



การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก



โดย
นางสาวปุกญาวีร์ อารามะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาพัฒนศึกษา แบบ 1.1 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษา

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาค
ตะวันตก



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนศึกษา แบบ 1.1 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษา
มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

DEVELOPMENT OF HEALTH PROMOTION MODEL OF PEOPLE WITH VISUAL
DISABILITY IN WESTERN THAILAND



By
MISS Punyawee ARAME

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for Doctor of Philosophy DEVELOPMENT EDUCATION

Department of Education Foundations

Silpakorn University

Academic Year 2022

Copyright of Silpakorn University

หัวข้อ	การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก
โดย	นางสาวบุญญาวีร์ อาราม
สาขาวิชา	พัฒนศึกษา แบบ 1.1 ปรัชญาดุष्ฎิบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ศาสตราจารย์ ดร. นรินทร์ สังข์รักษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณวีร์ บุญคุ้ม รองศาสตราจารย์ ดร. สมศักดิ์ อมรสิริพงษ์

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุष्ฎิบัณฑิต

.....คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มาเรียม นิลพันธุ์)

พิจารณาเห็นชอบโดย

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. นพพร จันทรนำชู)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ศาสตราจารย์ ดร. นรินทร์ สังข์รักษา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณวีร์ บุญคุ้ม)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมศักดิ์ อมรสิริพงษ์)

.....ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ศาสตราจารย์ นาวาอากาศโท ดร. สุมิตร สุวรรณ)

60260909 : พัฒนศึกษา แบบ 1.1 ปรัชญาคุณภิรมย์

คำสำคัญ : คนพิการทางการมองเห็น / การสร้างเสริมสุขภาพ / การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

นางสาว ปุณณาวีร์ อาราม: การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ศาสตราจารย์ ดร. นรินทร์ สังข์รักษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ ความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก 2) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก 3) ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก และ 4) ประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย คือคนพิการทางการมองเห็นทั่วไป จำนวน 30 ราย ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 3 การทดลองกลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการทางการมองเห็น จำนวน 30 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลัง การอบรม และแบบสอบถามความคิดเห็น สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบที และขั้นตอนที่ 4 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบ โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการทางการมองเห็น จำนวน 30 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจรูปแบบ และแนวทางการถอดบทเรียน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า

1. ข้อมูลพื้นฐานการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าเป็นเรื่องอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านที่มีความมากที่สุด ได้แก่ ด้านปัจจัยสังคม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ รองลงมาได้แก่ ด้านทัศนคติและการเสริมพลังตนเอง และน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ได้รูปแบบชื่อว่า “MIND Model” ประกอบด้วย M: mind จิตใจความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองและสังคม I: Intervention การจัดการกิจกรรมหรือวิธีการรักษาฟื้นฟู N: Network เครือข่ายการทำงานคนพิการ และ D: Disability ความพิการหรือโรคที่เป็น ที่ผ่านการรับรองแล้ว

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นกับกลุ่มทดลอง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบความรู้ก่อนอบรมและหลังการอบรม คะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความพึงพอใจของผู้เข้าประชุมประเมินผลรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และจากการถอดบทเรียน พบว่า MIND model เป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการทางการมองเห็น และสร้างความร่วมมือจากหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนในพื้นที่

60260909 : Major DEVELOPMENT EDUCATION

Keyword : Visual Disability / Health promotion / Community based rehabilitation

MISS Punyawee ARAME : Development of Health Promotion Model of People with Visual Disability in Western Thailand Thesis advisor : Professor Dr. Narin Sungrugsa

This research aimed to 1) study the situation or the need for health promotion of people with visual disability in Western Thailand, 2) develop health promotion model of people with visual disability in Western Thailand, 3) try health promotion model of people with visual disability in Western Thailand, and 4) evaluate and improve promotion model of people with visual disability in Western Thailand. Both quantitative and qualitative data was collected. The research implementation included 4 steps as follows. Step 1: This step was to study basic data by collecting data from 30 regular persons with visual disability obtained by purposive sampling. The instrument was a questionnaire. The data was analyzed by statistics, i.e., frequency, percentage, mean, and SD. Step 2: This step was research instrument design and development by 5 experts obtained by purposive sampling. The instrument was a questionnaire. The statistics used included mean and SD. Step 3: This was the experimental step. The target included 30 persons with visual disability obtained by purposive sampling. The instrument was pretest-posttest and the opinion survey. The statistics used included percentage, mean, SD, and t-test. And Step 4: This step was model evaluation and improvement. The targets included 30 persons with visual disability obtained by purposive sampling. The instruments were the satisfaction survey and lessons learned guidelines. The statistics used included percentage, mean, SD, and content analysis.

The results revealed as follows:

1. For basic data of the implementation for health promotion of people with visual disability, the overall opinions of the targets were high. When considering each item, the highest one was the social and environment factors that supported health, followed by attitudes and self-empowerment. And the lowest one was self-health management.
2. For the development of health promotion model of people with visual disability, the model obtained was called "MIND Model," consisting of M: Mind (Mind and feelings toward themselves and the society), I: Intervention (Activities or rehabilitation methods), N: Network (Disability operation network), and D: Disability (Certified disability or diseases).
3. The overall experiment results of using health promotion model of people with visual disability in the treatment group were moderate. For the comparison between pretest and posttest, the means were significantly different ($p < .05$).
4. The overall satisfaction of participants in the meeting on model evaluation was high. And according to lessons learned, it was found that MIND model was an option to apply for empowerment to promote quality of life in people with visual disability, and to create cooperation from different parties, i.e., public and private sectors, and local communities.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก” ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา ให้คำแนะนำ ปรีกษา และกำลังใจอย่างดี ยิ่งขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.นรินทร์ สังข์รักษา อาจารย์ที่ปรึกษาผู้มีเมตตา สูงสุดแก่ศิษย์ ตลอดเวลา รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณวีร์ บุญคุ้ม รองศาสตราจารย์ ดร.นพพร จันทรนำชู ประธาน กรรมการสอบดุษฎีนิพนธ์ ศาสตราจารย์ นาวาอากาศโท ดร.สุมิตร สุวรรณ และรองศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ อมรสิริพงษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ส่งผลให้ดุษฎีนิพนธ์เรื่องนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความเมตตา และช่วยเหลือของท่าน

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ ที่เมตตารับเป็นผู้ประเมินและตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ให้ข้อเสนอต่าง ๆ ทำให้ “การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก” มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ เพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ คนพิการทางการมองเห็น จากสมาคมคนสายตา เลื่อนราง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม และศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอด สามพราน จังหวัด นครปฐม ที่ให้ความเมตตาและอำนวยความสะดวกในการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ ญาติพี่น้องครอบครัว กัลยาณมิตรทุกท่านสำหรับมิตรไมตรี และความเอื้ออาทรที่ได้รับตลอดมา

นางสาว ปุณณาวีร์ อาราม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	10
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับคนพิการ.....	10
ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการมองเห็น.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน.....	17
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ.....	20
ข้อมูลทั่วไปและบริบทในภูมิภาคตะวันตก.....	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	45

หน่วยการวิเคราะห์.....	45
พื้นที่ที่ทำการศึกษา.....	45
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	46
ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R ₁) เป็นการศึกษาศึกษาสภาพการณ์การสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก.....	48
ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D ₁) เป็นการสร้างรูปแบบรูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (Design and Develop)	51
ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research: R ₂) การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคน พิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (Implementation).....	53
ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development: D ₂) เป็นการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการ สร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (Evaluation).....	55
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพการณ์ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นใน ภูมิภาคตะวันตก	58
ตอนที่ 2 ผลการร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาค ตะวันตก	68
ตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นใน ภูมิภาคตะวันตก	76
ตอนที่ 4 ผลการประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ในภูมิภาคตะวันตก	87
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย	95
สรุปผลการวิจัย	96
การอภิปรายผล.....	99
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	113
รายการอ้างอิง.....	115

ภาคผนวก	121
ภาคผนวก ก เครื่องมือวิจัย.....	122
ภาคผนวก ข ภาพประกอบการวิจัย.....	135
ภาคผนวก ค รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	138
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูล และทดสอบเครื่องมือวิจัย.....	146
ประวัติผู้เขียน.....	150



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงข้อแตกต่างระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่กับการสร้างเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม.....	21
ตารางที่ 2 แสดงการสังเคราะห์แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	35
ตารางที่ 3 สรุปขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R ₁) เป็นการศึกษาสภาพการณ์และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก	50
ตารางที่ 4 สรุปขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D ₁) เป็นการออกแบบและพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก.....	52
ตารางที่ 5 สรุปขั้นตอนที่ 3 การวิจัย(Research: R ₂) เป็นการนำรูปแบบไปใช้ (Implementation: I)	54
ตารางที่ 6 สรุปขั้นตอนที่ 4 (D ₂ : Development E: Evaluate) เป็นการประเมินและปรับปรุงรูปแบบ.....	56
ตารางที่ 7 แสดงความคิดเห็นด้านสุขภาพ สังคม และทัศนคติ (30 คน)	60
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการดำเนินงาน Good Practice ทั้ง 3 แห่ง	66
ตารางที่ 9 องค์ประกอบและที่มาขององค์ประกอบการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก	68
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นต่อรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	73
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความรู้การอบรมก่อนและหลังการอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก.....	78
ตารางที่ 12 การประเมินผลการจัดอบรมการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก.....	83
ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของผู้รับการอบรมการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก.....	84
ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความพึงพอใจต่อรูปแบบ	87

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงของปัจจัยกำหนดสุขภาพและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ	23
ภาพที่ 2 แสดงแผนที่ และสภาพทั่วไปของจังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 5	29
ภาพที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	44
ภาพที่ 4 แสดงขั้นตอนการวิจัย	47
ภาพที่ 5 ขั้นตอนการศึกษาสภาพการณ์ ความต้องการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการ ทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก	50
ภาพที่ 6 ขั้นตอนสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ในภูมิภาคตะวันตก	51
ภาพที่ 7 องค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ในภูมิภาคตะวันตก	70
ภาพที่ 8 ปัจจัยสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพหลังถอดบทเรียน	79
ภาพที่ 9 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ที่ผ่านการรับรอง	94

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) กล่าวถึง คำว่า“สุขภาพดี” ว่าความหมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงอย่างเป็นองค์รวมและสมดุล การวางระบบเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนจึงมิใช่การมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องให้ประชาชนรู้เท่าทัน มีส่วนร่วมและมีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรที่ตั้งอยู่ในชุมชนจะเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างศักยภาพให้กับประชาชนในกลุ่มคนพิการเองแม้จะมีภาวะบกพร่องของการทำงานของอวัยวะบางอย่างในร่างกายบ้าง ทำให้ความสมดุลแปรไประยะหนึ่ง ซึ่งต้องการการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะต้นจากสถานพยาบาล หลังจากนั้น คนพิการจะสามารถสร้างสมดุลระหว่างสุขภาพกายในส่วนที่เหลือ กับ จิต ปัญญาและสังคม ให้กลับมาดีได้อีกครั้งหากมีระบบการดูแลที่ดีจากชุมชน องค์การอนามัยโลกประกาศให้การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคนพิการ มาตั้งแต่ปี 2523 ซึ่งมีหลักการสำคัญอันหนึ่ง คือ การผสมผสานการพัฒนาคนพิการเข้ากับงานพัฒนาสังคม (องค์การอนามัยโลก, 2556) สอดคล้องกับในประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานในชุมชนหลายแห่งเพื่อมุ่งให้คนพิการมีสุขภาพดี แต่การดำเนินงานยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ จนกระทั่งประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และพระราชบัญญัติแผนและการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี 2542 รวมถึงพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ทำให้มีเจ้าภาพหลักในการดูแลคนพิการอย่างเป็นองค์รวมได้อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามกระบวนการดูแลสุขภาพคนพิการต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจจากบุคคลในชุมชน ทั้งในส่วนภาครัฐและเอกชน (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2560: 26-27)

ประเทศไทยมีแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพมานานแล้วหากแต่ว่ากิจกรรมในอดีตมักจะทำให้ประชาชนเป็นผู้ร่วมทำ มากกว่าร่วมคิดและตัดสินใจ การเพิ่มบทบาทความร่วมมือระหว่างรัฐกลางและรัฐท้องถิ่นในการจัดสรรงบประมาณสู่การดำเนินงานของชุมชน เป็นโอกาสในการพัฒนาได้อีกมาก ซึ่งมีความจำเป็นต้องสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการร่วมตัดสินใจให้มากขึ้นนอกจากนี้ พบว่ามีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

เกิดขึ้นได้ในบางจังหวัด ดังนั้นจึงควรสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้ได้มาซึ่งนโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในปัจจุบัน บริบทต่าง ๆ เอื้อต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ มาก เช่น การกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ การจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบล ภายใต้การร่วมมือของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ฯลฯ สำหรับคนพิการในฐานะประชาชนของประเทศ ได้มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิและส่งเสริมการเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้จริง ตัวอย่างเช่น พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ได้บัญญัติความหมายของ “สร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อ สร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพะทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตใจที่สมบูรณ์ อายุยืนยาวและคุณภาพ ชีวิตที่ดี และคือเพื่อพัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนหรือองค์กร เอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ซึ่งรวมไปถึง อปท. ด้วย (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ, 2550)

ทิศทางการดำเนินงานแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560– 2564 กำหนดภารกิจสำคัญ ได้แก่ 1) พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการอย่างมีคุณภาพ ทั้งด้าน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ เพื่อให้คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงได้ 2) ส่งเสริม สนับสนุนให้คนพิการ ครอบครัวคนพิการ บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องเข้าใจและเข้าถึงสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง 3) พัฒนาสภาพแวดล้อม เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรม และข้อมูลข่าวสารคนพิการ เพื่อให้คนพิการทุกประเภทและผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ 4) ส่งเสริม สนับสนุน การพัฒนางานวิจัย เทคโนโลยีนวัตกรรม ด้านสุขภาพคนพิการ 5) ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการ สุขภาพ หน่วยงานภาครัฐทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพคนพิการ เพื่อให้เกิดการพัฒนา อย่างยั่งยืน (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2560: 13)

ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาเกี่ยวกับสาเหตุของความพิการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเทศไทย มีอุบัติการณ์ความพิการ รวมถึงพฤติกรรมหรือภาวะเสี่ยงและปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิด ความพิการนั้น ยังมีการศึกษาเผยแพร่ไม่เพียงพอและไม่เป็นปัจจุบัน มีกล่าวถึงในรายงานสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แต่เป็นข้อมูลในภาพกว้างและไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ ในรายละเอียด เพื่อหาแนวโน้มหรือเฝ้าระวังป้องกันในการเสนอแนะเชิงนโยบายได้ แต่คาดว่า คนพิการในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นผลเนื่องมาจากวิถีชีวิต บริบททางสังคมและพฤติกรรม

การบริโภคที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเจ็บป่วย เกิดภาวะโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดทางสมองภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ฯลฯ มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้วยสาเหตุต่าง ๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากโครงสร้างประชากรของไทยเปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว นั่น ซึ่งคาดว่าใน ปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ผลที่ตามมาของสังคมที่มีคนสูงวัยขึ้นคือ โอกาสเสี่ยงต่อความพิการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ ในรายงานการสำรวจคุณภาพชีวิตคนพิการทุกประเภทความพิการทั่วประเทศ ที่สุ่มสำรวจเก็บข้อมูลจาก 25 พื้นที่มุ่งเน้นกลุ่มคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและอาศัยอยู่ในชุมชน จำนวนกว่า 15,000 ราย ในปีพ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติและเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการจากมหาวิทยาลัยและวิทยาลัยพยาบาลในส่วนภูมิภาค ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตคนพิการไทยครอบคลุมทุกประเภทความพิการ และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ พบว่ามีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการ คือ การดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและไม่มีโรคประจำตัว ส่วนประเด็นการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และประวัติการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการ พบว่าคนพิการร้อยละ 75.7 สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้และคนพิการร้อยละ 55.1 เคยเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และมีรายงานการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการของทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพ ซึ่งได้แก่ระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งพบว่าสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในระบบประกันสังคมจะค่อนข้างน้อยกว่าระบบอื่น ๆ และมีการจำกัดการเลือกหน่วยบริการที่จะเข้ารับบริการ อีกทั้งยังมีวิธีการจ่ายค่าบริการบางกรณีที่กำหนดให้คนพิการต้องสำรองจ่ายก่อนแล้วไปขอเบิกคืนภายหลัง ซึ่งก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและสร้างความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของคนพิการ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของคนพิการ จึงได้มีข้อเสนอให้มีการปรับปรุงสิทธิประโยชน์การเข้ารับบริการ ตลอดจนกลไกการจ่ายค่าบริการของแต่ละกองทุนฯ ให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของคนพิการและมีความเท่าเทียมกันระหว่าง 3 กองทุนมากขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555)

ข้อมูลจากฐานข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2562 พบว่ามีคนพิการที่มีชีวิตอยู่รวมทั้งสิ้น 2,038,929 คน ประเภทความพิการอันดับหนึ่งคือ การเคลื่อนไหว ร้อยละ 49.65 อันดับสองคือ พิการทางการได้ยิน ร้อยละ 18.65 และอันดับสามเป็นพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 9.73 โดยสาเหตุ

ความพิการอันดับหนึ่ง เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยในภายหลัง (หลอดเลือดสมอง หัวใจตีบ ข้อสันหลัง อักเสบ โรคติดเชื้อ เบาหวาน ลมชัก) ร้อยละ 19.59 อันดับสองเกิดจาก โรคอื่น ร้อยละ 14.28 อันดับ 2 เป็นอุบัติเหตุ ร้อยละ 6.10 และแพทย์ไม่ระบุสาเหตุความพิการถึงร้อยละ 51.90 ในจำนวนคนพิการ มากกว่า 2 ล้านคน มีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการศึกษา ถึงร้อยละ 95.97 ส่วนใหญ่เป็น ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.32 และกลุ่มอายุของคนพิการที่มากเป็นอันดับหนึ่งคือ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.35 และกลุ่มวัยทำงาน 15-59 ปี ร้อยละ 41.60 (สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ, 2558: 28) จากสถิติที่กล่าวอ้าง เป็นที่แน่นอนว่า กลุ่มคนพิการที่มีภาวะสูงวัย จะต้องได้รับความช่วยเหลือหรือสวัสดิการที่เกี่ยวกับการดูแลจากรัฐเพิ่มเติม และข้อมูลประเภทความช่วยเหลือที่คนพิการที่ต้องการมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ต้องการเงินสนับสนุน การมีงานที่สร้างรายได้ ทำที่สะดวกเช่น ทำงานที่บ้าน เมื่อเจ็บป่วยมีพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่มาเยี่ยม ดูแลที่บ้าน สามารถ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อจำเป็นได้โดยสะดวก และบริการพาหนะช่วยพาเดินทางไปที่ต่าง ๆ ซึ่งพบว่ามีความต้องการหลัก ๆ ของคนพิการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่บ่งชี้ถึงสภาวะปัญหา การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขสำหรับคนพิการ

จากกฎหมาย นโยบายที่สนับสนุนการทำงานคนพิการทั้งระดับสากล ระดับประเทศ และ ระดับกระทรวง สถิติและรายงานการสำรวจคุณภาพชีวิตคนพิการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในที่นี้จะ ให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพเป็นลำดับแรกเนื่องจากเป็นพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเป็นประเด็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการอันดับแรก และจากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมี ความสนใจที่จะศึกษาถึงประเด็น “การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทาง การมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก” โดยมีเจตจำนงในการเสริมพลังให้คนพิการทางการมองเห็นให้มีความสามารถในการจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองได้ และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และดูแล สุขภาพร่วมกันระหว่างคนพิการทางการมองเห็น ครอบครัว และชุมชน ประกอบกับนโยบายทุกระดับ ทั้งระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับตำบล ให้การสนับสนุนแนวปฏิบัติ รวมถึงงบประมาณสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแบบบูรณาการร่วมกัน จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายว่าคนพิการทางการมองเห็น จะมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร และจะสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนให้เกิด ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องในการลด ข้อจำกัดทางกายภาพของสภาพแวดล้อมในชุมชน และความเข้าใจของสังคมต่อสภาพความพิการ ที่ยังคงมีศักยภาพของคนพิการทางการมองเห็นให้ตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

คำถามการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นหาคำตอบในประเด็นปัญหาหลัก คือ

1. สถานการณ์และความต้องการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตกเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตกควรมีองค์ประกอบเป็นอย่างไร
3. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตกจะมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร
4. หลังการประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตกจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก
2. เพื่อร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก
3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก
4. เพื่อประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาจากทฤษฎีและแนวคิดสู่การปฏิบัติ ศึกษาเฉพาะเรื่องรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก จากสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันของคนพิการที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในพื้นที่เท่านั้น

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ในครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาข้อมูลดังกล่าวได้มาจากการสังเคราะห์ทฤษฎีและแนวคิด ผสมผสานสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 กลุ่มคือ

1. ศึกษาสภาพปัญหาของชุมชนคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตกซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัดว่ามีการจัดทำกิจกรรมการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ชุมชนแนวปฏิบัติที่เป็นดีหรือ Good Practice ของชุมชนคนพิการที่เป็นต้นแบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการมองเห็น จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ 1) สมาคมคนสายตาเลือนราง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 2) ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน นครปฐม และ 3) โรงเรียนธรรมิกวิทยา(สอนคนตาบอด) อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

1.2 คนพิการทางการมองเห็น ที่มาใช้บริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และเป็นคนพิการทางการมองเห็นที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในภูมิภาคตะวันตก 8 จังหวัด รวมทั้งหมด 30 คน

2. การร่าง “รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก” หลังจากทำการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เป็นแนวปฏิบัติที่ดีแล้วจาก 3 ชุมชน นำองค์ประกอบที่สำคัญมาสร้างเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนคนพิการทางการมองเห็น โดยจัดทำแบบตรวจสอบและรับรองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก นำร่างรูปแบบไปปรึกษาอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) และภาษาที่ใช้

3. การทดลองใช้รูปแบบ โดยเลือกชุมชนคนพิการทางการมองเห็น ที่อยู่ในพื้นที่เทศบาลเมืองไร่ขิงเป็นหน่วยทดลอง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีศักยภาพในการพัฒนาและมีแผนที่เกี่ยวข้องกับส่งเสริมสุขภาพของคนพิการ และกลุ่มต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับมีโรงพยาบาลในพื้นที่จำนวน 2 แห่งที่เป็นหน่วยบริการและเป็นพันธมิตรที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นกลุ่มคนพิการทางการมองเห็นและญาติผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองไร่ขิง จำนวน 30 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการมองเห็น

4. นำข้อมูลจากการทดลองใช้ในชุมชน ประเมินผลและปรับปรุง “รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก” โดยกลุ่มคนพิการทางการมองเห็น จำนวน 30 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก” ครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลพื้นฐานจากคนพิการและคนพิการทางการมองเห็น รวมถึงผู้เชี่ยวชาญและผู้สนใจด้านการพัฒนาคนพิการ ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ได้แก่ แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการมองเห็น (Vision rehabilitation) แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation: CBR) แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) รวมทั้งนโยบายและแผนงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการไทยในปัจจุบัน เช่น พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2556 และแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560- 2564 เป็นต้น

ขอบเขตด้านพื้นที่ คือ ภูมิภาคตะวันตก ประกอบด้วยจังหวัดตามเกณฑ์การแบ่งเขตสุขภาพ ที่ 5 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ นครปฐม ราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม

ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ กรกฎาคม 2563 ถึง ธันวาคม 2565

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก หมายถึง แบบจำลองที่กำหนดขึ้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ องค์ประกอบ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสริม การประเมินผลและถอดบทเรียน และผลผลิตภายใต้กรอบแนวคิดและหลักการของคนพิการทางการมองเห็น

คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์พฤติกรรมสติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใดประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป “การจัดการตนเอง” หมายถึง กระบวนการที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาศักยภาพคนพิการในชุมชนและท้องถิ่นในแง่ความสามารถในการจัดการเรียนรู้ กระบวนการกลุ่ม การสังสมประสบการณ์และภูมิปัญญาของท้องถิ่นตนเอง เพื่อพัฒนาเป็นองค์ความรู้ในการจัดการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพตามวิถีทางของตนเอง

คนพิการทางการมองเห็น หมายถึง บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางการมองเห็นที่มีสิทธิรับการช่วยเหลือและความคุ้มครอง รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในด้านต่าง ๆ จากรัฐ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ คนตาบอด และคนตาเห็นเลือนราง

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่เอื้ออำนวยให้คนพิการสามารถเพิ่มความ สามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิตและสังคมนั้นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุและบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นวาระของผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนและทุกระดับ เพื่อให้ผู้กำหนด

นโยบาย เหล่านี้ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการตัดสินใจในทุกเรื่องและเพื่อให้ยอมรับว่าคนกลุ่มนี้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วยโดยมีองค์ประกอบดังนี้

- สุขภาพทางร่างกาย หมายถึงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือถ้าเกิดการเจ็บป่วยก็สามารถฟื้นคืนหรือดูแลมิให้อาการโรครำเริบ มีการไปพบแพทย์ตรวจสุขภาพเป็นประจำ ไม่ละเลยในการดูแลสุขภาพของตนเอง

- สุขภาพทางจิตใจ หมายถึงการมีจิตใจที่ปกติ สามารถเข้าใจความทุกข์ความไม่สบายใจ และปรับตัวให้เข้าใจกับสภาวะตึงเครียด ไม่สร้างความกดดันให้กับตนเองหรือคนรอบข้าง

- สุขภาพทางสังคม หมายถึง การมีชีวิตร่วมในสังคมอย่างปกติ สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของชุมชนได้ แม้จะมีปัญหาและอุปสรรคจากความพิการ แต่ก็พยายามมีบทบาทในการช่วยเหลือสังคมและชุมชน

ภูมิภาคตะวันตก หมายถึง กลุ่มจังหวัดตามการแบ่งเขตสุขภาพที่ 5 ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม

ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทั้งโรคประจำตัว โรคตา และความรู้ที่จำเป็นต่างในการดำเนินชีวิตของคนพิการ เช่น สิทธิคนพิการ

ความพึงพอใจรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก หมายถึง ความรู้สึก หรืออารมณ์ของบุคคลตามองค์ประกอบทาง ความรู้สึก ได้แก่ ความรู้สึกทางบวก เป็นความชอบ พอใจ และความรู้สึกทางลบ เป็นความไม่ชอบ ไม่พอใจต่อกิจกรรมที่จัดให้

ประโยชน์ที่ได้รับ

ด้านคนพิการ

1. คนพิการและคนพิการทางการมองเห็น รวมถึงญาติผู้ดูแลได้ตระหนักรู้ถึงแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองมากขึ้น มีสุขภาพที่ดีไม่ต้องรอเจ็บไข้ได้ป่วยจึงไปโรงพยาบาล

2. คนพิการได้มีบทบาทในการสร้างเสริมพลังอำนาจตนเองต่อชุมชน นอกจากเรื่องของ การสร้างเสริมสุขภาพแล้ว ยังหมายรวมถึงการสร้างพลังคนพิการในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ในสังคมเพื่อการดำรงชีวิตอย่างเต็มศักยภาพ เช่นการรณรงค์ในการสร้างสภาพแวดล้อมและจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะและชุมชนคนพิการ

ด้านชุมชน

1. ชุมชนได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในชุมชนและสามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการตนเองของคนพิการ ตามวิถีทางที่ตนเลือกและตัดสินใจได้

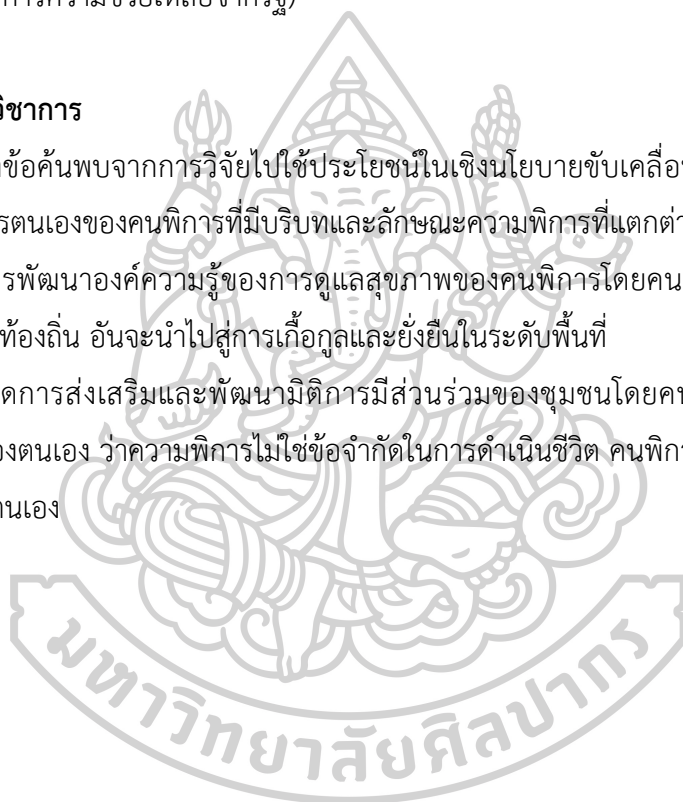
2. ชุมชนและท้องถิ่นได้ตระหนักในบทบาทหน้าที่ในการจัดการปัญหาและสภาพแวดล้อมที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ในการอยู่ร่วมกัน และการสร้างฐานความรู้และพลังอำนาจในตนเองจากกลุ่มประชากรคนพิการที่มีข้อจำกัดทางกายภาพอันเกิดจากความพิการ และสังคมนึกว่าเป็นกลุ่มเปราะบางต้องการความช่วยเหลือจากรัฐ)

ด้านวิชาการ

1. นำข้อค้นพบจากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการตนเองของคนพิการที่มีบริบทและลักษณะความพิการที่แตกต่างกัน

2. การพัฒนาองค์ความรู้ของการดูแลสุขภาพของคนพิการโดยคนพิการและชุมชนภายใต้ทรัพยากรของท้องถิ่น อันจะนำไปสู่การแก้กฏและยั่งยืนในระดับพื้นที่

3. เกิดการส่งเสริมและพัฒนามิติการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยคนพิการ ที่จะตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเอง ว่าความพิการไม่ใช่ข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต คนพิการสามารถใช้ชีวิตได้ตามศักยภาพของตนเอง



บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก” ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับคนพิการ
2. ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น
3. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน
4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพ
5. ข้อมูลทั่วไปและบริบทของภูมิภาคตะวันตก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับคนพิการ

ความหมายของคนพิการ

ดารณี สุวพันธุ์; บรรณาธิการ. (2555) ให้ความหมายว่า **คนพิการ** หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด

ความพิการเชิงประจักษ์ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้วินิจฉัยและออกใบรับรองความพิการที่ระบุประเภทความพิการ เพื่อประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการหรือต่อบัตรประจำตัวคนพิการตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เว้นแต่นายทะเบียนกลาง นายทะเบียนจังหวัด หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายแล้วแต่กรณี เห็นว่าบุคคลนั้นมีสภาพความพิการที่สามารถมองเห็นได้โดยประจักษ์ จะไม่ต้องให้มีการตรวจวินิจฉัยก็ได้

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (อ้างถึงใน ดารณี สุวพันธุ์, 2555) ได้แยกประเภทความพิการ ตามและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนดประเภทความพิการ แบ่งออกเป็น 7 ประเภท ดังนี้

- 1) ความพิการทางการเห็น
- 2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- 3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- 4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- 5) ความพิการทางสติปัญญา
- 6) ความพิการทางการเรียนรู้
- 7) ความพิการทางออทิสติก

1) ความพิการทางการมองเห็น ได้แก่

1.1 ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับแยกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

1.2 ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ไปจนถึงแยกว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่

2.1 หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน จนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

2.2 หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบลลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

2.3 ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่

3.1 ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

3.2 ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

5) ความพิการทางสติปัญญา ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไปโดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 18 ปี

6) ความพิการทางการเรียนรู้ ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

7) ความพิการทางออทิสติก ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง และความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุ ๒ ปีครึ่ง ทั้งนี้ ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอร์เกอร์ (Asperger)

สรุปคนพิการ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด มีทั้งหมด 7 ประเภท ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด **ส่วนคนพิการทางการเห็น**ตามเกณฑ์วินิจฉัยของแพทย์แบ่งเป็นคนตาบอดและคนสายตาเลือนราง

2. ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการมองเห็น

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560) อธิบายความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพการมองเห็น ว่าเป็นวิธีการที่กำหนดขึ้นเพื่อให้คนพิการทางการมองเห็นได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ป้องกันมิให้เกิดความพิการมากขึ้น สามารถใช้สายตาที่คงเหลือหรือสัมผัสอย่างให้เป็นประโยชน์ตามความเหมาะสม รวมทั้งการฟื้นฟู สภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนสังคมให้กลับคืนสู่สภาพที่เหมาะสม และใกล้เคียงปกติเดิมให้มากที่สุด โดยยึดหลักให้สามารถพึ่งพาตนเองดำรงชีวิตได้ตามอัตภาพ และมีคุณภาพชีวิตพอสมควร โดยทั่วไปแล้ว สามารถแบ่งออกได้ 4 ด้าน คือ

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

เพื่อให้ได้ผลสมบูรณ์ตามที่หวังไว้ จำเป็นต้องพิจารณาทั้งสี่ด้านนี้ให้เหมาะสม และไปด้วยกัน แต่อาจเน้นในแต่ละส่วนไม่เท่ากัน ตามสภาพและความต้องการของแต่ละบุคคล

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ คือ การรักษาและช่วยเหลือทางการแพทย์เพื่อให้คนพิการสามารถทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไปได้ตามความต้องการ ขึ้นกับระดับความพิการของแต่ละบุคคล ทั้งนี้จำเป็นต้องได้มีการฝึกฝนเพื่อให้เกิดความชำนาญยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง ตามขั้นตอน ได้แก่ 1) การวินิจฉัยโรค และหาสาเหตุของความพิการ 2) การให้การรักษา เพื่อแก้ไข ความพิการหรือลดระดับความพิการให้เหลือน้อยที่สุด รวมทั้งป้องกันมิให้พิการมากขึ้น 3) การวิเคราะห์และประเมินสมรรถภาพ เพื่อดูระดับความรุนแรงและชนิดของความพิการ 4) การอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับคนพิการ เพื่อให้ทราบความเป็นไปและความต้องการที่แท้จริงของคนพิการแต่ละคน 5) การตรวจพิเศษเกี่ยวกับความพิการต่าง ๆ ให้ทราบว่าคนพิการท่านนั้น มีสมรรถภาพอะไรเหลืออยู่ มากน้อยเพียงใด เพื่อนำไปพิจารณาช่วยเหลือต่อไป 6) การประเมินสภาพทางสังคม จิตวิทยาของผู้พิการ ว่ามีศักยภาพและการปรับตัวในการได้รับการสนับสนุน ดูแลจากครอบครัวและสังคมเพียงใด 7) การนำเสนอเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ โดยคร่าว ๆ เพื่อให้คนพิการ รู้จักขอบเขตของเครื่องมือกระตุ้นความสนใจและเป็นกำลังใจให้พัฒนาตนเอง 8) การเลือกแนะนำเครื่องมือที่เหมาะสมตามความต้องการที่แท้จริงของคนพิการแต่ละคน ซึ่งจะสอนวิธีการใช้งานที่ถูกต้องไปด้วย 9) การให้เครื่องมือที่คนพิการต้องการใช้ นำไปทดลองใช้งานจริง เพื่อฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ และเรียนรู้ข้อจำกัดของแต่ละเครื่องมือ 10) การแนะนำสถานที่ที่สามารถให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ในแต่ละท้องถิ่น เพื่อให้คนพิการติดต่อ ปรึกษาขอความช่วยเหลือถ้ามีปัญหาเกิดขึ้น 11) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสายตาและด้านอื่น ๆ ที่ยังมีปัญหา 12) การจัดหาทุนและการสนับสนุนอื่น ๆ 13) การดูแล

ต่อเนื่องทั้งด้านการตรวจรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ 14) การฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยทั่วไปแล้วการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการเห็น อาจแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ (1) Visual Aid (2) Orientation & Mobility Training (3) Other Training/Advice

Visual aid คือเครื่องมือเพื่อช่วยให้สามารถใช้สายตาให้เป็นประโยชน์มากที่สุดในแต่ละกิจกรรม เราอาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ Optical และ Non optical

1) Optical aids ได้แก่ เครื่องมือต้องใช้ lens/prism ที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มคุณภาพของภาพที่มองเห็น ส่วนใหญ่จะเป็นการขยายภาพให้ใหญ่ขึ้น เพื่อที่จะมองเห็นได้ง่ายขึ้น โดยมีวิธีการขยายภาพได้ 3 อย่าง คือ

- Relative size magnification คือการใช้ภาพที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เช่น พิมพ์เป็นตัวหนังสือขนาดใหญ่ หรือการดูผ่านเครื่อง computer โดยขยายรูปให้ใหญ่ขึ้น

- Relative distance magnification คือ การยัดเข้าไปใกล้มากขึ้น เช่น จากที่เคยอ่านหนังสือที่ระยะ 40 cm. เข้าไป เมื่อระยะ 20 cm. ก็จะขยายขึ้น 2 เท่า แต่ขณะเดียวกันก็ต้องใช้ accommodation มากขึ้น และต้องมี convergence ที่ดี

- Angular Magnification คือ การใช้ lens หรือ lens system มาช่วยทำให้ภาพขยายมากขึ้น แต่ ขณะเดียวกัน visual field ก็แคบลงไปด้วย

นอกจากนี้อาจมีเครื่องมือทาง Optical aid อย่างอื่น เช่น filter lens เพื่อกรองแสงบางส่วนไปให้ contrast ของภาพดีขึ้น, การใช้ prism และการใช้ Reverse Telescope เพื่อทำให้ Visual field กว้างขึ้น Optical aid ที่ใช้บ่อย ได้แก่

- แว่นขยายแบบมือถือ (Hand-held magnifier) ต้องวางที่ตำแหน่งโฟกัสพอดีจึงจะได้ภาพขยายเต็มที่ และเหมือนมาจากที่ไกล ๆ ไม่จำเป็นต้องใช้ accommodation ช่วย ใช้ในการอ่านทั่ว ๆ ไป ช่วงระยะเวลาสั้น ๆ สามารถพกติดตัวไปได้แต่ต้องใช้มือถือช่วย จึงอาจเป็นปัญหาในรายที่ไม่มีแรงหรือมือสั่น และทำให้ไม่สามารถใช้มือพร้อมกันทั้ง 2 ข้างได้ นอกจากนี้ visual field จะแคบลงบ้าง ทา ทำให้อ่านหนังสือ ได้ช้าลง

- แว่นขยายแบบมีขาตั้ง (stand magnifier) มีขาวางเพื่อให้ตรงโฟกัส ทำให้ใช้มือทั้งสองข้างได้พร้อมกัน แต่อาจมีขนาดใหญ่ขึ้น ไม่เหมาะจะพกติดตัว โดยทั่วไปคุณสมบัติอื่น ๆ และการใช้งานคล้ายกับ Hand held magnification

- Reading Glasses หรืออาจเรียก microscope ใช้ได้เช่นเดียวกับการใช้แว่นอ่านหนังสือ โดยต้องขยับหนังสือให้เข้ามาใกล้ในระยะที่กำหนด ในบางครั้งจะใกล้กับดวงตามาก จนรู้สึกว่าจะไม่สะดวกหรือทำให้อายุคนอื่น แต่ได้ visual field ที่กว้างที่สุดในบรรดาเครื่องมือที่ใช้ด้วยกัน ใช้ได้ดีในการอ่านหนังสือที่ต้องใช้เวลานาน

- Loupes and Visors ใช้ lens ไปติดดับแว่น เพื่อใช้ทำงานในเวลาที่ต้องการให้สะดวกเมื่อไม่ต้องการใช้สามารถเอาออกได้

- Reading Telescope เป็น การเอา telescope ติดเข้ากับกรอบแว่น ทำให้สามารถมองเห็นได้ที่ ระยะห่างจากแว่นทั่วไป (ประมาณช่วงแขน) ทำให้สามารถทำงานในระยะดังกล่าวได้ แต่ Depth of field และ Visual field จะแคบ และถ้าศีรษะไม่นิ่งภาพก็จะไม่ชัด

- Telescope เป็นเครื่องมือเดียวที่ทำให้มองเห็นที่ไกล ๆ ได้ชัดขึ้น จะเป็น binocular หรือ monocular ก็ได้ และอาจจะเอาไปติดกับกรอบแว่นก็ได้ แต่การใช้จะค่อนข้างยากและต้องการเวลาฝึกฝน เนื่องจาก visual field จะแคบลงมาก ต้องอาศัยทักษะในการกวาดดู (scanning)

- CCTV (close circuit television) ใช้กล้อง scan ภาพเข้าไปใน computer แล้วจัด font ให้มีขนาด ใหญ่พอที่จะอ่านได้สามารถปรับหน้าจอเพื่อเพิ่ม contrast ตามความต้องการได้ ทำให้สามารถอ่านหนังสือได้ ที่ระยะปกติแต่ยังมีราคาแพง

2) Non Optical aids เป็นเครื่องมือที่ไม่ต้องใช้ lens ช่วย แต่ทำให้สามารถมองเห็นได้ง่ายขึ้น ได้แก่ หนังสือขนาดตัวอักษรใหญ่, Talking Dictionary computer, ของบรรทัดต่าง ๆ แผงวางหนังสือ ตลอดจนไฟที่เพิ่มความสว่าง

Orientation and Mobility Training เพื่อให้ผู้พิการสามารถไปไหนมาไหนได้ รู้สภาพแวดล้อมในที่ต่าง ๆ คือ รู้ว่าขณะนี้อยู่ที่ไหน ต้องการจะไปที่ไหนและจะไปได้อย่างไร ต้องมีการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ เป็น ขั้นตอน โดยทั่วไป การนำทางสามารถทำได้ โดย

- การใช้คนนำทาง เป็นวิธีที่ปลอดภัยได้ผลดี แต่ต้องอาศัยพึ่งพาผู้อื่น จึงควรใช้ใน ระยะแรก เพื่อฝึกทักษะอื่น ๆ ต่อไป

ผู้นำทางจ่อแขนแนบลำตัว ให้ผู้ตามจับที่เหนือข้อศอกเล็กน้อย ยืนหลังจากผู้นำทาง ประมาณ ½ ก้าว เวลาผู้นำทางเดินให้เดินนำประมาณ 1 ก้าว และเมื่อถึงทางแคบ ประตูหรือที่คน พลุกพล่านหันข้อศอกไปข้างหลัง เพื่อเตือนผู้ตามให้ระวัง ระหว่างนำทางควรบอกสภาพแวดล้อมไปด้วย โดยใช้คำพูดที่ชัดเจน สื่อความหมายได้ดี และเมื่อจะปล่อยผู้ตามไว้ตามลำพัง ควรจัดให้อยู่ในที่ติดกับเก้าอี้ ผนังหรือสิ่งแวดล้อมอื่น

- การใช้ไม้เท้า เป็นวิธีที่ทำได้ไม่ยาก ไม่สิ้นเปลือง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งของและทางเดิน ด้านหน้า

แต่สิ่งที่สูงลอยขึ้นมาจะไม่สามารถตรวจสอบได้ ไม้เท้าที่ใช้ควรมีน้ำหนักเบา ความยาวพอเหมาะประมาณหน้าอก โดยทั่วไปจะใช้สีขาวเพื่อให้เป็นสัญลักษณ์ของคนพิการ

- การใช้สุนัขนำทาง มีคนใช้วิธีนี้น้อย เพราะต้องมีการฝึกฝนรวมกันทั้งคนและสุนัข ผู้ที่ใช้วิธีนี้กำหนดให้มีอายุ 18-60 ปี และมีสุขภาพดี การได้ยินปกติ และต้องตาบอดสนิทแล้ว เพราะจะต้องมีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลสุนัขได้ สุนัขที่นำมาฝึกได้ จะเลือกพันธุ์ที่ฉลาด ขนสั้น ได้แก่ German shepherd, Golden retriever Labrador retriever และ boxer เพื่อให้ดูแลง่าย

- การใช้เครื่องมือทาง Electronic อื่น ๆ เช่น คลื่นเสียง หรือ LASER เพื่อช่วยให้รู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมดีขึ้น โดยเฉพาะที่อยู่ระดับเหนือพื้นขึ้นมา เมื่อใช้ร่วมกับไม้เท้านำทาง จะทำให้สามารถระมัดระวังตัวได้ดีขึ้น

Other Training ได้แก่ การฝึกทักษะต่าง ๆ ที่ช่วยในการมองเห็น เช่น การกวาดสายตา การมอง หลบจุดบอด ซึ่งต้องมีการฝึกฝนพอควร นอกจากนี้อาจให้คำแนะนำ ในการอ่านหนังสือ สำหรับคนที่มีปัญหาทางลานสายตา เช่น Lt hemianopia จะมองจุดของบรรทัดไม้ได้อาจใช้นิ้ววางไว้ที่ตรงนั้น เพื่อให้ มองไปยังนิ้วได้หรือ Rt hemianopia ที่จะอ่านหนังสือลำบาก อาจเอียงหนังสือขึ้นบนหรือลงล่างเพื่อให้อ่านสะดวกขึ้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา เด็กตาบอดต้องเข้าเรียนการศึกษาภาคบังคับ เช่นเดียวกับเด็ก เด็กปกติ การให้บริการการศึกษาขึ้นกับระดับสายตาที่เป็นอยู่ ดังนี้

1) ผู้มีสายตาเลือนราง (ระดับ 1-2) สามารถจัดให้เรียนร่วมในชั้นเรียนปกติโดยใช้หลักสูตรปกติ แต่ต้องมีสิ่งช่วย เช่น แว่นขยายพิเศษ สื่อการเรียนการสอนขนาดขยาย และอาจต้องมีครูสอนซ่อมเสริมในบางราย

2) ผู้ที่ตาบอด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

2.1 กลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ควรเรียนในโรงเรียนคนตาบอด หรือเรียนในชั้นพิเศษในโรงเรียนปกติ ใช้หลักสูตรพิเศษสำหรับคนตาบอด เน้นให้มีทักษะเพิ่มขึ้นเมื่ออยู่ในชั้นสูงขึ้น สอนให้ อ่านเขียนอักษรเบรลล์ใช้ตำราเป็นอักษรเบรลล์ หรือเทปบันทึกเสียง ในนักเรียนตาบอดระดับ 3 และ 4 ควรสอนอักษรธรรมดา โดยใช้ขนาดตัวโต ๆ ควบไป ด้วย ส่วนเวลาเรียนและการวัดผลควรมีการยืดหยุ่น

2.2 กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถเรียนร่วมในชั้นเรียนปกติ ใช้หลักสูตรปกติ ปรับปรุงเนื้อหา บางวิชาที่เรียนไม่ได้อาจต้องได้รับคำแนะนำจากศึกษานิเทศน์

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ควรเริ่มที่การฝึกกรีธา การแต่งตัว มารยาทในการเข้าสังคม จัดพฤติกรรมแปลก ๆ ที่เด็กตาบอดชอบทำ เช่น การหลบอยู่ในที่มืด ๆ คนเดียว การเอานิ้วกดบริเวณลูกตา การโยกตัวไปมา การแนะนำเรื่องเพศศึกษา ตลอดจนนันทนาการต่าง ๆ นอกจากนี้ ต้องมีการจัดสภาพแวดล้อมทางสังคมเพื่อช่วยเหลือคนตาบอด เช่น มีเสียงสัญญาณข้ามถนน มีทางเดินเฉพาะสำหรับคนตาบอด

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ได้แก่การฝึกหัดอาชีพ ที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเอง อาชีพที่คนพิการ ทางกรมมองเห็นทำได้ดี ได้แก่ พนักงานรับโทรศัพท์ หมอนวด นักดนตรี พนักงานล้างฟิล์มเอกซเรย์ พนักงานรับส่งวิทยุ พนักงานพิมพ์ดีด (ผ่านเครื่องบันทึกเสียง) ครูช่างไม้ช่างปูน

สรุปได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น มี 2 กลุ่ม คือตาบอดและตาเลือนราง กลุ่มตาบอด จะได้รับการฝึกในโรงเรียนเฉพาะทาง หรือในศูนย์ฝึกอาชีพเฉพาะ ส่วนตาเลือนรางมักใช้ชีวิตร่วมในสังคมทั่วไป ทั้งการศึกษา การประกอบอาชีพ โดยใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยการเห็น จนกระทั่งตาบอดจะเข้าไปฟื้นฟูเตรียมทักษะในโรงพยาบาลที่มีหน่วยการฝึกกิจวัตรประจำวัน หรือในศูนย์ฝึกอาชีพเฉพาะทางต่อไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation หรือ CBR) เป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ริเริ่มขึ้นหลังจากที่มีการประกาศใช้ปฏิญญาอัลมา-อตา (Declaration of Alma-Ata) ในปี ค.ศ. 1978 (พ.ศ.2521) เพื่อใช้เป็นยุทธศาสตร์ช่วยคนพิการในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำและปานกลางสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น ด้วยการให้ทรัพยากรในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด และด้วยความร่วมมือขององค์กรต่าง ๆ ของสหประชาชาติ หน่วยงานภาครัฐ องค์กรพัฒนาภาคเอกชน และองค์กรเพื่อคนพิการคนพิการต่าง ๆ ตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีที่ผ่านมา จึงทำให้ CBR มีการพัฒนาจนกลายเป็นยุทธศาสตร์ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการได้อย่างหลากหลายยิ่งขึ้น ทำให้คนพิการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตลอดจนยกระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการให้สูงขึ้นอีก

CBR ได้ดำเนินการโดยทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน โดยปี พ.ศ. 2522 – 2525 องค์การอนามัยโลก ได้ริเริ่มฝึกอบรมและทดลองทำโครงการ CBR ในเขตภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ซึ่งมีประเทศที่ได้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ อินเดีย อินโดนีเซีย พม่า ฟิลิปปินส์ และ ศรีลังกา ประกอบกับสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีคนพิการสากลในปี พ.ศ. 2524 ได้ส่งผลให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เริ่มตระหนักถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้รับเอานโยบายการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน โดย พ.ศ. 2526 ได้ใช้ “คู่มือฝึกคนพิการของ องค์การอนามัยโลก” “Training Disabled People in The Community” เป็นแนวทางในการฝึกคนพิการในชุมชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์ฟื้นฟูกรรมการแพทย์เป็นผู้แปลและเรียบเรียง คณะอนุกรรมการชุดนี้ได้ทดลองใช้คู่มือนี้ที่อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2529 และที่อำเภอดุสิต จังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ.2530 หลังจากการทดลองใช้คู่มือและดำเนินการในหลายพื้นที่ จนได้ข้อสรุปว่า แนวทางการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนของรัฐคือ “การใช้แรงงานของสาธารณสุขมูลฐาน” เป็นแนวทางในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน โดยมีศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก (องค์การอนามัยโลก,2556).

ปี พ.ศ. 2547 สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดทำ “โครงการพัฒนาศักยภาพคนพิการโดยชุมชน” โดยได้จัดอบรมอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ช่วยเหลือคนพิการ (อ.พ.ม.ก.) เพื่อให้ อ.พ.ม.ก. ลงพื้นที่สำรวจคนพิการ จัดประชุมเครือข่ายเพื่อติดตามการดำเนินงานในชุมชน พัฒนาศูนย์เรียนรู้ จัดเวทีประชุมประชาคมเพื่อจัดทำแผนการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในชุมชน รวมถึง ผลักดันให้เป็นแผนปฏิบัติงานของท้องถิ่น ต่อไป

ในช่วงประมาณ 20 ปีก่อนหน้านี้ เกิดการปรับตัว และเปลี่ยนแปลงในวงการ CBR ของประเทศไทยอย่างมากใน 2 ประเด็น ได้แก่ หนึ่ง แนวคิดการเสริมพลังคนพิการ (Empowerment) แนวคิดพิการต้องมีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ (Nothing about Us without Us) จากระดับภูมิภาคและต่างประเทศ ส่งเสริมให้กลุ่มคนพิการ (Self-Help Group) รวมตัวกันและเป็นผู้จัดโครงการ CBR ด้วยตัวเอง ซึ่งส่งผลให้ CBR ในประเทศไทยพยายามหลุดจากแนวคิดเชิงการแพทย์ (Medical Model) มาเป็นแนวคิด เสริมพลังคนพิการ (Empowerment) และประเด็นที่สอง ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและทำให้งาน CBR เป็นกระบวนการหนึ่งในงานพัฒนาชุมชน คือ การกระจายอำนาจบริหารงานส่วนท้องถิ่นสู่ระดับชุมชนของประเทศไทย คือ การเกิดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระดับชุมชน ที่เรียกว่า องค์การบริหารส่วนตำบล (อ.บ.ต.) ที่ทำให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เข้าไปทำงานร่วมกับ อ.บ.ต. และคนพิการในระดับหมู่บ้านและชุมชน และจัดทำโครงการ CBR ที่มี อ.บ.ต. เป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน ซึ่งในปัจจุบัน พบว่า คนพิการและ อ.บ.ต. ร่วมกันทำงาน CBR ได้อย่างเข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพในระดับตำบลหลายพื้นที่

ในระดับสากล แนวคิด CBR ได้ถูกบรรจุในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) ในหัวข้อที่ 26 ที่ว่าด้วย การส่งเสริมสมรรถภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ข้อ (b) ที่เน้นการสนับสนุนให้คนพิการมีส่วนร่วมในชุมชน และ การเป็นส่วนหนึ่งในชุมชน และ ในทุกด้านของสังคม ในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา ได้มีการก่อตั้งหน่วยงานระดับภูมิภาค ที่ กรุงเทพมหานคร ชื่อ ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมคนพิการแห่งเอเชีย-แปซิฟิก (Asia-Pacific Development Center on Disability: APCD) ซึ่งศูนย์ฯดังกล่าวได้มีส่วนร่วมพัฒนางาน CBR ผ่านการจัดฝึกอบรม และ ประชุมที่เกี่ยวข้องกับงาน CBR อย่างสม่ำเสมอในช่วงที่ผ่านมา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จงาน CBR

องค์การอนามัยโลก (2556) สรุปบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จในโครงการ CBR ของประเทศไทย ซึ่งสามารถรวบรวมสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายที่ดำเนินงานตามแนวคิดการทำงาน CBR Matrix ทั้ง 5 องค์ประกอบ ตาม CBR Guidelines ของ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านความเป็นอยู่ ด้านสังคม และด้านการเสริมพลัง

2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคนพิการ และของทุกภาคส่วน โดยมุ่งเน้นให้คนพิการ ครอบครัวสามารถพึ่งตนเองได้ มีการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมกันกับระดับตำบล อำเภอ จังหวัดและประเทศ ทั้งภาคประชาสังคม ภาคประชาชน ได้แก่ ครอบครัว อาสาสมัคร ชุมชน องค์กรคนพิการ (สภาคนพิการ สมาคมคนพิการ ประเภทต่าง ๆ ทั้ง 7 สมาคม) มูลนิธิเอกชน องค์กรธุรกิจเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืน สามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างต่อเนื่องและเป็นจริงในชุมชน

3) การสร้างความเข้าใจ และ ความตระหนักของชุมชนและทุกภาคส่วน ได้แก่ การสร้างความตระหนักที่ว่า คนพิการเป็นสมาชิกหนึ่งในชุมชน คนพิการมีศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์เหมือนกับทุกคนในชุมชน คนในชุมชนร่วมกันส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพคนพิการ และการปรับทัศนคติของคนพิการและครอบครัวให้ ตระหนักถึงสิทธิและความต้องการของคนพิการเอง เน้นให้คนพิการมีอาชีพ มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ ค) ผู้นำชุมชนท้องถิ่น เห็นความสำคัญของการทำงาน เพื่อพัฒนาคนพิการ โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของคนพิการ และการมีแผนการดำเนินงานเพื่อคนพิการอย่างยั่งยืน

4) การนำนโยบาย และกฎหมายมาใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ได้แก่

- การเสริมความเข้มแข็งของกลุ่มคนพิการ ระบบผู้ช่วยเหลือส่วนบุคคล ระบบการจ้างงาน การส่งเสริมอาชีพ ผ่านกลไกศูนย์บริการคนพิการ ตามมาตรา 20/3 และ 20/4 หรือ ผ่านมาตรา 33 (การจ้างงาน) และมาตรา 35 (การให้สัมปทานและการสนับสนุนด้านอื่น ๆ) ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นต้น

- การผลักดันแผนงาน CBR เข้าสู่ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เพื่อให้เกิดการดำเนินการ โครงการ CBR แบบองค์รวม และบรรจุนโยบาย CBR เข้าไปในงานของศูนย์บริการคนพิการ เช่น สนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล จัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ โดยมีอาสาสมัครที่มีอยู่ในชุมชนดำเนินการ โดยอาจเริ่มจากการฝึกอบรม CBR ให้กับอาสาสมัครเหล่านี้ เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การริเริ่มงาน และการทำงานเชิงรุก ได้แก่

- การทำงานควรเริ่มจากระดับตำบล เพราะเป็นหน่วยที่ดูแล บริหารจัดการได้ง่าย ในการเริ่มต้น และโครงสร้างทางกฎหมายเอื้อต่อการทำงาน

- ควรเริ่มจากภาคสาธารณสุข เนื่องจากคนพิการส่วนใหญ่จะต้องเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลสุขภาพก่อนจะเข้าสู่กระบวนการพัฒนาในด้านอื่น ๆ จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สะดวกในการพัฒนาต่อ

สรุป แนวคิด CBR มีบทบาททั้งเป็นแนวคิดหลัก และการนำไปใช้เผยแพร่ ขยายผล และพิสูจน์ให้เห็นว่า มีโครงการ CBR ที่ประสบความสำเร็จอยู่จริง โดยการนำนโยบาย และกฎหมายมาใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ได้แก่ การนำกฎหมายที่มีอยู่มาใช้ เช่น การเสริมความเข้มแข็งของกลุ่ม

คนพิการ ระบบผู้ช่วยเหลือส่วนบุคคล ระบบการจ้างงาน การส่งเสริมอาชีพ ผ่านกลไกศูนย์บริการคนพิการ หรือ มาตรา 33 และมาตรา 35 (ตามพ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) การผลักดันแผนงาน CBR เข้าสู่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด และ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

4.1 การสร้างเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพมีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย กล่าวคือ อ่ำพล จินดาวัฒนะ, สุธเกียรติอาชานุภาพ, และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (2550) ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพในสองประเด็น กล่าวคือ ประเด็นแรกการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นของการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข เป็นการบริการการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการ เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนประเด็นที่สองเป็น การสร้างเสริมสุขภาพโดยกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในการที่จะทำให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพอันจะมีผลดีต่อสุขภาพ

ในความหมายใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพมิได้เน้นการให้บริการ ดังที่ผ่านมา แต่เป็นกระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นโดยองค์กรต่าง ๆ ของสังคมมีบทบาท เป็น ความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม ดังที่ อ่ำพล จินดาวัฒนะ (2551) ได้สรุปตารางแสดงความแตกต่างของการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่และดั้งเดิม ในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงข้อแตกต่างระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่กับการสร้างเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม

การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่	การสร้างเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม
<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม 2. มุ่งที่สุขภาพของประชากร/ชุมชน 3. เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม 4. เน้นที่ปัจจัยทางสังคม 5. ใช้กลยุทธ์ 5 ประการตามกฎบัตร ออตตาวา <ul style="list-style-type: none"> - สร้างนโยบายสาธารณะ - สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน - เพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนในการดำเนินงาน - การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล - การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข 6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และการเสริมสร้างอำนาจ/ศักยภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นบริการที่จัดโดยองค์กรสุขภาพ 2. มุ่งที่สุขภาพส่วนบุคคล 3. เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล 4. เน้นปัจจัยทางพฤติกรรมส่วนบุคคล 5. ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม การให้ข้อมูล ข่าวสารและการให้สุขศึกษา 6. ส่งเสริมความรู้ เจตคติ และทักษะของปัจเจก บุคคล

ที่มา: อำพล จินดาวัฒน์ (2551)

Edelman and Mandle (2006) ได้ให้ความหมายของคำว่า การสร้างเสริม สุขภาพ คือ กระบวนการกระตุ้นบุคคล กลุ่มให้สามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพเพื่อให้ความสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งสามารถบ่งบอก และเกิดความตระหนักที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ ทั้งบุคคลและสิ่งแวดล้อม

Pender (1987) กล่าวว่าความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพคือการจูงใจหรือการกระทำใด ๆ ที่มีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล เพนเดอร์ ยังให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพใน มุมที่กว้างขึ้น กล่าวคือมีองค์ประกอบ 3 ด้านด้วยกัน ได้แก่ การให้ความรู้ (Health Education) การป้องกัน (Health Prevention) และการให้ภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพ (Health Protection)

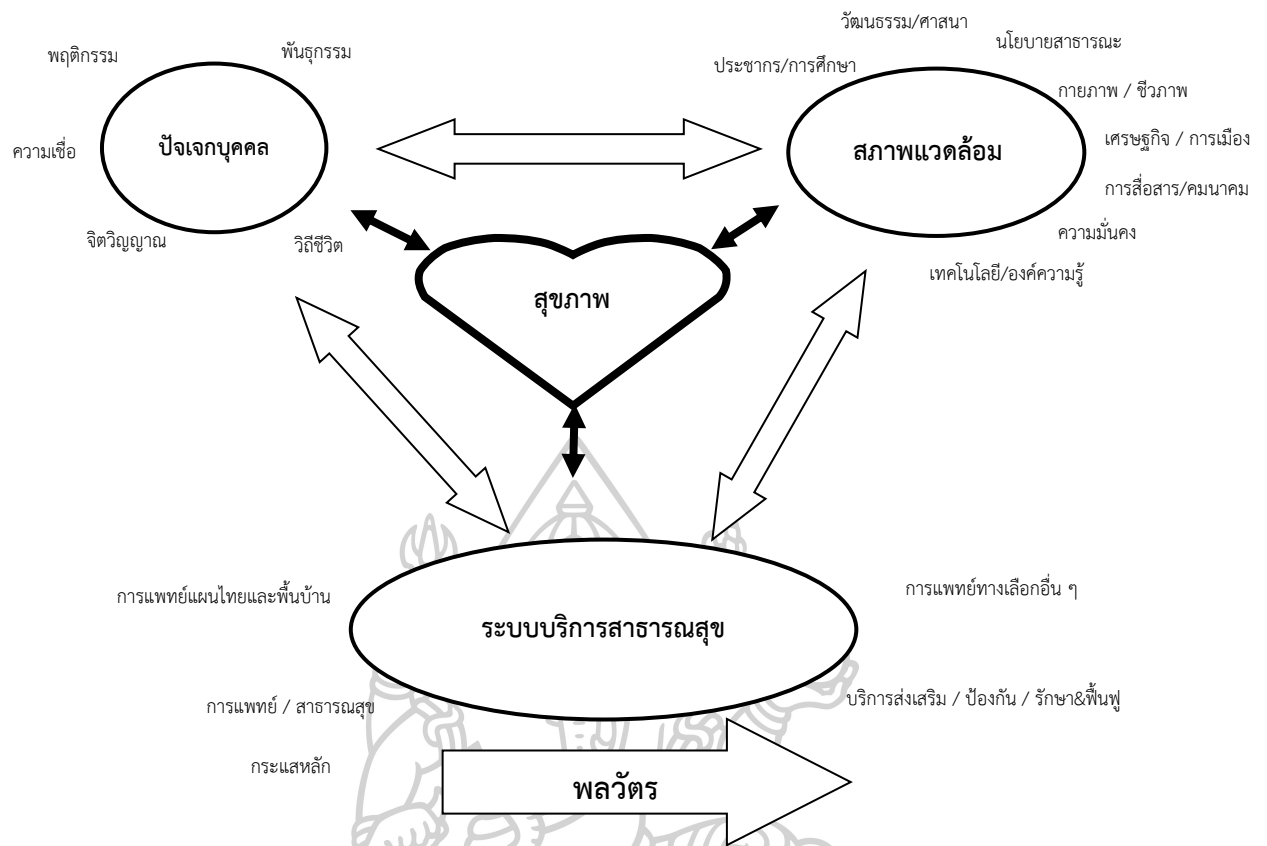
จะเห็นได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่าง ๆ หลายอย่างที่มีความสัมพันธ์ กับสุขภาพของบุคคล ครอบครัว องค์กรการทำงานและชุมชน สามารถสรุปถึงความหมายของการสร้าง เสริมสุขภาพได้คือ ศาสตร์และศิลป์ในการกระตุ้นให้บุคคล ชุมชนปรับเปลี่ยนลักษณะการดำรงชีวิต ตลอดจนการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมให้เอื้อต่อการเกิดสภาวะสุขภาพ สมบูรณ์อย่างเต็มศักยภาพ เนื่องจากปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลง

ไปตามเศรษฐกิจและสังคมที่สลับซับซ้อนการเปลี่ยนแปลง ที่เห็นได้ชัดประการหนึ่ง คือการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคเอดส์ เป็นต้น โรคเหล่านี้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลและต้องลงทุนสูงทั้ง บุคลากรและเครื่องมือ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันจึงมีความสำคัญ

โดยสรุปการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่จะเน้นการสร้างสุขภาพโดยความรับผิดชอบของบุคคลเอง นอกจากนั้นองค์กรต่าง ๆ ในสังคมก็มีบทบาทที่สำคัญในการสรรค์สร้างให้เกิดสังคมแห่งการมีสุขภาพดี โดยเฉพาะประเด็นการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การมีนโยบาย ด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายที่จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพได้ตระหนักและดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลอันจะนำไปสู่การสร้างให้บุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล และชุมชนเกิดการมี คุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขภาพสมบูรณ์ในที่สุด

4.2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพเป็นอย่างมากจึงมีการรวบรวมข้อมูลที่เชื่อว่าเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพและผลกระทบต่อสุขภาพออกมาเผยแพร่ให้นักสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องได้นำไปพิจารณาในการจัดทำโครงการปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านั้นเกี่ยวข้องตั้งแต่เกิดถึงตายเกี่ยวข้องกับวิถีการดำรงชีวิตในแต่ละวันและรูปแบบการบริการปัจจัยเหล่านี้มีมากมายหลากหลายแตกต่างกันไปตามพื้นที่ (อำพลจินดาวัฒน์, 2550) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงของปัจจัยกำหนดสุขภาพและพลวัตเกี่ยวข้องกับสุขภาพ
ที่มา: อ่ำพล จินดาวัฒนะ, สุธเกียรติอาชานูภาพ, และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (2550)

แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพนี้อาศัยหลักคิดด้านชีวการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นหลักซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยหลักที่กำหนดสุขภาพมี 3 ด้านได้แก่บุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการดังนี้

1. บุคคล (Individual) มาจากปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของประชากร (อ่ำพลจินดาวัฒนะ, 2550) ดังนี้

- ปัจจัยทางด้านชีวภาพประกอบด้วย (1) โรคทางพันธุกรรมอันเนื่องมาจากสืบทอดลักษณะมาจากบรรพบุรุษเช่นมะเร็งเต้านมโรคจิตและประสาทเป็นต้น (2) อายุและเพศแบ่งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุตามวัยเช่นวัยทำงานวัยหมดประจำเดือนและวัยสูงอายุ เป็นต้นในงานวิจัยพบว่าเพศหญิงมักมีอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่าเพศชายและมีบทบาทสำคัญต่อครอบครัวและการพัฒนาการของบุตรจึงให้ความสำคัญต่อเพศหญิงในการส่งเสริมสุขภาพมาก

- ปัจจัยทางด้านจิตใจรวมถึงเรื่องการรับรู้ความเชื่อทัศนคติแรงจูงใจที่มองว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลที่ทำให้เกิดผลต่อการเกิดโรคและสุขภาพของคนนั้นเช่นพฤติกรรม การสูบบุหรี่จนติดเป็นนิสัยส่งผลเสียต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ หรือบุคคลที่เน้นในเรื่อง วัฒนธรรมแห่งการบริโภคทุนนิยมมากไม่มีเวลาดูแลครอบครัวทำให้เกิดปัญหาครอบครัวเครียดและ คุณภาพชีวิต

- พฤติกรรมที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคลเช่นการดำเนิน ชีวิตประจำวันเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนเช้าจนถึงเข้านอนถ้าขาดความสำนึกและสุขุมนิสัยที่ดีก็จะนำไปสู่ พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้การทำงานและการประกอบอาชีพที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของ บุคคลทางสาธารณสุขเรียกว่าอาชีวอนามัยบางรายอาจเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพเนื่องมาจาก บรรยากาศในที่ทำงานซึ่งทำให้เกิดความเครียดสะสมและปัญหาความขัดแย้งในองค์กรหรือบางราย ถูกบีบคั้นจากภาวะเศรษฐกิจทำให้มุ่งเน้นหาเงินจนพักผ่อนไม่เพียงพอเกิดความเครียดพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสมเช่นการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมการสูบบุหรี่หรือการขาดการจัดการความเครียด ที่เหมาะสม เป็นต้น

2. สิ่งแวดล้อม (Environment) ในที่นี้ มีองค์ประกอบพอสังเขป 3 ด้าน (อำพล จินดาวัฒนะ, 2550) ได้แก่

- สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพเช่นการคมนาคมสารเสพติดสวนสุขภาพวัดขึ้น เป็นต้น
- สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพเช่นเชื้อโรคพืชสัตว์ เป็นต้น
- สิ่งแวดล้อมด้านสังคมเช่นครอบครัวชุมชนและสังคม เป็นต้น

3. ระบบบริการสาธารณสุข (Health service system) แนวคิดนี้แบ่งเป็น

- ประเภทการบริการสุขภาพสาธารณสุขเมื่อกล่าวถึงการแบ่งสุขภาพร่างกาย ทางการแพทย์นั้นได้จัดแบ่งเป็น 5 ระยะโดยเริ่มต้นตั้งแต่นั้นที่ 1 คือระยะปกติที่บุคคลไม่เสี่ยงต่อ การเกิดโรคขั้นที่ 2 คือระยะเสี่ยงที่บุคคลเริ่มมีภาวะเสี่ยงเกิดขึ้นจากการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงต่อ การเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยขั้นที่ 3 คือระยะป่วยเริ่มมีโรคที่เกิดขึ้นมักมีอาการแสดงให้เห็นหรือ อาจจะไม่มีอาการแสดงในระยะป่วยเริ่มต้นขั้นที่ 4 คือระยะโรคแทรกซ้อนหรือพิการหากไม่รักษา ก็จะ เกิดภาวะแทรกซ้อนขั้นที่ 5 คือหายจากโรคพิการหรือเสียชีวิตในแง่ของการแบ่งประเภทการบริการ สาธารณสุขนั้นแบ่งตามระยะของสุขภาพร่างกายของบุคคลเป็น 4 ประเภทได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น (อำพล จินดาวัฒนะ, 2551)

- การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังคงมีข้อจำกัดของบริการ สาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันและควบคุมโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลและยังคงมี ปัญหาในเรื่องการกระจายบริการด้านสาธารณสุขทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพมากขึ้นจึงมี ความพยายามในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและให้บุคลากรทางสาธารณสุข เช่น พยาบาล

นักวิชาการสาธารณสุขจัดบริการสาธารณสุขโดยคำนึงถึงผลกระทบต่อจิตใจและสังคม (อำพล จินดาวัฒนะ, 2551)

สำหรับปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพเป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ปี.ศ. 1940 โดยองค์การอนามัยโลก เพื่อนำมาศึกษาองค์ความรู้และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายร่วมกับเครือข่ายความรู้ในระดับโลก อาศัยหลักคิดทางสังคมผสมผสานกับการสาธารณสุขในทฤษฎีข้ออธิบายแนวคิด ปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพที่สำคัญเพียง 6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสาธารณสุขดังนี้

1) ความยากจน(poverty) เป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาทำให้เกิดหนี้สินส่งผลกระทบต่อปัญหา ด้านจิตใจและอาจนำไปสู่การชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอันมีปัจจัยสาเหตุมาจาก ความยากจนที่บุคคลนั้นมีรายได้น้อยไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันและ ก่อให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวเมื่อมีฐานะความยากจนจนนำไปสู่การกู้ยืมเงินทั้งภายในระบบและ นอกกระบบของรัฐจนเกิดปัญหาด้านสุขภาพทั้งกายและจิต

2) ความไม่เสมอภาคและไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (health inequality and inequity) ได้แก่เรื่องเพศอายุศาสนาเชื้อชาติฐานะทางสังคมความพิการ ลักษณะพื้นที่อาศัย ทำให้เกิดความ ไม่เข้าถึงทรัพยากรด้านสาธารณสุขกระแสโลกาภิวัตน์ที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นความไม่เป็นธรรม ด้านสุขภาพในเรื่องชนชั้นในสังคมเช่นคนรวยมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรด้านสาธารณสุขได้มากกว่า คนจนรวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชากรโลกและโครงสร้าง การเมืองเศรษฐกิจสังคมทำให้เกิดการกระจายทางด้านสถานะสุขภาพและบริการสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม

3) ความมั่นคงปลอดภัยด้านอาหาร (food safety) การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัยย่อม เกิดอันตรายต่อสุขภาพโดยเริ่มจากกระบวนการผลิตอาหารทุกขั้นตอนอันเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อ ความมั่นคงปลอดภัยด้านอาหารอันนำไปสู่ผลเสียต่อสุขภาพเช่นอาหารเป็นพิษเป็นต้น

4) การถูกกีดกันในสังคม (social exclusion) บุคคลที่มักถูกกีดกันในสังคมเช่นคนจน คนว่างงานแรงงานต่างชาติดคนพิการเป็นต้นทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษาต้องทำงานที่มีภาวะเสี่ยงสูง แต่รายได้ต่ำไม่มีโอกาสเลือกงานและไม่มีสวัสดิการรักษายาบาลที่เพียงพอเพราะถูกสังคมกีดกัน ส่งผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมในสังคมด้านสุขภาพ

5) ที่อยู่อาศัย(housing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความสะอาดเช่นชุมชนเมืองที่แออัด มักจะมีสิ่งแวดล้อมที่ปกอภัยก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตการจืดจางและที่อยู่อาศัยให้มีสิ่งแวดล้อมที่ สะอาดและเหมาะสมทำให้บุคคลที่อยู่อาศัยเหล่านั้นมีสุขภาพกายและจิตดีด้วย

6) เงื่อนไขของการทำงาน (job condition) การจ้างงานที่ไม่เป็นธรรมทางด้านสุขภาพ ได้แก่การเอาเปรียบของนายจ้างต่อลูกจ้างลักษณะของอาชีพและสิ่งแวดล้อมก็มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ของลูกจ้างเกิดภาวะเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตเช่นกันเช่นรายงานวิจัยไทยพบว่าอาชีพเกษตรกร ไทยที่ถูกจ้างงานแบบเกษตรพันธะสัญญาอันเกิดมาจากการเอาเปรียบของนายจ้างในการลงทุนด้าน

การเกษตรรวมถึงการดำเนินนโยบายของรัฐตามองค์การการค้าโลกและสถาบันการเงินข้ามชาติทำให้เกษตรกรไทยต้องเร่งปริมาณการผลิตให้ทันเวลาที่กำหนดส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตและเครียดจากการทำงานของเกษตรกร

สรุปว่า ปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพหมายรวมถึงปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจวัฒนธรรมการเมืองการปกครองสิ่งแวดล้อมที่อยู่ล้อมรอบตัวปัจเจกบุคคลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังโดยเฉพาะด้านพฤติกรรมเสี่ยงเช่นคนจนจะมีความสามารถในการจัดการและควบคุมโรคได้น้อยกว่าคนรวยเมื่อขาดความรู้ก็จะขาดข้อมูลข่าวสารก็จะมีแนวโน้มที่จะมีการดูแลสุขภาพสุขภาพได้ไม่ดี โครงสร้างสังคมเป็นสังคมสูงวัยจะมีผลต่อความชุกของโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้นการค้าเสรีจะเพิ่มการเข้าถึงของสินค้าอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากขึ้นและมีผลกระทบต่อระบบอาหารของประเทศ หรือในเขตเมืองคนจะมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าคนในเขตชนบท เป็นต้น

4.3 การจัดการสุขภาพตนเอง

การจัดการสุขภาพตนเองเป็นการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองด้านการรับมือกับโรคเรื้อรังและการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้มีสุขภาพดีองค์ประกอบด้านการจัดการดูแลตนเองตามต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายจึงอยู่ทั้งในชุมชนและในระบบบริการสุขภาพในที่นี้ขอนำเสนอ 2 ทฤษฎี/แนวคิด คือ Orem และ Creer

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001)

เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายอธิบายทำนายหรือกำหนดวิธีการพยาบาลเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลาย การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่างคือการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปตามระยะพัฒนาการและเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Orem, 2001) ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัยแต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการจุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์การคลอดบุตรการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิตและเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการเช่นการสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดาหรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิดโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติเช่นเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์

แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000)

Creer (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรคโดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตและต่อเนื่องของการควบคุมตนเอง การจัดการตนเองเป็นการกระทำโดยบุคคลในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

1. การตั้งเป้าเป้าหมาย (Goal Selecting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลควรร่วมกันตั้งเป้าหมาย โดยการปรึกษาหารือ และกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองออกมา การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งควรเป็นลักษณะเป้าหมายเชิงพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงสามารถวัดได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถตั้งเป้าหมายได้ ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคที่ตัวเองเจ็บป่วย การตั้งเป้าหมายเป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการและยังเป็นการเพิ่มข้อมูลมัดแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนให้บรรลุเป้าหมาย

2. การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเฝ้าระวังตนเอง (self monitoring) โดยประกอบไปด้วยการสังเกตอาการตนเอง (self observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self recording) การเฝ้าระวังตนเองเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายและจัดการตนเองได้สำเร็จ ซึ่งในการเฝ้าระวังตนเองนั้น ควรเฝ้าระวังเฉพาะอาการที่กำหนดไว้เป็นพฤติกรรมเป้าหมาย เพราะหากทำการเฝ้าระวังอาการต่าง ๆ มากจนเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้าได้ และควรกำหนดวัตถุประสงค์ที่สามารถวัดได้ ควรสังเกตและบันทึกข้อมูลในช่วงเวลาที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพกำหนดไว้ เช่น ชั่งน้ำหนักทุกเช้าหลังปัสสาวะ และก่อนรับประทานอาหาร ประเมินอาการบวมทุกวันตอนเช้าหลังตื่นนอน ก่อนทำกิจวัตร เป็นต้น

3. การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นค่ามาตรฐานสากลหรือค่าเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรคและวิธีการสังเกตตัวเอง โดยผู้ป่วยต้องสามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว

4. การตัดสินใจ (Decision Making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลตนเอง เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม เป็นการเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยเพื่อควบคุมโรค โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐาน และสามารถตัดสินใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้

5. การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เป็นการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

6. การประเมินผล (Self Reaction) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติของตนเองในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคว่าสามารถควบคุมโรคได้ตามที่ตั้งไว้หรือไม่ เพื่อให้บุคคลสามารถคาดการณ์จากการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติเป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป

สรุปแนวคิดที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม สุขภาพมิได้มีความหมายแค่เพียงการเจ็บป่วยเท่านั้น สุขภาพเป็นเรื่องที่กว้างทั้งยังมีความเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม จากการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เน้นมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี ช่วยกันดูแลสิ่งแวดล้อม สร้างความแข็งแกร่งของการมีส่วนร่วมของ คนในชุมชน และมีการเน้นย้ำในเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้าน เศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

5. ข้อมูลทั่วไปและบริบทในภูมิภาคตะวันตก

ที่มา: การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปี 2560-2564 โดย กองบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ภูมิภาคตะวันตกที่สอดคล้องกับ เขตบริการสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย จังหวัดที่อยู่บริเวณภาคกลางตอนล่าง จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีพื้นที่รวมกัน ประมาณ 46,088.059 ตารางกิโลเมตร



ภาพที่ 2 แสดงแผนที่ และสภาพทั่วไปของจังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 5
ที่มา: กองบริหารสาธารณสุข (2560)

5.1 จังหวัดราชบุรี

จังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ทางภาคตะวันตก โดยเป็นศูนย์กลางในด้านอุตสาหกรรมแปรรูปสินค้าเกษตร และการปศุสัตว์ของประเทศ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางในด้านพลังงานของประเทศ ในปัจจุบัน โดยมีเมืองราชบุรีเป็นศูนย์กลางด้านการปกครอง เศรษฐกิจ และการคมนาคมในภูมิภาค ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดกาญจนบุรี ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดเพชรบุรี ทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม และจังหวัดนครปฐม และทิศตะวันตกติดต่อกับประเทศพม่า มีพื้นที่ 5,196.462 ตารางกิโลเมตร สภาพพื้นที่ประกอบด้วยลักษณะพื้นที่ภูเขาสูง บริเวณชายแดนด้านตะวันตกติดกับประเทศพม่า และด้านใต้ติดกับจังหวัดเพชรบุรี ในระดับความสูง ตั้งแต่ 200 เมตร ถึง 1,400 เมตร ในเขตอำเภอสวนผึ้ง อำเภอบ้านคา และอำเภอปากท่อด้านทิศตะวันตก พื้นที่ราบสูง ได้แก่ บริเวณถ้ำจากเทือกเขามาทางด้านตะวันออก พื้นที่ทั่วจังหวัดเป็นที่ราบสูงและที่เนินลาด นอกจากนี้ยังประกอบด้วยที่ราบลุ่มและที่ราบลุ่มต่ำ ได้แก่ บริเวณสองฝั่งแม่น้ำแม่กลอง และด้านตะวันออกของพื้นที่จังหวัดเนื้อดินเป็นดินร่วนและดินร่วนปนดินเหนียว มีความอุดมสมบูรณ์ มีระบบชลประทานแม่กลอง ที่เป็นระบบชลประทานขนาดใหญ่มาก มีแม่น้ำแม่กลองที่ ติดต่อกับจังหวัดสมุทรสงคราม อยู่สูงจากระดับน้ำทะเลเพียง 1-2 เมตร ดินจะมีความสมบูรณ์ เหมาะแก่การทำสวนผักผลไม้ จังหวัดราชบุรี เป็นจังหวัดที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่ที่สุดในภาคตะวันตก จากการประเมินในไตรมาสแรกในปี 2553 ของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ราชบุรีมีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด(GPP) คิดเป็นมูลค่า 120,200 ล้านบาท มากเป็นอันดับ 17 ของประเทศ และมีรายได้

ต่อประชากร (GPP PER CAPITA) สูงถึง 144,062 บาท เป็นอันดับที่ 13 ของประเทศ จังหวัดราชบุรี มีการลงทุนทางอุตสาหกรรมถึง 1,100 โครงการ คิดเป็นเงินลงทุนมากกว่า 100,000 ล้านบาท เป็นศูนย์กลางของภูมิภาคมีธุรกิจการค้าประเภทสินค้าเกษตร และผลิตภัณฑ์แปรรูปทางการเกษตร เป็นโครงสร้างหลักทางเศรษฐกิจ โดยมีศูนย์กลางตลาดผักผลไม้ในภูมิภาค โดยเป็นหนึ่งในตลาดกลางสินค้าเกษตรที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีตลาดสดและตลาดนัดในท้องที่ต่าง ๆ ควบคู่กับการเลี้ยงปศุสัตว์ และโรงงานอาหารสัตว์ ที่มีมากในเขตอำเภอปากท่อ และอำเภอโพธาราม และยังมีอุตสาหกรรมอื่น ๆ เช่น อุตสาหกรรมไฟฟ้า และก๊าซธรรมชาติ อุตสาหกรรมยานยนต์ อุตสาหกรรมน้ำตาลและอุตสาหกรรมกระดาษ อุตสาหกรรมสิ่งทอ เป็นต้น โดยจังหวัดราชบุรีเป็น 1 ใน 14 จังหวัดที่มีนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ของประเทศไทย มีศูนย์กลางทางการค้าที่สำคัญจะกระจายอยู่ในเมืองใหญ่ ได้แก่ เมืองราชบุรี และเมืองบ้านโป่ง เป็นต้น โดยเป็นที่ตั้งศูนย์ และสำนักงานสาขาในเขตภูมิภาค ของ บริษัทชั้นนำหลาย ๆ แห่ง เช่น ปตท. โตโยต้า เป็นต้น อีกทั้งเป็นจังหวัดที่มีเศรษฐกิจเติบโตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เฉลี่ยปีละประมาณ 5-6 % ทำให้มีการลงทุนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เช่น ศูนย์การค้าโครงการที่อยู่อาศัย บริษัท ห้างร้านต่าง ๆ เป็นต้น

5.2 จังหวัดกาญจนบุรี

จังหวัดกาญจนบุรีอยู่ห่างจากกรุงเทพฯ ไปทางทิศตะวันตก ประมาณ 129 กิโลเมตร ตามเส้นทางนครปฐม - บ้านโป่ง - กาญจนบุรี มีพื้นที่ทั้งหมด 19,483,148 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 12 ล้านไร่ มีขนาดพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับ 3 ของประเทศ รองจากจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดเชียงใหม่ มีอาณาเขตทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดตากและจังหวัดอุทัยธานี ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดสุพรรณบุรีและนครปฐม ทิศตะวันตก ติดต่อกับประเทศพม่า ทิศใต้ ติดต่อกับ จังหวัดราชบุรี ลักษณะภูมิประเทศจังหวัดกาญจนบุรี แบ่งออกได้ 3 ลักษณะดังนี้

1. เขตภูเขาและพื้นที่สูงด้านทิศเหนือของจังหวัด ได้แก่บริเวณอำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ อำเภอศรีสวัสดิ์และอำเภอไทรโยค มีลักษณะเป็นเทือกเขาต่อเนื่องมาจากเทือกเขาถนนธงชัย ถัดไปทางด้านตะวันตกของจังหวัด เทือกเขาตะนาวศรีซึ่งกั้นพรมแดนระหว่างไทยกับประเทศพม่าทอดยาวลงไปทางด้านใต้ บริเวณนี้จะเป็นแหล่งกำเนิดต้นน้ำที่สำคัญของจังหวัด คือ แม่น้ำแควใหญ่ และแควน้อย

2. เขตที่ราบลูกฟูก ได้แก่ พื้นที่ตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัด มีลักษณะเป็นที่ราบเชิงเขาสลับกับเนินเขาเตี้ย ๆ อยู่บริเวณอำเภอเลาขวัญ อำเภอบ่อพลอยและบางส่วนของอำเภอนพพทวน

3. เขตที่ราบลุ่มน้ำ ได้แก่พื้นที่ทางด้านใต้ของจังหวัด ลักษณะเป็นที่ราบ ดินมีความอุดมสมบูรณ์ อยู่บริเวณอำเภอท่ามะกา อำเภอท่าม่วง และบางส่วน

ของอำเภอพนมทวน อำเภอเมืองกาญจนบุรี ประชากรส่วนใหญ่มีรายได้มาจากอาชีพเกษตร รองลงมาอาชีพค้าปลีกค้าส่ง และทำงานโรงงานอุตสาหกรรม ตามลำดับ

จังหวัดกาญจนบุรี เป็นจังหวัดที่อยู่ติดชายแดนประเทศพม่า จึงเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการค้ามนุษย์ ปัญหาโรคติดต่อ โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอสังขละบุรีอำเภอทองผาภูมิ อำเภอไทรโยค อำเภอศรีสวัสดิ์ และอำเภอเมืองกาญจนบุรี ซึ่งเป็นช่องทางผ่านแดนที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวสู่อำเภอเมืองกาญจนบุรี อำเภอท่าม่วง อำเภอท่ามะกา ตลอดจนจังหวัดใกล้เคียง

5.3 จังหวัดสุพรรณบุรี

จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งอยู่ในเขตภาคกลาง ด้านตะวันตก สูงกว่าระดับน้ำทะเลปานกลาง อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 107 กิโลเมตร มีเนื้อที่ 5,358 010 ตารางกิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง 7 จังหวัด ทิศเหนือ ติดต่อกับ จังหวัดชัยนาท และจังหวัดอุทัยธานี ทิศใต้ ติดต่อกับ จังหวัดนครปฐม ทิศตะวันออก ติดต่อกับ จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทิศตะวันตก ติดต่อกับ จังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดอุทัยธานี ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดสุพรรณบุรี แบ่งออกเป็น 2 เขต คือ บริเวณพื้นที่ราบลุ่ม อยู่ทางทิศตะวันออกของจังหวัดตลอดแนว ตั้งแต่เหนือจรดใต้ เป็นบริเวณพื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำท่าจีน หรือแม่น้ำสุพรรณบุรี ครอบคลุมพื้นที่ของอำเภอเดิมบางนางบวช อำเภอสามชุก อำเภอดอนเจดีย์ อำเภอศรีประจันต์ อำเภอเมืองสุพรรณบุรี อำเภอบางปลาม้า อำเภอสองพี่น้อง และบางส่วนของอำเภออู่ทอง บริเวณพื้นที่ตอนลาดสลับตอนชัน จนถึงเทือกเขาสูง เริ่มตั้งแต่ด้านทิศตะวันออกเฉียงใต้ ตะวันตกเฉียงใต้ของอำเภออู่ทอง ทอดขึ้นไปทางเหนือลักษณะพื้นที่ลูกคลื่นลอนลาด สลับเชิงเขา ส่วนทางด้านตะวันตกของอำเภอด่านช้าง มีสภาพเป็นลูกคลื่นลอนลาดสลับชันชันจนถึงเทือกเขาสูงชัน มียอดเขาสูงที่สุดอยู่ใกล้กับบ้านห้วยหินดา มีลำธารเล็ก ๆ หลายสายไหลผ่าน และลงสู่ลำห้วยกระเสียว ซึ่งอยู่ในที่ราบหุบเขา และบริเวณหุบเขาแห่งนี้ มีเขื่อนกระเสียว เป็นเขื่อนดินถัดจากที่ราบหุบเขามาทางทิศตะวันออก จะเป็นแนวลูกคลื่นลอนชัน ถึงเนินเขาแล้วค่อย ๆ ลาดเทลงมา ทางทิศตะวันออก จนถึงแม่น้ำท่าจีนประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก รองลงมา ปศุสัตว์ ประมง อุตสาหกรรม และหัตถกรรม

5.4 จังหวัดนครปฐม

จังหวัดนครปฐม เป็นจังหวัดหนึ่งที่ตั้งอยู่ในภาคกลาง ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 58 กิโลเมตร และเป็นจังหวัด 1 ใน 5 ของจังหวัดปริมณฑล (ได้แก่ นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรปราการ นนทบุรี และปทุมธานี) มีพื้นที่ประมาณ 2,168.327 ตารางกิโลเมตร และจัดอยู่ในลำดับที่ 62 ของประเทศ มีอาณาเขตติดต่อดังนี้ทิศเหนือ ติดต่อกับ จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัด

พระนครศรีอยุธยา ทิศตะวันออก ติดต่อกับ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และ กรุงเทพมหานคร ทิศใต้ ติดต่อกับ จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดราชบุรีทิศตะวันตก ติดต่อกับ จังหวัดราชบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี สภาพภูมิประเทศของจังหวัดนครปฐม พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบ ไม่มีภูเขาและป่าไม้ ระดับความสูงของพื้นที่แตกต่างกัน 2-10 เมตร เหนือระดับน้ำทะเลปานกลาง สภาพพื้นที่โดยทั่วไปสูงจากระดับน้ำทะเลปานกลาง 6 เมตร ลาดเอียงจากทิศเหนือสู่ทิศใต้และ ทิศตะวันตกสู่ทิศตะวันออก มีแม่น้ำท่าจีนไหลผ่านจากทิศเหนือสู่ทิศใต้ท่พื้นที่ทางตอนเหนือ และ ตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่เป็นที่ดอนมีระดับความสูง 6-10 เมตร ส่วนพื้นที่ตอนกลางของจังหวัด เป็นที่ราบลุ่มมีที่ดอนกระจายเป็นแห่ง ๆ มีแหล่งน้ำกระจายอยู่ทั่วไป พื้นที่ด้านตะวันออกและทิศใต้ เป็นที่ราบลุ่มริมฝั่งแม่น้ำท่าจีนมีคลองธรรมชาติ และคลองข่อยที่ขุดขึ้นเพื่อการเกษตรและคมนาคม มากมายประชากรในจังหวัดส่วนใหญ่มีรายได้มาจากอาชีพเกษตรกรรมและเลี้ยงสัตว์ นอกจากนี้ ก็มีการทำหัตถกรรมพื้นบ้าน และการค้าขาย

5.5 จังหวัดสมุทรสาคร

จังหวัดสมุทรสาคร มีพื้นที่ประมาณ 872.347 ตารางกิโลเมตร มีลักษณะเป็น สี่เหลี่ยมผืนผ้าที่เป็นที่ราบลุ่ม และป่าชายเลนไม่มีป่าไม้ และแร่ธาตุ ไม่มีเกาะและภูเขา มีสภาพพื้นที่ โดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่มชายฝั่งทะเล น้ำทะเลขึ้นถึงตอนเล็กน้อย มีแม่น้ำท่าจีน ซึ่งเป็นแม่น้ำสายสำคัญ ที่ไหลผ่านตลาดกลางของพื้นที่เขตจังหวัด ยาวประมาณ 70 กิโลเมตร และยังเป็นแม่น้ำสาขาหนึ่งของ แม่น้ำเจ้าพระยา โดยแยกแม่น้ำเจ้าพระยาที่บ้านปากคลองมะขามเฒ่า อำเภอวัดสิงห์ จัง หวัดชัยนาท แล้วไหลคดเคี้ยวไปตามแนวเหนือ ขนานกับแม่น้ำเจ้าพระยา ในระยะห่างกันประมาณ 35 กิโลเมตร ลงสู่อ่าวไทยที่จังหวัดสมุทรสาคร รวมความยาวทั้งสิ้น ประมาณ 325 กิโลเมตรส่วนพื้นที่ส่วนล่างสุด ของจังหวัด จดกับอ่าวไทย และส่วนใหญ่ เป็นป่าชายเลน ทำให้บริเวณนี้ไม่เหมาะแก่การเพาะปลูก อาชีพหลักของประชากรคือ อาชีพประมงทะเล การเพาะเลี้ยงชายฝั่ง และการทำนาเกลือ ในปัจจุบัน มีการรับจ้างทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นมาอีกหนึ่งอาชีพจังหวัดสมุทรสาครเป็นเมืองแห่ง เศรษฐกิจที่มีศักยภาพทั้งทางด้านการอุตสาหกรรม การประมง และการเกษตรกรรม จากข้อมูลสถิติ ผลิตภัณฑ์ภาค และจังหวัด (GPP) พบว่า จังหวัดสมุทรสาครยังเป็นจังหวัด 1 ใน 10 ของประเทศที่มี มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมสูงตลอดมา

5.6 จังหวัดสมุทรสงคราม

จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่น้อยที่สุดในประเทศไทยคือ มีพื้นที่เพียง 416.707 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ทางตอนล่างของภาคกลาง โดยตั้งอยู่ริมฝั่งทะเลอ่าวไทย บริเวณ ปากแม่น้ำแม่กลอง ห่างจากกรุงเทพมหานครไปทางตะวันตกเฉียงใต้ประมาณ 65 กิโลเมตร

พื้นที่โดยทั่วไปของจังหวัดเป็นที่ราบลุ่มริมทะเลโดยตลอดสภาพของดินเป็นดินเหนียวปนทราย ไม่มีภูเขาหรือเกาะ เดิมเคยมีป่าไม้โกงกาง ไม้แสน ตามชายฝั่งทะเลและมีป่าตามแนวปากแม่น้ำ แต่ปัจจุบันได้มีการใช้ประโยชน์จากพื้นที่ดังกล่าว ในการเลี้ยงกุ้งกุลาดำเกือบทั้งหมด ต่อมาการเลี้ยงกุ้งได้เกิดการขาดทุน ทำให้ปล่อยบ่อกุ้งร้างจำนวนมาก แม่น้ำสายสำคัญที่ไหลผ่านคือแม่น้ำแม่กลอง ไหลผ่านบริเวณท้องที่อำเภอบางคนที อำเภออัมพวาไปออกทะเลอ่าวไทย ที่บริเวณปากแม่น้ำแม่กลอง ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม นอกจากนี้ยังมีลำคลองใหญ่น้อยมากมาย แยกจากแม่น้ำแม่กลองกว่า 300 คลอง กระจายอยู่ทั่วทุกพื้นที่ จากสภาพภูมิประเทศเช่นนี้ ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการคมนาคมทางน้ำ และการประกอบอาชีพด้านการเกษตร ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและกสิกรรม มีการทำประมงและทำนาบ้างเล็กน้อย และมีการรับจ้างทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมด้วยประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและการประมง ส่วนอุตสาหกรรมนั้นส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็ก โดยอุตสาหกรรมที่สำคัญ ได้แก่ อุตสาหกรรมผลิตน้ำตาล อุตสาหกรรมอาหาร อุตสาหกรรมแปรรูปสัตว์นา อุตสาหกรรมแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร และมีโรงงานทั้งสิ้น 270 โรงงาน ทุนจดทะเบียนรวม 5,068,084,947 บาท จำนวนการจ้างงาน 7,099 คน สภาวะเศรษฐกิจโดยรวมของจังหวัดสมุทรสงครามขยายตัวเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย และการประมงเป็นสาขาการผลิตในภาคเกษตรที่ทำรายได้สูงสุดของจังหวัด รองลงมาคือ กสิกรรม และการแปรรูปสินค้าเกษตรอย่างง่าย

5.7 จังหวัดเพชรบุรี

จังหวัดเพชรบุรี อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร ตามเส้นทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 35 ระยะทางประมาณ 123 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด 6,225.138 ตารางกิโลเมตรหรือ 3,890,711.20 ไร่ โดยมีส่วนที่กว้างที่สุดวัดได้ 103 กิโลเมตรจากทิศตะวันออก-ตะวันตก และส่วนที่ยาวที่สุดวัดได้ 80 กิโลเมตร จากทิศเหนือ-ใต้ มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดและประเทศใกล้เคียงต่อไปนี้ ด้านเหนือติดกับอำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี และอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ด้านตะวันออกติดชายฝั่งอ่าวไทย (น่านน้ำติดต่อดังกล่าวกับน่านน้ำจังหวัดชลบุรี ด้านทิศใต้จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ด้านทิศเหนือ น่านน้ำจังหวัดสมุทรสงคราม น่านน้ำจังหวัดสมุทรสาคร น่านน้ำกรุงเทพมหานคร และน่านน้ำจังหวัดสมุทรปราการ ด้านใต้ ติดกับอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ด้านตะวันตกติดกับเขตตะนาวศรีของสหภาพพม่า พื้นที่ด้านตะวันตกเป็นป่าไม้และภูเขาสูงสลับซับซ้อน มีเทือกเขาตะนาวศรีเป็นเส้นกั้นอาณาเขตระหว่างไทยกับสหภาพพม่า เฉพาะในเขตจังหวัดเพชรบุรี มีความยาวประมาณ 120 กิโลเมตร แม่น้ำสายสำคัญไหลผ่าน 3 สาย ได้แก่ แม่น้ำเพชรบุรี มีความยาวตลอดสาย 227 กิโลเมตร แม่น้ำบางกลอย มีความยาว 44 กิโลเมตร และแม่น้ำบางตะบูน มีความยาว 18 กิโลเมตร มีประชากรอาศัยหนาแน่นทางตะวันออกของพื้นที่ ซึ่งเป็นที่ราบลุ่มชายฝั่งทะเล ลักษณะภูมิประเทศจังหวัดเพชรบุรี แบ่งเป็น 3 เขต คือ

1. เขตภูเขาและที่ราบสูง อยู่ทางด้านตะวันตกของจังหวัดติดกับพม่าในบริเวณอำเภอแก่งกระจานและอำเภอหนองหญ้าปล้อง มีภูเขาสูงและเป็นบริเวณที่สูงชันของจังหวัด มีลักษณะเป็นเทือกเขาทอดยาวจากเหนือมาได้ พื้นที่ถัดจากบริเวณนี้จะค่อย ๆ ลาดต่ำลงมาทางด้านตะวันออก บริเวณนี้เป็นต้นกำเนิดแม่น้ำเพชรบุรีและแม่น้ำปราณบุรี

2. เขตที่ราบลุ่มแม่น้ำ บริเวณตอนกลางของจังหวัดซึ่งอุดมสมบูรณ์ที่สุด มีแม่น้ำเพชรบุรีซึ่งเป็นแม่น้ำสายสำคัญไหลผ่าน และมีเขื่อน แก่งกระจานและเขื่อนเพชรบุรีซึ่งเป็นแหล่งน้ำระบบชลประทาน บริเวณนี้เป็นเขตเกษตรกรรมที่สำคัญของจังหวัด เขตนี้คือบริเวณบางส่วนของอำเภอเมืองเพชรบุรี อำเภอท่ายาง อำเภอชะอำอำเภอบ้านลาด อำเภอบ้านแหลม และอำเภอเขาย้อย

3. เขตที่ราบฝั่งทะเล อยู่ทางด้านตะวันออกของจังหวัด ติดกับชายฝั่งทะเลด้านอ่าวไทย บริเวณนี้นับเป็นแหล่งเศรษฐกิจที่สำคัญยิ่งของจังหวัดในด้านการประมง การท่องเที่ยว ลักษณะพื้นที่ชายฝั่งเพชรบุรี เนื้อแหลมหลวงไปทางทิศเหนือเป็นพื้นที่ชายฝั่งหาดโคลน มีระบบนิเวศป่าชายเลน ด้านทิศใต้ของแหลมหลวงลงไปด้านทิศใต้เป็นหาดทราย มีระบบนิเวศเป็นหาดทราย

5.8 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ประจวบคีรีขันธ์ เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางตอนล่าง ซึ่งมีเขตแดนติดต่อกับภาคใต้ และมีแหล่งท่องเที่ยวที่น่าสนใจหลายแห่งมีระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 323 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด 6,367.620 ตารางกิโลเมตร ลักษณะพื้นที่แคบเป็นคาบสมุทรยาวลงไปทางใต้ โดยมีส่วนที่แคบที่สุดจากเขตแดนไทย-พม่า ด้านตะวันตก จนถึงฝั่งทะเลด้านตะวันออกเป็นระยะทางประมาณ 11 กิโลเมตร และมีความยาวจากเหนือจรดใต้เป็นระยะทางประมาณ 212 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้ ทิศเหนือ จุดเขตอำเภอชะอำ อำเภอท่ายาง และอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี ทิศใต้ จุดเขตอำเภอปะทิว และอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร ทิศตะวันออก จุดอ่าวไทย ทิศตะวันตก จุดประเทศสหภาพพม่า ลักษณะพื้นที่โดยทั่วไป มีความลาดเอียงจากทิศตะวันตก ซึ่งเป็นเทือกเขาตะนาวศรี อันเป็นเทือกเขากั้นพรมแดนระหว่างไทยกับพม่า ลงสู่ด้านตะวันออก ซึ่งเป็นอ่าวไทยและมีเทือกเขาและภูเขากระจัดกระจายทั่วไปทั้งบริเวณชายฝั่งทะเล และบริเวณส่วนกลางของพื้นที่จังหวัดเทือกเขาที่สำคัญ ได้แก่ เทือกเขาสามร้อยยอด ซึ่งมีความสูงโดยเฉลี่ยของเทือกเขาด้านตะวันออกประมาณ 750 เมตร เหนือระดับน้ำทะเลสูงสุด 1,215 เมตร ต่ำสุด 306 เมตร

สภาพทางเศรษฐกิจของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีการลงทุนใน 3 ด้าน คือ ด้านเกษตรกรรม ด้านอุตสาหกรรม และด้านการท่องเที่ยว โดยด้านเกษตรกรรม มีอาชีพทำการเกษตร ประมาณ 48,881 ครัวเรือน โดยทำไร่ เลี้ยงสัตว์และทำการประมง พืชเศรษฐกิจที่สำคัญ ได้แก่ สับปะรด มีพื้นที่เพาะปลูกประมาณ 720,382 ไร่ มะพร้าว มีพื้นที่เพาะปลูก ประมาณ

486,858 ไร่ ในด้านอุตสาหกรรม มีการลงทุนด้านอุตสาหกรรมที่เกี่ยวกับการแปรรูปสินค้าเกษตร และอุตสาหกรรมเหล็ก เช่น โรงงานสับปรดกระป๋อง ผลไม้กระป๋อง สับปรดกวน และผลไม้กวน อบแห้ง โรงงานหีบน้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม โรงงานผลิตเหล็กแผ่นม้วนเรียบรีดร้อน รีดเย็น เหล็กแผ่นเคลือบสังกะสี เป็นต้น

ด้านการท่องเที่ยว มีสถานที่ท่องเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจเป็นจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็น ภูเขา น้ำตก หรือทะเล เพราะแหล่งท่องเที่ยวส่วนใหญ่ ยังคงสภาพความเป็นธรรมชาติ อีกทั้งยังมี ความสงบเงียบ รวมถึงสภาพการคมนาคมที่ค่อนข้างสะดวกสบาย ทำให้มีนักท่องเที่ยวเดินทางมา ท่องเที่ยวรวมประมาณ 300,000 คน/ปี

สรุป กระทรวงสาธารณสุข แบ่งพื้นที่ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ โดยภูมิภาค ตะวันตกจะสอดคล้องกับ เขตบริการสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่บริเวณภาคกลางตอนล่าง จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัด สมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีประชากร ประมาณ 5,254,603 คน และจากการทบทวนแผนงานขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ ปี 2560-2564 ไม่ ปรากฏแผนสุขภาพเฉพาะกลุ่มคนพิการ มีแต่เพียงแผนส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์และทารก เด็กปฐมวัยและวัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิด ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงการสังเคราะห์แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ที่	แนวคิด	ข้อค้นพบ	การนำไปใช้
1	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับคนพิการ	คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด มีทั้งหมด 7 ประเภท ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด ส่วนคนพิการทางการเห็นตามเกณฑ์วินิจฉัยของแพทย์แบ่งเป็นคนตาบอดและคนสายตาลีอนราง	มีการกำหนดกฎระเบียบหลายประการที่เอื้อและอำนวยความสะดวกให้แก่คนพิการใช้ชีวิต เช่นการแพทย์ การศึกษา หรือการฝึกอาชีพ แต่ยังมีช่องว่างในการฟื้นฟูทางการแพทย์ที่ยังไม่ขยายผลได้ในพื้นที่วิจัย
2	ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟู	การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการเห็น อาจแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ (1) Visual Aid (2) Orientation & Mobility Training (3) Other Training/Advice	การฟื้นฟูคนพิการทางการมองเห็น ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ป้องกันมิให้

ที่	แนวคิด	ข้อค้นพบ	การนำไปใช้
	สมรรถภาพ คนพิการ ทางการเห็น	การรักษาและช่วยเหลือทางการแพทย์เพื่อให้คนพิการสามารถทำ กิจกรรมทั่ว ๆ ไปได้ตามความต้องการ ขึ้นกับระดับความพิการของ แต่ละบุคคล	เกิดความพิการมากขึ้น รวมทั้งการฟื้นฟู สภาพ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนสังคมให้กลับคืนสู่ สภาพที่เหมาะสม
3	แนวคิดและ ทฤษฎี เกี่ยวกับการ ฟื้นฟู สมรรถภาพ โดยชุมชน	แนวคิด CBR มีบทบาททั้งเป็นแนวคิดหลัก และการนำไปใช้เผยแพร่ ขยายผล และพิสูจน์ให้สังคมเห็นว่า มีโครงการ CBR ที่ประสบ ความสำเร็จอยู่จริง โดยการนำนโยบาย และกฎหมายมาใช้ให้เกิดผล ในทางปฏิบัติ ได้แก่ การนำกฎหมายที่มีอยู่มาใช้ เช่น การเสริมความ เข้มแข็งของกลุ่มคนพิการ ระบบผู้ช่วยเหลือส่วนบุคคล ระบบการ จ้างงาน การส่งเสริมอาชีพ ผ่านกลไกศูนย์บริการคนพิการ หรือ มาตรา 33 และมาตรา 35 (ตามพ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการ) การผลักดันหน่วยงาน CBR เข้าสู่ศูนย์บริการคนพิการ จังหวัด และ ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป	การใช้ CBR ในการช่วย เคลื่อนกลุ่มองค์กรคน พิการ มักประสบผลสำเร็จ และเสริมด้วยความร่วมมือ ของหน่วยงานรัฐและชุมชน ที่คนพิการอาศัยอยู่
4	แนวคิดและ ทฤษฎี เกี่ยวกับการ สร้างเสริม สุขภาพ, ปัจจัย กำหนด สุขภาพ	แนวคิดที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเคลื่อนไหว ทางสังคม มิได้มีความหมายแค่เพียงการเจ็บป่วยเท่านั้น สุขภาพเป็น เรื่องที่กว้างทั้งยังมีความเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม จากการ ประชุมนานาชาติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เน้นมิติทางสังคม และ สิ่งแวดล้อม โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพะ ช่วยกันดูแล สิ่งแวดล้อม สร้างความแข็งแกร่งของการมีส่วนร่วมของ คนในชุมชน และมีการเน้นย้ำในเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้าน สังคม ปัจจัยด้าน เศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัจจัยด้าน พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล	นอกจากปัจจัยส่วนบุคคล แล้ว ปัจจัยสังคมที่กำหนด สุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้าน สังคม ปัจจัยด้าน เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม มีบทบาทสำคัญ มากในการสนับสนุนให้ ประชาชนมีความสามารถใน การดูแลสุขภาพของตนเอง
5	ข้อมูลทั่วไป และบริบท ของภูมิภาค ตะวันตก	สรุป กระทรวงสาธารณสุข แบ่งพื้นที่ในการขับเคลื่อนระบบบริการ สุขภาพ โดยภูมิภาคตะวันตกจะสอดคล้องกับ เขตบริการสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่บริเวณภาคกลางตอนล่าง จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัด เพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีประชากร ประมาณ 5,254,603 คน และจากการทบทวนแผนงานขับเคลื่อนระบบบริการ สุขภาพ ปี 2560-2564 ไม่ปรากฏแผนสุขภาพเฉพาะกลุ่มคนพิการ มีแต่เพียงแผนส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์และ ทารก เด็กปฐมวัยและวัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ	นำแผนการสร้างเสริม สุขภาพไปทศสอง และ ประยุกต์ใช้ในเขตสุขภาพที่ 5 และยังพบว่า มี Good practice ที่เกิดจากการ รวมตัวของกลุ่มคนพิการ หลายแห่ง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

1. การเสริมสร้างพลังและศักยภาพคนพิการ (Empowerment) เพื่อการสร้างความรู้ ความหมายและคุณค่าของความพิการให้เป็นเชิงบวก โดยสนับสนุนคนพิการจัดการตนเอง และ รวมกลุ่มสร้างองค์กรคนพิการที่เข้มแข็งตัวอย่างงานวิจัย 4 เรื่องได้แก่

กมลพรรณ พันพื้ง (2553) ได้วิจัย อัตลักษณ์ การเสริมพลังอำนาจ และการกำหนด วิถีชีวิตตนเอง : การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในสังคมไทย ซึ่ง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ 2 วิธีการคือ การสนทนาโต้ตอบ (Dialogic approach) และเรื่องเล่าคำให้การ (Testimonio) ของผู้เกี่ยวข้องในศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ 3 จังหวัด ได้แก่ นครปฐม นนทบุรีและชลบุรี ซึ่งเป็นคนพิการ 19 คนและบุคคลในครอบครัว 9 คน ผู้นำองค์กร 4 คน และผู้เชี่ยวชาญ 5 คน โดยใช้ เครื่องมือคือ 1.การจัดทำ Deep listening dialogue 2.การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง 3.การสังเกต การณแบบมีส่วนร่วม 4.การทบทวนเอกสารและวัสดุสื่อ ผลการศึกษาที่ได้ คือ 1)การให้ความหมาย ต่อความพิการของบุคคลมีอิทธิพลต่อการพัฒนาและเสริมพลังอำนาจ 2)กระบวนการดำรงชีวิตอิสระ ของคนพิการ ถือเป็นพื้นที่ทางสังคมที่ออกแบบเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์เชิงบวกและอัตลักษณ์กลุ่ม 3) การตีความคำสอนทางพุทธศาสนาในเชิงลึกซึ่งถึงเรื่องจิตและปัญญาทำให้บุคคลพิการก้าวข้าม วาทกรรมเชิงลบในเรื่องบุญ-กรรม แต่ทำให้เกิดมีสติอยู่กับปัจจุบัน ช่วยเหลือสนับสนุนกันตาม ความจำเป็น 4) การส่งเสริมคุณภาพคนพิการสมควรจำกัดอยู่ในทางการแพทย์ (การบำบัดทางกาย) และการสงเคราะห์ หากเน้นวิธีคิด การสร้างความรู้ ความหมายและคุณค่าของความพิการให้เป็นเชิง บวก โดยสนับสนุนให้เกิดองค์กรที่เข้มแข็งและจัดการโดยคนพิการด้วยตนเอง

อารี ภาวสุทธิไพศิฐ (2554) ได้วิจัย การเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองของผู้ที่มีความ บกพร่องทางการได้ยิน การรวบรวมข้อมูลใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบการสังเกตกลุ่มเป้าหมายคือ บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่ประสบผลสำเร็จ 8 คน การคัดเลือกใช้วิธีการทางสังคมมิติและโดยคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษาพบว่า เงื่อนไข ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง ประกอบด้วย 1. ด้านตัวผู้เรียน ได้แก่ แรงจูงใจในการเรียน ประสบการณ์เดิมในการเรียนและมนุษยสัมพันธ์ 2. ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อการเรียนรู้ และอุปกรณ์ สื่อเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก 3. เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ล่าม หรือผู้จด คำบรรยาย ครอบครัว ครูอาจารย์

ชัตพันธ์ ชุมนุสนธิ์ (2558) ได้วิจัย พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความสามารถในการ จัดการตนเองของคนพิการเพื่อการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ เชิงลึกคนพิการต้นแบบ และตรวจยืนยันรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคเดลฟาย สำหรับ

แบบสอบถามรอบที่ 2 และ 3 วิเคราะห์หาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แต่ละข้อเพื่อสร้างข้อสรุป กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเจาะจง คือ 1. คนพิการต้นแบบ 10 คน และ 2. ผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการ 17 คน ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองมีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1. การประกอบอาชีพ 2. การเรียนรู้ 3. เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก 4. การดูแลตนเอง และ 5. การตระหนักในตนเอง และมีกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ 1. การเตรียมความพร้อม 2. การสร้างการเรียนรู้ 3. การเสริมพลัง 4. การติดตามประเมินผล และ 5. การรวมกลุ่ม โดยรูปแบบที่ผ่านการประเมินภาพรวมแต่ละด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

วิชัย จันทร์บุญ, มณีมีย์ ทองอยู่, และดุชฎี อายุวัฒน์ (2555) ได้ศึกษาการเข้าร่วมขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของคนพิการ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มเป้าหมายคือ คนพิการทางการมองเห็นจากสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมายจากสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย และคนพิการทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวจากสมาคมคนพิการแห่งประเทศไทยจำนวน 378 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และสถิติที่ใช้คือการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของคนพิการคือ 1) การได้รับการบริการทางกายภาพ 2) ความเคารพตนเอง 3) ความคาดหวังต่อประโยชน์การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนบุคคล และ 4) ความคาดหวังต่อประโยชน์ในการจัดการเคลื่อนไหว โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถพยากรณ์การตัดสินใจการเข้าร่วมขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของคนพิการ ได้ร้อยละ 14.50

6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Riddering (2016) ศึกษาความบกพร่องทางการการเห็นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยากลำบากในการทำงานประจำวัน (Visual Impairment and Factors Associated with Difficulties with Daily Tasks) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อตรวจสอบและอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องทางสายตา (ขึ้นอยู่กับมาตรการทางคลินิก เช่น ความคมชัดการมองเห็นภาพ การมองเห็นภาพด้านข้างหรือลานสายตาและการแยกความแตกต่างของความมืด-สว่าง) และรายงานปัญหาด้วยกิจวัตรประจำวัน 11 งานรวมทั้งความคล้ายคลึงกันหรือความแตกต่างตามช่วงเวลา ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพการเห็นของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ กลุ่มเป้าหมาย คือ 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นในเขตมิตเวสต์เมื่อปี 1997-2003 เทียบกับ 2007-2012 และ 2. ผู้เข้าร่วมการสำรวจสุขภาพและโภชนาการแห่งชาติ (NHANES) จากปี 1999/2000 เทียบกับปี 2007/2008 โดยการศึกษาเหล่านี้ให้ความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับความคล้ายคลึงกันและความแตกต่างในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นและความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องทางการเห็นภาวะโรคร่วมหลายโรค และการรายงานด้วยตนเองในกิจกรรมประจำวันของผู้ที่มีความบกพร่อง

ทางการเห็น ซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็นจำเป็นต้องเข้าใจเพื่อจัดการกับการรักษาผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นที่รุนแรงและไม่รุนแรง

Dunbar (2013) ศึกษาความพิการทางสายตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Visual disability in diabetic eye disease-DED and its rehabilitation) โดยมีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อหาผลกระทบจากโรคเบาหวานขึ้นตา (DED) ในด้านต่าง ๆ ของการมองเห็นและการรายงานด้วยตนเอง 2. เพื่อการทดลองแบบสุ่มควบคุม (RCT) ในการหาประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพการมองเห็นในผู้ที่มี DED เป็นการศึกษาระบบสุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial RCT) เพื่อหาประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 100 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้ Rasch analysis เพื่อวัดความสามารถในการมองเห็น (logits) การถดถอยพหุแบบตัวแปรเดียวและหลายตัวแปร ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคและความสามารถในการมองเห็น การรักษา ที่นัดหมายที่คลินิกสายตาเลือนราง ในโรงพยาบาลโดยจะเชิญผู้ป่วยมาวัดผลซ้ำ 3 และ 6 เดือนหลังจากการลงทะเบียน พบว่าความรุนแรงของโรค และหน้าที่ของการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญ ความรุนแรงไม่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการมองเห็นหลังจากการปรับหน้าที่ของการมองเห็น การถดถอยแบบขั้นตอน Stepwise regression พบว่าการวัดความรุนแรงเพียงอย่างเดียวคือ 38% ของความแปรปรวนในความสามารถในการมองเห็น ($p < 0.001$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลอง ทั้งระยะ 3 หรือ 6 เดือนโดยหลังจากการลงทะเบียนทดลอง 3 เดือน ผู้ที่มีความรุนแรงหรือสูญเสียลานสายตา (scotoma) ส่วนกลางที่ได้รับการทดลอง จะดีขึ้นระหว่าง 0.42 และ 0.56 logits มากกว่าผู้ที่ได้รับการทดลอง 6 เดือน ($p = 0.02$)

2. การสร้างภาคีเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (Network) ไม่ควรจำกัดอยู่ในทางการแพทย์ (การบำบัดทางกาย) และการสงเคราะห์ แต่ควรใช้แนวคิดของ Community Based Rehabilitation: CBR ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา การทำงาน สังคม และการเสริมพลังในการส่งเสริมการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงทางสังคมร่วมกันตัวอย่างงานวิจัย 6 เรื่อง ดังนี้

รัชณี สรรเสริญ, จิรพรรณ โพธิ์ทอง สมพร รักความสุข, วรณรัตน์ ลาวัง, และเบญจวรรณ ทิมสุวรรณ.(2555). ศึกษาการพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เลือกเฉพาะเจาะจง คนพิการและผู้ดูแลจำนวน 25 คู่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง 27 คน (พยาบาลชุมชน นักกายภาพ ผู้นำชุมชน อบต. จิตอาสา อสม.) พบว่ารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วนที่เป็นรูปธรรมมีข้อค้นพบที่สำคัญคือ กระบวนการ WE CAN DO by TIM ที่ใช้ในการพัฒนาเครือข่าย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน 3 คุณลักษณะ คือ 1) การสร้างความตั้งใจ มุ่งมั่น และความร่วมมือในการดูแลคนพิการ (W-Willing) 2) การร่วมค้นหา มองและสะท้อนปัญหา ความต้องการ (E-Exploration)

3) การรวมพลังร่วมคิด เพื่อการพัฒนา (C-Cognition) 4) การร่วมปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลที่พึงประสงค์ (A-Acting) 5) การร่วมประเมินและให้ข้อสังเกตการปฏิบัติ (N-Notice) 6) การร่วมแสวงหาและพัฒนาต่อ (D-Decoration) และ 7) การสร้างความโดดเด่น ความต่อเนื่องและความยั่งยืนด้วยการเพิ่มพลัง (O-outstanding) โดยภาคีเครือข่าย จะมีคุณลักษณะเด่น 3 คุณลักษณะคือ 1) ทำงานเป็นทีมที่ชัดเจน (T-Team approach) 2) มีแรงบันดาลใจในการดูแลคนพิการ (I-Inspiration) และ 3) มีความรู้สึกร่วมในการทำเพื่อมวลมนุษยชาติ (M-Mankind) สำหรับผลการพัฒนารูปแบบครั้งนี้พบว่าคนพิการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ญาติผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ ในการดูแลน้อยลง ภาคีเครือข่ายมีการรับรู้พลังอำนาจและมีความเข้มแข็ง ในการทำงานของกลุ่มเพิ่มขึ้น

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, (2558) ศึกษารูปแบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการซึ่งเป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methodology) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุพิการ พื้นที่ละ 20 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ พื้นที่ละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 120 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการศึกษาดูงานสถานบริการที่จัดการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการสูงอายุการจัดเวทีประชุมเพื่อถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุพิการ บุคคลซึ่งดูแลผู้สูงอายุ ผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แกนนำชุมชน อาสาสมัคร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ต่อการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุพิการ/ผู้พิการสูงอายุและจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) พบว่า รูปแบบการบริการผู้สูงอายุพิการที่เหมาะสม จากผลการศึกษา ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคีหรือพหุลักษณะ และ รูปแบบการบริการทางเลือก เช่น รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจ เอกชน รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล รูปแบบการบริการโดยครอบครัว

Weber (2017) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วมสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Participatory Evaluation (PE) for Community-based Rehabilitation-CBR) มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อระบุอัตรากำลัง ความต้องการและการปฏิบัติงานปัจจุบันของการประเมินผลโปรแกรม CBR 2. เพื่อระบุรูปแบบที่เหมาะสมที่ใช้ในการพัฒนาระหว่างประเทศ CBR และเลือกหนึ่งรูปแบบสำหรับการทดสอบภาคสนาม 3. เพื่อใช้ปรับเปลี่ยนและประเมินผลโปรแกรม CBR 4. เพื่อดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนากรอบการทำงานที่สามารถนำกระบวนการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของท้องถิ่นมาใช้มี 2 องค์ประกอบของการวิจัยคือ 1. การเลือกรูปแบบการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม (PE) เพื่อปรับให้เข้ากับ CBR: กลุ่มผู้เชี่ยวชาญใช้ผลการวิจัยและเลือกใช้การทำแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping: OM) เป็นแบบ PE ที่จะนำมาใช้และทดสอบภาคสนามด้วยโปรแกรม CBR ในจาเมกา 2. การทดสอบภาคสนามของโมเดล PE ในโปรแกรม CBR ของจาเมกาโดยใช้เครื่องมือวิจัยคือ 1. การสำรวจออนไลน์เกี่ยวกับขีดความสามารถในการประเมินผลในปัจจุบันและ

การปฏิบัติในโปรแกรม CBR ในระดับสากล 2. การทบทวนระบบ PE model ที่ใช้ในการพัฒนา ระหว่างประเทศ 3. การทดสอบภาคสนามของ PE model โดยที่ผลกระทบของ CBR ต่อคนพิการเน้น กระบวนการประเมินผลตัวเองและตัวแปรที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการคิดและพฤติกรรมของผู้มีส่วนได้เสียอันเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่าผู้เข้าร่วมการประเมินรู้สึกว่ามี ข้อจำกัด ในการจัดตั้งโปรแกรม CBR และเสนอรูปแบบที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างมาก พวกเขาชื่นชอบ กรอบ PE ที่ยืดหยุ่นมากขึ้น มากกว่าวิธีที่เข้มงวดและเน้นที่การสร้างพื้นที่ที่ปลอดภัยสำหรับการ แบ่งปันการเรียนรู้และการดำเนินการ วิทยานิพนธ์นี้ให้มีการประเมินผลที่สำคัญและวิธีการ ประเมินจากด้านล่างขึ้นไป ซึ่งจะช่วยให้ออกนอกกรอบการประเมินแบบควบคุมกำกับโปรแกรม CBR และรวมถึงการปรับตัวและความคิดเชิงบวก

Tanui (2015) การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเพื่อสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วม ร่วมในการทำงานของเยาวชนที่มีความบกพร่องทางสายตาในเคนยา (Community-Based Rehabilitation Supports for Social Inclusion and Work Participation of Young Adults with Visual Impairment in Kenya: A Case Study) เพื่อทำความเข้าใจอุปสรรคในการเข้าสังคมและ การมีส่วนร่วมในการทำงานสำหรับเยาวชนที่มีความบกพร่องทางสายตา โดยเป็นการศึกษาเชิง คุณภาพบนพื้นฐานของการสัมภาษณ์การสังเกตการเก็บเอกสารและใช้ภาพถ่ายเล่าเรื่อง (photovoice) ซึ่งเป็นวิธีการของการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มที่เข้าร่วมโดยใช้ภาพถ่ายและอธิบายมุมมองของพวกเขา โดยเล่าเรื่องราวว่าภาพเหล่านั้น แสดงความหมายในแง่ของการรับรู้ของพวกเขาเกี่ยวกับการไม่เข้า ร่วมงาน การยกเว้นกิจกรรมสังคม หรืออื่น ๆ ของผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องทางสายตา การรับรู้ของ เยาวชนที่มีความบกพร่องทางสายตาและอุปสรรคในการร่วมกิจกรรมกับชุมชนและการมีส่วนร่วม ในการทำงานซึ่งพวกเขามีประสบการณ์ด้านการศึกษา, สุขภาพ, สังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมเพื่อ การปฏิสัมพันธ์ในชีวิตประจำวัน การศึกษานี้ พบว่าแนวคิดของ CBR เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและทำให้เยาวชนที่มีความบกพร่องทางสายตาได้รับ สนับสนุนการร่วมกิจกรรมในชุมชนและการมีส่วนร่วมในการทำงาน

Persson (2014) ศึกษาผลการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในยูกันดาและ สวีเดน: การศึกษาเปรียบเทียบ (Implementing Community Based Re/habilitation in Uganda and Sweden: A Comparative Approach) เพื่อตรวจสอบความคิดเห็นนานาชาติประเทศว่าด้วย การปฏิบัติงานทางสังคมในรูปแบบของ CBR ในบริบทของโครงสร้างและสถาบันที่แตกต่างกันในประเทศ ยูกันดา และสวีเดน

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีเปรียบเทียบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย คือ พ่อแม่ของเด็กพิการและผู้เชี่ยวชาญด้านการทำงานเด็กพิการตัวแปรที่ใช้ คือ

1. ความคิดของ CBR ที่นำมาใช้และดำเนินการในยูกันดาและสวีเดนอย่างไร?
2. ปัจจัยด้านบริบทใดที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของ CBR ในประเทศเหล่านี้?
3. ข้อจำกัด และความเป็นไปได้ที่ทำให้ CBRs มีโอกาสต่อเนื่องและองค์การที่เกี่ยวข้องทั้งสองประเทศ?
4. ความคิดและรูปแบบสากลสำหรับงานสังคมสงเคราะห์สามารถนำมาใช้ในบริบทของโครงสร้างและสถาบันได้อย่างไร?

ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างในกระบวนการดำเนินงาน CBR ในยูกันดาและสวีเดน ความเป็นมาของอดีตอาณานิคมของยูกันดาและรัฐสวัสดิการที่อ่อนแอทำให้ CBR เป็นโครงการที่สำคัญสำหรับการปรับปรุงสภาพชีวิตของเด็กพิการ ในขณะที่สวีเดนเป็นรัฐสวัสดิการที่ดีมาก และมีการคุ้มครองตามกฎหมายของเด็กพิการใน CBR มากกว่าสิ่งเหล่านี้จะช่วยป้องกันแนวคิดด้านสังคมสงเคราะห์ว่ายังไม่เพียงพอถึงแม้จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามกัน ๆ แต่ควรใช้เป็นวิธีการทำงานช่วยเหลือผู้ที่ต้องการบริการที่เหมาะสม

6.3. บทบาทของหน่วยงานที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (Professional) มีข้อจำกัด จึงมีข้อเสนอแนะ ว่า (1) ให้มีกลไกประสานงานระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2) ดำเนินการบูรณาการฐานข้อมูล (3) เพิ่มอัตรากำลังบุคลากรผู้ให้บริการในแต่ละพื้นที่ให้เพียงพอ และ (4) ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุนตัวอย่างงานวิจัย 3 เรื่อง ดังนี้

แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล และคณะ (2558) ศึกษาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในมุมมองของผู้แทนองค์กรด้านคนพิการ ผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบายเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเลือกแบบจำเพาะเจาะจง คือ ผู้แทนองค์กรด้านคนพิการ 11 คน ผู้ให้บริการ 13 คน และผู้กำหนดนโยบาย 16 คน การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการยังมีข้อจำกัดเนื่องจากการที่คนพิการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์และบริการต่าง ๆ ของภาครัฐ การมีคนช่วยเหลือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนพิการในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารดังกล่าว

เพชร เหล่าพิสัย และมานพ คณะโต (2559) ศึกษาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้พิการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย ศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลระบบรายงานการเข้ารับบริการเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน 7 จังหวัดได้แก่ นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี จำนวนทั้งสิ้น 144,357 คน ในปีพ.ศ.2557 พบว่าผู้พิการเข้ารับบริการสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งสิ้นเพียง 63,552 คน คิดเป็นร้อยละ 58.10 ของผู้พิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้พิการเหล่านี้ขึ้นทะเบียนรับบริการไว้ที่โรงพยาบาล 94 แห่งและหน่วยบริการปฐมภูมิ 141 แห่ง

กรมการจัดหางานกระทรวงแรงงาน และ Workability Thailand.(2561) ศึกษาสถานการณ์การจ้างงานคนพิการปี 2560 และทิศทางการปรับกลยุทธ์ปี 2561 โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบในการจ้างงานคนพิการของหน่วยงานภาคเอกชนภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสำรวจและนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การจ้างงานคนพิการในปี 2560 และทิศทางการจ้างงานคนพิการในปี 2561 จากหน่วยงานภาคเอกชนภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการจ้างงานคนพิการตามมาตรา 33 และ 35 ในปี 2560 จากมุมมองของภาคเอกชนภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นการสำรวจแบบผสม (Mixed methods research) ประชากรได้แก่จำนวนภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจที่เข้าข่ายตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการพ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงกำหนดให้จำนวนคนพิการที่นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการจะต้องรับเข้าทำงานจำนวนทั้งหมด 13,309 แห่ง โดยใช้

- 1.แบบสอบถาม (Questionnaires) และ
- 2.การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews Questions)

พบว่า

1. นายจ้างมีความต้องการรูปแบบการจ้างงาน (75%) และการซื้อสินค้า (15%) ตามลำดับโดยตำแหน่งงานที่เป็นที่ต้องการมากคืองานธุรการ/สนับสนุนทั่วไปโดยต้องการความพิการประเภทเคลื่อนไหว (56%) เป็นอันดับแรกทางการได้ยิน/สื่อความ (35%) และทางการมองเห็น (16%)

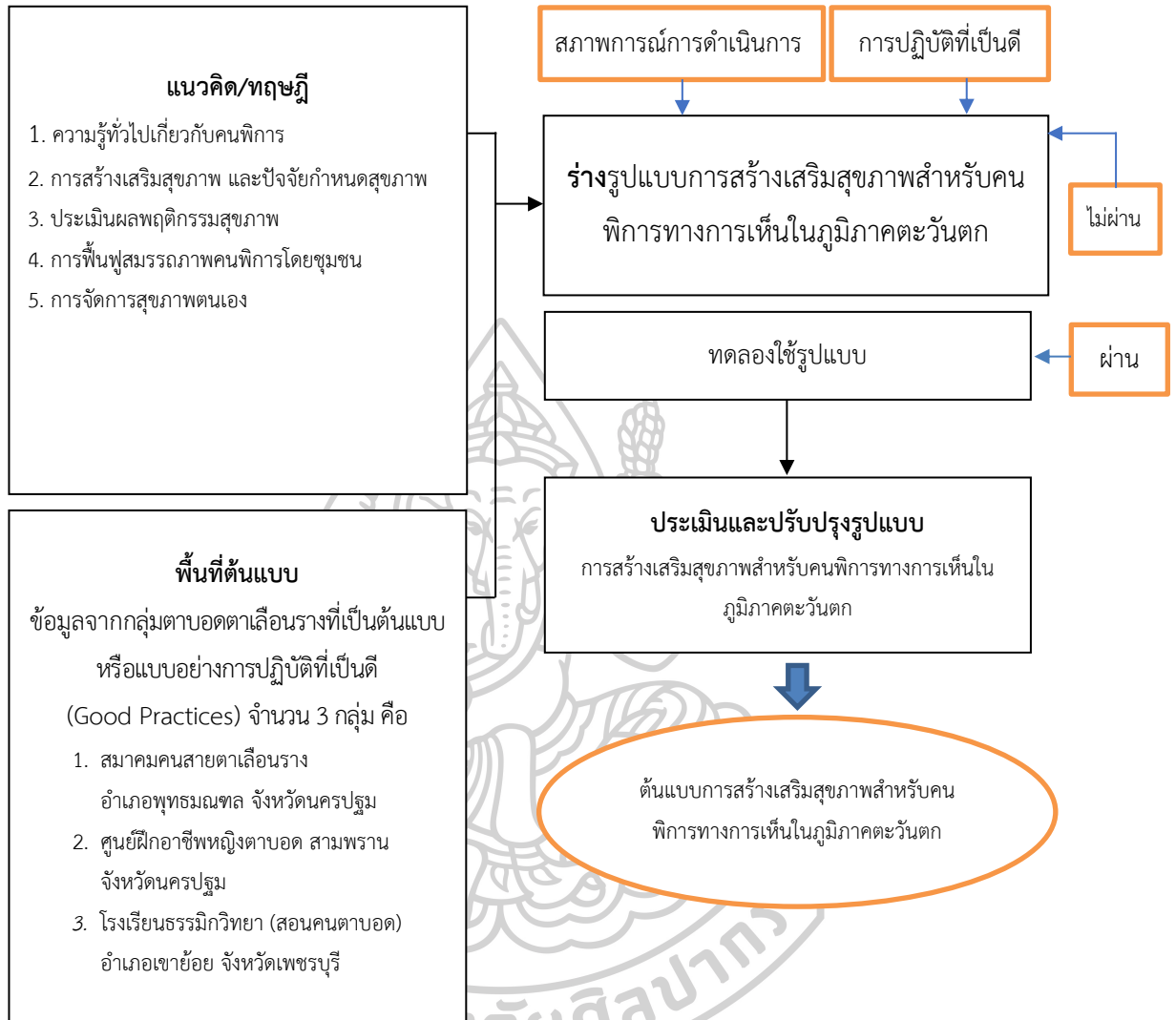
2. ทิศทางการจ้างงานคนพิการในปี 2561 ดีขึ้นโดยรูปแบบการจ่ายเงินเข้ากองทุน (มาตรา 34) ลดลงถึง 13% และมีการขยายผลสู่การจ้างงานตามมาตรา 33 เพิ่มขึ้นถึง 17% โดยพบว่าปัจจัยทางกฎหมายหรือนโยบายมีระดับความพร้อมที่ดีขึ้นมากแต่สะท้อนถึงความไม่ชัดเจนของการเข้าถึงและการรายงานผลการใช้งบประมาณกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

3. ความพร้อมของคนพิการเอกชนมีความเชื่อมั่นมากขึ้นว่าคนพิการมีความสามารถในการดำรงชีวิตและมีความพร้อมในการทำงานในระดับที่ดีขึ้น

สรุปแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับคนพิการของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2556)
2. การสร้างเสริมสุขภาพ ของ สุรเกียรติ อชานุกาพ (2550) และ เพนเดอร์ (2011)
3. ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ของ อัมพล จินดาวัฒนะ (2550) และ ประเวศ วะสี (2549)
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation: CBR) ขององค์การอนามัยโลก (2556)
5. แนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง ของ Orem (2001) และ Creer (2000)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ในภูมิภาคตะวันตก” เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) และการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

หน่วยการวิเคราะห์

โดยศึกษาวิเคราะห์จากเอกสาร งานวิจัยและการศึกษาความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ในภูมิภาคตะวันตก ดังนี้ คือ

1. การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ในภูมิภาคตะวันตก
2. การศึกษาแบบอย่างการปฏิบัติที่ดี (Good Practices) ของการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

พื้นที่ที่ทำการศึกษา

พื้นที่ที่ทำการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. พื้นที่ต้นแบบในการศึกษา Good practices ของชุมชนคนพิการทางการมองเห็นที่เป็นต้นแบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ 1) สมาคมคนสายตาเลื่อนราง อำเภอฟุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 2) ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอด สามพราน จังหวัดนครปฐม และ 3) โรงเรียนธรรมิกวิทยา(สอนคนตาบอด) อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

โดยกำหนดขอบเขตการเลือก ดังนี้

1.1. เป็นกลุ่มคนพิการที่มีกิจกรรมดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างต่อเนื่อง จนประสบความสำเร็จในช่วงเวลา 5 ปี ขึ้นไป

1.2. มีกลุ่มสมาชิกที่เป็นคนพิการทางการมองเห็นอย่างน้อย 30 คนขึ้นไป

1.3. มีกิจกรรมที่ติดต่อประสานงานร่วมกับชุมชนในการกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหลายมิติ ทั้งด้านการเรียนการศึกษา การฝึกอาชีพ ส่งเสริมสุขภาพ

2. พื้นที่ที่ใช้ทดลองในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พื้นที่ในเขตเทศบาลเมืองไผ่เชิง อำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ได้แก่ กลุ่มศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน จังหวัดนครปฐม

กำหนดเกณฑ์การเลือก คือเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหลายมิติ ทั้งด้านการเรียนการศึกษา การฝึกอาชีพ ส่งเสริมสุขภาพ และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R₁) เป็นการศึกษาสภาพการณ์ความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ได้แก่ การศึกษาจากแหล่งข้อมูลที่เป็นเอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับแนวคิด หลักการ และการศึกษา Best Practice ของชุมชนต้นแบบ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D₁) การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (Design and Develop) ในขั้นตอนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบและนำเสนอรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research: R₂) การทดลองใช้รูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (Implementation)

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development: D₂) ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (focus group)

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังภาพที่ 4 ดังนี้



ภาพที่ 4 แสดงขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R₁) เป็นการศึกษาศึกษาสภาพการณ์การสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ปัจจัย สภาพการณ์ ต้องการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการ
ทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานได้แก่ แหล่งข้อมูลที่เป็นเอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัยต่าง ๆ
ที่เกี่ยวกับแนวคิด หลักการ และความต้องการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น
ในภูมิภาคตะวันตก

2. ศึกษาความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มคนพิการทางการมองเห็น
ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยด้วยแบบสอบถามและจัดทำการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลและแนว
ทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ

3. สังเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสภาพการณ์ และการจัดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคน
พิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ในขั้นตอนที่ 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากนั้นนำมาสังเคราะห์
ร่วมกับ นำมาสังเคราะห์ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อ
นำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโครงร่างรูปแบบต้องการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการ
มองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ได้แก่ คนพิการทางการมองเห็น ที่มารับบริการด้าน
สุขภาพ ณ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง
(Purposive Sampling) รวมทั้งสิ้น 30 คน

การสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย คณะกรรมการ และสมาชิกของกลุ่มสมาคมคนสายตาเลือน
ราง สมาชิกกลุ่มศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน จำนวน 10 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม
2. แนวทางการสนทนากลุ่ม

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างแบบสอบถามในการเก็บข้อมูล มีการดำเนินการ ดังนี้

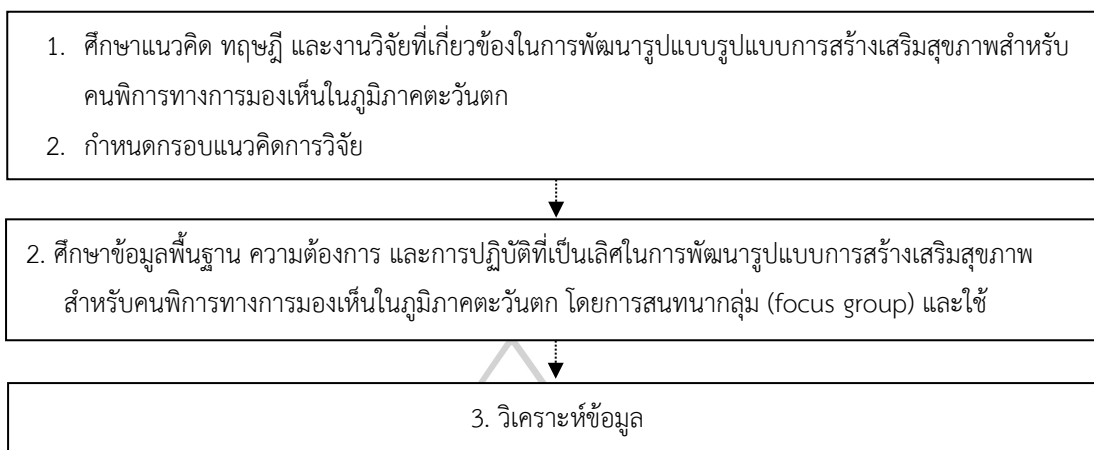
1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In Depth - Interview) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non - Participant Observation) รวมถึงถึงการตรวจสอบข้อมูลของผู้ทรงคุณวุฒิ
2. นำข้อมูลที่ได้จากศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก มาประมวลเพื่อกำหนดเป็นโครงสร้างของแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth Interview) ให้ครอบคลุมในประเด็นต่าง ๆ ที่ศึกษาโดยขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
3. สร้างหรือกำหนดประเด็นของเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพแต่ละประเภท ไม่ว่าจะเป็น การสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์ (Interview) หลังจากนั้นนำประเด็นที่สร้างเสร็จเสนอ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ เพื่อให้ข้อเสนอแนะ และนำมาปรับปรุงแก้ไข
4. นำประเด็นของเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพแต่ละประเภทที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ ดังนี้

1. ทำหนังสือจากบัณฑิตมหาวิทยาลัยศิลปากร ขอความร่วมมือกับกลุ่มสมาชิกคนพิการทางการมองเห็นที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การด้วยแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยทำการสอบถามด้วยตนเอง
2. นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดที่ได้จากการคัดเลือกมาวิเคราะห์ข้อมูล

สรุปวิธีดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ของพื้นที่



ภาพที่ 5 ขั้นตอนการศึกษาสภาพการณ์ ความต้องการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

ตารางที่ 3 สรุปขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R₁) เป็นการศึกษาสภาพการณ์ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

วัตถุประสงค์	วิธีการ	กลุ่มเป้าหมาย/เอกสาร	เครื่องมือ/สถิติ
1. วิเคราะห์แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	ศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	1. เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และปรัชญาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก 2. งานวิจัย	- แบบบันทึกข้อมูล/การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)
2. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ความต้องการและการปฏิบัติที่เป็นเลิศในการพัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตกรวมถึงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามเพื่อสอบถามประชาชนในพื้นที่ และเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับผู้ให้ข้อมูลหลักในพื้นที่	1. การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) 2. การสอบถามกับ สมาชิกกลุ่มคนพิการทางการมองเห็น (ตาบอดและเลือนราง) จำนวน 30 คน	1. แบบการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) 2. สอบถามใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสถิติเชิงพรรณนา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D₁) เป็นการสร้างรูปแบบรูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (Design and Develop)

ในขั้นตอนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบและนำเสนอการรับรองรูปแบบ

วัตถุประสงค์

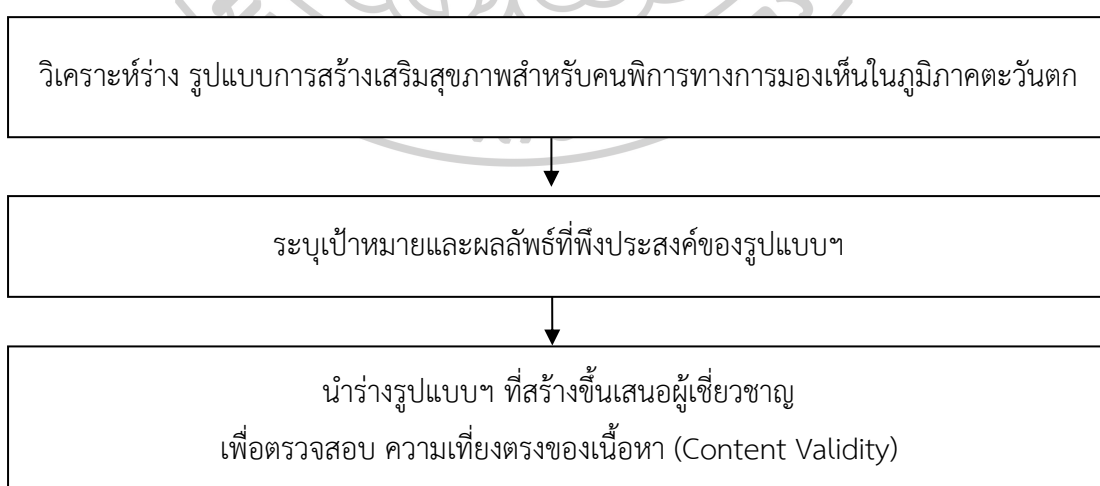
เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

วิธีดำเนินการ

1. วิเคราะห์และสร้าง รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ให้สอดคล้องกับข้อมูลทั่วไป ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการทำสนทนากลุ่ม โดยสังเคราะห์เข้ากับความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการทบทวนเอกสาร ตำรา วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องบูรณาการเข้ากับกรอบแนวคิดและทฤษฎี
2. ตรวจสอบและรับรองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก นำร่างรูปแบบไปปรึกษาอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) และภาษาที่ใช้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) คือผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนารูปแบบ และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำนวน 5 ท่าน



ภาพที่ 6 ขั้นตอนสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

ตารางที่ 4 สรุปขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D₁) เป็นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

วัตถุประสงค์	วิธีการ	กลุ่มเป้าหมาย	เครื่องมือ/การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลที่ได้
1. เพื่อออกแบบและพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพสำหรับคนพิการ ทางการมองเห็นในภูมิภาค ตะวันตก	วิเคราะห์	เอกสาร	การวิเคราะห์ เนื้อหา	ร่างรูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพสำหรับคนพิการ ทางการมองเห็นในภูมิภาค ตะวันตก
1.1 การสร้างรูปแบบการ สร้างเสริมสุขภาพสำหรับคน พิการทางการมองเห็นใน ภูมิภาคตะวันตก	สังเคราะห์	เอกสาร	การวิเคราะห์ เนื้อหา	ข้อมูลเป้าหมายและผลลัพธ์ ที่พึงประสงค์ของการวิจัยใน การพัฒนารูปแบบการสร้าง เสริมสุขภาพสำหรับคน พิการทางการมองเห็นใน ภูมิภาคตะวันตก
1.2 ระบุเป้าหมายและ ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการ วิจัย 1.3 เพื่อรับรองความเที่ยงตรง ของเนื้อหา (Content Analysis)	สอบถาม ผู้เชี่ยวชาญ	ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน	แบบประเมิน ความสอดคล้อง / ค่าดัชนีความ สอดคล้อง	ร่างรูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพสำหรับคนพิการ ทางการมองเห็นในภูมิภาค ตะวันตก ผ่านการตรวจสอบจาก ผู้เชี่ยวชาญ
2. การตรวจสอบและรับรอง รูปแบบโดยการประเมิน ความเหมาะสมและความ เป็นไปได้โดยผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	สอบถามเพื่อ ประเมิน รูปแบบ	ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน	แบบสอบถาม ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และ การวิเคราะห์ เนื้อหา	รูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพสำหรับคนพิการ ทางการมองเห็นในภูมิภาค ตะวันตก ที่ผ่านการรับรอง

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research: R₂) การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (Implementation)

วัตถุประสงค์

เพื่อนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้สำหรับการเสริมสร้างความอยู่ดีมีสุขในสถานการณ์จริง

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการทดลองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ได้แก่ สมาชิกศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นคนตาบอดที่ผ่านการฝึกอาชีพแล้ว จำนวน 30 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการมองเห็นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินการประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. การติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย

โดยตัวผู้วิจัย ได้เข้าไปร่วมจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับคนพิการทางการมองเห็นในพื้นที่มาเป็นเวลานานแล้ว จึงจูงใจความอนุเคราะห์ในการจัดกิจกรรมฯ ซึ่งทางสมาคมฯ ยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการ

2. วางแผน กำหนดกิจกรรม ขั้นตอน

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการวางแผน และกำหนดกิจกรรม หรือขั้นตอนการดำเนินงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เลขานุการสมาคมฯ ผู้วิจัย โดยใช้การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ และไลน์ มีประเด็นในการประชุมแผนการดำเนินงาน อันได้แก่ การกำหนดกิจกรรม ขั้นตอนการทำงาน การกำหนดผู้รับผิดชอบ การกำหนดระยะเวลา การกำหนดสถานที่ และการกำหนดงบประมาณ

3. ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง ด้วยวิธีการจัดอบรม โดยดำเนินการดังนี้

3.1 แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการอบรมรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก กับผู้เข้ารับการอบรม พร้อมทั้งอธิบายกระบวนการอบรม วิธีการอบรม และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องที่ผู้เข้ารับการอบรมโดยการมีส่วนร่วมเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3.2 อธิบายเกณฑ์การวัดและประเมินผลให้ผู้เข้าการอบรมกลุ่มเป้าหมายเข้าใจการวัดและการประเมินความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก และการประเมินความพอใจของผู้เข้าการอบรมที่มีต่อรูปแบบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

3.3 ทดสอบวัดความรู้ และทักษะการปฏิบัติที่เป็นเลิศ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตกก่อนการอบรม

3.4 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

3.5 ทดสอบวัดความรู้ เจตคติ และทักษะ หลังการอบรมเสร็จสิ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการอบรม รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

ตารางที่ 5 สรุปขั้นตอนที่ 3 การวิจัย(Research: R₂) เป็นการนำรูปแบบไปใช้ (Implementation: I)

วัตถุประสงค์	วิธีการ	กลุ่มเป้าหมาย	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ผลที่ได้
1. การจัดอบรมให้ความรู้ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก	การวัด ความรู้ และทักษะ ก่อนและหลังอบรม	ผู้เข้าอบรม ข 30 คน	แบบทดสอบ ความรู้ และทักษะการปฏิบัติที่เป็นเลิศ	ได้อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก
2. แนวทาง การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก	จัดประชุม นำเสนอ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 10 คน	- การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) - การวิเคราะห์เนื้อหา	ได้ทราบแนวทาง และข้อเสนอแนะ การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development: D₂) เป็นการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (Evaluation)

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินและปรับปรุงรูปแบบ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา คือ สมาชิกศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน ที่ผ่านการอบรมรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก และร่วมการสนทนากลุ่มย่อย จำนวน 30 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประสานกับ สมาคมศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน ในพื้นที่เพื่อชี้แจงและขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก กับคณะกรรมการ และสมาชิกของสมาคม ในพื้นที่ที่ผ่านการอบรม และผ่านการเสวนากลุ่มย่อย
2. ประชุมคณะทำงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ในพื้นที่เป้าหมาย
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบประเมินความพึงพอใจกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ชุมชนที่ผ่านการอบรมและผ่านการเสวนากลุ่มย่อย จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย
4. ปรับปรุงรูปแบบ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ตามคำแนะนำของคณะกรรมการและสมาชิกศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน
5. จัดทำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก เป็นฉบับสมบูรณ์
6. การถอดบทเรียนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก โดยการจัดเวทีเสวนา แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ (ใหม่) ที่ได้จากการสนทนากลุ่มย่อยพร้อมทั้งประมวลสรุปองค์ความรู้ ข้อเสนอแนะ และสะท้อนผลของการใช้รูปแบบร่วมกันของ คณะกรรมการ และสมาชิกศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน

ตารางที่ 6 สรุปขั้นตอนที่ 4 (D₂: Development E: Evaluate) เป็นการประเมินและปรับปรุงรูปแบบ

วัตถุประสงค์	วิธีการ	กลุ่มเป้าหมาย	เครื่องมือการวิเคราะห์ข้อมูล	ผลที่ได้
การประเมินผลและปรับปรุง - เชิงปริมาณ	การใช้แบบสอบถาม ความพึงพอใจ	ผู้อบรม 30 คน	ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา	ได้ทราบความพึงพอใจของผู้อบรมที่มีต่อรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก
การถอดบทเรียน	จัดเวทีเสวนา แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ (ใหม่) ที่ได้จากการเสวนากลุ่มย่อยพร้อมทั้งประมวลสรุปองค์ความรู้ ข้อเสนอแนะ	ผู้อบรม 30 คน	การวิเคราะห์เนื้อหา	รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (ที่สมบูรณ์)

สถิติและเกณฑ์การแปลผลที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าเฉลี่ย

โดย ค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นหรือข้อคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถาม มีการแบ่งสัดส่วน

ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50 – 5.00 ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.49 ระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 3.49 ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50 – 2.49 ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.50 ระดับน้อยที่สุด

2. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. แบบทดสอบความรู้ ก่อนและหลังการอบรม (Pre - test & Post - test) เป็นแบบถูกผิด กำหนดเกณฑ์คะแนนก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้ (นรินทร์ สังข์รักษา, 2555: 152)

คะแนนเฉลี่ย >80%	หมายถึง	ความรู้ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 60-79.9%	หมายถึง	ความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย <60 %	หมายถึง	ความรู้ในระดับน้อย

การเปรียบเทียบคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ด้วยสถิติแบบไม่อิสระจากกัน (t-test แบบ dependent) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้อบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ และต้องปรับปรุง ใช้เกณฑ์การให้คะแนน ของ Best and Kahn (1998 : 181-182)

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 - 5.00	ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการอยู่ในระดับดีมาก
3.50 - 4.49	ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการอยู่ในระดับดี
2.50 - 3.49	ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการอยู่ในระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการอยู่ในระดับพอใช้
1.00 - 1.49	ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก 3) เพื่อทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก และ 4) เพื่อประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ นำเสนอผลการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัย 4 ตอน เพื่อตอบโจทย์การวิจัยตามวัตถุประสงค์ 4 ข้อดังกล่าว ดังนี้

ตอนที่ 1 สภาพการณ์ ความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

ตอนที่ 2 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (Design and Develop) ในขั้นตอนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบและนำเสนอรูปแบบ

ตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (Implementation)

ตอนที่ 4 ผลการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพการณ์ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

1. จากการวิเคราะห์สภาพการณ์ ความต้องการ ประกอบนโยบาย แนวคิดในการพัฒนาสุขภาพคนพิการ พบว่ามีแนวคิดที่สำคัญและใช้เป็นกรอบในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตคนพิการ 2 หลักการ

1.1 แผนสุขภาพคนพิการ

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักที่มีภารกิจหน้าที่ ในการจัดบริการและสนับสนุนการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพคนพิการตามมาตรา 20 (1) ของพระราชบัญญัติ ส่งเสริม

และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้จัดทำแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557 – 2559 ขึ้น นับเป็นแผนยุทธศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพคนพิการฉบับแรกของประเทศไทย และ สอดรับกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555 – 2559 จากแผนฉบับที่ 1 มาพัฒนาต่อยอดร่วมกับหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ และเอกชน ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้แทนสมาคมคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการทุกประเภท กำหนดเป็นแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 – 2564 โดยเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ในทุกระดับ มีการกำหนดกรอบการดำเนินงาน มีแผนปฏิบัติการและแหล่งงบประมาณเพื่อให้แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปกำหนดแผนปฏิบัติการและจัดสรรงบประมาณรองรับครอบคลุมทุกประเภทความพิการ และ บูรณาการทุกภาคส่วนซึ่งจะเกิดประโยชน์แก่คุณภาพชีวิตคนพิการและครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ

เมื่อทบทวนสถานการณ์ด้านระดับวิทยาและการดำเนินงานด้านคนพิการ จาก รายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2010 ได้ประมาณการจำนวนคนพิการทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรโลกหรือประมาณ 785 ล้านคน โดยในจำนวนดังกล่าวนี้มีการสำรวจพบว่าประมาณ 110 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.2 มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต และยังพบว่าคนพิการมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า และถูกเลือกปฏิบัติมากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา

สำหรับ ประเทศไทย รายงานการสำรวจความพิการ (สพค.) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ในปีพ.ศ. 2555 พบว่า คนพิการ คิดเป็นร้อยละ 80.8 ต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการที่เกี่ยวกับการดูแลจากรัฐเพิ่มเติม และข้อมูลประเภท ความช่วยเหลือที่คนพิการที่ต้องการมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ต้องการเงินสนับสนุน การมีงานที่สร้างรายได้ทำที่สะดวก เช่น ทำงานที่บ้าน เมื่อเจ็บป่วยมีพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่มาเยี่ยม ดูแลที่บ้าน สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อจำเป็นได้โดยสะดวก และบริการพาหนะช่วยพาเดินทางไปที่ต่าง ๆ ซึ่งพบว่าความต้องการหลัก ๆ ของคนพิการ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่บ่งชี้ถึงสภาวะปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข สำหรับคนพิการ

แผนพัฒนาสุขภาพคนพิการ มีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สะท้อนให้เห็นมีการบูรณาการแผนระหว่างหน่วยงานหลัก ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งทั้งสองแผนนี้ สามารถนำไปอ้างอิงเป็นกฎระเบียบ และ พัฒนากิจกรรมโครงการ ในกระทรวงอื่น ๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องจัดสรรงบประมาณ เพื่อจ่ายเบี้ยความพิการ เดือนละ 800 บาท ให้แก่คนพิการในพื้นที่ กระทรวงแรงงาน มีกฎหมายแรงงานที่ทุกสถานประกอบการ ที่มีแรงงานมากกว่า 100 คนจะต้องจ้างคนคนพิการ 1:100 โดยเลือกเป็นการจ้างงานคนพิการ แบบมาตรา 33 ทำงานในสถานประกอบการ

หรือให้สัมปทานในการประกอบอาชีพเช่นพื้นที่ค้าขาย แบบมาตรา 35 หรือส่งเงินรายปีเข้ากองทุน
ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แบบ มาตรา 34

การกำหนดกฎระเบียบให้หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งรัฐและเอกชนนำไปเป็นแนวปฏิบัติ
ส่งผลให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ ในสังคมมากขึ้น

2. การเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย

โดยการสอบถามกลุ่มคนพิการทางการมองเห็นที่มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19
ณ โรงพยาบาลเมตตาฯ และไปสอบถามที่ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน จำนวน 30 ราย

ตารางที่ 7 แสดงความคิดเห็นด้านสุขภาพ สังคม และทัศนคติ (30 คน)

ข้อ	ข้อความ	\bar{X}	S.D.	แปลผล	ลำดับที่
ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง					
1	เลือกกินอาหาร ลดหวานมันเค็ม	3.71	.07	มาก	1
2	ออกกำลังกาย เช่น แกว่งแขน ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โยคะ	3.53	.99	มาก	3
3	จัดการอารมณ์ ความเครียดได้ เช่น ฟังเพลง พุดคุย	3.49	.02	มาก	5
4	นอนหลับอย่างเพียงพอ 8 ชม	3.48	.02	ปานกลาง	6
5	ท่านได้ไปตรวจสุขภาพประจำปี	3.44	.09	ปานกลาง	8
6	ท่านได้รับการฝึกทักษะ ADL และ O&M	3.50	.08	มาก	4
7	ท่านได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เช่นไม้เท้าขาว เครื่องช่วยอ่าน	3.56	.01	มาก	2
8	ท่านคิดว่าสามารถดูแลจัดการสุขภาพตนเองได้	3.49	.10	ปานกลาง	5
	รวม	3.53	.99	มาก	3
ด้านปัจจัยสังคม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ					
1	สิทธิสวัสดิการสังคมของคนพิการที่ท่านได้รับ เพียงพอ	3.40	.54	ปานกลาง	4
2	ท่านมีความสะดวกสบายในการเดินทางไปโรงพยาบาล	3.76	.16	ปานกลาง	3
3	ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ท่าน หรือคนพิการประเภทอื่น	4.20	.44	มาก	2
4	ท่านมีอาชีพที่เลี้ยงตนเองอย่างเพียงพอ	4.80	.44	มาก	1
	รวม	4.04	.44	มาก	1
ด้านทัศนคติและการเสริมพลังตนเอง					
1	ท่านรู้สึกว่าการพิการทางการมองเห็นเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิต	3.60	.07	มาก	3
2	ท่านมีโอกาสได้พูดคุย แบ่งปันประสบการณ์ใช้ชีวิตของท่าน	3.70	.03	มาก	2
3	ท่านเป็นสมาชิก หรือเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับคนพิการทางการมองเห็น	3.58	.05	มาก	4

ข้อ	ข้อความคำถาม	\bar{X}	S.D.	แปลผล	ลำดับที่
4	ท่านรู้สึกว่าการสังคมและคนรอบข้างให้ความช่วยเหลือ เกื้อกูลคนพิการ	3.53	.12	มาก	7
5	ท่านรู้สึกมีพลังที่อยากจะออกไปช่วยเหลือกิจกรรมสังคม หรือกลุ่มองค์กรคนพิการ	3.56	.08	มาก	5
6	ท่านได้รับข่าวสารหรือสื่อต่าง ๆ ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเอง อย่างถูกต้อง-ไม่ใช่ข่าวปลอม และเพียงพอ	3.51	.04	มาก	8
7	ท่านมีแนวทาง/ข้อเสนอในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มคนพิการทางการมองเห็น	3.54	.35	มาก	6
8	ในช่วงวิกฤตโควิด-ภัยพิบัติที่ผ่านมา ท่านสามารถดูแลตนเองได้ดี และปลอดภัย	4.40	.54	มาก	1
	รวม	3.68	.07	มาก	2
	รวมทั้งหมด	3.69	.03	มาก	

จากตารางที่ 7 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = .03) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ ด้านปัจจัยสังคม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = .44) รองลงมาได้แก่ ด้านทัศนคติและการเสริมพลังตนเอง มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = .07) และน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.53$, S.D. = .99)

ด้านปัจจัยสังคม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = .44) พิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1.เลือกกินอาหาร ลดหวานมันเค็ม ($\bar{x} = 3.71$, S.D. = .07) รองลงมา ได้แก่ข้อ 7 ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เช่นไม้เท้าขาว เครื่องช่วยอ่าน ($\bar{x} = 3.56$, S.D. = .01) และข้อที่มีค่าน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 5.ได้ไปตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = .09)

ด้านทัศนคติและการเสริมพลังตนเอง มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = .07) พิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4 ท่านมีอาชีพที่เลี้ยงตนเองอย่างเพียงพอ ($\bar{x} = 4.80$, S.D. = .44)

รองลงมา ได้แก่ข้อ 3 ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ท่านหรือคนพิการประเภทอื่น ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .44) และข้อที่มีค่าน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 1สิทธิสวัสดิการสังคมของคนพิการที่ท่านได้รับ เพียงพอ($\bar{x} = 3.40$, S.D. = .54)

ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.53$, S.D. = .99) พิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1 เลือกกินอาหาร ลดหวานมันเค็ม ($\bar{x} = 3.71$, S.D. = .07) รองลงมา ได้แก่ข้อ 7 ท่านได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เช่น ไม้เท้าขาว เครื่องช่วยอ่าน ($\bar{x} = 3.56$, S.D. = .01) และข้อที่มีค่าน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 5 ได้ไปตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = .09)

3. ข้อมูลพื้นที่ Good practice จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน ของมูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ / สมาคมคนสายตาเลื่อนราง (ประเทศไทย) / โรงเรียนธรรมิกวิทยา สาขาเพชรบุรี ของมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์)

3.1 ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน ของมูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์

มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ เป็นองค์กรเอกชนสาธารณกุศลที่ได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้และภาษีมูลค่าเพิ่ม ตามประกาศกระทรวงการคลังลำดับที่ 75 เป็นมูลนิธิ ที่ให้ความช่วยเหลือคนพิการแห่งแรกในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

- เพื่อช่วยเหลือผู้พิการทางการมองเห็นทั้งชายหญิง โดยไม่จำกัดเชื้อชาติและศาสนา
- เพื่อให้การศึกษาสายสามัญและการฝึกอบรมด้านอาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้พิการทางการมองเห็นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข
- เพื่อร่วมมือกับหน่วยงานราชการและองค์กรต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่ผู้พิการทางการมองเห็น

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ มูลนิธิฯ จึงมีการบริหารและดำเนินงานด้านต่าง ๆ 5 ส่วน คือโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ ศูนย์พัฒนาสมรรถภาพคนตาบอด ศูนย์เทคโนโลยีการศึกษาเพื่อคนตาบอด ศูนย์พัฒนาอาชีพคนตาบอดและศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน โดยมีสำนักบริหารมูลนิธิฯ เป็นศูนย์กลางประสานงาน มูลนิธิฯ ได้รับความร่วมมือและช่วยเหลืออย่างดีจากผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นคุณค่าความสำคัญในการหยิบยื่นโอกาสให้กับผู้พิการทางการมองเห็น ทั้งในรูปแบบการบริจาคเงิน สิ่งของ และการให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ นำมาซึ่งความหวังและโอกาสที่ดีแก่ผู้พิการทางการมองเห็น เพื่อช่วยให้เกิดแสงสว่างในชีวิต

ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพรานเกิดขึ้นจากการที่มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ได้พิจารณาเห็นว่านักเรียนหญิงผู้พิการทางการมองเห็นรุ่นโตของโรงเรียนแผนกหัตถกรรมควรมีสถานที่เฉพาะเพื่อฝึกวิชาชีพโดยเริ่มจากการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนแล้วจึง

ติดตามด้วยการส่งเสริมให้มีอาชีพตั้งนั้นในปี พ.ศ. 2524 คณะกรรมการมูลนิธิฯ จึงได้จัดหาที่ดินเพื่อปลูกสร้างอาคารและได้ซื้อที่ดินประมาณ 2 ไร่ ปลูกสร้างอาคารสองชั้น ชั้นหนึ่งหลังที่ ต.ไร่ชิง อ.สามพราน จ.นครปฐม และเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2525 ได้ย้ายนักเรียนหญิงแผนกหัตถกรรมจากโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ มาอยู่ ณ ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพรานอย่างเป็นทางการนักเรียนหญิงรุ่นแรกมีจำนวน 27 คน ปัจจุบันศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพรานสามารถรับนักเรียนได้ จำนวน 60 คน

มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ได้เซ็นสัญญาข้อตกลงกับซิสเตอร์คณะธิดาแม่พระองค์อุปถัมภ์ (ซิสเตอร์ซาเลเซียน) เพื่อให้เข้ามาบริหารงานของศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน

วิสัยทัศน์: มุ่งให้นักเรียนได้พัฒนาทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา รู้จักคิด เป็น ทำเป็น และสามารถแก้ปัญหาได้ มุ่งพัฒนาทางด้านอาชีพเพื่อพัฒนาศักยภาพ ให้เป็นที่ยอมรับของชุมชนส่งเสริมและสนับสนุน ให้ได้รับการศึกษาเพื่อให้มีระเบียบวินัยมีคุณธรรมและจริยธรรมสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมีเกียรติและศักดิ์ศรี และสามารถมีส่วนช่วยพัฒนาสังคมที่ตนเองอยู่ได้

พันธกิจ: ให้บริการแก่เยาวชนและผู้ใหญ่สตรีที่พิการทางการมองเห็นด้านการเรียน การสอนการฝึกทักษะด้านอาชีพรวมทั้งการอบรมด้านคุณธรรมจริยธรรมโดยมุ่งเน้นให้พวกเขาสามารถออกไปใช้ชีวิตในสังคมและมีอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวโดยไม่เป็นภาระของสังคม

3.2 สมาคมคนสายตาเลือนราง(ประเทศไทย)

สมาคมคนสายตาเลือนราง(ประเทศไทย) ”LOW VISION ASSOCIATION (THAILAND)” สมาคมคนสายตาเลือนราง(ประเทศไทย) เกิดจากการรวมกลุ่มของคนสายตาเลือนรางจำนวน 10 คน นัดหมายมาประชุมกันที่ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) จากการประชุมในครั้งนั้น ทำให้มีการจัดตั้ง “ชมรมคนสายตาเลือนรางแห่งประเทศไทย” (Low Vision Club of Thailand: LVT) ขึ้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2535 ต่อมาจำนวนสมาชิกและกิจกรรมของชมรมขยายตัวมากขึ้น จึงได้มีการยกระดับโครงสร้างของชมรมขึ้นเป็น “สมาคมคนสายตาเลือนราง” (Low Vision Association) เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2553 จนถึงปัจจุบัน โดยนายธวัชชัย ลลิตสุรเดช เป็นนายกสมาคมคนสายตาเลือนรางคนแรก ในปี 2554 สมาคมได้รับความกรุณาจากศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ พูนพิศ อมาตยกุล ให้เข้ามาตั้งที่ทำการ ณ อาคารของมูลนิธิราชสุดา ถนนพุทธมณฑล

วิสัยทัศน์

สมาคมคนสายตาเลือนรางมีวิสัยทัศน์ที่จะเป็นศูนย์กลางของคนสายตาเลือนรางเพื่อพัฒนาศักยภาพของคนสายตาเลือนรางในทุก ๆ ด้าน ร่วมกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนสายตาเลือนราง และเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับคนสายตาเลือนรางให้สังคมเข้าใจ ยอมรับ และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของสมาคม มีดังต่อไปนี้

1 เพื่อดำเนินการในทุกด้านให้คนสายตาเลือนรางสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถของตนเอง ให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งแก่ตนเองและแก่ผู้อื่น

2 เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานด้านวิชาการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถสนองความต้องการของคนสายตาเลือนรางได้อย่างชัดเจน

3 เพื่อเผยแพร่ให้สังคมได้รู้จักและเข้าใจ การศึกษา การงานอาชีพ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมของคนสายตาเลือนรางได้อย่างถูกต้องและลึกซึ้ง อันจะนำไปสู่การใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างสันติสุข

4 เพื่อสนับสนุนการทำวิจัย และการติดตามนำผลการวิจัยใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาคุณภาพของคนสายตาเลือนราง และต่อสังคมโดยส่วนรวม

5 เพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการยกระดับและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของคนสายตาเลือนรางทั่วประเทศ ทั้งด้านสุขภาพจิต สุขภาพร่างกาย การศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจ สถานภาพทางสังคมและอื่น ๆ

6 เพื่อประสานงานและร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและนอกประเทศ เพื่อให้ความช่วยเหลือในการป้องกันการเกิด รักษาอาการฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาคุณภาพคนสายตาเลือนราง

7 เพื่อให้เกิดองค์กรที่ทำประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติ

ที่ตั้งสมาคม: มีสำนักงานอยู่ เลขที่ 135/111-115 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 โทรศัพท์ 028002199 โทรสาร 028002199

ข้อมูลรายงานการประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ.2563 สมาคมคนสายตาเลือนราง (ประเทศไทย) เมื่อวันที่เสาร์ที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 เวลา 13.00-16.00 น. ณ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต มีสมาชิกสามัญและวิสามัญเข้าร่วมประชุม 77 คน จากสมาชิกทั้งสิ้น 516 คน

มีกิจกรรมที่เน้นให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วม และสร้างพันธมิตร กับองค์กรสุขภาพ และองค์กรด้านการศึกษา เช่น

วันที่ 14-15 มีนาคม 2562 สมาคมฯโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การให้ความช่วยเหลือและการปฏิบัติตนสำหรับคนสายตาเลือนราง Orientation and Mobility” หรือ O&M ณ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)

วันที่ 8 พฤษภาคม 2562 นายอนุพงศ์ สายสิทธิ์ ตำแหน่งนายกสมาคมคนสายตาเลือนราง(ประเทศไทย) และคณะเข้าเฝ้าทูลเกล้าฯถวายเงินรายได้โครงการเดิน-วิ่ง มินิมาราธอน เพื่อสมทบทุนช่วยเหลือผู้พิการทางสายตา (fight Running) และสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์ให้ความช่วยเหลือระยะแรกเริ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น (Joy center)แต่สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

วันที่ 30 สิงหาคม 2563 สมาคมคนสายตาเลือนราง (ประเทศไทย) ได้จัดโครงการ “เลือกที่จะสุข” บรรยายโดย ผศ.ดร.อดัม นิละไพจิตร อาจารย์ณัฐชานาญ ไต้เตี และคุณดุจดาว วัฒนปกรณ์ มี Workshop ให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ได้สร้างพื้นที่ปลอดภัยให้กับตนเองด้วยหลัก Empathy

วันที่ 18 ตุลาคม 2563 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “LVT พาทัวร์ จังหวัดสมุทรสงคราม” ณ ศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียงบ้านสารภี อ.บางคนที จ.สมุทรสงคราม

3.3 โรงเรียนธรรมิกวิทยา สาขาเพชรบุรี ของมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

มูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดในประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เริ่มดำเนินการโดย นายประหยัด ภูหนองโอง ซึ่งเป็นคนตาบอดได้นำเด็กตาบอด จำนวน 13 คน มาอาศัยอยู่ในบ้านเช่า 1 หลัง ที่ซอยธารทิพย์ ถนนประชาสโมสร อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ต่อมามูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทยได้บริจาคเตียงพร้อมที่นอน 12 หลัง

ปี พ.ศ. 2526 ได้รับอนุมัติการจดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายเป็น มูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดในประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2527 ในเดือนมิถุนายน ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ 9 ทรงรับมูลนิธิไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์ จึงเปลี่ยนชื่อเป็น “มูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดในประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์” นำมาซึ่งความปิติแก่คนตาบอดทั่วไป และมูลนิธิ

ปี พ.ศ. 2554 จัดตั้งสำนักงานมูลนิธิสาขาชะอำ จังหวัดเพชรบุรี และดำเนินการก่อสร้างโรงเรียนการศึกษาเด็กตาบอดพิการซ้ำซ้อน ชะอำ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จมาเป็นองค์ประธานในพิธีเปิด เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2560 โรงเรียนการศึกษาเด็กตาบอดพิการซ้ำซ้อน ชะอำ รับนักเรียนตาบอดพิการซ้ำซ้อนทั่วประเทศ เปิดทำการเรียนการสอนเมื่อปีการศึกษา 2559 รับนักเรียนระดับอนุบาล-ประถมศึกษาปีที่ 6 เป็นโรงเรียนประจำ ไม่เก็บค่าธรรมเนียมการศึกษา

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการดำเนินงาน Good Practice ทั้ง 3 แห่ง

ประเด็น	ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอด สามพราน	สมาคมคนสายตาเลือนราง ศาลายา	โรงเรียนธรรมิกวิทยา สาขาเพชรบุรี
ประวัติและที่มา	มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ เป็นองค์กรเอกชนสาธารณกุศลที่ได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้ และภาษีมูลค่าเพิ่ม ตามประกาศกระทรวงการคลังลำดับที่ 75 เป็นมูลนิธิที่ให้ความช่วยเหลือคนพิการแห่งประเทศไทย โดยมุ่งช่วยเหลือผู้พิการทางการมองเห็นด้วยการพัฒนาความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยมิได้หวังผลตอบแทน จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2482 มูลนิธิฯ มีการบริหารและดำเนินงานด้านต่าง ๆ 5 ส่วน คือโรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ ศูนย์พัฒนาสมรรถภาพคนตาบอด ศูนย์เทคโนโลยีการศึกษาเพื่อคนตาบอด ศูนย์พัฒนาอาชีพคนตาบอด และศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน (มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ได้ขึ้นสัญญาข้อตกลงกับซิสเตอร์คณะธิดาแม่พระองค์อุปถัมภ์ (ซิสเตอร์ซาเลเซียน) เพื่อให้เข้ามาบริหารงานของศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน)	สมาคมคนสายตาเลือนราง(ประเทศไทย) เกิดจากการรวมกลุ่มของคนสายตาเลือนรางจำนวน 10 คน นัดหมายมาประชุมกันที่สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) จากการประชุมในครั้งนั้นทำให้มีการจัดตั้ง “ชมรมคนสายตาเลือนรางแห่งประเทศไทย” (Low Vision Club of Thailand: LVT) ขึ้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2535 ต่อมาจำนวนสมาชิกและกิจกรรมของชมรมขยายตัวมากขึ้น จึงได้มีการยกระดับโครงสร้างของชมรมขึ้นเป็น “สมาคมคนสายตาเลือนราง” (Low Vision Association) เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2553 จนถึงปัจจุบัน โดยนายธวัชชัย ลลิตสุรเดช เป็นนายกสมาคมคนสายตาเลือนรางคนแรก ในปี 2554 สมาคมได้รับความกรุณาจากศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ พูนพิศ อมาตยกุล ให้เข้ามาตั้งที่ทำการ ณ อาคารของมูลนิธิราชสุดา ถนนพหลโยธิน สายนอกจากนี้ยังมี ศูนย์บริการ Joy Center ช่วยเหลือระยะแรกเริ่มสำหรับเด็กพิการทางการมองเห็นอายุ 0-6ปี เพื่อช่วยเหลือเด็กและผู้ปกครองในการฝึกพัฒนาการตามวัยและพัฒนาสมรรถภาพการมองเห็น	นายแสวง เอี่ยมองค์ได้บริจาคที่ดินจำนวน 8 ไร่ในเขตอำเภอเขาชัย้อย เพื่อใช้เป็นที่ตั้งสถานศึกษา โดยได้ดำเนินการก่อสร้างโรงเรียนในทันที ได้ประกอบพิธีวางศิลาฤกษ์ในวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2550 ซึ่งตรงกับวันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ ได้เปิดการเรียนการสอนเป็นครั้งแรกในปีการศึกษา 2551 โดยได้รับอนุญาตให้เปิดเรียนตั้งแต่ระดับอนุบาล จนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในการเสด็จพระราชดำเนินมาเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดโรงเรียนอย่างเป็นทางการในวันเสาร์ที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2552 โรงเรียนธรรมิกวิทยา ดำเนินงานภายใต้มูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดในประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สาขาจังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) กระทรวงศึกษาธิการ อยู่ในการกำกับดูแลของ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเพชรบุรีเขต 1
วัตถุประสงค์- การดำเนินงาน	1. เพื่อช่วยเหลือผู้พิการทางการมองเห็น ทั้งชายหญิง โดยไม่จำกัดเชื้อชาติและศาสนา 2. เพื่อให้การศึกษาสายสามัญและการฝึกอบรมด้านอาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้พิการทางการมองเห็นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข 3. เพื่อร่วมมือกับหน่วยงานราชการและองค์กรต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่ผู้พิการทางการมองเห็น	1. เพื่อดำเนินการในทุกด้านให้คนสายตาเลือนรางสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพความสามารถของตนเอง ให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งแก่ตนเองและแก่ผู้อื่น 2. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานด้านวิชาการ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถสนองความต้องการของคนสายตาเลือนรางได้อย่างชัดเจน 3. เพื่อเผยแพร่ให้สังคมได้รู้จักและเข้าใจ การศึกษา การงานอาชีพ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมของคนสายตาเลือนรางได้อย่าง	1. เพื่อส่งเสริมการศึกษาและฝึกอบรมวิชาชีพแก่ผู้พิการทางการมองเห็นโดยไม่จำกัด เพศ วัย เชื้อชาติและศาสนา 2. เพื่ออบรมจริยธรรมอันดีงามแก่ผู้พิการ 3. เพื่อสนับสนุนให้นักเรียนตาบอดมีโอกาสเข้าเรียนในชั้นเรียนปกติในระบบโรงเรียน จัดหาวัสดุอุปกรณ์การศึกษา ผลิตตำราอักษรเบรลล์ และ ตำราเทป

ประเด็น	ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอด สามพราน	สมาคมคนสายตาเลือนราง ศาลายา	โรงเรียนธรรมิกวิทยา สาขาเพชรบุรี
		<p>ถูกต้องและลึกซึ้ง อันจะนำไปสู่การใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างสันติสุข</p> <p>4. เพื่อสนับสนุนการทำวิจัย และการติดตามนำผลการวิจัยใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาศักยภาพของคนสายตาเลือนราง และต่อสังคมโดยรวม</p> <p>5. เพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการยกระดับและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของคนสายตาเลือนรางทั่วประเทศ ทั้งด้านสุขภาพจิต สุขภาพร่างกาย การศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจ สถานภาพทางสังคมและอื่น ๆ</p> <p>6. เพื่อประสานงานและร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและนอกประเทศ เพื่อให้ความช่วยเหลือในการป้องกันการเกิด รักษาอาการ พิ้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาศักยภาพคนสายตาเลือนราง</p>	<p>ซีดีเสียง ใช้ในการศึกษาของคนตาบอด</p> <p>4. เพื่อร่วมกับองค์กรอื่น ๆ เพื่อสาธารณประโยชน์</p> <p>ไม่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับการเมือง แต่ประการใด</p>
จุดเด่น	มุ่งพัฒนาศักยภาพสตรีผู้พิการทางการมองเห็นด้านการศึกษา การฝึกทักษะด้านอาชีพ	มีการจัดประชุมวิชาการร่วมกับโรงเรียนแพทย์ เพื่อ update แนวทางการรักษาและฟื้นฟู	เป็นโรงเรียนเอกชนการกุศลประเภทการศึกษาพิเศษ จัดการเรียนการสอนสำหรับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นในลักษณะให้เปล่า
Webpage	 <p>www.blind.or.th</p>	 <p>www.lowvisionthai.org/</p>	 <p>www.cfbt.or.th</p>

จากการศึกษาข้อมูลพื้นที่ Good Practice จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน ของมูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ / สมาคมคนสายตาเลือนราง (ประเทศไทย)/ โรงเรียนธรรมิกวิทยา สาขาเพชรบุรี ของมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ทั้งหมดมีจุดประสงค์ที่จะช่วยเหลือกลุ่มคนพิการทางการมองเห็น ได้มีพื้นที่เรียนรู้ การศึกษา การฝึกอาชีพ การมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม เช่นเดียวกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นความร่วมมือของภาคเอกชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ช่วยสนับสนุนต่อยอดจากมิติด้านสุขภาพ

ตอนที่ 2 ผลการร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาค ตะวันตก

1. ที่มาของรูปแบบ

การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก “MIND Model” ได้จากการสังเคราะห์แนวคิด/ทฤษฎีและงานวิจัยและข้อมูลในพื้นที่ ดังนี้

ตารางที่ 9 องค์ประกอบและที่มาขององค์ประกอบการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับ
คนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

ที่	องค์ประกอบ	ที่มาขององค์ประกอบรูปแบบ
1	M = Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองและสังคม)	การสอบถามเชิงคุณภาพ ทบทวนวรรณกรรม
2	I= Intervention (การจัดกิจกรรมแผนการรักษาฟื้นฟู)	การทบทวนนโยบาย กฎหมาย การสอบถามเชิงคุณภาพ
3	N = Network (เครือข่าย)	การสอบถามเชิงคุณภาพ การถอดบทเรียน
4	D= Disability (ความพิการ)	การสังเกต-สอบถาม แนวทางการจัดการโรค

2. องค์ประกอบของรูปแบบ

จากการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ผู้วิจัยได้รูปแบบจากการสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้เกี่ยวข้อง การทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การจัดการอบรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จึงยกร่างรูปแบบที่ผู้วิจัยใช้ชื่อว่า “MIND Model” ประกอบด้วย

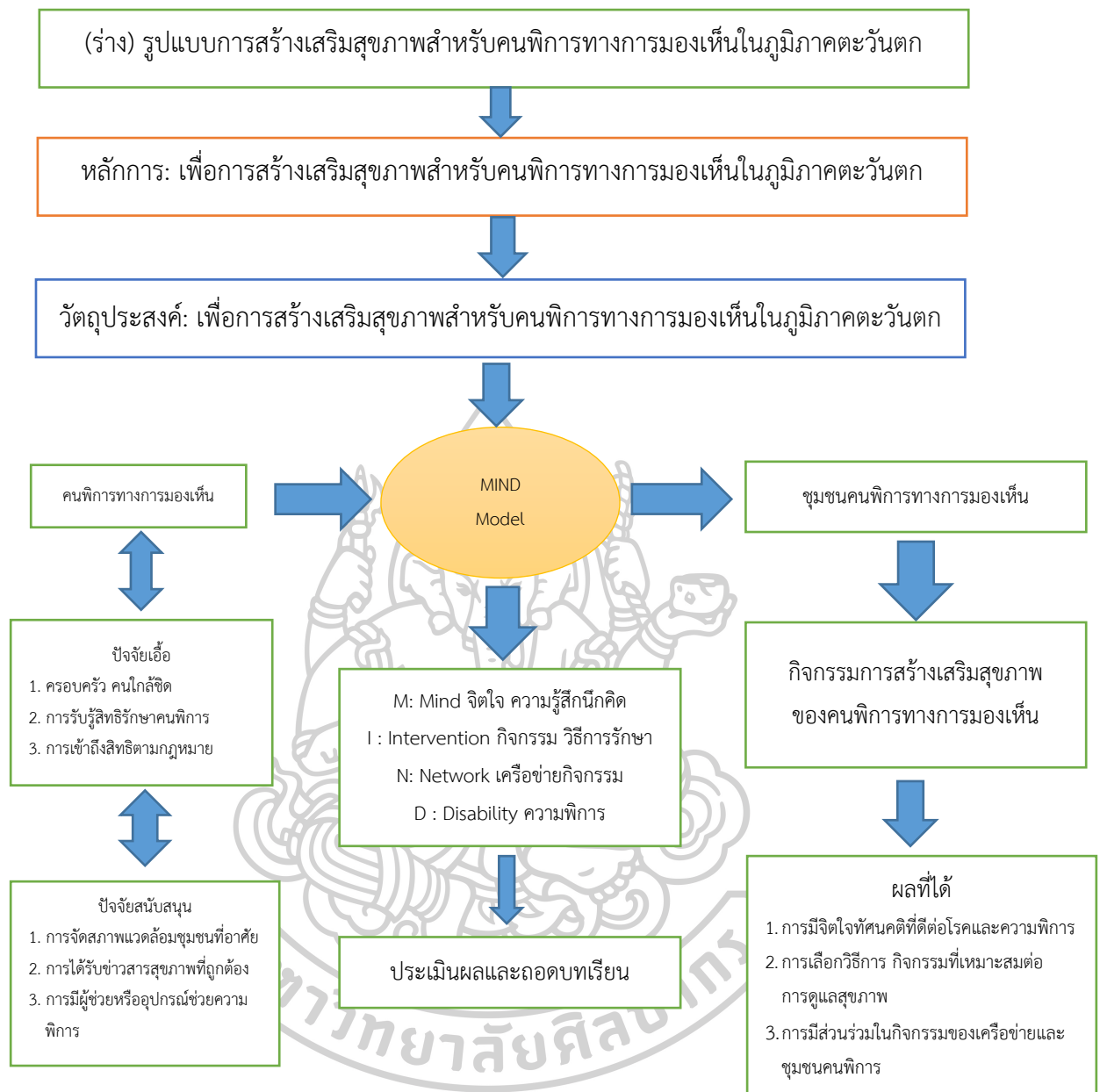
1. M = Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองและสังคม) หมายถึง จิตใจ สติ เขavnปัญญา ความนึกคิด ที่มีต่อตนเองและสังคม มีการรับรู้ภายในตนเอง เข้าใจความเป็นจริง ศักยภาพและความต้องการของตนเอง เข้าใจการเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอนของสภาพแวดล้อมและผู้คนสังคม สามารถบริหารจัดการอารมณ์ความรู้สึกทั้งในแง่บวก ลบ ที่เกิดขึ้นเป็นไปตามธรรมชาติและควบคุมความต้องการได้ เพื่อดำรงความเป็นตนเองอย่างมีคุณค่า ไม่สร้างความลำบากหรือไม่สบายใจแก่ตนเองและคนรอบข้าง ช่วยสร้างความตระหนักรู้ภายในตนเอง คือการทำความเข้าใจในตัวเอง ซึ่งก็คือการรับฟังความคิดและอารมณ์ของตัวเอง รู้ว่าตัวเองกำลังรู้สึกอย่างไรและทำไมถึงรู้สึก อย่างนั้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการทำความเข้าใจว่าคนอื่น ๆ อาจมองเรา ต่างจากมุมมองที่เรามีต่อตัวเอง การทำความเข้าใจกับ ความรู้สึกของคนพิการจะทำให้รู้จักแข็งและจุดอ่อนของตัวเองและช่วยทำให้เรา เข้มแข็ง รู้จักวิธีเอาชนะความท้าทายต่าง ๆ

2. I = Intervention (กิจกรรม แผนการรักษาและฟื้นฟู) หมายถึง สิ่งที่ทำให้กับประชากร ยา วิธีการรักษา วิธีการผ่าตัด โปรแกรมต่าง ๆ ระบบงานใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป เริ่มตั้งแต่การให้การรักษาดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ การฝึกทักษะให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน (Active Daily Living: ADL) การฝึกทักษะการใช้ไม้เท้าขาว หรือ ทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม (Orientation and Mobility : O&M) การฝึกทักษะการประกอบอาชีพ การจัดกิจกรรมโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการร่วมกับชุมชน (Community Based Rehabilitation: CBR)

3. N = Network (เครือข่าย) หมายถึง การเชื่อมโยงเอาความพยายามและการดำเนินงานของฝ่ายต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อปฏิบัติการกิจอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันโดยที่แต่ละฝ่ายยังคงปฏิบัติการหลักของตนต่อไปอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์ และปรัชญาของตนเอง เช่นการจัดกิจกรรมโครงการในชุมชน โดยเชิญเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญในประเด็นที่สนใจ มาร่วมจัดทำโครงการหรือกิจกรรมใด ๆ และเครือข่าย ในปัจจุบันมีความหมายประการหนึ่ง คือ ขบวนการทางสังคม อันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และความต้องการบางอย่างร่วมกัน ร่วมกันดำเนินกิจกรรมบางอย่าง โดยที่สมาชิกของเครือข่ายยังคงความเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกันอีกประการหนึ่ง

4. D= Disability (ความพิการ) หมายถึง ความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลดลง อันเนื่องมาจากความบกพร่องทางร่างกาย เช่น แขนขาด ขาขาด นิ้วขาด ตาบอด หรือเนื่องมาจากความบกพร่องทางพฤติกรรม เช่น ปัญหาการเรียนรู้ทางสติปัญญาหรือประสาทรับรู้ Disability เป็นความพิการที่สามารถวัดได้ เช่น ตาบอดไม่สามารถอ่านหนังสือแบบที่คนตาดีทั่วไปอ่านได้ จึงทำให้บุคคลพิการไม่สามารถ ทำบางสิ่งบางอย่างเท่าคนปกติทั่วไป บางกิจกรรมต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการ (Personal Assistant) เช่นการมีผู้ช่วยนำทาง หรือการจัดอุปกรณ์ช่วยความพิการ (Assistive Technology) เช่น Visual aids เป็นต้น

แสดงเป็นแผนภูมิรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ได้ดัง ภาพที่ 7



ภาพที่ 7 องค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อการใช้รูปแบบ จากการสนทนากลุ่มย่อย ยังพบว่า มีทั้งปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเสริม ดังนี้

1. ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่เกิดจากภายในตนเองและคนใกล้ชิด ได้แก่

- ครอบครัว คนใกล้ชิด มีความเข้าใจหลักการและแนวคิด แนวปฏิบัติการดูแลคนพิการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมักจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพในการดูแลโรคประจำตัว และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

- การรับรู้สิทธิรักษาคนพิการ คนพิการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นสิทธิรักษา ท 74 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. จะมีโอกาสเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ทำให้คนพิการสามารถเข้าถึงสถานบริการสุขภาพได้สะดวกขึ้น

- การเข้าถึงสิทธิตามกฎหมาย คนพิการที่ขึ้นทะเบียนแล้วมีสิทธิตามกฎหมายต่าง เช่น สิทธิการรักษาฟื้นฟู สิทธิการศึกษาจนจบปริญญาตรี สิทธิการจ้างงานมาตรา 33, 35 ฯลฯ

2. ปัจจัยสนับสนุน ถือเป็นปัจจัยภายนอกที่ต้องได้รับจากองค์กร หรือหน่วยงานอื่น ๆ ได้แก่

- การจัดสภาพแวดล้อมชุมชนที่อาศัยให้เหมาะสมกับคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสภาพที่อยู่อาศัย หลังละไม่เกิน 40,000 บาท

- การได้รับข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้อง คนพิการส่วนใหญ่ที่ผ่านการเรียนรู้เทคโนโลยีจาก smart phone จะสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ผ่านทาง Social media และต้องเป็นข้อมูลที่ต้องการ Sure& Share

- การมีผู้ช่วยหรืออุปกรณ์ช่วยความพิการ คนพิการจะได้รับการฟื้นฟูและมอบอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการจากโรงพยาบาลรัฐ เช่น แวนชวยาย กล้องส่องทางไกล ไม้เท้าขาว การฝึกทักษะดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวหรือเดินทาง รวมถึงการร้องขอให้มีการช่วยเหลือคนพิการได้ตามกฎหมาย โดยติดต่อที่พัฒนาสังคมจังหวัด

เมื่อวิเคราะห์สภาพโดยทั่วไป พบว่า คนพิการทางการมองเห็น มีศักยภาพและความพร้อมในการการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ทั้งในด้านสถานพยาบาลที่ดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การมีโรงเรียนเฉพาะทางสอนคนตาบอด การมีมูลนิธิเอกชนช่วยฝึกอบรมการประกอบอาชีพที่เหมาะสมแก่คนพิการทางการมองเห็น รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายการจ้างงานคนพิการมาตรา 33, 35 มีปัญหาเล็กน้อยในด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและการสนับสนุนจากภาครัฐและการปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการส่งเสริมและสนับสนุนในบางปัจจัย เช่น การจัดบ้าน สภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิต (Universal Design) และในส่วนของคนพิการทางการมองเห็นที่สูงอายุ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ด้วยข้อจำกัดความพิการที่รุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนของระบบอื่นเช่น ตาบอดและพิการเคลื่อนไหวร่วมด้วย

และพบว่า ส่วนใหญ่องค์กรคนพิการจะมีการจัดตั้งขึ้นตามความเชี่ยวชาญและความสนใจของกลุ่มคนพิการนั้น มีการจัดกิจกรรมเสริมพลังที่หลากหลายรูปแบบทั้งการฝึกอาชีพอิสระ เช่น การนวดแผนโบราณ การทำงานประดิษฐ์ หรือมีการจัดการศึกษาพิเศษสำหรับคนตาบอด ซึ่งในโรงเรียนจะมีการฝึกทักษะที่จำเป็นต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การเรียนพื้นฐานด้วยอักษรเบรลล์

การฝึกทักษะไม้เท้าขาว การใช้คอมพิวเตอร์ โดยสังเกตพบว่าโรงเรียนเฉพาะทางจะเหมาะสมกับคนที่มีความพิการตั้งแต่เกิด ในขณะที่คนที่มีความพิการภายหลัง อาจจะตาเลือนรางหรือตาบอด ค่อนข้างใช้เวลามากปรับสภาพจิตใจ และทักษะต่าง ๆ ก่อนที่จะออกมาใช้ชีวิตแบบอิสระ ต้องผ่านกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษาเฉพาะ การเข้าสังคม และการประกอบอาชีพ และคนพิการทางการมองเห็นส่วนใหญ่มักจะห่างเหินกับวงการฟื้นฟูทางการแพทย์ หรือไม่ได้ไปโรงพยาบาล ด้วยความคิดว่าหมอไม่สามารถช่วยเรื่องการมองเห็นให้กลับมาได้ จึงไม่มีความจำเป็นต้องไปพบแพทย์อีก แต่คนพิการที่เข้าใจโรคและผ่านการปรับสภาพจิตใจมาพอสมควรแล้ว จะเข้าใจว่าทำไมยังต้องดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ ต้องการความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย และพบว่าสื่อสังคมส่วนใหญ่ ที่คนพิการทางการมองเห็นเข้าถึง เช่น Line, Facebook จะเผยแพร่ข่าวสารแบบส่งต่อกันในกลุ่มเพื่อน หรือให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นทักษะการเลือกใช้สื่อสังคม หรือความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงเป็นอีกประเด็นที่ต้องฝึกฝน ซึ่งควรเป็นบทบาทของนักวิชาการหรือองค์กรด้านสุขภาพ ควรปรับปรุงมาตรฐานการเข้าถึงสื่อที่เหมาะสมสำหรับคนพิการแต่ละประเภท เช่น วิดีโอที่มีคำบรรยายเสียง หรือการติดตั้งโปรแกรมอ่านจอภาพในโทรศัพท์สำหรับคนตาบอด เป็นต้น

เงื่อนไขของการใช้รูปแบบ “MIND Model” รูปแบบนี้เป็นเพียงแบบจำลอง ซึ่งต้องนำไปจัดทำเป็นแผนกลยุทธ์ (Strategic Plan) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

3. การรับรองโดยการตรวจสอบ ร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

จากร่างการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก MIND Model เป็นรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องตรงของเนื้อหา (Content Analysis) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน แล้วสร้างแบบประเมินรูปแบบฯ ส่งแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประเมิน ซึ่งมีรายละเอียดของผลการประเมิน ดังนี้

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นต่อรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

(n = 5)

องค์ประกอบของรูปแบบ	ระดับความคิดเห็น			
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1. M = Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสังคม)				
1.1 ท่านสามารถดูแลจัดการปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้	4.60	.58	มากที่สุด	2
1.2 ท่านมีวิธีการผ่อนคลาย ต่อความเครียดความไม่สบายใจ	4.62	.68	มากที่สุด	1
1.3 ความยินดีที่จะบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตของท่าน	4.00	.70	มาก	4
1.4 ท่านรู้สึกว่าครอบครัว คนใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการใช้ชีวิตที่เป็นอิสระ แม้ว่าจะพิการทางการมองเห็น	4.60	.54	มากที่สุด	2
1.5 ท่านคิดว่ามีพลังความรู้ ทักษะที่สามารถนำไปช่วยเหลือสังคมหรือถ่ายทอดแก่คนอื่น	4.40	.58	มาก	3
รวม	4.44	.21	มาก	1
2. I: Intervention วิธีการ แผนการฟื้นฟู				
2.1 ท่านให้ความสำคัญในการไปตรวจสุขภาพกาย ตา เป็นประจำทุกปี	4.40	.54	มาก	2
2.2 ท่านได้รับอุปกรณ์ เช่น Visual aids หรือไม้เท้าขาว หรือมีผู้ช่วยนำทางเมื่อไปในสถานที่ไม่คุ้นเคย	5.00	.00	มากที่สุด	1
2.3 ท่านได้รับคำแนะนำในการจัดสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อความพิการ คำนึงถึง universal design	4.20	.44	มาก	3
2.4 ท่านได้รับการฝึกฝนทักษะ ADL, O&M เพื่อใช้ชีวิตตามอิสระ	5.00	.00	มากที่สุด	1
2.5 ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกในการใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น จัดช่องทางพิเศษแก่คนพิการ	4.20	.44	มาก	3
รวม	4.56	.44	ปานกลาง	4
3. N = Network (เครือข่าย)				
3.1 ท่านสามารถเข้าไปรับบริการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตคนพิการ เช่น การฝึกการใช้คอมพิวเตอร์ IT ที่จัดการโดยเครือข่ายคนพิการ	4.40	.54	มาก	2
3.2 เครือข่ายคนพิการ มีการจัดกิจกรรมโครงการที่ท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม เช่นการประชุมศิษย์เก่า ประชุมสมาชิกประจำปี	5.00	.00	มากที่สุด	1

องค์ประกอบของรูปแบบ	ระดับความคิดเห็น			
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
3.3 ท่านมีส่วนร่วมในบริการสังคม เช่นการได้รับเชิญเป็นวิทยากรในชุมชน	4.20	.44	มาก	3
3.4 ท่านมีโอกาสได้แบ่งปันความรู้ ทั้งการดูแลสุขภาพการประกอบอาชีพ ให้กับเครือข่ายทั้งคนทั่วไปและคนพิการ	5.00	.00	มากที่สุด	1
3.5 เครือข่ายคนพิการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทาง Social media	4.40	.54	มาก	2
รวม	4.60	.45	มาก	3
4. D : Disability ความพิการ				
4.1 ท่านรู้ว่าโรคตาของท่านเกิดจากสาเหตุอะไร ไม่ได้คิดว่าเป็นเวรกรรม	4.40	.54	มาก	2
4.2 ท่านรับทราบแผนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการ และปฏิบัติตามแผน	5.00	.00	มากที่สุด	1
4.3 ท่านให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่นการกิน การออกกำลังกาย การนอน การผ่อนคลาย	4.20	.44	มาก	3
4.4 ท่านให้ความสำคัญต่อการไปพบแพทย์ตามนัด กรณีมีโรคประจำตัว	5.00	.00	มากที่สุด	1
4.5 ท่านทราบวิธีในการดูแลตนเองป้องกันโรคในสถานการณ์โควิด-19	4.20	.44	มาก	3
รวม	4.56	.35	มาก	2
รวมทั้งหมด	4.54	.78	มาก	

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.54$, S.D. = .78) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ N = Network (เครือข่าย) ($\bar{x} = 4.60$, S.D. = .45) รองลงมาด้าน Disability (ความพิการและโรค) ($\bar{x} = 4.56$, S.D. = .35) และด้าน Intervention (วิธีการ แผนการรักษาฟื้นฟู) ($\bar{x} = 4.56$, S.D. = .44) ด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองและสังคม) ($\bar{x} = 4.44$, S.D. = .21) สามารถพิจารณาเป็นรายด้านได้ดังนี้ตามลำดับ

ด้าน M = Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสังคม) ($\bar{x} = 4.44$, S.D. = .21) ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ข้อ 1.1 ท่านสามารถดูแลจัดการปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้ ($\bar{x} = 4.60$, S.D. = .58) ข้อ 1.2 ท่านมีวิธีการผ่อนคลาย ต่อความเครียดความไม่สบายใจ ($\bar{x} = 4.62$, S.D. = .68) ข้อ 1.4 ท่านรู้สึกว่าครอบครัวคนใกล้ชิดมีส่วนในการสนับสนุนการใช้ชีวิตที่เป็นอิสระ แม้ว่าจะพิการทางการมองเห็น ($\bar{x} = 4.60$, S.D. = .54) และข้อที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 1.3 ความยินดีที่จะบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตของท่าน ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = .70) และข้อ 1.5 ท่านคิดว่ามีพลังความรู้ ทักษะที่สามารถนำไปช่วยเหลือสังคมหรือถ่ายทอดแก่คนอื่น ($\bar{x} = 4.40$, S.D. = .58)

ด้าน I: Intervention วิธีการ แผนการฟื้นฟู ($\bar{x} = 4.56$, S.D. = .44) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ข้อ 2.2 ท่านได้รับอุปกรณ์ เช่น Visual aids หรือไม้เท้าขาว หรือมีผู้ช่วยนำทางเมื่อไปในสถานที่ไม่คุ้นเคย ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = .00) และข้อ 2.4 ท่านได้รับการฝึกฝนทักษะ ADL, O&M เพื่อใช้ชีวิตตามอิสระ ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = .00) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาข้อที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 2.1 ท่านให้ความสำคัญในการไปตรวจสุขภาพกาย ตา เป็นประจำทุกปี และน้อยที่สุดได้แก่ ข้อ 2.3 ท่านได้รับคำแนะนำในการจัดสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อความพิการ คำนึงถึง universal design ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .44) และข้อ 2.5 ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกในการใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น จัดช่องทางพิเศษแก่คนพิการ ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .44) ตามลำดับ

ด้าน N = Network (เครือข่าย) ภาพรวม ($\bar{x} = 4.60$, S.D. = .45) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 3.2 เครือข่ายคนพิการ มีการจัดกิจกรรมโครงการที่ท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม เช่นการประชุมศิษย์เก่า ประชุมสมาชิกประจำปี ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = .00) และข้อ 3.4 ท่านมีโอกาสได้แบ่งปันความรู้ ทั้งการดูแลสุขภาพการประกอบอาชีพ ให้กับเครือข่ายทั้งคนทั่วไปและคนพิการ ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = .00) รองลงมาข้อที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 3.1 ท่านสามารถเข้าไปรับบริการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตคนพิการ เช่น การฝึกการใช้คอมพิวเตอร์ IT ที่จัดการโดยเครือข่ายคนพิการ ($\bar{x} = 4.40$, S.D. = .54) ข้อ 3.5 เครือข่ายคนพิการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทาง Social media ($\bar{x} = 4.40$, S.D. = .54) ตามลำดับ และข้อที่น้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 3.3 ท่านมีส่วนร่วมในบริการสังคม เช่นการได้รับเชิญเป็นวิทยากรในชุมชน ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .44)

ด้าน D : Disability ความพิการและโรค ภาพรวม ($\bar{x} = 4.56$, S.D. = .35) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4.2 ท่านรับทราบแผนการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการ และปฏิบัติตามแผน ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = .00) และข้อ 4.4 ท่านให้

ความสำคัญต่อการไปพบแพทย์ตามนัด กรณีมีโรคประจำตัว ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = .00) รองลงมาข้อที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 4.1 ท่านรู้ว่าโรคตาของท่านเกิดจากสาเหตุอะไร ไม่ได้คิดว่าเป็นเวรกรรม ($\bar{x} = 4.40$, S.D. = .54) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 4.3 ท่านให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่นการกิน การออกกำลังกาย การนอน การผ่อนคลาย และข้อ 4.5 ท่านทราบวิธีในการดูแลตนเองป้องกันโรคในสถานการณ์โควิด ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .44)

ตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ คนตาบอดที่ผ่านการฝึกอาชีพแล้ว กำหนดขั้นตอนการดำเนินการทดลองดังนี้ การอบรมความรู้ ขอนำเสนอในแต่ละประเด็น ดังนี้

1. การจัดอบรมความรู้ เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

จากข้อมูลพื้นฐาน ด้วยการวิเคราะห์ สถิติและข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามผู้วิจัยได้วิเคราะห์ส่วนขาดและนำผลมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อขับเคลื่อน การจัดเวทีการจัดการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ผู้เกี่ยวข้อง ในวันอังคาร ที่ 9 พฤศจิกายน 2564 เวลา 9.00-15.00 น. ณ สำนักงานสมาคมศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน จังหวัดนครปฐม สำหรับเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม แบบประเมินผลหลังการอบรม สำหรับกลุ่มเป้าหมายในการอบรม ประกอบด้วย คนพิการทางการมองเห็นทั้งหมด ก่อนการอบรมให้ผู้รับการอบรมจัดทำแบบทดสอบก่อนการอบรม (Pre-test) และหลังเสร็จสิ้นการอบรมให้ผู้เข้ารับการอบรมจัดทำแบบทดสอบหลังการอบรม (Post-test) และประเมินผลหลังการอบรม

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินการประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. การกำหนดเป้าหมาย

การกำหนดเป้าหมายในการจัดการอบรมเป็นขั้นตอนที่สำคัญ และเป็นขั้นตอนแรกของการอบรม เนื่องจากผู้วิจัย ได้ร่วมจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับคนพิการทางการมองเห็นในพื้นที่มาเป็นเวลาต่อเนื่อง จึงมีสายสัมพันธ์ที่ดีในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่นเดียวกับการจัดการอบรมครั้งนี้ สอดคล้องกับช่วงเวลาที่จะมีการประชุมประจำปีของสมาคมศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน ซึ่งทางสมาคมฯ ได้ปรึกษากับผู้วิจัย ว่ามีประเด็นที่ต้องการจะสื่อสารใด ๆ กับพิการบ้าง แม้ว่า จะเป็นช่วงที่ยังอยู่ในการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ทางสมาคมฯ ยินดีที่จะสนับสนุนการจัดการอบรม

2. วางแผน กำหนดกิจกรรม ขั้นตอน

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการวางแผน และกำหนดกิจกรรม หรือขั้นตอนการดำเนินงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เลขานุการสมาคมฯ ผู้วิจัย โดยใช้การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ และไลน์ มีประเด็นในการประชุมแผนการดำเนินงาน อันได้แก่ การกำหนดกิจกรรม ขั้นตอนการทำงาน การกำหนดผู้รับผิดชอบ การกำหนดระยะเวลา การกำหนดสถานที่ และการกำหนดงบประมาณ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นช่วงของการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ทางสมาชิกของสมาคมฯ จะเป็นผู้ประสานงานหลักในพื้นที่ โดยรายงานให้ผู้วิจัยได้ทราบและช่วยประสานสิ่งที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การตรวจ ATK ก่อนเข้าห้องอบรม จนในที่สุดได้กำหนดจัดการอบรม ในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 เวลา 9.00-15.00 น.

3. เรียนรู้ ทำความเข้าใจ

ขั้นตอนนี้ คือ การเรียนรู้และทำความเข้าใจร่วมกัน เนื่องจากการอบรมนอกสถานที่ของผู้วิจัย และผู้เข้าอบรมทุกคนเป็นคนตาบอด มีผู้ช่วยอบรม 2 ท่านที่สายตาทาบอด ดังนั้นในช่วงแรกของการพบปะจึงเป็นการให้ทุกคนแนะนำตัว เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้

4. ปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้

ในขั้นตอนนี้เป็นการให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ปฏิบัติตามกิจกรรม คือ การทำแบบทดสอบ Pre test ด้วยข้อจำกัดของผู้เข้าอบรม จึงใช้วิธีการอ่านข้อคำถามแล้วให้ยกมือตอบ และเริ่มการอบรมโดยให้แต่ละคนบอกเล่าประสบการณ์ที่ได้ประสบมาในการสิทธิคนพิการ เริ่มจาก การใช้สิทธิรักษาที่เรียกว่า สิทธิ ท 74 การได้รับสิทธิอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ การได้รับสิทธิจ้างงานมาตรา 33, 35 โดยผู้วิจัยจะช่วยเสริมเติมเต็มให้ในกรณีที่เข้าใจไม่ถูกต้อง

5. ประเมิน และเสนอแนวทางการพัฒนา

ในขั้นตอนนี้สุดท้ายของการรวมกลุ่มอบรม ควรมีประกาศสรุป ประเมินและร่วมกันหาแนวทางการพัฒนากลุ่มคนพิการทางการมองเห็น ซึ่งการดำเนินงานที่จะสร้างความยั่งยืนให้เกิดขึ้นได้ในภายในกลุ่ม จะต้องมีการมีการสร้างเครือข่าย ขยายผลไปยังเครือข่ายพื้นที่อื่น ๆ ด้วย

2. การเปรียบเทียบความรู้การอบรมก่อนและหลังการอบรม

การเปรียบเทียบความรู้การอบรมก่อนและหลังการอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ก่อนการอบรมให้ผู้รับการอบรมจัดทำแบบทดสอบก่อนการอบรม (Pre-test) และหลังเสร็จสิ้นการอบรมให้ผู้เข้ารับการอบรมจัดทำแบบทดสอบหลังการอบรม (Post-test) ดังตารางที่

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความรู้การอบรมก่อนและหลังการอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

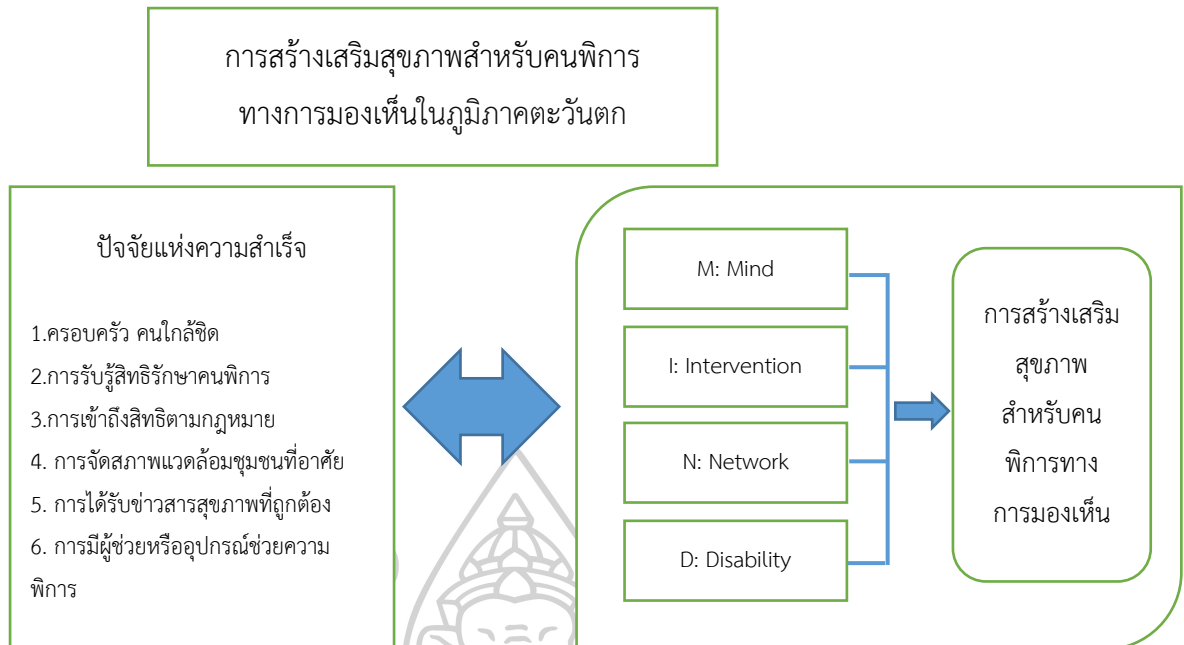
การทดสอบ	n	คะแนนเต็ม	\bar{X}	S.D.	ร้อยละ	การแปลผล	df	t	Sig
ก่อนการอบรม	30	15	10.72	1.002	71.47	ปานกลาง	29	18.246*	.000
หลังการอบรม	30	15	13.14	0.765	87.60	มาก			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนก่อนการอบรม (Pre-test) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.72$, S.D. = 1.002) (71.47 %) และหลังการอบรมได้ทดสอบหลังการอบรม (Post-test) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 13.14$, S.D. = .765) (87.60 %) จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนการอบรมและหลังการอบรมด้วย t-test แบบ dependent ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า เมื่อทดสอบสถิติที่ พบว่า $t = 18.246$, Sig = 0.00 แสดงให้เห็นว่าคะแนนก่อนการและหลังการอบรมเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการสัมมนาของกลุ่มการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

การดำเนินการวิจัยที่ได้ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก หลังจากได้มีการศึกษาเบื้องต้น (Pilot Study) และประสานการเรียนรู้กับชุมชนคนพิการมาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ผู้วิจัยจึงได้ทำการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ดูแลสุขภาพคนพิการทางการมองเห็น โดยเชิญผู้เกี่ยวข้องและสนใจพัฒนาเครือข่าย ทั้งหน่วยงานรัฐ และเอกชน สถาบันวิชาการ มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่ กลุ่มคนพิการทางการมองเห็นที่ผ่านการฝึกอาชีพแล้ว สมาชิกศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 30 คน ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบในการถอดบทเรียน เพื่อให้เห็นบทเรียนในรูปแบบๆ ดังนี้



ภาพที่ 8 ปัจจัยสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพหลังถอดบทเรียน

จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก “MIND Model” เมื่อ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 เวลา 9.00-15.00 น. ณ สมาคมศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน เป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพคนพิการทางการมองเห็น เกิดจากการร่วมมือจากหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน ทำให้เห็นโอกาสของการพัฒนาองค์ความรู้ที่มีอยู่ในทุกภาคส่วน และสามารถนำไปขยายผลหรือประยุกต์ใช้ตามบริบทในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป ดังมีรายละเอียดย่อต่อไปนี้

M = Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองและสังคม)

การรับรู้ภายในตนเอง เข้าใจความเป็นจริง ศักยภาพและความต้องการของตนเอง เข้าใจการเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอนของสภาพแวดล้อมและผู้คนสังคม สามารถบริหารจัดการอารมณ์ ความรู้สึกทั้งในแง่บวก ลบ ที่เกิดขึ้นเป็นไปตามชาติและควบคุมความต้องการได้ เพื่อดำรงความเป็นตนเองอย่างมีคุณค่า ไม่สร้างความลำบากหรือไม่สบายใจแก่ตนเองและคนรอบข้าง

“คนพิการทางการมองเห็น มีความแตกต่างกัน อาจแบ่งได้ 2 คือ ตาบอดตั้งแต่เกิด และตาบอดภายหลัง ปัญหาของคนตาบอดตั้งแต่เกิด คือ การยอมรับละทำใจของพ่อแม่ และให้การสนับสนุนแม้ว่าจะมีลูกพิการ ส่วนคนตาบอดภายหลัง เจ้าตัวมักทำใจไม่ได้ จะคิดสั้นอยากฆ่าตัวตาย คนในครอบครัวจึงต้องคอยหมั่นสังเกตระวัง และให้กำลังใจ”ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1

“สมัยก่อนไม่ว่าจะความพิการประเภทไหนก็ล้วนไม่เป็นที่ปรารถนาของคน คนถูกปลุกฝังและทำให้เชื่อว่าความพิการคือผลกรรมจากชาติปางก่อน ถ้าไม่ยอมพิการก็ต้องทำบุญเยอะ ๆ หรือมองว่าใครที่เกิดมาพิการนั้นทำบาปกรรมไว้มากจนไม่มีความดีเหลือเลย พอเชื่อเช่นนี้ คนก็ไม่อยากมีคนพิการอยู่ในบ้าน แม้ว่าทุกวันนี้ทัศนคติแบบนี้จะค่อย ๆ คลี่คลาย ไม่ชัดเจนเหมือนสมัยก่อน แต่การยกเรื่องบาปกรรมมาอ้างก็ยังคงมีอยู่จนทำให้คนพิการถูกมองด้วยความเวทนาสงสาร ”ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2

" ผอ.โรงเรียนบอกว่า ไม่รับคนพิการ ก็เข้าใจนะว่าไม่รู้เหมือนกันว่าเขาจะสอนยังไง แต่เด็กคนหนึ่งอายุ 11-12 ขวบ ก็รู้สึกว่ เราจะไม่ได้เรียนหนังสือต่อหรอก เลยรวบรวมความกล้าทั้งหมด ขึ้นไปคุยกับ ผอ. บอกครุคะหนูอยากเรียนจริง ๆ รับหนูไว้เถอะ ไม่ต้องสอนหนูแบบ คนตาบอดก็ได้ สอนหนูเหมือนกับว่าเป็นคน ๆ หนึ่ง เป็นเด็กทั่ว ๆ ไปเดี๋ยวหนูเรียนเอง"ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3

“ คนมองภาวะตาบอดด้วยความกลัว ทั้งที่อาจไม่เคยคุยกับคนตาบอดเลย ความไม่รู้และความกลัวนำไปสู่ข้อสรุปที่ว่า เมื่อตาบอดแล้วคงทำอะไรไม่ได้ มองว่าคนตาบอดมีชีวิตที่ลำบาก พอเห็นคนตาบอดทำอะไรเองได้ก็บอกว่าคนนี้เก่ง แม่เก่งเทพ เป็นซูเปอร์ฮีโร่ โดยลืมไปเลยว่าก่อนที่เขาจะเก่งหรือว่าอยู่ในจุดที่เราเห็นนั้นเขาผ่านอะไรมาบ้าง”ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 4

จากการวิเคราะห์บทสัมภาษณ์ โดยสรุปพบว่า คนพิการที่ผ่านการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะต่าง ๆ จะมีความเข้มแข็งทั้งทางจิตใจและการใช้ชีวิตในสังคม พยายามหาเลี้ยงชีพตนเองโดยอิสระ แต่คนในสังคมยังมองเรื่องความพิการเป็นความน่าสงสารต้องสงเคราะห์ หรือด้อยศักยภาพ

1. I= Intervention (กิจกรรม แผนการรักษาฟื้นฟู)

สิ่งที่ให้กับประชากร ยา วิธีการรักษา วิธีการผ่าตัด โปรแกรมต่าง ๆ ระบบงานใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป เริ่มตั้งแต่การให้การรักษาดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ การฝึกทักษะให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน (Active Daily Living: ADL) การฝึกทักษะการใช้ไม้เท้าขาว หรือทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม (Orientation and Mobility : O&M) การฝึกทักษะการประกอบอาชีพ การจัดกิจกรรมโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการร่วมกับชุมชน

"เราชวนขายเองมาตลอด ไม่มีหนังสือเรียนอักษรเบรลล์ อยากรเรียนมหาวิทยาลัยก็ใช้วิธีการให้เพื่อนอ่านหนังสือ อัดเสียง หรือว่าเวลาครูสอนในชั้น ก็จะจดเป็นอักษรเบรลล์สำหรับคนตาบอด หรือไม่ก็ใช้คอมพิวเตอร์พิมพ์"ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5

"ตอนไปสัมภาษณ์งานที่บริษัทแห่งหนึ่ง เขาถามเชิงว่าเราจะทำอะไรให้เขาได้ เห็นว่าเราไม่มีความสามารถในการทำงาน เหมือนโดนดูถูกและตัดลิ้นไปแล้วว่าเราไม่มีความสามารถ จริงอยู่ที่ด้วยข้อจำกัดทางการมองเห็นเราอาจจะทำงานบางประเภท เช่น งานเอกสารไม่ได้ แต่งานที่ทำผ่านคอมพิวเตอร์และมีเสียงให้ฟังเราสามารถทำได้ พอเจอคำพูดแบบนี้ยิ่งทำให้เราอยากพิสูจน์ความสามารถให้เขาเห็นว่าเรามีศักยภาพมากแค่ไหน"ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6

"ผมเคยเจอพระมาบอกว่า 'โยม อาตมาให้เงินนะ แล้วยืนหรือยูลิบมาให้ ผมต้องตอบไปว่า 'ผมไม่ได้ต้องการเงิน แต่ต้องการคนพาขึ้นรถเมล์เฉย ๆ ' "ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 7

จากการวิเคราะห์บทสัมภาษณ์ โดยสรุปพบว่า คนพิการจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูทักษะต่างที่จำเป็นในการใช้ชีวิต เช่น การเรียนหนังสือ การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน การฝึกทักษะการใช้ไม้เท้าขาว หรือทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อม การฝึกทักษะการประกอบอาชีพ

2. N = Network (เครือข่าย)

การเชื่อมโยงเอาความพยายามและการดำเนินงานของฝ่ายต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและอย่างเป็นรูปธรรม เช่นการจัดกิจกรรมโครงการในชุมชน โดยเชิญเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญในประเด็นที่สนใจ มาร่วมจัดทำโครงการหรือกิจกรรมใด ๆ

"เรามักเจอคำถามว่า 'จะทำได้หรือ?' เวลาเข้าไปมีส่วนร่วมกับงานหรือกิจกรรม คำถามแบบนี้เหมือนเป็นการตัดโอกาสในการแสดงศักยภาพของเราไปเลยทั้ง ๆ ที่เราก็อยากมีส่วนช่วยและอยากแสดงความสามารถของเราให้คนอื่นได้รับรู้ ถ้าเราทำไม่ได้คงไม่เอาตัวเองไปอยู่ที่นั่นตั้งแต่แรกอยู่แล้ว"ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 8

"รู้สึกดีใจ ที่ได้มาร่วมกิจกรรมแบบนี้ ทำให้คนพิการได้รู้จักคนปกติมากขึ้น กล้าออกมา ส่วนคนทั่วไปก็เอาใจคนพิการมากขึ้น หากมีอะไรที่จะช่วยเหลือสนับสนุนกันอย่าเกรงใจ "ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 9

“ สมาคมฯ มีการจัดกิจกรรมพบปะสมาชิกเป็นประจำ นอกจากช่วยได้ถามสารทุกข์แล้ว ยังช่วยประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่สนับสนุนสิทธิคนพิการ เช่น การจ้างงาน มาตรา 33, 35 ที่เราจะทำร่วมกับกรมการจัดหางาน และบริษัท ”ผู้ให้ข้อมูล ท่านที่ 10

จากการวิเคราะห์บทสัมภาษณ์ โดยสรุปพบว่า คนพิการที่ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกขององค์กรคนพิการ หรือเข้าร่วมโครงการในชุมชน จะได้รับข้อมูลข่าวสารสิทธิคนพิการ รวมถึงเข้ารับการอบรมการฟื้นฟูทักษะต่างที่จำเป็นในการใช้ชีวิต ทำให้กล้าแสดงออก และแสดงศักยภาพมากขึ้น บางคนเป็นวิทยากรแนะนำการฝึกอาชีพ การใช้สื่อ Social media

3. D= Disability/ Diseases (ความพิการและโรค)

ความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลดลง อันเนื่องมาจากความบกพร่องทางร่างกาย เช่น Disability เป็นความพิการที่สามารถวัดได้ เช่น ตาบอดไม่สามารถอ่านหนังสือแบบที่คนตาดีทั่วไปอ่านได้ บางกิจกรรมต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการ (Personal Assistant) เช่นการมีผู้ช่วยนำทาง หรือการจัดอุปกรณ์ช่วยความพิการ (Assistive Technology) เช่น Visual aids เป็นต้น

“ตาบอดแล้ว ยังต้องไปหาหม้ออีกทีหรือคะ ก็ยังต้องมาคะ เพื่อให้หม้อ ตาตรวจประเมินว่าโรคที่เป็นจะไม่ลุกลาม เพราะบางโรคยังสร้างความเจ็บปวดได้ เช่น ต้อหิน”ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 10

“พี่ตาบอด จากเบาหวานขึ้นตา แต่ก็ต้องมาหาหม้อทุกสามเดือน รับประทานยาเบาหวานเพื่อควบคุมอาการ”ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 11

จากการวิเคราะห์บทสัมภาษณ์ โดยสรุปพบว่า คนพิการมักคิดว่าเมื่อตาบอดแล้วไม่ต้องพบแพทย์ ไม่มีทางรักษา แต่ความจริงยังต้องมาพบจักษุแพทย์ และแพทย์ประจำตัว เพื่อควบคุมอาการอื่น ๆ และโรคประจำตัวที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวานขึ้นตา อาจแทรกซ้อนไปที่หัวใจ และไต

โดยสรุป “MIND Model” มีรูปแบบการใช้งานที่ผสมผสานระหว่าง Mind ความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของคนพิการที่มีต่อโรคและสังคม เมื่อเข้าใจโรค จะสามารถเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ Intervention และส่งต่อไปฟื้นฟูร่วมกับเครือข่ายในชุมชน Network เช่นการศึกษา การประกอบอาชีพ และในที่สุดยังต้องทบทวนถึงภาวะความพิการที่มีอยู่ และอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมได้ Disability ทำให้คนพิการมีการตระหนักรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

ตารางที่ 12 การประเมินผลการจัดอบรมการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการ
ทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

(n=30)

ลักษณะของกลุ่มที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	10	33.00
หญิง	20	67.00
รวม	30	100.00
2. อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	1	3.00
20-30 ปี	3	10.00
40-50 ปี	14	47.00
51- 60 ปี	10	33.00
60 ปีขึ้นไป	2	
รวม	30	100.00
3. สถานภาพ		
โสด	5	17.00
สมรส	18	60.00
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	7	23.00
รวม	30	100.00
4. การศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	9	30.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	53.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช./ปวส.	4	13.00
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	1	3.00
รวม	30	100.00

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 67.00 มีอายุช่วง 40-50 ปี มากที่สุดจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 47.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.00

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของผู้รับการอบรมการพัฒนาารูปแบบ
การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

(n = 30)

ที่	ประเด็น	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ ที่
1	ด้านความรู้				
	1.1 คนพิการทางการมองเห็นได้เรียนรู้สิทธิอื่น ๆ สิทธิการรักษาพยาบาลของคนพิการ จากสื่อต่าง ๆ	3.00	.87	ปานกลาง	5
	1.2 มีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างคนคนพิการทางการมองเห็น	3.53	1.04	มาก	3
	1.3 คนพิการทางการมองเห็นรับรู้เรื่องโรคตาที่ทำให้สายตาคือ	3.63	.99	มาก	1
	1.4 คนพิการทางการมองเห็นรับรู้โรคทางกายและภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว	3.60	.89	มาก	2
	1.5 คนพิการทางการมองเห็นรับรู้เรื่องแผนการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เช่นการมี visual aids, การฝึกทักษะ ADL	3.30	.91	ปานกลาง	4
	รวม	3.41	.87	ปานกลาง	4
2	ด้านกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้				
	2.1 การไปตรวจสุขภาพกาย ตา เป็นประจำทุกปี	3.53	.93	มาก	1
	2.2 ได้รับอุปกรณ์ เช่น Visual aids หรือไม้เท้าขาว หรือมีผู้ช่วยนำทางเมื่อไปในสถานที่ไม่คุ้นเคย	3.40	.08	ปานกลาง	2
	2.3 ได้รับคำแนะนำในการจัดสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อความพิการ คำนึงถึง universal design	3.27	.86	ปานกลาง	3
	2.4 ได้รับการฝึกฝนทักษะ ADL, O&M เพื่อใช้ชีวิตตามอิสระ	3.03	.76	ปานกลาง	4
	2.5 ได้รับการอำนวยความสะดวกในการใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น จัดช่องทางพิเศษแก่คนพิการ	3.27	.82	ปานกลาง	3
	รวม	3.30	.64	ปานกลาง	3
3	ด้านเครือข่ายและการมีส่วนร่วม				
	3.1 ท่านสามารถเข้าไปรับบริการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตคนพิการ เช่น การฝึกการใช้คอมพิวเตอร์ IT ที่จัดการโดยเครือข่ายคนพิการ	3.23	.81	ปานกลาง	3

ที่	ประเด็น	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	ลำดับ ที่
	3.2 เครือข่ายคนพิการ มีการจัดกิจกรรมโครงการที่ท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม เช่นการประชุมศิษย์เก่า ประชุมสมาชิกประจำปี	3.20	.76	ปานกลาง	4
	3.3 ท่านมีส่วนร่วมในบริการสังคม เช่นการได้รับเชิญเป็นวิทยากรในชุมชน	3.23	.85	ปานกลาง	3
	3.4 ท่านมีโอกาสได้แบ่งปันความรู้ ทั้งการดูแลสุขภาพการประกอบอาชีพ ให้กับเครือข่ายทุกคนทั่วไปและคนพิการ	3.53	.93	มาก	2
	3.5 เครือข่ายคนพิการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทาง Social media	3.60	.89	มาก	1
	รวม	3.56	.57	มาก	2
4	ด้านการนำไปใช้ประโยชน์				
	4.1 ท่านสามารถตัดสินใจเลือกรับสื่อสุขภาพ (สื่อชัวร์ไม่มั่ว) ในรูปแบบต่าง ๆ ทาง social media	3.40	.03	มาก	3
	4.2 ท่านปฏิบัติตามแผนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการทางการมองเห็น	3.27	.86	ปานกลาง	4
	4.3 ท่านให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่นการกิน การออกกำลังกาย การนอน การผ่อนคลาย	3.23	.85	ปานกลาง	5
	4.4 ท่านให้ความสำคัญต่อการไปพบแพทย์ตามนัด กรณีมีโรคประจำตัว	3.53	.93	มาก	2
	4.5 ท่านทราบวิธีในการดูแลตนเองป้องกันโรคในสถานการณ์โควิด	3.60	.89	มาก	1
	รวม	3.41	.65	ปานกลาง	1
	รวมทั้งหมด	3.37	.07	ปานกลาง	

จากตารางที่ 13 พบว่า ความคิดเห็นของผู้รับการอบรมการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.37, S.D. = .07$) อธิบายเป็นรายด้านได้ ดังนี้

ด้านความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.41, S.D. = .87$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 1.3 คนพิการทางการมองเห็นรับรู้เรื่องโรคคาที่ทำให้สายตาศีรษะพิการ ($\bar{x} = 3.63, S.D. = .99$) รองลงมาคือ 1.4 คนพิการทางการมองเห็นรับรู้โรคทางกายและภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว ($\bar{x} = 3.60, S.D. = .89$) ต่อมาคือ 1.2 มีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดูแลสุขภาพ

ร่วมกันระหว่างคนพิการทางการมองเห็น ($\bar{x} = 3.53, S.D. = .04$) 1.5 คนพิการทางการมองเห็นรับรู้เรื่องแผนการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เช่นการมี visual aids, การฝึกทักษะ ADL ($\bar{x} = 3.30, S.D. = .91$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 1.1 คนพิการทางการมองเห็นได้เรียนรู้สิทธิอื่น ๆ สิทธิการรักษาพยาบาลของคนพิการ จากสื่อต่าง ๆ ($\bar{x} = 3.00, S.D. = .87$)

ด้านกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.30, S.D. = .64$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 2.1 การไปตรวจสุขภาพกาย ตา เป็นประจำทุกปี ($\bar{x} = 3.53, S.D. = .93$) รองลงมาคือ 2.2 ได้รับอุปกรณ์ เช่น Visual aids หรือไม้เท้าขาว หรือมีผู้ช่วยนำทางเมื่อไปในสถานที่ไม่คุ้นเคย ($\bar{x} = 3.40, S.D. = .08$) ต่อมาคือ ได้รับคำแนะนำในการจัดสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อความพิการ คำนี้ถึง universal design ($\bar{x} = 3.27, S.D. = .86$) ได้รับการอำนวยความสะดวกในการใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น จัดช่องทางพิเศษแก่คนพิการ ($\bar{x} = 3.27, S.D. = .82$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 2.4 ได้รับการฝึกฝนทักษะ ADL, O&M เพื่อใช้ชีวิตตามอิสระ ($\bar{x} = 3.03, S.D. = .76$)

ด้านเครือข่ายและการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.56, S.D. = .57$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.5 เครือข่ายคนพิการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทาง Social media ($\bar{x} = 3.60, S.D. = .89$) รองลงมาคือ 3.4 ท่านมีโอกาสได้แบ่งปันความรู้ ทั้งการดูแลสุขภาพการประกอบอาชีพ ให้กับเครือข่ายทุกคนทั่วไปและคนพิการ ($\bar{x} = 3.53, S.D. = .93$) ต่อมาคือ 3.1 ท่านสามารถเข้าไปรับบริการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตคนพิการ เช่น การฝึกการใช้คอมพิวเตอร์ IT ที่จัดการโดยเครือข่ายคนพิการ ($\bar{x} = 3.23, S.D. = .85$) 3.3 ท่านมีส่วนร่วมในบริการสังคม เช่นการได้รับเชิญเป็นวิทยากรในชุมชน ($\bar{x} = 3.23, S.D. = .81$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 3.2 เครือข่ายคนพิการ มีการจัดกิจกรรมโครงการที่ท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม เช่นการประชุมศิษย์เก่า ประชุมสมาชิกประจำปี ($\bar{x} = 3.20, S.D. = .76$)

ด้านการนำไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.41, S.D. = .66$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.5 ท่านทราบวิธีในการดูแลตนเองป้องกันโรคในสถานการณ์โควิด ($\bar{x} = 3.60, S.D. = .89$) รองลงมา คือ 4.4 ท่านให้ความสำคัญต่อการไปพบแพทย์ตามนัด กรณีมีโรคประจำตัว ($\bar{x} = 3.53, S.D. = .93$) 4.1 ท่านสามารถตัดสินใจเลือกรับสื่อสุขภาพ (สื่อข่าวไม่มั่ว) ในรูปแบบต่าง ๆ ทาง social media ($\bar{x} = 3.40, S.D. = .00$) 4.2 ท่านปฏิบัติตามแผนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการทางการมองเห็น ($\bar{x} = 3.27, S.D. = .86$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 4.3 ท่านให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่นการกิน การออกกำลังกาย การนอน การผ่อนคลาย ($\bar{x} = 3.23, S.D. = .85$)

ตอนที่ 4 ผลการประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ในภูมิภาคตะวันตก

จากการดำเนินการวิจัย “MIND Model” ผู้วิจัยได้ประเมินผลและปรับปรุงด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก โดยติดตามผลการใช้งานรูปแบบฯ และถอดบทเรียนร่วมกับสมาชิกศิษย์เก่าของศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน รวมทั้งสิ้น 30 คน พบว่าความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมและประเมินผลรูปแบบโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.74$, S.D. .89)

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความพึงพอใจต่อรูปแบบ

(n = 30)

ประเด็นความพึงพอใจ	\bar{x}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ	ลำดับที่
1. ด้านการเสริมพลังต่อการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการมองเห็น				
1.1 สร้างความตระหนักให้คนพิการมองเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง	3.92	.88	มาก	1
1.2 มีกิจกรรมที่สะท้อนการเสริมสร้างสุขภาพของคนพิการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	3.48	.97	ปานกลาง	5
1.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สุขภาพและช่วยเหลือกันของคนพิการทางการมองเห็นและผู้ดูแล	3.87	.88	มาก	2
1.4 การให้คำปรึกษาและแนะนำจากเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ	3.82	.82	มาก	3
1.5 คนพิการสามารถถ่ายทอดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่สมาชิกคนพิการอื่น ๆ ได้	3.76	1.01	มาก	4
รวม	3.77	.62	ปานกลาง	2
2. ด้านกิจกรรมในการอบรมเชิงปฏิบัติการ				
2.1 ท่านมีความพึงพอใจที่มีส่วนร่วมการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้	3.95	.75	มาก	1
2.2 การอบรมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีความเข้าใจเนื้อหา และสามารถนำไปปฏิบัติเองได้ในชีวิตประจำวัน	3.86	.88	มาก	2
2.3 กิจกรรมในการอบรมสามารถนำไปสู่การพัฒนางานคนพิการด้านอื่น ๆ ได้	3.37	.85	ปานกลาง	5

ประเด็นความพึงพอใจ	\bar{x}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ	ลำดับที่
2.4 การอบรมในครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง	3.68	.81	มาก	4
2.5 การอบรมปฏิบัติการในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต	3.73	.86	มาก	3
รวม	3.79	.63	ปานกลาง	3
3. ด้านบรรยากาศจากการจัดประชุม				
3.1 มีการกระตุ้นให้ติดตามเนื้อหาความรู้ ความคิด เชื่อมโยงการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต	3.87	.76	มาก	2
3.2 การจัดประชุมในครั้งนี้ได้ลงมือปฏิบัติจริง โดยผู้เข้าอบรมได้มีส่วนร่วมเสนอแนะแนวทางดูแลสุขภาพซึ่งกับและกัน	3.79	.63	มาก	3
3.3 การจัดประชุมในครั้งนี้ใช้เวลาในการเรียนรู้น้อยลง	3.47	.76	ปานกลาง	4
3.4 การจัดประชุมในครั้งนี้ท่านสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง	3.92	.89	มาก	1
3.5 ช่วงระยะเวลาในการจัดประชุมมีความเหมาะสม	3.38	.76	ปานกลาง	5
รวม	3.69	.76	ปานกลาง	4
4. ด้านประโยชน์จากการจัดประชุม				
4.1 การประชุมในครั้งนี้ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น	3.81	.91	มาก	1
4.2 การประชุมในครั้งนี้สามารถคิดและแก้ไขปัญหาต่อไปได้เอง	3.75	.85	มาก	2
4.3 การประชุมได้รับความรู้จากการฟังและการปฏิบัติ	3.69	.76	มาก	3
รวม	3.75	.99	มาก	1
รวมทั้งหมด	3.74	.89	มาก	

จากตารางที่ 14 พบว่า ความพึงพอใจของผู้เข้าประชุมและประเมินผลรูปแบบ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.74$, S.D. .89) สามารถอธิบายเป็นรายด้านได้ดังนี้

ด้านประโยชน์จากการประชุมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.75$ S.D. .99) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การประชุมในครั้งนี้ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น ($\bar{x} = 3.81$, S.D. .91) รองลงมา คือ การประชุมในครั้งนี้สามารถคิดและแก้ไขปัญหา ($\bar{x} = 3.75$, S.D. .85) ต่อมา คือ การประชุมในครั้งนี้ได้รับความรู้จากการฟังและการปฏิบัติ ($\bar{x} = 3.69$, S.D. .76)

ด้านการเสริมพลังต่อการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการมองเห็น อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.77, S.D. .62$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สร้างความตระหนักให้คนพิการมองเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ($\bar{x} = 3.92, S.D. .88$) รองลงมา คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สุขภาพและช่วยเหลือกันของคนพิการทางการมองเห็นและผู้ดูแล ($\bar{x} = 3.87, S.D. .88$) ต่อมาคือ การให้คำปรึกษาและแนะนำจากเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{x} = 3.82, S.D. .89$) และ คนพิการสามารถถ่ายทอดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่สมาชิกคนพิการอื่น ๆ ได้ ($\bar{x} = 3.76, S.D. .01$) และมีกิจกรรมที่สะท้อนการเสริมสร้างสุขภาพของคนพิการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 3.48, S.D. .97$)

ด้านบรรยากาศในการประชุมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.69, S.D. .76$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การจัดประชุมในครั้งนี้ท่านสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 3.92, S.D. .89$) รองลงมาคือ มีการกระตุ้นให้ติดตามเนื้อหาความรู้ ความคิด เชื่อมโยงการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ($\bar{x} = 3.87, S.D. .76$) ต่อมา คือ การจัดประชุมในครั้งนี้ได้ลงมือปฏิบัติจริง โดยผู้เข้าประชุมได้มีส่วนร่วมเสนอแนะแนวทางดูแลสุขภาพซึ่งกับและกัน ($\bar{x} = 3.79, S.D. .76$) การประชุมในครั้งนี้ใช้เวลาในการเรียนรู้น้อยลง ($\bar{x} = 3.47, S.D. .76$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ช่วงระยะเวลาในการจัดประชุมมีความเหมาะสม ($\bar{x} = 3.38, S.D. .76$)

ด้านกิจกรรมจากการจัดประชุมครั้งนี้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.79, S.D. .63$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านมีความพึงพอใจที่มีส่วนร่วมการจัดประชุมในครั้งนี้ ($\bar{x} = 3.90, S.D. .63$) ต่อมาคือ การจัดประชุมในครั้งนี้มีความเข้าใจในเนื้อหาและสามารถนำไปปฏิบัติเองได้ในชีวิตประจำวัน ($\bar{x} = 3.80, S.D. .88$) การจัดประชุมครั้งนี้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ($\bar{x} = 3.73, S.D. .86$) การจัดประชุมในครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 3.68, S.D. .81$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ กิจกรรมในการประชุมสามารถนำไปสู่การพัฒนางานคนพิการด้านอื่น ๆ ได้ ($\bar{x} = 3.37, S.D. .85$)

4.2 ผลการถอดบทเรียนรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

จากการถอดบทเรียนการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก “MIND Model” เป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าไปประยุกต์ใช้ ในการการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก เกิดจากการร่วมมือจากหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคม และท้องถิ่น สามารถสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการ

ทางการมองเห็น มิใช่แต่เพียงด้านสุขภาพ แต่ยังหมายรวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ เช่น การเสริมพลังเครือข่ายคนพิการ การสร้างเสริมอาชีพอิสระ การส่งเสริมด้านการศึกษาต่อเนื่องหรือตลอดชีวิต การส่งเสริมการเข้าถึงเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่รัฐจัดสรร และพัฒนาศักยภาพตนเองได้อย่างเต็มที่ พบว่า

ด้าน M = Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสังคม) ($\bar{x} = 4.44$, S.D. = .21) ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อ 1.1 ท่านสามารถดูแลจัดการปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้ ($\bar{x} = 4.60$, S.D. = .58) ข้อ 1.2 ท่านมีวิธีการผ่อนคลาย ต่อความเครียดความไม่สบายใจ ($\bar{x} = 4.62$, S.D. = .68) ข้อ 1.4 ท่านรู้สึกว่าการคบครวคนใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการใช้ชีวิตที่เป็นอิสระ แม้ว่าจะพิการทางการมองเห็น ($\bar{x} = 4.60$, S.D. = .54) และข้อที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 1.3 ความยินดีที่จะบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตของท่าน ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = .70) และข้อ 1.5 ท่านคิดว่ามีพลังความรู้ ทักษะที่สามารถนำไปช่วยเหลือสังคมหรือถ่ายทอดแก่คนอื่น ($\bar{x} = 4.40$, S.D. = .58)

ด้าน I: Intervention วิธีการ แผนการฟื้นฟู ($\bar{x} = 3.18$, S.D. = .44) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อ 2.2 ท่านได้รับอุปกรณ์ เช่น Visual aids หรือไม้เท้าขาว หรือมีผู้ช่วยนำทางเมื่อไปในสถานที่ไม่คุ้นเคย ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = .00) และข้อ 2.4 ท่านได้รับการฝึกฝนทักษะ ADL, O&M เพื่อใช้ชีวิตตามอิสระ ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = .00) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาข้อที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 2.1 ท่านให้ความสำคัญในการไปตรวจสุขภาพกาย ตา เป็นประจำทุกปี และน้อยที่สุดได้แก่ ข้อ 2.3 ท่านได้รับคำแนะนำในการจัดสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อความพิการ คำนึงถึง universal design ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .44) และข้อ 2.5 ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกในการใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น จัดช่องทางพิเศษแก่คนพิการ ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .44) ตามลำดับ

ด้าน N = Network (เครือข่าย) ภาพรวม ($\bar{x} = 4.19$, S.D. = .45) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 3.2 เครือข่ายคนพิการ มีการจัดกิจกรรมโครงการที่ท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม เช่นการประชุมศิษย์เก่า ประชุมสมาชิกประจำปี ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = .00) และข้อ 3.4 ท่านมีโอกาสได้แบ่งปันความรู้ ทั้งการดูแลสุขภาพการประกอบอาชีพ ให้กับเครือข่ายทั้งคนทั่วไปและคนพิการ ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = .00) รองลงมาข้อที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 3.1 ท่านสามารถเข้าไปรับบริการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตคนพิการ เช่น การฝึกการใช้คอมพิวเตอร์ IT ที่จัดการโดยเครือข่ายคนพิการ ($\bar{x} = 4.40$, S.D. = .54) ข้อ 3.5 เครือข่ายคนพิการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทาง Social media ($\bar{x} = 4.40$, S.D. = .54) ตามลำดับ และข้อที่น้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 3.3 ท่านมีส่วนร่วมในบริการสังคม เช่นการได้รับเชิญเป็นวิทยากรในชุมชน ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .44)

ด้าน D : Disability ความพิการและโรค ภาพรวม ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .35) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4.2 4.2 ท่านรับทราบแผนการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการ และปฏิบัติตามแผน ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = .00) และข้อ 4.4 ท่านให้ความสำคัญต่อการไปพบแพทย์ตามนัด กรณีมีโรคประจำตัว ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = .00) รองลงมาข้อที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 4.1 ท่านรู้ว่าโรคตาของท่านเกิดจากสาเหตุอะไร ไม่ได้คิดว่าเป็นเวรกรรม ($\bar{x} = 4.40$, S.D. = .54) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 4.3 ท่านให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่นการกิน การออกกำลังกาย การนอน การผ่อนคลาย และข้อ 4.5 ท่านทราบวิธีการดูแลตนเองป้องกันโรคในสถานการณ์โควิด ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .44)

ผลการถอดบทเรียนรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก “MIND Model” เป็นโมเดลที่เกิดจากการพัฒนามาจากตัวแปรในด้านต่าง ๆ ของคนพิการทางการมองเห็น ที่ถอดบทเรียนมาจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับคนพิการ โดยผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า

“เห็นด้วยกับโมเดลนี้ ดูแล้วค่อนข้างครอบคลุม เป็นโมเดลที่สั้นและง่าย การใช้ประโยชน์จากความรู้มาเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานนั้นก็เพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในการพัฒนา ปรับปรุงเทคนิค กระบวนการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนำความรู้นั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด ”

ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 1

“โมเดลคนพิการทางการมองเห็น มีเป้าหมายค่อนข้างชัดเจน เหมาะที่จะนำไปใช้”

ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 2

“เห็นด้วยกับโมเดลนี้จะจะเป็นการบูรณาการที่ลงตัว”

ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 3

“ประสบการณ์ที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ การปฏิบัติงาน มีการนำประสบการณ์ ความพิการ การทำงานร่วมกับชุมชนคนพิการ มาใช้ในการพัฒนาโมเดลนับเป็นสิ่งที่ดี เห็นด้วยกับโมเดล”

ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 4

“MIND Model เป็นโมเดลที่มีทั้ง ความเข้าใจความเป็นโรคและโลก เข้าถึงหัวใจ
หัวใจของคนพิการ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคตาและโรคทางกาย กิจกรรมหรือแนวทางใหม่ ๆ
ที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพ การสร้างเครือข่ายทำงานในชุมชน คิดว่าเหมาะสมแล้วที่เป็นโมเดล”

ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 5

สรุปได้ว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก
“MIND Model” มีความสำคัญ

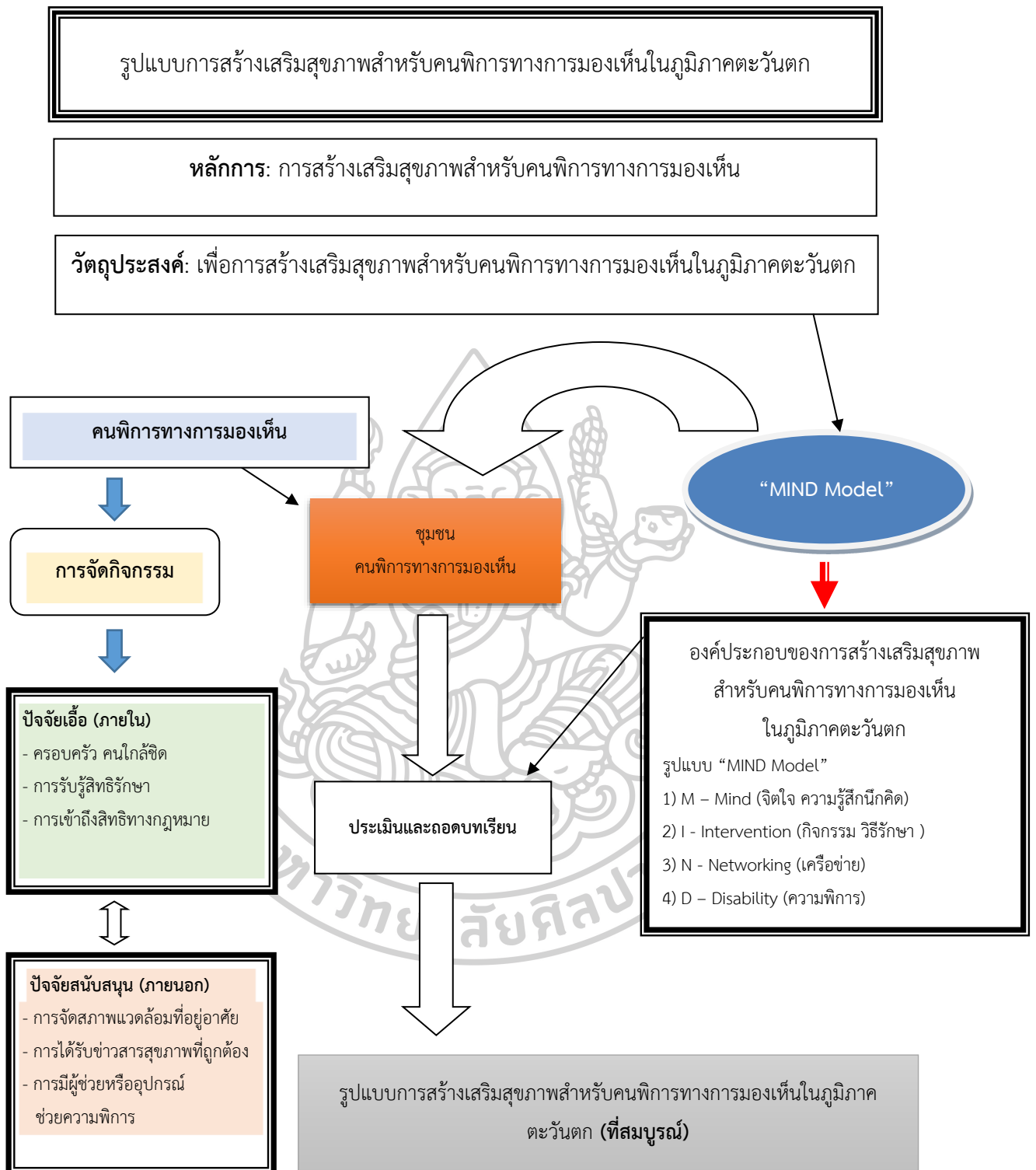
1. กระบวนการพัฒนา MIND Model เริ่มต้นจากการสำรวจความรู้สึกนึกคิดของตนเองต่อ
ความเข้าใจตนเองและสังคม ซึ่งถือเป็นแนวคิดและปรัชญาพื้นฐานของความดำรงอยู่อย่างเป็นปกติ
สำหรับคนทุกเพศทุกวัย ทุกสถานะ แม้นในยามปกติหรือเจ็บปวด Mind คือความคิด ความเชื่อมั่นใน
คุณค่า ในความสามารถของตนเอง จนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น
การเข้าถึงคุณค่าของตนเอง แม้บางครั้งด้วยความวุ่นวายทางจิตใจ ทำให้ไม่เห็นคุณค่าของตนเอง
จมอยู่ในกรอบความคิดเก่า ๆ การเข้าถึงคุณค่าของตนเองจะช่วยให้ มีความมั่นใจ รักตนเอง เชื่อมั่นว่า
ในความสามารถ มีพลังไฟก็สไปที่เป้าหมาย นั่นคือ มีความคิดที่เติบโตในทางบวก **เรียนรู้และพัฒนา
ตนเองอยู่เสมอ** มีความอดสาหะในการเรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ หมั่นคบหาผู้รู้ พี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์
หลีกเลี่ยงสื่อ เรื่องราวที่ไม่มีคุณภาพ ที่จะรบกวนจิตใจ

2. แนวทางการนำ MIND Model ไปใช้จริง มีความสะดวก ยืดหยุ่น สามารถนำไปปรับใช้ได้
ทุกกลุ่ม ทุกชุมชน โดยพิจารณาจากองค์ประกอบของโมเดลที่สามารถสื่อสารและเข้าใจง่าย ได้แก่
M = Mind จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสังคม ทำให้คนพิการสามารถดูแลจัดการปัญหา
ต่าง ๆ ในชีวิตได้ มีวิธีการผ่อนคลาย ต่อความเครียดความไม่สบายใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว แยกแยกจาก
คนทั่วไป I: Intervention วิธีการ แผนการฟื้นฟู ซึ่งคนพิการสามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาล
ได้ทุกแห่ง จะมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญให้คำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็น จากนั้นจะ
ช่วยประสานส่งต่อไปด้านการศึกษา หรือการฝึกอาชีพต่อไป N = Network เครือข่ายองค์กรคน
พิการ และเครือข่ายที่สนับสนุนการทำงานคนพิการมีกระจายอยู่ทุกที่ ทุกภูมิภาค คนพิการสามารถ
เข้าไปเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ทั้งแบบ onsite หรือเยี่ยมชมบน Social media จะมีคำแนะนำเบื้องต้นใน
การใช้ชีวิตบนความพิการ หรือสมัครสมาชิกเพื่อรับสิทธิรับข้อมูลข่าวสารและฝึกอาชีพอิสระ และ
D : Disability ความพิการและโรคที่เป็น ไม่ว่าจะเป็นอย่างวัยใด ความพิการและโรคย่อมเกิดขึ้นกับ
ทุกคน จึงควรหมั่นสำรวจตรวจสุขภาพประจำปี รักษาสุขภาพกายใจให้สมดุล กินอิ่ม นอนหลับ
ออกกำลังกาย เพื่อควบคุมความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากความพิการและโรคประจำตัว

3. การสนับสนุน ในการนำ MIND Model ไปใช้ ในวงการคนพิการ คือสร้างเสริมพลังอำนาจ แก่คนพิการ เมื่อคนพิการมีจิตใจหรือทัศนคติที่ดีต่อโรคและความพิการ มีโอกาสในการเลือกวิธีการ กิจกรรมที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพ และตัวคนพิการภาคภูมิใจ มั่นใจ จะเข้าไปมีส่วนร่วม ในกิจกรรมของเครือข่ายและชุมชนคนพิการ

จากการดำเนินการถอดบทเรียน ผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ดังภาพที่ 9





ภาพที่ 9 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ที่ผ่านการรับรอง

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก 3) เพื่อทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก 4) เพื่อประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ดำเนินงานวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย 2 แหล่ง คือการศึกษาข้อมูลจากชุมชนที่เป็น Good Practice จำนวน 3 แห่ง และคนพิการทางการมองเห็นที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จำนวน 30 ราย ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน **ขั้นตอนที่ 2** การออกแบบและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน **ขั้นตอนที่ 3** การทดลอง กลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการทางการมองเห็น จำนวน 30 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังการอบรม และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมอบรม สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบที และตอนที่ 4 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบ โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นและคนพิการทางการมองเห็น จำนวน 30 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจรูปแบบ และแนวทางการถอดบทเรียน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพการณ์ ความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นที่ที่มีการปฏิบัติเป็นเลิศ (Good Practice) จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน ของมูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ / สมาคมคนสายตาเลือนราง(ประเทศไทย) / โรงเรียนธรรมิกวิทยา สาขาเพชรบุรี ของมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พบว่าแต่ละแห่งมีจุดเด่น ดังนี้ 3.1 ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน ของมูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ เป็นองค์กรเอกชนสาธารณกุศลที่ มีภารกิจให้บริการแก่เยาวชนและผู้ใหญ่สตรีที่พิการทางการมองเห็นด้านการเรียนการสอนการฝึกทักษะด้านอาชีพรวมทั้งการอบรมด้านคุณธรรมจริยธรรม โดยมุ่งเน้นให้พวกเขาสามารถออกไปใช้ชีวิตในสังคมและมีอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวโดยไม่เป็นภาระของสังคม 3.2 สมาคมคนสายตาเลือนราง(ประเทศไทย) มีภารกิจที่จะเป็นศูนย์กลางของคนสายตาเลือนรางเพื่อพัฒนาศักยภาพของคนสายตาเลือนรางในทุก ๆ ด้าน ร่วมกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนสายตาเลือนราง และเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับคนสายตาเลือนรางให้สังคมเข้าใจ ยอมรับ และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีการจัดประชุมวิชาการร่วมกับโรงเรียนแพทย์ เพื่อ update แนวทางการรักษาและฟื้นฟู 3.3 โรงเรียนธรรมิกวิทยา สาขาเพชรบุรี ของมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ มีภารกิจคือการเป็นโรงเรียนการศึกษาเด็กตาบอดพิการซ้ำซ้อน รับนักเรียนตาบอดพิการซ้ำซ้อนทั่วประเทศ รับนักเรียนระดับอนุบาล-ประถมศึกษาปีที่ 6 เป็นโรงเรียนประจำ ไม่เก็บค่าธรรมเนียมการศึกษา โดยสรุปข้อมูลพื้นที่ Good Practice จำนวน 3 แห่ง ทั้งหมดมีจุดประสงค์ที่จะช่วยเหลือกลุ่มคนพิการทางการมองเห็นได้มีพื้นที่เรียนรู้ การศึกษา การฝึกอาชีพ การมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม เช่นเดียวกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นความร่วมมือของภาคเอกชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ช่วยสนับสนุนต่อยอดจากมิติด้านสุขภาพ

2. การสอบถามกลุ่มคนพิการทางการมองเห็นที่มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ณ โรงพยาบาลเมตตาฯ และไปสอบถามที่ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน จำนวน 30 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = .03) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ ด้านปัจจัยสังคม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = .44) รองลงมา ได้แก่ ด้านทัศนคติและการเสริมพลังตนเอง มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = .07) และน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.53$, S.D. = .99) ด้านปัจจัยสังคม

และสิ่งแวดลอมที่สนับสนุนสุขภาพ มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = .44) พิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1.เลือกกินอาหาร ลดหวานมันเค็ม ($\bar{x} = 3.71$, S.D. = .07) รองลงมา ได้แก่ข้อ 7 ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เช่นไม้เท้าขาว เครื่องช่วยอ่าน ($\bar{x} = 3.56$, S.D. = .01) และข้อที่มีค่าน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 5.ได้ไปตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = .09) ด้านทัศนคติและการเสริมพลังตนเอง มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = .07) พิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4 ท่านมีอาชีพที่เลี้ยงตนเองอย่างเพียงพอ ($\bar{x} = 4.80$, S.D. = .44) รองลงมา ได้แก่ข้อ 3 ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ท่าน หรือคนพิการประเภทอื่น ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .44) และข้อที่มีค่าน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 1สิทธิสวัสดิการสังคมของคนพิการที่ท่านได้รับ เพียงพอ($\bar{x} = 3.40$, S.D. = .54) ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.53$, S.D. = .99) พิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1 เลือกกินอาหาร ลดหวานมันเค็ม ($\bar{x} = 3.71$, S.D. = .07) รองลงมา ได้แก่ข้อ 7 ท่านได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เช่น ไม้เท้าขาว เครื่องช่วยอ่าน ($\bar{x} = 3.56$, S.D. = .01) และข้อที่มีค่าน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 5 ได้ไปตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = .09)

2. ผลการพัฒนารูปแบบ และตรวจสอบรูปแบบ โดยการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

จากการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและความต้องการของคนพิการทางการมองเห็น ที่มาของรูปแบบได้จากการทบทวนนโยบายสุขภาพรวมถึงแนวคิดที่เกี่ยวข้อง การสอบถามความต้องการและการศึกษา Best practice องค์กรประกอบของ (ร่าง) รูปแบบ 4 องค์ประกอบ MIND ประกอบด้วย M: mind จิตใจความรู้สึกรู้จักคิดตนเองและสังคม I: intervention การจัดกิจกรรมหรือวิธีการรักษาฟื้นฟู N: network เครือข่ายการทำงานคนพิการ และ D: disability ความพิการหรือโรคที่เป็นจากนั้นนำ (ร่าง) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก หรือMIND Model ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจักษุแพทย์ นักทัศนมาตร และนักวิชาการด้านการวิจัยและพัฒนา ตรวจสอบความถูกต้องตรงของเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการผลสารรับรองรูปแบบ พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = .78) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.54$, S.D. = .78) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ N = Network (เครือข่าย) ($\bar{x} = 4.60$, S.D. = .45) รองลงมาด้าน Disability (ความพิการและโรค) ($\bar{x} = 4.56$, S.D. = .35) และ

ด้าน Intervention (วิธีการ แผนการรักษาฟื้นฟู) ($\bar{x} = 4.56$, S.D. = .44) ด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองและสังคม) ($\bar{x} = 4.44$, S.D. = .21)

3. ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาค ตะวันตก

การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาค ตะวันตก ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ส่วนขาดและนำผลมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อขับเคลื่อน การจัดเวทีอบรม เพื่อพัฒนาความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตนของคนพิการทางการมองเห็น จึงได้กำหนดวันจัดการ อบรม ในวันอังคาร ที่ 9 พฤศจิกายน 2564 เวลา 9.00-15.00 น. ณ สำนักงานสมาคมศิษย์เก่าศูนย์ ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 67.00 มีอายุช่วง 40-50 ปี มากที่สุดจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 47.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ตอนต้น จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.00 ในส่วนความคิดเห็นของผู้รับการอบรมการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคความคิดเห็นของผู้รับการ อบรมการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.37$, S.D. = .07) อธิบายเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรม ส่งเสริมการเรียนรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.41$, S.D. = .64) ด้านเครือข่ายและการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.56$, S.D. = .57) ด้านการนำไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.40$, S.D. = .66)

4. การเปรียบเทียบความรู้การอบรมก่อนและหลังการอบรม

การเปรียบเทียบความรู้การอบรมก่อนและหลังการอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก พบว่า คะแนนก่อนการอบรม (Pre-test) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 10.72$, S.D. = 1.002) (71.47 %) และหลังการอบรม ได้ทดสอบหลังการอบรม (Post-test) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 13.14$, S.D. = .765) (87.60 %) จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนการอบรมและหลัง การอบรมด้วย t-test แบบ dependent ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า เมื่อทดสอบสถิติที่ พบว่า $t = 18.246$, Sig = 0.00 แสดงให้เห็นว่าคะแนนก่อนการและหลังการอบรมเฉลี่ยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผลการประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

จากการดำเนินการวิจัย “MIND Model” ผู้วิจัยได้ประเมินผลและปรับปรุงด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก โดยติดตามผลการใช้งานรูปแบบฯ และถอดบทเรียนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรของมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอด ศิษย์เก่าของศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน รวมทั้งสิ้น 30 คน พบว่าความพึงพอใจของผู้เข้าเข้าร่วมกิจกรรมและประเมินผลรูปแบบโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.74, S.D. .89$)

ผลจากการถอดบทเรียนการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก “MIND Model” เป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการทางการมองเห็น เกิดจากการร่วมมือจากหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนในพื้นที่ และนักวิชาการที่สนใจพัฒนางานคนพิการ ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

การอภิปรายผล

1. ศึกษาสภาพการณ์และความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

จากการสอบถามกลุ่มคนพิการทางการมองเห็นที่มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ณ โรงพยาบาลเมตตาฯ รวมจำนวน 30 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ ด้านปัจจัยสังคม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.04, S.D. = .44$) รองลงมาได้แก่ ด้านทัศนคติและการเสริมพลังตนเอง มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.68, S.D. = .07$) และน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง มีค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.53, S.D. = .99$) จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่า เมื่อคนพิการทางการมองเห็นได้เข้าไปมีส่วนร่วมเป็นสมาชิกขององค์กรคนพิการ ได้รับการฝึกอาชีพที่เหมาะสมจะมีความคิดเห็นด้านปัจจัยสังคม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ มีทัศนคติและการเสริมพลังตนเอง และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ทั้งสามด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ของอำพลจินดาวัฒน์ (2551) ที่กล่าวว่า เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม มุ่งที่สุขภาพของประชากร/ชุมชน เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการตามกฎบัตร ออดตาว่า ที่ว่าคือ สร้างนโยบายสาธารณะ สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน เพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนในการดำเนินงาน

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐ เอกชน และการเสริมสร้าง อำนาจ/ศักยภาพของปัจเจกบุคคล และชุมชน ส่วนข้อมูลพื้นที่ Best practice จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน ของมูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ / สมาคมคนสายตาเลือนราง (ประเทศไทย) / โรงเรียนธรรมิกวิทยา สาขาเพชรบุรี ของมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์) พบว่าทั้งหมดมีจุดประสงค์ที่จะช่วยเหลือกลุ่มคนพิการทางการมองเห็น ได้มีพื้นที่เรียนรู้ การศึกษา การฝึกอาชีพ การมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม เช่นเดียวกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นความร่วมมือของภาคเอกชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ช่วยสนับสนุนต่อยอดจากมิติ ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับ World Health Organization (2022) ระบบสาธารณสุขที่มีกลยุทธ์และประสิทธิภาพจะครอบคลุมถึงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู (promotion, prevention, treatment and rehabilitation) ปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงานนี้ คือเพิ่มปริมาณความจำเป็นของการให้บริการสุขภาพตาไปทั่วถึงในทุกภูมิภาค ให้สอดคล้องกับลักษณะภูมิประเทศ พหุวัฒนธรรมและวิถีชีวิต รวมถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะโรคในเขตเมืองหรือชนบท หรือในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ต้นทุนการดูแลรักษา เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ช่วยสนับสนุนในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และสอดคล้องกับนโยบายของ CBR ประเทศไทย (องค์การอนามัยโลก, 2556). ตั้งแต่การสร้างตระหนักรู้ว่าคนพิการเป็นสมาชิกหนึ่งในชุมชน คนพิการมีศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์เหมือนกับทุกคนในชุมชน คนในชุมชนร่วมกันส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพคนพิการ การปรับทัศนคติของคนพิการและครอบครัวให้ ตระหนักรู้ถึงสิทธิ์และความต้องการของคนพิการเอง เน้นให้คนพิการมีอาชีพ มีศักดิ์ศรีพึ่งตนเองได้ รวมถึงการนำนโยบาย และกฎหมายมาใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติ เช่น ระบบการจ้างงาน การส่งเสริมอาชีพ ผ่านกลไกศูนย์บริการคนพิการ หรือ มาตรา 33 และมาตรา 35 (ตามพ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) ผลการวิจัยนี้ จึงสนับสนุนข้อมูลของคนพิการทางการมองเห็นที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ที่ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของชมรมหรือกลุ่มคนพิการใน Good Practice ทั้งสามแห่ง ซึ่งเป็นศูนย์บริการคนพิการเฉพาะด้าน ได้ปฏิบัติตามภารกิจองค์กรทำให้คนพิการที่เป็นสมาชิก ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตตามสิทธิคนพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการมาแล้ว

2. การพัฒนารูปแบบและรับรองรูปแบบ โดยการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก “MIND Model” ประกอบด้วย M = Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสังคม) I: Intervention วิธีการ แผนการฟื้นฟู N = Network (เครือข่าย) และ D : Disability ความพิการและโรค จากการดำเนินการวิจัย “MIND Model” ผู้วิจัย

ได้ประเมินผลและปรับปรุงด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ได้แก่ กลุ่มคนพิการทางการมองเห็นที่เป็นสมาชิกศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน รวมทั้งสิ้น 30 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับการอบรมการพัฒนาแบบโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก จากการถอดบทเรียนการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก “MIND Model” เป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการทางการมองเห็น เกิดจากการร่วมมือจากหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนในพื้นที่ และนักวิชาการที่สนใจพัฒนางานคนพิการ ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน พบว่า

1. M = Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสังคม) ในสังคมไทยส่วนใหญ่มีทัศนคติและความรู้สึกต่อความพิการว่าเป็นเรื่องบุญบาป แน่นนอนว่าไม่สามารถเปลี่ยนอะไรได้ภายในวันสองวัน แต่หากมองถึงคนรุ่นใหม่ คิดว่าถ้ามีกระบวนการที่สื่อสารกับสังคม หรือคนรุ่นใหม่ให้เข้าใจเรื่องแนวคิดนี้ หรือว่าด้วยเรื่องของมุมมองความพิการ ที่ไม่ได้มองเรื่องความพิการเป็นการสงเคราะห์ ให้มองเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชนว่าคนพิการเป็นมนุษย์คนหนึ่งความมีสิทธิได้อิสรภาพก็ต้องใช้เวลา องค์กรคนพิการต่าง ๆ พยายามที่จะสื่อสารแนวคิดที่ถูกต้อง ได้เข้าใจมุมมองต่อความพิการมากขึ้น โดยเฉพาะ **แนวคิดการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ** ซึ่งเป็นปรัชญาในการดำรงชีวิตอย่างหนึ่งว่ามนุษย์ทุกคนต้องการมีวิถีชีวิตและอิสรภาพ ที่จะเลือกการมีชีวิตเป็นตัวเองได้ ไม่ว่าจะเป็นคนพิการหรือไม่มีพิการ ก็ล้วนต้องการอิสรภาพ แต่เมื่อมีความพิการขึ้นมาบนพื้นฐานโครงสร้างที่จำกัดก็ทำให้เขาไม่สามารถมีอิสรภาพได้ แนวคิดนี้จะช่วยสนับสนุนในด้านจิตใจ ทำให้เพื่อนคนพิการได้ทบทวนและเห็นความต้องการในชีวิตของเขาเองได้ **โดยสรุป คือ** คนพิการหนึ่งคนสามารถเลือกกำหนดความต้องการเป็นของตัวเองได้ ไม่ว่าจะมีความพิการมากหรือน้อย การคิดการตัดสินใจต้องเกิดจากการที่คนพิการ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การเลือกใส่เสื้อผ้า การเลือกกินอาหาร และเรื่องที่มีผลกระทบต่อตัวเอง สอดคล้องกับ กมลพรรณ พันพืง (2553) ได้วิจัย อัตลักษณ์การเสริมพลังอำนาจ และการกำหนดวิถีชีวิตตนเอง: การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในสังคมไทย พบว่า 1) การให้ความหมายต่อความพิการของบุคคลมีอิทธิพลต่อการพัฒนาและเสริมพลังอำนาจ 2) กระบวนการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ ถือเป็นพื้นที่ทางสังคมที่ออกแบบเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์เชิงบวกและอัตลักษณ์กลุ่ม 3) การตีความคำสอนทางพุทธศาสนาในเชิงลึกซึ่งถึงเรื่องจิตและปัญญาทำให้บุคคลพิการก้าวข้ามวาทกรรมเชิงลบในเรื่องบุญ-กรรม แต่ทำให้เกิดมีสติอยู่กับปัจจุบัน ช่วยเหลือสนับสนุนกันตามความจำเป็น 4) การส่งเสริมคุณภาพคนพิการสมควรจำกัดอยู่ในทางการแพทย์ (การบำบัดทางกาย) และการสงเคราะห์ หากเน้นวิถีคิด การสร้างความรู้ ความหมายและคุณค่าของความพิการให้เป็นเชิงบวก โดยสนับสนุนให้เกิดองค์กรที่เข้มแข็งและจัดการโดยคนพิการด้วยตนเอง

และอารี ภาวสุทธิไพศิฐ (2554) ได้วิจัย การเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองของผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน พบว่า เงื่อนไขที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง ประกอบด้วย 1. ด้านตัวผู้เรียน ได้แก่ แรงจูงใจในการเรียน ประสบการณ์เดิมในการเรียนและมนุษยสัมพันธ์ 2. ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อการเรียนรู้ และอุปกรณ์ สื่อเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก 3. เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน กลุ่ม หรือผู้จัดคำบรรยาย ครอบครัว ครูอาจารย์

2. I: Intervention (วิธีการรักษา กิจกรรม หรือแผนการฟื้นฟู) เมื่อผู้ป่วยโรคตาที่สิ้นสุดการรักษา เกิดความบกพร่องทางการมองเห็นอย่างถาวร โรงพยาบาลที่มีมีทีมสหวิชาชีพเฉพาะทางจะแนะนำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพการมองเห็น โดยพิจารณาจากระดับการมองเห็นที่ยังเหลืออยู่ เช่น คนสายตาลีอนราง จะได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยการมองเห็น (Visual aids) เพื่อช่วยสายตาให้เป็นประโยชน์มากที่สุดในแต่ละกิจกรรม แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) Optical aids เป็นเครื่องมือต้องใช้ lens/prism ส่วนใหญ่จะเป็นการขยายภาพให้ใหญ่ขึ้น เพื่อที่จะมองเห็นได้ง่ายขึ้น ที่ใช้บ่อย ได้แก่ แว่นขยายแบบมือถือ, Reading Glasses ใช้ได้เช่นเดียวกับการใช้แว่นอ่านหนังสือ, CCTV (close circuit television) ใช้กล้อง scan ภาพเข้าไปใน computer แล้วจัด font ให้มีขนาดใหญ่พอที่จะอ่านได้ สามารถปรับหน้าจอเพื่อเพิ่ม contrast ตามความต้องการได้ ทำให้สามารถอ่านหนังสือได้ที่ระยะปกติ แต่ยังมีราคาแพง 2) Non optical เป็นเครื่องมือที่ไม่ต้องใช้ lens ช่วย แต่ทำให้สามารถมองเห็นได้ง่ายขึ้น ได้แก่ หนังสือขนาดตัวอักษรใหญ่, Talking Dictionary computer, ของบรรทัดต่าง ๆ แผงวางหนังสือ ตลอดจนไฟที่เพิ่มความสว่าง สำหรับคนตาบอด จะได้รับการฝึกฝนทักษะการสร้าง ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว ทักษะ O&M หรือ Orientation and Mobility เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของคนที่มีสูญเสียการมองเห็นบางส่วนไป เป็นวิชาที่สอนให้ผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นรู้จักใช้ประสาทสัมผัสที่เขามีอยู่ ได้แก่ สายตาบางส่วน การฟังเสียง การสัมผัส การดมกลิ่น การชิมรส และประสบการณ์เดิม โดยเฉพาะการฝึกเดินด้วยไม้เท้าขาว ไปยังสถานที่ต่าง ๆ ที่ต้องการได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ สง่างาม และปลอดภัยได้ด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตด้วยตนเองได้อย่างอิสระ นอกจากนี้ยังมีวิธีการและแนวทางอื่น ๆ ที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็นและส่งเสริมการใช้ชีวิตอิสระด้วยตนเอง เช่น การฝึกใช้ไม้เท้าขาว หรือมีผู้ช่วยนำทางเมื่อไปในสถานที่ไม่คุ้นเคย การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ ด้วยตนเอง การไปตรวจสุขภาพกาย ตา เป็นประจำทุกปีเพื่อควบคุมอาการของโรคทางกายและตา หรือชะลอความเสื่อมของอวัยวะ และลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความพิการซ้อน บางโรงพยาบาล จะมีผู้เชี่ยวชาญแนะนำการจัดสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อความพิการ คำนึงถึง Universal Design: UD รวมไปถึงการจัดระบบบริการที่อำนวยความสะดวกในการใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น จัดช่องทางพิเศษแก่คนพิการ หรือมีผู้ช่วยคนพิการ สอดคล้องกับ ภาวิณี ลาโยธี และน้อมจิตต์ นวลเนตร์ (2563) พบว่า ผลของ

การฝึกการทำควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและความภาคภูมิใจแห่งตนของคนพิการทางการมองเห็น โดยใช้หลักสูตร 80 ชั่วโมงและออกแบบให้มีลักษณะสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของคนพิการทางการมองเห็น (ในจังหวัดกาฬสินธุ์) นอกจากการให้วิธีการ หรือ Intervention ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แล้ว การจัดกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ในชุมชน หรือสังคมยังช่วยส่งเสริมสมรรถภาพของคนพิการทางการมองเห็นด้วย สอดคล้องกับชัตพันธ์ ชุมมนุสนธิ์ (2558) ได้วิจัย รูปแบบการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองของคนพิการเพื่อการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง มีองค์ประกอบ 5 ด้านคือ 1.การประกอบอาชีพ 2.การเรียนรู้ 3.เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก 4.การดูแลตนเอง และ 5.การตระหนักในตนเอง และมีกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ 1.การเตรียมความพร้อม 2.การสร้างการเรียนรู้ 3.การเสริมพลัง 4.การติดตามประเมินผล และ 5. การรวมกลุ่มโดยรูปแบบที่ผ่านการประเมินภาพรวมแต่ละด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และวิชัย จันทร์บุญ และคณะ (2555) ได้ศึกษาการเข้าร่วมขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของคนพิการ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของคนพิการคือ 1) การได้รับการบริการทางกายภาพ 2) ความเคารพตนเอง 3) ความคาดหวังต่อประโยชน์การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนบุคคล และ 4) ความคาดหวังต่อประโยชน์ในการจัดการเคลื่อนไหว โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถพยากรณ์การตัดสินใจการเข้าร่วมขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของคนพิการ ได้ร้อยละ 14.50 อย่างไรก็ตามมีรายงานวิจัยที่สอดคล้อง ในเรื่องกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดย Ruth MA van Nispen et al. (2020) ที่ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ(systematic reviews) จากรายงานวิจัยที่เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial; RCT) จำนวน 44 เรื่อง พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็น มีสี่ประเภทกิจกรรมหลัก คือ 1) การบำบัดหรือฟื้นฟูสภาพจิตใจ 2) วิธีการที่ช่วยปรับปรุงคุณภาพการมองเห็น เช่นการฝึกทักษะการใช้สายตาที่เหลืออยู่ หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยการมองเห็น เช่นแว่นขยาย 3) การฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพ เช่นการให้บริการเยี่ยมบ้าน และ 4) โปรแกรมอื่น ๆ การให้สุขศึกษา การปรับสภาพบ้าน การส่งพบแพทย์ทั่วไป พบว่ามีข้อจำกัดในการให้บริการและการบริการที่หลากหลายในแต่ละพื้นที่ขึ้นกับทรัพยากร และไม่พบหลักฐานของประโยชน์ของวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพสายตาเลื่อนรางประเภทต่าง ๆ ซึ่งมีรายงานวิจัยที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันของ Stolwijk. et al. (2022) ว่าวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับคนพิการทางการมองเห็นในระบบบริการ ค่อนข้างมีอุปสรรคเข้าถึงยาก แม้นในประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นเนเธอร์แลนด์ พบว่า ขาดแรงจูงใจและการยอมรับการมีส่วนร่วมที่จำเป็น ระบบสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารและประสานงานระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์และคนไข้ที่สูญเสียการมองเห็น

3. N = Network (เครือข่าย) การพัฒนาเครือข่ายคนพิการ มีความสำคัญอย่างมาก องค์กรคนพิการจะมีการจัดกิจกรรมโครงการที่คนพิการสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม เช่นการประชุมศิษย์เก่า ประชุมสมาชิกประจำปี มีโอกาสได้แบ่งปันความรู้ ทั้งการดูแลสุขภาพ การประกอบอาชีพ ให้กับเครือข่ายทั้งคนทั่วไปและคนพิการ คนพิการสามารถเข้าไปรับบริการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตคนพิการ เช่น การฝึกการใช้คอมพิวเตอร์ IT ที่จัดการโดยเครือข่ายคนพิการ หรือมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทาง Social media หรือมีส่วนร่วมในบริการสังคม เช่นการได้รับเชิญเป็นวิทยากรในชุมชน เครือข่ายที่สำคัญในการส่งต่อและฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนตาเลือนราง และคนตาบอด เช่น 1) สมาคมคนสายตาเลือนราง (ประเทศไทย) ได้จัดกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านการฝึกอาชีพ กีฬา สันทนาการต่าง ๆ โดยประชาสัมพันธ์ผ่านทาง Facebook และ Line 2) มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ มีการบริหารและดำเนินงานด้านต่าง ๆ 5 ส่วน คือ โรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ ศูนย์พัฒนาสมรรถภาพคนตาบอด ศูนย์เทคโนโลยีการศึกษาเพื่อคนตาบอด ศูนย์พัฒนาอาชีพคนตาบอดและศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน 3) มูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดในประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ มีสำนักงานและโรงเรียนสอนคนตาบอดในระดับอาชีวศึกษา ศูนย์บริการเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงศูนย์ฝึกอาชีพ กระจายในทั่วไปใน กรุงเทพฯ และแต่ละภูมิภาค ได้แก่ เพชรบุรี ลพบุรี นครนายก นครราชสีมา ขอนแก่น ร้อยเอ็ด เชียงราย สงขลา 4) ศูนย์บริการคนพิการประจำจังหวัดทุกแห่ง ให้บริการข้อมูลข่าวสาร บริการผู้ช่วยคนพิการ บริการล่ามภาษามือ การซ่อมแซมและพัฒนาที่อยู่อาศัย และศูนย์บริการทั่วไปที่จัดตั้งใน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือโรงพยาบาลจังหวัด ที่ให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่งตามบทบาทหน้าที่ความเชี่ยวชาญ การสร้างภาคีเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ(Network)ไม่ควรจำกัดอยู่ในทางการแพทย์ (การบำบัดทางกาย) และการสงเคราะห์ แต่ควรใช้แนวคิดของ Community Based Rehabilitation: CBR ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา การทำงาน สังคม และการเสริมพลัง ในการส่งเสริมการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงทางสังคมร่วมกัน สอดคล้องกับ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2558) ที่ศึกษารูปแบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ พิการ พบว่า รูปแบบการบริการผู้สูงอายุพิการที่เหมาะสม จากผลการศึกษา ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่รูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคี หรือพหุลักษณะ และ รูปแบบการบริการทางเลือก เช่น รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจ เอกชน รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล รูปแบบการบริการโดยครอบครัว และสอดคล้องกับ Tanui (2015) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเพื่อสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วม ในการทำงานของเยาวชนที่มีความบกพร่องทางสายตาในประเทศเคนยา(Community-Based Rehabilitation Supports for Social Inclusion and Work Participation of Young Adults with Visual Impairment in Kenya: A Case Study) ทำให้ความเข้าใจอุปสรรคในการเข้าสังคมและ

การมีส่วนร่วมในการทำงานสำหรับเยาวชนที่มีความบกพร่องทางสายตา และสนับสนุนแนวคิดของ CBR ว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและทำให้เยาวชนที่มีความบกพร่องทางสายตาได้รับสนับสนุนการร่วมกิจกรรมในชุมชนและการมีส่วนร่วมในการทำงาน อย่างไรก็ตามการสร้างองค์กร หรือเครือข่ายฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน อาจไม่ใช่เรื่องที่สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพในบางพื้นที่หรือบางองค์กร ดังที่ Weber (2017) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วมสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Participatory Evaluation (PE) for Community-based Rehabilitation -CBR) พบว่าผู้เข้าร่วมการประเมินรู้สึกว่ามีข้อจำกัดในการจัดตั้งโปรแกรม CBR และเสนอรูปแบบที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างมาก พวกเขาชื่นชอบกรอบ PE ที่ยืดหยุ่นมากขึ้น มากกว่าวิธีที่เข้มงวดและเน้นที่การสร้างพื้นที่ที่ปลอดภัยสำหรับการแบ่งปัน การเรียนรู้และการดำเนินการ และวิธีการประเมินจากด้านล่างขึ้นไป ซึ่งจะช่วยให้ออกนอกกรอบ การประเมินแบบควบคุมกำกับโปรแกรม CBR และรวมถึงการปรับตัวและความคิดเชิงบวก Persson, Charlotte (2014) ศึกษาผลการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในยูกันดาและสวีเดน: การศึกษาเปรียบเทียบ (Implementing Community Based Rehabilitation in Uganda and Sweden: A Comparative Approach) เพื่อตรวจสอบความคิดเห็นนานาชาติประเทศว่าด้วยการปฏิบัติงานทางสังคมในรูปแบบของ CBR ในบริบทของโครงสร้างและสถาบันที่แตกต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างในกระบวนการดำเนินงาน CBR ในยูกันดาและสวีเดน ความเป็นมาของอดีตอาณานิคมของยูกันดา และรัฐสวัสดิการที่อ่อนแอทำให้ CBR เป็นโครงการที่สำคัญสำหรับการปรับปรุงสภาพชีวิตของเด็กพิการ ในขณะที่สวีเดนเป็นรัฐสวัสดิการที่ดีมาก และมีการคุ้มครองตามกฎหมายของเด็กพิการ ใน CBR มากกว่า สิ่งเหล่านี้จะช่วยป้องกันแนวคิดด้านสังคมสงเคราะห์ว่ายังไม่เพียงพอถึงแม้จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามกัน ๆ แต่ควรใช้เป็นวิธีการทำงานช่วยเหลือผู้ที่ต้องการบริการที่เหมาะสม

4. D : Disability ความพิการและโรคที่เป็น คนพิการทุกคน ต้องเข้าใจความพิการและความเสี่ยงของโรคที่เป็นอยู่ ต้องมีแผนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการและปฏิบัติตามแผน เพื่อลดความเสี่ยงและความรุนแรงของความพิการและโรคที่เป็น คนพิการจึงให้ความสำคัญต่อการไปพบแพทย์ตามนัด กรณีมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเข้าใจเกี่ยวกับโรคตา ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร ไม่ได้คิดว่าเป็นเวรกรรม มีวิธีการแพทย์หรือการฟื้นฟูใดช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะและลดภาวะแทรกซ้อนของโรค นอกจากนี้ จะต้องให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่นการกิน การออกกำลังกาย การนอน การผ่อนคลาย เพื่อให้ใช้ชีวิตอย่างสมดุล สุขภาพแข็งแรงตามวัย และทราบวิธีในการดูแลตนเองป้องกันโรคในสถานการณ์โควิด หรือภาวะวิกฤตสุขภาพอื่น ๆ เช่นมลพิษอากาศ ฝุ่นละออง PM 2.5 สอดคล้องกับ Riddering (2016) ศึกษาความบกพร่องทางการมองเห็นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยากลำบากในการทำงานประจำวัน (Visual Impairment and Factors Associated with Difficulties with Daily Tasks) พบว่า มีความคล้ายคลึงกันและ

ความแตกต่างในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นและความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องทางการมองเห็น ภาวะโรคร่วมหลายโรค และการรายงานด้วยตนเองในกิจกรรมประจำวันของผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็นจำเป็นต้องเข้าใจเพื่อจัดการกับการรักษาผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นที่รุนแรงและไม่รุนแรง และสอดคล้องกับ Dunbar (2013) ที่ศึกษาความพิการทางสายตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Visual disability in diabetic eye disease-DED and its rehabilitation) พบว่าความรุนแรงของโรค และหน้าที่ของการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความรุนแรงไม่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการมองเห็นระหว่างกลุ่มทดลอง ทั้งระยะ 3 หรือ 6 เดือนโดยหลังจากการลงทะเบียนทดลอง 3 เดือน ผู้ที่มีความรุนแรงหรือสูญเสียลานสายตา (scotoma) ส่วนกลางที่ได้รับการทดลอง จะดีขึ้น มากกว่าผู้ที่ได้รับการทดลอง 6 เดือน Burton et al. (2021) รายงานว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางระดับวิทยาของโรคตา อันเนื่องจากการขยายตัวของชุมชนเมือง การออกกำลังกายที่น้อยลง การบริโภคอาหาร เป็นสัญญาณของการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และการสูญเสียการมองเห็นจากภาวะเบาหวานขึ้นจอตา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เหมือนจะลดลง ด้วยการตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกและให้การรักษาตามช่วงเวลาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกยังให้ความสำคัญต่อ การคัดกรองเบาหวานขึ้นตาและโปรแกรมการรักษาที่มีประสิทธิภาพควบคู่กับการควบคุมป้องกันรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในบางประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดจะต้องให้ความสำคัญกับมาตรการคัดกรองเบาหวานมากขึ้นสำหรับกลุ่มประชากรที่ขาดความเท่าเทียม หรือไม่เข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ชนกลุ่มน้อย หรือคนพิการ นอกจากนี้ การสูญเสียการมองเห็นยังส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอื่น จากรายงานของ GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. (2021) พบว่าเพิ่มความเสี่ยงและเกิดภาวะรุนแรงโรคต่าง ๆ ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเชิงสาเหตุ 3 อย่าง คือ (1) เหตุของความบกพร่องทางการมองเห็นทั้งโดยตรง อันเกิดจากการบาดเจ็บ และโดยอ้อม ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวร่างกาย เพิ่มการแยกตัวออกอย่างโดดเดี่ยว (2) การบกพร่องทางการมองเห็นและสภาพปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่น เช่น การสูบบุหรี่ ความยากจน อายุมากขึ้น และการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ลดโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ (3) ปัญหาสุขภาพ นำไปสู่การบกพร่องทางการมองเห็น เช่น เบาหวานและเบาหวานขึ้นจอตา มะเร็ง การแพร่กระจายของโรคทางตา และภาวะสมองเสื่อม ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับ Ratanasukon et al. (2016) ที่ศึกษาผลกระทบของการบกพร่องทางการมองเห็นต่อคุณภาพชีวิตในชุมชนไทย พบว่า มี 3 ด้านคือ 1) ด้านการเคลื่อนไหวและความเป็นอิสระ 2) การอ่านและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และ 3) อารมณ์ความรู้สึกอยู่ดีเป็นปกติ โดยที่ผลกระทบ ด้านที่ 2 และ 3 จะส่งผลกระทบอย่างสูงกับคนบกพร่องทางการมองเห็นจากโรค

จุดภาพชัดเสื่อมตามวัย ส่วนโรคต่อกระจก และเบาหวานขึ้นจอตา จะมีผลกระทบสูงต่อด้านที่ 1
 สรุปได้ว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก “MIND
 Model” มีความสำคัญ 1. กระบวนการพัฒนา MIND Model เริ่มต้นจากการสำรวจความรู้สึกนึกคิด
 ของตนเองต่อความเข้าใจตนเองและสังคม ซึ่งถือเป็นแนวคิดและปรัชญาพื้นฐานของความดำรงอยู่
 อย่างเป็นปกติ สำหรับคนทุกเพศทุกวัย ทุกสถานะ แม้ในยามปกติหรือเจ็บปวด Mind คือความคิด
 ความเชื่อมั่นในคุณค่า ในความสามารถของตนเอง จนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมไป
 ในทางที่ดีขึ้น **การเข้าถึงคุณค่าของตนเอง** แม้บางครั้งด้วยความวุ่นวายทางจิตใจ ทำให้ไม่เห็นคุณค่า
 ของตนเอง จมอยู่ในกรอบความคิดเก่า ๆ การเข้าถึงคุณค่าของตนเองจะช่วยให้ มีความมั่นใจ
 รักตนเอง เชื่อมมั่นว่าในความสามารถ มีพลังโฟกัสไปที่เป้าหมาย นั่นคือ มีความคิดที่เติบโตในทางบวก
 เรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ มีความอดสาหะในการเรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ หมั่นค้นหาผู้รู้ พี่เลี้ยง
 ที่มีประสบการณ์ หลีกเลี้ยงสื่อ เรื่องราวที่ไม่มีคุณภาพ ที่จะรบกวนจิตใจ 2. แนวทางการนำ MIND
 Model ไปใช้จริง มีความสะดวก ยืดหยุ่น สามารถนำไปปรับใช้ได้ทุกกลุ่ม ทุกชุมชน โดยพิจารณาจาก
 องค์ประกอบของโมเดลที่สามารถสื่อสารและเข้าใจง่าย ได้แก่ M = Mind จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดที่มี
 ต่อตนเองและสังคม ทำให้คนพิการสามารถดูแลจัดการปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้ มีวิธีการผ่อนคลาย ต่อ
 ความเครียดความไม่สบายใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว แยกแยกจากคนทั่วไป I: Intervention วิธีการ
 แผนการฟื้นฟู ซึ่งคนพิการสามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ได้ทุกแห่ง จะมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญให้
 คำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็น จากกนั้นจะช่วยประสานส่งต่อไปด้านการศึกษา
 หรือการฝึกอาชีพต่อไป N = Network เครือข่ายองค์กรคนพิการ และเครือข่ายที่สนับสนุนการ
 ทำงานคนพิการมีกระจายอยู่ทุกที่ ทุกภูมิภาค คนพิการสามารถเข้าไปเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ทั้งแบบ
 onsite หรือเยี่ยมชมบน Social media จะมีคำแนะนำเบื้องต้นในการใช้ชีวิตบนความพิการ หรือ
 สมัครสมาชิกเพื่อรับสิทธิรับข้อมูลข่าวสารและฝึกอาชีพอิสระ และ D : Disability ความพิการและโรค
 ที่เป็น ไม่ว่าจะในช่วงวัยใด ความพิการและโรคย่อมเกิดขึ้นกับทุกคน จึงควรมั่นสำรวจตรวจสุขภาพ
 ประจำปี รักษาสุขภาพกายใจให้สมดุล กินอิม นอนหลับ ออกกำลังสมวัย เพื่อควบคุมความเสี่ยงและ
 ภาวะแทรกซ้อนจากความพิการและโรคประจำตัว 3. การสนับสนุน ในการนำ MIND Model ไปใช้
 ในวงการคนพิการ คือสร้างเสริมพลังอำนาจแก่คนพิการ เมื่อคนพิการมีจิตใจหรือทัศนคติที่ดีต่อโรค
 และความพิการ มีโอกาสในการเลือกวิธีการ กิจกรรมที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพ และตัวคนพิการ
 ภาคภูมิใจ มั่นใจ จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของเครือข่ายและชุมชนคนพิการ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อการใช้รูปแบบ พบว่า คนพิการทางการมองเห็น
 มีศักยภาพและความพร้อมในการการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาค
 ตะวันตก ทั้งในด้านสถานพยาบาลที่ดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การมีโรงเรียนเฉพาะทาง
 สอนคนตาบอด การมีมูลนิธิเอกชนช่วยฝึกอบรมการประกอบอาชีพที่เหมาะสมแก่คนพิการทาง

การมองเห็น รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายการจ้างงานคนพิการมาตรา 33, 35 ในประเทศไทยตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีกำหนดถึงสิทธิและประโยชน์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการจ้างงานคนพิการในหลายมาตรา ได้แก่ มาตรา 33, 34, 35, 36, 37, 38 และ 39 วัตถุประสงค์ของกฎหมายดังกล่าวมีขึ้นเพื่อสนับสนุนให้คนพิการเข้าถึงโอกาสในการทำงานได้ใช้ ศักยภาพของตนเอง จนนำไปสู่การดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง และมีส่วนร่วมสนับสนุนความเป็นอยู่ของครอบครัว (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550, 2556) เช่น มาตรา 33 ให้สถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐรับคนพิการเข้าทำงาน อัตราส่วน 100:1 คือต้องจ้างคนพิการ 1 คนต่อลูกจ้าง/เจ้าหน้าที่ 100 คน เศษของลูกจ้าง/เจ้าหน้าที่ 50 คน ต้องรับคนพิการเพิ่มอีก 1 คน หรือมาตรา 35 ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐไม่ประสงค์จะรับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา 33 หรือสถานประกอบการไม่ประสงค์จะรับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา 33 และไม่ประสงค์จะส่งเงินเข้ากองทุนฯ ตามมาตรา 34 หน่วยงานของรัฐหรือสถานประกอบการนั้นอาจดำเนินการ ให้สัมปทาน, จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ, จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการด้วยวิธีพิเศษ, ฝึกงาน, จัดให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก, จัดให้มีล่ามภาษามือ หรือ ให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการก็ได้ เป็นต้น (การทำงานของคนพิการ- Thaisynergy, 2566) และรายงานของกรมแรงงาน ว่า ในปีงบประมาณ 2565 ที่ผ่านมามีคนพิการหรือผู้ดูแลได้รับสิทธิตามมาตรา 35 จำนวน 14,546 ราย แบ่งเป็นคนพิการรับสิทธิ 10,531 คน และผู้ดูแลรับสิทธิแทน 4,015 คนจากนายจ้างภาครัฐและเอกชน 1,956 แห่งก่อให้เกิดรายได้ 1,661,807,770 บาทต่อปี (จ้างงานคนพิการ ปี 65 ทะลุเป้า 149% สร้างรายได้ 171 ล้านบาทต่อปี (thebangkokinsight.com) ซึ่งเป็นรายงานที่มีผลกระทบต่อสังคมและคนพิการที่มีแนวโน้มดีขึ้น เมื่อเทียบกับรายงาน ของกรมการจัดหางานกระทรวงแรงงาน และ Workability Thailand(2561) ที่ศึกษาสถานการณ์การจ้างงานคนพิการปี 2560 และทิศทางการปรับกลยุทธ์ปี 2561 พบว่า 1.นายจ้างมีความต้องการรูปแบบการจ้างงาน (75%) และการซื้อสินค้า (15%) ตามลำดับโดยตำแหน่งงานที่เป็นที่ต้องการมากคืองานธุรการ/สนับสนุนทั่วไปโดยต้องการความพิการประเภทเคลื่อนไหว (56%) เป็นอันดับแรกทางการได้ยิน/สื่อความ (35%) และทางการมองเห็น (16%) 2.ทิศทางการจ้างงานคนพิการในปี 2561 ดีขึ้นโดยรูปแบบการจ่ายเงินเข้ากองทุน (มาตรา 34) ลดลงถึง 13% และมีการขยายผลสู่การจ้างงานตามมาตรา 33 เพิ่มขึ้นถึง 17% โดยพบว่าปัจจัยทางกฎหมายหรือนโยบายมีระดับความพร้อมที่ดีขึ้นมาก แต่สะท้อนถึงความไม่ชัดเจนของการเข้าถึงและการรายงานผลการใช้งบประมาณกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และ 3.ความพร้อมของคนพิการ เอกชนมีความเชื่อมั่นมากขึ้นว่าคนพิการมีความสามารถในการดำรงชีวิตและมีความพร้อมในการทำงานในระดับที่ดีขึ้น คนตาบอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการฝึกอบรมอาชีพจากองค์กรคนพิการ ส่วนใหญ่จะได้รับเงินเป็นรายเดือนตามค่าแรงพื้นฐานจากสถานประกอบการ ประมาณ 9,000-10,000 บาท โดยไป

ปฏิบัติงานนวดให้กับลูกจ้างในสถานประกอบการนั้น ๆ ตามสิทธิการจ้างงานมาตรา 35 และยังมี อาชีพอิสระเพิ่มขึ้น การเป็นหมอนวดแผนโบราณ การขายงานหัตถกรรมและสิ่งประดิษฐ์ หรือการ ได้รับโควต้าลอตเตอรี่จากรัฐบาล เป็นต้น ซึ่งรายได้จากเงินเดือนและการประกอบอาชีพอิสระนับว่า เพียงพอต่อการดำรงชีวิตและการเก็บออมในอนาคต อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีปัญหาเล็กน้อยในด้านการ เสริมสร้างพลังอำนาจและการสนับสนุนจากภาครัฐและการปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการ ส่งเสริมและสนับสนุน ในบางปัจจัย เช่น การจัดบ้าน สภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิต (Universal Design) และในส่วนของคนพิการทางการมองเห็นที่สูงอายุ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ต่าง ๆ ในสังคมได้ด้วยข้อจำกัดความพิการที่รุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนของระบบอื่นเช่น ตาบอด และมีความพิการเคลื่อนไหวร่วมด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภัทร ชูประดิษฐ์ (2562) ที่ว่า สภาพ การบังคับทางกฎหมายในปัจจุบันเป็นเพียงการพยายามสร้างความเท่าเทียมผ่านกลไกภาครัฐ ในมิติ โอกาสในการทำงานของคนพิการ บทบาทสำคัญควรมุ่งให้ความสนใจต่อการจัดการขององค์การที่จะ เอื้อโอกาสให้คนพิการได้เข้าไปทำงานมากขึ้น มีความมุ่งมั่นในการส่งเสริมให้คนพิการได้เข้ามาร่วม งานต่าง ๆ ได้สะท้อน ผ่านนโยบาย และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ได้แก่ การสรรหาและคัดเลือก การเลื่อนตำแหน่งงาน การรักษาบุคลากร การปรับเปลี่ยนสิ่งสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการ ปฏิบัติงาน ดังนั้น การจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อคน พิการจึง เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการจัดการสมรรถนะคนพิการในปัจจุบัน ที่จะช่วยให้ คนพิการเกิดสมรรถนะใน การดำรงชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพซึ่งจะส่งผลเชิงบวกต่อ การดำรงชีวิตอิสระและการเข้าไปมีส่วนร่วม ทางสังคมของคนพิการได้อย่างยั่งยืน (ชัตพันธ์ ชุมนุสนธิ์ และธีรศักดิ์ อุณารมณณ์เลิศ, 2559) **การศึกษาครั้งนี้** ยังพบว่า ส่วนใหญ่องค์กรคนพิการจะมีการจัดตั้ง ขึ้นตามความเชี่ยวชาญและความสนใจของกลุ่มคนพิการนั้น มีการจัดกิจกรรมเสริมพลังที่หลากหลาย รูปแบบทั้งการฝึกอาชีพอิสระ เช่นการนวดแผนโบราณ การทำงานประดิษฐ์ หรือมีการจัดการศึกษา พิเศษสำหรับคนตาบอด ซึ่งในโรงเรียนจะมีการฝึกทักษะที่จำเป็นต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การเรียน พื้นฐานด้วยอักษรเบรลล์ การฝึกทักษะไม้เท้าขาว การใช้คอมพิวเตอร์ โดยสังเกตพบว่าโรงเรียนเฉพาะ ทางจะเหมาะสมกับคนที่มีความพิการตั้งแต่เกิด ในขณะที่คนที่มีความพิการภายหลัง อาจจะตาเลือน รางหรือตาบอด ค่อนข้างใช้เวลามากปรับสภาพจิตใจ และทักษะต่าง ๆ ก่อนที่จะออกมาใช้ชีวิตแบบ อิสระ ต้องผ่านกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษาเฉพาะ การเข้าสังคม และการ ประกอบอาชีพ และคนพิการทางการมองเห็นส่วนใหญ่มักจะห่างเหินกับวงการฟื้นฟูทางการแพทย์ หรือไม่ได้ไปโรงพยาบาล ด้วยความคิดว่าแพทย์ไม่สามารถช่วยเรื่องการมองเห็นให้กลับมาได้ จึงไม่มี ความจำเป็นต้องไปพบแพทย์อีก แต่คนพิการที่เข้าใจโรคและผ่านการปรับสภาพจิตใจมาพอสมควร แล้ว จะเข้าใจว่าทำไมยังต้องดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ ต้องการความรู้ความเข้าใจ ด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย และพบว่าสื่อสังคมส่วนใหญ่ ที่คนพิการทางการมองเห็นเข้าถึง

เช่น Line, Facebook จะเผยแพร่ข่าวสารแบบส่งต่อกันในกลุ่มเพื่อน หรือให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นทักษะการเลือกใช้สื่อสังคม หรือความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงเป็นอีกประเด็นที่ต้องฝึกฝน ซึ่งควรเป็นบทบาทของนักวิชาการหรือองค์กรด้านสุขภาพ ควรปรับปรุงมาตรฐานการเข้าถึงสื่อที่เหมาะสมสำหรับคนพิการแต่ละประเภท เช่น วิดีโอที่มีคำบรรยายเสียง หรือการติดตั้งโปรแกรมอ่านจอภาพในโทรศัพท์สำหรับคนตาบอด เป็นต้น สอดคล้องกับ ญัตติกฎ สงวนวงษ์ และคณะ 2564 ที่หน่วยงานซึ่งรับผิดชอบในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่นวิทยาลัยราชสุดา ได้ปรับรูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการมองเห็น คือ (1) บริการฟื้นฟูทักษะการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility: O&M) ปรับจากเดิมที่เป็นสอนแบบกลุ่มนอกสถานที่ เป็นการสอนแบบตัวต่อตัวผ่านโทรศัพท์ และแอปพลิเคชันไลน์โดยให้ฝึกปฏิบัติที่บ้านและนำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยน (2) บริการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ จากการทำคำปรึกษาแบบพบหน้า ปรับเป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์รวมทั้งให้พบ Role Model ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทดแทนการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพบหน้า (3) บริการด้านการใช้เทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวกและคอมพิวเตอร์ โดยเพิ่มทางเลือกในการเรียนคอมพิวเตอร์พื้นฐานแบบออนไลน์ผ่าน Google Meet สำหรับผู้ที่มีความพร้อมด้านทักษะและอุปกรณ์โดยมีการบันทึกวิดีโอลงยูทูปให้ผู้เรียนทบทวนได้ วันต่อวัน นอกจากนี้กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ยังสอดคล้องกับรัชณี สรรเสริญ และคนอื่น ๆ (2555) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน พบว่าการพัฒนาเครือข่าย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน 3 คุณลักษณะ คือ 1) การสร้างความตั้งใจ มุ่งมั่น และความร่วมมือในการดูแลคนพิการ (W-Willing) 2) การร่วมค้นหา มองและสะท้อนปัญหา ความต้องการ (E-Exploration) 3) การรวมพลังร่วมคิดเพื่อการพัฒนา (C-Cognition) 4) การร่วมปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลที่พึงประสงค์ (A-Acting) 5) การร่วมประเมินและให้ข้อสังเกตการปฏิบัติ (N-Notice) 6) การร่วมแสวงหาและพัฒนาต่อ (D-Decoration) และ 7) การสร้างความโดดเด่น ความต่อเนื่องและ ความยั่งยืนด้วยการเพิ่มพลัง (O-outstanding) โดยภาคีเครือข่าย จะมีคุณลักษณะเด่น 3 คุณลักษณะ คือ 1) ทำงานเป็นทีมที่ชัดเจน (T-Team approach) 2) มีแรงบันดาลใจในการดูแลคนพิการ (I-Inspiration) และ 3) มีความรู้สึกร่วมในการทำเพื่อมวลมนุษยชาติ (M-Mankind) นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการเพื่อรองรับโรคอุบัติใหม่และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันผู้ป่วยหรือคนพิการจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโรคเช่นกัน สอดคล้องกับรายงานวิจัยของ อารยา เขียงของ และคนอื่น ๆ (2564) ที่ศึกษาอนาคตภาพของแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับสภาพสังคมและความคาดหวังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการวิจัยโดยใช้การวิจัยอนาคตแบบชาติพันธุ์ วรรณาด้วยเทคนิคเดลฟาย

(Ethnographic Delphi Futures Research: EDFR) พบว่า อุปสรรคการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมี 4 ประการ คือ 1) ความรู้ทางสุขภาพ 2) สมรรถนะในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพและการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ 3) การเจรจาต่อรองเพื่อการมีส่วนร่วม ร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และ 4) ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง ส่วนแนวทางการให้บริการสุขภาพที่สามารถยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบ่งเป็น 5 แนวทาง คือ 1) การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตที่ควบคุมโรคเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการเข้าถึง และการเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ 3) การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ 4) การบูรณาการระบบสาธารณสุขและการศึกษา และ 5) พัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ

3. การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก โดยการจัดการอบรม การขับเคลื่อนเวทีสาธารณะ และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ

การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ คนตาบอดที่ผ่านการฝึกอาชีพแล้ว ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ส่วนขาดและนำผลมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อขับเคลื่อน การจัดเวที การจัดการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ผู้เกี่ยวข้อง ในวันอังคาร ที่ 9 พฤศจิกายน 2564 เวลา 9.00-15.00 น. ณ สำนักงานสมาคมศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน พบว่า กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุช่วง 40-50 ปี มากที่สุด สถานภาพสมรส และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในส่วนความคิดเห็นของผู้รับการอบรมการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนการเปรียบเทียบความรู้การอบรมก่อนและหลังการอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก พบว่า คะแนนก่อนการและหลังการอบรมเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ ญัตติกา สงวนวงษ์ และคณะ (2564) ที่ประเมินความพึงพอใจและการเรียนรู้หลังการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการมองเห็น พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง มีทัศนคติที่ดีต่อการรับบริการ และมีการเปลี่ยนแปลงในประเด็นสำคัญคือ (1) ด้านเจตคติ มีการยอมรับตัวเอง เชื่อว่าตัวเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ มีความมั่นใจในการเดินทางด้วยตัวเอง (2) ด้านทักษะความรู้ ได้รับความรู้และทักษะใหม่ที่ช่วยในการเดินทางและการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยและสะดวกมากขึ้น ทั้งการป้องกันตัว การใช้ประสาทสัมผัส การใช้ไม้เท้า และการใช้คอมพิวเตอร์พื้นฐาน (3) ด้านการนำไปใช้ สามารถเดินทางนอกบ้านได้ด้วยตนเอง ใช้ไม้เท้าในการเดินทางทุกครั้ง เดินทางไปต่างจังหวัดคนเดียวได้ และสามารถใช้อุปกรณ์พื้นฐานในชีวิตประจำวัน และการปรับรูปแบบการฝึกอบรมคนพิการ ยังส่งผลดีต่อผู้ ให้บริการ นั่นคือได้สำรวจปัจจัยสำคัญในการจัดบริการรูปแบบใหม่ เช่นการจัดบริการแบบออนไลน์ หรือแบบผสม

(online + onsite) คือ ผู้ให้บริการต้องมีความพร้อมด้านทักษะและอุปกรณ์ การสอนกลุ่มเล็กไม่เกิน 5 คน การมีส่วนร่วมของครอบครัว การผลิตสื่อวีดิโอสำหรับการเรียนรู้ และมีการใช้ภาษาในการอธิบายที่ทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจน และงานวิจัยของชุดิมา ปฎิรูปา และคณะ (2565) ที่ทำการประเมินความเหมาะสมของแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชน อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี โดยรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการดำเนินโครงการพบว่าแตกต่างกันทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องจะให้ผลลัพธ์ที่ได้ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดและต่อเนื่อง เช่นเดียวกับงานวิจัยของอุบลรัตน์ วิเชียร (2564) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุจังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้ 1. เมนูคู่สุขภาพ 2. ยืดเหยียดวันละนิด 3. รวบรวมพลังความคิดบวก 4. 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานของรัฐ พบว่า ก่อนและหลังใช้กิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น
ในภูมิภาคตะวันตก จากการดำเนินการวิจัย “MIND Model” ผู้วิจัยได้ประเมินผลและปรับปรุงด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก ได้แก่ กลุ่มคนพิการทางการมองเห็น ที่เป็นสมาชิกศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน รวมทั้งสิ้น 30 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับการอบรมการพัฒนารูปแบบโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.74$, S.D. .89) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริเนตร สุขดี และคนอื่น ๆ (2560) ที่วิจัยรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา คือ "MA-3S Bangklu program" ที่ประกอบด้วย กิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติจริง จำนวน 6 ครั้ง และระยะติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ 2 ครั้ง การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของชุมชน 2) กระตุ้นบุคคลใน ชุมชนให้ตระหนักและมีศักยภาพในการสร้าง รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกัน 3) ร่วมกันวิเคราะห์แนวทางการดูแลสุขภาพ ตนเอง จากผู้สูงอายุในชุมชน 4) พัฒนารูปแบบฯ ของชุมชน 5) จัดกิจกรรมการเรียนรู้เน้นการปฏิบัติจริง 6) ประเมินพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จึงได้รูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมาจากการถอดบทเรียนการดูแลตนเอง และงานวิจัยของ ธัชณกร ปัญญาใส และคณะ (2557) ที่ทำการประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สร้างขึ้น โดยเริ่มจากการสำรวจระดับของโรคซึมเศร้า การพัฒนารูปแบบ

การทดลองใช้รูปแบบทุกระยะของกระบวนการมาจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน และการประยุกต์เทคนิค การระดมพลังสร้างสรรค์ (A-I-C) บนพื้นฐานปัญหาอนามัยชุมชน สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงตามบริบทและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และสามารถนำกิจกรรมไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมาก ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชนนั้น สอดคล้องกับแบบจำลอง การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่ซูลิกร ด่านยุทธศิลป์ (2561) อธิบายว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กระบวนการที่ช่วยกระตุ้นหรือเสริมแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล 2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และ 3) ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ซึ่งในสองมโนทัศน์แรกมีความสัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ เชิงพฤติกรรม โดยพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน จำเป็นต้องค้นหาและประเมิน กลุ่มตัวอย่างที่มี พฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่เหมาะสม ประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็น สาเหตุ เงื่อนไขกำหนด พฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดปัญหา และออกแบบกำหนดกิจกรรมหรือโปรแกรม สุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ทักษะคิดความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสังคมของคนพิการ เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ก้าวข้ามวาทกรรมเชิงลบในเรื่องบุญ-กรรม โดยเฉพาะ แนวคิดการดำรงชีวิต อิสระของคนพิการ การส่งเสริมคุณภาพคนพิการมีควรจำกัดอยู่ในทางการแพทย์ และการสงเคราะห์ หากเน้นวิธีคิด การสร้างความรู้ ความหมายและคุณค่าของคนพิการให้เป็นเชิงบวก โดยสนับสนุนให้ เกิดองค์กรที่เข้มแข็งและจัดการโดยคนพิการด้วยตนเอง ประกอบกับอิทธิพลของกระแสสื่อสังคม ในปัจจุบัน ดังนั้น องค์กรคนพิการที่เกี่ยวข้องจึงควรขยายผลกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยหนุนเสริมพลัง คนพิการ ไปในสื่อทุกช่องทาง เพื่อให้สมาชิกคนพิการได้เข้าถึงข่าวสารและสิทธิคนพิการที่พึงได้ ในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

2. จากผลการวิจัยที่พบว่า วิธีการหรือแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต คนพิการ ให้มีทางเลือกในการใช้ชีวิตอย่างมีอิสระ ดังนั้น ทุกโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลประจำ จังหวัด ต้องจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่คนพิการและผู้ดูแล เริ่มตั้งแต่การปรับสภาพจิตใจเมื่อเกิดความพิการในระยะแรก การฝึกอุปกรณ์ช่วยในการมองเห็น สำหรับคนตาเลือนราง และการฝึกไม้เท้าขาวสำหรับคนตาบอด ทั้งการติดตามผลการดูแลรักษา โรคทางกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ

อย่างเท่าเทียม รวมถึงส่งต่อแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนหรือสังคม ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นส่งต่อศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ หรือส่งต่อศูนย์การศึกษาพิเศษ

3. จากผลการวิจัยที่พบว่า การสร้างภาคีเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ไม่ควรจำกัดอยู่ในทางการแพทย์ แต่ควรใช้แนวคิดของ Community Based Rehabilitation: CBR ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา การทำงาน สังคม และการเสริมพลัง ในการส่งเสริมการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงทางสังคมร่วมกัน ดังนั้น ทั้งองค์กรรัฐและเอกชนที่ดูแลคนพิการจึงควรจัดโครงการที่คนพิการสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม เช่นการประชุมศิษย์เก่า ประชุมสมาชิกประจำปี มีโอกาสได้แบ่งปันความรู้ ทั้งการดูแลสุขภาพ การประกอบอาชีพ หรือมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทาง Social media เช่น Official line, Facebook ซึ่งคนพิการทางการมองเห็นได้เข้าถึงสื่ออย่างสะดวก

4. จากผลการวิจัยที่พบว่า ความพิการและโรคที่เป็น เป็นองค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ที่คนพิการทุกคน ต้องเข้าใจความพิการและความเสี่ยงของโรค ดังนั้น ทั้งคนพิการและผู้ดูแล รวมถึงผู้ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญ ให้ความสำคัญในการทำการสื่อสารอธิบายความจำเป็นและต้องมีแผนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการ รวมถึงมีการติดตามผลเป็นระยะเพื่อลดความเสี่ยงของความพิการซ้อน และความรุนแรงของโรค โดยทีมสหวิชาชีพอาจสร้างตารางตรวจเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. หรือจิตอาสาในชุมชน หรือตารางนัดหมายแพทย์ ผ่านสื่อสังคม หรือ Telemedicine หรือ Tele consultation เพื่ออำนวยความสะดวกแก่คนพิการในการเดินทาง และจัดเป็นช่องทางบริการพิเศษในการตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหรือขยายผลการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ไปในพื้นที่อื่น บริบทอื่น หรือในชุมชนคนพิการ เพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้ เรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอทั้งคนพิการ ผู้ดูแล และผู้ให้บริการทั้งในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพ

2. ควรจัดการวิจัยรูปแบบการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ เช่น รูปแบบการประกอบอาชีพอิสระ (ที่มีใช้การขายล็อตเตอรี่) การขายสินค้าออนไลน์ สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเดินทางสะดวก หรือมีความพิการซ้อน

3. ควรมีการวิจัยด้วยระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็น เพื่อเห็นถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการในชุมชน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลพรรณ พันพิง. (2553). *อัตลักษณ์ การเสริมพลังอำนาจ และการกำหนดวิถีชีวิตตนเอง:การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในสังคมไทย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมการจัดหางาน. (2561). *รายงานสรุปสถานการณ์การจ้างงานคนพิการปี 2560 และทิศทางการปรับกลยุทธ์ปี 2561*. กระทรวงแรงงาน และ Workability Thailand.
- กัลยาณี ตันตรานนท์, อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์, และเดชา ทำดี. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 46(4), 49-58.
- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น. (2560). สืบค้นจาก <http://www.rama.ac.th.eye/sites/default/files/public/doc/visual%20rehabilitation.pdf>
- แก้วกุล ตันตพิสิฐกุล, ธีระ ศิริสมุด, ทรงยศ พิลาสันต์, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, วันทนีย์ กุลเพ็ง, ปฤษฎพร กิ่งแก้ว, สุรัชย์ โกติรัมย์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, และ ยศ ตีระพัฒนานนท์. (2558). บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในมุมมองของผู้แทนองค์กรด้านคนพิการ ผู้ให้บริการ และผู้กำหนดนโยบาย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 9(4), 358-368.
- ชัตพันธ์ ชุมนุสนธิ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองของคนพิการเพื่อการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษา คณะศึกษาศาสตร์), มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2558). *การทบทวนชุดลิตีประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- จุฬาพัฒน์ ช่างเกตุ. (2560). *กฎหมายสิทธิสำหรับคนพิการ*. สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- ชุตินา ปฎิรูปา, ชลการ ทรงศรี, และสุธาทิพย์ กุลศรี. (2565). การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 7(3), 100-113.
- ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2561). แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(2), 132-141.

- ฐิติวัจน์ ทองแก้ว และ ประสพชัย พสุนนท์. (2561). การวิจัยเชิงเอกสารเพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแนวคิด การจัดการสมรรถนะการประกอบอาชีพของคน พิการ:บริบทของสถานการณ์ กระบวนทัศน์ และแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับสมรรถนะของ มนุษย์ทุกคน. *Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขา มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 11(3), 2162-2192.
- ณัฐกา สวงวนวงษ์, ณุชนาฏ โต๊ะดี, เจน ชัยเดช, ยุทธิชัย รัตนสากุล, และเนตรนภา อนุประเสริฐ. (2564). การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นแบบออนไลน์ในช่วงโควิด-19: ด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว การให้คำปรึกษาทางจิตใจ และคอมพิวเตอร์พื้นฐาน. *วารสารวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ*, 10(1), 16-30.
- ดารณี สุวพันธ์; บรรณาธิการ. (2555). *คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความ พิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.
- ฉัตรกร ปัญญาใส, ทรงพล ต่อณี, และเกสร ลำเกาทอง. (2557). การประเมินผลรูปแบบการสร้าง เสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 21(3), 47-54.
- ธัญญลักษณ์ รุ่งแสงจันทร์. (2563). แนวทางการพัฒนารูปแบบและการบริหารจัดการในสถาบัน กองคุ้มครองสวัสดิภาพและพัฒนาคนพิการ. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 28(2), 86-112.
- เพชรี เหล่าพิลัย และ มานพ คณะโต. (2559). การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้พิการ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(1), 95-112.
- ภาวินี ลาโยธี และ น้อมจิตต์ นวลเนตร. (2563). ผลของการฝึกการทำควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหวต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและความภาคภูมิใจแห่งตนของ คนพิการทางการเห็น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(5), 591-597.
- รัชณี สรรเสริญ, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, สมพร รักความสุข, วรณรัตน์ ลาวัง, และเบญจวรรณ ทิมสุวรรณ. (2555). การพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็น หุ้นส่วน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 5(3), 17-36.
- วิชัย จันทร์บุญ, มณีมาย์ ทองอยู่, และดุขฎิ อายุวัฒน์. (2555). การเข้าร่วมขบวนการเคลื่อนไหวทาง สังคมของคนพิการ. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (บค.)*, 12(2), 105-115.

- ศิริเนตร สุขดี, อังศิรินทร์ อินทรคำแหง, และพัชรี ดวงจันทร์. (2560). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ ของชุมชนในตำบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารสุขศึกษา*, น. 38-52.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555). สู่ความเป็นธรรมระบบบริการสุขภาพคนพิการ. *จูลสาร HSRI Forum*, 1(7), 3-10.
- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2557). *แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 1, พ.ศ. 2557-2559*. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/prnews/pr0117102557.pdf>
- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560- 2564*. บริษัท เอช.เอ็น.กรุ๊ป จำกัด
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2550). พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544. *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 118, ตอนที่ 102 ก (18 พฤศจิกายน 2544): 6.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2550). พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542. *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 124, ตอนที่ 2 ก (8 มกราคม 2550): 1.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2556). พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556. *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 130, ตอนที่ 30 ก (29 มีนาคม 2556): 6.
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ. (2558). *รูปแบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ*. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอนัลพับลิเคชั่น.
- สำนักวิชาการ. (2560). *การรับรองสิทธิของคนพิการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560*. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. สืบค้นจาก <https://library2.parliament.go.th/ebook/content-issue/2560/hi2560-062.pdf>
- สุภัทร ชูประดิษฐ์. (2561). คนพิการในที่ทำงาน: ความหลากหลายและระบบสนับสนุน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กร. *วารสารการวิจัยกาสะลองคำ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*, 12(1) 45-64.
- องค์การอนามัยโลก. (2556). *CBR Guideline ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพฯ: พรีเมียมเอ็กซ์เพรส

- อารยา เชียงของ, ชนิภา ยอเย็นง, และอรุณี เสงยศมาก. (2564). อนาคตภาพ: แนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 217-232.
- อารี ภาวสุทธิไพศิฐ. (2554). การเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองของผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต. (สาขาวิชาการศึกษาดูแลชีวิตและการพัฒนา มนุษย์ คณะศึกษาศาสตร์), มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อำพล จินดาวัฒน์, สุรเกียรติ์อาชานุกาพ, และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2550). *การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช).
- อำพล จินดาวัฒน์. (2551). *การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม: มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- อุบลรัตน์ วิเชียร, ดำรงค์ศักดิ์ สอนแจ้ง, และเจษฎา บุญราศรี. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 151-159.

ภาษาอังกฤษ

- Burton, M. J., Ramke, J., Marques, A. P., Bourne, R. R. A., Congdon, N., Jones, I., Tong, B. A. M. A., Arunga, S., ... , & Faal, H. B. (2021). The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. *Lancet Glob Health*, 9, e489–551.
- Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Doekaert (Ed.), *Handbook of self-regulation* (pp.601-629), san Diego, California: Academic.
- Dunbar, H. M. P. (2013). *Visual disability in diabetic eye disease and its rehabilitation*. (Doctoral thesis), UCL (University College London).
- Edelman, C. L., & Mandle, C. L. (2006). *Health promotion throughout the lifespan* (6th ed.). St. Louis: Mosby YearBook, Inc.
- GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. (2021). Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health*, 9(2), e144-e160.

- Khimani, K. S., Battle, C. R., Malaya, L., Zaidi, A., Schmitz-Brown, M., Tzeng, H. M., & Gupta, P. K. (2021). Barriers to Low-Vision Rehabilitation Services for Visually Impaired Patients in a Multidisciplinary Ophthalmology Outpatient Practice. *Hindawi Journal of Ophthalmology*, Volume 2021, Article ID 6122246, 7 pages. Retrieved from <https://doi.org/10.1155/2021/6122246>
- Magnusson, L., Kebbie, I., & Jerwanska, V. (2022). Access to health and rehabilitation services for persons with disabilities in Sierra Leone – focus group discussions with stakeholders. *BMC Health Services Research*, Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08366-8>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. St Louis: Mosby Year Book.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in Nursing Paractice* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Persson, C. (2014). *Implementing Community Based Rehabilitation in Uganda and Sweden: A Comparative Approach*. (Doctoral thesis), Mid Sweden University, Faculty of Human Sciences, Department of Social Work.
- Ratanasukon, M., Tongsomboon, J., Bhurayanontachai, P., Jirarattanasopa, P. (2016) The Impact of Vision Impairment (VI) Questionnaire; Validation of the Thai-Version and the Implementation on Vision-Related Quality of Life in Thai Rural Community. *PLoS ONE*, 11(5), e0155509. doi:10.1371/journal.pone.0155509
- Riddering, A. T. (2016). *Visual Impairment and Factors Associated with Difficulties with Daily Tasks*. (Doctoral thesis), The Graduate College at Scholar Works at Western Michigan University.
- Ruth MA van Nispen, Gianni Virgili, Mirke Hoeben, Maaïke Langelaan, Jeroen Klevering, Jan EE Keunen, Ger HMB van Rens, and Cochrane Eyes and Vision Group. (2020). Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2020(1), CD006543.
- Stolwijk, M. L., Ruth M. A. van Nispen, Ilona W. M. Verburg, Lieke van Gerwen, Tim van de Brug, & Ger H. M. B. van Rens. (2022). Trends in low vision service utilisation: A retrospective study based on general population healthcare claims. *Ophthalmic and Physiological Optics* Volume, 42(4). Retrieved from <https://doi.org/10.1111/opo.12982>

Tanui, P. J. (2015). *Community-Based Rehabilitation Supports for Social Inclusion and Work Participation of Young Adults with Visual Impairment in Kenya: A Case Study*. (Doctoral thesis in Rehabilitation), Human Resources and Communication Disorders, The University of Arkansas.

Weber, J. G. (2017). *Participatory Evaluation (PE) for Community-based Rehabilitation (CBR)*. (Doctoral thesis), Department of Clinical Research, Faculty of Infectious and Tropical Diseases, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

World Health Organization. (2022). *Eye care in health systems: guide for action*.

20 May 2022 | Publication





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยศิลปากร





แบบสอบถาม

ความต้องการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น ในภูมิภาคภาคตะวันตก (R1)

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน ขอให้ตอบข้อมูลตามจริง หรือทำเครื่องหมาย / ลงในแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล

เพศ อายุ ปี สถานะ โสด/คู่/หม้าย/ น้ำหนัก ส่วนสูง

โรคประจำตัว ไม่ทราบ/ไม่มี/ มี ระบุโรค

สาเหตุความพิการ ตั้งแต่เกิด / ภายหลัง ระบุโรคตา.....ระดับการมองเห็น ตาขวา/ซ้าย =

การฝึกทักษะ ADL, O&M ไม่เคย / ฝึกแล้ว เมื่อใด..... โดย.....

อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ มี/ไม่มี ระบุ

ถ้าประเมินสถานะสุขภาพของท่าน ตอนนี้อยู่ที่ = แข็งแรง/กลุ่มเสี่ยง/ เจ็บป่วย-กินยา/ต้องการฟื้นฟู.....



ตอนที่ 2 ความคิดเห็นด้านข้อมูลทางสุขภาพ - สังคม และทัศนคติ แบ่งเป็น 5 ระดับ

ข้อมูลสุขภาพ		ระดับความคิดเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง					
1	เลือกกินอาหาร ลดหวานมันเค็ม					
2	ออกกำลังกาย เช่น แกว่งแขน ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โยคะ					
3	จัดการอารมณ์ ความเครียดได้ เช่น ฟังเพลง พุดคุย					
4	นอนหลับอย่างเพียงพอ 8 ชม					
5	ท่านได้ไปตรวจสุขภาพประจำปี					
6	ท่านได้รับการฝึกทักษะ ADL และ O&M					
7	ท่านได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เช่นไม้เท้าขาว เครื่องช่วยอ่าน					
8	ท่านคิดว่าสามารถดูแลจัดการสุขภาพตนเองได้					
	ด้านปัจจัยสังคม และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ					
1	สิทธิสวัสดิการสังคมของคนพิการที่ท่านได้รับ เพียงพอ					
2	ท่านมีความสะดวกสบายในการเดินทางไปโรงพยาบาล					
3	ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ท่าน หรือคนพิการประเภทอื่น					
4	ท่านมีอาชีพที่เลี้ยงตนเองอย่างเพียงพอ					
	ด้านทัศนคติและการเสริมพลังตนเอง					
1	ท่านรู้สึกว่าการพิการทางการเห็นเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิต					
2	ท่านมีโอกาสได้พุดคุย แบ่งปันประสบการณ์ใช้ชีวิตของท่าน					
3	ท่านเป็นสมาชิก หรือเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับคนพิการทางการเห็น					
4	ท่านรู้สึกที่สังคมและคนรอบข้างให้ความช่วยเหลือ เกื้อกูลคนพิการ					
5	ท่านรู้สึกมีพลังที่อยากจะออกไปช่วยเหลือกิจกรรมสังคม หรือกลุ่มองค์กรคนพิการ					
6	ท่านได้รับข่าวสารหรือสื่อต่าง ๆ ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง ไม่ใช่ข่าวปลอม และเพียงพอ					
7	ท่านมีแนวทาง/ข้อเสนอในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มคนพิการทางการเห็น					
8	ในช่วงวิกฤตโควิด-19 ที่ผ่านมานี้ ท่านสามารถดูแลตนเองได้ดีและปลอดภัย					

ตอนที่ 3 ปัญหา/อุปสรรค ข้อเสนอแนะและความต้องการของคนพิการทางการมองเห็นเรื่องสุขภาพ

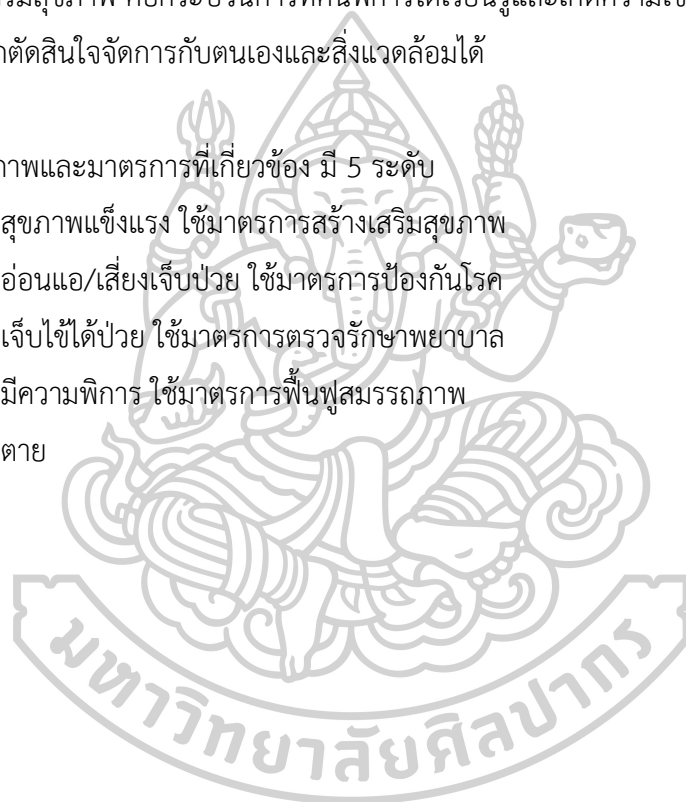
3.1 ปัญหา/อุปสรรค.....

3.2 ข้อเสนอแนะ.....

3.3 ความต้องการ.....

คำอธิบายศัพท์:

1. การสร้างเสริมสุขภาพ คือกระบวนการที่คนพิการได้เรียนรู้และเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองจนสามารถตัดสินใจจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมได้
2. สถานะสุขภาพและมาตรการที่เกี่ยวข้อง มี 5 ระดับ
 - ระดับ 1 สุขภาพแข็งแรง ใช้มาตรการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ระดับ 2 อ่อนแอ/เสี่ยงเจ็บป่วย ใช้มาตรการป้องกันโรค
 - ระดับ 3 เจ็บไข้ได้ป่วย ใช้มาตรการตรวจรักษาพยาบาล
 - ระดับ 4 มีความพิการ ใช้มาตรการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - ระดับ 5 ตาย



แนวสนทนากลุ่ม

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคภาคตะวันตก (R1)

เริ่มการสนทนากลุ่ม แนะนำตัวผู้วิจัยพร้อมบอกวัตถุประสงค์ในการสนทนากลุ่ม โดยขอผู้เข้าร่วมการสนทนาแสดง ความคิดเห็นได้อย่างอิสระและเต็มที่ ขออนุญาตบันทึกเสียง และจะไม่มี การนำเสียงที่บันทึกไป เผยแพร่ที่ใด นอกจากนี้จะใช้เพื่อสรุปแนวคิดประเด็นสำคัญเท่านั้น

ประเด็นสนทนา

1. ท่านมีวิธีดูแลสุขภาพของตนเองอย่างไร (เช่น 3 อ: อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)
 อาหาร.....
 ออกกำลังกาย
 อารมณ์.....
 (อื่น ๆ)
2. ท่านได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์หรือไม่ อย่างไร

3. ท่านได้รับ/ใช้สิทธิการฟื้นฟู หรือสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้ เรื่องใดบ้าง

4. ท่านต้องการ/มีข้อเสนอในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพคนพิการทางเห็นเรื่องใดบ้าง

5. ในช่วงวิกฤตโควิดท่านรู้สึกกังวลใจ หรือมั่นใจว่าสามารถดูแลตนเองได้ดีและปลอดภัย

6. ปัญหา/อุปสรรค ข้อเสนอแนะและความต้องการของคนพิการทางการเห็นเรื่องสุขภาพ

แบบสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อรับรองรูปแบบ (D1)

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคภาคตะวันตก

องค์ประกอบของรูปแบบ	ระดับความเหมาะสม				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. M = Mind (จิตใจ ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสังคม)					
1.1 ท่านสามารถดูแลจัดการปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้					
1.2 ท่านมีวิธีการผ่อนคลาย ต่อความเครียดความไม่สบายใจ					
1.3 ความยินดีที่จะบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตของท่าน					
1.4 ท่านรู้สึกว่าครอบครัว คนใกล้ชิดมีส่วนในการสนับสนุนการใช้ชีวิตที่เป็นอิสระ แม้ว่าจะพิการทางการเห็น					
1.5 ท่านคิดว่ามีพลังความรู้ ทักษะที่สามารถนำไปช่วยเหลือสังคมหรือถ่ายทอดแก่คนอื่น					
2. I: Intervention วิธีการ แผนการฟื้นฟู					
2.1 ท่านให้ความสำคัญในการไปตรวจสุขภาพกาย ตา เป็นประจำทุกปี					
2.2 ท่านได้รับอุปกรณ์ เช่น Visual aids หรือไม้เท้าขาว หรือมีผู้ช่วยนำทางเมื่อไปในสถานที่ไม่คุ้นเคย					
2.3 ท่านได้รับคำแนะนำในการจัดสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อความพิการ คำนี้ถึง universal design					
2.4 ท่านได้รับการฝึกฝนทักษะ ADL, O&M เพื่อใช้ชีวิตตามอิสระ					
2.5 ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกในการใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น จัดช่องทางพิเศษแก่คนพิการ					
3. N = Network (เครือข่าย)					
3.1 ท่านสามารถเข้าไปรับบริการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตคนพิการ เช่น การฝึกการใช้คอมพิวเตอร์ IT ที่จัดการโดยเครือข่ายคนพิการ					
3.2 เครือข่ายคนพิการ มีการจัดกิจกรรมโครงการที่ท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม เช่นการประชุมศิษย์เก่า ประชุมสมาชิกประจำปี					
3.3 ท่านมีส่วนร่วมในบริการสังคม เช่นการได้รับเชิญเป็นวิทยากรในชุมชน					
3.4 ท่านมีโอกาสได้แบ่งปันความรู้ ทั้งการดูแลสุขภาพการประกอบอาชีพให้กับเครือข่ายทุกคนทั่วไปและคนพิการ					
3.5 เครือข่ายคนพิการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทาง Social media					

องค์ประกอบของรูปแบบ	ระดับความเหมาะสม				
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
4. D : Disability ความพิการ					
4.1 ท่านรู้ว่าโรคตาของท่านเกิดจากสาเหตุอะไร ไม่ได้คิดว่าเป็นเวรกรรม					
4.2 ท่านรับทราบแผนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการ และปฏิบัติตามแผน					
4.3 ท่านให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่นการกิน การออกกำลังกาย การนอน การผ่อนคลาย					
4.4 ท่านให้ความสำคัญต่อการไปพบแพทย์ตามนัด กรณีมีโรคประจำตัว					
4.5 ท่านทราบวิธีในการดูแลตนเองป้องกันโรคในสถานการณ์โควิด					

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....



แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอบรม

การพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก (R2)

เพศ อายุ ปี สถานะ โสด/คู่/หม้าย/ น้ำหนัก..... ส่วนสูง

โรคประจำตัว ไม่ทราบ/ไม่มี/ มี ระบุโรค

สาเหตุความพิการ ตั้งแต่เกิด /ภายหลัง ระบุโรคตา.....ระดับการมองเห็น ตาขวา/ซ้าย =

*วิทยากรอ่านให้ฟังทีละข้อ เนื่องจากผู้เข้าอบรมมองไม่เห็น

ที่	ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ด้านความรู้					
	1.1 คนพิการทางการมองเห็นได้เรียนรู้สิทธิอื่น ๆ สิทธิการรักษาพยาบาลของคนพิการ จากสื่อต่าง ๆ					
	1.2 มีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างคนพิการทางการมองเห็น					
	1.3 คนพิการทางการมองเห็นรับรู้เรื่องโรคที่ทำให้สายตาพิการ					
	1.4 คนพิการทางการมองเห็นรับรู้โรคทางกายและภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว					
	1.5 คนพิการทางการมองเห็นรับรู้เรื่องแผนการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เช่นการมี visual aids, การฝึกทักษะ ADL					
2	ด้านกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้					
	2.1 การไปตรวจสุขภาพกาย ตา เป็นประจำทุกปี					
	2.2 ได้รับอุปกรณ์ เช่น Visual aids หรือไม้เท้าขาว หรือมีผู้ช่วยนำทางเมื่อไปในสถานที่ไม่คุ้นเคย					
	2.3 ได้รับคำแนะนำในการจัดสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อความพิการ คำนึงถึง universal design					
	2.4 ได้รับการฝึกฝนทักษะ ADL, O&M เพื่อใช้ชีวิตตามอิสระ					
	2.5 ได้รับการอำนวยความสะดวกในการใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น จัดช่องทางพิเศษแก่คนพิการ					

ที่	ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
3	ด้านเครือข่ายและการมีส่วนร่วม					
	3.1 ท่านสามารถเข้าไปรับบริการต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตคนพิการ เช่น การฝึกการใช้คอมพิวเตอร์ IT ที่จัดการโดยเครือข่ายคนพิการ					
	3.2 เครือข่ายคนพิการ มีการจัดกิจกรรมโครงการที่ท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม เช่นการประชุมศิษย์เก่า ประชุมสมาชิกประจำปี					
	3.3 ท่านมีส่วนร่วมในบริการสังคม เช่นการได้รับเชิญเป็นวิทยากรในชุมชน					
	3.4 ท่านมีโอกาสได้แบ่งปันความรู้ ทั้งการดูแลสุขภาพการประกอบอาชีพ ให้กับเครือข่ายทุกคนทั่วไปและคนพิการ					
	3.5 เครือข่ายคนพิการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทาง Social media					
4	ด้านการนำไปใช้ประโยชน์					
	4.1 ท่านสามารถตัดสินใจเลือกรับสื่อสุขภาพ (สื่อข่าวไม่มั่ว) ในรูปแบบต่าง ๆ ทาง social media					
	4.2 ท่านปฏิบัติตามแผนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการทางการเห็น					
	4.3 ท่านให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่นการกิน การออกกำลังกาย การนอน การผ่อนคลาย					
	4.4 ท่านให้ความสำคัญต่อการไปพบแพทย์ตามนัด กรณีมีโรคประจำตัว					
	4.5 ท่านทราบวิธีในการดูแลตนเองป้องกันโรคในสถานการณ์โควิด					

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม (R2)

การพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคตะวันตก

ท่านโปรดเลือกคำตอบว่า **ใช่** หรือ **ไม่ใช่**

คะแนนที่ได้ไม่มีผลกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรม หรือการใช้ระบบบริการสุขภาพแต่อย่างใด
(ให้วิทยากรอ่านให้คนพิการทางการมองเห็นฟัง และยกมือตอบ)

ข้อ	ข้อความ	ใช่ Y	ไม่ใช่ N
1	โรคต้อหินคือภัยเงียบ ที่ทำให้ตาบอดแบบช้า ๆ สามารถรักษาหายขาดได้		
2	โรคตาบอดกลางคืน เกิดจากพันธุกรรม		
3	สายตาเลือนรางคือความบกพร่องของการเห็นที่น้อยกว่า ระดับ นับนิ้ว		
4	อุปกรณ์เครื่องช่วยทางการเห็น ได้แก่ แวนตา แวนขยาย ช่วยขยายภาพให้เห็นดีขึ้น		
5	ทักษะการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility; O&M) ช่วยให้เดินทางได้ด้วยตนเองอย่างปลอดภัยและเป็นอิสระ		
6	การพูดคุยกับคนพิการทางการเห็น ต้องพูดเสียงดังกว่าปกติ		
7	การสร้างเสริมสุขภาพ เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสังคมแวดล้อม และระบบบริการ		
8	คนไทยต้องเน้นกินแป้ง หรือน้ำตาลเพื่อสร้างพลังงานทุกวัย		
9	การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพส่งผลต่อสมอง และอารมณ์		
10	สิทธิการรักษาพยาบาลของคนพิการบัตรทอง เรียกว่า ท 74		
11	คนพิการทางการมองเห็นจะได้รับสิทธิปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย		
12	คนพิการที่เป็นผู้ประกันตน สามารถเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง		
13	คนพิการทุกประเภทจะได้สิทธิลดหย่อนค่าโดยสารสาธารณะที่เป็นของรัฐ		
14	คนพิการไม่ว่าจะใช้สิทธิบัตรทอง หรือประกันสังคม สามารถรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการได้		
15	การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มคนพิการ ช่วยเสริมพลังความมั่นใจ		

เฉลยคำตอบ: 1=N, 2=Y, 3= N, 4=Y, 5= Y, 6=N, 7=Y, 8=N, 9=Y, 10= Y,11= Y, 12=N,

13= Y, 14=Y, 15= Y

แบบสอบถามความพึงพอใจ

ผู้เข้าร่วมเพื่อประเมินและปรับปรุงรูปแบบ (D2)

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็นในภูมิภาคภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อมูลทั่วไป:

เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี สถานภาพ โสด สมรส ไม่ระบุ
การศึกษา น้อยกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
ท่านเป็นคนพิการทางการเห็น ใช่ ไม่ใช่

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ด้านการเสริมพลังต่อการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการมองเห็น					
1.1 สร้างความตระหนักให้คนพิการเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง					
1.2 มีกิจกรรมที่สะท้อนการเสริมสร้างสุขภาพของคนพิการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ					
1.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สุขภาพและช่วยเหลือกันของคนพิการทางการเห็นและผู้ดูแล					
1.4 การให้คำปรึกษาและแนะนำจากเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ					
1.5 คนพิการสามารถถ่ายทอดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่สมาชิกคนพิการอื่น ๆ ได้					
2. ด้านกิจกรรมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ					
2.1 ท่านมีความพึงพอใจที่มีส่วนร่วมการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้					
2.2 การอบรมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีความเข้าใจในเนื้อหาและสามารถนำไปปฏิบัติเองได้ในชีวิตประจำวัน					
2.3 กิจกรรมในการอบรมสามารถนำไปสู่การพัฒนาคนพิการด้านอื่น ๆ ได้					

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
2.4 การอบรมในครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง					
2.5 การอบรมปฏิบัติการในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต					
3. ด้านบรรยากาศจากการจัดประชุม					
3.1 มีการกระตุ้นให้ติดตามเนื้อหาความรู้ ความคิด เชื่อมโยงการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต					
3.2 การจัดประชุมในครั้งนี้ได้ลงมือปฏิบัติจริง โดยผู้เข้าอบรมได้มีส่วนร่วมเสนอแนะแนวทางดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน					
3.3 การจัดประชุมในครั้งนี้ใช้เวลาในการเรียนรู้น้อยลง					
3.4 การจัดประชุมในครั้งนี้ท่านสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง					
3.5 ช่วงระยะเวลาในการจัดประชุมมีความเหมาะสม					
4. ด้านประโยชน์จากการจัดประชุม					
4.1 การประชุมในครั้งนี้ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น					
4.2 การประชุมในครั้งนี้สามารถคิดและแก้ไขปัญหาต่อไปได้เอง					
4.3 การประชุมได้รับความรู้จากการฟังและการปฏิบัติ					

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

แนวทางการถอดบทเรียน (D2)

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางมองเห็น ในภูมิภาคภาคตะวันตก

1. การเปิดการสนทนาสร้างความคุ้นเคย

เริ่มการสนทนา - แนะนำตัว Moderator และสมาชิกที่เข้าร่วมประชุม และบอกวัตถุประสงค์ของการสนทนา ขอถ่ายรูปและขออนุญาตจัดบันทึกการสนทนา

2. ประเด็นต่าง ๆ ในการสนทนา

2.1 สภาพปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการมองเห็น

2.2 การดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการที่ผ่านมา

2.3 ผลที่ได้จากการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพตามรูปแบบ MIND Model

Mind

Intervention

Network

Disability

3. สรุปและปิดการประชุม





ภาคผนวก ข
ภาพประกอบการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นคนพิการทางการมองเห็น
ซึ่งมารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 (20 สค. 2564)

ภาพที่ 1-2 การสอบถามข้อมูลความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพ



ภาพที่ 1



ภาพที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นคณพิการทางการเมืองที่ผ่านการฝึก
อาชีพแล้ว ณ สมาคมศิษย์เก่าศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตบอดสามพราน (9 พ.ย. 2564)
ภาพที่ 3-4



ภาพที่ 3



ภาพที่ 4



ภาคผนวก ค
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือการวิจัย
(Index of Item Objective Congruence: IOC)

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน

1. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ ดร.พระปลัดประพจน์ สุภาโกโต (อยู่สำราญ)
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม
สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์พุทธปัญญาศรีทวารวดี
2. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ ผศ.ดร.ภก.วรินทร์ กฤตยาเกียรติ
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำ
สถานที่ทำงาน คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ นายแพทย์นพดล แข็งแรง
ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ สาขาจักษุวิทยา
สถานที่ทำงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ รศ.ศุภา คงแสงไชย
ตำแหน่ง นักทัศนมาตร, อาจารย์พิเศษ-ข้าราชการบำนาญ
สถานที่ทำงาน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ อ.ดร.ทินกฤตพัชร รุ่งเมือง
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำ
สถานที่ทำงาน คณะกรรมการจัดการศึกษาเชิงสร้างสรรค์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน

1. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ นางสาวณุชนาฏ โต้ะดี
ตำแหน่ง นักวิชาการศึกษาคำนาฏการพิเศษ
สถานที่ทำงาน สำนักบริการวิชาการ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ แพทย์หญิงวงศ์ศิริ ทวีบรรจงสิน
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาจักษุวิทยา
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
3. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ นายวินิจ มูลวิษา (ตาบอด)
ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการฝ่ายกิจการพิเศษ มูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดในประเทศไทย
สถานที่ทำงาน มูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดในประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (สำนักงานใหญ่-ขอนแก่น)
4. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ นายอนุพงศ์ สายสิทธิ์ (ตาเลือนราง)
ตำแหน่ง นายกสมาคมคนสายตาเลือนราง(ประเทศไทย)
สถานที่ทำงาน สมาคมคนสายตาเลือนราง(ประเทศไทย) นครปฐม
5. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ นางวิไลลักษณ์ ภิกษุณี (ตาบอด)
ตำแหน่ง หัวหน้าศูนย์บริการคนพิการทางการเห็น
สถานที่ทำงาน ศูนย์บริการคนพิการทางการเห็น นครปฐม

ที่ อว 8606 (ก) 3646



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
พระราชวังสนามจันทร์
อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

15 กรกฎาคม 2564

เรื่อง ขอนิมนต์เป็นผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

นมัสการ พระปลัดประพนธ์ อยู่สำราญ, อาจารย์ ดร.

ด้วย นางสาวปญญาวีร์ อาราม รหัสประจำตัว 60260909 นักศึกษาระดับปริญญาตรี บัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง " การวิจัยและพัฒนารูปแบบ
การสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการเห็นอย่างมีส่วนร่วมในภูมิภาคตะวันตก "

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร มีความประสงค์ขอนิมนต์พระคุณเจ้าในฐานะผู้เชี่ยวชาญ
เป็นผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงน้อมสการมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์

ขอนมัสการด้วยความเคารพ

(อาจารย์ ดร. อธิกมาส มากฟู)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย
รักษาการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ อว 8606 (นศ) / 5644



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
พระราชวังสนามจันทร์
อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

15 กรกฎาคม 2564

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภา คมแสงไชย

ด้วย นางสาวปัทมาวีร์ อาราม รหัสประจำตัว 60260909 นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง " การวิจัยและพัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการเห็นอย่างมีส่วนร่วมในภูมิภาคตะวันตก "

ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร มีความประสงค์ขอเชิญท่าน ในฐานะผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.สุกษมาส มากชู้อย)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย

รักษาการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ อว 8606 (อว)/3645



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
พระราชวังสนามจันทร์
อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

15 กรกฎาคม 2564

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.พินกฤตพัชร รุ่งเมือง

ด้วย นางสาวปัทมาวีร์ อาราม รหัสประจำตัว 60260909 นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง " การวิจัยและพัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการเห็นอย่างมีส่วนร่วมในภูมิภาคตะวันตก "

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร มีความประสงค์ขอเชิญท่านในฐานะผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ ชักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.อภิกรมส มากฟู)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย
รักษาการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ อว 8606 (นร.) / 3642



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
พระราชวังสนามจันทร์
อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

15 กรกฎาคม 2564

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรินทร์ กฤตยาภิรม

ด้วย นางสาวปญญาวิรี อาราม รหัสประจำตัว 60260909 นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง " การวิจัยและพัฒนารูปแบบ
การสร้างเสริมสุขภาพองค์การทางกรเห็นอย่างมีส่วนร่วมในภูมิภาคตะวันตก "

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร มีความประสงค์ขอเรียนเชิญท่าน ในฐานะผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้
ผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร. อธิกมาส มากชัย)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย

วิทยาการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ อว 8606 (สค.) / 3643



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
พระราชวังสนามจันทร์
เชียงใหม่ นครปฐม 73000

15 กรกฎาคม 2564

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์นพพล แจ่มนรวง

ด้วย นางสาวปญญาวีร์ อาราม รหัสประจำตัว 60260909 นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง " การวิจัยและพัฒนารูปแบบ
การสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการเห็นอย่างมีส่วนร่วมในภูมิภาคตะวันตก "

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร มีความประสงค์ขอเชิญท่านในฐานะผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้
ตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร. อธิกมาส มากสู้อย)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย
รักษาการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
หนังสือขอความอนุเคราะห์
เก็บรวบรวมข้อมูล
และทดสอบเครื่องมือวิจัย

ชว 8606(ชช) 3424



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
พระราชวังสนามจันทร์
เชียงใหม่ นครปฐม 73000

19 กรกฎาคม 2564

เรื่อง ขอลงความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน นายอศมาคมคนสายตาเถื่อนราง (ประเทศไทย)

ด้วย นางสาวปญญาวีร์ อาราม รหัสประจำตัว 60260909 นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง " การวิจัยและพัฒนาารูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการเห็นอย่างมีส่วนร่วมในภูมิภาคตะวันตก " มีความประสงค์จะขอเก็บรวบรวม ข้อมูลจากสมาชิกสายตาเถื่อนราง เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ศึกษาค้นคว้าด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.อริกมาส มากซื่อ)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย
รักษาการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

อว 8606

(๙๔) / 3๒23



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
พระราชวังสนามจันทร์
อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

19 กรกฎาคม 2564

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน ประธานมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดแห่งประเทศไทย

ด้วย นางสาวปญญาวีร์ อาราม รหัสประจำตัว 60260909 นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง " การวิจัยและพัฒนารูปแบบ
การสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการเห็นอย่างมีส่วนร่วมในภูมิภาคตะวันตก " มีความประสงค์จะขอเก็บรวบรวม
ข้อมูลจากสมาชิกและกรรมการมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดแห่งประเทศไทย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ
เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ศึกษาดังกล่าวด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร. อธิกมาส มากสู้อย)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย
รักษาการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ที่ ฮว 8606 (ขค) / 3641



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีสะเกษ
พระราชวังสนามจันทร์
อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

16 กรกฎาคม 2564

เรื่อง ขอลดลงเครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าศูนย์ศึกษาศึกษาเชิงตามอดตามพราม

ด้วย นางสาวปญญาวีร์ อาราม รหัสประจำตัว 60260909 นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีสะเกษ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง " การวิจัยและพัฒนาารูปแบบ
การสร้างเสริมสุขภาวะคนพิการทางการเห็นอย่างมีส่วนร่วมในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ " มีความประสงค์จะขอลดลง
เครื่องมือวิจัยกับคณบดีคณะศึกษาศาสตร์ศรีสะเกษ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีสะเกษ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดอนุญาตให้นักศึกษา
ดังกล่าวได้ทดลองเครื่องมือวิจัยด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.วิชิตมาส มากซู่)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ฝ่ายวิชาการและวิจัย
รักษาการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วิทยาลัยศิลป

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	บุญญาวีร์ อาราม
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2536 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วท.บ.) เกษตรศาสตร์ คณะเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
	พ.ศ. 2547 ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ศษ.ม.) สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	พ.ศ. 2566 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาพัฒนศึกษา ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

