหรับคนตาบอดที่มีญาติและชุมชนไม่มีความเข้าใจจะไม่กล้าและแสดงความมั่นใจในตนเอง

ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสังเกตของผู้วิจัยที่ตามไปสัมภาษณ์คนพิการทางการมองเห็นในชุมชน

1. คนที่อาศัยอยู่ตามลำพังจะมีสถานที่อยู่อาศัยและการแต่งกายไม่สะอาด คนที่อยู่กับครอบครัว ญาติพี่น้องจะมีสภาพที่อยู่อาศัยและการแต่งกายสะอาดเรียบร้อย
2. สภาพจิตใจของคนพิการแต่กำเนิดจะมีความมั่นใจในการพูด ในการให้ข้อมูลดีกว่าคนพิการภายหลัง
3. บุคลิกภาพซึ่งได้แก่ การเดิน การนั่ง การวางท่าทางของคนพิการ ภายหลังจะดีกว่าคนพิการแต่กำเนิด และผู้ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีบุคลิกภาพที่ดีว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. คนที่ได้รับการยอมรับในชุมชน จะมีสภาพจิตใจและการดำรงชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการยอมรับในชุมชน
5. ผู้สูงอายุที่ลูกหลานไม่ให้ความอบอุ่น ไม่ให้ความสนใจ ครอบครัวมีการทะเลาะวิวาท จะมีสภาพจิตใจที่ไม่สู้ดี ต้องการเพื่อนคุย ระวัง จิตใจเป็นทุกข์
6. คนที่ครอบครัวไม่ปล่อยให้ผู้พิการไปใช้ชีวิต ไปฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือได้รับการศึกษา ไม่มีความกล้าที่จะสนทนากับบุคคลแปลกหน้า ถ้าไม่มีญาติอยู่ด้วย
7. ผู้นำชุมชนที่ใส่ใจดูแล จะมีสภาพจิตใจ สภาพความเป็นอยู่ที่ดี
8. คนที่อยู่กับครอบครัวและครอบครัวไม่ให้ไปไหน ไม่กล้าที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง

4.3 ในการศึกษาความรู้ความเข้าใจของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็นจำนวน 234 คน ศึกษาถึงความสัมพันธ์กับคนพิการทางการมองเห็น การพาไปรักษาพยาบาล ศึกษาถึงความรู้เกี่ยวกับบัตรทอง การไปรับกายอุปกรณ์ และศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการรักษาสุขภาพร่างกาย การออกกำลังกายของคนพิการทางการมองเห็น รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็น

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับคนพิการทางการมองเห็น		
พ่อ แม่	51	21.8
ญาติ (ภรรยา สามี ลูก พี่ น้อง หลาน น้ำ อา ป้า ลุง)	152	65
เพื่อนบ้าน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน	27	11.5
อื่น ๆ	4	1.7
รวม	234	100

ความสัมพันธ์กับคนพิการทางการมองเห็นเป็นความสัมพันธ์แบบ พ่อ แม่ ร้อยละ 21.8 ญาติ ร้อยละ 65 เพื่อนบ้าน ร้อยละ 11.5 อื่น ๆ ร้อยละ 1.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็น

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การพาไปรักษาพยาบาล		
เคย	171	73.1
ไม่เคย	63	26.9
รวม	234	100

ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องเคยพาคนพิการทางการมองเห็น ไปรักษาพยาบาล ร้อยละ 73.1

ไม่เคยพาไปรักษาพยาบาล ร้อยละ 26.9

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็น

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลด้านการใช้บัตรทอง		
ทราบ	223	95.3
ไม่ทราบ	11	4.7
รวม	234	100

ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบว่าคนพิการทางการมองเห็นสามารถใช้บัตรทองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย 30 บาท ร้อยละ 95.3 ไม่ทราบ ร้อยละ 4.7

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็น

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลการรับกายอุปกรณ์		
ทราบ	59	25.2
ไม่ทราบ	175	74.8
รวม	234	100

ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบว่าคนพิการทางการมองเห็นสามารถไปรับกายอุปกรณ์ ร้อยละ 25.2 ไม่ทราบว่าสามารถไปรับกายอุปกรณ์ได้ ร้อยละ 74.8

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็น

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาสุขภาพร่างกายของคนพิการทางการมองเห็น		
การดูแลทำความสะอาดร่างกาย	215	92.0
การซักผ้า	150	64.1
การล้างแชม	120	51.3
การกินยา	114	49.0
การทำความสะอาดบ้าน	111	47.4
การใช้จ่ายภายนอก	94	40.2
การทำอาหาร	93	39.7

การไปพบแพทย์	90	38.5
การซื้อของใช้ประจำตัว – ประจำวัน	78	33.3
การรีดผ้า	85	36.3
การจ่ายตลาด	80	34.2

* หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ แต่ละคำตอบเป็นค่าร้อยละของแต่ละการรักษาสภาพ ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องคิดว่าคนพิการทางการมองเห็น สามารถดูแลทำความสะอาดร่างกายเองได้ ร้อยละ 92.0 สามารถซักผ้าเองได้ ร้อยละ 64.1 สามารถล้างชามเองได้ ร้อยละ 51.3 สามารถกินยาเองได้ ร้อยละ 49.0 สามารถทำความสะอาดบ้านเองได้ ร้อยละ 47.4 สามารถใช้ยาทาภายนอกเองได้ ร้อยละ 40.2 สามารถทำอาหารเองได้ ร้อยละ 39.7 สามารถไปพบแพทย์เองได้ ร้อยละ 38.5 สามารถซื้อของใช้ประจำตัว – ประจำวันเองได้ ร้อยละ 33.3 สามารถรีดผ้าเองได้ ร้อยละ 36.3 สามารถจ่ายตลาดเองได้ ร้อยละ 34.2

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็น

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกายของคนพิการทางการมองเห็น		
วิ่งตามผู้นำทางโดยการจับเชือกหรือจับศอก	32	13.7
ใช้อุปกรณ์ในห้องออกกำลังกาย	31	13.2
ว่ายน้ำ	27	11.6
ยกน้ำหนัก	27	11.6
กระโดดเชือก	22	9.4
ปีนเขา	21	9.0
ปั่นจักรยาน 2 ตอน โดยอยู่ข้างหลังผู้ที่มีสายตามองเห็น	21	9.0
ยูโด	14	6.0
เล่นโบว์ลิ่ง	12	5.1
เล่นปิงปอง	11	4.7
ตีกอล์ฟ	4	1.7

* หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ แต่ละคำตอบเป็นค่าร้อยละของแต่ละประเภทของการออกกำลังกาย

ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องคิดว่าคนพิการทางการมองเห็นสามารถออกกำลังกายโดยวิธีวิ่งตามผู้นำทางโดยการจับเชือกหรือจับศอก ร้อยละ 13.7 ใช้อุปกรณ์ในห้องออกกำลังกาย ร้อยละ 13.2 ว่ายน้ำและยกน้ำหนัก ร้อยละ 11.6 กระโดดเชือก ร้อยละ 9.4 ปั่นเขาและปั่นจักรยาน 2 ตอนโดยอยู่ข้างหลังผู้ที่มีสายตามองเห็น ร้อยละ 9.0 ยูโด ร้อยละ 6.0 เล่นโบว์ลิ่ง ร้อยละ 5.1 เล่นปิงปอง ร้อยละ 4.7 ตีกอล์ฟ ร้อยละ 1.7

3.ในการศึกษาข้อมูลทั่วไปของหน่วยงานด้านสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลและสถานีนามัยเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องการออกกำลังกาย นโยบาย สวัสดิการด้านสุขภาพและคำแนะนำต่าง ๆ ของโรงพยาบาลและสถานีนามัยมีต่อคนพิการทางการมองเห็น รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการจัดสถานที่ออกกำลังกาย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ออกกำลังกายสำหรับประชาชน		
สนามกีฬา	22	45.8
สนามเดินแอโรบิก	19	39.6
ห้องออกกำลังกาย	5	10.4
ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย	2	4.2
รวม	48	100.0

ทางหน่วยงานด้านสาธารณสุขมีสถานที่ออกกำลังกายสำหรับประชาชนเป็นสนามกีฬาร้อยละ 45.8 สนามเดินแอโรบิก ร้อยละ 39.6 เป็นห้องออกกำลังกาย ร้อยละ 10.4 และไม่มีสถานที่ออกกำลังกายให้กับประชาชน ร้อยละ 4.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับคนพิการในด้านการออกกำลังกาย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกายของคนพิการทางการมองเห็น		
ได้	46	95.8
ไม่ได้	2	4.2
รวม	48	100.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับคนพิการในด้านการออกกำลังกาย (ต่อ)

มีสถานที่เฉพาะในการออกกำลังกาย	6	12.5
เป็นกีฬาที่เหมาะสม	2	4.2
ใช้วิธีที่เหมาะสมกับความพิการ	1	2.1
ต้องมีผู้นำในการออกกำลังกาย	1	2.1
ร่างกายส่วนอื่น ๆ ยังสามารถใช้งานได้	1	2.1

* หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ แต่ละคำตอบเป็นค่าร้อยละของแต่ละวิธีการออกกำลังกาย ทางหน่วยงานด้านสาธารณสุขคิดว่าคนพิการทางการมองเห็นสามารถออกกำลังกายได้ ร้อยละ 95.8 ไม่สามารถออกกำลังกายได้ ร้อยละ 4.2 ที่ออกกำลังกายได้เพราะ มีสถานที่เฉพาะในการออกกำลังกาย ร้อยละ 12.5 เป็นกีฬาที่เหมาะสม ร้อยละ 4.2 ใช้วิธีที่เหมาะสมกับความพิการ ต้องมีผู้นำในการออกกำลังกาย และ ร่างกายส่วนอื่น ๆ ยังสามารถใช้งานได้ ร้อยละ 2.1

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับคนพิการด้านนโยบายสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
นโยบาย แผนงาน งบประมาณด้านสุขภาพของคนพิการ		
มี	39	81.3
ไม่มี	9	18.7
รวม	48	100.0
ด้านการรักษาพยาบาลฟรี	15	31.3
อำนวยความสะดวกที่จอดรถ ที่นั่งพัก ห้องน้ำ	8	16.7
การดูแลเยี่ยมบ้านคนพิการ	5	10.4
มีนโยบายขึ้นทะเบียนคนพิการแต่ไม่มีงบประมาณ	4	8.3
ไม่ตอบคำถาม	4	8.3
มีการตรวจสุขภาพ	2	4.2
ให้การสนับสนุนวัสดุครุภัณฑ์	2	4.2

การสร้างเสริมสุขภาพการออกกำลังกาย	1	2.1
ให้ความร่วมมือสนับสนุนการดำเนินงาน/กิจกรรม	1	2.1

* หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ แต่ละคำตอบเป็นค่าร้อยละของแต่ละนโยบาย

ทางหน่วยงานด้านสาธารณสุขมีนโยบายด้านสุขภาพ ร้อยละ 81.3 ไม่มีนโยบายด้านสุขภาพ ร้อยละ 18.7 ทางโรงพยาบาลและสถานีอนามัยจัดให้มีนโยบายการวางแผนด้านการรักษาพยาบาลฟรี ร้อยละ 31.3 อำนวยความสะดวกที่จอดรถ ที่นั่งพัก ห้องน้ำ ร้อยละ 16.7 การดูแลเยี่ยมบ้าน คนพิการ ร้อยละ 10.4 มีนโยบายขึ้นทะเบียนคนพิการแต่ไม่มีงบประมาณ ร้อยละ 8.3 ให้การสนับสนุนวัสดุครุภัณฑ์และมีการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 4.2 มีการสร้างเสริมสุขภาพการออกกำลังกาย และให้ความร่วมมือสนับสนุนการดำเนินงาน/กิจกรรม ร้อยละ 2.1 ไม่ตอบคำถามข้อนี้ ร้อยละ 8.3

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับคนพิการด้านสวัสดิการด้านสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สวัสดิการด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น		
การรักษาพยาบาลฟรี	24	50.0
ทำบัตรทองให้คนพิการ	9	18.7
มีที่จอดรถ ห้องน้ำ ทางขึ้น – ลง สำหรับคนพิการ	5	10.4
ค้นหาผู้พิการและขึ้นทะเบียนคนพิการ	4	8.3
บัตรผู้พิการให้บริการด้านสุขภาพฟรี	2	4.2
มีหน่วยงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางสายตา	1	2.1
ไม่มีคนพิการในสถานประกอบการเข้าร่วมงาน	1	2.1
มีเครื่องอุปโภค - บริโภคให้คนพิการ	1	2.1
ไม่มีสวัสดิการให้คนพิการ	1	2.1
รวม	48	100.0

ทางหน่วยงานด้านสาธารณสุขมีสวัสดิการให้กับคนพิการทางการมองเห็นในด้าน การรักษาพยาบาลฟรี ร้อยละ 50 ทำบัตรทองให้คนพิการ ร้อยละ 18.7 มีที่จอดรถ ห้องน้ำ ทางขึ้น – ลง สำหรับคนพิการ ร้อยละ 10.4 ค้นหาผู้พิการและขึ้นทะเบียนคนพิการ ร้อยละ 8.3 มีบัตรผู้พิการ ให้บริการด้านสุขภาพฟรี ร้อยละ 4.2 มีหน่วยงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางสายตามี เครื่องอุปโภค – บริโภคให้คนพิการ ร้อยละ 2.1 และไม่มีสวัสดิการให้คนพิการ ไม่มีคนพิการในสถานประกอบการเข้าร่วมงาน ร้อยละ 2.1

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับคนพิการในด้านการให้คำแนะนำ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การให้ความรู้และคำแนะนำกับคนพิการทางการมองเห็น		
แนะนำเรื่องการรักษาสุขภาพ	14	29.0
ไม่มีคำแนะนำให้คนพิการ	8	16.7
แจ้งการจดทะเบียนคนพิการพร้อมกับให้อุปกรณ์ช่วยเหลือ	6	12.5
แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป	5	10.4
แนะนำข้อมูลให้ญาติทราบเกี่ยวกับคนพิการ	4	8.3
แนะนำเรื่องการออกกำลังกาย	3	6.3
แนะนำเรื่องการรักษาพยาบาล	2	4.2
ไม่ตอบคำถาม	2	4.2
มีจักษุแพทย์เป็นผู้แนะนำ	2	4.2
ให้คำปรึกษาตามโรคของเขา	1	2.1
ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง	1	2.1
รวม	48	100.0

ทางหน่วยงานด้านสาธารณสุขจะแนะนำเรื่องแนะนำเรื่องการรักษาสุขภาพ ร้อยละ 29 แจ้งการจดทะเบียนคนพิการพร้อมกับให้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ร้อยละ 12.5 แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป ร้อยละ 10.4 แนะนำข้อมูลให้ญาติทราบเกี่ยวกับคนพิการร้อยละ 8.3 แนะนำเรื่องการออกกำลังกาย ร้อยละ 6.3 แนะนำเรื่องการรักษาพยาบาลและมีจักษุแพทย์เป็นผู้แนะนำร้อยละ 4.2 ให้คำปรึกษาตามโรคของคนพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 2.1 ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ร้อยละ 2.1 ไม่มีคำแนะนำให้คนพิการร้อยละ 16.7 และ ไม่ตอบคำถามข้อนี้ ร้อยละ 4.2

6. ในการศึกษาข้อมูลทั่วไปขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ที่ประกอบด้วย เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล เกี่ยวกับแนวคิดในเรื่องการออกกำลังกาย นโยบายสวัสดิการด้านสุขภาพและคำแนะนำต่าง ๆ ที่ทางองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีต่อคนพิการทางการมองเห็นรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับสถานที่ออกกำลังกาย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ออกกำลังกายสำหรับประชาชน		
สนามกีฬาต่าง ๆ	35	45.5
ลานเดินแอโรบิค	13	16.9
ลานออกกำลังกาย	11	14.3
สนามอเนกประสงค์ทั่วไป	9	11.7
สวนสุขภาพ	4	5.2
ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย	5	6.5
รวม	77	100

องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีสถานที่ออกกำลังกายให้กับประชาชน ร้อยละ 45.5 เป็นสนามกีฬาต่าง ๆ ร้อยละ 16.9 เป็นลานเดินแอโรบิค ร้อยละ 14.3 เป็นลานออกกำลังกาย ร้อยละ 11.7 เป็นสนามอเนกประสงค์ทั่วไป ร้อยละ 5.2 เป็นสวนสุขภาพ และ ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย เฉพาะคนพิการ ร้อยละ 6.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นกับคนพิการในด้านการออกกำลังกาย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกายของคนพิการทางการมองเห็น		
ได้	74	96.1
ไม่ได้	3	3.9
รวม	77	100
ต้องเป็นการออกกำลังกายที่เป็นลักษณะกายบริหาร	5	6.5
เป็นกีฬาที่เหมาะสม	4	5.2
ได้ยินเสียงจากกีฬาต่าง ๆ	3	3.9

บอกให้ปฏิบัติตาม	1	1.3
------------------	---	-----

* หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ แต่ละคำตอบเป็นค่าร้อยละของแต่ละวิธีการออกกำลังกาย
 องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น คิดว่าคนพิการทางการมองเห็นสามารถออกกำลังกายได้ ร้อย
 ละ 96.1 ออกกำลังกายไม่ได้ ร้อยละ 3.9 ทางองค์กรบริหารส่วนตำบลคิดว่าต้องเป็นการออกกำลัง
 กายที่เป็นลักษณะกายบริหาร ร้อยละ 6.5 เป็นกีฬาที่เหมาะสม ร้อยละ 5.2 เป็นกีฬาที่ต้องใช้เสียง
 ร้อยละ 3.9 บอกให้ปฏิบัติตาม ร้อยละ 1.3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและนโยบายด้านสุขภาพของคนพิการ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
นโยบาย แผนงาน งบประมาณด้านสุขภาพของคนพิการ		
มี	56	72.7
ไม่มี	19	24.7
ไม่ตอบคำถาม	2	2.6
รวม	77	100
สนับสนุนเบี้ยยังชีพให้กับคนพิการ	40	51.9
มีงบประมาณถ่ายโอนจากรัฐ	6	7.8
จัดโครงการตรวจสุขภาพฟรี	4	5.2
ส่งเสริมให้คนพิการมีสุขภาพที่แข็งแรง	3	3.9
มีการสำรวจทำทะเบียนคนพิการไว้	2	2.6
จัดบริการทางการแพทย์	1	1.3
จัดซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่คนพิการ	1	1.3
อยู่ระหว่างการดำเนินงาน	1	1.3

* หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ แต่ละคำตอบเป็นค่าร้อยละของแต่ละนโยบาย

องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น มีนโยบายด้านสุขภาพ ร้อยละ 72.7 ไม่มีนโยบายด้านสุขภาพ
 ร้อยละ 24.7 ไม่ตอบคำถาม ร้อยละ 2.6 นโยบายที่องค์กรบริหารส่วนตำบลจัดให้มีได้แก่สนับสนุน
 เบี้ยยังชีพให้กับคนพิการ ร้อยละ 51.9 มีงบประมาณถ่ายโอนจากรัฐ ร้อยละ 7.8ส่งเสริมให้คนพิการ
 มีสุขภาพที่แข็งแรง ร้อยละ 5.2จัดโครงการตรวจสุขภาพฟรี ร้อยละ 3.9 มีการสำรวจทำทะเบียนคน
 พิการไว้ ร้อยละ 2.6 มีการจัดบริการทางการแพทย์ การจัดซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่
 คนพิการและอยู่ระหว่างการดำเนินงาน ร้อยละ 1.3

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นกับสวัสดิการด้านสุขภาพคนพิการ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สวัสดิการด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น		
สนับสนุนเบี้ยยังชีพ	44	57.1
ไม่มีสวัสดิการให้กับคนพิการ	8	10.4
มีงบประมาณถ่ายโอนจากรัฐ	6	7.8
จัดสวัสดิการช่วยเหลืออุปโลก- บริโลก	6	7.8
ไม่ตอบคำถาม	5	6.5
กำลังดำเนินการช่วยเหลือคนพิการ	2	2.6
จัดให้มีกองทุนช่วยเหลือคนพิการ	2	2.6
ออกสำรวจคนพิการในพื้นที่พร้อมให้การช่วยเหลือ	2	2.6
ตั้งงบประมาณ เงินอุดหนุนสำหรับคนพิการ	2	2.6
รวม	77	100

องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้กับคนพิการทางการมองเห็นได้แก่ สนับสนุนเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 57.1 ไม่มีสวัสดิการด้านสุขภาพ ร้อยละ 10.4 มีงบประมาณถ่ายโอนจากรัฐและ จัดสวัสดิการช่วยเหลืออุปโลก- บริโลกร้อยละ 7.8 ไม่ตอบคำถาม ร้อยละ 6.5 กำลังดำเนินการช่วยเหลือคนพิการ การจัดให้มีกองทุนช่วยเหลือคนพิการ มีออกสำรวจคนพิการในพื้นที่พร้อมให้การช่วยเหลือ และตั้งงบประมาณ เงินอุดหนุนสำหรับคนพิการ ร้อยละ 2.6

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในด้านสวัสดิการด้านสุขภาพคนพิการ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การให้ความรู้และคำแนะนำกับคนพิการทางการมองเห็น		
ไม่ตอบคำถาม	17	22.1
ไม่มีคำแนะนำให้กับคนพิการ	16	20.8
แนะนำเรื่องสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ	11	14.3
ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต	10	12.9
ร่วมมือกับสาธารณสุขในการดูแลคนพิการ	5	6.5

แนะนำให้ไปจดทะเบียนคนพิการที่โรงพยาบาล	4	5.2
อบรมให้ความรู้และส่งเสริมอาชีพ	4	5.2
ไม่มีคนพิการในพื้นที่	3	3.9
สนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้พิการ	2	2.6
บุคลากรยังไม่มีความรู้ที่จะแนะนำ	2	2.6
ประสานงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ	2	2.6
ยังไม่ได้ดำเนินการ	2	2.6
แนะนำให้ไปหาจักษุแพทย์	1	1.3
รวม	77	100

องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นไม่ตอบคำถาม ร้อยละ 22.1 ไม่มีคำแนะนำให้กับคนพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 20.8 แนะนำเรื่องสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ ร้อยละ 14.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ร้อยละ 12.9 ร่วมมือกับสาธารณสุขในการดูแลคนพิการ ร้อยละ 6.5 แนะนำให้ไปจดทะเบียนคนพิการที่โรงพยาบาลและอบรมให้ความรู้และส่งเสริมอาชีพ ร้อยละ 5.2 ไม่มีคนพิการในพื้นที่ ร้อยละ 3.9 สนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้พิการ บุคลากรยังไม่มีความรู้ที่จะแนะนำ การประสานงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ และยังไม่ได้ดำเนินการ ร้อยละ 2.6 แนะนำให้ไปหาจักษุแพทย์ ร้อยละ 1.3

บทที่ 5

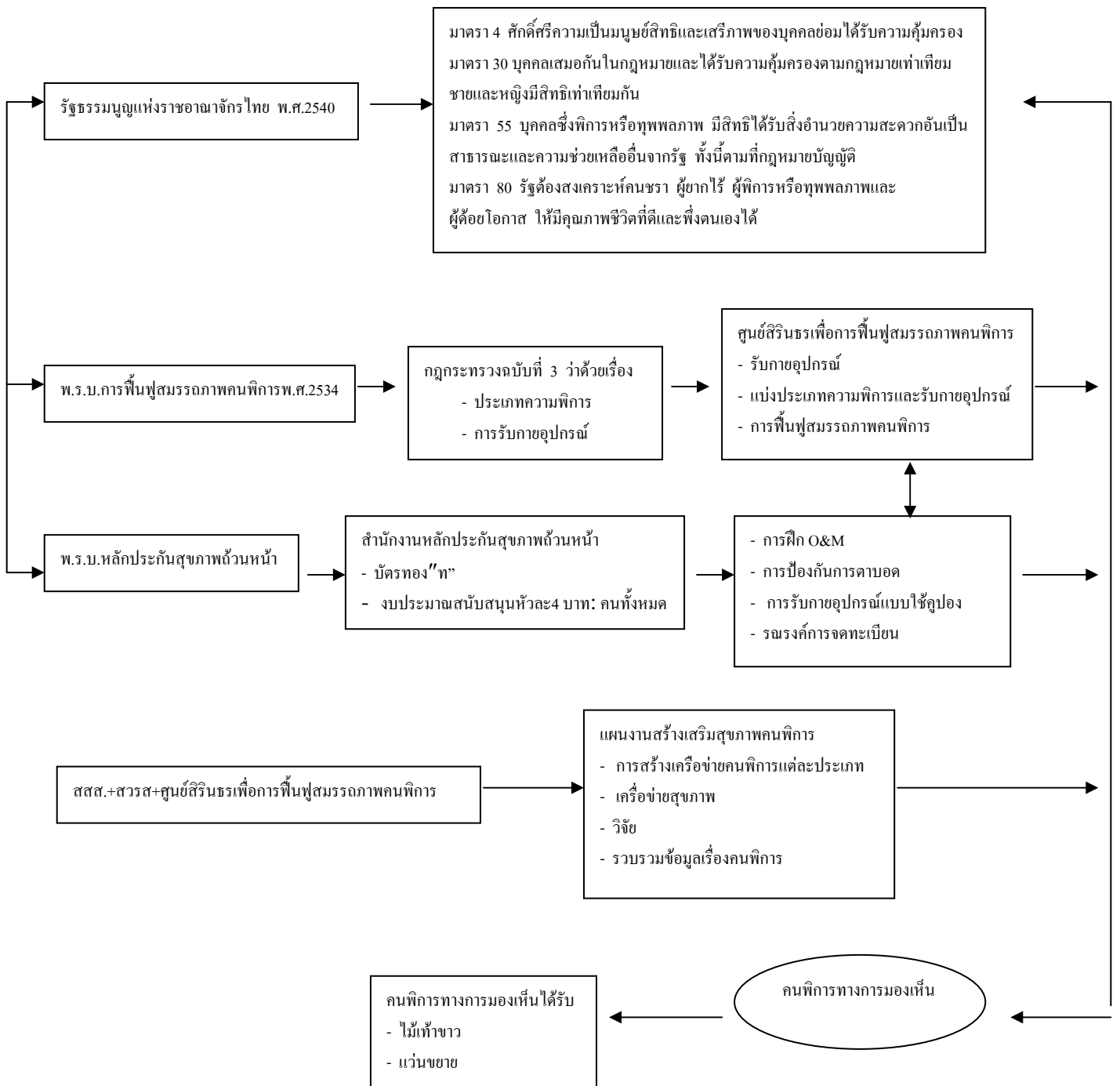
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

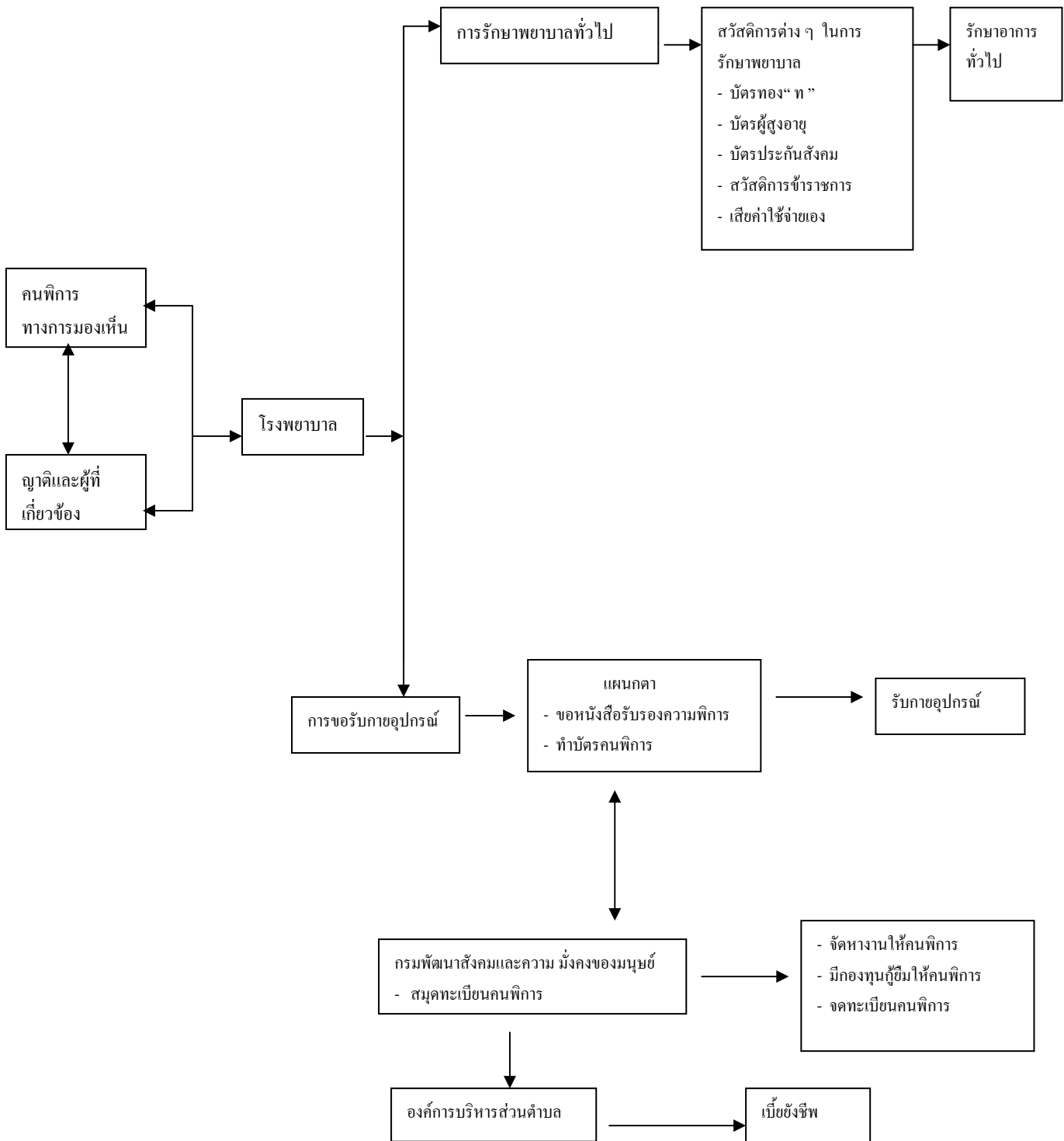
การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยในเชิงปริมาณ และคุณภาพโดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กฎหมาย นโยบาย แผนงานด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นและแนวคิด ความรู้ ความเข้าใจ ด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นของผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการ รวมถึงปัญหาของการใช้สิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น ความต้องการ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการรักษาสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น

เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2547 – เดือนมกราคม 2548 ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการทางการมองเห็น จำนวน 78 คน ญาติและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 234 คน หน่วยงานด้านสาธารณสุข จำนวน 47 แห่ง องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 80 แห่ง การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีตอบแบบสอบถามทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิดและการสังเกตสำหรับคนพิการทางการมองเห็น โดยผู้วิจัยอ่านคำถามแต่ละข้อและเขียนคำตอบของคนพิการทางการมองเห็นลงในแบบสอบถามปลายปิดและใช้วิธีอัดเทป ในส่วนญาติและผู้เกี่ยวข้อง องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ให้ตอบแบบสอบถามทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) และนำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์แบบปลายเปิดซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ จะจัดเป็นหมวดหมู่นำไปอธิบาย

สรุป อภิปรายรายงานผลการวิจัย

การศึกษากฎหมาย นโยบาย แผนงานด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นและแนวคิด ความรู้ ความเข้าใจ สุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นของผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการ รวมถึงสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพ ของคนพิการทางการมองเห็นนำมาสรุปและอภิปรายผลตามลำดับดังต่อไปนี้





แผนภูมิที่ 2 แสดงขั้นตอนการได้รับสิทธิของคนพิการทางการมองเห็น

5. การศึกษากฎหมาย นโยบาย แผนงานด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นแบ่งออกเป็น

5.1 กฎหมาย นโยบาย และกิจกรรมด้านสุขภาพของรัฐบาล

5.1.1 ด้านการรักษาพยาบาล

- การรักษาพยาบาลด้วยบัตรทอง (บัตรทองที่มี“ท” ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย)
- การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการแพทย์ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟู

สมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ฉบับที่ 3

สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

- แต่งตั้งคณะกรรมการประสานสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับคนพิการโดย
ปีงบประมาณ 2548 จัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลสุขภาพคนพิการจำนวน 188 ล้านบาท
- จัดตั้งศูนย์สิทธิประโยชน์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นเพื่อฟื้นฟู
สมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจของคนพิการให้ดีขึ้น และป้องกันไม่ให้เกิดความ
พิการซ้ำซ้อน นับเป็นการฟื้นฟูที่มีความสำคัญในลำดับแรก ๆ ที่คนพิการต้องได้รับตาม
พระราชกฤษฎีกาการแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2531
- จัดตั้งแผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย

ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรคของของกระทรวงการคลัง
ที่บริการกับราชการที่สามารถเบิกได้

- ตามประกาศสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยเรื่อง ประเภท และอัตราค่าอวัยวะเทียมและ
อุปกรณ์ในการบำบัดโรคกรณีทุพพลภาพ

นโยบาย แผนงาน และกิจกรรมด้านสุขภาพของเอกชน

- หลักเกณฑ์สวัสดิการด้านค่ารักษาพยาบาลผู้พิการที่รับสลากกินแบ่งรัฐบาล จากสภาสังคม
สงเคราะห์ฯ ไปจำหน่าย โดยนำใบเสร็จมาเบิกครั้งละไม่เกิน 1,000 บาท ยกเว้นกรณีที่มีค่าใช้จ่าย
ในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนเงินมากจะพิจารณาเป็นราย ๆ โดยให้การช่วยเหลือไม่เกิน 25,000
บาท เป็นการให้เปล่า 30 % ให้ยืม 70 %
- สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทยจ่ายค่ารักษาพยาบาลปีละไม่เกิน 1,500 บาท
- สมาคมศิษย์เก่าโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพฯ จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีละไม่เกิน 2,000 บาท
- สมาคมคนตาบอดชาวอีสานจ่ายค่ารักษาพยาบาลจำนวน 2,500 บาท
- สมาคมศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพและพัฒนาสมรรถภาพคนตาบอด ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตาม
ใบเสร็จรับเงิน แต่ไม่เกินปีละ 3,000 บาท

กีฬาที่ทางหน่วยงานรัฐบาลจัดให้กับคนพิการ ได้แก่

- การจัดแข่งขันกีฬาคนพิการแห่งประเทศไทยโดยสมาคมกีฬาคนพิการแห่งชาติจะจัดต่อจากกีฬาแห่งชาติ

กีฬาที่ทางหน่วยงานเอกชนจัดให้กับคนพิการ ได้แก่

- กีฬาที่ทางสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทยจัดให้มีโบว์ลิ่งสำหรับคนตาบอด การแข่งขันฟุตบอล 7 คน สำหรับเยาวชนคนตาบอดทุกปี

- การแข่งขันโกลบอล “โครงการแข่งขันโกลบอลชิงถ้วยรองนายกรัฐมนตรี จตุรงค์ ฉายแสง ประเภทชนะเลิศชาย และ คุณสุชาติ ตาลเจริญ ประเภทชนะเลิศหญิง โดยจัดทุกปี

อภิปรายผล

จากข้อมูลข้างต้น รัฐได้จัดตั้งกฎหมาย นโยบาย และแผนงาน ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ เพื่อที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และส่งเสริมให้คนพิการมีวิถีชีวิตอิสระที่พึ่งตนเองได้

ด้านสุขภาพ ในส่วนของคนพิการทางการมองเห็น รัฐบาลได้ส่งเสริมให้คนพิการทางการมองเห็นสามารถพึ่งตนเองได้ โดยจัดหาไม้เท้าขาว สำหรับคนที่ไม่สามารถที่จะมองเห็นได้ และแว่นขยายสำหรับคนสายตาเลือนราง ตามกฎกระทรวงฉบับที่ 3 ใน พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งอุปกรณ์ทั้งสองอย่างนี้ ช่วยให้คนพิการทางการมองเห็นได้ศึกษา ประกอบอาชีพ ใช้ชีวิตในสังคม อย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง กลุ่มคนพิการที่ได้รับกายอุปกรณ์ ข้างต้นนี้ จะประสบความสำเร็จได้ จะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะทางด้านการศึกษา แต่ยังมีคนพิการทางการมองเห็นที่รับไม้เท้าขาว และไม่สามารถจะใช้ได้ เพราะไม่เคยได้รับการฝึกในการใช้ไม้เท้าขาว จึงจำเป็นที่ภาครัฐจะต้องมีนโยบาย ในการจัดฝึกอบรมให้กับคนพิการทางการมองเห็นได้ฝึกการใช้ไม้เท้าขาว แต่สำหรับคนพิการทางการมองเห็นที่เป็นข้าราชการ และใช้สิทธิประกันสังคมไม่สามารถที่จะใช้สิทธิเบิกไม้เท้าขาวหรือแว่นขยายได้ เพราะจากประกาศและระเบียบที่ศึกษามาจะพบว่าเป็นการรักษาดวงตา หรือทำศัลยกรรมเท่านั้น ซึ่งไม่ได้คำนึงถึงผู้ประกันตนที่พิการ หากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและไม้เท้าขาวหรือแว่นขยายที่เหมาะสมกับสภาพจะสามารถกลับไปทำงานได้อีกครั้งหนึ่ง หากแก้ไขระเบียบของทางราชการ และประกาศของประกันสังคม ให้คนพิการทางการมองเห็น ได้รับแว่นขยาย ไม้เท้าขาว และการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว ส่วนงานราชการก็สามารถที่จะมีบุคลากรที่จะทำงานต่อไป กระทรวงแรงงานไม่ต้องจ่ายค่าทดแทน อันเนื่องมาจากการทำงาน จนเกิดความพิการให้กับคนพิการทางการมองเห็นเป็นเวลา 15 ปี

ในส่วนของการแข่งขันกีฬาและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นกีฬาที่ได้รับความนิยมสูงและมีการเล่นกันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะการฝึกทักษะประสาทสัมผัสที่เหลืออยู่ เช่น การนั่ง การเคลื่อนไหว ซึ่งกีฬาต่างๆจะมุ่งเน้นในด้านนี้ ได้แก่ การแข่งขัน โบว์ลิ่ง โกลบอล การวิ่ง ตีปิงปอง ฟุตบอล วอลเลย์บอล แต่หากเทียบการแข่งขันกีฬาของคนพิการทางการมองเห็น ในระดับนานาชาติโดยเฉพาะจากสหพันธ์กีฬาคนตาบอดนานาชาติ (IBSA) ซึ่งมีกีฬามากกว่า 10 ชนิดที่สนับสนุนให้คนพิการทางการมองเห็นได้เล่น แต่ในประเทศไทยยังไม่ส่งเสริม ได้แก่ ยูโด สกิ ดิกอล์ฟ ยิงปืน ยกน้ำหนัก ปั่นจักรยาน 2 ตอน ผู้เกี่ยวข้องควรจะส่งเสริมให้คนพิการทางการมองเห็นได้เล่นกีฬาทั้งหมดนี้หรือชนิดกีฬาอื่น โดยเฉพาะกีฬาพื้นบ้าน นอกจากจะช่วยให้มีสุขภาพดี มีทักษะต่างๆที่ดีซึ่งจะช่วยให้สังคมได้รู้ถึงศักยภาพของคนพิการทางการมองเห็นอีกด้วย

องค์กรเอกชน โดยเฉพาะที่มีสมาชิกอยู่ในสังกัด จะมีสวัสดิการให้กับคนพิการทางการมองเห็นที่เป็นสมาชิกของตน เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการแบ่งเบาภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่จะนำเงินมาใช้ในการรักษาพยาบาลตนเอง นอกจากจะให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล หน่วยงานเอกชนควรจะส่งเสริมให้สมาชิกได้ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเพื่อทำให้ร่างกายแข็งแรง ป้องกันความเจ็บป่วย จากข้อมูลข้างต้นมีเพียงไม่กี่หน่วยงานที่จัดให้มีการแข่งขันกีฬา โบว์ลิ่ง โกลบอล

5.1.2 การสำรวจข้อมูลของคนพิการทางการมองเห็นในการรักษาสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป

จากข้อมูลที่ได้รับมาสามารถให้ข้อวิจารณ์เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรได้ดังนี้

เพศของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่าการรักษาสุขภาพของเพศหญิงมีค่ามากกว่าการรักษาสุขภาพของเพศชาย(ร้อยละ 60.3 และร้อยละ 39.7 ตามลำดับ)

อายุของกลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างของอายุต่ำสุด 13 ปี และอายุสูงสุด 87 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 40.47 ปี

สถานภาพสมรสของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนมากเป็นโสดถึงร้อยละ 59.0 สมรสแล้วร้อยละ 39.7 เป็นหม้ายร้อยละ 1.3

สถานะภายในครอบครัวของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากร มีสถานะภายในครอบครัวเป็นลูกร้อยละ 43.6 เป็นผู้อาศัยร้อยละ 15.4 เป็นผู้นำครอบครัว ร้อยละ 15.4 และเป็นภรรยาร้อยละ 9.0

ระดับการศึกษาของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.3 ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 28.2 สำเร็จการศึกษาในระดับ

มัธยมศึกษาร้อยละ 16.7 สำเร็จการศึกษานุปริญญาหรือเทียบเท่าร้อยละ 2.6 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 1.3

ลักษณะความพิการของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรตาบอดสนิท ร้อยละ 56.4 และมีสายตาเลือนรางร้อยละ 43.6

สภาพความพิการของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่พิการแต่ ภายหลังร้อยละ 51.3 พิการแต่กำเนิดร้อยละ 48.7

สาเหตุความพิการของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก โรคต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันและรักษาได้ เช่น ต้อกระจก ต้อหิน ตาแดง ขาดวิตามิน ร้อยละ 50.0 เกิดจากประสาทตาเสื่อมและไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 14.10 เกิดจากอุบัติเหตุ/จากการบาดเจ็บร้อยละ 10.25 เกิดจากการเจ็บป่วยร้อยละ 7.6 และเกิดจากประสาทตาอักเสบร้อยละ 3.8

การจดทะเบียนของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ จดทะเบียนคนพิการแล้วร้อยละ 92.3 และยังไม่ได้จดทะเบียนคนพิการร้อยละ 7.7

สถานที่จดทะเบียนของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ จดทะเบียนคนพิการที่สมาคมตาบอดจังหวัดนครปฐมร้อยละ 55.0 จดทะเบียนที่สมาคมตาบอด จังหวัดศรีสะเกษร้อยละ 9.0 จดทะเบียนที่สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการร้อยละ 6.0 จดทะเบียน ที่สมาคมคนตาบอดจังหวัดนครราชสีมาร้อยละ 3.8 จดทะเบียนที่สมาคมตาบอดจังหวัดเพชรบุรีและ ชมรมคนตาบอดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ร้อยละ 2.6 กลุ่มประชากรบางส่วนจดทะเบียนที่ชมรม คนตาบอดจังหวัดต่าง ๆ อีกร้อยละ 1.3

การฝึกอาชีพของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรได้รับการฝึกอาชีพ ร้อยละ 53.8 มีกลุ่มประชากรเพียงร้อยละ 46.2 ไม่เคยได้รับการฝึกอาชีพ

สถานที่ฝึกอาชีพของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรร้อยละ 19.23 ฝึกอาชีพ ที่สมาคมตาบอดจังหวัดนครปฐม ฝึกอาชีพที่ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน ร้อยละ 11.5 ฝึกอาชีพที่ศูนย์พัฒนาอาชีพคนตาบอดปากเกร็ดและสมาคมคนตาบอด จังหวัดศรีสะเกษร้อยละ 3.8 กลุ่มประชากรบางส่วนฝึกอาชีพที่จังหวัดต่าง ๆ หรือจากกลุ่มฝึกอาชีพต่าง ๆ ร้อยละ 2.6 และร้อยละ 1.3 ตามลำดับ

การประกอบอาชีพของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 41.0 ประกอบอาชีพนวดแผนโบราณร้อยละ 26.9 ประกอบอาชีพ รับจ้างร้อยละ 14.1 ประกอบอาชีพค้าสลากกินแบ่งรัฐบาลและประกอบอาชีพต่าง ๆ ร้อยละ 15.4

ลักษณะที่อาศัยของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ ครอบครัวตนเองร้อยละ 64.2 อาศัยอยู่กับญาติร้อยละ 11.6 อาศัยอยู่ที่ศูนย์ฝึกอาชีพร้อยละ 19.2

และอาศัยอยู่บ้านเช่ามีร้อยละ 5.1

การเดินทางของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ต้องมีผู้นำทางถึงจะเดินทางได้ร้อยละ 57.7 เดินทางเองโดยใช้ไม้เท้าร้อยละ 30.8 เดินทางเองโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้าและผู้นำทางร้อยละ 10.3 มีเพียงร้อยละ 1.3 ที่ต้องมีผู้นำทางและต้องใช้ไม้เท้าในการเดินทาง

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลข่าวสารทางการฟังวิทยุร้อยละ 79.0 และรับรู้ข้อมูลข่าวสารโดยการฟังเสียง จากทีวีร้อยละ 29.0 ส่วนที่เหลือใช้วิธีการรับรู้ข่าวสารโดยวิธีอื่น ๆ เช่น ฟังเทป คนอ่านหนังสือให้ฟัง อ่านจากอักษรเบรลล์

การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 83.3 และร้อยละ 88.5 มีเพียงร้อยละ 16.7 และร้อยละ 11.5 ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ตามลำดับ กลุ่มประชากรส่วนใหญ่สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ซักผ้า ริดผ้า ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร ล้างชาม ซ็อบของใช้ประจำตัว กินยา และ ใช้จ่ายภายนอก มีเพียงบางส่วนที่ต้องให้ผู้อื่นช่วยดูแล เช่น การจ่ายตลาด

การรักษาพยาบาลของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ เคยได้รับการรักษาพยาบาลร้อยละ 94.9 มีเพียงร้อยละ 5.1 ไม่เคยได้รับการรักษาพยาบาล

สถานที่รักษาพยาบาลของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลร้อยละ 78.2 ส่วนที่เหลือไปรักษาพยาบาลตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น คลินิก สถานีอนามัย หายามาทานเอง

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ใช้บัตรทองนารักษาพยาบาลร้อยละ 52.6 และเสียค่าใช้จ่ายเองร้อยละ 15.4 ส่วนที่เหลือใช้สวัสดิการอื่น ๆ เช่น สมุดคนพิการ บัตรทองควบคู่กับสมุดคนพิการ บัตรผู้สูงอายุ บัตรประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ

การเดินทางไปรักษาพยาบาลของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีคนพาไปรักษาพยาบาลร้อยละ 83.3 มีเพียงร้อยละ 11.5 ที่เดินทางไปรักษาพยาบาลเอง

การไปรับกายอุปกรณ์ของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ไม่เคยไปรับกายอุปกรณ์จากโรงพยาบาลร้อยละ 88.3 มีเพียงร้อยละ 11.5 ที่เคยไปรับกายอุปกรณ์จากโรงพยาบาล

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องกายอุปกรณ์ของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องกายอุปกรณ์จากสถานพยาบาลร้อยละ 5.1 มีเพียงร้อยละ 1.3 ที่รับรู้ข่าวสารจากเพื่อนและจากสมาคมตาบอด มีกลุ่มประชากรที่ไม่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องกายอุปกรณ์เพราะ ไม่มีคนแนะนำ ไม่อยากใช้ ไม่ต้องใช้ ไม่มีเวลาไปปรับกายอุปกรณ์ กายอุปกรณ์หมดเวลาที่จะไปปรับ

การออกกำลังกายของกลุ่มประชากร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 25.6 ออกกำลังกายโดยวิธีเดิน ออกกำลังกายโดยกายบริหารร้อยละ 17.9 ออกกำลังกายโดยทำงานบ้านร้อยละ 11.5 ออกกำลังกายโดยการเปิดเพลงเดินร้อยละ 10.3 ส่วนที่เหลือออกกำลังกายโดยวิธีต่าง ๆ เช่น วิ่งอยู่กับที่ บิบบ นวด เล่นกีฬาต่าง ๆ ถีบจักรยาน โยคะ เข้าโรงยิม มีเพียงร้อยละ 5.1 ไม่เคยออกกำลังกาย

อภิปรายผล

1. เพศ อายุ สถานะภายในครอบครัว สถานภาพสมรส การศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้การดูแลสุขของคนพิการทางการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางลักษณะประชากรคือ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และสถานะภายในครอบครัว โดยผู้พิการทางการมองเห็นที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ได้รับการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้พิการทางการมองเห็นที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีลงมา ซึ่งอาจเป็นเพราะอยู่ในช่วงวัยที่บรรลุนิติภาวะมีความเป็นผู้ใหญ่ และมีความรับผิดชอบต่อตนเอง และครอบครัวมากขึ้นจะเห็นว่าเพศหญิงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชายเพราะผู้หญิงจะกังวลเกี่ยวกับความสวยงามของรูปร่าง มีความวิตกกังวลขาดความสุขในชีวิตสมรสและมีแนวโน้มของความหวาดกลัวต่างๆ จึงทำให้ต้องพยายามดูแลตนเองให้ได้เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระของผู้อื่น ผู้พิการทางการมองเห็นที่มีอายุมากขึ้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองน้อยลงหรือหมายความว่าผู้พิการที่มีอายุมากขึ้น จะดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยและผู้พิการทางการมองเห็นที่มีสถานภาพสมรสแล้ว จะได้รับการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสดทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่สมรสแล้วมักจะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคู่สมรส มีผู้ให้คำปรึกษา มีกำลังใจ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า กลุ่มผู้พิการทางการมองเห็นที่เป็นโสด หม้าย มักขาดคนดูแลและให้กำลังใจ จึงพบว่าผู้พิการทางการมองเห็นยังคงได้รับความเห็นใจและช่วยเหลือจากญาติ พี่น้องและสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก ในขณะที่ผู้พิการทางการมองเห็นที่มีสถานภาพสมรสจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรสสังเกตได้ว่า แม้นบุคคลจะมีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันออกไปจึงอาจส่งผลไปสู่พัฒนาการด้านการปรับตัวและวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่มีความใกล้เคียงกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาของผู้พิการทางการมองเห็นที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำกว่า และจากการศึกษาผู้พิการทางการมองเห็นที่มีระดับการศึกษาสูงทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา มีความเข้าใจในแผนการรักษา เพื่อนำมาตอบคำถามให้แก่ตนเองว่าจะปฏิบัติอย่างไร ซึ่งการแสวงหาความรู้นั้นก็มิโอกาสที่จะกระทำได้ทั้งโดยการอ่านหรือผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาโดยเฉพาะผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออก ย่อมใช้เวลาในการศึกษาหาความรู้ และต้องใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างลองผิดลองถูก ทั้งยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในการอ่านให้ฟังซึ่งบางครั้งเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้นน้อยมากหรือเกิดความเข้าใจที่ผิดพลาด

2. สภาพความพิการ

จากการสังเกตคนพิการทางการมองเห็น สามารถแบ่งผู้พิการทางการมองเห็นได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้พิการทางการมองเห็นแต่กำเนิดและพิการภายหลัง สำหรับผู้ที่พิการทางการมองเห็นแต่กำเนิดมีหลายสาเหตุ เช่นบางคนเป็นด้อกระจกแต่กำเนิด ผู้พิการทางการมองเห็นแต่กำเนิดส่วนมากแล้วจะไม่รู้ถึงสาเหตุของความพิการทางการมองเห็น เพราะเกิดมาก็พิการแล้ว บางรายก็โทษว่าเป็นเวรกรรม เกิดมาใช้กรรมเก่าที่สร้างแต่ชาติปางก่อน ทำให้ชาตินี้ถึงได้พิการ บางคนก็เชื่อว่าเป็นเกิดเพราะกรรมพันธุ์เพราะพี่ ๆ หรือญาติผู้แต่ส่วนใหญ่แล้วไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริง ผู้พิการทางการมองเห็นแต่กำเนิดจะไม่ค่อยมีผลกระทบทางด้านจิตใจมากนัก เพราะความรู้สึกชินต่อการดำเนินชีวิตที่ไม่ได้ใช้สายตา และสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป ส่วนผู้พิการทางการมองเห็นในภายหลังพบว่ามักจะเกิดเนื่องจากโรค เช่น ตาแดง ด้อกระจก ต้อหิน นอกจากนี้ยังมีอีกหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากอุบัติเหตุที่มากกระทบโดยตรงกับดวงตา หรือเส้นประสาทตา ซึ่งผู้พิการทางการมองเห็นในวัยผู้ใหญ่จะส่งผลกระทบทางด้านจิตใจสูง เสียใจเศร้าใจ ท้อแท้และสิ้นหวัง มักจะมีความวิตกกังวลในเรื่องอนาคต การปรับตัว การยอมรับสภาพความพิการซึ่งต้องอาศัยเวลานานในการทำใจ และต้องอาศัยกำลังใจจากคนรอบข้างสูง ต้องตกอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา สอดคล้องกับงานวิจัยของซิลเตอร์ ที่กล่าวว่ากลุ่มคนพิการทางการมองเห็นภายหลังเป็นการยากที่จะให้เกิดความสมบูรณ์ในทางจิตใจให้เหมือนเดิมและจะเป็นปัญหาทางประสบการณ์ชีวิต และปัญหาทางอารมณ์มาเกี่ยวข้องด้วย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงงานเปลี่ยนแปลงอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพความพิการ และการหางานที่ผู้พิการทางการมองเห็นสามารถทำได้ ความมั่นใจในตนเองที่จะออกสู่สังคมและการปรับตัวเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ส่วนคนพิการแต่กำเนิดสามารถดำรงชีวิตได้เช่นคนปกติแต่จะมีน้อยใจบ้าง ที่ไม่สามารถมองเห็นดังเช่นคนปกติการใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านหรือใน

ชุมชนสามารถเดิน โดยไม่ต้องใช้ไม้เท้าเพราะความคุ้นเคยกับสถานที่ ความคุ้นเคยกับคนในหมู่บ้าน จึงทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกถึงความแตกต่างกับคนทั่วไป แต่ถ้าต้องไปไหนไกล ๆ ต่างถิ่นก็ต้องอาศัยไม้เท้า เพราะความ ไม่เคยชินเพื่อหลบหลีกสิ่งกีดขวางและหลบหลุมบ่อส่วนคนที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจ ใส่มาก็คือกลุ่มคนที่ญาติไม่ยอมให้ออกมาใช้ชีวิตภายนอกให้อยู่แต่พละในบ้าน จะต้องได้รับการฝึกไม้เท้าและการเดินทาง จะต้องใช้ความพยายามออกสู่สังคมให้มากขึ้น ต้องพยายามปรับตัวเพื่อจะใช้ ชีวิตอยู่ในสังคมเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป กรณีนี้เป็นภาระหนักกับสังคม หากญาติไม่ยอมให้คน พิการทางการมองเห็นที่มีอายุน้อยหรือเริ่มต้นพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางการศึกษา อาชีพ และสังคม เพราะจะมีปัญหาด้านความพิการซ้ำซ้อนตามมา ปัญหาสุขภาพจิต เกิดความเครียด และไม่รู้จักทักษะการดำรงชีวิต ดังนั้นญาติผู้เกี่ยวข้อง ชุมชน ควรจะหาทางให้คนพิการทางการ มองเห็นได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่เกิดหรือแรกพบเพื่อจะให้ไม่เกิดปัญหาสังคมต่อไป

3. สิทธิในฐานะคนพิการ

การจดทะเบียนของคนพิการทางการมองเห็นส่วนใหญ่ ผู้พิการทางการมองเห็นจะ จดทะเบียนอยู่ในจังหวัดนครปฐมแต่ก็ยังมีบางส่วนที่จดทะเบียนตามสถานที่ต่างๆ แล้วเดินทางเข้า มาประกอบอาชีพอยู่ในจังหวัดนครปฐม นอกจากนี้ยังมีคนพิการทางการมองเห็นบางส่วน ที่ยังตกการสำรวจของเจ้าหน้าที่และยังไม่ได้รับการจดทะเบียนคนพิการจึงทำให้คนพิการเหล่านี้ไม่ ทราบประโยชน์และสิทธิที่จะได้รับเมื่อจดทะเบียนคนพิการแล้ว

จากการสัมภาษณ์ผู้พิการทางการมองเห็นส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้พิการทางการ มองเห็นที่ไม่ได้ประกอบอาชีพสาเหตุเกิดจากการมองไม่เห็น และคิดว่าไม่สามารถที่จะทำอะไรได้ ผู้พิการมองเห็นกลุ่มนี้จะอาศัยอยู่กับครอบครัวซึ่งครอบครัวมีความพร้อมในการเลี้ยงดู แต่ผู้พิการ ทางการมองเห็นทุกคนต้องการมีอาชีพไว้เพื่อหาเลี้ยงตนเอง ไม่ชอบอยู่เฉย ๆ โดยไม่ได้ทำอะไร การมีอาชีพของผู้พิการทางการมองเห็นไม่เพียงต้องการให้สังคมยอมรับเท่านั้น แต่ยังหมายถึงความ สามารถในการประกอบอาชีพ การดำรงชีวิต และความสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องอาศัย บุคคลอื่น ซึ่งผู้พิการทางการมองเห็นบางคนไม่เพียงต้องดูแลตนเองเท่านั้นยังต้องมีภาระเลี้ยงดู ครอบครัว อีกทั้งหนี้สินที่ต้องรับผิดชอบ

นอกจากนี้ผู้พิการทางการมองเห็นที่ได้รับการศึกษา และได้รับการฝึกอาชีพ มีความเข้าใจ ถึงการปรับตัวเข้ากับสังคม รู้จักปรับปรุงบุคลิกภาพและมารยาททางสังคม สภาพพื้นฐานความรู้ ฐานะทางครอบครัว การประกอบอาชีพของผู้พิการทางการมองเห็นตามสภาพของแต่ละบุคคล

ในส่วนของ การฝึกอาชีพให้กับคนพิการทางการมองเห็น มีหลายหน่วยงานที่ให้ความ ช่วยเหลือ เพื่อที่จะให้ผู้พิการทางการมองเห็นสามารถนำความรู้เหล่านี้ไปประกอบอาชีพ แต่ก็ยังมี

ผู้พิการทางการมองเห็นที่ไม่ได้รับการฝึกอาชีพจากหน่วยงานต่าง ๆ เนื่องจากไม่ทราบสถานที่ฝึกอาชีพ ไม่กล้าเดินทางออกจากบ้าน กลัวการเดินทาง ทางครอบครัวไม่อนุญาตให้ไป จึงทำให้ผู้พิการทางการมองเห็นเหล่านี้ไม่กล้าที่จะตัดสินใจเองจึงทำให้ต้องเป็นภาระของบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ถึงแม้ปัจจุบันผู้พิการทางการมองเห็นจะสามารถรับบริการด้านต่างๆ มากมายข้างต้นแต่ก็ยังมีผู้พิการทางการมองเห็นเป็นจำนวนมากที่ยังตกสำรวจและไม่ทราบสิทธิที่ตนมีรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มิให้บริการยังคงมีข้อจำกัดในการให้บริการ เช่น ขาดแคลนบุคลากร งบประมาณ ระบบการทำงานยังไม่คล่องตัว และวิกฤติเศรษฐกิจที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ผู้พิการทางการมองเห็นส่วนใหญ่ไม่สามารถได้รับการอย่างทั่วถึง

4. สิทธิทางด้านสุขภาพของผู้พิการทางการมองเห็น

ผู้พิการทางการมองเห็นมักจะประสบปัญหาในการติดต่อขอรับบริการ และบางคนให้ข้อมูลว่า เกี่ยวกับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ว่าตนไม่เคยได้รับข้อมูลอะไรเลย เมื่อเจ็บป่วยก็จะรักษาพยาบาลกันเอง เมื่อมีเงินถึงจะเข้าโรงพยาบาลและจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองหมด เนื่องจากไม่ทราบข้อมูลการขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานใด ๆ เลย นอกจากนี้ผู้พิการทางการมองเห็นบางคนประสบปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะในด้านการรักษาพยาบาล เมื่อตนใช้บัตรประจำตัวคนพิการ บัตรทอง ตนจะไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่คืนกและคิดเอาเองว่า ยาที่รับมีคุณภาพต่ำกว่ากรณีที่เสียเงินและบัตรประจำตัวคนพิการ บัตรทองไม่สามารถใช้ได้ครอบคลุมในทุกสถานพยาบาลจึงไม่ค่อยได้ใช้บัตรในการติดต่อ ผู้พิการทางการมองเห็นที่มีฐานะดีและมีญาติที่ใส่ใจดูแลจะหันไปรักษาพยาบาลตามคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากได้รับบริการที่ไม่ดีจากสถานพยาบาลบางแห่งทำให้เลือกที่จะใช้บริการตามใจตนเอง ขาดการประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจน ทำให้ผู้ใช้บัตรไม่แน่ใจหรือไม่เข้าใจว่าจะใช้ประโยชน์จากบัตรอย่างไร ใช้ได้ในกรณีใดบ้าง บางคนไม่ประสงค์จะใช้เพราะสามารถใช้บัตรประกันสังคมได้และมีสวัสดิการจากรัฐในกรณีรับราชการ

ถึงแม้ว่าปัจจุบันผู้พิการทางการมองเห็นสามารถรับบริการด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ต่อไปในอนาคตหากประเทศไทยยังประสบปัญหาด้านวิกฤติเศรษฐกิจอยู่ งบประมาณด้านการรักษาพยาบาลที่ได้รับจัดสรรจากรัฐบาลถูกตัดทอนลง อาจไม่สามารถให้บริการด้านการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง เพราะฉะนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการให้ข้อมูลที่คนพิการทางการมองเห็นสามารถเข้าถึง ดังนั้นจึงต้องการคำแนะนำเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้การดูแลรักษาความสะอาดร่างกายของผู้พิการทางการมองเห็นส่วนใหญ่ผู้พิการทางการมองเห็นสามารถทำเองได้โดยไม่ต้องพึ่งญาติเนื่องจากมีความเคยชินในการดูแลทำความสะอาด

ร่างกายและทำทุกอย่างด้วยตนเอง จึงไม่เป็นภาระของญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ก็มีบางรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจากบางคนพิการภายหลัง จึงทำให้ไม่สามารถที่จะปรับตัวได้จึงเป็นภาระกับญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่ต้องช่วยเหลือ และมีความต้องการที่จะให้มีหน่วยงานให้คำปรึกษา คำนะนำญาติและตนเองในการดูแลใช้ชีวิตและทัศนคติชุมชนแก่คนพิการทางการมองเห็น

กลุ่มคนที่ดื่มน้ำสุราและสูบบุหรี่มีจำนวนน้อยเพราะบางส่วนญาติบังคับไม่ให้เสพสิ่งเสพติดเหล่านี้ และบางส่วนก็ทราบข้อมูลที่หน่วยงานราชการได้รณรงค์ผ่านสื่อวิทยุซึ่งเป็นสิ่งที่คนพิการทางการมองเห็นรับรู้ได้เต็มร้อยเปอร์เซ็นต์

ฉะนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจรรจนรงค์ในประเด็นนี้ต่อไป เพราะจากการสังเกตของผู้วิจัยกับกลุ่มคนพิการทางการมองเห็นนอกเขตพื้นที่เก็บข้อมูล โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพฯ ยังมีกลุ่มคนพิการทางการมองเห็นดื่มน้ำสุราและสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก

ในส่วนเรื่องการเดินทางไปรักษาพยาบาลผู้พิการทางการมองเห็นส่วนใหญ่ต้องให้ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องพาไปรักษาพยาบาล เนื่องจากการเดินทางออกจากบ้านไปสถานพยาบาลต่างๆ มีสภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการเดินทาง บางแห่งมีที่อยู่ตามฟุตบอลทางคนเดินไปตกท่อไปก็มี จึงทำให้คนพิการทางการมองเห็นไม่อยากจะเดินทางไปรักษาพยาบาลเอง

5. วิถีชีวิตของคนพิการทางการมองเห็น

จากการสัมภาษณ์คนพิการทางการมองเห็น พบว่า ส่วนใหญ่เวลาเดินทางไปสถานที่ต่างๆ ต้องมีผู้นำทางถึงจะเดินทางไปได้ เนื่องญาติไม่กล้าที่จะปล่อยให้ไปตามลำพัง ส่วนใหญ่คนพิการทางการมองเห็นจะพักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจะฟังจากวิทยุ และติดตามจากโทรทัศน์ แต่คนที่ไม่ได้อาศัยกับครอบครัวจะไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ดังนั้นเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม ได้อย่างเท่าเทียมกัน มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี ควรจะส่งเสริมหรือสนับสนุนให้คนพิการทางการมองเห็นได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารตามความถนัดของตนเอง หรือร่วมกิจกรรมพบกลุ่มกับเพื่อนที่มีสภาพชีวิตเช่นเดียวกัน

การออกกำลังกายเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีชนิดหนึ่ง เพราะจะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพ สำหรับคนพิการทางการมองเห็น การออกกำลังกายจะส่งเสริมให้มีระบบร่างกายที่แข็งแรง ประสาทสัมผัสมีความไวต่อการรับรู้ จากข้อมูลที่ได้มาพบว่า ส่วนใหญ่จะออกกำลังกายตามสภาพของที่อยู่อาศัย ในชุมชนขอให้ได้ขยับร่างกายก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกายแล้ว บางส่วนไม่กล้าที่จะออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม เพราะญาติเกรงจะได้รับอุบัติเหตุและเกิดความล้าช้ำที่ชุมชน

ชอบมอง ผู้เกี่ยวข้องควรจะส่งเสริมให้ได้ออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง การเดิน กายบริหาร ซึ่งอาจจะให้ทำเอง หรือร่วมกับบุคคลทั่วไปในชุมชน เพราะหากสุขภาพกายดีย่อมจะส่งผลให้สุขภาพจิตดีตามมาด้วย

5.1.3 การสำรวจข้อมูลของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็นในการรักษาสุขภาพ ข้อมูลทั่วไปของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็น

จากข้อมูลที่ได้รับมาสามารถให้ข้อวิจารณ์เกี่ยวกับแนวคิดทั่วไปของกลุ่มประชากรได้ดังนี้

ความสัมพันธ์กับคนพิการ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 14.1 มีความสัมพันธ์เป็นแม่ของคนพิการ ร้อยละ 11.5 เป็นญาติกับคนพิการ ส่วนที่เหลือมีความสัมพันธ์กับคนพิการเช่น เป็น พี่ ภรรยา ลูก พ่อ สามีน้อง หลาน อา ป้า ลุง ผู้นำชุมชน น้ำ มีเพียงร้อยละ 0.4 ที่มีความสัมพันธ์กับคนพิการเป็นครู น้องเขย อาสาสมัคร และผู้อำนวยการศูนย์ฯ

การพาคนพิการไปรักษาพยาบาล จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่เคยพาคนพิการไปรักษาพยาบาลร้อยละ 73.1 มีเพียงร้อยละ 26.9 ไม่เคยพาคนพิการไปรักษาพยาบาล

การใช้บัตรทองของคนพิการ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ทราบเรื่องการใช้บัตรทองของคนพิการร้อยละ 95.3 มีเพียงร้อยละ 4.7 ที่ไม่ทราบเรื่องการใช้บัตรทองสำหรับคนพิการ

ข้อมูลการรับกายอุปกรณ์ของคนพิการ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ไม่ทราบเรื่องการไปรับกายอุปกรณ์ของคนพิการจากโรงพยาบาลร้อยละ 74.8 มีเพียงบางส่วนที่ทราบเรื่องการไปรับกายอุปกรณ์ของคนพิการจากโรงพยาบาลร้อยละ 25.2

การรักษาสุขภาพร่างกายของคนพิการ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่คิดว่าคนพิการสามารถดูแลทำความสะอาดร่างกายได้ร้อยละ 92.0 ส่วนที่เหลือคิดว่าคนพิการสามารถซักผ้า ล้างซาม กินยา ทำความสะอาดบ้าน ใช้จ่ายภายนอก ทำอาหาร ไปพบแพทย์ ซึ่ของใช้ประจำตัว รีดผ้า และจ่ายตลาดเองได้

การออกกำลังกายของคนพิการ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ทราบว่า คนพิการสามารถออกกำลังกายโดยวิธีวิ่งตามผู้นำทางโดยการจับเชือกหรือจับข้อศกร้อยละ 13.7 และใช้อุปกรณ์ในห้องออกกำลังกายร้อยละ 13.2 ส่วนที่เหลือออกกำลังกายโดยวิธีว่ายน้ำ ยกน้ำหนัก กระโดดเชือก ปั่นเขา ปั่นจักรยาน 2 ตอนโดยอยู่ข้างหลังผู้ที่มีสายตามองเห็น ยูโด เล่นโบว์ลิ่ง เล่นปิงปอง ตีกอล์ฟ เป็นต้น

อภิปรายผล

แนวคิดของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็น

จากการศึกษาพบว่า ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็นส่วนใหญ่ จะเป็นแม่คอยดูแลและพาไปโรงพยาบาล โดยญาติและผู้ปกครองจะใช้สวัสดิการบัตรทอง (ที่มีอักษร ท) ไปรักษาพยาบาลแต่ก็ยังมีญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องบางส่วนที่ไม่ทราบเรื่องการใช้บัตรทอง (ที่มีอักษร ท) และไม่เคยพาคนพิการทางการมองเห็นไปรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังเห็นว่าคนพิการทางการมองเห็นสามารถดูแลรักษาสุขภาพร่างกายเองได้ รวมถึงยังคิดว่าสามารถออกกำลังกายได้ เนื่องจากกลุ่มที่อาศัยอยู่กับครอบครัวได้รับความเอาใจใส่ดูแลในสุขภาพ ทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง แต่การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องการไปรับกายอุปกรณ์จากโรงพยาบาลยังขาดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาช่วย ให้ข้อมูลกับญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบถึงข้อมูล สวัสดิการที่คนพิการทางการมองเห็นพึงจะได้รับ จากข้อมูลที่ได้ศึกษา ญาติ ผู้เกี่ยวข้องและคนพิการทางการมองเห็นมีความขัดแย้ง ในประเด็นของการพึ่งตนเอง ญาติ ผู้เกี่ยวข้อง คิดว่า คนพิการทางการมองเห็น ไม่สามารถที่จะทำอะไรได้แต่ตัวของคนพิการทางการมองเห็นเอง ต้องการที่จะทำอะไรด้วยตนเอง ซึ่งจะเกิดความขัดแย้งและความไม่เข้าใจในครอบครัว ก่อให้เกิดความรู้สึกมีปมด้อยสอดคล้องกับทฤษฎีของอัลเฟรด แอดเลอร์ ที่กล่าวว่า สภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงจะก่อให้เกิดความรู้สึกมีปมด้อย แล้วจะเกิดความกังวลขึ้นมีความละอาย จึงต้องพยายามหาความรู้สึกเด่นขึ้นมาแทน

5.1.4 การสำรวจข้อมูลของหน่วยงานด้านสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลและ

สถานีนอนามัยเกี่ยวกับคนพิการทางการมองเห็น

ข้อมูลทั่วไปของหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับคนพิการทางการมองเห็น

จากข้อมูลที่ได้รับมาสามารถให้ข้อวิจารณ์เกี่ยวกับแนวคิดเรื่องการออกกกำลังกาย นโยบายสวัสดิการด้านสุขภาพและคำแนะนำต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย ที่มีต่อคนพิการทางการมองเห็น

สถานที่ออกกำลังกายสำหรับประชาชน จากการศึกษพบว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ทางโรงพยาบาลและสถานีนอนามัยมีสถานที่ออกกำลังกายสำหรับประชาชน เป็นสนามกีฬาร้อยละ 45.8 สนามเดินแอโรบิค ร้อยละ 39.6 เป็นห้องออกกำลังกาย ร้อยละ 10.4 และ ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายให้กับประชาชน ร้อยละ 4.2

การออกกำลังกายของคนพิการ จากการศึกษพบว่าทางหน่วยงานด้านสาธารณสุขคิดว่าคนพิการทางการมองเห็นสามารถออกกำลังกายได้ ร้อยละ 95.8 ไม่สามารถออกกำลังกายได้ ร้อยละ 4.2 ที่ออกกำลังกายได้เพราะ มีสถานที่เฉพาะในการออกกำลังกาย ร้อยละ 12.5

เป็นกีฬาที่เหมาะสม ร้อยละ 4.2 ใช้วิธีที่เหมาะสมกับความพิการ ต้องมีผู้นำในการออกกำลังกาย และร่างกายส่วนอื่น ๆ ยังสามารถใช้งานได้ ร้อยละ 2.1

นโยบาย แผนงาน งบประมาณด้านสุขภาพของคนพิการ จากการศึกษาพบว่าทางหน่วยงานด้านสาธารณสุข มีนโยบายด้านสุขภาพ ร้อยละ 81.3 ไม่มีนโยบายด้านสุขภาพ ร้อยละ 18.7 ทางโรงพยาบาลและสถานีนอนามัยจัดให้มีนโยบายการวางแผนด้านการรักษาพยาบาล ร้อยละ 31.3 อำนวยความสะดวกที่จอดรถ ที่นั่งพัก ห้องน้ำ ร้อยละ 16.7 การดูแลเยี่ยมบ้านคนพิการ ร้อยละ 10.4 มีนโยบายขึ้นทะเบียนคนพิการแต่ไม่มีงบประมาณ ร้อยละ 8.3 ให้การสนับสนุนวัสดุครุภัณฑ์และมีการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 4.2 มีการส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกาย และให้ความร่วมมือสนับสนุนการดำเนินงาน/กิจกรรม ร้อยละ 2.1

สวัสดิการด้านสุขภาพของคนพิการ จากการศึกษาพบว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลฟรี ร้อยละ 41.3 มีที่จอดรถ ห้องน้ำ ทางขึ้น – ลง สำหรับคนพิการ ร้อยละ 25.0 ผู้พิการที่มีบัตรคนพิการจะได้รับบริการด้านการรักษาสุขภาพฟรี ร้อยละ 16.7 ส่วนสวัสดิการอื่น ๆ เช่น มีหน่วยงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางสายตา มีเพียงร้อยละ 8.3 ไม่มีสวัสดิการด้านสุขภาพเนื่องจากไม่มีคนพิการในโรงพยาบาลเข้าร่วมทำงาน

การให้ความรู้และคำแนะนำสำหรับคนพิการ จากการศึกษาพบว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่ให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป ร้อยละ 41.7 และมีจักษุแพทย์ เป็นผู้แนะนำ ร้อยละ 16.7 ให้คำปรึกษาตามโรคของคนพิการ แนะนำเรื่องการจดทะเบียนคนพิการ พร้อมกับให้อุปกรณ์ช่วยเหลือ มีเพียงร้อยละ 16.7 ไม่มีคำแนะนำเนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

5.1.5 การสำรวจข้อมูลขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นซึ่งประกอบไปด้วยเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลเกี่ยวกับคนพิการทางการมองเห็น

ข้อมูลทั่วไปของเทศบาลกับคนพิการทางการมองเห็น

จากข้อมูลที่ได้รับมาสามารถให้ข้อวิจารณ์เกี่ยวกับแนวคิดเรื่องการออกกำลังกาย นโยบายสวัสดิการด้านสุขภาพและคำแนะนำต่าง ๆ ที่ทางองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีต่อคนพิการทางการมองเห็น

สถานที่ออกกำลังกายสำหรับประชาชน จากการศึกษาพบว่าองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่ มีสถานที่ออกกำลังกายให้กับประชาชน ร้อยละ 45.5 เป็นสนามกีฬาต่าง ๆ ร้อยละ 16.9 เป็นลานเดินแอโรบิค ร้อยละ 14.3 เป็นลานออกกำลังกาย ร้อยละ 11.7 เป็นสนามอเนกประสงค์ทั่วไป ร้อยละ 5.2 เป็นสวนสุขภาพ และ ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายเฉพาะคนพิการ ร้อยละ 6.5

การออกกำลังกายของคนพิการ จากการศึกษาพบว่าองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่คิดว่าคนพิการทางการมองเห็นสามารถออกกำลังกายได้ ร้อยละ 96.1 ออกกำลังกายไม่ได้

ร้อยละ 3.9 ทางองค์การบริหารส่วนตำบลคิดว่าต้องเป็นการออกกำลังกายที่เป็นลักษณะกายบริหาร ร้อยละ 6.5 เป็นกีฬาที่เหมาะสม ร้อยละ 5.2 เป็นกีฬาที่ต้องใช้เสียง ร้อยละ 3.9 บอกให้ปฏิบัติตาม ร้อยละ 1.3

นโยบาย แผนงาน งบประมาณด้านสุขภาพของคนพิการ จากการศึกษาพบว่าองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ มีนโยบายด้านสุขภาพ ร้อยละ 72.7 ไม่มีนโยบายด้านสุขภาพ

ร้อยละ 24.7 ไม่ตอบคำถาม ร้อยละ 2.6 นโยบายที่องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีได้แก่ สนับสนุนเบี้ยยังชีพให้กับคนพิการ ร้อยละ 51.9 มีงบประมาณถ่ายโอนจากรัฐ ร้อยละ 7.8 ส่งเสริมให้คนพิการมีสุขภาพที่แข็งแรง ร้อยละ 5.2 จัดโครงการตรวจสุขภาพฟรี ร้อยละ 3.9 มีการสำรวจทำทะเบียนคนพิการไว้ ร้อยละ 2.6 มีการจัดบริการทางการแพทย์ การจัดซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่คนพิการและอยู่ระหว่างการดำเนินงาน ร้อยละ 1.3

สวัสดิการด้านสุขภาพของคนพิการ จากการศึกษาพบว่าองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ จัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้กับคนพิการทางการมองเห็นได้แก่ สนับสนุนเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 57.1 ไม่มีสวัสดิการด้านสุขภาพ ร้อยละ 10.4 มีงบประมาณถ่ายโอนจากรัฐและจัดสวัสดิการช่วยเหลืออุปโภค-บริโภค ร้อยละ 7.8 ไม่ตอบคำถาม ร้อยละ 6.5 กำลังดำเนินการช่วยเหลือคนพิการ การจัดให้มีกองทุนช่วยเหลือคนพิการ มีออกสำรวจคนพิการในพื้นที่พร้อมให้การช่วยเหลือ และตั้งงบประมาณ เงินอุดหนุนสำหรับคนพิการ ร้อยละ 2.6

การให้ความรู้และคำแนะนำสำหรับคนพิการ จากการศึกษาพบว่าองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นไม่มีคำแนะนำให้กับคนพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 20.8 แนะนำเรื่องสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ ร้อยละ 14.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ร้อยละ 12.9 ร่วมมือกับสาธารณสุขในการดูแลคนพิการ ร้อยละ 6.5 แนะนำให้ไปจดทะเบียนคนพิการที่โรงพยาบาลและอบรมให้ความรู้และส่งเสริมอาชีพ ร้อยละ 5.2 ไม่มีคนพิการในพื้นที่ ร้อยละ 3.9 สนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้พิการ บุคลากรยังไม่มีความรู้ที่จะแนะนำ การประสานงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ และยังไม่ได้ดำเนินการ ร้อยละ 2.6 แนะนำให้ไปหาจักษุแพทย์ ร้อยละ 1.3

อภิปรายผล

แนวคิดหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่มีต่อคนพิการทางการมองเห็น

จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาล สถานีอนามัย เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนใหญ่มีสถานที่ออกกำลังกายให้สำหรับประชาชนทั่วไป แต่ยังไม่มีความเฉพาะสำหรับคนพิการ

ทางการมองเห็นและหน่วยงานทั้ง 4 แห่งนี้ ทราบว่าคนพิการทางการมองเห็นสามารถออกกำลังกายได้แต่ต้องเป็นกีฬาและวิธีที่เหมาะสมกับคนพิการทางการมองเห็น นอกจากนี้ได้จัดสวัสดิการให้กับคนพิการในชุมชนทุกคนที่รับผิดชอบ โดยจัดให้มีการรักษาพยาบาลและส่งต่อ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลจะจัดสวัสดิการด้าน เบี้ยยังชีพแก่คนพิการและให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ชีวิตประจำวันแก่ผู้พิการทางการมองเห็น ตามที่มีข้อมูล แต่ก็ยังมีคนพิการทางการมองเห็นบางส่วนที่ไม่ได้รับสวัสดิการที่หน่วยงานจัดให้ อันเนื่องมาจากหน่วยงานทั้งหมดไม่ได้รับทราบข้อมูลและในส่วนของผู้บริหารเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล จะมีการผลัดเปลี่ยนตามวาระ ซึ่งบางครั้งจะก่อให้เกิดปัญหาเรื่องความต่อเนื่อง อีกทั้งงบประมาณที่ได้รับมานั้น ไม่เพียงพอที่จะจัดสรรให้กับคนพิการทุกคน

ดังนั้นระดับหน่วยงานและผู้บริหารควรกำหนดมาตรการแนวการปฏิบัติให้หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยคนพิการทางการมองเห็น มีการจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิของคนพิการตามกฎหมายที่ผู้พิการควรทราบ บริการสวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ รวมถึงควรมีการจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขในระดับอำเภอ สถานีอนามัย ให้มีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องหรือให้บริการได้ในระดับหนึ่งเมื่อคนพิการทางการมองเห็นจะได้รับการดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วทุกคน

ผู้วิจัยคิดว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะให้หน่วยงานต่างๆของภาครัฐ ญาติ และคนพิการทางการมองเห็น ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร เทคนิค การพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนของคนพิการทางการมองเห็น ควรจะมีนักฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะสำหรับคนพิการทางการมองเห็นประจำทุกจังหวัด เข้าไปให้ข้อมูลความช่วยเหลือ ประสานงาน จะจัดตั้งในรูปแบบลักษณะของราชการ หรือเอกชนก็ได้

5.1.5 กล่าวโดยสรุป

ประเทศไทยมี กำหมาย นโยบาย แผนงาน และกิจกรรมที่ส่งเสริม ให้คนพิการทางการมองเห็นได้มีสิทธิ โอกาส ที่สามารถจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพ อนามัย รัฐและหน่วยงานเอกชนที่เกี่ยวข้อง พยายามส่งเสริมให้คนพิการทางการมองเห็นได้มีกิจกรรมด้านการออกกำลังกาย ถึงแม้ว่า ณ ขณะนี้จะมีไม่มากก็ตาม แต่ในอนาคตหากมีข้อมูลผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องและงบประมาณมาสนับสนุนเพิ่มมากขึ้น การส่งเสริมสุขภาพอาจจะมีความหมายมากกว่านี้

ในกลุ่มของคนพิการทางการมองเห็นรู้และเข้าใจถึงสิทธิของตนเอง โดยรับรู้ข้อมูลจากสื่อและเพื่อนที่มองไม่เห็นด้วยกัน แต่ยังมีบางส่วนที่ขาดโอกาสอันเนื่องมาจากญาติผู้เกี่ยวข้อง ชุมชน ไม่ได้เปิดโอกาสให้ใช้ชีวิตอย่างอิสระ ซึ่งจะก่อให้เกิดสุขภาพจิตและอารมณ์ที่แปรปรวน สอดคล้องกับแม็กแดเนล ที่กล่าวว่า สภาพความบกพร่องทางกาย ทำให้ตัวคนพิการเองและบุคคลอื่นๆประหม่น

คุณค่าของคนพิการต่ำลง และยังทำให้บุคคลรอบข้างมองคนพิการอย่างมีอคติ ทำให้คนพิการยิ่งเห็นคุณค่าของตนเองน้อยลง ดังนั้นเพื่อไม่ให้เสียทรัพยากรของชาติในการดูแลคนพิการทางการมองเห็น ผู้เกี่ยวข้องควรจะเปิดโอกาสให้คนพิการทางการมองเห็นได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการศึกษา อาชีพ สังคม การแพทย์ ตั้งแต่แรกเกิด จะทำให้คนพิการทางการมองเห็นมีวิถีชีวิตอิสระพึ่งตนเองได้ มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี และเป็นทรัพยากรที่มีค่าของสังคมต่อไป สอดคล้องกับพระราชดำริของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพรหมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ซึ่งได้ พระราชทานไว้ว่า งานช่วยเหลือผู้พิการนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะว่าผู้พิการไม่ได้เป็นผู้ที่อยากจะพิการ แต่อยากช่วยเหลือตัวเอง ถ้าเราไม่ช่วยเขาให้สามารถที่จะปฏิบัติงานอะไรเพิ่ม มีชีวิต และมีเศรษฐกิจของครอบครัวจะทำให้เกิดสิ่งที่หนักแน่นแก่สังคม ฉะนั้นนโยบายที่จะกระทำก็ช่วยให้เขาช่วยตัวเองได้ เพื่อจะให้เขาสามารถเป็นประโยชน์ต่อสังคม

5.2 ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาดังที่ได้สรุปและอภิปรายผลข้างต้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในระดับต่าง ๆ ดังนี้

1. กฎหมาย นโยบาย และกิจกรรมต่าง ๆ

1. ในการจัดการแข่งขันกีฬาคนพิการควรจัดกีฬา สำหรับคนพิการทางการมองเห็นให้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลที่ได้จากสหพันธ์กีฬาคนตาบอดนานาชาติ จะสามารถจัดการแข่งขันกีฬา สำหรับคนพิการทางการมองเห็นได้หลายอย่าง เพราะจากข้อมูลพบว่าการเล่นกีฬาเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการมองเห็นที่ดีที่สุด
2. ควรจะออกกฎหมายเป็นทางเลือกในเรื่องการรับกายอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น จัดทำคูปองซึ่งอาจจะเป็นคูปองให้คนพิการทางการมองเห็นไปปรับแว่นขยายหรือ ไม่ทำขาแว ควบลู่กับการแจกจ่ายตัวอุปกรณ์โดยตรง
3. ควรตราพระราชบัญญัติหรือกฎหมายภายใต้มาตรา 55 แห่งรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย ซึ่งว่าด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ อันเป็นสาธารณะเพื่อคนพิการทั่วประเทศไทยจะได้มีสภาพที่ดีขึ้น

2 ข้อเสนอแนะสำหรับตัวคนพิการทางการมองเห็น

1. แม้จะมีสถิติที่น้อยเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพแต่จากการสังเกตพบว่าคนพิการทางการมองเห็นที่ไม่ได้ออกกำลังกายหรือมีญาติอยู่ด้วยเรื่องความสะอาดในการดูแลบ้าน หรือการดูแลช่วยเหลือตัวเองเพื่อให้มีวิถีชีวิตที่อิสระยังมีน้อย เพราะฉะนั้นควรจะได้รับการฝึกฝนในเรื่องวิถีชีวิต

อิสระในการดูแลชีวิตประจำวันรวมถึง การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระของผู้อื่น จากข้อมูลจะพบว่าคนพิการทางการมองเห็นบางคนเดินทางไปสถานที่ต่างๆต้องมีผู้นำทางอยู่เสมอ

2. การศึกษาของคนพิการทางการมองเห็นควรส่งเสริมให้คนพิการทางการมองเห็นได้รับการศึกษาให้มากกว่านี้เพื่อที่จะช่วยเหลือตนเองได้และสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

3. กระทรวงศึกษาควรมีมาตรการส่งเสริมให้คนพิการทางการมองเห็นได้รับการศึกษาทุกคนเพื่อที่จะได้ให้มีวิถีชีวิตอิสระและดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะมาตรการกับญาติหรือผู้ปกครองที่ไม่ยอมส่งบุตรหลานเข้ารับการร้กษา

3. ข้อเสนอแนะสำหรับญาติและผู้ที่เกี่ยวข้อง

1. ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องควรรับรู้เรื่องวิถีชีวิตของคนพิการทางการมองเห็นให้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเมื่อคนพิการทางการมองเห็นไปจดทะเบียนคนพิการควรมีคู่มือ เอกสาร หรือ วัสดุทัศนให้ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ศึกษาถึงสภาพวิถีชีวิต ของคนพิการทางการมองเห็นเนื่องจากคนพิการทางการมองเห็นบางครั้งอยากจะออกจากบ้านเพื่อให้พ้นจากญาติ และผู้ที่เกี่ยวข้องเพราะเกิดความอึดอัดอันเนื่องมาจากความไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน

2. ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องควรปล่อยให้ผู้พิการทางการมองเห็นทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้บ้างแม้บางครั้งจะได้รับอุบัติเหตุเล็กน้อยก็ตาม

3. ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องควรเปิดโอกาสให้คนพิการทางการมองเห็น ไปออกกำลังภายในชุมชน จะได้มีการปรับตัวเข้ากับสังคมและลดเจตคติ

4. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานด้านสาธารณสุข

1. โรงพยาบาลและสถานอนามัยควรส่งเสริมหรือเป็นแกนนำให้คนพิการทางการมองเห็นและญาติได้รับรู้ถึงสุขภาพของตนเองรวมถึงสิทธิตามหลักประกันสุขภาพ ตามการจดทะเบียนต่าง ๆ

2. โรงพยาบาลและสถานอนามัยควรจัดให้มีการอบรมและสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องวิถีชีวิตของคนพิการทางการมองเห็น มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความต้องการทางด้านสุขภาพ การได้รับสนับสนุนสวัสดิการต่าง ๆ และการให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

3. โรงพยาบาลและสถานอนามัยควรมีการประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับการมาใช้บริการทางการแพทย์ให้กับคนพิการทางการมองเห็น และญาติผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อลดช่องว่างระหว่างคนพิการทางการมองเห็นกับผู้ให้บริการ

5. ข้อเสนอแนะสำหรับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

1. ทางหน่วยงานควรรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการให้มากที่สุด เมื่อพบผู้พิการทางการมองเห็นควรจะไปแนะนำหรือติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่จะให้คำแนะนำแก่ผู้พิการทางการมองเห็น ได้ทั้งภาครัฐและเอกชน

2. ทางหน่วยงานควรมีการอบรมบุคคลากรให้ทราบถึงวิถีชีวิตของคนพิการทางการมองเห็นเพื่อที่จะได้ความรู้ความเข้าใจถึงวิถีชีวิตของคนพิการ

3. ทางหน่วยงานควรมีการประชาสัมพันธ์ถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับคนพิการทางการมองเห็นและสิทธิต่าง ๆ ให้กับคนพิการทางการมองเห็นและญาติได้ทราบ

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคนพิการทางการมองเห็น ญาติผู้ที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานต่าง ๆ ยังเข้าใจเรื่องวิถีชีวิตหรือการดำรงชีวิตของคนพิการทางการมองเห็นน้อย ดังนั้นส่วนของคนพิการทางการมองเห็นที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจะมีความเครียด ซึ่งอยู่ในชุมชนจะไม่ค่อยมีความสุขนัก จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรจัดให้มีนักฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการมองเห็น ประจำจังหวัดที่จะออกไปในพื้นที่เพื่อให้ข้อมูล คำแนะนำ และสอนเทคนิคการใช้ชีวิตกับชาติ ผู้เกี่ยวข้องและตัวคนพิการทางการมองเห็นเอง

2. ควรจัดทำสื่อเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพที่คนพิการทางการมองเห็นสามารถเข้าถึงได้ด้วยตนเอง อาทิ เช่น หนังสือเสียง ระบบเทป VCD หนังสืออักษรเบรลล์ ข้อมูลในรายการวิทยุต่างๆ

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมให้คนพิการทางการมองเห็นและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทำร่วมกันเพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจในครอบครัวและสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยเรื่องสื่อทางเลือกของคนพิการทางการมองเห็นกับสื่อสุขภาพอนามัย
2. ศึกษาสภาพวิถีชีวิตของคนพิการทางการมองเห็นที่ไม่เคยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. ศึกษาสุขภาพอนามัยของคนพิการทางการมองเห็น กรณีศึกษาในอาชีพต่างๆ

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันรัฐบาลได้ให้โอกาสกับประชาชนมีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะให้โอกาสและสิทธิการมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นนโยบายจนถึงขั้นปฏิบัติ จะเห็นได้จากการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 ซึ่งประชาชนมีสิทธิที่จะปกป้องและคุ้มครองสิทธิของตนเองดังปรากฏในมาตรา 4 ได้บัญญัติไว้ว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพย่อมได้รับความคุ้มครอง คนพิการเป็นกลุ่มคนในสังคมไทยที่ต้องการมีส่วนร่วมในสังคมเพื่อการรักษาสิทธิของตนเองมิให้สูญเสียไปอันเนื่องมาจากสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ดังปรากฏในรัฐธรรมนูญมาตรา 30 วรรค 3 ที่ห้ามเลือกปฏิบัติกับบุคคลอื่นเนื่องมาจากสภาพร่างกาย มาตรา 55 ที่บัญญัติให้คนพิการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และมาตรา 80 วรรค 2 บัญญัติให้รัฐต้องสงเคราะห์คนพิการ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ นอกจากนี้ยังได้ตราพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี พ.ศ. 2534 ที่มุ่งเน้นพัฒนาคนพิการให้สามารถพึ่งตนเองได้ไม่เป็นภาระกับสังคม

ในส่วนของ การดูแลสุขภาพของประชาชนให้สุขภาพดีในปีพ.ศ.2545 รัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนรับบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง มีความสะดวกสบายและประหยัดค่าใช้จ่าย โดยเปิดโอกาสให้คนพิการได้มีส่วนร่วมในระดับนโยบาย ซึ่งให้มีส่วนเข้าไปคัดเลือกเป็น คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมมาตรฐานสาธารณสุข ในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 15 (1) กำหนดให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูทางการแพทย์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายถึงแม้ในปัจจุบันกฎหมายจะเปิดโอกาสถึงความเท่าเทียมทั้งในด้านศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์สิทธิ และหน้าที่ในด้านต่างๆระหว่างคนพิการและบุคคลทั่วไปไว้เป็นที่ชัดเจน รวมทั้งยังมีการกำหนดแผนงานและมาตรการต่างๆ ขึ้นมาเพื่อรองรับและสนองตอบต่อเจตนารมณ์ของกฎหมายตลอดจนนโยบายนั้น ๆ ให้บังเกิดผลเป็นรูปธรรมแล้วก็ตามแต่สถานการณ์ของสิทธิและโอกาสในด้านต่างๆของคนพิการทางการมองเห็นในฐานะพลเมืองไทย ที่เป็นคนพิการกลุ่มหนึ่งก็ยังคงปรากฏให้เห็นถึงอุปสรรคแห่งการปฏิบัติ ซึ่งทำให้คนพิการทางการมองเห็นต้องสูญเสียโอกาส และสิทธิอันพึงมีพึงได้ โดยเฉพาะการขอรับบริการด้านสาธารณสุข มักจะเกิดปัญหาความไม่เข้าใจของคนพิการทางการมองเห็นและ ผู้ให้บริการเห็นได้จากการสัมภาษณ์ของสภาคนพิการมักจะมีคนพิการทางการมองเห็นจะพูดถึงปัญหาและอุปสรรคของการใช้บริการเสมอ

จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดที่มีเขตติดต่อกับกรุงเทพมหานคร มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 80,7264 คนแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 7 อำเภอ 106 ตำบล 929 หมู่บ้าน เทศบาล 15 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 102 แห่ง มีสถานประกอบการ 6,753 แห่ง มีคนพิการทางการมองเห็น ได้จดทะเบียนกับสำนักงานพัฒนาสังคมจังหวัดจำนวน 400 คน หน่วยงานที่ให้บริการคนพิการทางการมองเห็นด้านการศึกษาและอาชีพจำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาล 17 แห่งและสถานเอนกนาลัย 133 แห่ง สมาคมคนตาบอดจังหวัดนครปฐมมีสมาชิก 249 คน ซึ่งมีความเหมาะสมในการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น และเพื่อเป็นกรณีศึกษาสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอ โครงการนี้ขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษากฎหมาย นโยบาย แผนงานด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นในประเทศไทย
- 1.2.2 เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น
- 1.2.3 เพื่อศึกษาเกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น
- 1.2.4 เพื่อศึกษา ความรู้ ความเข้าใจ ของผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็นในเรื่องสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น

1.3 คำถามในงานการวิจัย

- 1.3.1 ประเทศไทยมีกฎหมาย นโยบาย แผนงาน และกิจกรรมที่ส่งเสริมสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นอย่างไร
- 1.3.2 คนพิการทางการมองเห็นรู้จักสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของตนเองอย่างไร
- 1.3.3 ญาติ ผู้ที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รู้จักสิทธิและโอกาสและมีกิจกรรมเกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง
- 1.3.4 คนพิการทางการมองเห็นมีความรู้ ความเข้าใจและการเสริมสร้างสุขภาพอย่างไร

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นและมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ช่วยให้คนพิการทางการมองเห็นมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง โดยศึกษาผู้ที่พิการทางการมองเห็น ญาติ ผู้เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการมองเห็น หน่วยงานด้านสาธารณสุข และ

องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นถึงแนวความคิดที่มีต่อคนพิการทางการมองเห็น ในเขตจังหวัดนครปฐม เพียงอย่างเดียว

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงกฎหมาย นโยบาย แผนงาน กิจกรรม ด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นของประเทศไทย
2. สามารถทราบถึงความรู้ความเข้าใจของคนพิการทางการมองเห็นเกี่ยวกับสิทธิและโอกาสทางด้านสุขภาพ
3. เพื่อทราบถึงแนวคิด ความรู้ ความเข้าใจของญาติและผู้ที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานด้านสาธารณสุข และ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสของคนพิการทางการมองเห็น
4. เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นให้กับหน่วยงานที่สนใจเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1.6 คำนิยามหรือคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. คนพิการทางการมองเห็น หมายความว่า คนที่มีขีดจำกัด หรือไม่สามารถมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป ภายหลังจากได้ผ่านการแก้ไขทางการแพทย์แล้ว
2. หน่วยงานด้านสาธารณสุข หมายความว่า โรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน สถานีอนามัย ที่ตั้งอยู่เขตจังหวัดนครปฐม
3. การพึ่งตนเองของคนพิการทางการมองเห็น หมายความว่า คนพิการทางการมองเห็นสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ เดินทางได้ด้วยตนเองโดยใช้ไม้เท้าหรือผู้นำทาง
4. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หมายความว่า เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล
5. สถานที่ออกกำลังกาย หมายความว่า สนามกีฬา สนามกีฬาชุมชน สนามกอล์ฟ
6. พฤติกรรมสุขภาพ หมายความว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพเกิดขึ้นทั้งภายใน(Cover Behavior) และภายนอก (Overt Behavior)
7. การส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่า กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถเพิ่มขึ้น
8. สวัสดิการคำรักษาพยาบาล หมายถึง สวัสดิการที่ได้รับเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย
9. สิทธิด้านสุขภาพ หมายถึง สิทธิของประชาชนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐานโดยเสมอภาคกันและผู้ยากไร้ได้รับบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยที่ทั้งคนยากจน

และคนร่ำรวยพึงมีสิทธิในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจหรือชนชั้นทางสังคมมาขวางกั้น

10. โอกาสด้านสุขภาพ หมายถึง การดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกาย รวมถึงที่อยู่อาศัย