



รายงานการวิจัย

รายงานการวิจัยย่อยที่ ๔ เรื่อง

การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย
Establishing model, measure and approach to relieve suffering
of persons with disability in Thai society

ภายใต้แผนการวิจัย เรื่อง
รูปแบบและวิธีการดับทุกข์เชิงพุทธบูรณาการสำหรับผู้พิการในสังคมไทย
Integrational
Buddhist the Models and ways to cessation
of suffering for disabilities in Thai society

โดย

นายพลศักดิ์ หอมสมบัติ

พระใบฎีกาสุพจน์ เกษนคร,ดร.

ดร.นคร จันทราช

นายกวีพล ศรีหะมงคล

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี

พ.ศ. ๒๕๖๑

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

MCU RS 610761089



รายงานการวิจัย

รายงานการวิจัยย่อยที่ ๔ เรื่อง

การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย
Establishing model, measure and approach to relieve suffering
of persons with disability in Thai society

ภายใต้แผนการวิจัย เรื่อง
รูปแบบและวิธีการดับทุกข์เชิงพุทธบูรณาการสำหรับผู้พิการในสังคมไทย Integrational
Buddhist the Models and ways to cessation
of suffering for disabilities in Thai society

โดย

นายพลศักดิ์ หอมสมบัติ

พระใบฎีกาสุพจน์ เกษนคร,ดร.

ดร.นคร จันทราช

นายกวีพล ศรีหะมงคล

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี

พ.ศ. ๒๕๖๑

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

MCU RS 610761089

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



Research Report

Sub - Research Report 4

Establishing model, measure and approach to relieve suffering
of persons with disability in Thai society

Under Research Program
Integrational Buddhist the Models and ways to cessation of suffering for
disabilities in Thai society

By

Mr. Poolsak Homsombat

Phra baidikaSuphot Ketnakorn Dr.

Dr. Nakorn Jantrarat

Mr. Kawipon Srihamongkhon

Mahachulalongkonrajavidyalaya University Ubon Ratchathani Campus

B.E 2561

Research Project Funded by Mahachulalongkonrajavidyalaya University

MCU RS 610761089

(Copyright Mahachulalongkonrajavidyalaya University)

ชื่อรายงานการวิจัย:	การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย
ผู้วิจัย:	นายพลศักดิ์ หอมสมบัติ, พระใบฎีกาสุพจน์ เกษนคร,ดร. ดร.นคร จันทราช, นายกวีพล ศรีหะมมงคล
ส่วนงาน:	มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี
ปีงบประมาณ:	๒๕๖๑
ทุนอุดหนุนการวิจัย:	มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ ๑) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ๒) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ๓) เพื่อสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ใช้รูปแบบงานวิจัยเชิงผสมผสาน โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๘๘ คน และการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒๘ คน

ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๖.๗๐ อายุ ๑๙-๒๕ ปี ร้อยละ ๓๔.๐๐ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ ๖๑.๙๐ มีรายได้ ๑,๕๐๑-๓,๐๐๐ บาท จำนวน ร้อยละ ๓๕.๑๐

๑. คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับมาก ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้พิการที่มีเพศ และรายได้ แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและเป็นรายด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ผู้พิการที่มีอายุ และระดับการศึกษา แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและเป็นรายด้าน ๓ ด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลือ คือ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าไม่แตกต่างกัน

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้พิการ สูงที่สุด คือด้านสัมพันธภาพทางสังคม รองลงมา คือ ด้านสุขภาพกาย การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว และ

การบริการที่ได้รับจากภาครัฐ ตามลำดับ นอกจากนั้นพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ

๒. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ และด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง อยู่ในระดับมาก ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้พิการที่มีเพศ อายุ และรายได้ แตกต่างกัน มีความความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลือ คือ ผู้พิการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ไม่แตกต่างกัน

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการ มากที่สุดคือการเห็นคุณค่าในตนเอง รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว การบริการที่ได้รับจากภาครัฐ เพศ อายุ และรายได้ ตามลำดับ นอกจากนั้นพบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ

๓. การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือการสร้างรูปแบบมาตรการและวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยต้องอาศัยองค์ประกอบ ๕ ด้าน คือ ๑) ส่งเสริมผู้พิการให้เข้าถึงสิทธิ สวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวกอัน เป็นสาธารณะอย่างเท่าเทียม ๒) เสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือกับองค์กรด้านผู้พิการและเครือข่าย ๓) บูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายด้านผู้พิการสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ๔) พัฒนาศักยภาพและสร้างเจตคติที่สร้างสรรค์ต่อผู้พิการและความพิการ ๕) สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ แก่ผู้พิการ

คำสำคัญ : ผู้พิการ,รูปแบบ,มาตรการ,วิธีการ,ทุกข์

Research Title: Estabishing model, measure and approach to relieve suffering of persons with disability in Thai society

Researchers: Mr.Poolsak Homsombat,
PhrabaidikaSuphot Ketnakorn
Dr.Nakorn Jantrarat,
Mr.Kawipon Srihamongkhon

Department: Mahachulalongkornrajavidyalaya University,
Ubon Ratchathani Campus.

Fiscal Year: 2561 / 2018

Research Scholarship Sponsor: Mahachulalongkornrajavidyalaya University

ABSTRACT

The objectives of this research are: 1) To study the quality of life of the handicapped in Thai society; 2) To study factors affecting the quality of life of the handicapped in Thai society; 3) To create model, measures and methods for developing quality of life among the handicapped in Thai society. Mixed research method was used by providing questionnaires among sampling group of 188 persons and interviewing target group of 28 persons.

The results of this research are as the followings

The majority 56.70 percent of the sampling groups are males. Thirty four percent aged between 19 and 25. Sixty one point nine percent were graduated from secondary schools. Thirty five point one percent earned between 1,501 and 3,000 baht a month.

1. Quality of life of the handicapped in Thai society

he quality of life of the handicapped in Thai society in total is at moderate level. Social relationship and physical health aspects are at high level. Environment and mental health aspects are at moderate level.

The handicapped with different sex and income have different quality of life in total and by aspect with significant statistics at the level of 0.05.

The handicapped with different age and level of education have different quality of life in total and in 3 aspects with significant statistics at the level of .05 and the difference has not been found for the rest in environment aspect.

In qualitative research, it has been found that the quality of life of the handicapped is at the highest level in social relationship aspect. The lower levels can be chronologically put as the followings: physical health; participation in the network of the handicapped; relationship within families; and the services received from the government sector. Furthermore, it has been found that sex, age, level of education and income has affected the quality of life of the handicapped.

2. Factors affecting quality of life of the handicapped

Factors affecting quality of life of the handicapped in Thai society in total is at the moderate level. The aspects of participation in the network and self-value of the handicapped is at high levels. The aspects of relationship within families and the services received from the government sector are at moderate level.

The handicapped with different sex, age and income have different opinion on factors affecting quality of life of the handicapped in Thai society in total and by aspects with significant statistics at .05 levels. The rest has been found that the handicapped with different level of education do not have different opinion on quality of life of the handicapped in Thai society in total and by aspects.

In qualitative research, it has been found that the highest factor affecting the quality of life of the handicapped is self-value. The lower levels can be chronologically put as the followings: participation in the network of the handicapped, relationships within families; services received from the government sector, sex, age and income. Furthermore, it has been found that level of education has not affected quality of life of the handicapped.

3. Creating model, measures and methods for developing quality of life of the handicapped in Thai society

From the result of quantitative and qualitative data analysis, it has been found that the results of both research methods are in the same direction including model, measures and methods for developing quality of life of the handicapped in Thai society that necessarily relies on the following five factors: 1) Promoting the handicapped to equally get access to their rights in public welfare and facilities 2) Enhancing strength and

cooperation among organizations of the handicapped and their networks 3) Integrating and driving the policies for the handicapped into a concrete practice 4) Developing potentials and creating constructive attitude towards the handicapped and their disability 5) Supporting and promoting Buddhist organizations to have their roles in rehabilitating the handicapped in physical, mental, social, environmental and spiritual aspects

Key word : disable people, Model, measure, the way, suffering



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณ พระสุธีรัตนบัณฑิต, รศ.ดร. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์, ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าหน้าที่ของสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ทุกท่าน ที่ช่วยให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ทุกท่าน และขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหาร คณาจารย์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานีทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้ด้วย



สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ.....	ญ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	๔
๑.๓ ปัญหาการวิจัย.....	๔
๑.๔ ขอบเขตการวิจัย	๔
๑.๕ นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	๖
๑.๖ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย.....	๖
บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๗
๒.๑ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพิการ.....	๘
๒.๑.๑ ความหมายของคนพิการ	๘
๒.๑.๒ ความหมายของความพิการ.....	๙
๒.๑.๓ สาเหตุความพิการ.....	๑๑
๒.๑.๔ ประเภทความพิการ.....	๑๒
๒.๑.๕ สถิติคนพิการ.....	๑๘
๒.๒ แนวคิดคุณภาพชีวิต	๒๔
๒.๒.๑ ความหมายและความสำคัญของคุณภาพชีวิต	๒๔
๒.๒.๒ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต	๓๐
๒.๒.๓ ดัชนีชี้วัด และการประเมินคุณภาพชีวิต.....	๓๒
๒.๓ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ	๓๖
๒.๓.๑ ที่มาของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในช่วงแผนพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ - ๕.....	๓๖
๒.๓.๒ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕.....	๔๓
๒.๓.๓ ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการไทย	๔๔

๒.๔ แนวคิดสิทธิมนุษยชน	๔๘
๒.๔.๑ ความหมายของสิทธิมนุษยชน	๔๘
๒.๔.๓ หลักการของสิทธิมนุษยชน	๕๑
๒.๔.๔ แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับที่ ๓	๕๓
๒.๕ แนวคิดสุขภาวะ	๕๘
๒.๕.๑ ความหมายของสุขภาวะหรือสุขภาพ	๕๘
๒.๕.๒ ระดับของสุขภาพ	๖๕
๒.๕.๓ ความสำคัญของสุขภาพ	๖๖
๒.๕.๔ ตัวกำหนดสุขภาพ	๖๘
๒.๕.๕ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะเชิงพุทธ	๗๖
๒.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๘๑
๒.๗ กรอบแนวคิดในการวิจัย	๘๙
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	๙๐
๓.๑ รูปแบบการวิจัย	๙๐
๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มเป้าหมาย	๙๑
๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	๙๓
๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล	๙๕
๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล	๙๕
๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	๙๖
บทที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	๙๘
๔.๑ ผลวิจัยเชิงปริมาณ	๙๙
๔.๒ ผลวิจัยเชิงคุณภาพ	๑๒๒
๔.๓ รูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย	๑๒๕
บทที่ ๕ สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ	๑๒๙
๕.๑ สรุปผลการวิจัย	๑๒๙
๕.๒ อภิปรายผล	๑๓๓
๕.๒ ข้อเสนอแนะ	๑๓๙
บรรณานุกรม	๑๔๑
ภาคผนวก	๑๔๘
ภาคผนวก ก บทความการวิจัย	๑๔๙
ภาคผนวก ข กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำผลจากโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์	๑๖๐

ภาคผนวก ค ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่วางแผนไว้และกิจกรรมที่ดำเนิน	
การมาและผลที่ได้รับของโครงการวิจัย	๑๖๒
ภาคผนวก ง แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	๑๖๕
ภาคผนวก ฉ ภาพการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล	๑๗๓
แบบสรุปโครงการ.....	๑๘๑
ประวัติผู้วิจัย	๑๘๘



คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

๑. คำย่อภาษาไทย

อักษรย่อพระไตรปิฎกในงานวิจัยฉบับนี้ ใช้อ้างอิงจากพระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ๒๕๓๙ การอ้างอิงใช้ระบบระบุ เล่ม/ ข้อ/ หน้า หลังคำย่อชื่อคัมภีร์ ดังตัวอย่างเช่น ที.ม. (ไทย) ๑๐/ ๑๖/ ๑๐ หมายถึง ทีฆนิกาย มหาวรรค พระไตรปิฎก เล่มที่ ๑๐ ข้อ ๑๖ หน้า ๑๐

พระสุตตันตปิฎก

ที.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย มหาวรรค (ภาษาไทย)
ที.ปา. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย ปาฎิกวรรค (ภาษาไทย)
ม.มฺ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มูลปณณาสก์ (ภาษาไทย)
ม.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มัชฌิมปณณาสก์ (ภาษาไทย)
ม.อ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย อุปริปณณาสก์ (ภาษาไทย)
ส.ส. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย สคาถวรรค (ภาษาไทย)
อง.เอกก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย เอกกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.จตุกก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย จตุกกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.อฏฐก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย ทสกนิบาต (ภาษาไทย)
ขุ.ธ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก ขุททกนิกาย ธรรมบท (ภาษาไทย)
ขุ.ชา. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก ขุททกนิกาย มหานิทเทส (ภาษาไทย)

๒. คำย่อภาษาบาลี

การใช้คำย่อ พระไตรปิฎกบาลี ที่อ้างอิงในงานวิจัยฉบับนี้ อ้างอิงจาก ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ๒๕๐๖ มีคำย่อ ดังนี้

ที. สී. อ. (บาลี)	=	ทีฆนิกาย สุมังคลวิลาสินี สीलชนธวคคอนุฎฐกา (ภาษาบาลี)
-------------------	---	--

๓. คำอธิบายโดยมีสัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอข้อมูล

n	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
X	แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (Arithmetic Mean)
S.D.	แทน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
T	แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน (t- Distribution)
F	แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน (F- Distribution)
*	แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕
p / Sig.	แทน ความน่าจะเป็นที่จะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (Probability)

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามมาตรา ๒๗ แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ได้ระบุว่า บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครอง ตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะกระทำมิได้ มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพ ได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม^๑

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ กำหนดวิสัยทัศน์ “คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง ดำรงชีวิตอิสระ ในสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันอย่างยั่งยืน” ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งความเท่าเทียม(EQUAL) ได้แก่ เสริมพลังคนพิการและองค์กรด้านคนพิการให้มีศักยภาพและความเข้มแข็ง (Empowerment) พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ จัดการเลือกปฏิบัติเพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง (Quality Management) เสริมสร้างความเข้าใจและเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการและความพิการ (Understanding) สร้างสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะที่ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (Accessibility) ส่งเสริมการบูรณาการเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างยั่งยืน (Linkage)^๒

^๑ กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐, (กรุงเทพมหานคร :สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ,๒๕๖๐), หน้า ๘.

^๒ คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔, (กรุงเทพมหานคร :กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, ๒๕๖๐), หน้า ๑๙-๒๑.

คนพิการถือว่าเป็นบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือ เข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป^๓ ด้วยเหตุที่ว่าสภาพความพิการของผู้พิการให้ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการของภาครัฐเอกชนที่ให้ความช่วยเหลือได้สะดวก ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาล การศึกษา การสนับสนุนด้านอาชีพ และอุปสรรคข้อใหญ่อีกข้อหนึ่ง คือ ทัศนคติ รวมถึงข้อรังเกียจของคนในชุมชน และสังคมที่มีต่อผู้พิการ ถูกถูกและกีดกันคนพิการจากสังคมทั่วไป ผู้พิการต้องเผชิญกับความกดดันหลากหลายรูปแบบ เช่น ปัญหาที่สัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ คนพิการที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ จะรู้สึกอับอาย ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สะสมมากขึ้นจนเกิดเป็นความทุกข์ทั้งกายและใจ

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกรายงานขณะนี้ประชากรโลกพิการประมาณ ๖๕๐ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๑๐ ของประชากรโลกทั้งหมด ในส่วนของประเทศไทย รายงานของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ล่าสุดในเดือน สิงหาคม ๒๖๐ มีคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว ๑.๘ ล้านกว่าคน เกือบร้อยละ ๕๐หรือจำนวน ๘๗๕,๗๑๗ คน พิกัดทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นกลุ่มคนพิการที่พบมากอันดับ ๑ ของประเทศ ประชากรของโลกอย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ เป็นคนพิการคนพิการ โดยส่วนมากอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งตกอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความยากจนคนพิการคนพิการจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีศักยภาพน้อยที่สุดและตกอยู่ในความเสี่ยงสูงสุดกลุ่มหนึ่งของโลกและคนพิการมักรู้สึกตัวว่าตนเองมีมลทินและมักจะประสบกับปัญหาเรื่องการกีดกัน ทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ การศึกษา และโอกาสในการมีความเป็นอยู่ที่ดีในระดับที่จำกัด^๔

องค์การสหประชาชาติได้ประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิคนพิการ ค.ศ. ๑๙๗๕ (Declaration on the Rights of Disabled Persons, 1975) และประกาศให้ พ.ศ. ๒๕๒๔ เป็นปีคนพิการสากล (United Nations International Year of Disabled Persons, 1981 หรือ IYDP) เพื่อให้รัฐสมาชิกทั่วโลกได้ตระหนักถึงสิทธิของคนพิการ โดยได้เน้นเรื่องความเสมอภาค แห่งสิทธิและโอกาส หมายถึง การที่คนพิการจะต้องสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป และเป็นหน้าที่ของสังคมหรือรัฐที่จะต้องจัดหมายที่จำกัดสิทธิหรืออุปสรรคต่าง ๆ เพื่อที่จะทำให้คนพิการมีส่วนร่วมใน

^๓ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, แผนปฏิบัติการ, (กรุงเทพมหานคร : กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวง, ๒๕๖๐), หน้า ๔.

^๔ มยุรี ผิวสุวรรณและคณะ, CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community Based Rehabilitation), (กรุงเทพมหานคร : พรีเมียม เอ็กซ์เพรส, ๒๕๕๖), หน้า ๑๑.

สังคมอย่างเต็มที่นับตั้งแต่บัดนั้นมาคนพิการเริ่มตื่นตัวมากขึ้นเนื่องจากสภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป คนพิการต้องต่อสู้เพื่อสิทธิของตนเองมากขึ้น จึงมีผลให้องค์กรของคนพิการเกิดขึ้นอีกหลายองค์กร^๕

ในปัจจุบันประเทศไทยจึงได้มีหน่วยงานทั้งภาครัฐภาคเอกชนที่ดำเนินการช่วยเหลือพัฒนา คนพิการ ทั้งในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ และตำบล ในแงกฎหมาย ได้มีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. ๒๕๖๐ รวมถึงกฎกระทรวงต่าง ๆ ซึ่งกำหนดไว้ชัดเจนถึงการแบ่ง ประเภทคนพิการ การคุ้มครอง สงเคราะห์ พื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ และการพัฒนาคนพิการในด้าน ต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยยึดหลักการสิทธิมนุษยชน (Human Rights) เน้นและเชื่อในเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งหมายถึงมนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีและความ เสมอภาคเท่าเทียมกัน คนพิการถือเป็นมนุษย์คนหนึ่ง ก็มีสิทธิศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับบุคคลอื่นด้วยเช่นกัน สิทธินั้นรวมถึงการตัดสินใจ การได้รับบริการด้านต่าง ๆ ด้านการแพทย์การศึกษา อาชีพ และการอยู่ร่วม อยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมของตนเอง สอดคล้องกับคำปราชญ์ ของพลเอก ประยุทธ์ จันทร์ โอชา นายกรัฐมนตรีเนื่องในโอกาส “ วันคนพิการสากล ” วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๐ ว่ารัฐบาลได้ กำหนดประเด็นหลัก (Theme) คือ “ การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมที่ยั่งยืนสำหรับทุกคน (Transformation towards sustainable and resilient society for all) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง ตามเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน ในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ ภายใต้แนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้าง หลัง” (Leave no one behind) รัฐบาลมีนโยบายมุ่งมั่นขับเคลื่อนการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของ ประเทศตั้งแต่ระดับฐานราก เพื่อพัฒนาประเทศสู่สังคม “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” และยกระดับคุณภาพ ชีวิตของประชาชนคนไทยให้มีความอยู่ดี กินดี มีความสุข ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Leave no one behind) จึงได้ให้ความสำคัญในการเร่งแก้ไขปัญหาคอขวดทางสังคม และสร้างโอกาสให้ ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการของภาครัฐ และสวัสดิการทางสังคมให้ทั่วถึงทุกพื้นที่ทั่ว ประเทศอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการในทุก ๆ ด้าน ภายใต้การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคมตามนโยบาย ประชาธิปไตยเพื่อสังคม โดยร่วมมือกันส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสำหรับคนพิการและมุ่งเสริมสร้างสังคมที่ปราศจากอุปสรรค และการจัดสวัสดิการให้ความ ช่วยเหลือคนพิการในด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสม เช่น การให้สวัสดิการเบี้ยยังชีพคนพิการ สวัสดิการด้าน การแพทย์และสาธารณสุข ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา และด้านการกีฬาอย่างเสมอภาค เท่าเทียม ทั่วถึง และเป็นธรรม ตลอดจนการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐาน การเข้าถึงสวัสดิการและ บริการสาธารณะอย่างทั่วถึงโดยไม่เลือกปฏิบัติ รวมถึงส่งเสริมให้มีการสร้างอาชีพและสนับสนุนให้คน

^๕ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความ มั่นคงของมนุษย์, อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), (กรุงเทพมหานคร : หจก.ไอเดี่ยี สแควร์, ๒๕๕๒), หน้า ๑๖๕-๑๗๓.

พิกการมีงานทำในสถานประกอบการ เพื่อหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว และสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและในปีนั้รัฐบาลร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน จัดงานมหกรรมอารยสถาปัตย์และนวัตกรรมสุขภาพเพื่อคนทั้งมวล ครั้งที่ ๒ ขึ้น เพื่อบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในรูปแบบประชารัฐ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ลดความเหลื่อมล้ำ เสริมสร้างสังคม การให้เกียรติ โอกาส และกำลังใจ เพื่อให้คนพิการได้รับการพัฒนาศักยภาพการคุ้มครอง การส่งเสริมสิทธิ และการจัดสวัสดิการอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม^๖

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทยเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทั้งทางกายและใจสำหรับผู้พิการเพื่อช่วยให้มีความเข้มแข็ง สามารถช่วยให้สังคมไทยได้พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ทรงคุณค่าต่อไป

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ๑.๒.๑ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย
- ๑.๒.๒ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย
- ๑.๒.๓ เพื่อสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๑.๓ ปัญหาการวิจัย

- ๑.๓.๑ คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยเป็นอย่างไร
- ๑.๓.๒ อะไรเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย
- ๑.๓.๓ จะสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยอย่างไร

๑.๔ ขอบเขตการวิจัย

๑.๔.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย

^๖ รัฐบาลไทย - ข่าวทำเนียบรัฐบาล-คำปราศรัย พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา (ออนไลน์) : <https://www.thaigov.go.th/news/> (๒ ธันวาคม ๒๕๖๐).

๑.๔.๒ ขอบเขตด้านประชากรในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จะแบ่งออกเป็นตามรูปแบบการวิจัย กล่าวคือ

๑) ประชากรในการวิจัย คือ ผู้พิการ ผู้บริหารองค์กรคนพิการ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลคนพิการ ใน

๑.๑) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี

๑.๒) สมาคมคนพิการโคราช ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัด นครราชสีมา

๑.๓) มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ เมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัด ชลบุรี

๑.๔) ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการหายาดฝน ตำบลสนมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัด เชียงใหม่ จำนวน ๓๕๓ คน

๒) กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้พิการใน

๒.๑) สถานสงเคราะห์คนพิการจังหวัดอุบลราชธานี ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบล

๒.๒) สมาคมคนพิการโคราช ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัด นครราชสีมา

๒.๓) มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ เมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัด ชลบุรี

๒.๔) ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการหายาดฝน ตำบลสนมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัด เชียงใหม่ จำนวน ๒๐ คน ผู้บริหารองค์กรคนพิการ ๔ คน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลคนพิการ ๔ คน รวม ๒๘ คน

๓) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ ผู้พิการใน

๓.๑) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี

๓.๒) สมาคมคนพิการโคราช ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัด นครราชสีมา

๓.๓) มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ เมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัด ชลบุรี

๓.๔) ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการหายาดฝน ตำบลสนมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัด เชียงใหม่ จำนวน ๑๘๘ คน

๑.๕ นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

๑.๕.๑ รูปแบบ หมายถึง แบบแผนในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้พิการในสังคมไทย

๑.๕.๒ มาตรการ หมายถึง วิธีการที่จะปรับเข้าไปสู่ผลสำเร็จต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๑.๕.๓ คุณภาพชีวิต หมายถึง ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งของตนเอง และของสังคม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้ครอบคลุมไปถึง ความปลอดภัย สิทธิ และเสรีภาพ

๑.๕.๔ ผู้พิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือ เข้าไปมี ส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือ เข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

๑.๕.๕ การดับทุกข์ของผู้พิการ หมายความว่า ผู้พิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดสวัสดิการการส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ เอื้อต่อการเสริมสร้างศักยภาพด้าน พฤติกรรม จิตใจ และปัญญาของผู้พิการ

๑.๖ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

๑.๖.๑ ได้ทราบคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๑.๖.๒ ได้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๑.๖.๓ ได้รูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ซึ่งมีหัวข้อดังต่อไปนี้ คือ

๒.๑ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพิการ

- ๒.๑.๑ ความหมายของคนพิการ
- ๒.๑.๒ ความหมายของความพิการ
- ๒.๑.๓ สาเหตุของความพิการ
- ๒.๑.๔ ประเภทของความพิการ
- ๒.๑.๕ สถิติคนพิการ

๒.๒ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต

- ๒.๒.๑ ความหมายและความสำคัญของคุณภาพชีวิต
- ๒.๒.๒ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- ๒.๒.๓ ดัชนีชี้วัด และการประเมินคุณภาพชีวิต

๒.๓ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

- ๒.๓.๑ ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในช่วงแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ - ๔ (ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๒๕๕๙)
- ๒.๓.๒ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔
- ๒.๓.๓ ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการไทย

๒.๔ แนวคิดสิทธิมนุษยชน

- ๒.๔.๑ ความหมายของสิทธิมนุษยชน
- ๒.๔.๒ ขอบเขตของสิทธิมนุษยชน
- ๒.๔.๓ หลักการของสิทธิมนุษยชน
- ๒.๔.๔ แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑)

๒.๕ แนวคิดสุขภาวะ

- ๒.๕.๑ ความหมายของสุขภาวะหรือสุขภาพ
- ๒.๕.๒ ระดับของสุขภาพ

๒.๕.๓ ความสำคัญของสุขภาพ

๒.๕.๔ ตัวกำหนดสุขภาพ

๒.๕.๕ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพะเชิงพุทธ

๒.๖ กรอบแนวคิดในการวิจัย

๒.๗ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพิการ

๒.๑.๑ ความหมายของคนพิการ (Disabled Person)

คนพิการหมายถึงคนที่มีความผิดปกติ หรือบกพร่องทางร่างกายทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ^๑

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ให้คำนิยามของคำว่า “คนพิการ” (disabled persons) ไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (Declaration on the Rights of Disabled Persons) ไว้ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งไม่สามารถสร้างหลักประกันให้แก่ตนเองไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน ในด้านสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตในฐานะปัจเจกบุคคลหรือในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทั่วไป เนื่องจากความสามารถทางร่างกายและจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ ไม่ว่าจะเป็มาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization, ILO) ให้คำนิยามของคำว่า “คนพิการ” (disabled persons) หมายถึง บุคคลที่มีหนทางในการสร้างความมั่นคง หรือการรักษาไว้ หรือการแสวงหาความก้าวหน้าในอาชีพการงานที่เหมาะสมของตนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจที่ปรากฏอย่างชัดเจน^๒

คนพิการในความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕ ให้คำนิยามว่า “พิการ” หมายถึง เสียอวัยวะ มีแขน มีขา เป็นต้น เสียไปจากสภาพเดิม^๓

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ ที่ในมาตรา ๔ ได้ อธิบายความหมายคนพิการ ว่าหมายถึง คนที่มีข้อจำกัดของความสามารถในการดำรงชีวิต เช่น การทำ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การเดินหรือเคลื่อนที่ไปไหนมาไหนด้วยตนเอง การสื่อสารกับผู้อื่น ตลอดจน

^๑ พระราชบัญญัติ, พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, พ.ศ.๒๕๓๔, มาตรา ๔.

^๒ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, (กรุงเทพฯ : หก.ไอเดีย สแควร์, ๒๕๕๒), หน้า ๑๖๕-๑๗๐.

^๓ ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, (กรุงเทพมหานคร : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์ ,๒๕๕๓) หน้า ๕๘๔.

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมตามวัยและสถานะของตนซึ่งข้อจำกัดนี้ เกิดจากการมีความบกพร่องของร่างกาย อารมณ์หรือสติปัญญา หรือการมีภาวะบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางอย่าง ซึ่งเป็นการกำหนดจากมุมมองที่เป็นบูรณาการ แต่การจำแนกความพิการเป็นประเภทต่าง ๆ ยังคงตั้งอยู่บนมุมมองด้านการแพทย์ คือตามลักษณะความบกพร่องของการทำงานของร่างกาย เพื่อง่ายต่อการประเมินและวินิจฉัยความพิการ (ตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการที่ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๒) ซึ่งแบ่งได้เป็น ๖ ประเภท^๔ คือ

- ๑) ความพิการทางการเห็น ได้แก่ คนตาบอด คนสายตาสั้นหรือตาบอด
- ๒) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่ คนหูหนวก คนหูตึง คนพูดไม่ได้
- ๓) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ คนเป็นอัมพาต แขนขาขาด
- ๔) ความพิการทางจิตหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก ได้แก่ บุคคลที่มีภาวะจิตเวชเรื้อรัง บุคคลออทิสติก

๕) ความพิการทางสติปัญญา ได้แก่ บุคคลที่เป็นดาวน์ซินโดรม

๖) ความพิการทางการเรียนรู้

คนพิการแต่ละประเภท อาจมีระดับความรุนแรงของความพิการแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ระดับความรุนแรงจะเป็นตัวสะท้อนความจำเป็นในการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพ อุปกรณ์เครื่องช่วย ผู้ช่วยเหลือ และการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน

สรุปได้ว่า คนพิการ หมายถึง คนที่มีความบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญา หรือจิตใจ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหมือนคนปกติทั่วไป

๒.๑.๒ ความหมายของความพิการ (Meaning of Disability)

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)^๕ (บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ ให้เหมาะสมกับการใช้งานด้านความพิการในประเทศไทย) ได้ให้ความหมายของความพิการ ว่าคือสิ่งที่ส่งผล ดังนี้

ความบกพร่อง (Impairment) หมายถึง การสูญเสียหรือความผิดปกติของโครงสร้างของร่างกายหรือการใช้งานของร่างกาย (รวมถึงการทำงานด้านจิตใจ) ที่สังเกตหรือเห็นได้ชัดดังนั้นความ

^๔ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, การจัดการความรู้ และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:ประสบการณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ, (นนทบุรี : บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, ๒๕๕๓), หน้า ๒๗-๒๘.

^๕ Leonard, M. Definition of Disability: the contribution of EU-MHADIE project to the international debate. [online]. www.mhadie.it/getDocument.aspx?FileID=158. [cited 2006 July 28]

บกพร่องจะพิจารณาที่ “อวัยวะ” หรือ “ระบบการทำงาน” ของส่วนต่าง ๆ ของมนุษย์ เช่น ตาบอด หูหนวก เป็นใบ้ อัมพาต ออทิสติก เป็นต้น

ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitation) หมายถึง ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมของแต่ละบุคคล เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปที่มีสุขภาพปกติในวัยเดียวกันควรจะได้ อาจมีความยากลำบากได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับมากดังนั้นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมจะพิจารณาที่ “ความสามารถ” ของบุคคลโดยรวมว่าสามารถทำกิจกรรมหนึ่งๆจนเสร็จสิ้นได้หรือไม่ ถ้าได้จะต้องทำด้วยความลำบากหรือไม่โดยไม่สนใจว่าบุคคลนั้นมีความบกพร่องอะไรบ้าง

ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation restriction) หมายถึง ปัญหาที่บุคคลประสบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หนึ่งของชีวิตโดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่บุคคลนั้นทำได้กับสิ่งที่คาดหวังว่าบุคคลที่ไม่มีความพิการสามารถทำได้ในสังคม หรือวัฒนธรรมเดียวกันเช่นการประกอบอาชีพการเดินทาง การดูแลบุตรการทำงานบ้านและการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น

ความพิการ อาจถูกอธิบาย ให้ความหมาย หรือสร้างคำจำกัดความ ผ่านมุมมองที่แตกต่างกันหลากหลาย^๖ ได้แก่

๑) มุมมองเชิงสงเคราะห์(Charitable model of disability) มองความพิการเป็นเรื่องความผิดปกติ สูญเสีย ด้อยโอกาสของบุคคล ที่ควรได้รับความสงสาร เห็นใจและสงเคราะห์ช่วยเหลือให้อยู่รอดในสังคม แนวคิดนี้แม้จะเกื้อกูลกันอยู่บ้าง แต่ก็มักจะปิดบังหรือจำกัดโอกาสที่มนุษย์จะได้ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ หรือในบางกรณีอาจเป็นการจำกัดหรือละเมิดสิทธิความเป็นมนุษย์ของกันและกันไปโดยไม่รู้ตัว

๒) มุมมองทางการแพทย์(Medical model of disability) อธิบายว่า ความพิการเป็นผลพวงของการมีพยาธิสภาพของโรคหรือการบาดเจ็บ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ก่อให้เกิดร่องรอยที่เป็นความบกพร่อง(Impairment) ของอวัยวะหรือร่างกาย ซึ่งส่งผลให้มีการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ(Disability) จนหมดโอกาสหรือ กลายเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม(Handicapped) ดังนั้นมุมมองนี้จึงเห็นว่า ความพิการเป็นปัญหาของบุคคล การแก้ไขปัญหาจึงเน้นที่การจัดบริการส่วนบุคคลให้เพียงพอ

๓) มุมมองทางสังคม(Social model of disability) อธิบายว่าความพิการเกิดจากการที่สภาพแวดล้อม และเงื่อนไขต่างๆในสังคมไม่มีการจัดการอย่างเหมาะสม จึงไม่ตอบสนองต่อความแตกต่างหลากหลายของมนุษย์ ดังนั้นจึงมองว่าความพิการเป็นปัญหาทางสังคม การแก้ไขปัญหาจึงให้ความสำคัญกับการจัดการกับสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขต่างๆทางสังคม

^๖ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, การจัดการความรู้ และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:ประสบการณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ, ๒๕๕๓, หน้า ๒๕-๒๗.

๔) มุมมองแบบบูรณาการ(Bio-Psycho-Social model of disability) อธิบายว่า ความพิการเป็นองค์ประกอบหนึ่งของภาวะสุขภาพของบุคคล ที่เป็นผลรวมของสภาพและการทำงานของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของบุคคล และการมีโอกาสร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายต่อตนเอง ภายใต้บริบทแวดล้อมหนึ่งๆ ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นมุมมองที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถของบุคคล เทาเทียมกับการร่วมกันจัดการสภาพแวดล้อม ทัศนคติ และเงื่อนไขทางสังคมให้เอื้อต่อการอยู่ร่วมกันอย่างสมดุลของมนุษย์ที่มีความแตกต่างหลากหลาย

๒.๑.๓ สาเหตุความพิการ

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก (World Health Organization Expert Committee) ได้จำแนกสาเหตุของความพิการทางการแพทย์ไว้^๗ ดังนี้

๑) ความพิการแต่กำเนิด อาจมีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ เช่น โรคอัมพาตกล้ามเนื้อลีบ ปัญญาอ่อน ตาบอด หูหนวก หรืออาจมีสาเหตุที่ไม่ใช่จากกรรมพันธุ์ เช่น มารดาติดเชื้อหัดเยอรมันในระยะตั้งครรภ์ ๓ เดือนแรก มารดากินยาแก้แพ้ แก้ปวด หรือยาคลายอารมณ์เครียดระหว่างตั้งครรภ์ รวมทั้งสาเหตุที่เกิดจากความผิดปกติต่าง ๆ ในระหว่างคลอด

๒) โรคติดต่อ เช่น โปลิโอ เนื่องจากการติดเชื้อไวรัส เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อวัณโรค เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส ปัญญาอ่อน เนื่องจากการติดเชื้อหัดเยอรมัน ขณะตั้งครรภ์ ในระยะ ๓ เดือนแรก

๓) โรคที่ไม่ติดต่อ เช่น โรคกระดูกผุเป็นหนอง โรคข้ออักเสบ ปวดหลัง กระดูกสันหลังโก่งหรือคด หูหนวก หูตึง ตาบอด เบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคลมชัก

๔) โรคจิต เช่น โรคประสาทซึมเศร้า โรคประสาทชนิดย้ำคิดย้ำทำ โรคประสาทชนิดโฟเบีย (phobia เป็นความกลัวที่ผิดปกติ)

๕) โรคพิษสุราเรื้อรัง และการติดยาเสพติดต่างๆ

๖) ภัยอันตรายและการบาดเจ็บ เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ เช่น จากการสัญจร ทางบก ทางน้ำ หรือทางอากาศ จากอาวุธที่เป็นอันตราย ยาอันตรายบางชนิด น้ำยาเคมีต่างๆ จากเมล็ดผลไม้บางชนิด หรือของเล่นหลุดเข้าไปในจมูกหรือหลอดลม

๗) ภาวะทุพโภชนาการ คือ การขาดสารอาหารที่ทำให้ตาบอด หรือพัฒนาการทางสมอง

๘) สาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะมลพิษของสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับพิษไอปรอทเรื้อรัง หรือการได้ยินเสียงอึกทึกเป็นประจำ การรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกวิธี การฆ่าตัวตายแต่ไม่ตาย เป็นต้น

^๗ สาเหตุของความพิการ - สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่มที่ ๑๖. (ออนไลน์)
<http://kanchanapisek.or.th/>. (๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑)

๒.๑.๔ ประเภทความพิการ

คนพิการแต่ละประเภทมีรายละเอียดความพิการในประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่สอง) ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่สอง) พ.ศ. ๒๕๕๖^๔ กำหนดลักษณะ ดังนี้

๑) ความพิการทางการมองเห็น

(๑) ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็นเมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับต่ำกว่า ๓ ส่วน ๖๐ เมตร (๓/๖๐) หรือ ๒๐ ส่วน ๔๐๐ ฟุต (๒๐/๔๐๐) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า ๑๐ องศา

(๒) ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็นเมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับตั้งแต่ ๓ ส่วน ๖๐ เมตร (๓/๖๐) หรือ ๒๐ ส่วน ๔๐๐ ฟุต (๒๐/๔๐๐) ไปจนถึงต่ำกว่า ๖ ส่วน ๑๘ เมตร (๖/๑๘) หรือ ๒๐ ส่วน ๗๐ ฟุต (๒๐/๗๐) หรือมีลานสายตาแคบกว่า ๓๐ องศา

๒) ความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย

(๑) หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางทางการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ ๕๐๐ เฮิรตซ์ ๑,๐๐๐ เฮิรตซ์ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง ๙๐ เดซิเบลขึ้นไป

(๒) หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินเมื่อตรวจวัดการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ ๕๐๐ เฮิรตซ์ ๑,๐๐๐ เฮิรตซ์ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า ๙๐ เดซิเบลลงมาถึง ๔๐ เดซิเบล

(๓) ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

^๔ พระราชบัญญัติ, พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, ฉบับที่สอง. มาตรา ๑

๓) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

(๑) ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากการสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

(๒) ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่อง หรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

๔) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

(๑) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

(๒) ความพิการออทิสติก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง และความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุ ๒ ปีครึ่ง ทั้งนี้ให้รวมถึงการวินิจฉัย กลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอร์เกอร์ (Asperger)

๕) ความพิการทางสติปัญญา

การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ ๑๘ ปี

๖) ความพิการทางการเรียนรู้

การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่านการเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์ มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

๗) ความพิการทางออทิสติก

การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองและความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุสองปีครึ่ง ทั้งนี้ให้รวมถึงการวินิจฉัยออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอร์เกอร์

นอกเหนือจากการให้คำนิยามของความพิการหรือคนพิการแตกต่างกันแล้ว ในการกำหนดประเภทของความพิการก็มีความแตกต่างเช่นเดียวกัน ดังจะเห็นได้จากการแบ่งประเภทความพิการของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข^๔

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๓๗) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔ โดยแบ่งประเภทของคนพิการไว้ ๕ ประเภท ดังนี้

- ๑) คนพิการทางการมองเห็น ได้แก่
 - ก) คนที่มีสายตาข้างที่ตีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้วมองเห็นน้อยกว่า ๖/๑๘ หรือ ๒๐/๗๐ ลงไปจนมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่างหรือ
 - ข) คนที่มีลานสายตาแคบกว่า ๓๐ องศา
- ๒) คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ได้แก่
 - ก) คนที่ได้ยินเสียงที่ความถี่ ๕๐๐ เฮิรตซ์ ๑,๐๐๐ เฮิรตซ์ หรือ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ตีกว่า ที่มีความดังเฉลี่ยดังต่อไปนี้
 - สำหรับเด็กอายุไม่เกิน ๗ ปี เกิน ๔๐ เดซิเบลขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง
 - สำหรับคนทั่วไปเกิน ๕๕ เดซิเบลขึ้นไป จนไม่ได้ยินเสียง หรือ
 - ข) คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเข้าใจ หรือการใช้ภาษาพูดจนไม่สามารถสื่อความหมายกับคนอื่นได้
- ๓) คนพิการทางการกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่
 - ก) คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือ
 - ข) คนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติทั่วไป
- ๔) คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ ความคิดจนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น
- ๕) คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญาหรือสมองจนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้

^๔ พวงแก้ว กิจธรรม, **ประเภทของคนพิการ**. (ออนไลน์) <http://sichon.wu.ac.th/file/pt-shh-๒๐๑๑๐๑๒๐-๑๗๑๕๕๐-LGxcP.pdf>. (๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑)

กระทรวงศึกษาธิการโดยคณะกรรมการคัดเลือกและจำแนกความต้องการเพื่อการศึกษา (พ.ศ. ๒๕๔๓) ได้กำหนดประเภทของนักเรียนพิการหรือที่มีความบกพร่องไว้ ๙ ประเภท ดังนี้

๑) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการเห็นตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงตาบอดสนิท อาจแบ่งได้ ๒ กลุ่มย่อย คือ

(๑) คนตาบอด หมายถึง คนที่สูญเสียการเห็นมากจนต้องใช้อ่านอักษรเบรลล์ หรือใช้วิธีการฟังเทป หรือหนังสือเสียง หากตรวจวัดความชัดของสายตาส่งดีเมื่อแก้ไขแล้วอยู่ในระดับ ๖ ส่วน ๖๐ เมตร (๖/๖๐) หรือ ๒๐ ส่วน ๒๐๐ ฟุต (๒๐/๒๐๐) ลงมาจนถึงตาบอดสนิท (หมายถึง คนตาบอดสามารถมองเห็นวัตถุได้ในระยะห่างน้อยกว่า ๖ เมตร หรือ ๒๐ ฟุต ในขณะที่คนปกติสามารถมองเห็นวัตถุเดียวกันในระยะห่าง ๖๐ เมตร หรือ ๒๐๐ ฟุต) หรือมีลานสายตาแคบกว่า ๒๐ องศา (หมายถึง สามารถมองเห็นได้กว้างน้อยกว่า ๒๐ องศา)

(๒) คนเห็นเลือนราง หมายถึง คนที่สูญเสียการเห็นแต่ยังสามารถอ่านอักษรตัวพิมพ์ที่ขยายใหญ่ได้ หรือต้องใช้แว่นขยายอ่าน หากตรวจวัดความชัดของสายตาส่งดีเมื่อแก้ไขแล้วอยู่ในระดับระหว่าง ๖ ส่วน ๑๘ เมตร (๖/๑๘) หรือ ๒๐ ส่วน ๗๐ ฟุต (๒๐/๗๐) ถึง ๖ ส่วน ๖๐ เมตร (๖/๖๐) หรือ ๒๐ ส่วน ๒๐๐ ฟุต (๒๐/๒๐๐) หรือมีลานสายตาแคบกว่า ๓๐ องศา (๖/๑๘ ถึง ๖/๖๐ เมตร หรือ ๒๐/๗๐ ถึง ๒๐/๒๐๐ ฟุต)

๒) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน หมายถึง คนที่สูญเสียการได้ยินตั้งแต่ระดับรุนแรงจนถึงระดับน้อย แบ่งได้เป็น ๒ กลุ่มย่อย ดังนี้

(๑) คนหูหนวก หมายถึง คนที่สูญเสียการได้ยินมากจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางการได้ยิน ไม่ว่าจะใส่หรือไม่ใส่เครื่องช่วยฟังก็ตาม โดยทั่วไปหากตรวจวัดการได้ยินจะสูญเสียการได้ยินประมาณ ๙๐ เดซิเบลขึ้นไป หมายถึง คนปกติเริ่มได้ยินเสียงเมื่อเสียงดังไม่เกิน ๒๕ เดซิเบล แต่คนหูหนวกจะเริ่มได้ยินเสียงเมื่อเสียงดังมากกว่า ๙๐ เดซิเบล จึงต้องใช้ภาษามือเป็นหลักในการสื่อสาร

(๒) คนหูตึง หมายถึง คนที่มีการได้ยินเหลืออยู่พอเพียงที่จะรับข้อมูลผ่านทางการได้ยิน โดยทั่วไปจะใส่เครื่องช่วยฟัง และหากตรวจวัดการได้ยินจะพบว่ามี การสูญเสียการได้ยินน้อยกว่า ๙๐ เดซิเบลลงมาถึง ๒๖ เดซิเบล หมายถึง คนปกติเริ่มได้ยินเสียง เมื่อเสียงดังไม่เกิน ๒๕ เดซิเบล แต่คนหูตึงจะเริ่มได้ยินเสียงที่ดังมากกว่า ๒๖ เดซิเบลขึ้นไปจนถึง ๙๐ เดซิเบล อาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้ดังนี้

(ก) หูตึงเล็กน้อย เริ่มได้ยินเสียงที่มีระดับ ๒๖ - ๔๐ เดซิเบล

(ข) หูตึงปานกลาง เริ่มได้ยินเสียงที่มีระดับ ๔๑ - ๕๕ เดซิเบล

(ค) หูตึงมาก เริ่มได้ยินเสียงที่มีระดับ ๕๖ - ๗๐ เดซิเบล

(ง) หูตึงรุนแรง เริ่มได้ยินเสียงที่มีระดับ ๗๑ - ๙๐ เดซิเบล

๓) บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง คนที่มีพัฒนาการช้ากว่าคนทั่วไป เมื่อวัดระดับเชาว์ปัญญาโดยใช้แบบทดสอบมาตรฐานแล้ว ระดับเชาว์ปัญญาต่ำกว่าคนทั่วไป และความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำกว่าเกณฑ์ทั่วไปอย่างน้อย ๒ ทักษะหรือมากกว่า ทักษะ

เหล่านี้ ได้แก่ ทักษะการสื่อความหมาย ทักษะทางสังคม ทักษะการใช้สาธารณสมบัติ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการดำรงชีวิตในบ้าน ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะการใช้เวลาว่างและการทำงาน ซึ่งลักษณะความบกพร่องทางสติปัญญาจะพบตั้งแต่แรกเกิดจนถึงก่อนอายุ ๑๘ ปี อาจแบ่งความบกพร่องได้ ๔ ระดับ ดังนี้

- (๑) บกพร่องระดับเล็กน้อย ระดับเชาว์ปัญญา (IQ) ประมาณ ๕๐ - ๗๐
- (๒) บกพร่องระดับปานกลาง ระดับเชาว์ปัญญา (IQ) ประมาณ ๓๕ - ๕๕
- (๓) บกพร่องระดับรุนแรง ระดับเชาว์ปัญญา (IQ) ประมาณ ๒๐ - ๔๐
- (๔) บกพร่องรุนแรงมาก ระดับเชาว์ปัญญา (IQ) ต่ำกว่า ๒๐

๔) บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพ หมายถึง คนที่มีอวัยวะไม่สมบูรณ์ อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนขาดหายไป กระดูกและกล้ามเนื้อพิการ เจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรง มีความพิการของระบบประสาท มีความลำบากในการเคลื่อนไหวซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในสภาพปกติทั่วไป ทั้งนี้ไม่รวมคนที่มีความบกพร่องทางประสาทสัมผัสสุดาบอดหรือหูหนวก แบ่งเป็น ๔ กลุ่มย่อย ดังนี้

- (๑) โรคของระบบประสาท เช่น ซีรีบรัลพัลซีย์ (Cerebral Palsy) โรคลมชัก มัลติเพิล สเคลอโรซิส (Multiple Sclerosis) เป็นต้น
- (๒) โรคทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ข้ออักเสบ เท้าปุก กระดูกอ่อน อัมพาต กล้ามเนื้อลีบ หรือมีสคิวลาร์ ดิสโทรฟี (Muscular Dystrophy) กระดูกสันหลังคด เป็นต้น
- (๓) การไม่สมประกอบมาแต่กำเนิด เช่น โรคศรีษะโต สไปนา เบฟิดา (Spina Bifida) แขนขาด้วนแต่กำเนิด เตี้ยแคระ เป็นต้น
- (๔) สภาพความพิการและความบกพร่องทางสุขภาพอื่น ๆ แบ่งเป็น ๒ กลุ่มย่อยคือ
 - (ก) สภาพความพิการอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุและโรคติดต่อ เช่น ไฟไหม้ แขนขาขาด โรคโปลิโอ โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส และอันตรายจากการคลอด เป็นต้น
 - (ข) ความบกพร่องทางสุขภาพ เช่น หอบ หืด โรคหัวใจ วัณโรคปอด ปอดอักเสบ เป็นต้น

๕) บุคคลที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ หมายถึง คนที่มีความบกพร่องอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างในกระบวนการพื้นฐานทางจิตวิทยาที่เกี่ยวกับความเข้าใจหรือการใช้ภาษา อาจเป็นภาษาพูดหรือภาษาเขียนซึ่งจะมีผลทำให้มีปัญหาในการฟัง การพูด การคิด การอ่าน การเขียน การสะกดหรือการคำนวณ รวมทั้งสภาพความบกพร่องในการรับรู้ สมองได้รับบาดเจ็บ การปฏิบัติงานของสมองสูญเสียไปซึ่งทำให้มีปัญหาในการอ่านและปัญหาในการเข้าใจภาษา ทั้งนี้ ไม่รวมคนที่มีปัญหาทางการเรียนเนื่องจากสภาพบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว ปัญญาอ่อน ปัญหาทางอารมณ์ หรือความด้อยโอกาสเนื่องจากสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม หรือเศรษฐกิจ

๖) บุคคลที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา หมายถึง คนที่มีความบกพร่องในเรื่องของการออกเสียงพูด เช่น เสียงผิดปกติ อัตราความเร็วและจังหวะการพูดผิดปกติ หรือคนที่มีความบกพร่องในเรื่องความเข้าใจ และ/หรือการใช้ภาษาพูด การเขียน และ/หรือระบบสัญลักษณ์อื่นที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งอาจเกี่ยวกับรูปแบบของภาษา เนื้อหาของภาษา และหน้าที่ของภาษา เป็นต้น

๗) บุคคลที่มีปัญหาทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ หมายถึง คนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติเป็นอย่างมาก และปัญหาทางพฤติกรรมนั้นเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ไม่เป็นที่ยอมรับทางสังคมหรือวัฒนธรรม

๘) บุคคลออทิสติก หมายถึง บุคคลที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การสื่อความหมาย พฤติกรรม อารมณ์ และจินตนาการ ซึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากการทำงานในหน้าที่บางส่วนของสมองผิดปกติไป และความผิดปกตินี้พบได้ก่อนอายุ ๓๐ เดือน

ลักษณะของบุคคลออทิสติก พอสรุปได้ดังนี้

(๑) มีความบกพร่องทางปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น ไม่มองสบตาบุคคลอื่น ไม่มีการแสดงออกทางสีหน้า กิริยาหรือท่าทาง เล่นกับเพื่อนไม่เป็น ไม่สนใจที่จะทำงานร่วมกับใคร ไม่เข้าใจพฤติกรรมของคนอื่น เป็นต้น

(๒) มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร ทั้งด้านการใช้ภาษาพูด ความเข้าใจภาษา การแสดงกิริยา สื่อความหมายซึ่งมีความบกพร่องหลายระดับ ตั้งแต่ไม่สามารถพูดจาสื่อความหมายได้เลย หรือบางคนพูดได้แต่ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจ บางคนพูดแบบเสียงสะท้อน หรือพูดเลียนแบบ ทวนคำพูด บางคนจะพูดซ้ำแต่ในเรื่องที่ตนเองสนใจ มีการใช้สรรพนามสลับที่ ระดับเสียงพูดอาจมีความผิดปกติ บางคนพูดโทนเสียงเดียว บางคนพูดเรื้อยเปื้อย

(๓) มีความบกพร่องด้านพฤติกรรมและอารมณ์ บางคนมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ผิดปกติ เช่น เล่นมือโบกมือไปมา หรือหมุนตัวไปรอบ ๆ เดินเขย่งปลายเท้า ท่าทางเดินงุ่มง่าม ยึดติด ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับวัย บางคนร้องไห้หรือหัวเราะโดยไม่มีเหตุผล บางคนมีอาการก้าวร้าวรุนแรงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

(๔) มีความบกพร่องด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัส การใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ การรับรู้ทางการเห็น การตอบสนองต่อการฟัง การสัมผัส การรับกลิ่นและรสมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนจ้องมองแสง บางคนตอบสนองต่อเสียงผิดปกติ บางคนรับเสียงบางเสียงไม่ได้ บางคนตอบสนองการสัมผัสกลิ่นและรสชาติหรือไวกหรือแปลกกว่าปกติ เช่น ดมของเล่น เป็นต้น

(๕) มีความบกพร่องด้านการใช้อวัยวะต่าง ๆ อย่างประสานสัมพันธ์ การใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงการประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็กมีความบกพร่อง บางคนเคลื่อนไหวงุ่มง่ามผิดปกติ ไม่คล่องแคล่ว ท่าทางเดินหรือวิ่งแปลก ๆ การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในการหยิบจับไม่ประสานกัน

(๖) มีความบกพร่องด้านการจินตนาการ ไม่สามารถแยกเรื่องจริงออกจากเรื่องสมมุติ หรือประยุกต์วิธีการจากเหตุการณ์หนึ่งไปยังอีกเหตุการณ์หนึ่งได้ เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรมได้ยาก เล่นสมมุติไม่เป็น จัดระบบความคิดลำดับความสำคัญก่อนหลัง คิดจินตนาการจากภาษาได้ยาก ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียน

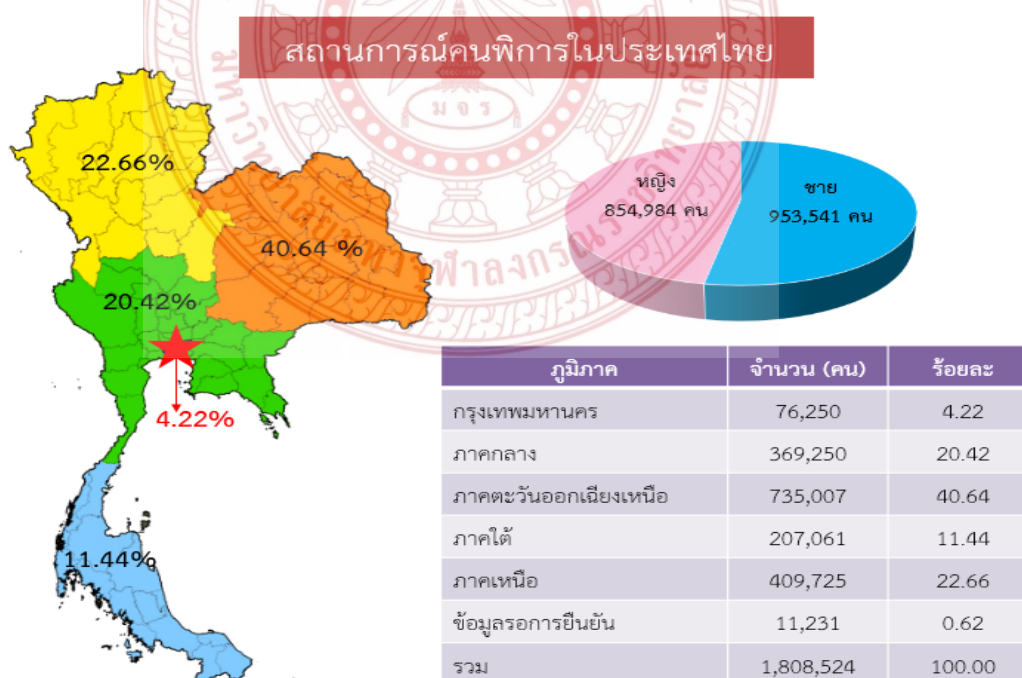
(๗) มีความบกพร่องด้านสมาธิ มีความสนใจสั้น วอกแวกง่าย

๙) บุคคลพิการซ้อน หมายถึง คนที่มีสภาพความบกพร่องหรือความพิการมากกว่าหนึ่งประเภทในบุคคลเดียวกัน เช่น คนปัญญาอ่อนที่สูญเสียการได้ยิน เป็นต้น

๒.๑.๕ สถิติคนพิการ

รายงานสถานการณ์ด้านความพิการในประเทศไทย^{๑๐} ข้อมูลสิ้นสุดวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๑

- คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑,๘๐๘,๕๒๔ คน (ร้อยละ ๒.๗๕ ของประชากรทั้งประเทศ)
- คนพิการ เพศชาย จำนวน ๙๕๓,๕๔๑ (ร้อยละ ๕๒.๗๒) และเพศหญิง จำนวน ๘๕๔,๙๘๓ คน (ร้อยละ ๔๗.๒๘)



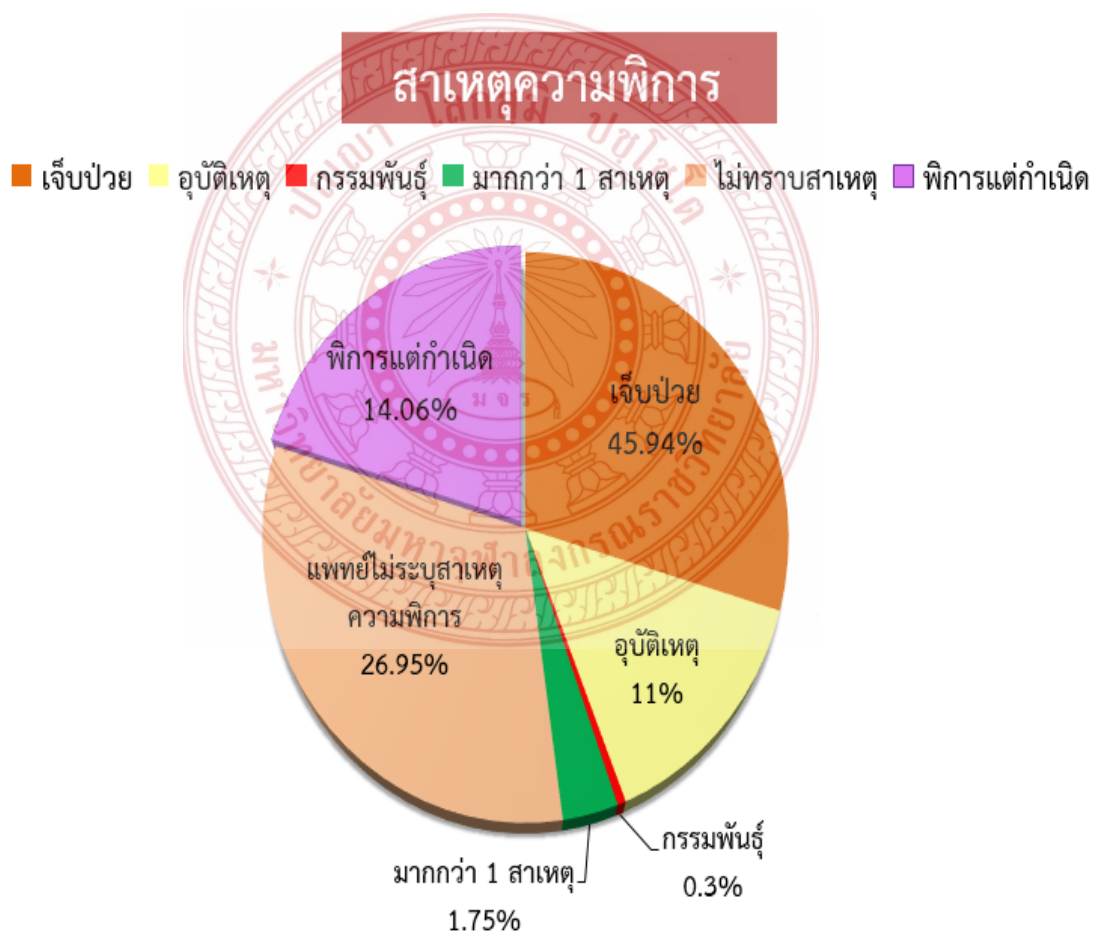
ภาพที่ ๑ : แสดงสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย

^{๑๐} รายงานสถานการณ์ด้านความพิการในประเทศไทย (ออนไลน์) dep.go.th (๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑)

สาเหตุความพิการ

- ภาวะความเจ็บป่วยและโรคต่าง ๆ ในภายหลัง (ความดันโลหิตสูง/หลอดเลือดหัวใจตีบ/ข้อสันหลังอักเสบ/โรคติดเชื้อ/เบาหวาน/ลมชัก) ร้อยละ ๔๕.๙๔ - ความพิการแต่กำเนิด ร้อยละ ๑๔.๐๖

- อุบัติเหตุ ร้อยละ ๑๑
- กรรมพันธุ์ ร้อยละ ๐.๓
- มากกว่า ๑ สาเหตุ ร้อยละ ๑.๗๕
- แพทย์ไม่ระบุสาเหตุความพิการ ร้อยละ ๒๖.๙๕



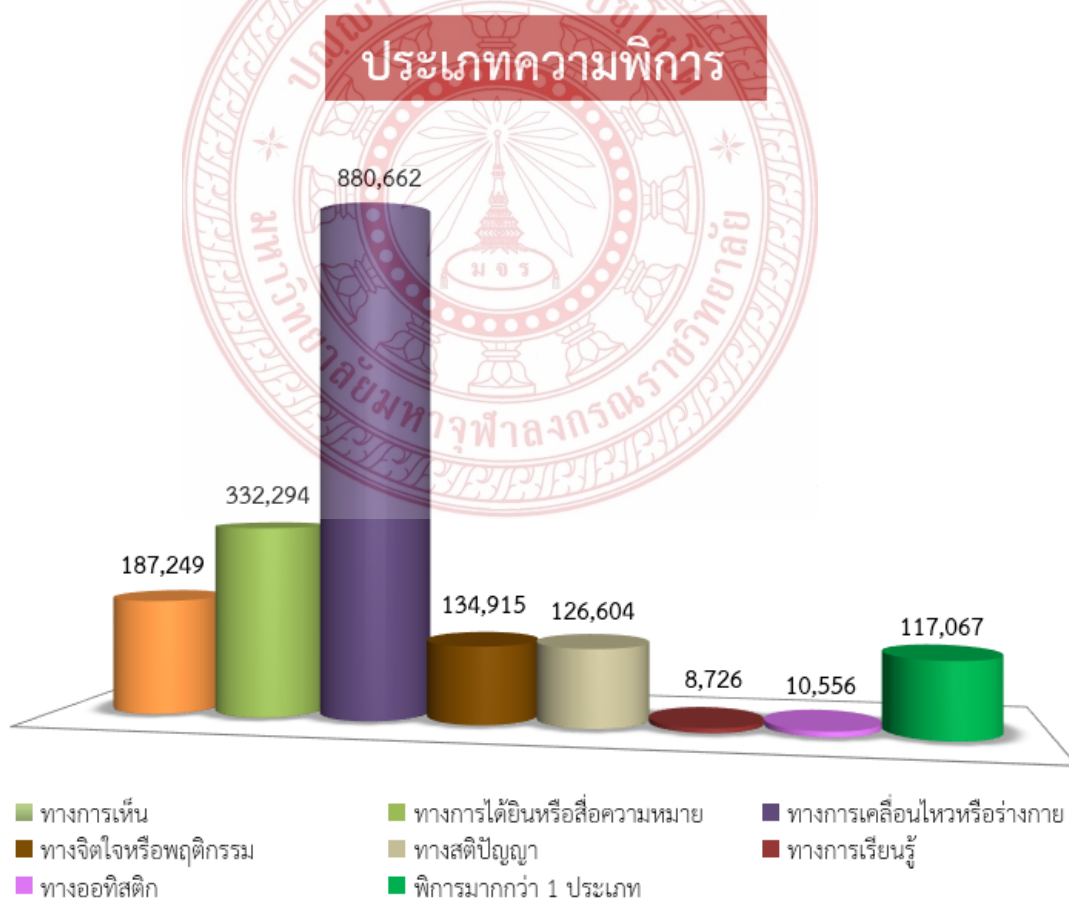
ภาพที่ ๒ : แสดงสาเหตุความพิการ

ประเภทความพิการ

ลำดับที่ ๑. ทางกายเคลื่อนไหวกหรือทางร่างกาย	จำนวน ๘๘๐,๖๖๒ คน (ร้อยละ ๔๘.๖๙)
ลำดับที่ ๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	จำนวน ๓๓๒,๒๙๔ คน (ร้อยละ ๑๘.๓๗)
ลำดับที่ ๓. ทางการเห็น	จำนวน ๑๘๗,๒๔๙ คน (ร้อยละ ๑๐.๓๕)
ลำดับที่ ๔. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	จำนวน ๑๓๔,๙๑๕ คน (ร้อยละ ๗.๔๖)
ลำดับที่ ๕. ทางสติปัญญา	จำนวน ๑๒๖,๖๐๔ คน (ร้อยละ ๗.๐๐)
ลำดับที่ ๖. ออทิสติก	จำนวน ๑๐,๕๕๖ คน (ร้อยละ ๐.๕๘)
ลำดับที่ ๗. ทางการเรียนรู้	จำนวน ๘,๗๒๖ คน (ร้อยละ ๐.๔๘)

พิการมากกว่า ๑ ประเภท จำนวน ๑๑๗,๐๖๗ คน (ร้อยละ ๖.๔๗)

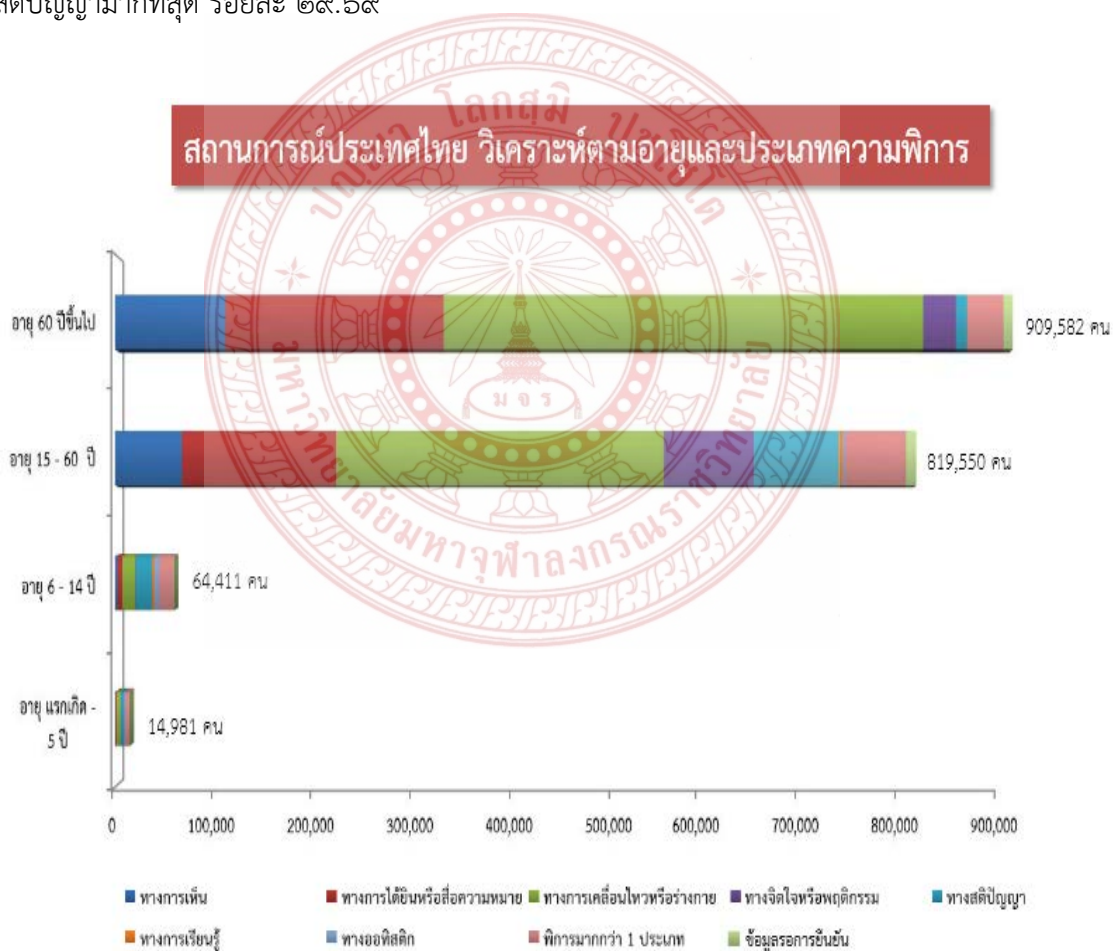
ข้อมูลรอกการยืนยัน จำนวน ๑๐,๔๕๑ คน (ร้อยละ ๐.๖๐)



ภาพที่ ๓ : แสดงประเภทความพิการ

วิเคราะห์ตามอายุและประเภทความพิการ

- คนพิการที่อยู่ในวัยทำงาน อายุระหว่าง ๑๕ - ๖๐ ปี มีจำนวน ๘๑๙,๕๕๐ คน (ร้อยละ ๔๕.๓๑)
- คนพิการอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป มีจำนวน ๙๐๙,๕๘๒ คน (ร้อยละ ๕๐.๒๙)
- คนพิการที่มีอายุระหว่าง ๒๒ - ๕๙ ปี และคนพิการวัยสูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๑๘ และร้อยละ ๕๒.๙๗ ตามลำดับ
- คนพิการที่อยู่ในวัยเด็กและวัยศึกษา (แรกเกิด - ๒๑ ปี) มีอัตราส่วนของคนพิการทางสติปัญญามากที่สุด ร้อยละ ๒๙.๖๙

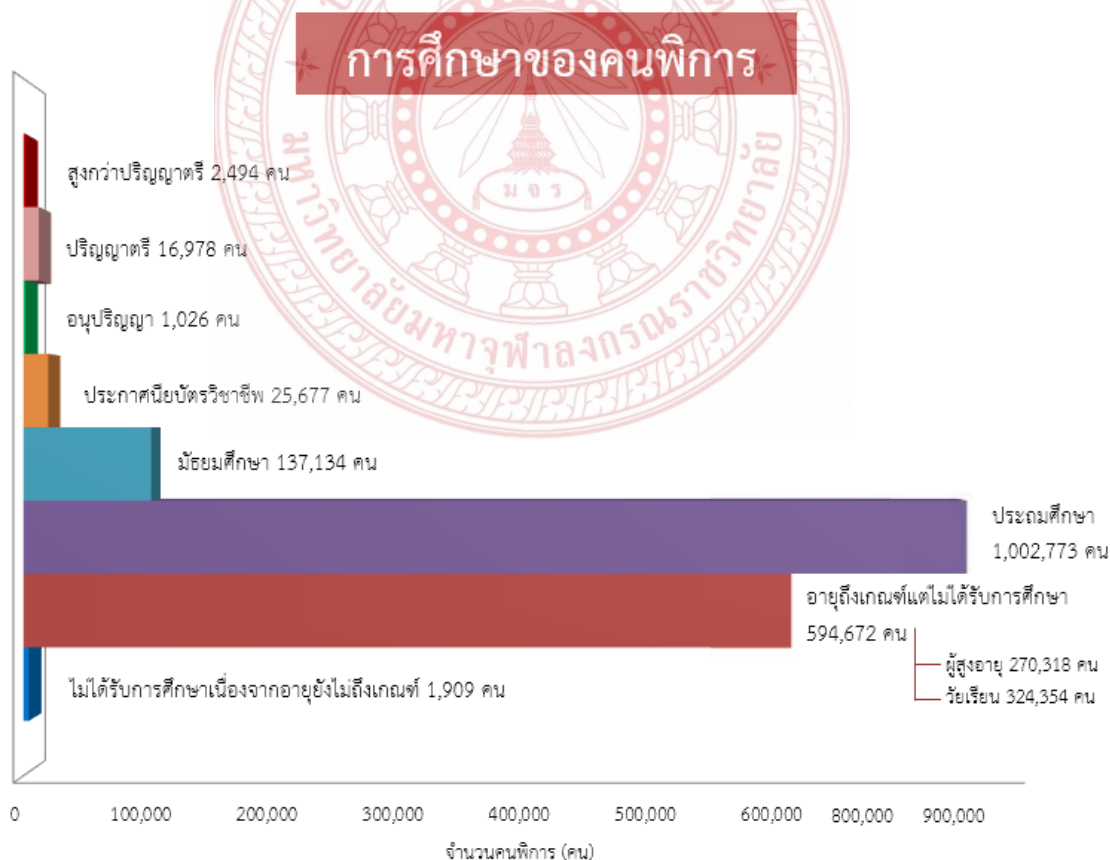


ภาพที่ ๔ : แสดงการวิเคราะห์ตามอายุและประเภทความพิการ

การศึกษาของคนพิการ

คนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน ๕๙๖,๕๘๑ คน (ร้อยละ ๓๒.๙๙ ของคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ) แบ่งเป็น อายุไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียน จำนวน ๑,๙๐๙ คน (ร้อยละ ๐.๓๒ ของคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา) เป็นผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป) จำนวน ๒๗๐,๓๑๘ คน (ร้อยละ ๔๕.๓๑ ของคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา) และเป็นคนพิการที่อายุถึงเกณฑ์แต่ไม่ได้รับการศึกษาจำนวน ๓๒๔,๓๕๔ คน (ร้อยละ ๕๔.๓๗ ของคนพิการที่ไม่ได้รับการศึกษา)

คนพิการที่ได้รับการศึกษา จำนวน ๑,๒๑๑,๙๔๓ คน มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน ๑,๐๐๒,๗๗๓ คน (ร้อยละ ๕๕.๔๕) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน ๑๓๗,๑๓๔ คน (ร้อยละ ๗.๕๘) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช. /ปวส. /ปวท.) จำนวน ๒๕,๖๗๗ คน (ร้อยละ ๑.๔๒) ระดับปริญญาตรี จำนวน ๑๖,๙๗๘ คน (ร้อยละ ๐.๙๔) ระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน ๒,๔๙๔ คน (ร้อยละ ๐.๑๔) คนพิการได้รับการศึกษาระดับอนุปริณยาน้อยที่สุด จำนวน ๑,๐๒๖ คน (ร้อยละ ๐.๐๖) และเป็นคนพิการได้รับการศึกษานอกระบบ จำนวน ๒๕,๘๖๑ คน (ร้อยละ ๑.๔๒)



ภาพที่ ๕ : แสดงการศึกษาของคนพิการ

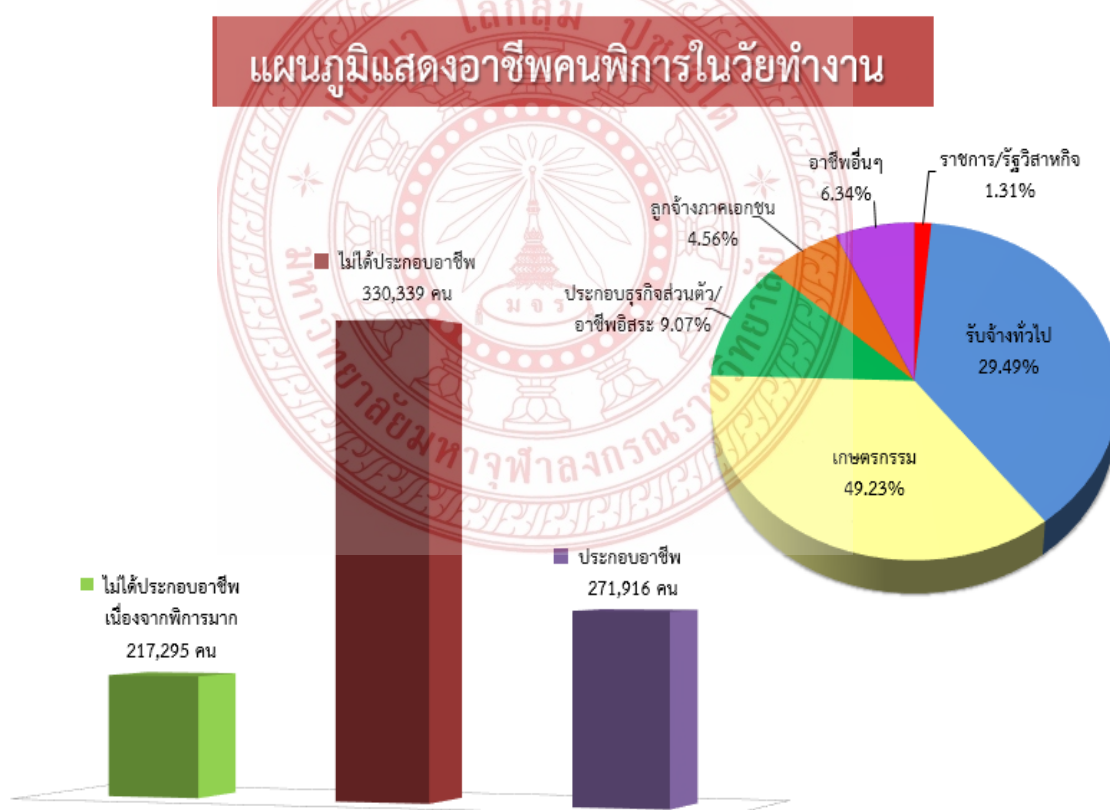
อาชีพของคนพิการในวัยทำงาน (คนพิการที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๖๐ ปี) จำนวน ๘๑๙,๕๕๐ คน)

คนพิการในวัยทำงานที่ประกอบอาชีพ จำนวน ๒๗๑,๙๑๖ คน (ร้อยละ ๓๓.๑๘)

คนพิการในวัยทำงานที่สามารถประกอบอาชีพได้ แต่ยังไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน ๓๓๐,๓๓๙ คน (ร้อยละ ๔๐.๓๑)

คนพิการในวัยทำงานที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้) จำนวน ๒๑๗,๒๙๕ คน (ร้อยละ ๒๖.๕๑)

การประกอบอาชีพของคนพิการ เกษตรกรรม ร้อยละ ๔๙.๒๓ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ ๒๙.๔๙ ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ ร้อยละ ๙.๐๗ ลูกจ้างภาคเอกชน ร้อยละ ๔.๕๖ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ ๑.๓๑ และประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่น หาของป่า , เก็บของเก่าขาย ร้อยละ ๖.๓๔



ภาพที่ ๖ : แสดงอาชีพคนพิการในวัยทำงาน

๒.๒ แนวคิดคุณภาพชีวิต

๒.๒.๑ ความหมายและความสำคัญของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (quality of life) หรือ ย่อในภาษาอังกฤษว่า QOL/คิวโอแอล โดยทั่วไปหมายถึง **ภาวะ** ความเป็นอยู่ที่ดี (Well being) ทั้งของตนเอง (ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ) และของสังคม ทั้งนี้ครอบคลุมไปถึง ความปลอดภัย สิทธิ และเสรีภาพ ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ ดังนี้

ศิริ ฮามสุโพธิ์ กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคมเป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคม สามารถแก้ไขปัญหา ตลอดจนการแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่^{๑๑}

นอกจากนี้จากรายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี ๒๕๖๐ ของศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบทกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นการดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ^{๑๒}

คุณภาพชีวิตมีบทบาทสำคัญในแง่ความผาสุกของมนุษย์ ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการมนุษย์และความสุข พัฒนาการทางด้านแนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิต มีความเป็นมาอย่างต่อเนื่อง^{๑๓} ในช่วงปีพ.ศ. ๒๔๙๓-๒๕๐๒ (ทศวรรษ ๑๙๕๐) มาสโลว์ ได้พัฒนาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory)^{๑๔} เป็นทฤษฎีการจูงใจที่ได้รับ ความสนใจเป็นอย่างมาก การวิจัยทางด้านคุณภาพชีวิตมีความกว้างขวางมาก ในช่วงแรกนักวิจัยส่วนใหญ่ได้ใช้ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์เป็นพื้นฐานในการวิจัย

^{๑๑} ศิริ ฮามสุโพธิ์, **ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต**, (กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.), พศ.๒๕๕๑ หน้า ๓๓.

^{๑๒} คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน, **รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย จาก ข้อมูล ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี ๒๕๖๐**, (กรุงเทพฯ : หจก. โรงพิมพ์อุดมศึกษา, ๒๕๖๐), หน้า ๒๙.

^{๑๓} ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, **คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข**, (กรุงเทพฯ: บริษัท อัทพริยู ครีเอทีฟ จำกัด, ๒๕๕๗), หน้า ๑๒-๑๖.

^{๑๔} Abraham H. Maslow, "A Theory of Human Motivation" Psychological Review vol. 50. 1943. P. 340-396.



ภาพที่ ๗ : แสดงทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์
(Maslow's Hierarchy of Needs Theory)

ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ แบ่งเป็น ๕ ระดับ ดังนี้

๑. ความต้องการด้านร่างกาย (physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม อากาศ การพักผ่อน ความต้องการทางเพศ ความต้องการความอบอุ่น ต้องการขจัดความเจ็บป่วย และต้องการรักษาความสมดุลของร่างกาย ทุกคนต้องการสิ่งเหล่านี้เหมือนกัน อาจแตกต่างกันเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเพศ วัย และสถานการณ์ ฯลฯ ความต้องการปัจจัย ๔ ดังกล่าวข้างต้น หากเพียงพอแล้ว มนุษย์จะพัฒนาในขั้นต่อไป

๒. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (safety needs) เมื่อได้รับความพึงพอใจทางด้านร่างกายแล้ว มนุษย์จะพัฒนาไปสู่ขั้นที่สองคือ ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย สิ่งที่แสดงถึงความต้องการขั้นนี้คือ การที่มนุษย์ชอบอยู่อย่างสงบ มีระเบียบวินัย ไม่รุกรานผู้อื่น ความต้องการระดับนี้อาจแยกย่อยได้ดังนี้

๑) ความมั่นคงในครอบครัว การมีบ้านแข็งแรงปลอดภัย มีความรักใคร่ปรองดองกันในครอบครัว

๒) ความมั่นคงปลอดภัยในอาชีพ มีรายได้ยุติธรรม ไม่ถูกไล่ออก งานไม่เสี่ยงอันตราย ผู้บังคับบัญชาดีมีความยุติธรรม ฯลฯ

๓) มีหลักประกันชีวิต เช่น มีผู้ดูแลเอาใจใส่ยามชรา ยามเจ็บไข้

๓. ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (belongingness and love need)

- ๑) ความต้องการมีเพื่อน
- ๒) ความต้องการการยอมรับจากกลุ่ม
- ๓) ต้องการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
- ๔) ต้องการรักคนอื่นและได้รับความรักจากคนอื่น
- ๕) ต้องการความรู้สึกว่าสังคมเป็นของตน

๔. ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง และความภาคภูมิใจ (self-esteem need) ได้แก่

- ๑) ต้องการยอมรับความคิดเห็นหรือข้อเสนอ
- ๒) ต้องการเกียรติยศชื่อเสียงจากสังคม
- ๓) ต้องการนับถือตนเอง มีความมั่นใจตนเอง ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น
- ๔) ต้องการได้รับการยกย่องนับถือจากผู้อื่น
- ๕) ต้องการความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกตนเองมีคุณค่า

๕. ความต้องการตระหนักในตนเอง (self-actualization need) ได้แก่

- ๑) ต้องการรู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง เปิดใจรับฟังคำวิจารณ์โดยไม่โกรธ
- ๒) ต้องการรู้จักแก้ไขตนเองในส่วนที่ยังบกพร่อง
- ๓) ต้องการพัฒนาตนเอง พร้อมทั้งจะรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นเกี่ยวกับตนเอง
- ๔) ต้องการค้นพบความจริง พร้อมทั้งจะเปิดเผยตนเองโดยไม่มีการปกป้อง
- ๕) ต้องการเป็นตัวของตัวเอง ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง

ลำดับชั้นความต้องการของมนุษย์ตามแนวคิดของมาสโลว์ว่ามาสโลว์กำหนดความต้องการของมนุษย์จากขั้นต่ำสุดไปสู่ขั้นสูงสุดเป็น ๗ ขั้น ด้วยกัน โดยที่มนุษย์จะมีความต้องการในขั้นสูงต่อไป ถ้าความต้องการในขั้นต้น ๆ ได้รับการตอบสนองแล้ว โดยมีลำดับชั้นของความต้อการ ดังนี้

- ๑) ความต้องการทางสุนทรีย์
- ๒) ความต้องการที่จะรู้และเข้าใจ
- ๓) ความต้องการที่จะตระหนักในความสามารถของตัวเอง
- ๔) ความต้องการการยอมรับและได้รับการยอมรับ
- ๕) ความต้องการความรักและเป็นเจ้าของ
- ๖) ความต้องการความปลอดภัย
- ๗) ความต้องการทางด้านร่างกาย

ความต้องการทั้ง ๗ ชั้น มาสโลว์แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มที่ ๑ ความต้องการขั้นที่ ๑ - ๔ เรียกว่า “ความต้องการขั้นต่ำ” และกลุ่มที่ ๒ ความต้องการขั้นที่ ๕ - ๗ เรียกว่า “ความต้องการขั้นสูง” ซึ่งความต้องการของ ๒ กลุ่ม มีความแตกต่างกัน ดังนี้

ความต้องการขั้นต่ำ หรือความต้องการลำดับต้น (Lower-Order Needs) เป็นความต้องการตอบสนองภายนอก ประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกายและความต้องการความปลอดภัย

๑) มนุษย์ทำทุกวิถีทางเพื่อให้สำเร็จหรือจัดความต้องการขั้นต่ำ เช่น เมื่อหิวก็ต้องหาอาหารมากินเพื่อจัดความหิว

๒) แรงจูงใจอันเนื่องมาจากความต้องการขั้นต่ำจะนำไปสู่การกระทำเพื่อลดความตึงเครียดต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาพสมดุล เช่น คนที่ต้องการการยอมรับนับถือจะทำทุกสิ่งให้ได้มาซึ่งการยอมรับนับถือ ความมีชื่อเสียง

๓) การที่มนุษย์สามารถสนองความต้องการขั้นต่ำ ทำให้หลีกเลี่ยงจากความทุกข์หรือความเจ็บป่วยได้ เช่นอากาศหนาว เราจะนอนไม่หลับจนกว่าจะได้เสื้อหรือผ้าห่มจึงจะนอนหลับ

๔) การที่มนุษย์สามารถสนองความต้องการขั้นต่ำจะรู้สึกพ้นจากความทุกข์พ้นจากความกระวนกระวาย จะเกิดความรู้สึกว่าไม่ต้องการสิ่งใดอีกแล้วในขณะนั้น

๕) การสนองความต้องการขั้นต่ำจะมีลักษณะเป็นครั้งคราว หรือเป็นเป็นเวลา และมีลักษณะที่ไขว่คว้าไปในแต่ละครั้ง

๖. ความต้องการขั้นต่ำซึ่งต้องการการตอบสนอง จากปัจจัยภายนอกนั้นเป็นสิ่งที่ทุกคนมีประสบการณ์ร่วมกัน เช่น รู้ว่าความหิวเป็นเช่นไร หรือความต้องการความรัก การยอมรับจากกลุ่มเป็นอย่างไร

๗) ความสนองต้องการขั้นต่ำ ซึ่งต้องการอาศัยปัจจัยภายนอกนั้น ส่วนใหญ่ผู้อื่นเป็นผู้สนองให้ ซึ่งจะทำให้คนเกิดความรู้สึกที่ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งจะนำความรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองทำอะไรต้องคอยระมัดระวังการยอมรับของผู้อื่นคอยดูว่า ผู้อื่นจะคิดอย่างไรกับตน

๘) คนที่มีลักษณะของความต้องการขั้นต่ำ ส่วนใหญ่จะเป็นคนที่คอยพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับบุคคลที่เห็นว่าจะสนองความต้องการให้ได้ ซึ่งจะกลายเป็นคนสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในวงจำกัด ไม่สนใจที่จะสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่สามารถทำประโยชน์ให้ได้

๙) คนที่มีลักษณะของความต้องการขั้นต่ำ มีแนวโน้มจะยึดตนเป็นศูนย์กลาง ไม่คอยคำนึงถึงปัญหา มักจะคำนึงถึงเรื่องส่วนตัว

๑๐) คนที่มีลักษณะของความต้องการขั้นต่ำ จะช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องคอยขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เมื่อเข้าที่คับขันหรือประสบปัญหายุ่งยากต่าง ๆ

ความต้องการในลำดับที่สูงกว่า (Higher-Order Needs) เป็นความต้องการตอบสนองภายในหรือจิตใจ ประกอบด้วย ความต้องการ ทางสังคม ความต้องการเกียรติยศ และความต้องการให้ความคิด ความฝันของตนเป็นจริง

๑) มนุษย์จะแสวงหาความพึงพอใจขั้นสูงสุด เช่น แสวงหาความรู้ หรือทำประโยชน์ให้สังคมโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน นอกจากความพึงพอใจ

๒) แรงจูงใจที่เนื่องมาจากความต้องการขั้นสูง จะทำให้คนมีความสุขได้อยู่ได้แม้ในสภาพที่มีความตึงเครียด เช่น ทนได้แม้แต่คำนิทาว่าร้าย ไม่สะดุ้งสะเทือนเพราะตระหนักถึงความสามารถที่ตนจะทำประโยชน์ให้แก่สังคมเกินกว่าจะไปสนใจคำพูดของคนบางคนหรือคำพูดของคนบางกลุ่ม

๓) การที่สามารถสนองความต้องการขั้นสูงได้ จะทำให้เกิดความสุข มีสุขภาพจิตดี เช่น คนที่มีความปรารถนาจะศึกษาค้นคว้าโดยมิได้มีสิ่งล่อใจอื่นใด จะมีความสุข ความภูมิใจ มากกว่าการกระทำที่หวังสิ่งตอบแทน

๔) การสนองความต้องการขั้นสูง จะนำไปสู่ความพึงพอใจและความปรารถนา จะแสวงหาความสุข ในขั้นต่อไป เช่นการแสวงหาโดยมิได้หวังสิ่งตอบแทนจะทำให้ผู้ที่แสวงหาเกิดความสุข ความพึงพอใจ โดยไม่มีที่สิ้นสุด

๕) การสนองความต้องการขั้นสูง เป็นเรื่องต่อเนื่องกันไปไม่มีที่สิ้นสุด

๖) ความต้องการขั้นสูง เป็นประสบการณ์เฉพาะตัว ทั้งนี้เพราะความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น บางคนพึงดนตรี หรือมองพระจันทร์แล้วเกิดความซาบซึ้งจนน้ำตาไหล ซึ่งเป็นความรู้สึกเกินกว่าจะบรรยายให้ผู้ได้รับทราบได้

๗) การสนองความต้องการขั้นสูงนั้น แต่ละคนจะเป็นผู้สนองความต้องการให้กับตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพึ่งตนเองหรือนำตนเองได้ เป็นตัวของตัวเอง ไม่ต้องวิตกกังวลว่าใครจะคิดอย่างไรกับตน ซึ่งสามารถทำงานได้เต็มที่

๘) คนที่มีลักษณะของความต้องการขั้นสูง จะเป็นคนที่พึ่งตนเองได้ จะเป็นผู้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนทั่วไป ไม่ใช่สร้างสัมพันธ์เฉพาะกับคนที่จะทำประโยชน์ให้เท่านั้น

๙) คนที่มีลักษณะของความต้องการขั้นสูง จะเป็นคนคำนึงถึงปัญหามากกว่า ไม่ค่อยคำนึงถึงเรื่องส่วนตัวเป็นทำงานเพื่องาน มุ่งผลประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว

๑๐) คนที่มีลักษณะของความต้องการขั้นสูง จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี แม้เมื่อเข้าที่คับขันทั้งนี้เพราะมีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต)^{๑๕} ได้จำแนกคุณภาพชีวิต โดยเน้นที่ใช้ชีวิตร่วมในสังคมออกเป็น ๓ ระดับคือ

๑) คุณภาพชีวิตระดับพื้นฐาน คือ ระดับ ทิฏฐิธัมมิกัตถะ มีดังนี้

- (๑) สุขภาพดีมีพลานามัยและมีปัจจัยเครื่องรักษาส่งเสริมสุขภาพ
- (๒) พึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ เช่น มีอาชีพ มีความประหยัด ขยันและสุจริต มีเงินใช้และใช้เงินเป็น เป็นผู้ผลิตและบริโภคเป็น
- (๓) มีอาหารที่มีคุณค่า มีกินและกินเป็น
- (๔) มีที่อยู่อาศัยและที่ทำงานที่เหมาะสมไม่แออัด สะอาด สะดวกและสบาย ต่อการดำเนินชีวิตการทำงานและการเดินทาง
- (๕) มีครอบครัวซึ่งมีกำลังพอบำรุงเลี้ยงได้ อยู่กันด้วยความสุข ทั้งอบอุ่นและร่มเย็น
- (๖) อยู่ร่วมและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี รับผิดชอบ เอื้อเฟื้อ มีน้ำใจเกื้อการุณย์ ผูกมิตร และชวนชวย ทำกิจที่เป็นประโยชน์
- (๗) มีเวลาว่างเป็นของตนเอง และรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ในการเสนอความริเริ่มบำเพ็ญที่ไร้อภัย ชื่นชมซาบซึ้งในสุนทรีย์และในการที่จะพัฒนาตนยิ่งขึ้นไปในด้านต่างๆ

๒) คุณภาพชีวิตระดับพัฒนาการ หรือระดับสัมปรายิกัตถะ

- (๑) มีการศึกษา รู้เข้าใจเท่าทันเหตุการณ์ มีประสบการณ์ที่เป็นฐานของการดำเนินชีวิตและตัดสินใจอย่างฉลาด
- (๒) มีวิจยญาณ พิจารณาเหตุปัจจัย รู้จักคิด รู้จักแก้ปัญหาดำเนินชีวิตด้วยปัญญา มีกุลวิธีที่จะแก้ไขทุกขได้
- (๓) มีจิตใจที่พัฒนา กอปรด้วยคุณธรรมและจริยธรรม เชื่อมั่นในการทำความดี ประพฤติดีงาม สุจริตทั้งกาย วาจาใจ มั่นใจในคุณค่าแห่งชีวิตของตน
- (๔) สุขภาพจิตดี มีความมั่นคงทางจิตใจ มีเจตคติดีงาม จิตใจปลอดโปร่ง เบิกบาน ผ่องใส เป็นสุข มองโลกและชีวิตตามความเป็นจริง

๓) คุณภาพชีวิตระดับเอื้อโอกาส หรือระดับ อุภยัตถะ

- (๑) มีความปลอดภัยทั้งกายใจ เช่น ปราศจากโจรผู้ร้าย ละอบายมุข
- (๒) อยู่ในสังคมที่มีสวัสดิการและบริการดี อำนวยสิทธิเสรีภาพ ความเสมอภาค และไม่ตรีสงเคราะห์

^{๑๕} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). พุทธวิธีแก้ปัญหาในศตวรรษที่ ๒๑, (กรุงเทพฯ: บริษัท สหธรรมิก จำกัด, ๒๕๕๓), หน้า ๑๑.

(๓) อยู่ในสังคมที่อำนวยความสะดวกในการทำงานที่ตนถนัด โอกาสในการเรียนรู้และเข้าถึงวิทยาการต่าง ๆ โอกาสในการมีส่วนร่วมในสังคม ในชุมชนและในทางการเมืองและโอกาสในการได้รับความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ

(๔) อยู่ในสังคมที่มีระเบียบมีขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและกฎหมายที่เป็นธรรมและเอื้อต่อการพัฒนาชีวิตและสังคม

(๕) มีธรรมชาติแวดล้อมที่เกื้อกูล รื่นรมย์ สวยงาม ผืนน้ำ อากาศบริสุทธิ์ ไร้มลพิษ จากที่กล่าวมาทั้งหมดจึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมของมนุษย์ ตามสภาพความจำเป็นพื้นฐานในสังคม ซึ่งสนองต่อสิ่งที่ต้องการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและความคิดอย่างเพียงพอ จนก่อให้เกิดความสุจริตตลอดทั้งการมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่ดี

๒.๒.๒ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การพัฒนาคุณภาพชีวิต ถือว่าเป็นสิ่งที่ควรกระทำ เพราะปัญหาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ส่วนใหญ่ก็มีสาเหตุมาจากมนุษย์นั่นเอง เช่น ปัญหาจำนวนประชากรมากเกินไป ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหา ทางสังคม รวมถึงค่านิยมต่างๆ ของสังคม ดังนั้นหากจะกล่าวถึงแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ก็ควรพิจารณาที่องค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่ามีสิ่งใดเป็นองค์ประกอบอยู่บ้าง ดังนี้

มีหลายหน่วยงานได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตว่าควรมีองค์ประกอบ แตกต่างกันดังต่อไปนี้

องค์การสหประชาชาติ มีแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต ๙ องค์ประกอบ^{๑๖} คือ

- ๑) ด้านสุขภาพ
- ๒) ด้านการบริโภคอาหาร
- ๓) ด้านการศึกษา
- ๔) ด้านอาชีพและสภาพของงานที่ทำ
- ๕) ด้านบ้านเรือนที่อยู่อาศัย
- ๖) ด้านหลักประกันทางสังคม
- ๗) ด้านเครื่องนุ่งห่ม
- ๘) ด้านสถานที่พักผ่อนและเวลาพักผ่อน
- ๙) ด้านสิทธิมนุษยชน

^{๑๖} วิไลลักษณ์ ตั้งเจริญ, วิทยาศาสตร์พัฒนาชีวิต, (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๔), หน้า ๓๐.

โดยได้อธิบายเพิ่มเติมว่าสุขภาพเป็นองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบแรกที่มีความสำคัญมาก สามารถชี้บอกคุณภาพชีวิตได้ดี การบริโภคอาหารต้องครบถ้วน ถูกสุขลักษณะ ได้รับการศึกษา ตามเกณฑ์อายุ

อาร์ ซี ชาร์มา (Sharma) ผู้เชี่ยวชาญของยูเนสโก (Unesco) กล่าวถึงองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตไว้ ๕ ประการ คือ^{๓๗}

๑. มาตรฐานการครองชีพ (standard of living) หมายถึง มาตรฐานความเป็นอยู่ใน ชีวิตประจำวันของประชากร เกี่ยวข้องกับรายได้ต่อบุคคล สุขภาพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย และการ สังคมสงเคราะห์ สิ่งต่างๆ นี้เป็นส่วนสำคัญทำให้มาตรฐานการครองชีพของมนุษย์เปลี่ยนแปลงได้

๒. การเปลี่ยนแปลงของประชากร (population dynamics) หมายถึง การเปลี่ยนแปลง ประชากรอันเป็นผลมาจากการเกิด การตาย และการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย มีผลให้ประชากรเปลี่ยนแปลง ไปในทางที่เพิ่มจำนวนหรือลดลง การเปลี่ยนแปลงประชากรมีผลกระทบต่อสถานการณ์หลายด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการจัดบริการสาธารณสุข ปัจจัยต่างๆ ล้วนมีผลต่อคุณภาพ ชีวิต

๓. ระบบสังคมและวัฒนธรรม (socio – cultural factors) มนุษย์เมื่อรวมกันมากจำเป็นต้อง มีระบบ มีกฎเกณฑ์ที่เรียกว่า รูปแบบการปกครอง กฎหมาย และมีแนวปฏิบัติอันเกิดจากความเชื่อ และศรัทธาในลักษณะเดียวกัน เพื่อให้การดำรงชีวิตร่วมกันมีความสงบสุขซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี

๔. กระบวนการพัฒนา (process of development) การพัฒนาเป็นกระบวนการที่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและสัมพันธ์กับปัจจัยทาง สังคม สภาพแวดล้อมและทรัพยากร ด้านคุณภาพชีวิตทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ นั้น ประชากรแต่ละกลุ่มจะต้องมีการพัฒนาอยู่เสมอ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. ทรัพยากร (resources) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ประเทศที่มี ทรัพยากรธรรมชาติสมบูรณ์จะมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ จะมีผลทำให้มาตรฐานการดำรงชีวิตอยู่ใน ระดับสูง ประเทศใดมีสภาพตรงกันข้าม ก็จะมีมาตรฐานในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น ทรัพยากรจึงเป็นเครื่องกำหนดลักษณะประเทศที่ร่ำรวยและประเทศที่ยากจนได้

^{๓๗} ศิริ ฮามสุโทธิ์, *ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต*, (กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์, ๒๕๔๓) หน้า

จากองค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังกล่าว สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้เป็น ๒ แนวทาง ดังนี้

แนวทางหลักที่ ๑ การพัฒนา “เชิงรุก” มี ๒ แนวทางย่อย

๑. ปรับปรุงประสิทธิภาพการพัฒนา ทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และทรัพยากรธรรมชาติเพื่อให้มีการใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่

๒. ปรับปรุงโครงสร้างการผลิต และการบริการ เพื่อลดต้นทุนสร้างการผลิตซึ่งจะสามารถแข่งขันในตลาดโลกได้ดียิ่งขึ้น

แนวทางหลักที่ ๒ การพัฒนา “เชิงแก้ปัญหาในอดีต” มี ๑ แนวทางย่อย

๑. การกระจายความเจริญ และสร้างความเป็นธรรมเพื่อให้กลุ่มคนที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคมได้รับประโยชน์จากการพัฒนามากขึ้น

๒.๒.๓ ดัชนีชี้วัด และการประเมินคุณภาพชีวิต

แนวคิดคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้ในสังคมไทยเป็นที่ยอมรับเนื่องจากมีการใช้และพัฒนาเครื่องมือคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำรายงานในแต่ละช่วงเวลาที่มีการประเมินตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของไทยจึงเป็นการวัดในภาพรวมของการพัฒนาประเทศในทุกด้าน

มีหลายหน่วยงานได้สร้างดัชนีวัดคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกัน^{๑๘} ดังนี้

คณะกรรมการ ความร่วมมือทางเศรษฐกิจและสังคมภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (ESCAP) ได้กำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต ดังนี้

๑. เศรษฐกิจและการกระจายรายได้
๒. การเรียนรู้ และวัฒนธรรมการดำรงชีวิต
๓. ชีวิตการทำงาน

กลุ่มประเทศความร่วมมือพัฒนาการทางเศรษฐกิจยุโรป (OECD) ได้กำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต ดังนี้

๑. การมีงานทำ และคุณภาพชีวิตการทำงาน
๒. ความสามารถของบุคคลในการควบคุมสินค้าและบริการ
๓. การเรียนรู้ของบุคคล

องค์การสหประชาชาติ กำหนดดัชนีชี้วัดการพัฒนามนุษย์ ดังนี้

๑. อายุขัยเฉลี่ยของประชากร
๒. อัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่
๓. จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่ประชากรได้รับการศึกษา

^{๑๘} ธเนศ ถวิลหวัง, การพัฒนาคุณภาพชีวิตและองค์กร, (ออนไลน์) <http://pvlo-op.dld.go.th/mypictures๒๕๕๖/idp/ppt/๒.pdf> (๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑)

๔. ดัชนีการรู้หนังสือ
๕. ดัชนีการได้รับการศึกษา
๖. ความสำเร็จในการรับการศึกษา
๗. รายได้ประชาชาติโดยรวม

ส่วนประเทศไทยมีการศึกษาทดลองกำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๕ ซึ่งจะมีการกำหนดความจำเป็นพื้นฐาน (basic minimum need หรือ BMN หรือ จปฐ.) เพราะการดำรงชีวิตจะดีหรือไม่ดีนั้นต้องอาศัยเครื่องชี้วัด โดยมีเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ซึ่งหมายถึงความจำเป็นขั้นต่ำสุด ที่ทุกคนในชุมชนควรมี หรือควรจะเป็นในช่วงระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้มีชีวิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขตามสมควร

การนำเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) มาเป็นเครื่องมือในการวัด เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ครอบครัวและชุมชนว่า บรรลุตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานแล้วหรือไม่ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนานับตั้งแต่การกำหนดปัญหาตามต้องการที่แท้จริงของชุมชน ตลอดจนค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูล จปฐ. ที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้น

ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) จะประกอบด้วย ๘ หมวด ๓๗ ดัชนีชี้วัด ดังนี้

หมวดที่ ๑ สุขภาพดี (ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี)

หมวดที่ ๒ มีบ้านอาศัย (ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม)

หมวดที่ ๓ ศึกษาถ้วนทั่ว (ประชาชนเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต)

หมวดที่ ๔ ครอบครัวสุขสบาย

หมวดที่ ๕ รายได้มาก (ประชาชนมีการประกอบอาชีพ และมีรายได้ พอเพียงต่อการดำรงชีวิต)

หมวดที่ ๖ อยากร่วมพัฒนา (ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา ความเป็นอยู่และกำหนดชีวิตของตนเองและชุมชน)

หมวดที่ ๗ พาสู่คุณธรรม (ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจของตนเองได้ดีขึ้น)

หมวดที่ ๘ บำรุงสิ่งแวดล้อม (ประชาชนมีจิตสำนึก และร่วมกันอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)

การวัดคุณภาพชีวิต ควรมียอดประกอบของดัชนีคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นตัวชี้วัดทางสังคมที่สำคัญ จำแนกเป็นสองประเภทหลัก ได้แก่ ตัวชี้วัดทางสังคมเชิงภาวะวิสัย (Objective Well-being) และตัวชี้วัดทางสังคมเชิงอัตวิสัย^{๑๙}

ตัวชี้วัดทางสังคมเชิงภาวะวิสัย (Objective Well-being) เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจ มุ่งไปที่วัตถุ รายได้ของชาติหรือครัวเรือน และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ โดยรายได้ของชาติและข้อมูลทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งที่เข้าใจได้โดยทั่วไปและนำมาใช้อย่างกว้างขวาง แท้ที่จริงแล้วการทำความเข้าใจตัวชี้วัดทางสังคมเชิงภาวะวิสัยไม่ใช่เรื่องซับซ้อน ตัวอย่างของตัวชี้วัดทางสังคมเชิงภาวะวิสัย ได้แก่ อัตราการอ่านออกเขียนได้ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ประเภทของที่อยู่อาศัย และค่าครองชีพ ผู้วางนโยบายมักใช้ตัวชี้วัดทางสังคมเชิงภาวะวิสัยวัดคุณภาพชีวิตของระดับครัวเรือน ชุมชน เมือง และประเทศ การประเมินตัวชี้วัดทางสังคมเชิงภาวะวิสัยมักจะเกี่ยวข้องกับการใช้สถิติ อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดทางสังคมเชิงภาวะวิสัยไม่สามารถอธิบายสังคมได้อย่างแท้จริง

ตัวชี้วัดทางสังคมเชิงอัตวิสัย (Subjective Well-being) เกี่ยวข้องกับการวัดความพึงพอใจ ความรู้สึก ทศนคติ และความเข้าใจในระดับบุคคล ซึ่งดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่จับต้องไม่ได้ เนื่องจากมีความยากในการกำหนดและวัดตัวชี้วัดนี้ถูกออกแบบมาเพื่อวัดความสุขและความพึงพอใจของมนุษย์

แนวคิดของตัวชี้วัดทางสังคมเชิงอัตวิสัยสัมพันธ์กับความเข้าใจและทัศนคติในเรื่องของชีวิตที่เป็นสุขทั้งด้านครอบครัว เพื่อนฝูง และมาตรฐานความเป็นอยู่

แนวคิดของแฮส (Haas)^{๒๐} ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตควรเป็นการวัดในด้านอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งครอบคลุมมิติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และปัญญา นอกจากนี้ เพื่อให้ครอบคลุมคุณภาพชีวิต ควรนำการวัดในด้านภาวะวิสัย (Objective) มาใช้ร่วมกันในการวัดคุณภาพชีวิต ในกรณีที่การวัดเชิงอัตวิสัยไม่สามารถดำเนินการวัดคุณภาพชีวิตได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้ องค์การยูเนสโก (UNESCO)^{๒๑} ได้ให้ความหมาย คุณภาพชีวิตไว้ดังนี้ ความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุข ความพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ ได้แก่ อาหาร สุขภาพอนามัย โภชนาการ การศึกษา สิ่งแวดล้อม รายได้ ที่อยู่อาศัย และทรัพยากร โดยแบ่งประเด็นการศึกษาเป็น ๒ ประเด็น ได้แก่ การศึกษาด้านภาวะวิสัย ซึ่งเป็นการวัดข้อมูลที่สามารถ นับได้หรือวัดได้ เช่น ข้อมูลทางประชากร และเศรษฐกิจ และการศึกษาด้านอัตวิสัย เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก และเจตคติในด้าน

^{๑๙} ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, *คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข*, (กรุงเทพฯ: บริษัท อักษรวิญญู จำกัด, ๒๕๕๗), หน้า ๑๗.

^{๒๐} Haas, B.K. 1999. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21: 728-742.

^{๒๑} UNESCO. 1978. *Indicators of Environmental Quality and Quality of Life*. Paris: UNESCO, PP.105-118

ต่างๆ ซึ่งเป็นการวัดโดยใช้การตอบตามความรู้สึก ความนิยม ความคิดเห็น การตัดสินใจ และความเชื่อต่อสิ่งที่ถามในแบบสอบถาม องค์การยูเนสโก (UNESCO) ยังได้กล่าวว่า พื้นฐานคุณภาพชีวิตของประชากรดูได้จาก ๑) รายได้ครอบครัวที่พอเพียงแก่การเลี้ยงชีพ ๒) การมีงานทำ ๓) การศึกษาและอัตราการรู้หนังสือของประชาชน ๔) โอกาสในการมีส่วนร่วม ทางการเมือง ๕) การมีเอกราชของประเทศโดยปราศจากการแทรกแซง จากรัฐบาลอื่น

ขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO)^{๒๒} กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ๔ มิติ ดังนี้ ๑) มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) ๒) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) ๓) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ ๔) มิติด้านสภาพแวดล้อม (Environmental)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations)^{๒๓} ได้เริ่มโครงการพัฒนาดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) โดยมีแนวคิดในการวัดคุณภาพชีวิต หรือความอยู่ดีมีสุขว่า ไม่ควรเน้นในการให้ความสำคัญในเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว เช่น รายได้ หรือผลผลิต เป็นต้น แต่ควรวัดด้วยตัวชี้วัดทางสังคม ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนามนุษย์ที่ควรประกอบด้วย ๓ ด้าน ได้แก่ การมีชีวิตที่ยืนยาว ความรู้ และมาตรฐานความเป็นอยู่ การศึกษาคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ได้ทำการวัดคุณภาพชีวิต โดยกำหนดระยะเวลาอย่างชัดเจน คือ เวลาที่ถูกถามในขณะนั้น ดังนั้น ระดับคุณภาพชีวิตจะสูง หรือต่ำจึงขึ้นกับสภาพแวดล้อม ณ เวลานั้น

คำว่า “ความสุข” ถูกนำมาใช้ร่วมกับคำว่า “คุณภาพชีวิต” อยู่หลายครั้ง และเกี่ยวข้องกับ ๒ มิติต่อไปนี้ คือ ๑) โอกาสแห่งชีวิตและผลลัพธ์แห่งชีวิต (Chances and Outcomes) และ ๒) คุณภาพจากภายนอกและภายใน (Outer and Inner Qualities)^{๒๔} ซึ่งสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมรอบตัว (Livability of Environment) มีความหมายคือ การพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้องกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในเชิงสังคมวิทยา สถานภาพการพักอาศัยนั้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพสังคมอย่างเลี่ยงไม่ได้ โดยสังคมที่ดี (Good Society) จะให้ความสำคัญที่สวัสดิการและความเท่าเทียมทางสังคม ขณะที่แนวคิดปัจจุบันได้ให้ความสำคัญที่เครือข่ายใกล้ชิด การมีวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง และการมีอาสาสมัครช่วยเหลือในสังคม ความสามารถในการดำรงชีวิตของมนุษย์ (Life-ability of the

^{๒๒} The WHOQOL GROUP. 1995. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Sciences Medicine*, 41 (10): 1403-1409.

^{๒๓} United Nations. 2009. *Human Development Report 2009*. New York, USA: United Nations, P.1-11.

^{๒๔} ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต และคณะ, *คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข*, หน้า ๓๑-๓๒.

Person) เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการปัญหาของแต่ละบุคคล ซึ่งการมีชีวิตที่ดี (Good Life) ในความหมายของศาสตร์ต่างๆ ได้มีการให้นิยามศัพท์ต่างๆ กัน เช่น วงการแพทย์และนักจิตวิทยาได้ใช้คำว่าคุณภาพชีวิต และความอยู่ดีมีสุข อรรถประโยชน์แห่งชีวิต (Utility of Life) กล่าวว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนนั้นจำเป็นต้องมีหลายปัจจัยประกอบกัน การมีชีวิตที่เบิกบาน (Enjoyment of Life) พิจารณาจากปัจจัยที่ไม่สามารถจับต้องได้ เช่น การอยู่ดีมีสุข ความพึงพอใจในชีวิต และความสุขเป็นต้น

๒.๓ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

๒.๓.๑ ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในช่วงแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ - ๔ (ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๒๕๕๙)

การพัฒนาประเทศทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมที่นำไปสู่ความมั่นคงและเจริญก้าวหน้า ขึ้นอยู่กับการพัฒนาประชากรของประเทศให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยถ้วนหน้ากัน ทั้งนี้ เพราะประชากรถือเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและเป็นปัจจัยหลักที่มีบทบาทโดยตรงต่อการพัฒนาประเทศในระดับต่าง ๆ ดังนี้ ประเทศชาติใดที่มีทรัพยากรมนุษย์ที่พร้อมด้วยศักยภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ประเทศนั้นถือว่าเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วและประสบผลสำเร็จ แต่ในความเป็นจริง ไม่ว่าประเทศจะเจริญและพัฒนามาก้าวหน้าเพียงใด สังคมยังคงมีบุคคลที่มีความพิการบกพร่องทั้งทางร่างกาย พฤติกรรมและจิตใจ รวมอยู่ด้วย และมีได้หมายความว่าบุคคลเหล่านี้จะสูญเสียความสามารถและคุณค่าของความเป็นมนุษย์โดยสิ้นเชิง ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และวิทยาการสมัยใหม่ได้พิสูจน์ให้เห็นว่า หากให้การดูแล บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว คนพิการโดยส่วนใหญ่จะสามารถกลับมาเป็นคนที่มีคุณค่าต่อตนเองและครอบครัว สังคมและประเทศชาติ สามารถประกอบอาชีพและเป็นกำลังการผลิตที่มีส่วนช่วยในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้ในที่สุด โดยเหตุนี้รัฐบาลซึ่งได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์กลุ่มเป้าหมายคนพิการ จึงได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พุทธศักราช ๒๕๓๔ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔) ที่รัฐบาลมีเจตนารมณ์เพื่อพัฒนาคนพิการทั้งในเมืองและชนบทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยถ้วนหน้ากัน รวมทั้งให้เป็นทรัพยากรที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ ทั้งทางเศรษฐกิจ และสังคมได้ด้วย โดยมีเหตุผลในการประกาศใช้คือ โดยที่คนพิการเป็นทรัพยากรส่วนหนึ่งของประเทศ แต่เนื่องจากสภาพของความพิการเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต ในการประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม จึงสมควรสนับสนุนส่งเสริมให้คนพิการ ได้รับการคุ้มครอง สงเคราะห์ ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม การพัฒนาและแก้ไขอุปสรรคทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนส่งเสริมให้คนพิการได้รับสิทธิและโอกาส

ในด้านต่าง ๆ สามารถดำรงชีวิต ประกอบอาชีพ มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เท่าเทียมคนทั่วไป ตลอดจนสนับสนุนให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้วิกฤตและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการเพิ่มมากขึ้น

คนพิการในประเทศไทย ได้รับความสนใจเมื่อประมาณ ๒ ทศวรรษที่ผ่านมาก่อนหน้านี้ได้ถูกละเลยให้ต้องเผชิญหน้ากับปัญหาทัศนคติในทางลบของสังคมตลอดมาคนพิการส่วนใหญ่ต้องปิดบังซ่อนเร้น เก็บตัว เป็นภาระของครอบครัว ขาดการศึกษา ขาดอาชีพ ขาดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน คนพิการเป็นผู้ด้อยโอกาสของสังคม จนปี พ.ศ.๒๕๓๔ รัฐบาลได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เพื่อส่งเสริมให้คนพิการได้รับโอกาส สิทธิในการสงเคราะห์ การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตลอดจนออกกฎหมายกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- กฎกระทรวงเรื่อง "การจ้างงานคนพิการและการส่งเงินเข้ากองทุน" กำหนดให้สถานประกอบการที่มีคนงานตั้งแต่ ๒๐๐ ขึ้นไป ต้องรับผู้พิการเข้าทำงานในสัดส่วนคนงาน ๒๐๐ คนต่อผู้พิการ ๑ คน ในกรณีที่ไม่รับผู้พิการเข้าทำงานตาม พ.ร.บ.การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จะต้องส่งเงินเข้ากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

- กฎกระทรวงเรื่อง "การกำหนดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพร่างกาย"

- กฎกระทรวงเรื่อง "การกำหนดประเภทคนพิการและการกำหนดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยทางการแพทย์"

- ระเบียบคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการว่าด้วย "การจัดหาผลประโยชน์และการใช้จ่ายเงินทดแทนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๖" กำหนดหลักเกณฑ์สำหรับใช้จ่ายเกี่ยวกับการดำเนินงานสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการให้กู้ยืมไปประกอบอาชีพหรือขยายกิจการที่ดำเนินการไปแล้ว ในวงเงินกู้รายละไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท โดยไม่ต้องเสียดอกเบี้ย รวมทั้งมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๓๗ ว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านอาชีพและการจ้างงานคนพิการ เป็นต้น จึงส่งผลให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายในการได้รับการสงเคราะห์ พัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งทางการแพทย์ การศึกษา การอาชีพและสังคม จากการประสานงานความร่วมมือกันของหน่วยงานทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง

โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- ๑) เพื่อให้คนพิการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านการแพทย์ การศึกษาการอาชีพและสังคม อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมคนทั่วไป

- ๒) เพื่อให้คนพิการสามารถดูแลตนเอง หรือได้รับความช่วยเหลือ จนมีความพร้อมจะดำเนินชีวิตและบทบาทในสังคม

- ๓) เพื่อส่งเสริมงานวิชาการและเผยแพร่ข่าวสารการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในด้านต่าง ๆ ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่คนพิการ

๔) เพื่อสนับสนุนให้ชุมชน องค์กรท้องถิ่น และองค์กรภาคเอกชน ให้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมากขึ้น

โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการและการดำเนินงาน โดยมีเป้าหมาย ดังนี้

- ๑) คนพิการได้รับการค้นหาเผื่อระวัง ตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างคลอดและภายหลัง
- ๒) คนพิการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ตั้งแต่แรกเริ่มจนมีความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตและบทบาทในสังคม
- ๓) คนพิการมีโอกาสได้รับการศึกษาในทุกระดับการศึกษาและทุกระบบ ตามขีดความสามารถเช่นเดียวกับคนทั่วไป
- ๔) คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถประกอบอาชีพและอยู่ในสังคมได้อย่างมีเกียรติและมีศักดิ์ศรี
- ๕) คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม รวมทั้งสวัสดิการที่เหมาะสมและเข้าถึงบริการในสังคม
- ๖) ครอบครัว ชุมชน สังคม และคนพิการได้รับการปลูกจิตสำนึกและเจตคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับคนพิการ เพื่อให้คนพิการได้อยู่ร่วมในสังคม โดยมีโอกาสและสิทธิอย่างเท่าเทียมคนทั่วไป

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของประเทศไทย เกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกับพัฒนาการในเชิงกฎหมาย นโยบาย และกลไกระดับต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรของคนพิการ และองค์กรเพื่อคนพิการอย่างต่อเนื่อง ด้วยการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในช่วงระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙^{๒๕} ดังนี้

แผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ นับเป็นจุดเริ่มต้นในการกำหนดแผนระดับชาติด้านคนพิการโดยได้ทำให้อยู่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔) ซึ่งกำหนดให้คนพิการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการพัฒนาให้เต็มตามศักยภาพ เพื่อให้มีขีดความสามารถที่พร้อมในการปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าและมีความสุข มีจุดเน้นด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ การจ้างงานและสังคม

คือ “แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙” ได้ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการจัดทำแผนตามบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ให้

^{๒๕} คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔, (กรุงเทพฯ : กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, ๒๕๖๐), หน้า ๒.

สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ.๒๕๔๕ - ๒๕๔๙) ครอบคลุมมิติของคุณภาพชีวิตของคนพิการโดยบูรณาการหลักพื้นฐาน แนวคิด และการดำเนินงานด้านคนพิการจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ พ.ศ.๒๕๔๑ การปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูประบบสุขภาพ ตลอดจนพันธกรณีและข้อตกลงระดับนานาชาติ ทั้งนี้ได้ปรับให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม ในการเสริมสร้างความก้าวหน้า สิทธิ ความยุติธรรม และความเสมอภาคสำหรับคนพิการในกระบวนการพัฒนาทุกด้าน

ในการจัดทำแผนฉบับที่ ๓ คือ “แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔” เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพจากทุกภาคส่วนในการจัดทำแผนโดยพิจารณาจากสถานการณ์และแนวโน้มด้านคนพิการและความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๙ รวมทั้งการประเมินสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของการดำเนินงานด้านคนพิการ ซึ่งได้บูรณาการกรอบแนวคิดและทิศทางในการจัดทำแผนให้มีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ ตลอดจนพันธกรณีระหว่างประเทศ โดยแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับนี้ ได้เน้นให้มีกลไกประสานงานด้านคนพิการระดับชาติ การส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายเพื่อให้มีส่วนร่วมและมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อคนพิการทั้งทางด้านโครงการที่จะดำเนินการในเบื้องต้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ซึ่งจะทำให้การนำแผนไปสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผลมีความชัดเจนยิ่งขึ้น เป้าหมายสูงสุดของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับนี้คือ ต้องการให้คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ มีส่วนร่วมใน สังคมอย่างเต็มที่และเสมอภาค ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค อันเป็นแนวทางที่เคารพใน คุณค่าสิทธิ ความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ กำหนดวิสัยทัศน์คนพิการ ดำรงชีวิตอิสระร่วมกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข สามารถเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาค และเท่าเทียมกัน มียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน ๕ ด้าน คือ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม โดยไม่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

๑) ภาครัฐมีหน้าที่จัดให้มีบริการเพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิตามกฎหมายและตอบสนองความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท

๒) สนับสนุนให้องค์กรภาคเอกชนจัดบริการตามกฎหมายให้ตอบสนองต่อความจำเป็นพิเศษของคนพิการแต่ละประเภท

๓) เฝ้าระวังและป้องกันการแสวงหาประโยชน์ การใช้ความรุนแรง และการล่วงละเมิดต่อ
คนพิการ

๔) พัฒนา ปรับปรุง แก้ไข กฎหมาย กฎ และวิธีปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมคุ้มครองสิทธิ และขจัด
การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษต่อเด็ก
พิการและสตรีพิการ

๕) สร้างหลักประกันให้คนพิการและผู้ดูแล คนพิการในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมอย่าง
มีประสิทธิภาพ

๖) รมรณรงค์ เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคมบูรณาการให้มี
ส่วนร่วมสนับสนุนการเข้าถึงสิทธิ และขจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการและผู้ดูแลคน
พิการ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาเทคโนโลยี และข้อมูลข่าวสาร ที่คนพิการ
สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์

แนวทางและมาตรการ

๑) ภาครัฐรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้องค์กรทุกภาค
ส่วนรวมถึงองค์กรธุรกิจเอกชนจัดให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสภาพแวดล้อม อาคาร
สถานที่ และการคมนาคมขนส่ง

๒) ภาครัฐรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้องค์กรทุกภาคส่วน
รวมถึงองค์กรธุรกิจเอกชนจัดให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากผลิตภัณฑ์ อุปกรณ์ และ
เครื่องช่วยความพิการ รวมถึงเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน

๓) ภาครัฐรวมถึงองค์กรอิสระ มีหน้าที่จัดและส่งเสริมให้องค์กรทุกภาคส่วนรวมถึงองค์กร
ธุรกิจเอกชน จัดให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ข้อมูล
ข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม รวมถึงเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสาร

๔) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาหลักสูตร การเรียนการสอน และการฝึกอบรม เกี่ยวกับการสร้าง
และปรับสภาพแวดล้อมโดยอาศัยหลักการการออกแบบที่เป็นสากลและเป็นธรรม เพื่อการเข้าถึงและใช้
ประโยชน์ได้ของคนพิการ

๕) สนับสนุนการจัดตั้งกลไกให้คำปรึกษา ติดตามประเมินผล และพัฒนานวัตกรรม เพื่อ
ส่งเสริมการปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมและที่อยู่อาศัยให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ใน
การดำรงชีวิตได้จริง

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ สร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ
แนวทางและมาตรการ

๑) เสริมพลังคนพิการให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างสอดคล้องและเพียงพอกับความจำเป็นพิเศษของแต่ละบุคคลรวมทั้ง การได้รับสิทธิประโยชน์จากบริการหลักประกันสุขภาพ กองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน

๒) เสริมสร้างการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของ คนพิการตั้งแต่แรกเกิดหรือแรกพบความพิการจนตลอดชีวิต อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

๓) พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการช่วยเหลือระยะเริ่มแรกแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้เกี่ยวข้อง

๔) เสริมพลังคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อความมั่นคงและความก้าวหน้าด้านอาชีพ หรือการทำงาน โดยมีรายได้ที่เพียงพอ ทั้งในระบบตลาดแรงงาน นอกกระบบตลาดแรงงาน การประกอบอาชีพอิสระ รวมถึงการทำธุรกิจเพื่อสังคมของคนพิการ เพื่อร่วมสร้างเศรษฐกิจของ

๕) เสริมพลังเพื่อเข้าถึงสิทธิเสรีภาพในการเดินทาง ท่องเที่ยว และนันทนาการบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป

๖) เสริมพลังคนพิการให้มีความถึงพร้อมในการออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ และได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านกีฬาสู่ความเป็นเลิศ

๗) ปรับปรุงกลไกด้านการเงิน การคลังและงบประมาณเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีประสิทธิภาพ และกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นภาคประชาสังคมและภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

๘) ศึกษาและดำเนินการให้มีแหล่งรายได้เพื่อสนับสนุนการเงินการคลังและงบประมาณเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างเพียงพอ และอย่างยั่งยืน

๙) จัดตั้งและสนับสนุนการดำเนินงานสถาบันทางวิชาการเพื่อการวิจัยและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

๑๐) พัฒนาผลงานทางวิชาการ งานวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่สามารถนำไปกำหนดนโยบายด้านความพิการของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ส่งเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่าย
แนวทางและมาตรการ

๑) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการรวมตัว จัดตั้ง และสร้างความเข้มแข็ง ขององค์กรด้านคนพิการทุกประเภททั้งในระดับจังหวัดและท้องถิ่น

๒) ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรด้านคนพิการให้มีบทบาทในองค์กรหรือกิจกรรมด้านคนพิการระดับนานาชาติ

๓) ส่งเสริมและสนับสนุนทรัพยากร โดยเฉพาะด้านการเงิน และวิชาการ แก่องค์กรด้านคนพิการให้สามารถบริหารจัดการ ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิ ตลอดจนจัดบริการให้แก่คนพิการได้อย่างมีมาตรฐาน

๔) สนับสนุนให้องค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการในทุกระดับและทุกมิติในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา

๕) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดให้มีการสมทบงบประมาณเพื่อสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพแก่องค์กรด้านคนพิการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ สร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ

แนวทางและมาตรการ

๑) สร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักรู้เกี่ยวกับศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ศักยภาพ และการดำรงชีวิตอิสระ สิทธิ และหน้าที่ของคนพิการ

๒) ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจัดกิจกรรมในการสร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการ คนพิการ ความพิการ ผู้ดูแล ผู้ช่วยคนพิการ และครอบครัว

๓) พัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมทางสังคมในทุกด้านเพื่อให้คนพิการสามารถแสดงศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่

๔) พัฒนารูปแบบ และวิธีการ ในการเปลี่ยนแปลงแนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ จากสังคมเวทนานิยมเป็นสังคมฐานสิทธิของคนพิการ

๕) บรรลุความรู้เรื่องความพิการและคนพิการในหลักสูตรการศึกษาทุกระดับและทุกระบบ

๖) จัดตั้งและสนับสนุนสถาบันการสื่อสารสังคมเพื่อสื่อสารสาธารณะเรื่องคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ได้มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้มีความทันสมัยและครอบคลุม โดยให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมีหน้าที่ในการตรวจสอบการได้รับสิทธิประโยชน์ของคนพิการตามที่กฎหมายกำหนด คนพิการที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร อาจได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ เป็นต้น

๒.๓.๒ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔^{๒๖}

ได้กำหนดวิสัยทัศน์คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง ดำรงชีวิตอิสระ ในสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน อย่างยั่งยืน (Make the Right Real for Persons with Disabilities towards Independent Living in Sustainable Inclusive Society)

พันธกิจ

๑. เสริมพลังให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิทธิ สวัสดิการ ตลอดจนสนับสนุน องค์กรด้านคนพิการให้มีศักยภาพ ความเข้มแข็ง เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่าง ยั่งยืน

๒. ปฏิรูประบบบริหารจัดการให้คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง รวมถึงส่งเสริมคุ้มครองสิทธิของ คนพิการและจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการทุกรูปแบบ

๓. สื่อสารสังคม สร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้มีเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการและความ พิจารณาเพื่อนำไปสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน

๔. สร้างสภาพแวดล้อม การเดินทาง บริการสาธารณะ และพัฒนาเทคโนโลยี ที่คนพิการ เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

๕. ส่งเสริมและบูรณาการเครือข่ายทุกภาคส่วนโดยสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อขับเคลื่อนการ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

เป้าประสงค์

๑. คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิทธิ สวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก การเดินทาง บริการสาธารณะ และข้อมูลข่าวสาร รวมถึงส่งเสริม คุ้มครองสิทธิคนพิการ และจัดการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ

๒. องค์กรด้านคนพิการพิการ ผู้นำคนพิการ และเครือข่ายทุกระดับมีศักยภาพและความ เข้มแข็งสามารถส่งเสริมคุ้มครองสิทธิของคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ระบบบริหารจัดการด้านคนพิการ มีการปฏิรูปนโยบาย กฎหมายและกลไกการขับเคลื่อน การดำเนินงานด้านคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นสากลและทันสมัย

๔. สังคมมีความรู้ความเข้าใจ และเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ ปราศจากการเลือกปฏิบัติ ลดความเหลื่อมล้ำ สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันอย่างยั่งยืน

๕. คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การเดินทาง บริการ สาธารณะการเรียนรู้ ข้อมูลข่าวสาร นวัตกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เทคโนโลยีสิ่ง อำนาจความสะดวก และการช่วยเหลือที่สมเหตุสมผล

^{๒๖} คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔, หน้า ๑๙-๒๑.

๖. เครือข่ายและหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องบูรณาการนโยบาย แผนงานการดำเนินงาน และทรัพยากรในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์แห่งความเท่าเทียม = EQUAL

๑. เสริมพลังคนพิการและองค์กรด้านคนพิการให้มีศักยภาพและความเข้มแข็ง (Empowerment)

๒. พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ จัดการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง (Quality Management)

๓. เสริมสร้างความเข้าใจและเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการและความพิการ (Understanding)

๔. สร้างสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะที่ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (Accessibility)

๕. ส่งเสริมการบูรณาการเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างยั่งยืน (Linkage)

๒.๓.๓ ปฏิญญาวาด้วยสิทธิคนพิการไทย

องค์การสหประชาชาติได้ให้ความสำคัญเรื่องสิทธิ โอกาสและความเสมอภาคของคนพิการ^{๒๗} โดยในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ได้ประกาศปฏิญญาวาด้วยสิทธิของคนพิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ พ.ศ. ๒๕๔๘ ประกาศปฏิญญาวาด้วยสิทธิของคนพิการ พ.ศ. ๒๕๒๔ ประกาศให้เป็นปีคนพิการสากล และประกาศให้ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๖ - ๒๕๓๕ เป็นทศวรรษของคนพิการพร้อมทั้งกำหนดแผนปฏิบัติการโลกเมื่อสิ้นสุดทศวรรษคนพิการแล้วคณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิก องค์การสหประชาชาติ ต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมและรณรงค์เรื่องสิทธิและโอกาสของคนพิการอย่างต่อเนื่องจึงได้ประกาศให้ปี พ.ศ. ๒๕๓๖ - ๒๕๔๕ เป็นทศวรรษคนพิการของภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก สำหรับประเทศไทย รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญเรื่องสิทธิและโอกาสของคนพิการเช่นกัน โดยหน่วยงานต่าง ๆ ร่วมกับคนพิการได้ยกย่องพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๐ และเมื่อปีคนพิการสากล พ.ศ. ๒๕๒๔ ได้จัดกิจกรรมต่างๆ พร้อมทั้งประกาศใช้แผนการสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติระยะยาว (พ.ศ.๒๕๒๕-๒๕๓๔) ในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ ได้มีการตราพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และต่อมาได้ประกาศกฎกระทรวง ระเบียบ ต่าง ๆ รวมทั้งกำหนดนโยบายของรัฐเพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิโอกาสและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ อย่าง

^{๒๗} สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, (กรุงเทพฯ: หจก.ไอเดียสแควร์, ๒๕๕๒), หน้า ๑๗๕-๑๗๗.

เท่าเทียมกับสมาชิกอื่นในสังคมเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๖ ผู้นำรัฐบาลไทยได้ร่วมลงนามพร้อมกับผู้นำของประเทศในภูมิภาคนี้ในประกาศการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และความเสมอภาคของคนพิการในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกเพื่อเป็นค่านิยมสัญญาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และขจัดเจตคติที่ไม่ถูกต้องของสังคมที่มีต่อคนพิการรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ ได้บัญญัติถึงเรื่องการคุ้มครองเสรีภาพ ศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ สิทธิของคนพิการเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถพึ่งตนเองได้เพื่อเป็นการนำเจตนารมณ์ในเรื่องสิทธิ โอกาส และความเสมอภาคของคนพิการดังที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปฏิญญาขององค์การสหประชาชาติ ประกาศการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และความเสมอภาคของคนพิการในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก แผนงานและกฎระเบียบอื่น ๆ ที่ได้กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติ ผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทั้งภาครัฐและเอกชน และองค์กรคนพิการจึงได้ร่วมกันจัดทำปฏิญญาวาด้วยสิทธิคนพิการไทย^{๒๘} เพื่อถือปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่คนพิการปฏิญญาวาด้วยสิทธิคนพิการไทยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๔๑ ปฏิญญาวาด้วยสิทธิคนพิการไทย มีเนื้อหา ดังนี้

๑) คนพิการ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ มีสิทธิ และเสรีภาพแห่งบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครองในฐานะพลเมืองไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และมีสิทธิต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ภายใต้ปฏิญญาฉบับนี้ โดยไม่มีข้อยกเว้นใด ๆ และโดยปราศจากการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง ภาษา ถิ่นกำเนิด เพศ อายุ หรือสถานะอื่นใด

๒) คนพิการ มีสิทธิแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมือง

๓) คนพิการ มีสิทธิเข้าร่วมในการตัดสินใจในกำหนดนโยบาย และแผนงานทุกด้านที่เกี่ยวกับคนพิการทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

๔) คนพิการ มีสิทธิได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนา ตั้งแต่แรกเกิดและแรกเริ่มที่พบความพิการ รวมทั้งผู้ปกครองและครอบครัวของคนพิการต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐในทุก ด้านเพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคนพิการอย่างเต็มศักยภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล

๕) คนพิการ มีสิทธิได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระได้ด้วยตนเองอย่างเต็มศักยภาพของแต่ละบุคคล

๖) คนพิการ มีสิทธิและโอกาสได้รับการศึกษาอย่างมีคุณภาพในทุกระดับ ทุกรูปแบบของการจัดการศึกษาตามความต้องการของคนพิการอย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ทั้งการศึกษาในระบบ นอกระบบ และการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตโดยไม่มีการจำกัด กีดกัน เลือกปฏิบัติหรือข้อยกเว้นใด ๆ

^{๒๘} สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, หน้า ๑๗๘-๑๘๐.

๗) คนพิการ มีสิทธิและโอกาสได้รับการเตรียมความพร้อมด้านอาชีพ การฝึกอาชีพ การประกอบอาชีพทุกประเภท ได้รับการจ้างงานหรือว่าจ้างงานเข้าทำงานตามความต้องการและความสามารถ โดยได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการ ได้รับความก้าวหน้า รวมทั้งได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกสหภาพแรงงานโดยไม่มีการกีดกันหรือเลือกปฏิบัติ

๘) คนพิการ มีสิทธิได้รับการปกป้องคุ้มครองจากการถูกคุกคามทางเพศ ทำร้ายร่างกายและจิตใจ กักขัง เอารัดเอาเปรียบ หรือการแสวงหาประโยชน์ใด ๆ จากความพิการ ทั้งนี้ ให้ได้รับความช่วยเหลือทางด้านกฎหมายเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป

๙) คนพิการ มีสิทธิอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนของตน และมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม

๑๐) คนพิการ มีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก บริการ และความช่วยเหลือจากรัฐ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป

๑๑) คนพิการ มีสิทธิได้รับการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้รับรู้และเข้าใจคนพิการในทางที่สร้างสรรค์ โดยเฉพาะในเรื่องสิทธิ ศักยภาพ และความสามารถ รวมทั้งการบำเพ็ญประโยชน์ของคนพิการ

๑๒) คนพิการ มีสิทธิได้รับและเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของคนพิการ ทั้งนี้ ต้องได้รับการสนับสนุนให้มีสื่อทุกประเภทที่เหมาะสมกับความพิการ รวมทั้งต้องจัดให้มีล่ามภาษามือ อักษรเบรลล์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรืออุปกรณ์พิเศษอื่น ๆ ที่ใช้ในการสื่อสาร

๑๓) คนพิการ และครอบครัว ชุมชน สังคม มีสิทธิได้รับและเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร เพื่อทราบถึงสิทธิอันระบุไว้ในกฎหมายฉบับนี้โดยทั่วถึง

๑๔) รัฐต้องให้ความสำคัญและปฏิบัติตามพันธะสัญญาที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ซึ่งได้ลงนามหรือตกลงร่วมกันในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

เนื่องจากกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่อาจประกันการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานและความเสมอภาคของคนพิการได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น ในปีพ.ศ. ๒๕๔๕ องค์การสหประชาชาติจึงได้แต่งตั้งคณะทำงานยกร่างอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิ คนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities- CRPD) ขึ้น ซึ่งต่อมา เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๔๙ ที่ประชุมเต็ม คณะของสมัชชาสหประชาชาติสมัยสามัญที่ ๖๑ ได้มีมติ รับรองอนุสัญญา CRPD และพิธีสารเลือกรับ (Optional Protocol) ของอนุสัญญา CRPD ๒๓ อนุสัญญา CRPD จึงให้ความสำคัญในเรื่องต่อไปนี้

๑) การจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการทุกรูปแบบทั้งในด้านกฎหมายการปกครองและการปฏิบัติต่าง ๆ

๒) การกำหนดมาตรการที่เหมาะสม เพื่อประกันการเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกันของ คนพิการ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพการขนส่งข้อมูลข่าวสารและบริการสาธารณะ

๓) การยอมรับความเท่าเทียมกันของคนพิการในทางกฎหมายโอกาสในการศึกษาการเข้าทำงาน การรักษาพยาบาลการประกันสิทธิโอกาสที่จะมีส่วนร่วมทางการเมืองอย่างเท่าเทียมกับ บุคคลทั่วไป

โดยมีหลักการทั่วไปของอนุสัญญา CRPD ดังนี้

๔) เคารพศักดิ์ศรีที่มีมาแต่กำเนิดการอยู่ได้ด้วยตนเอง เสรีภาพในการตัดสินใจด้วยตนเอง และเป็นอิสระของบุคคล

๕) ไม่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการ

๖) การมีส่วนร่วม การเข้าร่วมของคนพิการได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพในสังคม

๗) เคารพความแตกต่างยอมรับคนพิการว่าเป็นส่วนหนึ่งของความแตกต่างของมนุษยชาติ และเป็นมนุษย์

๘) ความเสมอภาคของโอกาส

๙) การเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

๑๐) ความเสมอภาคระหว่างชายหญิง

๑๑) เคารพศักยภาพที่พัฒนาขึ้นของเด็กพิการและเคารพสิทธิเด็กพิการในการคุ้มครองลักษณะเฉพาะตน สิทธิของคนพิการตามอนุสัญญา CRPD

๑๒) ความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติ

๑๓) สิทธิการมีชีวิตเสรีภาพ และความมั่นคงของบุคคล

๑๔) สิทธิที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสามารถตามกฎหมายบนพื้นฐานอันเท่าเทียมกัน

๑๕) เสรีภาพจากการถูกทรมาน

๑๖) เสรีภาพจากการแสวงหาประโยชน์การใช้ความรุนแรงและการล่วงละเมิด

๑๗) สิทธิที่จะได้รับการเคารพต่อศักดิ์ศรีทางร่างกายและจิตใจ

๑๘) เสรีภาพในการย้ายถิ่นฐานและการถือสัญชาติ

๑๙) สิทธิในการอาศัยอยู่ในชุมชน

๒๐) เสรีภาพในการแสดงออกและแสดงความคิดเห็น

๒๑) การเคารพการเป็นส่วนตัว

๒๒) การเคารพในการสร้างครอบครัวและสถาบันครอบครัว

๒๓) สิทธิด้านสุขภาพ

๒๔) สิทธิทางการศึกษา

๒๕) สิทธิด้านการทำงาน

๒๖) สิทธิสำหรับมาตรฐานความเป็นอยู่ที่เพียงพอ

๒๗) สิทธิในการมีส่วนร่วมทางการเมืองและสาธารณะกิจ

๒๘) สิทธิในการมีส่วนร่วมด้านวัฒนธรรม

บทบาทของรัฐภาคี ประเทศไทยเข้าเป็นภาคีของอนุสัญญา CRPD โดยการให้สัตยาบันเมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๑ ซึ่งมีผลบังคับให้ประเทศไทยต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดในอนุสัญญาตั้งแต่วันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไป การเป็นรัฐภาคีมีนัยว่ารัฐบาลประเทศนั้นตระหนักกว่ามีการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ มิได้จะต้อง เคารพคุ้มครองและให้สิทธิที่พึงมีแต่คนพิการเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป นอกจากนี้จะต้องมีการปฏิบัติดังนี้

๑) รัฐภาคีจะต้องกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบหลัก (Focal Point) เพื่อเป็นกลไกประสานงานภาครัฐดูแลประเด็นที่สนับสนุนการดำเนินงานในภาคส่วนต่าง ๆ และประเทศไทยได้กำหนดให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักตามอนุสัญญานี้

๒) รัฐภาคีจะต้องจัดตั้งโครงสร้างภายในเพื่อส่งเสริม พิทักษ์และติดตามการปฏิบัติตามอนุสัญญาโดยมีองค์ประกอบที่มาจากทุกภาคส่วน

๓) รัฐภาคีจะต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมโดยเฉพาะคนพิการ และ องค์กรของคนพิการให้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการติดตามการดำเนินงาน

๔) รัฐภาคีจะต้องมีการจัดทำรายงานเกี่ยวกับมาตรการในการปฏิบัติตามพันธกรณีภายใต้อนุสัญญาภายในเวลา ๒ ปีหลังจากอนุสัญญามีผลบังคับใช้และหลังจากนั้นต้องส่งฉบับต่อ ๆ ไป อย่างน้อย ๆ ๔ ปีหรือเมื่อคณะกรรมการร้องขอ

ดังนั้น อนุสัญญา CRPD จึงเป็นกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่ส่งเสริมพิทักษ์และรับรองให้คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน เสรีภาพขั้นพื้นฐาน และมีความเสมอภาค อย่างเต็มที่ พร้อมทั้งส่งเสริมการเคารพศักดิ์ศรีที่มีมาแต่กำเนิดของคนพิการอนุสัญญานี้ยังเป็นอนุสัญญานับแรกที่ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของคนพิการ ไม่เฉพาะด้านพลเมือง และการเมืองเท่านั้น แต่รวมถึงเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และชีวิตครอบครัวอีกด้วย

๒.๔ แนวคิดสิทธิมนุษยชน

๒.๔.๑ ความหมายของสิทธิมนุษยชน

คำว่า สิทธิมนุษยชน ในอดีตยังไม่เป็นที่แพร่หลาย จนกระทั่งมีการก่อตั้งองค์การสหประชาชาติแล้ว จึงได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในระดับภูมิภาคและในระดับนานาชาติ ซึ่งในกฎบัตร สหประชาชาติได้กล่าวถึงสิทธิมนุษยชนไว้หลายแห่ง เช่น ในอารัมภบท มีข้อความที่กล่าวถึงความมุ่งหมายของ สหประชาชาติไว้ว่า “เพื่อเป็นการยืนยันความเชื่อในสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ ในศักดิ์ศรีและคุณค่า ของมนุษยชาติ (To Reaffirm Faith in Fundamental Human Rights, in the Dignity and Worth of the Human Person....” (United Nation Organization, ๒๐๑๒)) แต่มิได้มี

คำนิยามหรือคำอธิบายเกี่ยวกับ สิทธิมนุษยชนแต่อย่างใด ในทางวิชาการมักไม่มีการให้คำนิยาม ความหมายของสิทธิมนุษยชน นอกจากมี การพยายามอธิบายคำปรารภของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ที่ว่า “โดยที่การยอมรับนับถือเกียรติศักดิ์ ประจำตัว และสิทธิเท่าเทียมกันและโอนมิได้ของ บรรดาสมาชิกทั้งหลายแห่งครอบครัวมนุษยชนเป็นหลักการ พื้นฐานแห่งอิสรภาพ ความยุติธรรมและ สันติภาพโลก” นั้น หมายถึง สิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิประจำตัวของ มนุษย์ทุกคน เพราะมนุษย์ทุกคนมี ศักดิ์ศรี มีเกียรติศักดิ์ประจำตัว สิทธิมนุษยชนไม่สามารถโอนให้แก่กันได้ แต่นักปฏิบัติการสิทธิมนุษยชน ให้คำอธิบายว่า เราเรียกสิ่งจำเป็นสำหรับคนทุกคนที่ ต้องได้รับในฐานะที่เป็นคน ซึ่งทำให้คนๆ นั้นมีชีวิต อยู่รอดได้อย่างมีความเหมาะสมแก่ความเป็นคนและสามารถมีการพัฒนาตนเองได้ว่า คือ “สิทธิ มนุษยชน” เมื่อนำคำอธิบายทั้ง ๒ ประการมาประกอบกัน ก็สามารถเข้าใจได้ว่า สิทธิมนุษยชน คือ สิ่งจำเป็นสำหรับคนทุกคนที่ต้องได้รับในฐานะที่เป็นคน เพื่อให้คนๆ นั้นมีชีวิตอยู่รอดได้และมีการ พัฒนา สิทธิมนุษยชนจึงมี ๒ ระดับ^{๒๙}

ระดับแรก สิทธิที่ติดตัวคนทุกคนมาแต่เกิดไม่สามารถถ่ายโอนให้แก่กันได้อยู่เหนือกฎหมาย และอำนาจใด ๆ ของรัฐทุกรัฐ สิทธิเหล่านี้ได้แก่ สิทธิในชีวิต ห้ามฆ่าหรือ ทำร้ายต่อชีวิต ห้ามค้ามนุษย์ ห้ามทรมานอย่างโหดร้าย คนทุกคนมีสิทธิในความเชื่อ มโนธรรมหรือ ลัทธิทางศาสนา ทางการเมือง มี เสรีภาพในการแสดง ความคิดเห็นและแสดงออกหรือการสื่อความหมาย โดยวิธีอื่น สิทธิมนุษยชนเหล่านี้ ไม่จำเป็นต้องมีกฎหมายมารองรับ สิทธิเหล่านี้ก็ดำรงอยู่ ซึ่งอย่างน้อยก็อยู่ในมโนธรรมสำนึก ถึงบาป บุญคุณโทษที่อยู่ในตัวของแต่ละคน เช่น แม้ไม่มีกฎหมายบัญญัติว่าการ ฆ่าคนเป็นความผิดตามกฎหมาย แต่คนทุกคนมีสำนึกรู้ได้เองว่าการฆ่าคนนั้นเป็นสิ่งต้องห้าม เป็นบาป ในทางศาสนา เป็นต้น

ระดับที่สอง สิทธิที่ต้องได้รับการรับรองในรูปของกฎหมายหรือ ต้องได้รับการคุ้มครองโดย รัฐบาล ได้แก่ การได้รับ สัญชาติการมีงานทำ การได้รับความคุ้มครองแรงงาน ความเสมอภาคของหญิง ชาย สิทธิของเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและคนพิการ การได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน การประกันการว่างงาน การได้รับบริการทางด้าน สาธารณสุข การสามารถแสดงออกทางด้านวัฒนธรรม อย่างอิสระ สามารถ ได้รับความเพลิดเพลินจากศิลปะ วัฒนธรรมในกลุ่มของตน เป็นต้น สิทธิมนุษยชนระดับ ที่สองนี้ต้อง เขียนรับรองไว้ในกฎหมายหรือรัฐธรรมนูญ หรือแนวนโยบายพื้นฐานของรัฐของแต่ละประเทศ เพื่อเป็น หลักประกันว่าคนทุกคนที่อยู่ในรัฐนั้นจะได้รับ ความคุ้มครองชีวิตความเป็นอยู่ ให้มีความเหมาะสม แก่ ความเป็นมนุษย์

^{๒๙} กรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม, คู่มือการขับเคลื่อนแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๑)ไปสู่การปฏิบัติ, (กรุงเทพฯ : กรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม ,๒๕๕๙), หน้า ๔.

๒.๔.๒ ขอบเขตของสิทธิมนุษยชน

ขอบเขตของสิทธิมนุษยชน เมื่อพูดถึงสิทธิมนุษยชน จึงมีความหมายกว้างกว่า “สิทธิ” ตามกฎหมาย นักกฎหมาย โดยทั่วไปมักอธิบายว่า “สิทธิ” คือประโยชน์ที่กฎหมายรับรอง ซึ่งเป็นไปตามหลักกฎหมายในขอบเขตที่แคบ ในแง่ที่ว่า คนจะมีสิทธิได้ต้องมีกฎหมายรับรองไว้เท่านั้น ถ้ากฎหมายไม่เขียนรับรองไว้ย่อมไม่มีสิทธิ หรือไม่ได้รับ สิทธิแต่ในแง่ของ “สิทธิมนุษยชน” นั้น ขอบเขตของสิทธิมนุษยชนกว้างกว่าสิ่งที่กฎหมายรับรอง ดังกล่าวข้างต้น สิทธิมนุษยชนที่ได้รับการรับรองทั่วโลก ว่าเป็นมาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติต่อมนุษย์นั้น สามารถ จำแนกได้ครอบคลุมสิทธิ ๕ ประเภท^{๓๐} ได้แก่

๑) สิทธิพลเมือง ได้แก่สิทธิในชีวิตและร่างกาย เสรีภาพและความมั่นคงในชีวิต ไม่ถูกทรมาน ไม่ถูกทำร้ายหรือฆ่า สิทธิในกระบวนการยุติธรรม ได้แก่ สิทธิในความเสมอภาคต่อหน้ากฎหมาย สิทธิที่จะได้รับการปกป้องจากการจับกุมหรือคุมขังโดยมิชอบ สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาคดีในศาลอย่างยุติธรรม โดยผู้พิพากษาที่มีอิสระ สิทธิในการได้รับสัญชาติ เสรีภาพของศาสนิกชนในการเชื่อถือและปฏิบัติตามความเชื่อถือ

๒) สิทธิทางการเมือง ได้แก่ สิทธิในการเลือกวิถีชีวิตของตนเองทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและ การแสดงออก สิทธิการมีส่วนร่วมกับรัฐในการดำเนินกิจการที่เป็นประโยชน์สาธารณะ เสรีภาพในการชุมนุมโดยสงบ เสรีภาพในการรวมกลุ่ม สิทธิในการเลือกตั้งอย่างเสรี

๓) สิทธิทางเศรษฐกิจ ได้แก่สิทธิในการมีงานทำ ได้เลือกงานอย่างอิสระและได้รับค่าจ้างอย่างเป็นธรรม สิทธิในการเป็นเจ้าของทรัพย์สิน การได้รับมาตรฐานการครองชีพอย่างพอเพียง

๔) สิทธิทางสังคม ได้แก่ สิทธิในการได้รับการศึกษา สิทธิในการได้รับหลักประกันด้านสุขภาพ แม่และเด็กต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ได้รับการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างเต็มที่ ได้รับความมั่นคงทางสังคมมีเสรีภาพในการเลือกคู่ครองและสร้างครอบครัว

๕) สิทธิทางวัฒนธรรม ได้แก่ การมีเสรีภาพในการใช้ภาษาหรือสื่อความหมายในภาษาท้องถิ่นตน มีเสรีภาพในการแต่งกายตามวัฒนธรรม การปฏิบัติกิจตามวัฒนธรรม ประเพณีท้องถิ่นของตน การปฏิบัติ ตามความเชื่อทางศาสนา การพักผ่อนหย่อนใจด้านการแสดงศิลปะ วัฒนธรรม บันเทิงได้โดยไม่มีใครมาบังคับ

ดังนั้นกล่าวได้ว่า “สิทธิตามกฎหมาย” ทุกอย่างไม่ใช่เรื่องสิทธิมนุษยชน มีสิทธิบางอย่างเท่านั้น ถือเป็นสิทธิมนุษยชน เพราะเป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์มาแต่เกิด ไม่สามารถโอนไปให้คนอื่น หรือไม่มีใคร มาพรากไปจากมนุษย์แต่ละคนได้ และสิทธิที่เป็นสิทธิมนุษยชนนั้นถือเป็นมาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติ ระหว่างมนุษย์ เช่น การฆ่าหรือทำร้ายกัน แม้ไม่มีกฎหมายบัญญัติว่า การทำร้าย หรือการฆ่าเป็น

^{๓๐} กรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม, คู่มือการขับเคลื่อนแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๑) ไปสู่การปฏิบัติ, หน้า ๖.

นความผิด คนทุกคนก็รู้อยู่แก่ใจว่าเป็นความผิด แต่การที่คนในชาติไม่ได้รับ “อาหาร” ที่เพียงพอแก่การยังชีพไม่ถือว่า มีใครทำผิดกฎหมาย แต่เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนประเภทหนึ่งที่รัฐบาลมีหน้าที่ต้องจัดการให้คนในชาติ ได้รับอาหารอย่างพอเพียงแก่การมีชีวิตอยู่รอด

๒.๔.๓ หลักการของสิทธิมนุษยชน

หลักการของสิทธิมนุษยชน ปณิญาสากล่าวด้วยสิทธิมนุษยชน นอกจากระบุขอบเขตของสิทธิมนุษยชนว่า ครอบคลุมสิทธิอะไรแล้ว ตัวปณิญาฯ เองยังได้นำเสนอหลักการสำคัญของสิทธิมนุษยชนไว้ด้วย หลักการนี้ถือเป็นสาระสำคัญที่ใช้อ้างอิงความเป็นสากลของสิทธิมนุษยชน และใช้เป็นเครื่องมือชี้วัด ว่าสังคมมีการเคารพ และปฏิบัติตามหลักการสิทธิมนุษยชนหรือไม่ สำหรับหลักการสำคัญของสิทธิมนุษยชน ประกอบด้วย^{๓๑}

๑) เป็นสิทธิธรรมชาติ ติดตัวมนุษย์มาแต่เกิด (Natural Rights) หมายความว่า มนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีประจำตัวตั้งแต่เกิดมาเป็นมนุษย์ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์(Human Dignity) นี้ไม่มีใครมอบให้เป็นสิ่งที่ธรรมชาติได้กำหนดขึ้นในมนุษย์ทุกคน ความหมายของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หมายถึง

(๑) ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คือ คุณค่าของคนในฐานะที่เขาเป็นมนุษย์

(๒) การให้คุณค่าของมนุษย์ แบ่งเป็น ๒ ประเภท

(๒.๑) คุณค่าที่ถูกกำหนดขึ้นโดยสังคม เป็นการให้คุณค่าของมนุษย์ในฐานะการดำรงตำแหน่งทางสังคม ซึ่งมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการมีอำนาจหรือการยึดครองทรัพยากรของสังคม

(๒.๒) คุณค่าที่ถูกกำหนดขึ้นโดยธรรมชาติ เป็นการให้คุณค่าของมนุษย์ในฐานะที่เป็น มนุษย์ซึ่งมีความเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยก

(๓) การกำหนดคุณค่าที่แตกต่างกันนำมาซึ่งการลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ ผู้คนในสังคมโดยทั่วไปมักให้คุณค่าทางสังคม เช่น สถานะตำแหน่งหรือเงินตรามากกว่า ซึ่งการให้คุณค่าแบบนี้นำมาซึ่ง การเลือกปฏิบัติจึงต้องปรับวิธีคิดและเน้นให้มีการปฏิบัติ โดยการให้คุณค่าของความเป็นคนในฐานะความเป็น มนุษย์ไม่ใช่ให้คุณค่าคนตามสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

๒) สิทธิมนุษยชนเป็นสากลและไม่สามารถถ่ายโอนกันได้(Universality & Inalienability) หมายความว่า สิทธิมนุษยชนนั้นเป็นของคนทุกคน ไม่มีพรมแดน คนทุกคนมีสิทธิมนุษยชนต่างๆ ดังที่กล่าวมานี้ เช่นเดียวกัน เพราะโดยหลักการแล้วถือว่า คนทุกคนย่อมถือว่าเป็นคน ไม่ว่าอยู่ที่ไหนในโลก ไม่ว่าจะเชื้อชาติ สัญชาติ เหล่ากำเนิดใดก็ตาม ย่อมมีสิทธิมนุษยชนประจำตัวทุกคนไป จึงเรียกได้ว่าสิทธิมนุษยชนเป็น ของคนทุกคน ไม่ว่าคนๆ นั้น จะยากจนหรือร่ำรวย เป็นคนพิการ เป็นเด็ก เป็นผู้หญิง

^{๓๑} กรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม, บทวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ และเชื่อมโยงเพื่อวางทิศทางแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๑), (กรุงเทพฯ : กรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม,๒๕๕๖), หน้า ๕-๗.

ส่วนที่กล่าวว่าสิทธิมนุษยชนไม่สามารถถ่ายโอนให้แก่กันได้ หมายความว่า ในเมื่อสิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิประจำตัวของมนุษย์ มนุษย์แต่ละคนย่อมไม่สามารถมอบอำนาจ หรือสิทธิมนุษยชนของตนให้แก่ผู้ใดได้ไม่มีการครอบครองสิทธิแทนกัน แตกต่างจากการครอบครองที่ดินหรือทรัพย์สิน เพราะสิทธิมนุษยชนเป็นเรื่องที่ธรรมชาติกำหนดขึ้น เป็นหลักการที่ทุกคนต้องปฏิบัติ แต่หากจะถามว่าในเมื่อ สิทธิมนุษยชนเป็น ของคนทุกคนเช่นนี้แล้ว สามารถมีสิทธิมนุษยชนเฉพาะกลุ่มได้หรือไม่ ในทางสากลได้มีการ จัดหมวดหมู่และกลุ่มของสิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิของกลุ่มเฉพาะและสิทธิตามประเด็นปัญหา เช่น สิทธิสตรี สิทธิเด็ก สิทธิในกระบวนการยุติธรรม สิทธิผู้ติดเชื้อ HIV/เอดส์ สิทธิของผู้ลี้ภัย เป็นต้น

๓) สิทธิมนุษยชนไม่สามารถแยกเป็นส่วนๆ ว่าสิทธิใดมีความสำคัญกว่าอีกสิทธิหนึ่ง (Indivisibility) กล่าวคือ สิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ไม่สามารถแบ่งแยกว่ามีความสำคัญกว่าสิทธิทาง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม สิทธิทั้งสองประการนี้ต่างมีความสำคัญเท่าเทียมกัน ดังนั้นรัฐบาลใดจะมาอ้าง ว่าต้องพัฒนาประเทศให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจ หรือต้องแก้ปัญหาปากท้องก่อน แล้วจึงค่อย ให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง ย่อมขัดต่อหลักการนี้

๔) ความเสมอภาคและห้ามการเลือกปฏิบัติ (Equality and Non-Discrimination) การเลือกปฏิบัติเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมานานในทุกสังคม และถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน เพราะเหตุว่า ในฐานะที่เราเกิดมาเป็นคน ต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นคนจน คนรวย คนพิการ เด็ก หรือผู้สูงอายุ คนป่วยหรือมีสุขภาพดีความเสมอภาคไม่ใช่การได้รับเท่ากัน เช่น การที่นักเรียนทุกคนที่ทำผิด ระเบียบจะต้องถูกเขียน ๓ ที เท่าๆ กัน อย่างนี้ไม่ถือว่าเป็นความเสมอภาค ความเสมอภาค คือ การที่ทุกคนควรได้รับจากส่วนที่ควรได้ ในฐานะเป็นคน เช่น การแจกของ ผู้ประสบภัยน้ำท่วมทุกคนจะได้รับของแจกชิ้นพื้นฐาน เช่น ได้รับข้าวสาร อาหารแห้ง ยาป้องกันเท้าเปื่อย แต่หากมีครอบครัวหนึ่ง มีคนป่วยที่ต้องการยา เป็นพิเศษ หรือบางครอบครัวมีเด็กก่อน ต้องได้รับนมผงเพิ่มสำหรับเด็ก ทางราชการสามารถเพิ่มยาและ นมผงให้แก่ครอบครัวเหล่านั้น นี่คือการเสมอภาคที่ได้รับ เพราะทุกคนในครอบครัวได้รับแจกสิ่งจำเป็นเพื่อการยังชีพแล้ว หลักความเสมอภาค คือ ต้องมีการเปรียบเทียบกับของ ๒ สิ่ง หรือ ๒ เรื่อง และดูว่าอะไร คือสาระสำคัญของเรื่องนั้น หากสาระสำคัญของประเด็นได้รับการพิจารณาแล้ว ถือว่ามีความเสมอภาคกัน เช่น การที่รัฐจัดเก็บภาษีเงินได้บุคคลไม่เท่ากัน คนที่มีรายได้มากก็เสียภาษีมาก คนที่มีรายได้น้อยก็เสียภาษีน้อย คนที่มีรายได้ไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดก็ไม่ต้องเสียภาษี แต่การมีรายได้มากหรือน้อยเป็นสาระสำคัญของการ เก็บภาษี ซึ่งเป็นธรรมสำหรับประชาชน การเลือกปฏิบัติ นั้น เป็นเหตุให้เกิดความไม่เสมอภาค เช่น การรักษาพยาบาล หรือ การ เข้าถึงบริการสาธารณะของรัฐเป็นไปไม่ทั่วถึง และไม่เท่าเทียมกัน เพราะมีความแตกต่างของบุคคลในเรื่องเชื้อชาติ เช่น หากมีแรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชาหรือพม่ามารักษา เจ้าหน้าที่มักไม่ยอมให้บริการที่ดี หรือไม่ยอมรับ รักษาผู้มีเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น หลักการเรื่องความเสมอภาคและห้ามการเลือกปฏิบัติในสังคมไทยนั้น ปรากฏอยู่ใน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐

มาตรา ๓๐ ที่ว่า การเลือกปฏิบัติเพราะเหตุแห่งความแตกต่าง ตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้ ไม่อาจกระทำได้ ซึ่งมาตรา ๓๐ ของรัฐธรรมนูญฉบับใหม่นี้ มีข้อความใกล้เคียงกับ บทบัญญัติของมาตราเดียวกันตามรัฐธรรมนูญ ปีพ.ศ. ๒๕๕๐

๕) การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสิทธินั้น (Participation & Inclusion) หมายความว่า ประชาชนแต่ละคนและกลุ่มของประชาชนหรือประชาสังคมย่อมมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการเข้าถึงและ ได้รับ ประโยชน์จากสิทธิพลเมือง สิทธิทางการเมือง และสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

๖) ตรวจสอบได้และใช้หลักนิติธรรม (Accountability & The Rule of Law) หมายถึง รัฐและองค์กรที่มีหน้าที่ในการก่อให้เกิดสิทธิมนุษยชน ต้องมีหน้าที่ตอบคำถามให้ได้ว่าสิทธิมนุษยชนได้รับการปฏิบัติให้เกิดผลจริงในประเทศของตน ส่วนสิทธิโดยยังไม่ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามหลักการสากลที่รับรองอธิบายต่อสังคมได้ว่าจะมีขั้นตอนดำเนินการอย่างไร โดยเฉพาะรัฐต้องมีมาตรการปกครองประเทศโดยใช้หลัก นิติธรรม หรือปกครองโดยอาศัยหลักการที่ใช้กฎหมายอย่างเที่ยงธรรม ประชาชนเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม ได้โดยง่าย มีกระบวนการไม่ซับซ้อนเป็นไปตามหลักกฎหมายและมีความเท่าเทียมกันเมื่ออยู่ต่อหน้ากฎหมาย ไม่มีใครอยู่เหนือกฎหมายได้

๒.๔.๔ แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๕๗ - ๒๕๖๑)^{๓๒}

สืบเนื่องจากการประชุมสิทธิมนุษยชนระดับโลก ณ กรุงเวียนนา ในปีพ.ศ. ๒๕๓๖ (ค.ศ. ๑๙๙๓) ได้มีการจัดทำปฏิญญาเวียนนาและแผนปฏิบัติการขึ้น โดยในข้อ ๗๑ ของที่ประชุมระดับโลกได้มีข้อเสนอแนะให้ รัฐบาลพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนปฏิบัติการแห่งชาติเพื่อกำหนดวิธีการที่จะให้มีการปรับปรุง ส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิมนุษยชนแก่ประชาชนในความรับผิดชอบของตนเอง ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ เป็นรัฐภาคีขององค์การสหประชาชาติที่ได้รับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและการเข้าร่วมเป็นภาคี สนธิสัญญาระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนหลายฉบับ ทำให้มีผลผูกพันที่จะต้องปฏิบัติตามสนธิสัญญา รวมถึงข้อตกลงระหว่างประเทศในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติเป็นแนวคิดหนึ่งในการประชุม ระดับโลกที่ประเทศไทยได้กรอบแนวทางมาดำเนินการ โดยเนื่องในโอกาสครบรอบ ๕๐ ปีปฏิญญาสากลว่าด้วย สิทธิมนุษยชน ประเทศไทยจึงได้มีการจัดทำนโยบายและแผนปฏิบัติการแม่บทแห่งชาติด้านสิทธิมนุษยชนขึ้น นับว่าเป็นแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับแรกของประเทศไทย ช่วงเวลาที่ประกาศใช้ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘

การจัดทำแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับที่ ๓ มีกรอบแนวคิดที่ให้แผนเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนครอบคลุมผู้แทนจากทุกจังหวัดทั่วประเทศ เช่นเดียวกับแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ และฉบับที่ ๒ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการนำเสนอที่แตกต่างจากแผนฯ ฉบับที่ ๒

^{๓๒} กรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม, แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑), (กรุงเทพฯ : กรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๕๖), หน้า ๖ - ๗.

เพื่อให้แผนฯ มีความเป็นสากลมากขึ้น ด้วยการนำข้อเสนอแนะที่ประเทศไทยรับมาปฏิบัติภายใต้กระบวนการ Universal Periodic Review (UPR) พันธกรณีระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยเป็นภาคีและปัญหาหรือ ความต้องการของประชาชน หล่อหลอมให้มีความเป็นหนึ่งเดียวกันหรือเป็นเนื้อเดียวกัน เพื่อให้การขับเคลื่อน งานด้านสิทธิมนุษยชนของไทยเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งหมด จะเห็นได้ว่าข้อเสนอแนะในหลายประเด็นได้ นำข้อเสนอแนะจากกลไก UPR และสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยร่วมเป็นภาคีเข้าบรรจุไว้แล้ว แต่อย่างไรก็ตามมีหลายประเด็นในร่างแผนฯ ฉบับที่ ๓ ที่มีการเพิ่มเติมมากกว่าประเด็นที่ระบุไว้ข้างต้นจากการ รับฟังความคิดเห็นทุกภาคส่วน ทั้งการวิเคราะห์สถานการณ์สิทธิมนุษยชนและการยกร่างแผนในระดับพื้นที่ของ ประเทศไทย โดยมีเป้าหมายเป็นสังคมที่ส่งเสริม สิทธิเสรีภาพ และความเท่าเทียม โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์เพื่อนำไปสู่สังคมสันติสุข

แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑) มีเป้าหมายสำคัญที่ต้องการทำให้สังคมไทย “เป็นสังคมที่ส่งเสริม สิทธิ เสรีภาพ และความเท่าเทียม โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อนำไปสู่สังคมสันติสุข” และสาระของแผนฯ ครอบคลุมประเด็นสิทธิมนุษยชนใน ๑๑ ด้าน และ ๑๕ กลุ่มเป้าหมาย^{๓๓} ดังนี้

- ๑) แผนสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข
- ๒) แผนสิทธิมนุษยชนด้านการศึกษา
- ๓) แผนสิทธิมนุษยชนด้านเศรษฐกิจ
- ๔) แผนสิทธิมนุษยชนด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- ๕) แผนสิทธิมนุษยชนด้านที่อยู่อาศัย
- ๖) แผนสิทธิมนุษยชนด้านวัฒนธรรมและศาสนา
- ๗) แผนสิทธิมนุษยชนด้านข้อมูล ข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- ๘) แผนสิทธิมนุษยชนด้านการขนส่ง
- ๙) แผนสิทธิมนุษยชนด้านการเมืองการปกครอง
- ๑๐) แผนสิทธิมนุษยชนด้านกระบวนการยุติธรรม
- ๑๑) แผนสิทธิมนุษยชนด้านความมั่นคงทางสังคม

ซึ่งได้พิจารณากลุ่มเป้าหมายที่มีผลต่อความ มั่นคงทางสังคมและเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน ๑๕ กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

- ๑) กลุ่มผู้ต้องหา/ผู้ต้องขัง
- ๒) กลุ่มผู้พิการ

^{๓๓} กระทรวงยุติธรรม, แผนปฏิบัติการ ด้านสิทธิมนุษยชน กระทรวงยุติธรรม พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑, (กรุงเทพฯ : กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๕๘), หน้า ๑๕-๑๖.

๓) กลุ่มผู้ต้องหาคดียาเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕/กลุ่มผู้ติดยาเสพติดและผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๔) กลุ่มเหยื่อ/ผู้เสียหาย

๕) กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

๖) กลุ่มผู้ใช้แรงงาน

๗) กลุ่มคนจน/ผู้ได้รับผลกระทบจากการพัฒนา

๘) กลุ่มเกษตรกร

๙) กลุ่มผู้สูงอายุ

๑๐) กลุ่มเด็กและเยาวชน

๑๑) กลุ่มสตรี

๑๒) กลุ่มคนพิการ

๑๓) กลุ่มผู้ไร้รัฐ ชาติพันธุ์ และกลุ่มผู้แสวงหาที่พักพิงหรือผู้หนีภัยการสู้รบ (๑๔)กลุ่มที่
รับผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรง

๑๕) กลุ่มความหลากหลายทางเพศ/อัตลักษณ์ทางเพศ

แผนสิทธิมนุษยชนของกลุ่มคนพิการ^{๓๔} ตามแนวทางปฏิบัติในแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ อ้างถึงพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ให้คำจำกัด ความของคนพิการ ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมี ความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่ จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่าง บุคคลทั่วไป ทั้งนี้ปัจจุบันรัฐได้จัดดำเนินการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิสวัสดิการสำหรับคนพิการให้ ครอบคลุมทั้งในด้านการแพทย์ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ และ ด้านสังคม โดยให้การรับรองสิทธิของคน พิการไว้ในกฎหมายหลายฉบับ อาทิรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๓๐ ที่ กำหนดมิให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมโดยเหตุความแตกต่างของสภาพทางกาย หรือสุขภาพ และ มาตรา ๕๔ ที่ให้สิทธิคนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก อันเป็น สาธารณะ และความช่วยเหลือจากรัฐ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการหลายฉบับ ทั้ง พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพ.ศ. ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคน พิการ พ.ศ. ๒๕๕๑ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. ๒๕๕๐ และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.

^{๓๔} กรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม, แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับที่ ๓ (พ.ศ.

๒๕๕๑ นอกจากนี้มีการกำหนดนโยบายสำคัญที่เกี่ยวข้อง อาทิมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๒ และวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ กำหนดให้หน่วยงานราชการที่มีหน้าที่ให้บริการโดยตรงแก่ประชาชน จัดสิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐานให้คนพิการเข้าถึงได้และรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน อีกทั้งยังได้มี การจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติอย่างต่อเนื่องมาจนถึงฉบับที่ ๔ ในปัจจุบัน ซึ่งช่วยบูรณาการ แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตและ การคุ้มครองสิทธิของคนพิการให้มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้กฎหมายจะได้รับรองสิทธิหรือแม้กระทั่งกำหนดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่คนพิการในพื้นที่สาธารณะต่างๆ ในทางปฏิบัติยังคงมีหน่วยงานหลายแห่งซึ่งแม้แต่หน่วยราชการเองที่ยังคงละเลยการ จัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นแก่คนพิการตามที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้การจัดสรรสวัสดิการหลายด้านสำหรับคนพิการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษายังคงค่อนข้างแยกส่วน คือ เป็นการให้การศึกษาหรือฝึกทักษะสำหรับคนพิการโดยเฉพาะ มากกว่าที่จะเป็นการช่วยให้คนพิการสามารถเข้าถึงการศึกษาในระบบปกติได้ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการประกอบอาชีพที่สร้างรายได้เพียงพอเพียงแก่คนพิการในที่สุด

สภาพปัญหา

๑) ปัจจุบันแม้ว่าจะได้มีกฎหมายและมติคณะรัฐมนตรีกำหนดให้สถานราชการและระบบขนส่งมวลชน ต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นแก่คนพิการ แต่ในความเป็นจริงแล้วยังคงมีจำกัด เนื่องจากการขาด งบประมาณและการไม่เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าวอย่างเพียงพอ จึงไม่ใช่กิจกรรมที่ถูกจัดลำดับ ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ ที่จะได้มีการดำเนินการในทันที

๒) ระบบสวัสดิการสำหรับคนพิการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษายังคงแยกส่วน และเน้นการให้ การศึกษาหรือฝึกทักษะในเรื่องเฉพาะสำหรับคนพิการ ซึ่งยังไม่สามารถตอบสนองสิทธิขั้นพื้นฐานของคนพิการได้ อีกทั้งคนพิการยังไม่สามารถเข้าถึงการศึกษาในระบบโดยมีสาเหตุบางส่วนจากการจัดสรรเครื่องอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการที่ไม่เพียงพอและขาดการแนะแนวทางการประกอบอาชีพที่เหมาะสมหลังสำเร็จ การศึกษา ส่งผลให้การศึกษาในระบบของคนพิการเป็นไปได้ยาก และหลายคนเกิดความท้อแท้และไม่ประสงค์ ที่จะเข้าศึกษาในที่สุด

๓) ความพิการยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการประกอบอาชีพและปัญหาความยากจน ซึ่งส่งผลให้การ รวมกลุ่มคนพิการทำได้ยาก เนื่องจากคนพิการจำนวนมากขาดรายได้จุนเจือตนเองและไม่สามารถปลีกเวลาใน การรวมตัวและพัฒนากลุ่มให้เป็นองค์กรที่มีความเข้มแข็งและมีอำนาจการต่อรองเพื่อพิทักษ์รักษาสิทธิของตน ได้เท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

๑) เน้นการบังคับใช้กฎหมายหรือการดำเนินการในการจัดหาเครื่องอำนวยความสะดวกอย่าง เหมาะสมและตรงตามความต้องการของแต่ละบุคคลแก่คนพิการในสถานที่ราชการและสถานที่สาธารณะ โดยผลักดันให้ส่วนกลางจัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้องให้แก่องค์กรหรือพื้นที่ที่ยังขาดเป็นการ

เฉพาะ และกำหนดให้เรื่องดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการดำเนินงานของสถานที่ราชการที่ต้องติดต่อกับ ประชาชน

๒) เร่งพัฒนาการเข้าถึงการศึกษาในระบบของคนพิการ อาทิการจัดให้มีเครื่องอำนวยความสะดวกใน การเดินทางภายในโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัยและหอพักนักศึกษาของคนพิการ การพัฒนาหลักสูตรและการ เรียนการสอนในรูปแบบที่คนพิการหลายกลุ่มสามารถเข้าถึงได้เป็นต้น นอกจากนี้ควร พิจารณาแนวทางการกำหนดสัดส่วนนักศึกษาพิการ (Affirmative action) ในมหาวิทยาลัย การให้ ทุนการศึกษา และการรับรองการมีงานทำและจ้างงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนหลังสำเร็จการศึกษา อย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่ เพื่อเป็นแต้มต่อและ สร้างแรงจูงใจในการเข้าศึกษาในระบบของคนพิการ

๓) ส่งเสริมศักยภาพและบทบาทของคนพิการและองค์กรคนพิการในการมีส่วนร่วมทางการเมือง และ การตัดสินใจเชิงนโยบาย การทำกิจกรรม การนันทนาการ และการรวมกลุ่มของคนพิการใน ลักษณะ พหุภาคี โดยส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลและจัดสวัสดิการแก่ คนพิการในระดับพื้นที่ บทบาทของภาคเอกชนในการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate social responsibility) ตลอดจน บทบาทของประชาชนทั่วไปในการปฏิบัติต่อคนพิการอย่างเข้าใจใน สิทธิและศักดิ์ศรีและปรับทัศนคติที่มีต่อ คนพิการอย่างผู้ที่เท่าเทียมกัน

๔) ส่งเสริมการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีรวมถึงการวิจัยด้านคนพิการเพื่อยกระดับ คุณภาพ ชีวิตของคนพิการ

๕) สร้างความตระหนักและส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อคนพิการในสังคม ปรับทัศนคติที่มีต่อคน พิการและ ส่งเสริมการปฏิบัติต่อคนพิการอย่างเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

๖) ควบคุมให้มีการบังคับใช้กฎหมายแรงงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการอย่างจริงจัง พร้อมทั้ง ส่งเสริมการ เตรียมความพร้อมสำหรับคนพิการเพื่อให้เข้าสู่การมีงานทำอย่างเหมาะสม

๗) จัดทำทะเบียนคนพิการตั้งแต่แรกเกิดให้ครอบคลุมทุกสาเหตุ เพื่อความเป็นธรรมในการ เข้าถึงสิทธิ ต่างๆ เช่น สวัสดิการและการเข้ารับการรักษา และจัดระบบสวัสดิการและเบี้ยยังชีพแก่คน พิการที่เหมาะสมกับ ภาวะเศรษฐกิจและสังคม

๘) สร้างระบบเชื่อมโยงการรักษา ดูแล ป้องกัน และแก้ไขปัญหาของคนพิการ ทั้งระบบ บริการสุขภาพ ระบบการจัดสวัสดิการ ระบบการศึกษา ในระดับครอบครัวและชุมชน

๙) จัดสภาพแวดล้อม และจัดให้มีอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ และบริการขนส่ง เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้รวมทั้งได้รับ สิทธิประโยชน์ พิเศษต่าง ๆ จากการให้บริการระบบขนส่งสาธารณะ

๑๐) ขจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเกิดจากการกระทำของหน่วยงาน ภาครัฐหรือ ภาคเอกชน

๒.๕ แนวคิดสุขภาวะ

๒.๕.๑ ความหมายของสุขภาวะหรือสุขภาพ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๓^{๓๕} ให้ความหมายว่า สุขภาวะ หมายถึง ภาวะของคนที่มีความสุข ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีความสุขสบายและอนามัยดี

สุขภาวะ (well-being) คือ การประเมินสุขภาพด้วยความรู้สึกของตนเอง ในขณะที่ผู้นั้นไม่มีอาการเจ็บป่วยใดๆ โดยสะท้อนให้เห็นคุณภาพชีวิต ความเคารพตนเองของบุคคล และความรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งจากการผสมผสานของสังคมร่วมกับสถานภาพของสุขภาพกาย^{๓๖}

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ในธรรมนูญของ องค์การอนามัยโลก เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๔๘ (พ.ศ.๒๔๙๑) ดังนี้ “สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็น ปกติสุข และมีได้หมายความว่าเฉพาะแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น” ต่อมาในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๔๑ ได้มีมติให้เพิ่มคำว่า “Spiritual well-being” หรือสุขภาพทางจิตวิญญาณเข้าไป ในคำจำกัดความของสุขภาพเพิ่มเติม^{๓๗}

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ได้มีการกำหนด นิยามของสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกัน เป็นองค์รวมอย่างสมดุล”^{๓๘}

สำหรับความหมายของสุขภาวะที่ปรากฏในศาสตร์ด้านจิตวิทยา ในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมา เริ่มจากนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน คือ อัดัมส์ (Adams, Bezner, & Steinhardt)^{๓๙} ได้ระบุไว้ว่า สุขภาวะเป็นการประเมินตนเองของบุคคลว่ามีสุขภาพดี มีแหล่งความเข้มแข็งภายในตัวบุคคลที่จะใช้จัดการกับความเครียด ความกดดันต่างๆ และไม่เจ็บป่วยมากนักเพียงใด โดยคนที่มีสุขภาวะจะมีสุขภาพดี ไม่มีความเจ็บป่วย สุขภาวะตามแนวคิดของอัดัมส์ โมเดลนี้มีลักษณะเป็นรูปกรวยหงาย ด้านบนสุดของ กรวยเป็นภาวะที่มีสุขภาวะ หรือมีสุขภาพที่ดีซึ่งแบ่ง ออกเป็น ๖ ด้านที่เชื่อมโยงกัน ส่วน

^{๓๕} ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, พ.ศ. ๒๕๕๓

^{๓๖} หทัย ชิตานนท์, นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ(กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด, ๒๕๕๑), หน้า ๒๗.

^{๓๗} ภูษิต ประคองสาย, การสาธารณสุขไทย ๒๕๕๔-๒๕๕๘, (กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก,๒๕๕๔), หน้า ๑๔๒.

^{๓๘} ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๔ ตอนที่ ๑๖ ก. ลงวันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๐

^{๓๙} Adams, T., Bezner, J., & Steinhardt, M. (1997). The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. *American Journal of Health Promotion*, 11(3), 208-18.

ด้านล่างของ กรวยเป็นภาวะความเจ็บป่วย และเมื่อมิติใดมิติหนึ่ง ใน ๖ ด้านมีการพัฒนาก็จะส่งผลให้สุขภาพในมิติที่ เหลือเติบโตด้วย สำหรับสุขภาพด้านต่างๆ มีดังนี้ ๑) สุขภาพด้านร่างกาย (Physical wellness) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่ามีสุขภาพดี และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายและรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ การไม่มีความเจ็บป่วยหรือมีโรคทางกาย การไม่ใช้สารเสพติด เป็นต้น ๒) สุขภาพด้านจิตวิญญาณ (Spiritual wellness) หมายถึง การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีความหมาย มีเป้าหมาย รวมไปถึงการมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (เช่นการนับถือศาสนา) ที่ช่วยให้ดำเนิน ชีวิตได้อย่างมั่นคง ๓) สุขภาพด้านปัญญาและการรู้คิด (Intellectual wellness) หมายถึงการมีกระบวนการ ทางปัญญาที่เหมาะสม เช่น มีความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล สามารถคิดแก้ปัญหาต่างๆ ได้มีความคิดริเริ่ม กระตือรือร้นและเปิดกว้างต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ๔) สุขภาพด้านสังคม (Social wellness) หมายถึง การตระหนักถึงความสัมพันธ์ ระหว่างตนเองกับผู้อื่น และการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม การยอมรับและเข้าใจ ช่วยเหลือหรือ สนับสนุนซึ่งกันและกัน ๕) สุขภาพด้านอารมณ์ (Emotional wellness) หมายถึง การมีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถตระหนักถึงและเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึก ของตนเองและผู้อื่น และมีการจัดการกับอารมณ์ ทั้งทางบวกและลบได้อย่างเหมาะสม ๖) สุขภาพด้านจิตใจ (Psychological wellness) หมายถึง การมีความเชื่อในความสามารถ ของตนเอง การเปิดใจกว้างที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การ มองโลกในแง่ดีและการมีความหวัง

ในขณะที่นักจิตวิทยาการปรึกษาชาวอเมริกัน ไมเยอร์และคณะ (Myers, Sweeney, & Witmer)^{๔๐} ระบุว่าสุขภาพของบุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวมที่เชื่อมโยงกันโดยมีจิตวิญญาณ (Spiritual) เป็นแกนกลาง ไมเยอร์และคณะ มองว่าสุขภาพเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการมีสุขภาพดี และมีความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล สุขภาพตามแนวคิดของไมเยอร์ เน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการป้องกันปัญหา ด้านจิตใจในทุกช่วงวัย โดยเรียกโมเดลนี้ว่า “โมเดลกงล้อสุขภาพ (The Wheel of Wellness) ไมเยอร์และคณะ ระบุว่า กงล้อแห่งสุขภาพ เป็นการบูรณาการใน ๕ ด้านหลักของสุขภาพอย่าง สมดุล หากด้านใดลดลงหรือเพิ่มขึ้นก็จะส่งผล ต่อด้านอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ดังรายละเอียดแต่ละด้านหลักดังนี้ ๑. ด้านจิต วิญญาณ (Spirituality) หมายถึง การตระหนักถึงการดำรงอยู่และความเชื่อมโยงของตนกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ๒. ด้านการมีทิศทางของตนเองและ มีเป้าหมายของชีวิต (Self-Direction) หมายถึง การมีการดำเนินชีวิตแต่ละวันอย่างมีเป้าหมาย ประกอบด้วยคุณลักษณะต่างๆ คือ การรับรู้คุณค่าแห่งตน (Sense worth) การรับรู้ถึงการควบคุม (Sense of control) ความเชื่อบนพื้นฐานของความเป็นจริง (Realistic beliefs) การตระหนักรู้ในอารมณ์และการเผชิญปัญหา (Emotional awareness and coping) การแก้ไขปัญหาและการสร้างสรรค์ (Problem solving and

^{๔๐} Myer, Sweeney, & Witmer (2000). A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling and development*, 78(3), P. 251-266.

creativity) การมีอารมณ์ขัน (Sense of humor) การมีภาวะโภชนาการที่ดี (Nutrition) การออกกำลังกาย (Exercise) การดูแลตนเอง (Self-care) การจัดการกับความเครียด (Stress management) การมีเอกลักษณ์ทางเพศ (Gender identify) และการมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม (Cultural identify) ๓. ด้านการทำงานและการใช้เวลาว่าง (Work and Leisure) หมายถึง การมีรายได้ที่เหมาะสมกับหน้าที่การงาน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำงาน มีความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่การงาน และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ส่วนการใช้เวลาว่างเกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมการเล่นสนุกสนานรื่นเริง ๔. ด้านมิตรภาพ (Friendship) หมายถึง การมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีกับบุคคลอื่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลทั้งที่เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลและชุมชน ที่นอกเหนือความสัมพันธ์ทางครอบครัว ๕. ด้านความรัก (Love) หมายถึง การมีความรู้สึกว่าเป็นที่รักของบุคคลรอบข้างและมี ความผูกพันใกล้ชิด

นักปราชญ์ของเมืองไทยที่สำคัญ คือ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต)^{๔๑} ที่กล่าวถึงสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ เน้นที่ภาวะแห่งความสุขเป็นความสมดุลของทุกมิติแห่งสุขภาพ ความสมดุลของจิตใจและการเข้าถึง ความสงบ และความดีงามต่างๆ สุขภาวะแบบองค์รวมแนวพุทธ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) มองสุขภาวะว่าเป็นความสมดุลของชีวิตแบบเป็นองค์รวม เนื่องมาจากการพัฒนาตนตามหลักภาวนา ๔ รายละเอียดดังนี้ ๑) กายภาวนา (Physical Development) เป็นการพัฒนากาย และการพัฒนาร่างกายให้รู้จัก ติดต่อเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทั้งหลาย ในทางเป็นคุณประโยชน์เกื้อกูล ไม่เกิดโทษ รู้จัก บริโภคปัจจัยสี่ให้มีคุณค่าสูงสุด ไม่บริโภคตามค่านิยม ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพได้กายภาวนา มี ๔ หมวดย่อย คือ สิ่งแวดล้อม คือ การเห็นคุณค่า ดูแลรักษา มีความซาบซึ้งมีความสุขในการได้อยู่กับธรรมชาติ ปัจจัยสี่ รวมทั้งอุปกรณ์และเทคโนโลยี คือ การเสพ บริโภค การใช้สอยเพื่อการพัฒนา และสร้างสรรค์ให้เกิดความพอดี การใช้อินทรีย์ โดยเน้นที่ใช้ ประสาทตาและหูเป็นสำคัญ และใช้อย่างมีสติรู้ตัว สุขภาพร่างกาย การดูแลเอาใจใส่สุขภาพร่างกาย การมีสุขภาพทั่วไปสมบูรณ์แข็งแรง ๒) ศิลภาวนา (Social Development) เป็นการพัฒนาด้านพฤติกรรมโดยการพัฒนาด้าน กายและวาจาให้มีพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม มี ๓ หมวดย่อย คือ ปฏิสัมพันธ์คือการไม่เบียดเบียน ไม่สร้างความเดือดร้อนต่อผู้อื่นรู้จักสงเคราะห์ เกื้อหนุน ทำให้เกิดไมตรีและความสามัคคีอาชีวะ คือ มีความสุจริตในการประกอบสัมมาอาชีวะ วินัย คือ การมี ความเคารพ รักษากฎเกณฑ์ กติกา จรรยาบรรณ กฎหมาย รู้จักใช้วินัยในการดำรงชีวิต ๓) จิตภาวนา (Emotional Development) คือ การพัฒนาด้านจิตใจ เป็นการพัฒนาให้บุคคลมี จิตที่สมบูรณ์มีชีวิตที่มีคุณภาพ และมีสุขภาพจิตที่ดี ประกอบด้วย ๓ หมวดย่อย คือ คุณภาพ คือ การมี ความศรัทธา มีความเชื่อที่ประกอบด้วยปัญญา สมรรถภาพ คือการความเพียรพยายาม บากบั่น อุตุน และมี

^{๔๑} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ, (นครปฐม:วัดญาณเวศกวัน, ๒๕๕๗), หน้า ๓๗-๔๒.

สติควบคุมให้อยู่ในทางไม่หันเหไปในทาง เสื่อม สุขภาพจิต คือ การมีความร่าเริง เบิกบาน สดชื่น แจ่มใส อิ่มใจ ผ่อนคลาย ตั้งมั่น โปร่งโล่ง ไม่มี ภาวะกดดัน บีบคั้น ๔) ปัญญาภาวนา (Wisdom Development) คือ การพัฒนาบุคคลให้รู้จักคิด พิจารณา วินิจฉัย ไตร่ตรอง ใช้วิจารณญาณในการ แก้ไขปัญหา และดำเนินการต่างๆ ด้วยปัญญา ประกอบด้วย ๒ หมวดย่อย คือ การปฏิบัติต่อความรู้เช่น วิชาชีพ การงานที่เป็นหน้าที่ของตน คิดเป็น แก้ปัญหาเป็น- ดับทุกข์เป็น และการมีระดับความรู้คือ การมีความรู้ ที่เกี่ยวข้องต้องใช้ในการดำเนินชีวิตและกิจการงานทั้งหลาย การหยั่งรู้รู้เข้าไปในความจริง ของสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามเหตุปัจจัย และการรู้แจ้งส่งผล ทำให้ จิตใจหลุดพ้นเป็นอิสระ

ฮานและเพย์นี่^{๔๒} (Hahn & Payne) ได้ให้นิยามใหม่ของสุขภาพว่า สุขภาพคือความสามารถ ในการเข้าถึงและประยุกต์ใช้ทรัพยากรจากองค์ประกอบของสุขภาพทั้ง ๖ มิติ คือ มิติด้านร่างกาย มิติ ด้านอารมณ์ มิติด้านสังคม มิติด้านสติปัญญา มิติด้านจิตวิญญาณ และมิติด้านการประกอบอาชีพในการ ดำรงชีวิต เพื่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ และสภาพความเป็นอยู่เท่าที่จะเป็นไปได้

เอดลิน โกลแลนที และบราวน์^{๔๓} (Edlin, Golanty & Brown) กล่าวว่า สุขภาพ คือความสุข ซึ่งเป็นคุณภาพชีวิตอย่างหนึ่ง

สุขภาพจึงไม่ได้มีความหมายเฉพาะการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่หมายถึงสุขภาวะที่ มีความเกี่ยวเนื่องกับความสามารถในการดำรงชีวิตด้วยตนเอง การมีสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ และ สิ่งแวดล้อมอย่างสมดุล

จากนิยามของสุขภาพ สุขภาพจึงมีองค์ประกอบ ๔ ประการ ดังต่อไปนี้

- ๑) สุขภาพด้านร่างกาย (physical health)
- ๒) สุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ (mental-emotional health)
- ๓) สุขภาพด้านสังคม (social health)
- ๔) สุขภาพด้านจิตวิญญาณ (spiritual health) สุขภาพด้านร่างกาย สุขภาพด้านร่างกายพิจารณาได้จากลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ๑) ระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒) มีภูมิคุ้มกันโรคอยู่ในระดับสูง หรือมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยน้อย
- ๓) มีน้ำหนักตัวเหมาะสม
- ๔) มีสมรรถภาพของร่างกาย

^{๔๒} Hahn, D.B.&Payne, W.A. (2001). **Focus on Health**. 5 th ed. New York : McGraw-Hill. p.12.

^{๔๓} Edlin, G., Golanty, E&Brown, K. Mc. C. (2000). **Essentials for Health and Wellness**. 2 nd ed. Sudbury : Uones and Bartlett. p. 4.

ลักษณะต่าง ๆ ด้านร่างกายเหล่านี้ เป็นผลจากการมีครองชีวิตหรือวิถีชีวิตที่ดี ซึ่งครองชีวิตเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับสิ่งแวดล้อม การมีพฤติกรรมสุขภาพในครองชีวิตที่ดี และมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีไม่มีความเสี่ยงจากอันตรายจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการและไม่มีอันตรายจากพิษภัยต่าง ๆ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเป็นประจำสม่ำเสมอ จัดการกับความเครียดได้ ไม่เสพยาเสพติด ที่อยู่อาศัยสะอาดและปราศจากสิ่งรบกวนและความเป็นพิษต่าง ๆ เป็นต้น

สุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ สุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์พิจารณาได้จากลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ๑) จัดการกับความเครียดได้
- ๒) มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้อื่น
- ๓) ยอมรับความเป็นจริง
- ๔) มีวินัยในตนเองและควบคุมให้คงอยู่ได้
- ๕) รักษาอารมณ์ได้
- ๖) มีความรับผิดชอบเหมาะสมกับอายุและบทบาททางสังคม
- ๗) ยอมรับขนบธรรมเนียม ประเพณี และกฎเกณฑ์ของสังคม

สุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์เป็นเรื่องของความคิดและความรู้สึก ทั้งความคิดและความรู้สึกต่อครอบครัว เพื่อน สังคม เป้าหมายในชีวิต ถ้าเป็นความรู้สึกในทางบวกก็จะทำให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ในปัจจุบันจึงมีแนวคิดในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q.) ตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเชื่อว่าการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิตจะต้องมีทั้งความฉลาดทางสติปัญญา (I.Q.) และความฉลาดทางอารมณ์ควบคู่กัน และความฉลาดทางอารมณ์ดูเหมือนจะมีน้ำหนักความสำคัญมากกว่าความฉลาดทางสติปัญญา

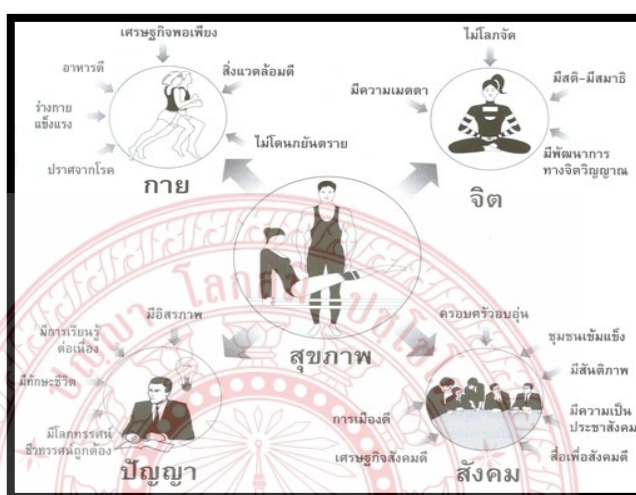
สุขภาพด้านสังคม เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งพิจารณาจากลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ๑) มีเพื่อนสนิท
- ๒) มีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนญาติ และคนอื่น ๆ
- ๓) มีความรับผิดชอบต่อผู้อื่น
- ๔) มีเพื่อนใหม่ ๆ
- ๕) มีเพื่อนทุกวัย

สุขภาพด้านสังคม เป็นความสามารถด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยใช้ทักษะทางสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์ แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ วัย สถานะ ความเชื่อ และอื่น ๆ ก็ตาม ผู้ที่มีองค์ประกอบของสุขภาพด้านสังคมจึงเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจที่จะมีสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น ๆ มีการติดต่อสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัว ญาติ เพื่อนฝูง และคนอื่น ๆ อยู่เสมอ ๆ

สุขภาพด้านจิตวิญญาณ เป็นมิติที่เพิ่มเติมขึ้นหลังจากการประชุมนานาชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก และได้รับการยอมรับกันอย่างกว้างขวาง

นายแพทย์ประเวศ วะสี^{๔๔} กล่าวว่า จิตวิญญาณก็คือ ศีลธรรมความดีงามหรือความเป็นมนุษย์ ความเป็นมนุษย์แปลว่าเป็นผู้มีจิตใจสูง ความเป็นมนุษย์เป็นบ่อเกิดของสุขภาพหรือสุขภาพะแต่อย่างไรก็ดี การพิจารณาถึงปัจจัยที่เป็นคุณต่อสุขภาพ ต้องพิจารณาถึงปัจจัยในการพัฒนา กาย จิต ปัญญา และสังคม ตามแนวคิดของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ที่สะท้อนมาตามภาพที่ ๘



ภาพที่ ๘

แอนสพอ แฮมริค และโรซาโต^{๔๕} (Ansbaugh, Hamrick & Rosato) ให้ความหมายของจิตวิญญาณว่า จิตวิญญาณ คือ ความเชื่อในพลังที่รวมมนุษย์ให้เป็นหนึ่งเดียว พลังนี้หมายถึงความรวมถึงธรรมชาติ วิทยาศาสตร์ ศาสนา และยังรวมถึงศีลธรรม ค่านิยม และจริยธรรมของมนุษย์ด้วย จิตวิญญาณเป็นสิ่งที่นำทางชีวิต และจิตวิญญาณจะนำพาคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น

ฮาน และ เพย์นี^{๔๖} (Hahn and Payne ๒๐๐๑ : ๑๑) กล่าวว่าจิตวิญญาณเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ จิตวิญญาณเป็นวิถีชีวิต เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ มีความเอื้ออาทรและอยากช่วยเหลือผู้อื่น

^{๔๔} ประเวศ วะสี. รายงานการวิจัย เรื่องสุขภาพของวัยรุ่น : กรอบมโนทัศน์และเครื่องมือประเมินทางจิตวิทยา, (กรุงเทพฯ : วารสารพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๒, ๒๕๕๖), หน้า ๑๓๒.

^{๔๕} Ansbaugh, D. J. Hamrick, M.H. & Rosato, F.D.(1997). **Wellness : Concepts and Applications**. 3 rd ed. Boston : McGraw-Hill. P.6.

^{๔๖} Hahn, D.B.&Payne, W.A.(2001). **Focus on Health**. 5 th ed. New York : McGraw-Hill. P.11.

สรุปได้ว่า จิตวิญญาณเป็นความเชื่อของบุคคลต่อบางสิ่ง เช่น ศาสนา ทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ ปรัชญาชีวิต เป็นต้น ซึ่งจะเป็นสิ่งโน้มนำพฤติกรรมของมนุษย์ ที่รักสิ่งอื่น ๆ และคนอื่น ๆ ไม่น้อยไปกว่าการรักตนเอง เช่น รักผู้อื่น รักสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ผู้ที่มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณจึงเป็นผู้ที่ลดละความเห็นแก่ตัว มีความสุข ปิติ เมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่น มีสำนึกของสาธารณประโยชน์ ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ๑) มีความหวัง
- ๒) มีความรักในชีวิตและลงมือทำ
- ๓) มุ่งในสิ่งที่ดีงาม
- ๔) มีความกระตือรือร้นที่จะประสบความสำเร็จ
- ๕) เชื่อในบางสิ่งที่ยิ่งใหญ่กว่าตนเอง
- ๖) กล้าเสี่ยง (อย่างมีสติไม่ใช่บ้าบิ่น)

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบัน ได้เปลี่ยนจากการมองสุขภาพแบบแยกส่วน มาเป็นสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) สุขภาพแบบแยกส่วนเป็นการแยกพิจารณาแต่ละมิติของสุขภาพ และมักให้ความสำคัญกับสถานะสุขภาพเฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น มุ่งเน้นเพียงการดูแลและป้องกันโรคทางกายเป็นสำคัญ แต่โดยความเป็นจริงแล้วสุขภาพหรือสุขภาวะเป็นความสมดุลย์ขององค์ประกอบทุก ๆ ด้าน เช่น กายกับจิตก็มีความสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ได้ ดังคำกล่าวที่ว่า จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว จิตใจและอารมณ์มีผลกระทบต่อบรรยากาศของร่างกายโดยผ่านระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) เช่น ความเครียดทำให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดเกลือมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ความเครียดที่สะสมจึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร และความดันโลหิตสูง ความเครียดที่สะสมจึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการป่วยความจำบางอย่างในชีวิต หรือการไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นมิติด้านจิตใจและอารมณ์ หรือความเครียดอาจเกิดจากการขาดความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ขาดเพื่อน ปรับตัวเข้ากับสังคมใหม่ไม่ได้ ซึ่งเป็นมิติทางจิตวิญญาณ ผลลัพธ์จากการเห็นแก่ตัว เห็นแต่ประโยชน์ตน มีทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ตัวอย่างของผลระยะสั้นคือ จิตที่ไม่สงบ ไม่เป็นสุข เพราะไม่ได้ประโยชน์ตามที่ต้องการ ผลระยะกลางคือการขาดมิตร และผลระยะยาวคือ ความเครียดที่เกิดจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ ซึ่งเกิดจากการทำลายสิ่งแวดล้อมเพราะการขาดสำนึกสาธารณะ เป็นต้น และความเครียดอาจเกิดจากความไม่พึงพอใจในการทำงานหรือการเรียน การทำงานที่ให้ผลตอบแทนน้อย รายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพตามมาตรฐานของการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ หรือการทำงานที่เสี่ยงภัย ย่อมก่อให้เกิดความเครียด เป็นต้น

นอกจากสุขภาพแบบองค์รวม จะเป็นแนวคิดที่สะท้อนถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทุกด้าน ทุกมิติของสุขภาพแล้ว แนวคิดของสุขภาพแบบองค์รวมยังหมายถึงการบอกหรือบ่งชี้สถานะสุขภาพในภาพรวมอีกด้วย ไม่ใช่วัดเฉพาะองค์ประกอบด้านร่างกายเพียงด้านเดียวแล้วบอกหรือบ่งชี้สถานะสุขภาพ เช่น สุขภาพดีเพราะไม่เจ็บป่วย เป็นต้น ถ้าในห้วงเวลานั้นอาจเป็นสัปดาห์นั้น เดือนนั้น

หรือปีนั้น อาจเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่มีสุขภาพจิต สุขภาพสังคม สุขภาพจิตวิญญาณ และสุขภาพในการทำงาน การเรียนที่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่เจ็บป่วยเลย แต่จิตใจไม่เป็นสุข ไม่สงบ ขาดมิตร ผู้บังคับบัญชาหรือครูอาจารย์เพ่งเล็ง หรือตำหนิติเตียนเสมอ ๆ กรณีแรกอาจจะมีสถานะสุขภาพที่ดีกว่ากรณีหลัง เมื่อมองสุขภาพในภาพรวมหรือแบบองค์รวม

๒.๕.๒ ระดับของสุขภาพ

สุขภาพเป็นพลวัต (dynamic) เปลี่ยนแปลงได้เสมอ ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ ร่างกาย ค่านิยม เจตคติ ความเชื่อ นิสัย และพฤติกรรม ในที่นี้ขอยกตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงที่มีผลทำให้สถานะสุขภาพเปลี่ยนพอเป็นสังเขป ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงของจิตใจ : ความไม่พึงพอใจเพื่อน ที่รู้สึกว่าเขาเห็นแก่ตัวและเอาเปรียบทำให้เกิดความเครียด นอนไม่หลับ ไม่เป็นสุข ถ้าทำใจยอมรับว่าคนแต่ละคนมีความแตกต่างกัน เพราะพื้นฐานของชีวิตไม่เหมือนกัน ได้รับการปลูกฝังและสร้างบุคลิกภาพมาต่างกันจิตก็จะสงบและเป็นสุข

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย : ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องก็จะค่อย ๆ ดีขึ้นเป็นลำดับจนหายในที่สุด

การเปลี่ยนแปลงด้านค่านิยม : เมื่อเปลี่ยนค่านิยมจากการรับประทานอาหารในรูปแบบตามบรรพบุรุษที่รับประทานผัก ปลา ถั่ว งา มารับประทานอาหารจานด่วน (fast food) ซึ่งมีกากใยน้อย พลังงานสูง ก็ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจนเป็นน้ำหนักเกิน และท้องผูก เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงเจตคติ : การไม่เชื่อมั่นและศรัทธาในความดีก็จะนำไปสู่การกระทำผิด และเกิดทุกข์ ไม่ว่าผู้อื่นจะรู้เห็นหรือไม่ก็ตาม ดังคำกล่าวที่ว่า สวรรค์อยู่ในอก นรกอยู่ในใจ

การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ : การรักษากระดูกหักโดยแพทย์ให้ผลช้า เมื่อมีผู้บอกว่าถ้ารักษาด้วยคาถาจะหายเร็วกว่า ก็เปลี่ยนแปลงการรักษาจนทำให้บางคนต้องพิการ

การเปลี่ยนแปลงนิสัย : เคยนอนวันละ ๗-๘ ชั่วโมง แต่เมื่อดูฟุตบอลภาคดึกบ่อย ๆ แต่ต้องตื่นตอนเช้าเพื่อทำการกิจประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการเรียนหรือการทำงาน ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ภูมิคุ้มกันโรคลดลง เจ็บป่วยง่าย และเกิดอุบัติเหตุจากการเรียนในห้องปฏิบัติการ การทำงาน และการขับขี่รถยนต์

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม : ทุกครั้งก็จะข้ามถนนในทางข้าม แต่เมื่อรีบร้อนและไม่ข้ามในทางข้ามก็อาจเกิดอุบัติเหตุได้

สุขภาพจึงเลื่อนไหล (continuum) และไม่คงที่ โดยเคลื่อนที่ระหว่างระดับสูงสุดที่เป็นไปได้ (optimal health) กับสุขภาพระดับต่ำสุด คือการตายหรือการตายก่อนวัยอันควร (dead or premature death) และยังแบ่งระดับสุขภาพออกได้เป็น ๕ ระดับ คือ ความผาสุก หรือความสุขสบาย (wellness) สุขภาพค่อนข้างดี (above-average health) สุขภาพปานกลาง (average health) สุขภาพไม่ค่อยดี (below-average health) และสุขภาพระดับป่วย (illness) ซึ่งแสดงเป็นแผนภาพได้ดังนี้

ซีเกอร์ และริชเตอร์^{๔๗} (Seiger & Richter) กล่าวเปรียบเทียบสุขภาพแต่ละระดับว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคเปรียบเสมือนคนที่กำลังเดินถอยหลัง สุขภาพระดับปานกลางเปรียบเสมือนคนที่ยืนอยู่กับที่ และสุขภาพในระดับผาสุกเปรียบเสมือนคนที่กำลังก้าวไปข้างหน้าอย่างกระฉับกระเฉงและว่องไว ไปสู่ระดับสุขภาพที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้

สุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบ ๔ ด้านหรือมิติดังได้กล่าวมาแล้ว ระดับสุขภาพจึงหมายถึงระดับสุขภาพทั้ง ๔ ด้าน ซึ่งเปรียบเทียบได้กับรถยนต์ที่มี ๔ ล้อ จะขับเคลื่อนรถไปได้ก็ต่อเมื่อ ยางรถทั้ง ๔ ล้อมีลม ถ้ายางเส้นในเส้นหนึ่งรั่วจนแฟบ ก็จะต้องขับเคลื่อนต่อไปได้อีกเพียงเล็กน้อยเท่านั้น หรือถ้ายางรถทั้ง ๔ ล้อมีลมน้อยเกินไป ก็จะต้องขับเคลื่อนไปไม่ได้ดีเท่าที่กำลังรถควรจะทำให้

ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพจึงมีแนวคิด ๒ ประการ ดังต่อไปนี้

๑) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครองชีวิตที่เป็นไปในทางส่งเสริมสุขภาพ โดยตั้งต้นตั้งแต่ การศรัทธาและเชื่อมั่นในคุณค่าของสุขภาพ ที่มีต่อศักยภาพในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า แสวงหาความรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการมีสุขปฏิบัติ และตัดสินใจเลือกครองชีวิตหรือวิถีการดำเนินชีวิต ที่นำไปสู่ระดับสุขภาพสูงสุดที่เป็นไปได้

๒) ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบของสุขภาพทุก ๆ องค์ประกอบ และสร้างเสริมสุขภาพ หรือดูแลสุขภาพทุกองค์ประกอบ

๒.๕.๓ ความสำคัญของสุขภาพ

ถ้ามีคำถามว่าสุขภาพมีความสำคัญหรือไม่ ทุกคนคงให้คำตอบว่าสำคัญ แต่ถ้าถามว่าสุขภาพที่ดี มีความสำคัญอย่างไร ในที่นี้จะตอบด้วยการอัญเชิญพุทธภาษิตและพระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในรัชกาลปัจจุบัน ดังนี้

๑) พุทธภาษิต “อโรคยา ปรมา ลาภา”^{๔๘} ที่แปลว่า ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ เป็นพุทธภาษิตที่คนไทยทุกคนคุ้นเคยและยอมรับในความเป็นจริง เพราะสุขภาพเป็นขุมพลังที่จะนำไปสู่เป้าหมายของชีวิต ซึ่งทุก ๆ คนก็ต้องการความสุขและการประสบความสำเร็จในชีวิตเพียงแต่ความสุขและความสำเร็จ ในชีวิตของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน และเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ค่านิยม ทัศนคติต่อชีวิต สถานะทางสังคม และสิ่งแวดล้อม เป้าหมายของคนในวัยเรียนอาจอยู่ที่สำเร็จการศึกษาและมีงานที่มั่นคงทำ เมื่อถึงวัยทำงานอาจอยู่ที่การประสบความสำเร็จในการทำงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ มีรายได้เพียงพอที่จะสนองความต้องการและความจำเป็นของชีวิต มีคู่ครองและครอบครัวที่เป็นสุข

^{๔๗} Seiger, L.&Richter, J. (1997). Your Health Your Style : Strategies for Wellness. Dubuque : Times Mirror Higher Education.P.4.

^{๔๘} พ.ธ. (ไทย) ๒๕/๔๒.

การที่จะบรรลุตามเป้าหมายของชีวิตบนพื้นฐานของความพอเหมาะและมีความพอเพียง ซึ่งถือว่าเป็นคุณภาพของชีวิตได้นั้น ศุภลักษณ์ วัฒนาวีทวัส^{๔๙} กล่าวว่าสุขภาพเปรียบเสมือนทรัพยากรภายในตน เป็นชุมพลที่จะโน้มนำให้สามารถใช้ชีวิตที่มีคุณค่าทั้งด้านส่วนตัวและส่วนรวม ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าสุขภาพที่ดีจะเป็นเครื่องนำทางไปสู่เป้าหมายชีวิตของแต่ละคน เพราะทำให้แต่ละคนมีศักยภาพในการเรียนและการทำงาน ทั้งในด้านพลังกาย พลังสติปัญญา พลังจิต ร่วมอยู่ ร่วมเรียน ร่วมทำงาน และร่วมกิจกรรมของสังคมอย่างสนุก มีความพึงพอใจ และมีความสุข

๒) พระบรมราโชวาทในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรของมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ ๒๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๒๒^{๕๐} ความตอนหนึ่งว่า

... การรักษาความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย เป็นปัจจัยของเศรษฐกิจที่ดีและสังคมที่มั่นคง เพราะร่างกายที่แข็งแรงนั้น โดยปรกติอำนวยผลให้สุขภาพจิตใจสมบูรณ์ด้วย และเมื่อมีสุขภาพสมบูรณ์ดีพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจแล้วย่อมมีกำลังทำประโยชน์สร้างสรรค์เศรษฐกิจและสังคมของบ้านเมืองได้เต็มที่ ทั้งไม่เป็นภาระแก่สังคมด้วย คือเป็นแต่ผู้สร้างมิใช่ผู้ถ่วงความเจริญ...

จากพระบรมราโชวาทแสดงให้เห็นว่า สุขภาพมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทั้งในด้านการสร้างสรรค์เศรษฐกิจ-สังคม และในด้านที่ไม่เป็นภาระของสังคม

การที่ประชาชนในประเทศมีสุขภาพในระดับดี ย่อมมีศักยภาพในการเรียนหรือการทำงาน ซึ่งเป็นภาคการผลิต เป็นรายได้และเป็นดอกผล ในขณะที่รายจ่ายเพื่อการซ่อมสุขภาพทั้งในส่วนตน และงบประมาณแผ่นดินต่ำ ปัจจุบันประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (health expenditure) ประมาณ ๔ แสนล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ ๑๓ ของรายจ่ายทั้งประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยในอีก ๑๕ ปีข้างหน้า ค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจเพิ่มขึ้นถึง ๑.๔-๑.๘ ล้านล้านบาท โดยกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมักเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน โดยสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของรัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๐ ในช่วงก่อนปี ๒๕๔๕ เป็นประมาณร้อยละ ๑๓

^{๔๙} ศุภลักษณ์ วัฒนาวีทวัส, วิทยาศาสตร์เพื่อคุณภาพชีวิต, (กรุงเทพฯ : สถาบันราชภัฏสวนดุสิต, ๒๕๔๒), หน้า ๘.

^{๕๐} มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, ประมวลพระบรมราโชวาทพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตร ตั้งแต่พุทธศักราช ๒๔๙๓-๒๕๓๗, (นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, ๒๕๓๗), หน้า ๒๖๖.

หรือประมาณ ๔ แสนล้านบาทต่อปี เฉลี่ยคนละ ๖,๒๘๖ บาท ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ เป็นต้นมา^{๕๑} คุณค่าของสุขภาพจึงไม่เพียงแต่ทำให้คนแต่ละคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่านั้น เพราะแต่ละคนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ชุมชน และประเทศ ถ้าครอบครัวใด ชุมชนใด และประเทศใด ประกอบไปด้วยสมาชิกที่มีคุณภาพชีวิต ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อตนเอง ต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศ ก็ย่อมนำพาครอบครัว ชุมชน และประเทศ ไปสู่ความเจริญรุ่งเรือง สงบ และสันติสุข

๒.๕.๔ ตัวกำหนดสุขภาพ

ตัวกำหนดสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพของบุคคล โดยที่ปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อวิถีครองชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ของบุคคล สถานะสุขภาพของบุคคลไม่ได้เป็นผลจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เป็นผลรวมของปัจจัยหลายปัจจัยร่วมกัน และแต่ละปัจจัยมีส่วนในการกำหนดระดับสุขภาพของบุคคลมากน้อยต่างกันในแต่ละบุคคล นอกจากนั้นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ ยังอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามวิวัฒนาการของโลกและสรรพสิ่งในโลก ปัจจุบันยอมรับว่าปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพของบุคคลมี ๔ ปัจจัย ดังต่อไปนี้

- ๑) พันธุกรรม (heredity)
- ๒) สิ่งแวดล้อม (environment)
- ๓) ครรลองชีวิต (lifestyle)
- ๔) บริการสุขภาพ (health care service)

แอนสพอ แฮมริค และ โรซาโต^{๕๒} (Anspaugh, Hamrick & Rosato) กล่าวว่าตัวกำหนดสุขภาพทั้ง ๔ ปัจจัย คือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ครรลองชีวิต และบริการสุขภาพ มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคลไม่เท่ากัน ครรลองชีวิตมีอิทธิพลมากที่สุด คือ ร้อยละ ๕๓ อันดับสองรองลงมา ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ร้อยละ ๒๑ อันดับสาม พันธุกรรม ร้อยละ ๑๖ และอันดับสุดท้าย คือการบริการสุขภาพ ร้อยละ ๑๐

๑) พันธุกรรม

สุชาติ โสมประยูร^{๕๓} กล่าวว่า พันธุกรรม คือ การถ่ายทอดลักษณะต่าง ๆ ของบรรพบุรุษไปสู่รุ่นลูกหลาน โดยการสืบทอดสายโลหิต

^{๕๑} ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, *ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยในอนาคต*. (ออนไลน์)

<http://www.bltbangkok.com>. (๑ กันยายน ๒๕๖๑)

^{๕๒} Anspaugh, D. J. Hamrick, M.H. & Rosato, F.D.(1997). *Wellness : Concepts and Applications*. 3 rd ed. Boston : McGraw-Hill. P.7.

^{๕๓} สุชาติ โสมประยูร, *สุขภาพเพื่อชีวิต*. (กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๔๑), หน้า ๗๓.

กระบวนการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมเกิดขึ้นได้ เพราะมนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีหน่วยโครงสร้างเป็นเซลล์ (Cell) ชีวิตใหม่จึงถือกำเนิดจากเซลล์ ๒ เซลล์ คือเซลล์ไข่ (ovum) ของมารดา กับเซลล์อสุจิ (spermatozoa) ของบิดา โดยอสุจิเข้าไปผสมกับไข่ที่บริเวณท่อรังไข่หรือปีกมดลูก (fallopian tube) เรียกว่า การปฏิสนธิ (fertilization) และได้ชีวิตใหม่ที่เราเรียกว่า ซัยโกต (zygote) จากนั้นซัยโกตก็จะเปลี่ยนเซลล์ต้นแบบในการแบ่งเซลล์เพื่อการเจริญเติบโตต่อไป

ในนิวเคลียส (nucleus) ของไข่และอสุจิ มีหน่วยงาน (organelle) ที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรม เรียกว่าโครโมโซม (chromosome) เซลล์ปกติจะมีโครโมโซมจำนวน ๔๖ ตัว ในจำนวนนี้จะเป็นโครโมโซมที่ทำหน้าที่ควบคุมลักษณะทั่ว ๆ ไปของมนุษย์ ทั้งลักษณะด้านร่างกายและจิตใจ (autosome) จำนวน ๔๔ ตัว ซึ่งจับคู่เหมือนกันได้ ๒๒ คู่ ลักษณะต่าง ๆ ดังกล่าวได้แก่ สีผม สีฟัน ตา สติปัญญา ขนาดของร่างกาย ความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และลักษณะของจิตใจ เป็นต้น แต่ลักษณะบางอย่างที่แสดงออก อาจมีองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมมาปรุงแต่งลักษณะที่ได้รับถ่ายทอดจากบิดา-มารดาด้วย เช่น ขนาดของร่างกายจะได้รับการปรุงแต่งจากอาหารที่มารดารับประทานในระหว่างการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองหลังการคลอดตลอดอายุขัย หรือสติปัญญา ได้รับการปรุงแต่งจากอาหารที่มารดารับประทานในระหว่างการตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารหลังการคลอด และประสบการณ์การเรียนรู้ เป็นต้น

โครโมโซมอีก ๒ ตัว เป็นโครโมโซมเพศ (sex chromosome) ในผู้หญิงปกติ โครโมโซมเพศจะเป็น XX ส่วนในผู้ชายปกติจะเป็น XY ดังนั้นในผู้หญิงปกติจึงมีโครโมโซม ๔๖, XX และผู้ชายปกติมีโครโมโซม ๔๖, XY

การสร้างไข่และอสุจิ จึงมีขั้นตอนการแบ่งเซลล์ เพื่อลดจำนวนโครโมโซมให้เหลือเพียงครึ่งเดียว เรียกการแบ่งเซลล์แบบนี้ว่า ไมโอซิส (meiosis) เมื่ออสุจิเข้าผสมกับไข่ ซัยโกตจึงมีโครโมโซมจำนวนปกติคือ ๔๖ ตัว โดยไข่จะมีโครโมโซม ๒๓, X ทุกฟอง แต่อสุจิจะมีทั้งชนิด ๒๓, X และ ๒๓, Y เมื่ออสุจิเข้าผสมกับไข่ ซัยโกตจึงอาจมีโครโมโซมเป็น ๔๖, XX ซึ่งจะได้ทารกเพศหญิง หรือ ๔๖, XY เป็นทารกเพศชาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าอสุจิที่ได้เข้าผสมกับไข่มีโครโมโซม ๒๓, X หรือ ๒๓, Y

โครโมโซมประกอบด้วยสารพันธุกรรมและโปรตีน สารพันธุกรรมมี ๒ ชนิด คือดีเอ็นเอ (DNA-deoxyribonucleic acid) เป็นส่วนใหญ่ กับอาร์เอ็นเอ (RNA-ribonucleic acid) เป็นส่วนน้อย บนดีเอ็นเอมีหน่วยเก็บรหัสพันธุกรรมที่เรียกว่า จีน (gene) โดยจีนจะควบคุมการสร้างและลักษณะของเอนไซม์ ซึ่งเอนไซม์มีความสำคัญต่อปฏิกิริยาชีวเคมีภายในร่างกายให้ดำเนินไปตามปกติ เช่น เอนไซม์สร้างฮอร์โมนอินซูลิน (insulin) และฮอร์โมนสร้างฮีโมโกลบิน (hemoglobin) เป็นต้น ดังนั้นถ้าจีนมีความผิดปกติก็จะทำให้ปฏิกิริยาชีวเคมีผิดปกติ และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคที่เรียกว่า โรคพันธุกรรม

การสร้างที่มนุษย์ทุกคนถือกำเนิดมาจากไข่ของมารดากับอสุจิของบิดา ที่มีสารพันธุกรรมอยู่ จึงย่อมได้รับการถ่ายทอดลักษณะต่าง ๆ ของบิดา-มารดา มาด้วย ทั้งลักษณะที่ดีและไม่ดี ลักษณะ

บางอย่างเป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพ เช่น สติปัญญา รูปร่าง ลักษณะการต้านทานโรค ความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคทางพันธุกรรม เป็นต้น

โรคพันธุกรรมบางโรคไม่สามารถรักษาให้หายได้ และที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยอยู่ในขณะนี้ได้แก่ โรคเลือดจางพันธุกรรมหรือทาลัสซีเมีย (thalassemia) ที่มีคนไทยเป็นถึง ๖๐๐,๐๐๐คน หรือประมาณ ๑% ของจำนวนประชากร และมีคนที่เป็นพาหะประมาณ ๓๐-๔๐ % ของประชากรทั้งประเทศ กลุ่มคนเหล่านี้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคแต่สามารถถ่ายทอดจีนที่เป็นโรคให้แก่ลูกหลานได้ ทำให้แต่ละปีมีทารกเกิดใหม่เป็นโรคนี้ประมาณ ๑๒,๐๐๐ คน และจำนวนครึ่งหนึ่งเป็นโรคเลือดจางพันธุกรรมชนิดรุนแรง

พันธุกรรมจึงเป็นทุนของสุขภาพที่แต่ละคนได้รับมาแตกต่างกัน บางคนอาจมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถสร้างเสริมสุขภาพให้อยู่ในระดับผาสุกได้ แต่ก็มีผลดีต่อการควบคุมและดูแลปัจจัยด้านอื่น ๆ ให้มีระดับสุขภาพดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เป็นต้นว่า โรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งของเต้านม ปอด และลำไส้ใหญ่ เป็นต้น พบว่า ถ้ามีบุคคลในครอบครัวรุ่นพ่อ-แม่เป็น คนรุ่นลูกจะมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าคนอื่น ๒-๓ เท่า^{๕๔} แต่ก็มีหลักฐานทางการแพทย์ที่แสดงว่าเซลล์มะเร็งเกิดจากความผิดปกติของจีนเป็นเบื้องต้น และถูกกระตุ้นด้วยสารก่อมะเร็ง (carcinogen) ดังนั้นถ้าบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งคนอื่น ๆ ในครอบครัวก็จะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูง แต่ก็จะช่วยเ้าสามารถควบคุมดูแลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและครองชีวิต เพื่อหลีกเลี่ยงสารก่อมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการป่วยได้

๒) สิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม หมายถึง ทุก ๆ สิ่งที่อยู่รอบตัวมนุษย์ ทั้งสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต รวมถึงสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม จากความหมายก็แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจน สิ่งแวดล้อมจึงมีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยอาจเป็นผลกระทบในทางบวก คือเอื้อหรือส่งเสริมสุขภาพ หรือเป็นผลกระทบในทางลบ คือบั่นทอนหรือทำลายสุขภาพ ดังนั้นการดูแลหรือสร้างเสริมสุขภาพ จึงต้องเลือกสรร ควบคุม และดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมควบคู่กันไปด้วย

สิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพมีหลายชนิด และเริ่มมีอิทธิพลต่อสุขภาพตั้งแต่หลังการปฏิสนธิจนเสียชีวิต จึงแบ่งระยะที่สิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อสุขภาพออกได้เป็น ๒ ระยะดังต่อไปนี้

๑) ระยะก่อนคลอด (prenatal period) หลังจากการปฏิสนธิ ซัยโกตจะเจริญเติบโตอยู่ในครรภ์ของมารดา เป็นเวลาประมาณ ๒๘๐ วัน สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นผลจากการปฏิบัติตนของมารดา สภาพร่างกาย และสภาพจิตใจของมารดา โดยอาจมีความเชื่อมโยงกับฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เป็นต้นว่า มลพิษทางอากาศ ดิน น้ำ และเสียง เป็นต้น เพราะถึงแม้ว่าจะมีรก (placenta) คอยป้องกันทารกในครรภ์ไว้ แต่ก็ไม่สามารถป้องกันได้

^{๕๔} Mader, S.S. (1998). *Human Biology*. 5 th ed. Boston : McGraw-Hill. p.440.

ทั้งหมด สิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ๆ ที่มีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ อายุของมารดา อาหาร ยา รังสี โรค บุหรี่-แอลกอฮอล์ สารเคมี และความเครียดของมารดา ดังนี้

อายุของมารดา จากหลักฐานทางการแพทย์พบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์เมื่อมีอายุมากจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกที่ผิดปกติในกลุ่มอาการดาวน์ (down syndrome) สูง เพราะไข่ของมนุษย์เพศหญิงจะเริ่มเจริญเติบโตตั้งแต่ยังเป็นทารกอยู่ในครรภ์ของมารดา แต่ยังไม่สมบูรณ์พร้อมที่จะเป็นเซลล์สืบพันธุ์จนกว่าจะเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์เมื่ออายุมากจึงมีความเสี่ยงที่จะมีความผิดปกติของการแบ่งตัวของไข่ก่อนที่จะมีการผสม โดยทำให้มีโครโมโซมคู่ที่ ๒๑ เกิน (๒๔,X) เมื่อผสมกับอสุจิจะมีโครโมโซม ๔๗ ตัว (๔๖, XX+๒๑ หรือ ๔๖, XY+๒๑) อุบัติการณ์ของกลุ่มอาการดาวน์ในมารดาที่มีอายุน้อยกว่า ๒๕ ปี เป็น ๑ ใน ๑๕๐๐ แต่จะเพิ่มขึ้นเป็น ๑ ใน ๑๐๐ เมื่อมารดาตั้งครรภ์เมื่ออายุเกิน ๔๐ ปี^{๕๕} จึงมีคำแนะนำว่าผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปไม่ควรตั้งครรภ์ เพราะไม่เพียงแต่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดบุตรที่ผิดปกติในกลุ่มอาการดาวน์เท่านั้น แต่อาจประสบปัญหาการคลอดติดขัด เพราะช่องทางคลอดยืดหยุ่นได้น้อยลงอีกด้วย

อาหาร อาหารเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารกในครรภ์อยู่ในลำดับต้น ๆ เพราะทารกในครรภ์ต้องการสารอาหารสำหรับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ถ้ามารดาได้รับประทานอาหารได้เหมาะสมกับภาวะการตั้งครรภ์ มีสารอาหารที่จำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์เพียงพอ ทารกก็จะเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่ดี เป็นพื้นฐานที่ดีสำหรับการเลี้ยงดูให้มีภาวะสุขภาพที่ดีในระยะหลังคลอด แต่ถ้ามารดาตั้งครรภ์ในระยะที่ตนเองมีภาวะการขาดสารอาหาร หรือขาดสารอาหารในระยะตั้งครรภ์ก็จะมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ โดยพบว่าถ้ามารดาขาดสารอาหารรุนแรงจะเป็นสาเหตุของการแท้ง คลอดก่อนกำหนด การตายในระยะ ๒ สัปดาห์หลังคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย กระดูกเปราะ โรคลมชัก (epilepsy) มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ร่างกายอ่อนแอ และความบกพร่องทางจิต เป็นต้น^{๕๖}

ยา ยาบางชนิดที่มารดาใช้ในระหว่างการตั้งครรภ์อาจทำอันตรายต่อทารกในครรภ์ เช่น พบว่ายาทาลิโดไมด์ (thalidomide) ที่เคยใช้สำหรับบำบัดอาการแพ้ท้อง พบว่าทำให้ทารกในครรภ์พิการแขน-ขา เพราะยาทำให้การเจริญเติบโตของแขน-ขาของทารกในระยะที่ยังเป็นตัวอ่อนผิดปกติ ทำให้ทารกที่คลอดออกมาไม่มีแขน-ขา หรือมีแขน-ขาเล็กในขนาดเดียวกันกับเมื่อตอนที่ยังเป็นตัวอ่อนอยู่

^{๕๕} Snustad, D.P.&Simmons, M.J.(2000). **Principles of Genetics**. 2nd ed. New York : John Willey & Son. p.150-151.

^{๕๖} Charlsworth, Rosaling. (2000). **Understanding Child Development : For Adults Who Work with Young Children**. 5 th ed. New York : Delmar Thomson Learning. p.185.

ยาชนิดอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ สเตรมิโตมัยซิน (streptomycin) ทำให้หูหนวก เตตราไซคลิน (tetracyclin) ทำให้ฟันมีจุดกระและเหลือง เป็นต้น ดังนั้นมารดาที่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์อ่อน จึงไม่ควรซื้อยามาให้ตัวเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเภสัชกร และในระยะตั้งครรภ์อ่อน ๆ ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบว่ากำลังตั้งครรภ์อยู่ด้วย

รังสี รังสีบางชนิด เป็นต้นว่า รังสีเอ็กซ์ (X-rays) เป็นอันตรายต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยทำให้ทารกมีพัฒนาการช้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจปัญญาอ่อน และถ้าได้รับรังสีในปริมาณมากอาจทำให้ทารกในครรภ์เสียชีวิตได้

โรค โรคติดเชื้อหลายโรคที่แม่ป่วยในระหว่างการตั้งครรภ์ อาจเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ โรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัดเยอรมัน ไข้หวัดใหญ่ โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคเอดส์ และโรคเริ่ม เป็นต้น โรคบางโรคเป็นอันตรายต่อการสร้างอวัยวะของทารก ทำให้ทารกพิการ เช่น โรคหัดเยอรมันจะเป็นอันตรายต่อทารก ถ้าหากมารดาป่วยในระยะ ๓ เดือนแรกของการตั้งครรภ์ โดยอาจทำให้ทารกมีความพิการของหัวใจ ตา และหู หรือ เชื้อซิฟิลิสผ่านรกได้หลังสัปดาห์ที่ ๒๐ ของการตั้งครรภ์ และเป็นอันตรายต่อกระดูก ปอด ตับ และม้ามของทารก ทารกอาจเสียชีวิตในครรภ์ หรือตายคลอด ถ้ารอดชีวิตก็ป่วยด้วยโรคซิฟิลิส หรือ ทารกติดเชื้อโรคหนองในและโรคเริ่มของอวัยวะสืบพันธุ์ของมารดาในขณะคลอด ถ้าเชื้อหนองในเข้าตาอาจทำให้ตาบอด โรคเริ่มทำให้ทารกเสียชีวิต

ปัจจุบันพบทารกที่ติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ (AIDS) จากมารดามากขึ้น เนื่องจากไวรัสโรคเอดส์อยู่ในเลือด ทารกในครรภ์จึงอาจติดเชื้อจากเลือดของมารดาในระหว่างที่อยู่ในครรภ์ หรือในระยะคลอดได้ สิ่งที่มาตราทุกคนควรปฏิบัติ คือ การดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ ตรวจสอบสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ และตรวจครรภ์ตามแพทย์นัดทุกครั้ง

บุหรี่และแอลกอฮอล์ เป็นสารเสพติดที่มีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ โดยพบว่ามารดาที่สูบบุหรี่จัดอาจเป็นสาเหตุทำให้ทารกแท้ง คลอดก่อนกำหนด หรือน้ำหนักตัวเมื่อแรกคลอดน้อย ทั้งนี้เป็นเพราะนิโคติน (nicotin) ในควันบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ทารกจึงได้รับก๊าซออกซิเจนจากมารดาได้น้อย และก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์จากควันบุรียังทำให้การขนส่งก๊าซออกซิเจนในทารกต่ำอีกด้วย จึงเป็นสาเหตุให้ทารกในครรภ์ได้รับก๊าซออกซิเจนไม่เพียงพอ ถ้ามารดาที่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ติดเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปน แอลกอฮอล์ผ่านรกได้และมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของทารกในครรภ์ ทำให้เกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า ฟีตัล แอลกอฮอล์ ซินโดรม (fetal alcohol syndrome, FAS) ซึ่งทารกจะมีอาการ ๔ อย่าง อาการแรก คือ ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system, CNS) บกพร่อง พัฒนาการด้านจิตใจช้า ศีรษะเล็ก ขนผิดปกติ และฉุนเฉียวง่าย อาการที่ ๒ คือ น้ำหนักตัวน้อย ตัวเล็ก อาการที่ ๓ คือ ใบหน้าผิดปกติ เช่น หน้าผากแคบ จมูกเล็ก ริมฝีปากห่างจากจมูก อาการที่ ๔ คือ หัวใจผิดปกติ ตาและหูพิการ มีปัญหาเรื่องข้อต่อกระดูก

สารเคมี สารเคมีบางชนิดที่ปนเปื้อนอยู่ในน้ำ อาหาร ดิน และอากาศ เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น ตะกั่วในอากาศ และน้ำดื่ม-น้ำใช้ ทำให้ระบบประสาทของทารกถูกทำลาย ผงชูรสปริมาณสูง ๆ ในอาหารที่มารดารับประทานเป็นอันตรายต่อสมองของทารกในครรภ์ เป็นต้น

ความเครียด ความเครียดของมารดา ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนบางชนิดจากต่อมไร้ท่อ ที่ทำให้ส่วนประกอบของเลือดเปลี่ยนแปลง ทารกในครรภ์ได้รับเลือดจากมารดาก็ย่อมได้รับผลกระทบด้วย โดยพบว่าทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อย ขนผิวดก ภูมิต้านทานต่ำ และมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร เป็นต้น

๒) ระยะหลังคลอด (postnatal period) สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลกำหนดสถานะสุขภาพของมนุษย์ในระยะหลังคลอดจนถึงระยะเสียชีวิต มีทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางเคมี สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) คือ สิ่งไม่มีชีวิตที่อยู่รอบ ๆ ตัวเราทั้งหมด เช่น ที่อยู่อาศัย อากาศ น้ำ อุณหภูมิ เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ ถ้าที่อยู่อาศัยถูกสุขลักษณะ อากาศ และน้ำดื่ม-น้ำใช้สะอาด ก็จะเอื้อต่อสุขภาพหรือส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่อยู่อาศัย และถ้าตรงกันข้ามก็มีผลบั่นทอนหรือทำลายสุขภาพได้ เช่น น้ำในหมู่บ้านห้วยคลิตี้ล่าง ตำบลชะแล อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาญจนบุรี มีตะกั่วปนเปื้อนสูง เพราะมีการทำเหมืองแร่ที่บริเวณต้นน้ำของห้วยคลิตี้ล่าง ทำให้คนในหมู่บ้านป่วยด้วยโรคจากพิษของสารตะกั่ว ผื่นระคายเคืองและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่ปนเปื้อนในอากาศเขตเมือง เป็นอันตรายต่อปอดและทำให้มีผู้ป่วยด้วยโรคภูมิแพ้ของระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น มูลฝอยเป็นแหล่งอาศัยของสัตว์นำโรค เป็นต้นว่า หนูซึ่งเป็นสัตว์ที่นำโรคฉี่หนูและกาฬโรค เป็นต้น

สิ่งแวดล้อมทางเคมี(chemical environment) คือ สารเคมีต่าง ๆ เช่น ยาสังเคราะห์ที่ใช้ป้องกันและรักษาโรค หรือบำบัดอาการเจ็บป่วย ถ้าใช้อย่างถูกต้อง ก็เป็นผลดีต่อสุขภาพ แต่ถ้าใช้อย่างไม่ถูกต้อง ก็เป็นอันตราย เช่น แฝงยา เชื้อดื้อยา หรือทำอันตรายตับหรือไตได้ สารเคมีในกระบวนการผลิตอาหาร ปุ๋ย และจำหน่าย สารเคมีที่ใช้ในชีวิตประจำวันอื่น ๆ เช่น สารเคมีทำความสะอาด สารเคมีกำจัดยุงและแมลง สารเคมีทางการเกษตรอื่น ๆ ถ้าใช้ไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็น จะก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพในระยะยาว

สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (biological environment) คือ สิ่งมีชีวิตทุกชนิด ได้แก่ พืช สัตว์ที่เป็นอาหาร ต้นไม้ ที่ช่วยรักษาสมดุลของธรรมชาติ ทำให้ความชุ่มชื้นและสดชื่น ความงามให้ความสุข ความสบายใจ และช่วยดูดซับก๊าซพิษ แมลง และสัตว์มีพิษ เช่น ต่อ แตน แมงป่อง ตะขาบ แมลงและสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค เช่น แมลงวัน ยุง แมลงสาบ แมลงหวี่ หนู รวมทั้งเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ ทำลายสุขภาพ เป็นต้น

สิ่งแวดล้อมทางสังคม คือสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรมต่าง ๆ ได้แก่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา สื่อต่าง ๆ รวมไปถึงการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม

การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ทำให้ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นโรคพยาธิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาธิใบไม้ในตับที่เกิดจากการรับประทานปลาร้าดิบ การรับประทานลูกเนียงสดเป็นประจำทำให้เป็นโรคนิ่วในไต ความเชื่อของประชาชนในภาคใต้ว่าเนื้อปลาทำให้เป็นพยาธิ ทำให้เด็กขาดโอกาสในการได้รับสารอาหารโปรตีนราคาถูก ย่อยง่าย และรับประทานง่าย ค่านิยมในการรับประทานอาหารจานด่วนของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นไทยมีน้ำหนักตัวเกิน หรือค่านิยมรักความสะดวกสบายที่ทำให้ร่างกายน้อย ซื่ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน ล้วนแล้วแต่ทำลายสุขภาพ ส่วนด้านการเมืองก็มีความเกี่ยวข้องกับนโยบายดำเนินงานด้านสาธารณสุข และการจัดสรรงบประมาณ รวมทั้งเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศ ย่อมมีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพ คนจนมีโอกาสน้อยกว่าคนรวยในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ปัญหาจากความแออัดในเขตเมือง ทั้งที่อยู่อาศัยที่ขาดสุขลักษณะ มูลฝอย ยาเสพติด การมีงานทำ รายได้ และความเครียด ล้วนบั่นทอนและทำลายสุขภาพเป็นต้น

การศึกษาพัฒนาสติปัญญาและสร้างนิสัยการเรียนรู้ตลอดชีวิต ทำให้ได้รับความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ สื่อต่าง ๆ นอกจากจะให้ความบันเทิงเพื่อผ่อนคลายความเครียดแล้วยังให้สาระความรู้ที่สนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่อโทรทัศน์

๓) ครรลองชีวิต เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดสถานะสุขภาพมากที่สุด เพราะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตหรือครรลองชีวิตของแต่ละบุคคล วิถีครรลองชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ได้แก่ การเลือกอาหารรับประทาน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันและปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค การไข้ยาและยาเสพติด การป้องกันอุบัติเหตุ และการรักษาจิตใจและอารมณ์ เป็นต้น

ผลการวิจัยผลของสุขนิสัยต่อสุขภาพและชีวิตของเบิร์กแมนและคณะ^{๕๗} (Berkman, Breslow and Wingard) พบว่าสุขนิสัยที่ส่งผลต่อสุขภาพและอายุคาด (life expectancy) ได้แก่ การออกกำลังกายที่พอเหมาะอย่างสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือดื่มเพียงเล็กน้อย ควบคุมน้ำหนักตัวให้พอเหมาะ นอนหลับตอนกลางคืนวันละ ๗-๘ ชั่วโมง

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าปัญหาสุขภาพของคนในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต เจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อมีน้อยลง ยกเว้นโรคเอดส์ที่ยังจัดว่าอยู่ในระดับที่ยังเป็นปัญหาเจ็บป่วยและ/หรือเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง การบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุ โรคจากการทำงาน โรคจากมลพิษของสิ่งแวดล้อม การเจ็บป่วยทางจิต และยาเสพติด เป็นต้น ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เหล่านี้ ส่วนใหญ่เกิดจากครรลองชีวิตหรือวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารมีไขมันและเกลือสูง รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย รับประทานอาหารสำเร็จรูป

^{๕๗} Berkman, L.F. and Breslow, L. (1983) **Health and Ways of Living: The Alameda Country Study**. Oxford University Press, New York. p.12-13.

หรืออาหารพร้อมปรุงแทนการเตรียมและประกอบอาหารเอง ใช้เครื่องทุ่นแรงเกินความจำเป็นและขาดการออกกำลังกาย ทำงานตรากตรำเพื่อเศรษฐกิจที่เกินพอจนพักผ่อนไม่เพียงพอและขาดการผ่อนคลายความเครียด มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อโรคจากเพศสัมพันธ์ ใช้ยาเสพติดรวมทั้งบุหรี่และแอลกอฮอล์ เป็นต้น

ครรลองชีวิตจึงเป็นปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพของบุคคลที่สำคัญ และเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลเลือกที่จะใช้ชีวิตอย่างไร สุขภาพจึงเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และชุมชน และปฏิบัติจนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งในระดับบุคคล รวมทั้งครอบครัว และชุมชน และปฏิบัติจนเกิดเป็นสุขนิสัย ซึ่งกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปกลุ่มพฤติกรรมในครรลองชีวิตของคนไทย ที่มีผลต่อสุขภาพในปัจจุบันและมีแนวโน้มที่จะมีผลกระทบมากขึ้นในอนาคต จำนวน ๖ กลุ่ม ดังต่อไปนี้

- (๑) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร บุหรี่ สุรา และยาเสพติด
- (๒) พฤติกรรมความปลอดภัย
- (๓) พฤติกรรมออกกำลังกาย
- (๔) พฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์
- (๕) ความเครียด
- (๖) พฤติกรรมในการดูแลและฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม

ดังนั้นคณะกรรมการสุขภาพที่แต่งตั้งโดยการอนุมัติของคณะรัฐมนตรีได้ร่วมกันพิจารณาสุขบัญญัติแห่งชาติ ที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสัมมนาขึ้นเมื่อ ปี พ.ศ. ๒๕๓๖ เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และนำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติและประกาศใช้เป็น “สุขบัญญัติแห่งชาติ” เพื่อให้กระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปเผยแพร่แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายนำไปปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง นำไปสู่การมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณต่อไป^{๕๘}

สุขบัญญัติ คือ ข้อกำหนดที่เด็กและเยาวชนตลอดจนประชาชนทั่วไป พึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม^{๕๙}

สุขบัญญัติแห่งชาติ ๑๐ ประการ มีดังต่อไปนี้

- (๑) ดูแลรักษาร่างกาย และของใช้ให้สะอาด
- (๒) รักษาฟันให้แข็งแรง และแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
- (๓) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย

^{๕๘} ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. กองสุขศึกษา, แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินงานสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, (นนทบุรี : กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๑), หน้า ๙.

^{๕๙} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒.

(๔) กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด
 สีสันฉูดฉาด

- (๕) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
- (๖) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
- (๗) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
- (๘) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี
- (๙) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
- (๑๐) มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

๔) บริการสุขภาพ

บริการสุขภาพ คือ การให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ที่จัดและดำเนินงานโดยหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีขอบข่ายการให้บริการ ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

การบริการสุขภาพโดนสถานบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ เพียงพอต่อจำนวนผู้เข้ารับบริการ และครอบคลุมพื้นที่ ย่อมเป็นปัจจัยเกื้อหนุนสุขภาพของบุคคลและชุมชน

สุชาติ โสมประยูร^{๖๐} กล่าวถึงลักษณะของการให้บริการสุขภาพที่ดีว่า จะต้องประกอบด้วยลักษณะ ดังนี้

- (๑) บริการกระจายครอบคลุม (availability)
- (๒) การเข้าถึงบริการเชิงภูมิศาสตร์ (geographical accessibility)
- (๓) การเข้าถึงบริการเชิงวัฒนธรรม (accessibility)
- (๔) การเข้าถึงบริการเชิงเศรษฐกิจ (economical accessibility)
- (๕) ความต่อเนื่องของการให้บริการ (continuity)
- (๖) คุณภาพบริการตอบสนองต่อการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ (quality)

ถ้าสถานบริการทางการแพทย์สามารถจัดบริการที่ดีด้วยลักษณะต่าง ๆ ดังกล่าว และปรับเปลี่ยนการบริการมาเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ก็จะเป็นการสนับสนุนปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอีก ๓ ปัจจัยที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น ให้บุคคลมีความผาสุกและสุขภาพอยู่ในระดับดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

๒.๕.๕ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะเชิงพุทธ

๑) ความหมายสุขภาวะในพระพุทธศาสนา

คำว่า “สุขภาพ” ในคัมภีร์พระไตรปิฎก มีคำกล่าวที่บ่งถึงภาวะการมีสุขภาพกายดี มีอยู่ ๒ คำ คือ คำว่า “อัปปาพาโธ” มีความเจ็บป่วยน้อย หรือ “อัปปาตังโก” มีโรคน้อย เช่น “ภิกษุในธรรม

^{๖๐} สุชาติ โสมประยูร, สุขภาพเพื่อชีวิต. (กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๔๑), หน้า ๗๔.

วินัยนี้... เป็นผู้มิอาพาธน้อย มีโรคเบาบาง”^{๖๑} “บุคคลในโลกนี้...เป็นผู้ไม่เบียดเบียนสัตว์... กลับมาเกิดเป็นมนุษย์ในที่ใด ๆ เขาก็จะเป็นผู้มีโรคน้อย”^{๖๒} “ภิกษุทั้งหลาย องค์ของภิกษุ ผู้บำเพ็ญเพียรมี ๕ ประการ คือ...หลังจากตายแล้ว ถ้าไม่ไปเกิดในสุคติสวรรค์ กลับมาเกิดเป็นมนุษย์ในที่ใด ๆ เขาก็จะเป็นผู้มีอาพาธน้อย มีโรคเบาบาง”^{๖๓} ภาวะความมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีควบคู่กันไปเป็น ความหมายที่สมบูรณ์สูงสุดในพระพุทธศาสนา แม้ว่าจะมีโรคทางกายเกิดขึ้น ก็สามารถพัฒนาด้านจิตใจไว้ได้เพราะมุ่งให้ความสำคัญทางด้านจิตใจเป็นพิเศษ ดังพุทธภาษิตที่ว่า “ใจเป็นผู้นำสรรพสิ่ง”^{๖๔} คำว่า “สุขภาพ” องค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ.๒๕๔๑ ให้ความหมายว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน โดยไม่หมายเฉพาะแต่เพียงการปราศจาก โรคภัยไข้เจ็บหรือพิการเท่านั้น พระพุทธเจ้าตรัสถึงความสำคัญของการมีสุขภาพร่างกายดีไม่มีโรคภัยเบียดเบียน ว่า เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมแก่การบำเพ็ญเพียรอย่างยิ่ง^{๖๕} หากร่างกายเจ็บป่วยไม่อาจเฝียวยาได้ แล้ว พระองค์จะทรงมุ่งเน้นการเฝียวยาทางด้านจิตใจเป็นหลัก ดังเรื่องที่ปรากฏว่า ครั้งหนึ่งมี ภิกษุทุพพลภาพป่วยหนัก ระยะเวลาสุดท้าย พระพุทธเจ้าทรงเฝียวยารักษาจิตใจ ทรงมีพระ ดำรัสว่า “แม้ร่างกายจะเจ็บหนักแต่ยังสามารถพัฒนาไปสู่การบรรลุธรรมได้”^{๖๖} ทศนะเรื่องความเจ็บป่วยที่พระพุทธเจ้าทรงแสดงไว้ประการหนึ่งว่า “ร่างกายเป็นรังแห่งโรค”^{๖๗} การที่ร่างกายเป็นฐานหรือที่ตั้งแห่งโรค ย่อมจะเจ็บป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งไม่มาก ก็น้อยเป็นธรรมดา อีกคำหนึ่ง คือ คำว่า “อโรคฺย” ไม่มีโรค ดังพุทธภาษิตว่า “อาโรคฺยปรมา ลา ภา” แปลว่า ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ^{๖๘} คำว่า อโรคฺย อีกนัยหนึ่งหมายถึงภาวการณ์ปราศจากโรคทางจิตเพียงอย่างเดียว ดังพุทธพจน์ที่ว่า ผู้ที่ปราศจากโรคทางกายเป็นเวลานานๆ หรือไม่มีโรคทางกายปรากฏอยู่เลยนั้นพอหาได้แต่คนที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางใจแม้เพียงชั่วขณะหนึ่งนี้หายาก ยกเว้นพระอรหันต์ผู้หมดกิเลสแล้วเท่านั้น^{๖๙}

พระพรหมคุณาภรณ์^{๗๐} (ป.อ.ปยุตฺโต) อธิบายว่า “สุขภาวะ” หรือ “สุขภาพ” เป็น คำเดียวกันในภาษาบาลีแต่ภาษาไทยแผลง “ว” เป็น “พ” เป็นคำว่า “สุขภาพ” เมื่อความหมายของ

^{๖๑} ม.ม. (ไทย) ๑๓/๓๗๙/๔๖๔.

^{๖๒} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๑๗/๓๐๖-๓๐๗, ม.ม. (ไทย) ๑๓/ ๑๓๔/๑๕๐, ม.อ. (ไทย) ๑๔/๒๙๑/๓๕๑.

^{๖๓} อ.จ.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๕๓-๕๔/๙๒-๙๓.

^{๖๔} ขุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๑/๒๓.

^{๖๕} อ.จ.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๕๓-๕๔/๙๒-๙๓.

^{๖๖} อ.จ.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๑๒๑/๒๐๑.

^{๖๗} ขุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๑๔๘/๗๘, ขุ.อป. (ไทย) ๓๓/๑๕๕/๔๐๘.

^{๖๘} ม.ม. (ไทย) ๑๓/๒๑๕-๒๑๖/๒๕๔-๒๕๕.

^{๖๙} อ.จ.ตฺถก. (ไทย) ๒๑/๑๕๗/๒๑๗.

^{๗๐} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ, (นครปฐม: วิทยาลัยพุทธศาสตร์, ๒๕๕๓),

สุขภาพคือสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญา จึงสื่อความหมายใกล้ความสภาวะที่ปลอดภัยเป็นสุข เป็นภาวะที่สมบูรณ์คำสมัยใหม่เรียกว่า “องค์รวม” ความสุขแนวพุทธหรือสุขภาพแนวพุทธ ประกอบด้วยลักษณะที่เป็นวิชา (ความสว่างส่องใส) วิมุตติ(ความหลุดพ้น เป็นอิสระ) วิสุทธิ (ความหมดจด ไม่ขุ่นมัวเศร้าหมอง) สันติ(ความสงบไม่ร้อนร่นกระวน กระวาย) ซึ่งเป็นภาวะที่เป็นความดีงามของชีวิต

กล่าวโดยสรุป ความหมาย สุขภาวะ เป็นการดูแลรักษา การป้องกัน และการ เยียวยา ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ มนุษย์ทุกคนจำเป็นต้องปฏิบัติประยุกต์ใช้หลักธรรม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล การป้องกันและการเยียวยาชีวิต โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ การส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยหนักมีความหวังที่จะดูแลรักษาใจซึ่งถือว่าสำคัญที่สุด เพื่อผู้ป่วยสามารถประคองจิตที่ดีของตนได้ตลอดไป จนกว่าจะสิ้นชีวิต หรือหากประคองจิตได้ถึงขั้นสูงสุด คือ การบรรลุธรรมได้พร้อมกับการสิ้นชีวิตที่พระพุทธศาสนาเรียกว่า “ชีวิตสมัสติ” ถือว่าเป็น การบรรลุ เป้าหมายชีวิตในโอกาสสุดท้ายที่สูงที่สุด

๒) พุทธวิธีดูแลรักษาและเสริมสร้างสุขภาพอนามัย

หลักฐานในคัมภีร์พระไตรปิฎกหลายแห่ง ระบุถึงมีความสุขอนามัยของ พระพุทธเจ้าไว้หลายประการ เช่น บำเพ็ญพุทธกิจได้เกือบตลอดทั้งวัน คือ เวลาเช้าเสด็จบิณฑบาตเพื่อโปรดสัตว์เวลาเย็นทรงแสดงธรรม เวลาค่ำทรงประทานโอวาทแก่เหล่าภิกษุ และ จวนสว่างทรงตรวจพิจารณาสัตว์ที่สามารถและที่ยังไม่สามารถบรรลุธรรมอันควรจะเสด็จไปโปรด^{๗๑} พระองค์ทรงมีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ดีแม้จะทรงมีพระชนมายุถึง ๘๐ พรรษา ๖๐ แล้วก็ตาม^{๗๒} ดังที่ตรัสยืนยันว่าพระองค์เป็นคนแก่ชรา แม้ว่าจะทรงเจ็บป่วยอย่างหนักก็ไม่ทำให้พระองค์หลงลืมสติและปัญญา^{๗๓} พระองค์เสด็จด้วยพระบาทจาริกไปเผยแผ่ธรรมตามที่ต่างๆ จนช่วงสุดท้ายแห่งชีวิต ขณะที่พระองค์ทรงประชวรหนัก ด้วยโลหิตปิกชั้นทิกาพาธ (ถ่ายเป็นพระโลหิต) ยังทรงสามารถเดินทางไกลจากเมืองปาวาสู่เมืองกุสินาราคือเป็นสถานที่ปรินิพพานได้^{๗๔}

บุคคลที่ใกล้ชิดพระพุทธเจ้า กล่าวขานถึงพระองค์ว่า ทรงเป็นผู้มีพระโรคพาธน้อย ทรงกระปรีกระเปร่า มีพระพลานามัยสมบูรณ์อยู่สำราญดี^{๗๕} พระองค์ตรัสกับพราหมณ์ผู้หนึ่ง ถึง ความเป็นอยู่ของพระองค์ไว้ว่า พราหมณ์เราอาศัยหมู่บ้านหรือตำบลใดในโลกนี้อยู่ในเวลาเช้า เราครองอันตราวาสก ถือบาตรจีวรเข้าไปสู่หมู่บ้านหรือตำบลนั้นแลเพื่อบิณฑบาต กลับจากบิณฑบาตหลังจาก ฉันทเสร็จแล้วเข้าไปสู่ชายป่า กวาดหญ้าหรือใบไม้ที่มีอยู่ในที่นั้นรวมเป็นกองแล้วนั่งขัดสมาธิตั้งกายตรงดำรง

^{๗๑} ที.สี.อ. (บาลี) ๑/๖๑

^{๗๒} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๑๖๕/๑๑๐.

^{๗๓} ม.ม. (ไทย) ๑๒/๑๖๑/๑๖๔-๕.

^{๗๔} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๑๘๙/๑๓๗-๑๔๗.

^{๗๕} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๑๓๒/๗๗, ส .ม. (ไทย) ๑๙/๑๐, ๔๘/๕๗๑

สติมันไว้สัจจากกาม และอกุศลธรรมแล้ว บรรลุปฐมฌาน บรรลุทุติยฌาน บรรลุตติยฌาน บรรลุจตุตถฌาน ที่ไม่มีทุกข์ไม่มีสุข มีสติบริบูรณ์เพราะอุเบกขาอยู่^{๗๖}

ข้อวัตรปฏิบัติของพระพุทธเจ้าจากพุทธพจน์ได้ ดังนี้ การบริโภคอาหาร พระองค์ฉันอาหารมือเดียวนอกจากจะทรงถือหลักในการฉัน อาหารมือเดียวตลอดชีวิตพรหมจรรย์แล้ว พระองค์ยังทรงพร่ำสอนและแนะนำให้เหล่าภิกษุสงฆ์ ฉันอาหารมือเดียวด้วย ดังพุทธพจน์ว่า “ตถาคตฉันมือเดียว ไม่ฉันในเวลาวิกาล พระองค์รู้สึกว่ กระปรี้กระเปร่าทำให้มีโรคน้อย ภิกษุทั้งหลายมาเถิด แม้เธอทั้งหลาย ก็จงฉันอาหารมือเดียวเถิด เธอทั้งหลายฉันอาหารมือเดียว จักรู้สึกว่ามีโรคน้อย”^{๗๗}

พิจารณาอาหารก่อนฉัน ดังพุทธพจน์ว่า ภิกษุในธรรมวินัยนี้พิจารณาโดยแยบคายแล้วฉัน บิณฑบาต ไม่ใช่เพื่อเล่น ไม่ใช่เพื่อมัวเมา ไม่ใช่เพื่อตกแต่ง ไม่ใช่เพื่อประดับประดา แต่เพียงเพื่อความดำรงอยู่ได้แห่งกายนี้เพื่อให้ชีวิตินทรีย์เป็นไปได้เพื่อบำบัดความหิว เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ด้วยความคิดเห็นว่าโดยอุบายนี้เรากำลังกำจัดเวทนาเก่าเสีย และจักไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น ความดำรงอยู่แห่งชีวิต ความไม่มีโทษ และการอยู่โดยผาสุกจักมีแก่เรา แล้วจึงบริโภคอาหาร^{๗๘}

พระพุทธเจ้าทรงมีเป้าหมายในการบริโภค ที่ประกอบด้วยองค์ธรรม ๑๐ ประการ คือ

๑. ทรงมีสติและรู้ประมาณในการบริโภค
๒. ทรงบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ไม่ก่อโทษต่อร่างกาย
๓. ทรงพิจารณาอาหารว่ามีลักษณะเป็นเพียงธาตุชนิดหนึ่ง
๔. ไม่บริโภคเพื่อเล่นสนุกสนานเพลิดเพลิน
๕. ไม่บริโภคเพื่อความเมามัน
๖. ไม่บริโภคเพื่อประดับ
๗. ไม่บริโภคเพื่อตกแต่ง
๘. บริโภคเพื่อยังพระชนม์ชีพ
๙. บริโภคเพื่อป้องกันความลำบาก
๑๐. บริโภคเพื่ออนุเคราะห์แก่การประพฤติพรหมจรรย์

ทรงเลือกพิจารณาฉันเฉพาะอาหารที่เป็นประโยชน์ไม่ก่อโทษต่อร่างกายเท่านั้น ดังที่ทรงห้ามภิกษุดื่มสุราและเมรัย เพราะเป็นบ่อเกิดของการเกิดโรค^{๗๙} มีสติในการฉันอาหาร พระองค์ตรัสแนะนำพระเจ้าปเสนทิโกศลและภิกษุทั้งหลายให้เป็นผู้มีสติในการบริโภค ดังพุทธพจน์ว่า “...มนุษย์ผู้มี

^{๗๖} อ.เจก.ก.(ไทย) ๒๐/๖๔/๒๕๐.

^{๗๗} ม.ญ. (ไทย) ๑๒/๒๒๕/๒๓๖, ม.ม. (ไทย) ๑๓/๑๓๔, ๑๓๔/๑๕๐.

^{๗๘} ม.ญ. (ไทย) ๑๒/๒๓/๒๓.

^{๗๙} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๒๔๓/๒๐๒-๒๐๓.

สตಿಯู่ทุกเมื่อ รู้ประมาณในการบริโภคที่ได้แล้ว ย่อมมีเวทนาเบาบาง เขาย่อมแก่ช้า อายุยั่งยืน”^{๘๐} “เราทั้งหลาย จักเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ ทำความรู้สึกตัวในการก้าวไป ...การฉัน การดื่ม การเคี้ยว การลิ้ม”^{๘๑} รู้ประมาณในการฉัน ดังพุทธพจน์ว่า “ภิกษุในธรรม วินัยนี้พิจารณาโดยแยบคายว่า เราบริโภคอาหาร ไม่ใช่เพื่อเล่น เพื่อความมัวเมา เพื่อประเทืองผิว และเพื่อความอ้วนพีแต่เพื่อกายนี้ดำรงอยู่ การพิจารณาในการบริโภค นี้เรียกว่าความเป็นผู้รู้ประมาณในการบริโภค”^{๘๒}

กล่าวโดยสรุป ในพระไตรปิฎกระบุถึงความสุขาพอนามยดีของพระพุทธเจ้าไว้ หลายประการ ได้แก่ บำเพ็ญพุทธกิจได้เกือบตลอดทั้งวัน สติสัมปชัญญะบริบูรณ์ดี มีโรคน้อย มีเป้าหมายในการบริโภค มีสติพิจารณาฉันเฉพาะอาหารที่เป็นประโยชน์รู้ประมาณในการ บริโภคและห้ามดื่มสุราและเมรัย ทำให้มีพระพลานามัยสมบูรณ์

๓) ทฤษฎีสุขภาวะองค์รวมเชิงพุทธ

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต)^{๘๓} ได้กล่าวถึงสุขภาวะองค์รวมของชีวิตจะมี สุขภาวะได้ ต้องบริหารใจให้มีภาวะจิตด้านบวก สุขภาวะที่แท้ต้องเป็นตามความจริงแห่งธรรมชาติของชีวิต องค์รวมของชีวิตที่มีสุขภาวะต้องเป็นอย่างไร กายกับใจต้องสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างไร สุขภาวะจะสำเร็จได้ ต้องพัฒนาจิตใจและปัญญา ปัญญาเป็นองค์ประกอบสำคัญทำให้การสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและภาวะต่างๆ ของจิตใจดำเนินไปได้ โดยปัญญาให้แสงสว่างส่องทาง ชี้ทางให้หลักการพัฒนามนุษย์ของพระพุทธศาสนา เรียกว่า ภาวนา ๔ การ พัฒนาแบบองค์รวมจึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาวะโดยตรง

พระมหาจรรยา สุทธิญาณ^{๘๔} ได้เขียนหนังสือเรื่อง “พระพุทธศาสนากับการดูแล รักษา สุขภาพแบบองค์รวม” โดยมุ่งศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยศึกษาจาก ประวัติการดูแล สุขภาพของพระพุทธเจ้า การดูแลสุขภาพของพระสาวก และบทบาทของพระพุทธเจ้าและพระสาวกกับการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนหลักพุทธธรรมเพื่อการดูแลรักษาจิต ตัวยาที่ใช้รักษาทางกายและอิทธิพลของพระพุทธศาสนาที่มีต่อแพทย์แผนไทย

พระไพศาล วิสาโล และสมควร ใฝ่งามดี^{๘๕} ได้สรุปลักษณะสำคัญของการแพทย์แบบองค์รวมควรมีลักษณะผสมผสานรวม สนใจทุกส่วนของชีวิตผู้ป่วย ทั้งด้าน ร่างกาย ครอบครัวยุทธ การงาน ชีวิตทางสังคม การออกกำลังกาย อาหาร ภาวะทางจิตใจและอารมณ์ การกระจายอำนาจการรักษา พยายาม

^{๘๐} ส.ส. (ไทย) ๑๕/๑๒๔/๑๔๕-๑๔๖.

^{๘๑} ม.ญ. (ไทย) ๑๒/๔๒๔/๔๕๗.

^{๘๒} ม.ญ. (ไทย) ๑๒/๔๒๒/๔๕๖, อภิ.วิ. (ไทย) ๓๕/๕๑๘/๓๙๑.

^{๘๓} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ, หน้า ๖-๘.

^{๘๔} พระมหาจรรยา สุทธิญาณ, พระพุทธศาสนากับการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๔), หน้า ๕-๑๑๕.

^{๘๕} พระไพศาล วิสาโล, แลขอบฟ้าเขียว ทางเลือกสำคัญสำหรับอนาคตที่กำลังปรากฏเป็นจริง, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โกมลคีมทอง, ๒๕๔๙), หน้า ๓๔.

ที่จะให้อำนาจและสมรรถภาพในการรักษา แพทย์หลายสู่ทุกคน เน้นลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย อาศัยวิธีการเฉพาะอย่างที่เป็นปัจจัยหลัก ตระหนักว่าการสัมผัสความอบอุ่นและน้ำใจของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษา เน้นมนุษยธรรม คำนึงถึงคุณภาพชีวิตมากกว่าสนใจการขยาย ตัวของโรงพยาบาล ตระหนักถึงสมดุลทางนิเวศวิทยา สนับสนุนให้ร่างกายเสริมสร้างบำบัดตัวเองมากกว่าใช้ยาหรือสารแปลกปลอม เน้นเทคโนโลยีที่เหมาะสม และในการพัฒนาสุขภาพส่วนบุคคลและสังคมที่เน้นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความผาสุกทั้งในร่างกาย จิตใจ สังคมและธรรมชาติโดยให้คำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวมว่า “การคิดแบบองค์รวม” เป็นการเชื่อมโยงชีวิตของผู้คนกับ สังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ศาสนา จึงควรปรับบรรณสาระเรื่องสุขภาพทั้งหมดของประชาชนและสาธารณะรวมถึงศึกษาวิจัยการแพทย์พหุลักษณะทุก ๆ ด้านโดยเน้นความเข้าใจวิถีชีวิตของประชาชน จึงเป็นการศึกษาระบบคิดหรือศึกษาวัฒนธรรมในทรรศนะ คุณค่าของวัฒนธรรมท้องถิ่นกับการพัฒนาที่มีเป้าหมายให้เกิดความหลากหลายที่บูรณาการขึ้น เป็นการเปิดคุณค่าให้สังคมมีทางออก ดังนั้นสุขภาพองค์รวมจึงเกี่ยวข้องกับเรื่องวัฒนธรรม ความหลากหลายของท้องถิ่น การส่งเสริมให้เมืองนครชุมชน เพื่อให้ชุมชนเป็นตัวของตัวเอง สามารถพัฒนาเศรษฐกิจ จิตใจ วัฒนธรรม การเมือง สิ่งแวดล้อม ที่สามารถพึ่งตนเองได้ ส่งเสริมการจัดตั้งสถานบำบัดธรรมชาติ เช่น เกษตรผสมผสาน เกษตรไร้สารเคมีทำ ให้ได้สัมผัสธรรมชาติ

กล่าวโดยสรุป สุขภาวะองค์รวมเป็นตามความจริงแห่งธรรมชาติของชีวิต กายกับใจต้องสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สุขภาวะจะสำเร็จได้ต้องพัฒนาจิตใจและปัญญา ปัญญาเป็นองค์ประกอบสำคัญ ทำให้การสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและภาวะต่างๆ ของจิตใจดำเนินไปได้ การแพทย์แบบองค์รวมควรมีลักษณะผสมผสานรวม สนใจทุกส่วนของชีวิตผู้ป่วย เน้นลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย หลักการพัฒนา มนุษย์ของพระพุทธศาสนา เรียกว่า ภาวนา ๕

๒.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พระมหาอุดม สารเมธี และคณะ^{๘๖} ทำการศึกษาเรื่อง “การวิเคราะห์ความพิการของมนุษย์ทางพระพุทธศาสนา” ผลการวิจัยพบว่า ผู้พิการตามความหมายทั่วไปมุ่งถึงความพิการทางร่างกายซึ่งตรงกับ ความหมาย ทางพระพุทธศาสนาที่มีการจัดแบ่งประเภทผู้พิการไว้หลากหลาย ผู้พิการบางประเภทไม่สามารถให้บวชได้ บางประเภทอนุโลมให้บวชได้ตามหลักพระธรรมวินัยบัญญัติ พระพุทธศาสนายังกล่าวถึงความพิการทางใจซึ่งหมายถึงจิตที่ถูกกิเลสครอบงำทำให้มนุษย์มีจิตมีตนไร้แสงสว่างคือปัญญาที่พาตัวเองหลุดพ้นจากทุกข์ทั้งมวล ส่วนสาเหตุของความพิการมีทั้งแนวคิดแบบ

^{๘๖}พระมหาอุดม สารเมธี และคณะ, รายงานการวิจัย เรื่องการวิเคราะห์ความพิการของมนุษย์ทางพระพุทธศาสนา, (อยุธยา:สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๖๘-๗๑.

ประจักษ์นิยมและความเชื่อเรื่องกรรมเก่า ซึ่งต้องใช้ปัญญาทำความเข้าใจเรื่องกรรมเก่าให้ถูกต้อง พระพุทธศาสนาเปิดโอกาสผู้ฝึกการเข้าถึงหลักปฏิบัติเพื่อบรรลุความพ้นทุกข์โดยมีจำกัดสิทธิ์ แต่หลักวินัย บัญญัติบางประการเกี่ยวกับผู้ฝึกการยังต้องถือปฏิบัติ ศักยภาพของผู้ฝึกการ สังคมควรมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้ผู้ฝึกการแสดงความสามารถของตนในเชิงสร้างสรรค์ องค์กรศาสนาควรมีเครื่องมือหรือสื่อการเรียนรู้ธรรมะสำหรับผู้ฝึกการให้สะดวกมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ควรคำนึงถึงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ฝึกการที่จะเข้าถึงการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติธรรม

ผลการวิจัยภาคสนามพบว่า ผู้ฝึกการที่ประสบความสำเร็จในชีวิตส่วนใหญ่ มีหลักปรัชญาชีวิต และวิธีดำเนินตนที่สอดคล้องกับหลักคำสอนทางศาสนา การใช้ชีวิตภายใต้ความพิการของร่างกายมิได้เป็นอุปสรรคต่อกำลังใจในการมีชีวิตอยู่มากนัก แต่กลับเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ฝึกการมีศักยภาพในการพัฒนาตนเองทั้งทางด้านการศึกษา ศิลปะ การเป็นผู้นำทางสังคม ความกล้าคิดกล้าทำในสิ่งสร้างสรรค์ จนสังคมเห็นประจักษ์ได้ สังคมจึงควรสร้างโอกาสแก่ผู้ฝึกการและปฏิบัติต่อผู้ฝึกการด้วยความเป็นมิตร ตามหลักพรหมวิหาร ๔ เกื้อหนุนตามหลักสังคหวัตถุ ๔ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสร้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้เท่าเทียมกันในสังคม

ราชินี สรรเสริญ และคณะ^{๘๗} ได้ศึกษาการบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการปฐมภูมิ: บทเรียนรู้จากประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่จัดระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานดำเนินการปรับปรุงเครือข่ายการดูแลสุขภาพ และการให้บริการการส่งต่อทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันความพิการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิเริ่มดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงการ บูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน เช่น การสนับสนุนทุน การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การระดมคนพิการ ครอบครัวและสมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความต้องการของคนพิการเป็นฐาน แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรทางสุขภาพยังได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ตลอดจนการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างจำกัดส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนมีบทบาทเป็นพันธมิตรและร่วมดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับปานกลาง ดังนั้น เพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญและลงทุนทั้งการส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย

^{๘๗} ราชินี สรรเสริญ และคณะ, การบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการปฐมภูมิ: บทเรียนรู้จากประเทศไทย, (ชลบุรี: วารสารการพยาบาลและการศึกษา, ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม-สิงหาคม, ๒๕๕๓), หน้า ๙๙-๑๑๓.

การสร้างเชื่อมั่นในระบบสนับสนุนการดำเนินงานการใช้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาความร่วมมืออย่างเป็นหุ้นส่วนระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ชุมชน คนพิการ และครอบครัว อย่างเป็นรูปธรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ

อรุณวรรณ เจษฎาเมธาชจร และคณะ^{๘๘} ได้ศึกษาความแตกต่างของหญิงชายเกี่ยวกับความรุนแรง และวิธีการป้องกันความรุนแรง : เสียจากผู้พิการและผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงพิการ เป็นเหยื่อของการถูกระทำรุนแรงมากกว่าผู้ชาย ความรุนแรงทางกายมักพบในผู้พิการชาย ในขณะที่ผู้หญิงพิการเสี่ยงต่อการถูกระทำรุนแรงทางเพศ สาเหตุของการถูกระทำรุนแรงมาจากการตีตรา การเจ็บป่วยทางจิต และความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันของหญิงชาย ผู้พิการชายมักถูกระทำรุนแรงจากผู้ดูแลเนื่องจากไม่สามารถทำบทบาททางเพศ (gender role) และไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ความรุนแรงที่ผู้พิการหญิง และชายพบเหมือนกันคือ การถูกทอดทิ้ง การเลือกปฏิบัติต่อผู้พิการ การถูกปฏิเสธเข้ารับการทำงาน และการถูกรังเกียจจากคนในสังคม สำหรับสาเหตุของความรุนแรงพบว่ามาจาก การตีตรา การเจ็บป่วยทางจิต และความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันของหญิงชายในสังคม สาเหตุที่ผู้พิการชายที่ถูกกระทำรุนแรงมักเกี่ยวข้องกับความคิดหวัง ต่อบทบาทหน้าที่ความเป็นชาย และการเข้าถึงผลประโยชน์จากทรัพยากร ส่วนวิธีการป้องกันความรุนแรงประกอบด้วย ๓ ระดับ คือ การป้องกันระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชนหรือระดับนโยบาย ผู้พิการชาย และผู้พิการหญิงให้ความคิดเห็นต่อวิธีการป้องกันความรุนแรงแตกต่างกัน กลุ่มผู้ชายให้ข้อเสนอวิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีการกำหนดให้มีนโยบายการให้สวัสดิการทางสังคม การจัดหาอาชีพให้ผู้พิการ และส่งเสริมให้ผู้พิการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มผู้หญิงให้ข้อเสนอที่สอดคล้องกับบทบาททางเพศของผู้หญิง ได้แก่ การให้การศึกษาเกี่ยวกับวัยรุ่น การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้พิการ การจัดศูนย์ฝึกอาชีพผู้พิการ และการพึ่งพาคนที่มีความรู้ในสังคม การศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่า การแยกวิเคราะห์เพศภาวะ (gender analysis) เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการจำแนกความแตกต่างของหญิงชายที่เสี่ยงต่อความพิการ และวิธีการป้องกันความรุนแรง และควรนำวิธีการป้องกันความรุนแรงที่ได้จากทั้งผู้หญิง และผู้ชายเสนอไปใช้ในการป้องกันความรุนแรง

ยศพล เหลืองโสมนภา^{๘๙} ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต ปัญหาและความต้องการของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่าการส่งเสริม

^{๘๘} อรุณวรรณ เจษฎาเมธาชจร และคณะ, ความแตกต่างของหญิงชายเกี่ยวกับความรุนแรง และวิธีการป้องกันความรุนแรง : เสียจากผู้พิการและผู้ดูแล,รายงานการวิจัย,(สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพระพุทธรบาท, ๒๕๕๓),หน้า ๒๕-๒๘.

^{๘๙} ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ^{๘๙} คุณภาพชีวิต ปัญหา และความต้องการ ของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี (วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า,ปีที่ ๒๘ ฉบับที่ ๒, ๒๕๕๔),หน้า ๑๐๒.

คุณภาพชีวิตผู้พิการเป็นบทบาทที่สำคัญของทุกองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา คุณภาพชีวิต ปัญหาและความต้องการของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จันทบุรี โดยใช้รูปแบบการวิจัยผสมระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในการศึกษาเชิงปริมาณจะศึกษาจากประชากรผู้พิการทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ ซึ่งแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ ผู้พิการทางการมองเห็น ทางกายและการเคลื่อนไหวทั้งหมด จำนวน ๖๔ คน และผู้พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ซึ่งจะเก็บข้อมูลผ่านจากผู้ดูแลทั้งหมดจำนวน ๑๖ คน รวมจำนวนทั้งสิ้น ๘๐ คน ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพจะศึกษาจากตัวอย่างผู้พิการทางการมองเห็น ทางกายและการเคลื่อนไหว จำนวน ๑๐ คน ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผู้พิการมีข้อเสนอในประเด็นต่างๆ ที่อยากให้อยู่ช่วยเหลือในเรื่องการจัดทำอาชีพดังต่อไปนี้ ๑. การสนับสนุนเรื่องเงินทุนในการประกอบอาชีพ ๒. คำแนะนำในเรื่องการจัดทำอาชีพต่อยอดจากเงินกองทุนที่ได้จากองค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี ๓. การหาอาชีพเสริม

วรรณิ ศรีวิสัย และคณะ^{๙๐} ได้ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตกรณีศึกษาตำบลคูบัว ตำบลดอนตะโก ตำบลดอนแร่ และตำบลอ่างทอง อ.เมือง จ.ราชบุรี ผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ๑. กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตดีกับปานกลาง โดยที่ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๙ ส่วนมากอยู่ในตำบลอ่างทอง คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๘ มีอายุต่ำสุด ๒๑ ปี และอายุสูงสุด ๘๙ ปี โดยส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ ๗๐ – ๗๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๒ ระยะเวลาที่เกิดความพิการน้อยที่สุด ๕ เดือน และนานที่สุด ๕๗ ปี โดยส่วนใหญ่เกิดความพิการในช่วง ๕ เดือน – ๑๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๓ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๔ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๒ ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ ๕๔.๕ สถานะในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสมาชิกคิดเป็นร้อยละ ๖๓.๖ ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๐ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗ รายได้ของครอบครัวส่วนมาก ๑,๐๐๑ – ๕,๐๐๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๔ ส่วนมากรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๐ และทุกคนไม่เคยได้รับการฝึกอาชีพจากรัฐบาล/เอกชน ๒. คุณภาพชีวิตของคนพิการ พบว่าคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (= ๓.๔๑, S.D. = ๐.๕๕) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านอัตมโนทัศน์มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด (= ๓.๖๐, S.D. = ๐.๖๘) และน้อยที่สุดคือด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (= ๓.๒๑, S.D. = ๐.๘๐) ๓. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าปัจจัยความสำเร็จในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

^{๙๐} วรรณิ ศรีวิสัย และคณะ, ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตกรณีศึกษาตำบลคูบัว ตำบลดอนตะโก ตำบลดอนแร่ และตำบลอ่างทอง อ.เมือง จ.ราชบุรี, รายงานการวิจัย(ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี, ๒๕๕๔),บทคัดย่อ.

ของคนพิการ ประกอบด้วย ๔ ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านชุมชน และปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย การหาวิธีช่วยเหลือตนเองและประดิษฐ์อุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ ระยะเวลาที่เกิดความพิการ การยอมรับ การปรับตัว ความเชื่อในอำนาจภายในของตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และมีงานทำมีรายได้ ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย การมีสมาชิกของครอบครัวเป็นผู้ดูแล และดำรงชีวิตในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว ปัจจัยด้านชุมชน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ในชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและสมาชิกชุมชน ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย นโยบายการช่วยเหลือคนพิการ การสร้างอาชีพให้กับคนพิการ และวัฒนธรรมการดูแล อย่างไรก็ตามปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คือ ปัจจัยด้านบุคคลนั่นเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยอมรับความพิการจะทำให้บุคคลพลังอำนาจภายใน ตัวเองที่จะเป็นอิสระต่อความพิการของตนเอง เกิดศักยภาพในการเรียนรู้ การปรับวิถีชีวิตของตนเองให้เข้ากับพิการ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว จะทำให้คนพิการเกิดความมั่นคงทางอารมณ์พร้อมที่จะอยู่กับความพิการอย่างมีความสุข นอกจากนี้ปัจจัยด้านชุมชนและปัจจัยด้านสังคมมีส่วนช่วยให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น เบี้ยยังชีพ การสร้างอาชีพ การปรับภูมิทัศน์ให้คนพิการสามารถใช้พื้นที่ร่วมได้เช่นคนปกติ เป็นต้น ประเด็นสำคัญคือสังคมต้องแสดงให้เห็นว่าสามารถอยู่ร่วมกับคนพิการเช่นคนปกติ เคารพในศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชนและสิทธิคนพิการ

วิจารณ์ ยมดิษฐ์ และคณะ^{๙๑} ได้ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต กรณีศึกษาตำบลเจดีย์หัก ตำบลหินกอง ตำบลน้ำพุ ตำบลห้วยไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่อยู่ในตำบลเจดีย์หัก คิดเป็น ร้อยละ ๖๑.๔ อายุอยู่ในช่วงอายุ ๗๐ - ๗๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๓ ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่เกิดความพิการในช่วงน้อยกว่า ๑๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๖ และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๙ สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๖ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ ๖๕.๗ ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกคิดเป็นร้อยละ ๖๐.๐ ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๑ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๘ ส่วนมากรายได้ของครอบครัว ๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๑ รายได้เพียงพอไม่มีเงินออม คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๑ และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอาชีพ คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๗ กลุ่มตัวอย่างคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($= ๓.๕๒$, S.D. $= ๐.๔๖$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($= ๓.๗๐$, S.D. $=$

^{๙๑} วิจารณ์ ยมดิษฐ์ และคณะ, ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต กรณีศึกษาตำบลเจดีย์หัก ตำบลหินกอง ตำบลน้ำพุ ตำบลห้วยไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี, รายงานการวิจัย (ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, ๒๕๕๔), บทคัดย่อ.

๐.๔๑) ส่วนด้านอื่นๆอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดได้แก่ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อความช่วยเหลือจากเพื่อนและคนใกล้ชิด ($= ๔.๕๑$, S.D. = ๐.๗๙) รองลงมาคือ ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับการปฏิบัติจากคนรอบข้าง ($= ๔.๔๙$, S.D.=๐.๖๕) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดได้แก่ท่านรู้สึก อับอาย และต้องปกปิดความพิการไม่ยากให้ผู้อื่นเห็น ($= ๒.๒๖$, S.D. = ๑.๔๕) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลของคนพิการมีลักษณะที่สนับสนุนให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การหาวิธีช่วยเหลือตนเองและประดิษฐ์อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ ระยะเวลาที่เกิดความพิการ และการปรับตัว การที่บุคคลยอมรับความพิการของตนเอง นั้นอาจมีส่วนทำให้บุคคลประเมินตนเองว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ไม่รู้สึกท้อแท้ที่เป็นคนพิการ และการที่คนพิการคิดเช่นนั้นก็มีหลายสาเหตุที่เข้ามาเกี่ยวข้อง อีกทั้งคนที่มีความพิการมานาน เช่น พิกัดตั้งแต่เกิด หรือวัยเด็กมีการยอมรับความพิการของตนเอง มีความคิดเกี่ยวข้องกับ การดำรงชีวิตหลายๆด้าน มากกว่า ที่จะคิดอยู่แต่เฉพาะเรื่องความพิการ การพึ่งตนเองของคนพิการที่ใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน จะคิดหาวิธีการช่วยเหลือตนเองและมีความสามารถที่จะประดิษฐ์อุปกรณ์สำหรับตัวเองที่ช่วยในการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านครอบครัวบางประการ ได้แก่ การมีผู้ดูแลที่เป็นหลักในครอบครัว และการที่คนพิการอยู่ในครอบครัวในฐานะของสมาชิกคนหนึ่ง มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของคนพิการ และหลายครอบครัวมีผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกของครอบครัวหรือญาติออกจากงานประจำมาอยู่บ้าน เพื่อทำหน้าที่ดูแลคนพิการ ปัจจัยด้านชุมชนที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของคนพิการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบช่วยเหลือและเบี้ยยังชีพ การมีเพื่อน สภาพแวดล้อมและความเป็นชนบท ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ได้แก่ ความเชื่อเรื่องเวรกรรม และความกตัญญูและหลักมนุษยธรรม

หยาดชล ทวีธนาวิชย์^{๔๒} ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการ ผลการศึกษาพบว่า ๑. คนพิการในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงหลังการได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ ๒. คนพิการในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์น้อยกว่ากลุ่มที่ดำเนินชีวิตตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์สามารถลดภาวะซึมเศร้าของคนพิการได้ โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบ

^{๔๒} หยาดชล ทวีธนาวิชย์,ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการ,รายงานการวิจัย, (ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช, ๒๕๕๔),บทคัดย่อ.

พิจารณาเหตุผล และอารมณ์จึงน่าจะเป็นทางเลือกในการบำบัดทางหนึ่งที่สามารถนำไปลดภาวะซึมเศร้าในคนพิการ ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของคนพิการให้ดียิ่งขึ้น

บุญสืบ โสโสม และคณะ^{๙๓}ได้ศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความพิการ:พระพุทธรูปบาท สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. กรณีศึกษาจากเครือข่ายภาคีสุขภาพ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธรูปบาท สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยระยะวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าต้องพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อดูแลคนพิการ พัฒนาระบบบริการเพื่อลดภาระผู้ดูแล และให้บริการที่คำนึงถึงเรื่องเพศภาวะ ดังนั้นจึงนำมาสู่กระบวนการพัฒนาที่ประกอบด้วย การสาธิตโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มจำนวนคนใจดีให้เพียงพอ และพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อดูแลคนพิการอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของการพัฒนาชี้ให้เห็นว่าอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อดูแลคนพิการสามารถให้บริการแบบเป็นเจ้าของไข้ (case management) เชื่อมต่อการดูแลกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้คนพิการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างแท้จริง ข้อค้นพบจากการศึกษาเสนอแนะว่าการให้บริการแบบสหสาขาวิชาชีพ การจัดทำ day care ในชุมชน และการจัดทำโปรแกรมพัฒนาอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อไปสู่การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการให้มีความยั่งยืนอย่างแท้จริง

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแห่งชาติ^{๙๔}ได้ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล ในการดำเนินการศึกษา เรื่อง “การติดตามการเข้าถึงสิทธิของผู้พิการและการพัฒนารูปแบบระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของผู้พิการ” เพื่อดำเนินการสำรวจ วิเคราะห์ รวบรวม จัดเก็บ และนำเสนอข้อมูลสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้พิการ ตามมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้พิการที่พัฒนาขึ้น ในลักษณะข้อมูล สารสนเทศ เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหาร หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย และจัดทำแผนงาน/โครงการเชิงบูรณาการเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการในพื้นที่ ๓๒ ตำบลนาร่องในพื้นที่ทั่วประเทศ จากผล

^{๙๓} บุญสืบ โสโสม และคณะ,กระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีความพิการ:พระพุทธรูปบาท สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. กรณีศึกษาจากเครือข่ายภาคีสุขภาพ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธรูปบาท สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข,รายงานการวิจัย, (สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธรูปบาท, ๒๕๕๕) ,บทคัดย่อ.

^{๙๔} กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ,การติดตามการเข้าถึงสิทธิของผู้พิการและการพัฒนารูปแบบระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของผู้พิการ.รายงานการวิจัย (กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและวิชาการ กลุ่มวิจัยและวิชาการ.๒๕๕๗).บทคัดย่อ.

การศึกษาดังกล่าว ได้มีข้อเสนอแนะที่สำคัญดังนี้ ๑) ควรมีการขยายผลการเก็บข้อมูลผู้พิการให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ๒) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กร และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ในรูปแบบของคณะทำงานเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ และ ๓) ควรมีการพัฒนาสารสนเทศด้านสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้พิการอย่างเป็นระบบ

นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา^{๙๕} ได้ทำการศึกษาวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตเมือง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ ปานกลางและพบว่า การเห็นคุณค่า ในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ที่มุ่งสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและ การสนับสนุนทางสังคมให้กับคนพิการในชุมชนเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

ศมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์ และคณะ^{๙๖} ได้ศึกษาวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เกิดจากการที่บุคคลสำคัญในชีวิตของเขา เช่น พ่อแม่ ญาติ และเพื่อนปฏิบัติต่อเขาในลักษณะที่เป็นการยอมรับ เคารพและให้เกียรติ รวมทั้งการมีประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จที่ได้กระทำสิ่งต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมายทำให้เขาได้รับการยอมรับ ดังนั้นจึงส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จนเกิดเป็นพลังในการจัดการกับชีวิต ส่งเสริมให้เกิดกำลังใจ ในการเผชิญกับปัญหา พร้อมทั้งแก้ไขปัญหานำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งต่างจากบุคคลที่ไม่ได้รับการยอมรับ จะเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่พร้อมเผชิญปัญหา ทำให้เกิดความซึมเศร้า ความกังวล ท้อแท้ และเบื่อหน่ายชีวิต

บังอร วิลาวลย์ และ ประณต นันทิยะกุล^{๙๗} ได้ศึกษาเรื่อง การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการขององค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ผลการศึกษพบว่า ๑) ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการที่สำคัญ คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี

^{๙๕} นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา, การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตเมือง, (วารสารพยาบาลทหารบก, ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๓, ๒๕๕๘), หน้า ๒๐-๒๑.

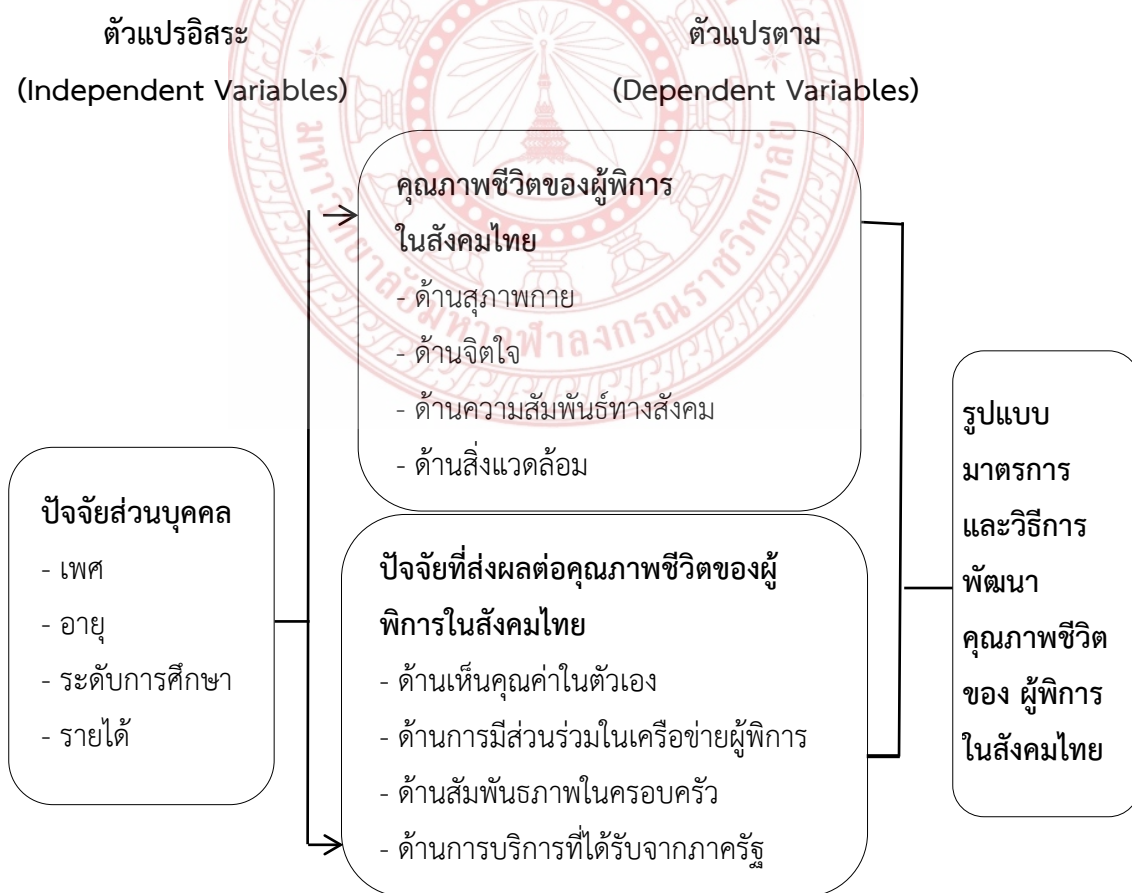
^{๙๖} ศมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์ และคณะ .ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี. (ชลบุรี:วารสารการพยาบาลและการศึกษา, ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๓, ๒๕๕๙), หน้า ๓๐-๓๒.

^{๙๗} บังอร วิลาวลย์ และ ประณต นันทิยะกุล,การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการขององค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง, (ปทุมธานี : วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๖๐), หน้า ๑๔๓-๑๕๐.

จัดการฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมอาชีพให้กับคนพิการโดยสอบถามความคิดเห็นของคนพิการไม่มากเท่าที่ควร ๒) แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการที่สำคัญ คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรีควรจัดการฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมอาชีพให้กับคนพิการโดยสอบถามความคิดเห็นของคนพิการก่อน และ ๓) ปัจจัยที่สนับสนุนแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการให้ประสบความสำเร็จคือ การที่บุคลากรเอาใจใส่ ทุ่มเท และเสียสละสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยการฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมอาชีพคนพิการตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎี ที่เกี่ยวกับความพิการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติแนวคิดสิทธิมนุษยชน และแนวคิดสุขภาวะมาประยุกต์เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ตามภาพที่ ๙ ดังนี้

๒.๗ กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ ๙ กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ผู้วิจัยได้นำเสนอขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้

- ๓.๑ รูปแบบการวิจัย
- ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มเป้าหมาย
- ๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
- ๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล
- ๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ๒ รูปแบบ คือ

๓.๑.๑ รูปแบบวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ สอบถามเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย และระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๓.๑.๒ รูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ คำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทยที่ไม่ขึ้นกับผู้วิจัยจะใช้ทั้งเทปบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูปและสมุดโน้ตประกอบการเก็บข้อมูล

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มเป้าหมาย

๓.๒.๑ ประชากรในการวิจัย คือ ผู้พิการ ผู้บริหารองค์กรคนพิการ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลคนพิการ ใน ๑) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี ๒) สมาคมคนพิการโคราช ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ๓) มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ เมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ๔) ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการหายาดฝน ตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน ๓๕๓ คน

๓.๒.๒ กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) ในการสัมภาษณ์ โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำแนกผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้พิการใน ๑) สถานสงเคราะห์คนพิการจังหวัดอุบลราชธานี ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบล ๒) สมาคมคนพิการโคราช ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ๓) มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ เมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ๔) ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการหายาดฝน ตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน ๒๐ คน ผู้บริหารองค์กร คนพิการ ๔ คน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลคนพิการ ๔ คน รวม ๒๘ คน

๓.๓.๓ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ คือผู้พิการใน ๑) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี ๒) สมาคมคนพิการโคราช ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ๓) มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ เมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ๔) ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการหายาดฝน ตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการคำนวณตามสูตรทาโร่ ยามาเน่^๑ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ ที่จำนวนประชากร ๓๕๓ คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๘๘ คน

การหาขนาดตัวอย่างของประชากร จำนวน ๓๕๓ รูป/คน ด้วยวิธีการคำนวณตามสูตรทาโร่ ยามาเน่ ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

จากสูตร มีการกำหนดค่า ดังนี้

n แทนค่า ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

^๑ จรุง คุณมี, การวิจัยทางการศึกษาและการเขียนบทนิพนธ์,(อุบลราชธานี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชธานี, ๒๕๕๑), หน้า ๗๔.

$$\begin{aligned}
 N & \text{ แทนค่า จำนวนประชากรทั้งหมด} \\
 e & \text{ แทนค่า ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดเท่ากับ } 0.05 \\
 \text{แทนสูตร} \quad n & = \frac{353}{1+353(0.05)^2} \\
 n & = 187.51
 \end{aligned}$$

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ≈ 188 คน

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นส่วนงานพัฒนาผู้พิการ ๔ แห่ง

๑) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้พิการ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น ๓๕๓ คน ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ๑๘๘ คน

๒) จำแนกผู้พิการ ออกเป็น ๔ กลุ่ม ตามส่วนงานองค์กรคนพิการ ดังตารางที่ ๓.๑

๓) แบ่งจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ๑๘๘ คน ออกเป็น ๔ กลุ่ม ตามส่วนงานพัฒนาผู้พิการ โดยแบ่งเป็น ๑) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี ๒) สมาคมคนพิการโคราช ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ๓) มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ เมืองพิทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ๔) ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการหายดฝน ตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละส่วนงาน} = \frac{\text{จำนวนผู้พิการในแต่ละส่วนงาน} \times 188}{353}$$

ตารางที่ ๓.๑ การสุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นส่วนงาน

๓๕๓

ลำดับที่	ส่วนงานพัฒนาผู้พิการ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
๑	ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ บ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี	๘๑	๔๓
๒	สมาคมคนพิการโคราช จังหวัดนครราชสีมา	๗๒	๓๘
๓	มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ จังหวัดชลบุรี	๑๒๓	๖๖
๔	ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการหายดฝน จังหวัด เชียงใหม่	๗๗	๔๑
รวม		๓๕๓	๑๘๘

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

๓.๓.๑ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่มีลักษณะคำถามแบบปลายปิด (Close-Ended Questions), คำถามปลายเปิด (Open-ended questions) สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ และแบบสัมภาษณ์เป็นทางการ (Formal Interview) สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง โดยการศึกษาค้นคว้าจากแนวคิด เอกสารและตำราที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย และสังเคราะห์จากการประเมินพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ๒๖ ข้อ (WHOQOL-BREF)^๒ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) แล้วกำหนดเป็นข้อคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น ๔ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ แบบสอบถาม เป็นคำถามเลือกตอบตามความเป็นจริงเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ จำนวน ๔ ข้อ

ตอนที่ ๒ แบบสอบถาม เป็นคำถามแสดงถึงความเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ ใน ๔ ด้าน มีจำนวน ๒๖ ข้อ ดังนี้

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| ๑) ด้านสุขภาพกาย | จำนวน ๗ ข้อ |
| ๒) ด้านจิตใจ | จำนวน ๘ ข้อ |
| ๓) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม | จำนวน ๒ ข้อ |
| ๔) ด้านสิ่งแวดล้อม | จำนวน ๙ ข้อ |

ตอนที่ ๓ แบบสอบถาม เป็นคำถามแสดงถึงความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ ใน ๔ ด้าน มีจำนวน ๒๑ ข้อ ดังนี้

- | | |
|---|-------------|
| ๑) ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง | จำนวน ๖ ข้อ |
| ๒) ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ | จำนวน ๕ ข้อ |
| ๓) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว | จำนวน ๖ ข้อ |
| ๔) ด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ | จำนวน ๔ ข้อ |

^๒ กรมสุขภาพจิต, แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF). (ออนไลน์)

<https://www.dmh.go.th/test/whoqol>. (๑ มิถุนายน ๒๕๖๑)

ตอนที่ ๔ เป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เกี่ยวกับแนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๒) สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์เป็นทางการ (Formal Interview) เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยกับ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ประกอบร่วมกับผลการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อให้ทราบถึงแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๓.๓.๒ ขั้นตอนวิธีการสร้างเครื่องมือวิจัย

วิธีการสร้างเครื่องมือวิจัยการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย มีขั้นตอน ดังนี้

๑) ดำเนินการศึกษาข้อมูลจากตำราเอกสารที่เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการ รวมถึงการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้พิการทุพพลภาพของชุมชนในประเทศไทย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทำวิจัยและใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

๒) กำหนดกรอบแนวคิดจากข้อมูลที่ได้ทำการศึกษา โดยแยกประเด็นที่ต้องการศึกษา และกำหนดโครงสร้างของแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ตามประเด็นสำคัญของวัตถุประสงค์และขอบเขตการศึกษา

๓) เสนอโครงสร้างแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของการใช้ภาษา (Wording) เพื่อแก้ไขปรับปรุง แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์

๔) ปรับปรุงแบบสอบถามสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ แล้วนำไปทดลองใช้ (try - out) กับผู้พิการที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน

๕) วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยการหาสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเป็นรายข้อ โดยใช้เทคนิค (Item – Total Correlation)^๓ แล้วเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง ๐.๔๙ ถึง ๐.๙๔

๖) นำแบบสอบถามที่คัดเลือกไว้ในข้อ ๕ มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)^๔ ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ ผลปรากฏว่า แบบสอบถามมีความเชื่อมั่น เท่ากับ ๐.๙๘

^๓ ไพศาล วรคำ, การวิจัยทางการศึกษา, (มหาสารคาม : ตักสิลาการพิมพ์, ๒๕๕๙), หน้า ๓๐๓.

^๔ เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๘๘.

๕) จัดพิมพ์เป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์แล้วนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

๓.๔.๑ ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เพื่อขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หัวหน้าส่วนราชการ หัวหน้าชุมชน หรือหัวหน้าองค์กรผู้พิการ ในกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเป้าหมายช่วยให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

๓.๔.๒ ผู้วิจัยออกเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกขั้นตอน เมื่อได้ข้อมูลแล้ว ได้นำมารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ต่อไป

๓.๔.๓ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๘๘ คน และทำการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย คือ คือผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) จำนวน ๒๘ คน เพื่อจะได้นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาต่อไป

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๕.๑ นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามของแต่ละฉบับว่ามีความสมบูรณ์หรือไม่ ข้อมูลภูมิหลังของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงหาค่าร้อยละ (Percentage) นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

๓.๕.๒ นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน ไปวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลเป็นรายด้านและโดยรวม โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบความเรียงและวิเคราะห์ต่อไป

ซึ่งมีเกณฑ์ในการกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น ๕ ระดับ แล้วนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ส่วนค่าระดับความคิดเห็นดังนี้

๕ หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

๔ หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

๓ หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

๒ หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

๑ หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าระดับความคิดเห็นดังกล่าว จะมีค่าเท่ากับค่าเฉลี่ยมาตรฐาน ๑.๐๐-๕.๐๐ ซึ่งมีความหมายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- ๕ เท่ากับค่าเฉลี่ย ๔.๕๐ – ๕.๐๐ หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด
- ๔ เท่ากับค่าเฉลี่ย ๓.๕๐ – ๔.๔๙ หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก
- ๓ เท่ากับค่าเฉลี่ย ๒.๕๐ – ๓.๔๙ หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง
- ๒ เท่ากับค่าเฉลี่ย ๑.๕๐ – ๒.๔๙ หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย
- ๑ เท่ากับค่าเฉลี่ย ๑.๐๐ – ๑.๔๙ หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

๓.๕.๓ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ในตอนที่ ๓ และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ในตอนที่ ๔ จำแนกตามเพศ วิเคราะห์ด้วย t-test แบบ Independent และจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ วิเคราะห์ด้วย F-test (One Way ANOVA)

๓.๕.๔ การวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ในแบบสอบถามตอนที่ ๔ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำเสนอแบบบรรยายความเรียง

๓.๕.๕ จากวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยจะนำข้อมูลจากการวิเคราะห์จากเอกสาร ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยยืนยันความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยการให้บุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาและบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ทำการศึกษาตรวจสอบและรับรองความถูกต้อง โดยการอ่านข้อมูลดังกล่าว พร้อมให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ทักท้วงหรือยอมรับข้อมูลที่น่าเสนอ ซึ่งการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยวิธีนี้ ผู้วิจัยใช้กับข้อมูลเบื้องต้นและข้อมูลที่เป็นส่วนที่ผู้วิจัยได้ตีความแล้ว นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาต่อไป

๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๖.๑ การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยในเชิงปริมาณครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้สถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติพื้นฐาน^๕ ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

๓.๖.๒ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล^๖

๑) หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเป็นรายข้อโดยใช้เทคนิค (Item – Total Correlation)

^๕ อ่างแล้ว, ไพศาล วรคำ, การวิจัยทางการศึกษา, หน้า ๓๒๑-๓๒๕.

^๖ เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๘๘-๓๐๔.

๒) หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่า วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

๓.๖.๓ สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน^๗

๑) สถิติที่ทดสอบค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม T-test (Independent) การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ๒ กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน

๒) สถิติที่ใช้ในการทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

การทดสอบค่าเอฟ หรือการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (F - test หรือ One-way ANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของประชากรมากกว่า ๒ กลุ่มขึ้นไป หลักของการวิเคราะห์ความแปรปรวนก็คือ เป็นการหาอัตราส่วนระหว่างความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม กับความแปรปรวนภายในกลุ่ม



^๗ อ่างแล้ว, ไพศาล วรคำ, การวิจัยทางการศึกษา, หน้า ๓๕๒-๓๖๐.

บทที่ ๔

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย
- ๒) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย
- ๓) เพื่อสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง ๑๘๘ คน จำนวน ๑๘๘ ชุด ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน ๑๘๘ ชุด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒๘ คน แล้วนำเสนอผลการวิจัยโดยการนำเสนอผลเชิงปริมาณก่อนและตามด้วยการสนทนากลุ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ผู้วิจัยจึงขอเสนอตามลำดับ ดังนี้

๔.๑ ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

- ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ตอนที่ ๒ ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย
- ตอนที่ ๓ การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ของกลุ่มตัวอย่าง ตามเพศ อายุ การศึกษา รายได้ แตกต่างกันหรือไม่
- ตอนที่ ๔ ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย
- ตอนที่ ๕ การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยของกลุ่มตัวอย่าง ตามเพศ อายุ การศึกษา รายได้ แตกต่างกันหรือไม่
- ตอนที่ ๖ แนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย

๔.๒ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์

๔.๑ ผลวิจัยเชิงปริมาณ

การศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย เจริญปริมาณครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอในรูปแบบตารางและมีคำบรรยายประกอบคำอธิบาย โดยมีสัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอข้อมูล ดังนี้

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (Arithmetic Mean)

S.D. แทน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

T แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน (t- Distribution)

F แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน (F- Distribution)

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

p / Sig. แทน ความน่าจะเป็นที่จะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (Probability)

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ปราชญ์ดังตาราง ๑

ตาราง ๑ ความถี่และร้อยละของสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

ลำดับ	ประเภทข้อมูล	ความถี่ (n = ๑๘๘)	ร้อยละ
๑	เพศ		
	ชาย	๑๑๐	๕๘.๕
	หญิง	๗๘	๔๑.๕
รวม		๑๘๘	๑๐๐
๒	อายุ		
	ไม่เกิน ๑๘ ปี	๔๘	๒๕.๕
	๑๙-๒๕ ปี	๖๑	๓๒.๔
	๒๖-๓๕ ปี	๔๐	๒๑.๓
	๓๖-๔๕ ปี	๒๐	๑๐.๖
	๔๖ ปีขึ้นไป	๑๙	๑๐.๑
รวม		๑๘๘	๑๐๐

ตารางที่ ๑ (ต่อ)

ลำดับ	ประเภทข้อมูล	ความถี่ (n = ๑๘๘)	ร้อยละ
๓	ระดับการศึกษาสูงสุด		
	ประถมศึกษา	๔๘	๒๕.๕
	มัธยมศึกษา	๑๑๔	๖๐.๖
	อนุปริญญา	๑๖	๘.๕
	ปริญญาตรีขึ้นไป	๑๐	๕.๓
รวม		๑๘๘	๑๐๐
๔	รายได้		
	น้อยกว่า ๑,๕๐๐ บาท	๕๔	๒๘.๗
	๑,๕๐๑-๓,๐๐๐ บาท	๖๘	๓๖.๒
	๓,๐๐๑-๔,๕๐๐ บาท	๔๖	๒๔.๕
	๔,๕๐๑-๖,๕๐๐ บาท	๑๔	๗.๔
	๖,๕๐๑ บาท ขึ้นไป	๖	๓.๒
รวม		๑๘๘	๑๐๐

จากตารางที่ ๑ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย จำนวน ๑๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๕ อายุ ๑๙-๒๕ ปี จำนวน ๖๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๔ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน ๑๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๖ มีรายได้ ๑,๕๐๑-๓,๐๐๐ บาท จำนวน ๖๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๒

ตอนที่ ๒ ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยปรากฏดังตาราง ๒ ถึง ๖

ตารางที่ ๒ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยโดยรวมและรายด้าน

ลำดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น (N = ๑๘๘)		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
๑	ด้านสุขภาพกาย	๓.๕๐	๑.๒๓	มาก
๒	ด้านจิตใจ	๓.๒๒	๑.๑๐	ปานกลาง
๓	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	๓.๙๓	๑.๕๐	มาก
๔	ด้านสิ่งแวดล้อม	๓.๒๔	๑.๑๐	ปานกลาง
รวม		๓.๒๓	๑.๐๗	ปานกลาง

จากตารางที่ ๒ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้านอยู่ในระดับมาก ๒ ด้าน และระดับปานกลาง ๒ ด้าน เรียงอันดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสุขภาพกาย ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจตามลำดับ จากความสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยโดยรวมและรายด้านข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความสัมพันธ์ในการคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยในด้านต่าง ๆที่มีความสัมพันธ์ต่อกันและกันโดยมีแนวโน้มในการพัฒนาด้านกายและความสัมพันธ์ทางสังคมมากกว่าการพัฒนาด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก

ส่วนด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมต่างเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาผู้พิการกลับอยู่ในระดับปานกลาง โดยความเป็นจริงแล้วการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยควรมีการพัฒนาให้ครอบคลุมมิติอย่างรอบด้านโดยมีด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งในแต่ละด้านต่างเป็นองค์ประกอบและปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพที่พึงประสงค์ต่อไป ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมทางสังคมต่างเป็นปัจจัยที่มีทำให้ผู้พิการดำรงและดำเนินชีวิตได้ด้วยความอาจหาญมีความมั่นใจในความเป็นผู้พิการทั้งในระดับครอบครัวและระดับสังคม หากผู้พิการมีสุขภาพจิตใจที่เบิกบานมีความสุขและความสดชื่นแจ่มใส ผู้พิการจะไม่มีจิตใจที่หดหู่ ท้อแท้ และสิ้นหวัง การดูแลสุขภาพจิตของผู้พิการจึงเป็นสิ่งจำเป็นในเบื้องต้นที่ควรเริ่มต้นง่าย ๆ จากผู้พิการโดยผู้พิการรู้จักวิธีคิดด้วยพลังบวกในการดำเนินชีวิตทำให้กล้าคิดและกล้าทำเป็นการพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสและใช้เป็นเกาะป้องกันความผิดพลาดในการดำเนินชีวิตที่ดีต่อไป

ตารางที่ ๓ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านสุขภาพกาย โดยจำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น (N = ๑๘๘)		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
	ด้านสุขภาพกาย			
๑	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ	๒.๘๓	๑.๑๙	ปานกลาง
๒	การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน	๓.๖๓	๑.๔๓	มาก
๓	การพอใจในการนอนหลับ	๓.๖๒	๑.๔๒	มาก
๔	ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	๓.๖๓	๑.๔๓	มาก

ตารางที่ ๓ (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น (N = ๘๘)		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
๕	ความพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	๓.๐๓	๑.๓๘	ปานกลาง
๖	ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	๓.๙๔	๑.๕๑	มาก
๗	ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้	๓.๘๒	๑.๕๖	มาก
รวม		๓.๕๐	๑.๒๓	มาก

จากตารางที่ ๓ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ๒ ข้อ นอกนั้นอยู่ในระดับมาก เรียงอันดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ๓ อันดับแรก คือ ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ และการมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ จากภาพรวมด้านค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านสุขภาพกายที่มีการจำแนกเป็นรายข้อดังกล่าวทำให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยการที่ผู้พิการมีข้อบกพร่องด้านกายภาพนับว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคในระดับเบื้องต้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการในสังคมไทยที่หน่วยงาน องค์กรและศูนย์ผู้ดูแลผู้พิการในสังคมไทยควรตระหนักและให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาด้านกายภาพของผู้พิการในสังคมไทย เพราะการมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการและปรารถนาด้วยกันทั้งนั้น แต่ในขณะที่ผู้พิการเป็นบุคคลที่มีรูปร่างทางด้านกายภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายผิดไปจากปกติ ผลพวงของความพิการทำให้ผู้พิการมีข้อจำกัดหรือสูญเสียสมรรถภาพที่จะกระทำการกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่จะทำได้หรือเคยทำได้ในชีวิตประจำวันแล้วกลับกลายเป็นทำไม่ได้ การมีปัญหาด้านกายภาพร่วมด้วยจะยิ่งมีปัญหามากขึ้นและทำให้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยทั้งในเรื่องของการดูแลสุขภาพร่างกายตลอดจนความกังวลในจิตใจ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การที่ผู้พิการมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพด้านกายภาพในเบื้องต้นจึงเป็นแนวทางในการดูแลและพัฒนาผู้พิการด้านกายภาพที่ดีและเป็นปัจจัยในการพัฒนาผู้พิการในส่วนอื่น ๆ ในโอกาสต่อไป

ตารางที่ ๔ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านจิตใจ โดยจำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น (N = ๑๘๘)		
		X	S.D.	ความหมาย
	ด้านจิตใจ			
๑	ความพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้	๒.๗๘	๑.๓๒	ปานกลาง
๒	ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	๓.๘๒	๑.๕๔	มาก
๓	การมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ	๓.๙๒	๑.๕๐	มาก
๔	ความรู้สึกพอใจในตนเอง	๒.๖๕	๑.๑๘	ปานกลาง
๕	การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	๒.๙๓	๑.๓๒	ปานกลาง
๖	การมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	๓.๑๔	๑.๒๔	ปานกลาง
๗	ความรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย	๓.๗๕	๑.๕๐	มาก
๘	คุณภาพชีวิต	๒.๗๘	๑.๓๐	ปานกลาง
	รวม	๓.๒๒	๑.๑๐	ปานกลาง

จากตารางที่ ๔ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก ๓ ข้อ นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง เรียงอันดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ๓ อันดับแรก คือ การมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความรู้สึกพอใจในตนเอง จากค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยด้านจิตใจข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ผู้พิการในสังคมไทยนับว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญอีกกลุ่มหนึ่งของสังคมไทย แต่ความพิการเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนในสังคมไม่พึงปรารถนาให้เกิดขึ้น แต่เมื่อเกิดขึ้นหรือเป็นแล้วก็เป็นสิ่งที่ทุกคนในสังคมจะต้องช่วยกันดูแล ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนคนพิการให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขเสมือนบุคคลทั่วไป

สำหรับการดูแลและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยด้านจิตใจ โดยส่วนมาก ผู้พิการมีการยอมรับความพอใจกับสุขภาพ มีความรู้สึกพอใจในตนเอง และการยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ตลอดจนการมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวังวิตกกังวลในระดับหนึ่งเท่านั้น แต่โดยความรู้สึกในระดับลึกๆของผู้พิการแล้วพบว่าผู้พิการยังมีความหวั่นใจและขาดความมั่นใจในความเป็นผู้พิการของตนเอง การให้คำปรึกษาด้านจิตใจ (Counseling) ช่วยให้คนพิการสามารถปรับตัวและยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต การส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้นให้คนพิการเกิดแรงจูงใจ

ภายใน (Empowerment) รวมทั้งทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถ มีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถดำรงชีวิตอิสระได้ตลอดจนส่งเสริม พัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของคนพิการในการรับรู้ปัญหา ความต้องการ การตอบสนอง การจัดการกับปัญหาความต้องการ หรือแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงสามารถใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้ โดยรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นส่วนเกินหรือชายขอบของสังคมอีกต่อไป นอกจากนี้การจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการคนพิการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับจิตวิทยาคนพิการ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น เพื่อให้สามารถเข้าใจสภาวะทางอารมณ์ จิตใจ พฤติกรรม และความต้องการของคนพิการ ตลอดจนวิธีการเข้าถึง (Approach) ในการให้บริการผู้พิการได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ ๕ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยจำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น (N = ๑๘๘)		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม			
๑	ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น	๓.๙๓	๑.๕๑	มาก
๒	ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	๓.๙๒	๑.๕๐	มาก
	รวม	๓.๙๓	๑.๕๐	มาก

จากตารางที่ ๕ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากทุกข้อ เรียงอันดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือ ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาและความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ

สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยด้านสัมพันธภาพทางสังคมเป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้พิการกับบุคคลอื่นๆในสังคม โดยผู้พิการสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนมากขึ้นทำให้ผู้พิการเกิดการรับรู้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่ยังคงสามารถมีความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่นและมีอิสรภาพจึงทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายหรือพยากรณ์ถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยที่ส่งผลทำให้ผู้พิการนั้นมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิตได้ ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้คนพิการรุนแรงสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ มีศักดิ์ศรี มีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นการรับรู้สถานการณ์ในด้านต่างๆของชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในชีวิตในการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจความเป็นอยู่ที่ดีมีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยผู้พิการนั้นมี

ความสามารถหรือศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีความสามารถในการเคลื่อนไหว ตลอดจนมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

ตารางที่ ๖ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยด้านสิ่งแวดล้อม โดยจำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น (N = ๑๘๘)		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
	ด้านสิ่งแวดล้อม			
๑	ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุข ได้ตามความจำเป็น	๓.๔๘	๑.๓๗	ปานกลาง
๒	ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	๓.๗๑	๑.๒๙	มาก
๓	การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	๒.๔๐	๐.๙๘	ปานกลาง
๔	ความรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน	๒.๕๖	๑.๐๒	ปานกลาง
๕	การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	๒.๖๕	๑.๑๑	ปานกลาง
๖	การมีโอกาสดูแลพักผ่อนคลายเครียด	๒.๕๗	๑.๐๕	ปานกลาง
๗	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน	๒.๗๕	๑.๒๒	ปานกลาง
๘	ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน(หมายถึงการคมนาคม)	๒.๕๘	๑.๐๖	ปานกลาง
๙	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต(ชีวิตความเป็นอยู่)อยู่ในระดับ	๓.๑๘	๑.๑๕	มาก
รวม		๓.๒๔	๑.๑๐	ปานกลาง

จากตารางที่ ๖ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก ๒ ข้อ นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง เรียงอันดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ๓ อันดับแรก คือ ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุข ได้ตามความจำเป็น ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ และคุณภาพชีวิต(ชีวิตความเป็นอยู่) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น

สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการให้มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างถูกต้อง เช่น การรับรู้ตัวตนมีชีวิตอย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีรวมถึงการรับรู้ตัวตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือการฝึกฝนทักษะต่างๆ ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น ความรู้สึกที่ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันการมีโอกาสดูแล

พักผ่อนคลายเครียด สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน และความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน
สิ่งแวดล้อมดังกล่าวในแต่ละด้านต่างเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการพัฒนาและส่งเสริมผู้พิการใน
สังคมไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีการดำรงชีวิตในสังคมอย่างปลอดภัย

ตอนที่ ๓ การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ของกลุ่มตัวอย่างตาม เพศ
อายุการศึกษา รายได้ แตกต่างกันหรือไม่ ดังตารางที่ ๗ - ๑๐

ตารางที่ ๗ ผลการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีเพศแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับ
คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย แตกต่างกัน

ลำดับ	คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย	เพศชาย		เพศหญิง		t	p
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
๑	ด้านสุขภาพกาย	๓.๗๐	๐.๘๐	๓.๒๒	๑.๖๑	๑.๘๑	๐.๐๗*
๒	ด้านจิตใจ	๓.๔๑	๐.๖๙	๒.๙๗	๑.๔๕	๑.๘๑	๐.๐๗*
๓	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	๔.๒๒	๑.๑๑	๓.๕๔	๑.๘๕	๒.๑๐	๐.๐๓*
๔	ด้านสิ่งแวดล้อม	๓.๐๔	๐.๖๖	๒.๖๖	๑.๒๖	๑.๘๐	๐.๐๗*
รวม		๓.๔๓	๐.๖๓	๒.๙๗	๑.๔๒	๑.๙๒	๐.๐๖*

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จากตารางที่ ๗ ผลการเปรียบเทียบพบว่า ผู้พิการในสังคมไทยที่มีเพศแตกต่างกัน มีความ
ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ๔ ด้าน ได้แก่ ด้าน
สุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .๐๕ จากการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีเพศแตกต่างกันสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนา
คุณภาพชีวิตของผู้พิการไม่ว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงในแต่ละด้านดังกล่าวมีความสำคัญต่อการดำเนิน
ชีวิตของผู้พิการโดยเฉพาะผู้พิการหลายคนนั้นมีความรู้และความสามารถตลอดจนมีศักยภาพเหมือนคน
ปกติทั่วไป หากผู้พิการทั้งเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสในการใช้ศักยภาพที่มีจะทำให้เกิดคุณประโยชน์
การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการในแต่ละด้านข้างต้นเป็นสิ่งที่เกื้อกูลให้ผู้พิการใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ มี
ความสุขและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ มีความเข้าใจบริบทการดำเนินชีวิตที่ช่วยเกื้อกูล
ให้คนพิการได้แสดงศักยภาพข้ามผ่านอุปสรรคของผู้พิการได้ ทำให้ผู้พิการช่วยเหลือตนเองและเกิด
ประโยชน์กับสังคมได้

ตารางที่ ๘ ผลการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีอายุแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย แตกต่างกัน

ลำดับ	คุณภาพชีวิตของผู้พิการ ในสังคมไทย	อายุ										F	p
		น้อยกว่า๑๘ ปี		๑๙-๒๕ ปี		๒๖-๓๕ ปี		๓๖-๔๕ ปี		๔๖ปีขึ้นไป			
		$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
๑	ด้านสุขภาพกาย	๒.๙๔	๑.๐๕	๓.๕๒	๑.๔๗	๔.๑๗	๐.๒๙	๔.๑๔	๐.๒๙	๒.๘๓	๑.๗๔	๔.๖๙	๐.๐๐*
๒	ด้านสุขภาพจิต	๒.๙๑	๑.๐๒	๓.๑๙	๑.๓๐	๓.๖๒	๐.๓๘	๓.๘๓	๐.๓๔	๒.๗๔	๑.๗๒	๒.๔๗	๐.๐๕*
๓	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	๓.๒๖	๑.๔๔	๓.๘๘	๑.๖๙	๔.๗๕	๐.๔๔	๔.๘๐	๐.๔๒	๓.๒๒	๒.๑๑	๔.๖๕	๐.๐๐*
๔	ด้านสิ่งแวดล้อม	๒.๗๖	๐.๘๗	๒.๘๘	๑.๑๘	๓.๑๗	๐.๕๓	๒.๙๔	๐.๗๕	๒.๕๑	๑.๔๔	๐.๘๕	๐.๔๙
รวม		๒.๘๙	๐.๙๖	๓.๒๒	๑.๒๙	๓.๗๐	๐.๒๕	๓.๖๘	๐.๒๙	๒.๗๒	๑.๖๔	๒.๗๐	๐.๐๓*

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จากตารางที่ ๘ พบว่า ผู้พิการที่มีอายุแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสัมพันธภาพทางสังคม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลืออีก ๑ ด้าน คือ ด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าไม่แตกต่างกัน จากการเปรียบเทียบข้างต้นจะเห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในส่วนที่เป็นเรื่องของอายุหรือระดับวัยของผู้พิการในสังคมไทยมีนัยที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการโดยตรง เพราะการเข้าใจและเข้าถึงความแตกต่างระหว่างวัยของผู้พิการ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ตรงประเด็น โดยเฉพาะผู้พิการที่มีปัญหาสุขภาพทั่วไป และปัญหาทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic Symptoms) เกิดเป็นภาวะทางอารมณ์ (Affective States) ภาวะทางอารมณ์เกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแล้วประเมินตนเองโดยที่บุคคลอาจประเมินตนเองในทางบวกซึ่งส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีความสามารถประสบความสำเร็จแล้วเกิดความรู้สึกพอใจและความสุขเป็นผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง ส่วนผู้ที่ประเมินตนเองในด้านลบ จะมองตนเองว่าไร้ความสามารถหรือไร้สมรรถภาพจะรู้สึกด้อยวิตกกังวล การคิดเช่นนี้นอกจากเป็นการลดความสุขในชีวิตปัจจุบันแล้ว ยังเป็นการทำลายความหวังในอนาคตอีกด้วย

ตารางที่ ๙ ผลการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับ คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย แตกต่างกัน

ลำดับ	คุณภาพชีวิตของผู้พิการ ในสังคมไทย	ระดับการศึกษา								F	p
		ประถมศึกษา		มัธยมศึกษา		อนุปริญญา		ปริญญาตรี ขึ้นไป			
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
๑	ด้านสุขภาพกาย	๓.๘๕	.๖๘	๓.๔๕	๑.๔๓	๓.๓๙	๑.๑๔	๒.๗๑	๐.๔๗	๑.๓๘	๐.๒๕
๒	ด้านสุขภาพจิต	๓.๖๑	.๖๕	๓.๑๕	๑.๒๘	๒.๙๗	.๘๙	๒.๗๓	๐.๕๐	๑.๕๖	๐.๒๐
๓	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	๔.๕๒	.๘๘	๓.๘๓	๑.๖๗	๓.๗๕	๑.๕๘	๒.๖๐	๐.๕๕	๒.๗๙	๐.๐๕*
๔	ด้านสิ่งแวดล้อม	๒.๙๘	.๗๑	๒.๘๓	๑.๑๓	๓.๐๓	.๘๔	๒.๘๒	๐.๔๖	๐.๑๙	๐.๙๐
รวม		๓.๕๓	.๕๗	๓.๑๗	๑.๒๕	๓.๑๖	.๙๖	๒.๗๕	๐.๔๘	๑.๐๑	๐.๓๙

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จากตารางที่ ๙ พบว่า ผู้พิการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสิ่งแวดล้อม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลืออีก ๑ ด้าน คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ จากการเปรียบเทียบข้างต้นจะเห็นว่า สำหรับคนพิการมุ่งเน้นพัฒนาความสามารถคนพิการให้เต็มศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม หรือแรกพบความพิการให้การศึกษาอบรมให้รู้จักสิทธิ และหน้าที่ในฐานะพลเมืองดี มีอาชีพ มีงานทำ และสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีเกียรติและมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคม สามารถช่วยเหลือตนเอง และมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ การจัดการศึกษาสำหรับคนพิการจึงเป็นการรวมพลังระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กร ชุมชน องค์กรคนพิการ ผู้ปกครองคนพิการ และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการประสานความร่วมมือ และสนับสนุนการดำเนินการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการทุกระบบและครบวงจร จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมพัฒนาระบบการทำงานร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้แล้วคนพิการยังมองว่าการศึกษาที่ตนได้รับมาก่อนนั้นยังไม่เพียงพอ เนื่องจากคนพิการส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยม เป็นต้น ซึ่งระดับการศึกษานั้นจะส่งผลต่อการประกอบอาชีพของคนพิการ หากว่าคนพิการมีการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นกว่านี้ก็จะทำให้คนพิการมีงานทำมีรายได้ สามารถเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวได้และทำให้คนพิการมีชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น

ตารางที่ ๑๐ ผลการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย แตกต่างกัน

ลำดับ	คุณภาพชีวิตของผู้พิการ ในสังคมไทย	รายได้										F	p
		น้อยกว่า ๑,๕๐๐บาท	๑,๕๐๑- ๓,๐๐๐ บาท		๓,๐๐๑- ๔,๕๐๐ บาท		๔,๕๐๑- ๖,๕๐๐ บาท		๖,๕๐๑ บาท ขึ้นไป				
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
๑	ด้านสุขภาพกาย	๓.๓๒	.๙๙๖	๔.๑๕	๐.๒๗	๔.๑๙	๐.๗๓	๑.๐๐	๐.๐๐	๑.๐๐	๐.๐๐	๖๑.๙๔	๐.๐๐*
๒	ด้านสุขภาพจิต	๓.๒๑	๐.๘๙	๓.๖๗	๐.๓๗	๓.๘๕	๐.๗๗	๑.๐๐	๐.๐๐	๑.๐๐	๐.๐๐	๔๘.๖๑	๐.๐๐*
๓	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	๓.๖๑	๑.๒๙	๔.๘๒	๐.๓๙	๔.๖๕	๐.๘๘	๑.๐๐	๐.๐๐	๑.๐๐	๐.๐๐	๕๔.๐๔	๐.๐๐*
๔	ด้านสิ่งแวดล้อม	๒.๘๙	๐.๗๔	๓.๐๗	๐.๖๐	๓.๕๑	๐.๖๔	๑.๐๐	๐.๐๐	๑.๐๐	๐.๐๐	๓๗.๙๐	๐.๐๐*
รวม		๓.๑๖	๐.๗๘	๓.๗๑	๐.๒๕	๓.๘๙	๐.๖๗	๑.๐๐	๐.๐๐	๑.๐๐	๐.๐๐	๖๘.๔๒	๐.๐๐*

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จากตารางที่ ๑๐ พบว่า ผู้พิการที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ จากการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีรายได้แตกต่างกันดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้พิการในสังคมไทยนั้นมีความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอาชีพและรายได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความพิการเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพและการทำงาน และคนพิการส่วนใหญ่ได้รับเบี้ยยังชีพเป็นประจำ ประกอบกับผู้พิการโดยส่วนใหญ่แล้วมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมเป็นต้นจึง ทำให้ผู้พิการในสังคมไทยนั้นขาดความรู้และความสามารถ ขาดทักษะเฉพาะด้าน ส่งผลต่อการเลือกประกอบอาชีพ จึงทำให้ความต้องการด้านอาชีพ นอกจากนี้ผู้พิการต้องการให้มีการส่งเสริมอาชีพตามความสามารถของคนพิการ เช่น การขายสลากกินแบ่งรัฐบาล ขายผ้า ขายของชำ นวดแผนโบราณ ทำดอกไม้จันทน์ ดอกไม้ประดิษฐ์ เพื่อช่วยเหลือให้คนพิการมีงานทำและต้องการเงินทุนในการประกอบอาชีพเป็นการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการในสังคมไทยในด้านของรายได้ต่อไป

ตอนที่ ๔ ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยปรากฏดังตาราง ๑๑ ถึง ๑๕

ตารางที่ ๑๑ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและรายด้าน

ลำดับ	รายการ	ระดับปัจจัย (N = ๑๘๘)		
		X	S.D.	ความหมาย
๑	ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง	๓.๕๙	๑.๐๗	มาก
๒	ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ	๓.๗๒	๑.๐๔	มาก
๓	ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	๓.๒๘	๑.๐๘	ปานกลาง
๔	ด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ	๓.๒๒	๐.๙๗	ปานกลาง
รวม		๓.๔๖	๐.๙๙	ปานกลาง

จากตารางที่ ๑๑ พบว่า ระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้านอยู่ในระดับมาก ๒ ด้าน และระดับปานกลาง ๒ ด้าน เรียงอันดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐตามลำดับ จากความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยจะเห็นว่าในปัจจุบันรัฐบาลได้ตระหนัก และให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการมากขึ้น เนื่องจากสภาพของความพิการเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตในการประกอบอาชีพการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม สนับสนุนส่งเสริมให้คนพิการได้รับความคุ้มครอง สงเคราะห์ พื้นฟูสมรรถภาพ โดยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม การพัฒนาและแก้ไขปัญหอุปสรรคทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนส่งเสริมให้คนพิการได้รับสิทธิและโอกาสในด้านต่างๆ ให้สามารถดำรงชีวิตประกอบอาชีพ มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เท่าเทียมกับคนทั่วไป รวมทั้งส่งเสริมให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน ชุมชน และครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมากขึ้น

การพัฒนาและส่งเสริมปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยสามารถทำได้ในหลายด้าน เช่น ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมคนพิการต้องการให้มีการจัดหาและดูแลที่อยู่อาศัยของคนพิการให้มีความมั่นคงแข็งแรง ต้องการให้มีการช่วยเหลือคนพิการหรือครอบครัวคนพิการในการปรับปรุงซ่อมแซมห้องน้ำของคนพิการ และต้องการให้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับคนพิการ และมีการส่งเสริมให้ได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก คนพิการต้องการให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการตามลักษณะความพิการ เช่น ไม่เท่า รถเข็น รถโยก รถนั่ง เตียงนั่ง เป็นต้น และด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม โดยผู้พิการต้องการโอกาสในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และต้องการให้จัดตั้งชมรมคนพิการ เพื่อจะได้เป็นที่ปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม คนพิการต้องการโอกาสในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และต้องการให้จัดตั้งชมรมคนพิการเพื่อจะได้เป็นที่ปรึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ตารางที่ ๑๒ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยจำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับ	รายการ	ระดับปัจจัย (N = ๑๘๘)		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
	ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง			
๑	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองมีค่า	๓.๖๕	๑.๓๗	มาก
๒	บุคคลรอบข้างภูมิใจในตัวท่านที่ท่านสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข	๓.๗๐	๑.๓๑	มาก
๓	บุคคลรอบข้างมักจะบอกท่านเสมอว่าท่านเป็นคนมีประโยชน์	๓.๘๔	๑.๒๒	มาก
๔	ท่านสามารถพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้	๓.๑๘	๑.๑๕	ปานกลาง
๕	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองมีค่าในการดำเนินชีวิตตามปกติเหมือนคนอื่น	๓.๓๙	๑.๒๙	ปานกลาง
๖	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองช่วยให้การยอมรับและมองเห็นคุณค่าในตัวเอง	๓.๗๖	๑.๒๐	มาก
รวม		๓.๕๙	๑.๐๗	มาก

จากตารางที่ ๑๒ พบว่า ระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ๒ ข้อ นอกนั้นอยู่ในระดับมาก เรียงอันดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ๓ อันดับแรก คือ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด จากการเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้พิการทำให้เห็นว่าผู้ที่ผู้พิการมองเห็นคุณค่าในตัวเองเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการปรับตัวทางอารมณ์สังคมและในการเรียนรู้ สำหรับผู้พิการการเห็นคุณค่าในตนเองนับว่ามีคุณค่าสูงยิ่งเพราะเป็นพื้นฐานของการมองชีวิตสมรรถนะทางด้านสังคมและอารมณ์เกิดจากการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้พิการที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตสามารถยอมรับ สถานการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวังและท้อแท้ใจด้วยความเชื่อมั่นในตนเอง ด้วยความหวังและความกล้าหาญจึงเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จมีความสุขสามารถดำเนินชีวิตตามที่ตนปรารถนาได้อย่างดี

ตารางที่ ๑๓ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ โดยจำแนกเป็นรายชื่อ

ลำดับ	รายการ	ระดับปัจจัย (N = ๑๘๘)		
		X	S.D.	ความหมาย
	ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ			
๑	ท่านเป็นสมาชิกและมีบทบาทในการขับเคลื่อนในกลุ่มหรือองค์กรเพื่อผู้พิการ	๔.๓๔	๑.๐๒	มาก
๒	ท่านมีความมั่นใจที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมประเภทต่างๆ	๓.๗๑	๑.๒๑	มาก
๓	ท่านชักชวนผู้พิการท่านอื่นๆให้มาร่วมพัฒนาและจัดทำกิจกรรมของกลุ่มหรือองค์กรเพื่อผู้พิการหากทำได้	๓.๕๖	๑.๓๕	มาก
๔	ท่านร่วมกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเครือข่ายผู้พิการ	๓.๕๕	๑.๓๕	มาก
๕	ท่านสนับสนุนและประชาสัมพันธ์กลุ่มหรือองค์กรเพื่อผู้พิการให้เข้าถึงผู้พิการในวงกว้างยิ่งขึ้น	๓.๔๓	๑.๒๙	ปานกลาง
รวม		๓.๗๒	๑.๐๔	มาก

จากตารางที่ ๑๓ พบว่า ระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ๑ ข้อ นอกนั้นอยู่ในระดับมาก เรียงอันดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ๓ อันดับแรก คือ ท่านเป็นสมาชิกและมีบทบาทในการขับเคลื่อนในกลุ่มหรือองค์กรเพื่อผู้พิการ ท่านมีความมั่นใจที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม ประเภทต่างๆ และท่านชักชวนผู้พิการท่านอื่นๆให้มาร่วมพัฒนาและจัดทำกิจกรรมของกลุ่มหรือองค์กรเพื่อผู้พิการหากทำได้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านสนับสนุนและประชาสัมพันธ์กลุ่มหรือองค์กรเพื่อผู้พิการให้เข้าถึงผู้พิการในวงกว้างยิ่งขึ้น

ในปัจจุบันพบว่ารัฐบาลโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนได้สนับสนุนการจัดตั้งชมรม สมาคมเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆทั้งทางสังคมและนันทนาการสำหรับผู้พิการ ตลอดจนมีการสร้างระบบสวัสดิการ การรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้พิการทุกคน สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ครอบคลุมด้านการคัดกรองสุขภาพ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เช่น ไม้เท้า รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยฟัง เป็นต้น เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการรวมทั้งครอบครัวและสังคมให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

ตารางที่ ๑๔ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว โดยจำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับ	รายการ	ระดับปัจจัย (N = ๑๘๘)		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
	ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว			
๑	ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อคู่สมรส หรือคนรัก	๓.๓๘	๑.๒๖	ปานกลาง
๒	ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อบิดา มารดา	๓.๔๖	๑.๒๕	ปานกลาง
๓	ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อบุตรหลาน	๓.๓๕	๑.๒๗	ปานกลาง
๔	ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อญาติพี่น้อง	๓.๒๕	๑.๒๑	ปานกลาง
๕	ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากบุคคลในครอบครัว	๓.๐๖	๑.๐๖	ปานกลาง
๖	ความพอใจต่อการผูกพันหรือเข้ากับบุคคลในครอบครัวอย่างที่ผ่านมา	๓.๑๖	๑.๑๓	ปานกลาง
	รวม	๓.๒๘	๑.๐๘	ปานกลาง

จากตารางที่ ๑๔ พบว่า ระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ เรียงอันดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ๓ อันดับแรก คือ ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อบิดา มารดา ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อคู่สมรส หรือคนรักและ ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อบุตรหลาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากบุคคลในครอบครัวบทบาททางสังคมเป็นเรื่องสำคัญ เพราะว่าทำให้บุคคลสามารถกำหนดอัตลักษณ์และสร้างความหมายให้แก่ชีวิตตนเองสถานะทางสังคมของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากบทบาททางสังคมต่างๆ ที่บุคคลผู้นั้นมีภายในชุมชนของ เช่น การเป็นสามี ภรรยา การเป็นผู้ปกครองและหรือการเป็นคนที่มีรายได้ เหล่านี้ถือเป็นบทบาทที่ ผู้อื่นให้คุณค่าและจะมีผลในทางบวกต่อสถานะทางสังคม ในขณะที่การเป็นโสด การไม่มีบุตรและการไม่มีงานทำอาจจะดูด้อยคุณค่ากว่าและจะมีผลในทางลบต่อสถานะทางสังคม ดังนั้น เมื่อใดก็ตามที่คนพิการมีโอกาสในการที่จะได้รับบทบาททางสังคมที่ดีดังที่หวัง เมื่อนั้นเจตคติที่มีต่อความพิการจะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ยกตัวอย่างเช่นความสำเร็จในการผนวกคนพิการให้เข้ารับการศึกษานในโรงเรียน หรือทำให้ผู้ใหญ่ที่มีความพิการได้เข้าทำงานซึ่งก็จะเป็นหนทางที่ดีที่จะเปลี่ยนเจตคติของสังคมที่มีต่อคนพิการได้

ตารางที่ ๑๕ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ โดยจำแนกเป็นรายชื่อ

ลำดับ	รายการ	ระดับปัจจัย (N = ๑๘๘)		
		X	S.D.	ความหมาย
	ด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ			
๑	บริการทางการแพทย์	๒.๗๕	๑.๐๒	ปานกลาง
๒	บริการทางอาชีพ	๒.๖๕	๐.๙๖	ปานกลาง
๓	บริการทางการศึกษา	๓.๗๙	๑.๓๖	มาก
๔	บริการทางสังคม	๓.๗๐	๑.๓๖	มาก
	รวม	๓.๒๒	๐.๙๗	ปานกลาง

จากตารางที่ ๑๕ พบว่า ระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อพบว่า อยู่ในระดับมาก ๒ ข้อ นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง เรียงอันดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ๓ อันดับแรก คือ บริการทางการศึกษา บริการทางสังคม และบริการทางการแพทย์ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ บริการทางอาชีพ จากการบริการที่ผู้พิการได้รับจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่ให้บริการตามสวัสดิการสังคม พบว่ามีนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการโดยให้การบริการทุกระดับโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างจิตสำนึกในการพิทักษ์สิทธิของผู้พิการ เช่น การไม่ใช้ห้องน้ำผู้พิการถึงแม้ในขณะนั้นจะไม่มีท่านอยู่บริเวณนั้นก็ตาม การจัดที่นั่งสำรอง การให้บริการในช่องทางเร่งด่วนต่างๆ คนพิการมีความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคนพิการเห็นว่าสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ไม่ว่าจะเป็นรถโยก รถเข็น ทางลาด รวบรวมทั้งสองข้าง ห้องน้ำคนพิการ ที่จอดรถสำหรับผู้พิการ ป้ายสัญลักษณ์ต่างๆ ที่บอกประเภทคนพิการเพื่อให้คนพิการเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็วขึ้น สิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านี้ จะช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ของคนพิการดีขึ้น มีความเสมอภาคและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป การจัดสวัสดิการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมดังกล่าวจากภาครัฐจะต้องอาศัยความร่วมมือจากกระทรวงต่างๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงคมนาคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น ในการจัดระบบให้บริการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุที่มีความพิการอย่างทั่วถึงเท่าเทียมและเป็นธรรมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตในระดับดีและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ตอนที่ ๕ การเปรียบเทียบระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ตามเพศ อายุ การศึกษา รายได้ แตกต่างกันหรือไม่ ดังตารางที่ ๑๖ - ๑๙

ตารางที่ ๑๖ ผลการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีเพศแตกต่างกัน มีระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้พิการในสังคมไทย แตกต่างกัน

ลำดับ	ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย	เพศชาย		เพศหญิง		t	p
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
๑	ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง	๓.๘๕	๐.๖๕	๓.๒๕	๑.๓๙	๒.๕๖	๐.๐๑*
๒	ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ	๓.๙๓	๐.๘๒	๓.๔๔	๑.๒๓	๒.๒๓	๐.๐๒*
๓	ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	๓.๕๒	๐.๗๑	๒.๙๖	๑.๓๗	๒.๔๒	๐.๐๑*
๔	ด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ	๓.๔๐	๐.๕๙	๓.๐๐	๑.๒๙	๑.๘๖	๐.๐๖*
รวม		๓.๖๙	๐.๖๓	๓.๑๗	๑.๒๙	๒.๔๓	๐.๐๑*

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จากตารางที่ ๑๖ ผลการเปรียบเทียบพบว่า ผู้พิการในสังคมไทยที่มีเพศแตกต่างกัน มีระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ จากการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีเพศแตกต่างกันสะท้อนให้เห็นว่า ผู้พิการทั้งเพศชายและเพศหญิงในสังคมไทยต่างมีมุมมองว่าการเห็นคุณค่าในตัวเองเป็นปัจจัยสำคัญในเบื้องต้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ส่วนการมีเครือข่ายผู้พิการ ความสัมพันธ์ของครอบครัวและการได้รับการบริการจากภาครัฐและเอกชนทั้งหมดถือว่าเป็นแรงเสริมสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการทั้งเพศชายและเพศหญิง

ตารางที่ ๑๗ ผลการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย แตกต่างกัน

ลำดับ	ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย	อายุ										F	p
		น้อยกว่า๑๘ปี		๑๙-๒๕ ปี		๒๖-๓๕ ปี		๓๖-๔๕ ปี		๔๖ปีขึ้นไป			
		$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
๑	ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง	๓.๓๔	๐.๘๕	๓.๕๑	๑.๒๘	๔.๑๒	๐.๓๘	๔.๐๕	๐.๓๗	๒.๙๓	๑.๖๘	๓.๑๗	๐.๐๑
๒	ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ	๓.๒๔	๐.๙๐	๓.๖๕	๑.๑๗	๔.๔๑	๐.๓๙	๔.๒๒	๐.๕๓	๓.๒๔	๑.๓๖	๕.๔๔	๐.๐๐

ตารางที่ ๑๗ (ต่อ)

ลำดับ	ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย	อายุ										F	p
		น้อยกว่า ๑๘ ปี		๑๙-๒๕ ปี		๒๖-๓๕ ปี		๓๖-๔๕ ปี		๔๖ ปีขึ้นไป			
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
๓	ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	๓.๐๐	๐.๘๗	๓.๒๔	๑.๓๑	๓.๘๑	๐.๕๗	๓.๖๗	๐.๕๓	๒.๕๙	๑.๔๔	๓.๐๙	๐.๐๑*
๔	ด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ	๒.๙๐	๐.๗๖	๓.๒๐	๑.๒๐	๓.๗๑	๐.๓๔	๓.๕๐	๐.๔๕	๒.๘๓	๑.๔๖	๒.๖๙	๐.๐๓*
รวม		๓.๑๔	๐.๗๙	๓.๔๑	๑.๒๐	๔.๐๒	๐.๓๐	๓.๘๘	๐.๓๗	๒.๘๙	๑.๔๗	๓.๘๕	๐.๐๐*

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จากตารางที่ ๑๗ พบว่าผู้พิการที่มีอายุ แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ จากการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีอายุแตกต่างกันนั้นโดยส่วนมากแล้วผู้พิการทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุและวัยแตกต่างกัน แต่ถึงอย่างไรก็ตามผู้พิการทั้งเพศชายและเพศหญิงแต่ละประเภทล้วนแต่มีสภาพปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกันออกไปซึ่งผู้พิการก็ย่อมที่จะประสบปัญหาและความต้องการแตกต่างไปด้วยเช่นกัน เนื่องจากความพิการทางการมองเห็นย่อมส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวันและการเข้าถึงกิจกรรมทางสังคมต่างๆ การเข้าใจและเข้าถึงผู้พิการทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการได้เป็นอย่างดีและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเข้าใจและมีความเห็นใจต่อกันและกัน

ตารางที่ ๑๘ ผลการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย แตกต่างกัน

ลำดับ	ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ พิการในสังคมไทย	ระดับการศึกษา								F	p		
		ประถมศึกษา		มัธยมศึกษา		อนุปริญญา		ปริญญาตรี ขึ้นไป					
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
๑	ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง	๓.๙๔	๐.๖๓	๓.๔๙	๑.๒๓	๓.๖๗	.๙๕	๓.๐๓	๐.๓๒	๑.๕๔	๐.๒๑		
๒	ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ	๔.๐๖	๐.๕๕	๓.๖๗	๑.๑๕	๓.๖๕	๑.๓๓	๒.๘๐	๐.๓๗	๒.๒๘	๐.๐๘		

ตารางที่ ๑๘ (ต่อ)

ลำดับ	ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ พิการในสังคมไทย	ระดับการศึกษา								F	p		
		ประถมศึกษา		มัธยมศึกษา		อนุปริญญา		ปริญญาตรี ขึ้นไป					
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
๓	ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	๓.๕๔	๐.๖๖	๓.๑๙	๑.๒๔	๓.๔๔	๑.๐๙	๒.๘๗	๐.๓๘	๐.๙๑	๐.๔๔		
๔	ด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ	๓.๔๗	๐.๔๔	๓.๑๘	๑.๑๔	๓.๓๑	.๘๓	๒.๕๕	๐.๒๗	๑.๔๐	๐.๒๕		
รวม		๓.๗๗	๐.๔๙	๓.๓๙	๑.๑๕	๓.๕๓	๑.๐๑	๒.๘๔	๐.๒๙	๑.๕๕	๐.๒๑		

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จากตารางที่ ๑๘ พบว่า ผู้พิการที่มีปัจจัยที่ระดับการศึกษา แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ ไม่แตกต่างกัน จากการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นว่า ผู้พิการโดยส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมและมัธยมศึกษาที่ส่งผลต่อการทำงานและการประกอบอาชีพตลอดจนการมีรายได้ การจัดการศึกษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพสำหรับผู้พิการจึงมีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้พิการต่อไป

ตารางที่ ๑๙ ผลการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีรายได้แตกต่างกัน มีระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้พิการในสังคมไทย แตกต่างกัน

ลำดับ	ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้พิการใน สังคมไทย	รายได้										F	p
		น้อยกว่า ๑,๕๐๐บาท		๑,๕๐๑- ๓,๐๐๐บาท		๓,๐๐๑- ๔,๕๐๐บาท		๔,๕๐๑- ๖,๕๐๐บาท		๖,๕๐๑บาท ขึ้นไป			
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
๑	ด้านเห็นคุณค่าใน ตัวเอง	๓.๖๐	๐.๗๗	๔.๑๒	๐.๔๐	๔.๐๗	๐.๕๙	๑.๒๖	๐.๒๙	๑.๔๒	๐.๓๖	๖๒.๗๕	๐.๐๐ [*]
๒	ด้านการมีส่วนร่วมใน เครือข่ายผู้พิการ	๓.๕๕	๐.๙๔	๔.๓๕	๐.๔๕	๔.๐๗	๐.๖๙	๑.๗๗	๐.๒๑	๑.๙๐	๐.๓๙	๓๕.๖๔	๐.๐๐ [*]

ตารางที่ ๑๙ (ต่อ)

ลำดับ	ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย	รายได้										F	p
		น้อยกว่า ๑,๕๐๐บาท		๑,๕๐๑- ๓,๐๐๐บาท		๓,๐๐๑- ๔,๕๐๐บาท		๔,๕๐๑- ๖,๕๐๐บาท		๖,๕๐๑บาทขึ้นไป			
		X	S.D.	X	S.D.	X	S.D.	X	S.D.	X	S.D.		
๓	ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	๓.๓๒	๐.๘๕	๓.๘๓	๐.๕๑	๓.๖๑	๐.๗๙	๑.๑๔	๐.๒๔	๑.๒๒	๐.๓๔	๓๘.๒๐	๐.๐๐ ^๐
๔	ด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ	๓.๐๖	๐.๖๔	๓.๖๙	๐.๓๗	๓.๘๒	๐.๗๑	๑.๒๙	๐.๒๗	๑.๓๓	๐.๒๖	๕๔.๔๓	๐.๐๐ ^๐
รวม		๓.๔๑	๐.๗๓	๔.๐๑	๐.๓๓	๓.๘๙	๐.๖๑	๑.๓๕	๐.๑๔	๑.๔๖	๐.๑๙	๖๑.๘๖	๐.๐๐ ^๐

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จากตารางที่ ๑๙ พบว่า ผู้พิการที่มีรายได้แตกต่างกัน มีระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ๔ ด้านได้แก่ ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ จากการเปรียบเทียบผู้พิการที่มีรายได้แตกต่างกันดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า ผู้พิการคนพิการต้องการมีความรู้และทักษะในการประกอบอาชีพต่าง ๆ ที่ครบวงจร ที่คนพิการสนใจและมีความถนัด เช่น นวดแผนไทย เกษตรกรรม หัตถกรรม เป็นต้น นอกจากนี้คนพิการยังมีความต้องการมีอาชีพเสริมเพื่อสร้างรายได้เพิ่มให้กับครอบครัว และคนพิการบางรายต้องการรวมกลุ่มในการประกอบอาชีพเพื่อสร้างโอกาสและความเข้มแข็งในกลุ่มของคนพิการเอง

ประเด็นสำคัญต่อการสร้างรายได้สร้างหนึ่งคือ ผู้พิการไม่ค่อยได้รับโอกาสทางการเรียนเท่าที่ควรอีกทั้งผู้พิการไม่มีความมั่นใจในการศึกษา กล่าวคือ โรงเรียนไม่สามารถตอบสนองต่อการศึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้พิการได้โดยเฉพาะการศึกษาขั้นพื้นฐานในการประกอบอาชีพทำให้การศึกษาโดยส่วนใหญ่ของผู้พิการเป็นลักษณะการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งมาจากสาเหตุที่โรงเรียนยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการศึกษาพิเศษอย่างถูกต้อง เหมาะสมโดยเฉพาะการเรียนร่วมกันระหว่างผู้พิการกับคนปกติซึ่งเป็นข้อค้นพบที่แตกต่าง นอกจากนี้การสร้างโอกาสในการมีงานทำของคนพิการ ความพิการของตนเองเป็นอุปสรรคต่อการทำงานในสถานประกอบการไม่ว่าจะเป็นการเดินทางการยอมรับของเพื่อนร่วมงานและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ผู้พิการบางประเภทเช่นคนตาบอดยังถูกกีดกันหรือรังเกียจทำให้กลายเป็นส่วนเกินของสังคม ขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือเข้าถึงบริการของรัฐ โอกาสในการประกอบอาชีพไม่ว่าจะเป็นอาชีพอิสระ ลูกจ้าง หรือเป็นครูยังจำกัดและเป็นไปด้วยอุปสรรคมากมาย คนตาบอดต้องมีความอดทนและต่อสู้อย่างมากจึงจะสามารถพึ่งพิงตนเองได้ด้วยเจตคติของคนในสังคมยังไม่ยอมรับในความสามารถของคนตาบอด

ตอนที่ ๖ แนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย โดยการรวบรวมข้อมูล แล้ววิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เป็นค่าความถี่(Frequency) แล้วสรุปออกมาเป็นร้อยละ (Percentage)

ตาราง ๒๐ จำนวน ร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับแนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย (N=๑๘๘)

ผู้ที่ตอบคำถาม/ไม่ตอบ แนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ ของผู้พิการในสังคมไทย	จำนวน	ร้อยละ
ตอบคำถามปลายเปิด	๕๑	๒๗.๑๓
ไม่ตอบคำถามปลายเปิด	๑๓๗	๗๒.๘๗
รวม	๑๘๘	๑๐๐.๐๐

จากตาราง ๒๐ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับแนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทยพบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิด คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๑๔ และส่วนที่เหลือเป็นผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถามปลายเปิด คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๘๖ จากการตอบแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับแนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทยดังกล่าว การตอบประเด็นคำถามบางประเด็นมีผลต่อความรู้สึกในความเป็นผู้พิการของผู้พิการ ทั้งนี้เพราะขึ้นอยู่กับภูมิหลังหรือความเป็นมา ประวัติของผู้พิการแต่ละคนแต่ละประเภท แต่โดยรวมในสังคมไทยเป็นคนพิการมีคุณภาพชีวิตอย่างไรนั้นมีหลากหลายรูปแบบที่ขึ้นอยู่กับสังคมรอบข้างที่หล่อหลอมให้คนพิการประเภทต่างๆ มีทัศนคติต่อการมองโลกและชีวิตอย่างไรมักจะเริ่มจากสภาพครอบครัวและเพื่อนบ้าน โดยแบ่ง ๒ มิติ คือ ปัจจัยภายนอกจากบุคคลอื่น ชุมชน สังคมต่อคนพิการที่จะยอมรับ ปรับตัว และอยู่ร่วมกัน และปัจจัยภายในจากการตอบสนองของคนพิการต่อความพิการของเขา จุดเริ่มต้นของการสร้างความเข้าใจความพิการในแต่ละประเภทของคนพิการไทยการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับความพิการสัมพันธ์กับความไม่ครบ ๓๒ โดยเน้นให้ความสำคัญกับรูปลักษณ์ที่ผิดไปจากปกติ เช่น คนในชุมชนรับรู้่ว่า พวกหลังโกง ขาโกง มือเท้ากุด แขนกุด ตาบอด รวมไปถึงการผูกโยงความพิการไปที่ความสามารถในการปฏิบัติงานและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนปกติได้ เนื่องจากมองไม่เห็นความผิดปกติเหมือนคนพิการประเภทอื่นๆ เช่น คนตาบอด หรือคนที่พิการแขนขา พิการทางสติปัญญา การอยู่ร่วมกับผู้คนในสังคมมักถูกเรียกว่า คนใบ้ คนหูหนวก คนหูตึง คำล้อเลียนทำให้เกิดการรังเกียจ ติตรอนสิทธิ ถูกเหยียดหยามความพิการและมีความหมายในทางลบและนำไปสู่การมีเจตคติในทางลบ

ของผู้พิการที่มองว่าตนเอง “มีปมด้อย ขาดแคลน และไม่เท่าเทียมกับคนปกติ” นำไปสู่การตอบและการไม่ประเด็นคำถามตามมา

ตารางที่ ๒๑ ผลการสรุปแนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย จากคำถามปลายเปิด และแจกแจงความถี่ และนำผลสรุปรายละเอียด ดังนี้

แนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ ของผู้พิการในสังคมไทย (N=๕๑)	ความถี่	ร้อยละ
๑. ส่งเสริมผู้พิการให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิทธิ สวัสดิการ และจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม	๒๙	๕๖.๘๖
๒. สนับสนุนและส่งเสริมกองทุนส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ สามารถสนับสนุนการเข้าถึงสิทธิ สวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ	๒๙	๕๖.๘๖
๓. สนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานขององค์กรด้านผู้พิการและเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ	๒๘	๕๔.๙๐
๔. พัฒนาแผนงาน นโยบาย งานวิจัยและนวัตกรรม เพื่อนำมากำหนดนโยบายสาธารณะด้านผู้พิการ อย่างเป็นรูปธรรม	๒๘	๕๔.๙๐
๕. พัฒนาศักยภาพและทักษะผู้พิการให้มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตในสังคม	๒๗	๕๒.๙๔
๖. ส่งเสริมสังคม ครอบครัวและชุมชนให้มีความรู้และความเข้าใจต่อผู้พิการ	๒๖	๕๐.๙๘
๗. สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทต่อการสร้างสื่อธรรมะเพื่อผู้พิการในด้านต่างๆ เช่น การจัดสื่อการเรียนรู้พระพุทธศาสนา การจัดสถานที่ปฏิบัติธรรมที่อำนวยความสะดวกต่อผู้พิการ	๒๕	๔๙.๐๒
๘. สนับสนุนและส่งเสริมการเผยแพร่ธรรมะที่ทันสมัยและผู้พิการสามารถเข้าถึงสื่อได้โดยไม่จำกัดด้วยเรื่องความบกพร่องทางร่างกาย	๒๒	๔๓.๑๔
๙. จัดสิ่งอำนวยความสะดวก สภาพแวดล้อม และเข้าถึงบริการข้อมูลข่าวสารโดยปราศจากอุปสรรคสำหรับผู้พิการ	๒๐	๓๙.๒๒
๑๐. สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรด้านผู้พิการได้รับการรับรองมาตรฐาน	๒๐	๓๙.๒๒
๑๑. บูรณาการความร่วมมือด้านยุทธศาสตร์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการอย่างมีประสิทธิภาพ	๑๘	๓๕.๒๙
๑๒. ส่งเสริมผู้พิการให้มีความมั่นใจ ตระหนักในสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรี ของตนเองและมีส่วนร่วมในสังคมทุกระดับ	๑๗	๓๓.๓๓
๑๓. การฝึกฝนพัฒนาจิตตามสภาพความสามารถและประเภทของความพิการ โดยใช้หลักธรรมต่างๆ เป็นเครื่องมือการฟื้นฟู เช่น การรักษาศีล และการฝึกสมาธิภาวนา เป็นต้น เพื่อจิตใจเบิกบาน มีความสุขแจ่มใสอยู่เสมอ	๑๕	๒๙.๔๑

จากตาราง ๒๑ แนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย จากคำถามปลายเปิด และแจกแจงความถี่ และนำผลสรุปรายละเอียด โดยเรียงลำดับแนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ที่มีข้อความซ้ำกันจากมากไปหาน้อย ดังนี้

๑) ส่งเสริมผู้พิการให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิทธิ สวัสดิการ และจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม

๒) สนับสนุนและส่งเสริมกองทุนส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ สามารถสนับสนุนการเข้าถึงสิทธิ สวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ

๓) สนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานขององค์กรด้านผู้พิการและเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

๔) พัฒนาแผนงาน นโยบาย งานวิจัยและนวัตกรรม เพื่อนำมากำหนดนโยบายสาธารณะด้านผู้พิการ อย่างเป็นรูปธรรม

๕) พัฒนาศักยภาพและทักษะผู้พิการให้มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตในสังคม

๖) ส่งเสริมสังคม ครอบครัว และชุมชนให้มีความรู้และความเข้าใจต่อผู้พิการ

๗) สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทต่อการสร้างสื่อธรรมะเพื่อผู้พิการในด้านต่างๆ เช่น การจัดสื่อการเรียนรู้พระพุทธศาสนา การจัดสถานที่ปฏิบัติธรรมที่อำนวยความสะดวกต่อผู้พิการ

๘.สนับสนุนและส่งเสริมการเผยแพร่ธรรมที่ทันสมัยและผู้พิการสามารถเข้าถึงสื่อได้โดยไม่จำกัดด้วยเรื่องความบกพร่องทางร่างกาย

๙.จัดสิ่งอำนวยความสะดวก สภาพแวดล้อม และเข้าถึงบริการข้อมูลข่าวสาร โดยปราศจากอุปสรรคสำหรับผู้พิการ

๑๐.สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรด้านผู้พิการได้รับการรับรองมาตรฐาน

๑๑.บูรณาการความร่วมมือด้านยุทธศาสตร์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการอย่างมีประสิทธิภาพ

๑๒.ส่งเสริมผู้พิการให้มีความมั่นใจ ตระหนักในสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรี ของตนเองและมีส่วนร่วมในสังคมทุกระดับ

๑๓.การฝึกฝนพัฒนาจิตตามสภาพความสามารถและประเภทของความพิการ โดยใช้หลักธรรมต่างๆ เป็นเครื่องมือการฟื้นฟู เช่น การรักษาศีล และการฝึกสมาธิภาวนา เป็นต้น เพื่อจิตใจเบิกบาน มีความสุขแจ่มใสอยู่เสมอ

๔.๒ ผลวิจัยเชิงคุณภาพ

การรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นทางการ (Formal Interview) เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ประกอบร่วมกับผลการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อให้ทราบถึงแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยกำหนดการสัมภาษณ์ดังหัวข้อ ดังต่อไปนี้ ๑) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม ๒) ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ และ ๓) แนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๔.๒.๑ คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการกับกลุ่มเป้าหมาย อันประกอบไปด้วยผู้พิการ ผู้บริหารองค์กรผู้พิการ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้พิการ มีความคิดเห็นโดยรวมว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้พิการที่สูงที่สุด คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม รองลงมา คือ ด้านสุขภาพกาย การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว และการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ ตามลำดับ

ดังบทสัมภาษณ์ นางสาว ก.^๑ (นามสมมติ) กล่าวว่า “ควรสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ สนับสนุนการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง เช่น ชมรมคนพิการ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group) เฉพาะกรณีหรือประเภทความพิการ และจัดให้มีพื้นที่ในชุมชนสำหรับการทำกิจกรรมที่คนพิการสามารถเข้าร่วมได้ เช่น กิจกรรมตามกลุ่มอายุ ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น ผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมตามความเสี่ยง ได้แก่ การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย อาหารเพื่อสุขภาพที่ดี เพศสัมพันธ์ปลอดภัย รวมทั้งกิจกรรมตามโรค/ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ เบาหวาน, HIV / AIDS, โรคหัวใจ, สุขภาพช่องปาก โดยอาจใช้สถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล ที่ทำงาน โรงเรียน วัด”

นาง ข.^๒ (นามสมมติ) กล่าวว่า “เครือข่ายผู้พิการต้องมีความสำคัญเข้มแข็ง การรวมกลุ่มควรสร้างเครือข่ายการทำงานด้านการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองของคนพิการเพื่อการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน โดยประสานความร่วมมือให้ครอบคลุมองค์กรภาคีอื่นๆ ในสังคมนอกเหนือจากองค์กรด้านคนพิการเพื่อสร้างพลังในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการสู่การพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน เช่น ภาคนักวิชาการด้านต่างๆ ภาควิศวกรรมคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น”

^๑ สัมภาษณ์นางสาว ก., ผู้บริหารองค์กรคนพิการแห่งหนึ่ง, เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

^๒ สัมภาษณ์นาง ข., พี่เลี้ยงผู้พิการ องค์กรคนพิการแห่งหนึ่ง, เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

นางสาว ค.^๓ (นามสมมติ) กล่าวว่า “อยากมีโอกาสร่วมกิจกรรมทางสังคม มีเวทีให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้”

นางสาว ข.^๔ (นามสมมติ) กล่าวว่า “การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวชุมชนและสังคม สร้างการรวมกลุ่ม/เครือข่ายคนพิการ เช่น จัดตั้งกลุ่มหรือชมรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือกัน และกัน เป็นเรื่องที่ดีมากสำหรับคนพิการ”

นาย ง.^๕ (นามสมมติ) กล่าวว่า “อยากให้มีการจัดให้มีเวทีหรือมีงานที่ให้โอกาสคนพิการได้แสดงความสามารถพลังและศักยภาพสร้างแรงจูงใจมากๆ”

นาย จ.^๖ (นามสมมติ) กล่าวว่า “คนในสังคมควรปรับเปลี่ยนหรือสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลคนพิการและควรร่วมมือกันทำให้เกิดกระแสความสำนึกร่วมรับผิดชอบของสังคมต่อคนพิการ”

นางสาว ฉ.^๗ (นามสมมติ) กล่าวว่า “ควรมีกิจกรรมนันทนาการ กีฬาระหว่างคนพิการกับชุมชน เพื่อให้คนพิการได้อยู่ร่วมกับสังคมอย่างเป็นปกติ”

นาย ช.^๘ (นามสมมติ) กล่าวว่า “คนพิการควรได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมทำงานอย่างเท่าเทียมกันกับภาคส่วนต่างๆในสังคมด้วย”

นางสาว ซ.^๙ (นามสมมติ) กล่าวว่า “ต้องการให้สังคมดูแลผู้พิการโดยจัดการศึกษาที่ตลาดแรงงานต้องการที่เหมาะสมกับผู้พิการ เพราะคิดว่าหากมีความรู้ ย่อมมีงานมีเงินดีไม่ลำบากคุณภาพชีวิตจะดีขึ้นตามไปด้วย”

นาย ฅ.^{๑๐} (นามสมมติ) กล่าวว่า “ไม่ต้องรอความช่วยเหลือจากรัฐ ขอเพียงแค่สังคมให้โอกาสในการทำงาน และอำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆตามความเหมาะสมก็ถือว่าได้รับความช่วยเหลือมากแล้ว”

^๓ สัมภาษณ์นางสาว ค.,ผู้พิการจังหวัดนครราชสีมา,เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

^๔ สัมภาษณ์นางสาว ข., ผู้พิการจังหวัดอุบลราชธานี,เมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

^๕ สัมภาษณ์นาย ง.,ผู้พิการจังหวัดชลบุรี,เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

^๖ สัมภาษณ์นาย จ., ผู้พิการจังหวัดเชียงใหม่,เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

^๗ สัมภาษณ์นางสาว ฉ., ผู้พิการจังหวัดเชียงใหม่,เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

^๘ สัมภาษณ์นาย ช.,พี่เลี้ยงผู้พิการ องค์กรคนพิการแห่งหนึ่ง, เมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

^๙ สัมภาษณ์นางสาว ซ.,ผู้พิการจังหวัดนครราชสีมา,เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

^{๑๐} สัมภาษณ์นาย ฅ.,ผู้พิการจังหวัดชลบุรี,เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

๔.๒.๒ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมาย อันประกอบไปด้วยผู้พิการ ผู้บริหารองค์กรผู้พิการ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้พิการ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการ มากที่สุด คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว การบริการที่ได้รับจากภาครัฐ ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ เพราะผู้พิการส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าหากคนพิการได้รับการสนับสนุน ดูแล ให้กำลังใจให้ความสำคัญ ให้คนพิการดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระ และเห็นคุณค่าในตนเอง คนพิการก็จะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองได้

สรุปการเห็นคุณค่าในตนเอง จากการวิจัยเชิงคุณภาพ

ดั่งบทสัมภาษณ์ นาย ญ.^{๑๑} (นามสมมติ) กล่าวว่า “แรงจูงใจในการดำเนินชีวิตหรือแรงบันดาลใจ ซึ่งครอบครัวก็เป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างแรงบันดาลใจได้ดี เช่น การมีลูก หรือการมีครอบครัว มีความรักความห่วงใยกันภายในครอบครัว เป็นต้น”

นาย ญ.^{๑๒} (นามสมมติ) กล่าวว่า “คุณค่าในตนเอง คือสภาพความเป็นอยู่อย่างอิสระ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามสภาพความพิการ เช่น การทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยพึ่งพาผู้ดูแลให้น้อยที่สุดและพยายามให้มีความเป็นอยู่ให้ใกล้เคียงกับคนปกติให้ได้ เช่น มีรายได้มีอาชีพสามารถเลี้ยงดูตัวเองได้ไม่เป็นภาระกับคนในครอบครัว สามารถขับรถจักรยานยนต์ รถยนต์ได้ เป็นต้น

นาย ญ.^{๑๓} (นามสมมติ) กล่าวว่า “บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องเข้าใจในความพิการ มีความรักหวังดีกับผู้พิการต้องพยายามให้ผู้พิการเหล่านี้สามารถช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุดและคอยเป็นกำลังใจ”

นาย ฐ.^{๑๔} (นามสมมติ) กล่าวว่า “ผู้พิการมีความจำเป็นต้องมีเวทีพูดคุยเป็นที่ปรึกษาหารือกับผู้พิการด้วยกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตของแต่ละคน และได้ช่วยกันดูแล และปรับปรุงแก้ไขการดำเนินชีวิตของผู้พิการด้วยกัน”

นาย ท.^{๑๕} (นามสมมติ) กล่าวว่า “จากการทำงานในพื้นที่มาเป็นเวลานานพบว่าคนพิการบางคนถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านคนเดียว โดยผู้ดูแลไปทำงานเพื่อหาเงินเลี้ยงครอบครัว และตอนกลางวันก็ให้ผู้

^{๑๑} สัมภาษณ์นาย ญ., พี่เลี้ยงผู้พิการ องค์กรคนพิการแห่งหนึ่ง,เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

^{๑๒} สัมภาษณ์นาย ญ.,ผู้พิการจังหวัดนครราชสีมา,เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

^{๑๓} สัมภาษณ์นาย ญ.,ผู้บริหารองค์กรคนพิการแห่งหนึ่ง,เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

^{๑๔} สัมภาษณ์นาย ฐ., ผู้พิการจังหวัดเชียงใหม่,เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

^{๑๕} สัมภาษณ์ ท.,ผู้บริหารองค์กรคนพิการแห่งหนึ่ง,เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

พิการให้อยู่บ้านคนเดียว โดยไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับใคร ตลอดเวลาที่อยู่ด้วยกัน โดยที่ผู้พิการไม่มีโอกาสได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ขาดโอกาสหลายประการ”

นางสาว ฒ.^{๑๖} (นามสมมติ) กล่าวว่า “ทราบดีว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้น ในการสร้างแรงบันดาลใจ แต่ไม่สำคัญที่สุด เนื่องจากพิการส่วนใหญ่ รวมทั้งผู้ตนเองมีสถานภาพโสด และอาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง ทำให้ความสำคัญของครอบครัวน้อยลงไป”

นาย ณ.^{๑๗} (นามสมมติ) กล่าวว่า “ต้องการให้คนในครอบครัวมีความรักความผูกพันกัน มีการเห็นอกเห็นใจกัน สามารถปรึกษาพูดคุยได้ทุกเรื่องและสามารถทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันได้ เช่น การไปเที่ยวการไปวัดทำบุญตามประเพณีต่างๆ และไม่รังเกียจหรือรำคาญผู้พิการ”

นาง ด.^{๑๘} (นามสมมติ) กล่าวว่า “ต้องการให้ครอบครัวเปลี่ยนความคิดว่า ผู้พิการไม่ใช่ภาระ แต่ต้องปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ผู้พิการมีความสะดวกในการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง”

นาย ต.^{๑๙} (นามสมมติ) กล่าวว่า “การคมนาคมสำหรับผู้พิการยังไม่ได้มีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการทางด้านสาธารณสุขที่ศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาล เช่น รถโดยสารประจำทางไม่มีทางขึ้นลงสำหรับรถเข็นของผู้พิการ บางโรงพยาบาลไม่มีทางลาด และลิฟต์ที่เหมาะสมกับผู้พิการ และอยากให้ภาครัฐมีนโยบายในการดูแลผู้พิการให้ชัดเจนในการเข้าถึงบริการจากภาครัฐ มีการสำรวจและขึ้นทะเบียนผู้พิการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่”

นาย ถ.^{๒๐} (นามสมมติ) กล่าวว่า “ถ้าหากผู้พิการได้รับการสนับสนุน ดูแลให้กำลังใจให้ความสำคัญให้ผู้พิการดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระและเห็นคุณค่าในตนเองผู้พิการก็จะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองได้”

๔.๓ รูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

จากผลการวิเคราะห์ผลการวิจัยเชิงปริมาณ และจากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ รูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ๕ ประการ ดังนี้

^{๑๖} สัมภาษณ์นางสาว ฒ.,ผู้พิการจังหวัดชลบุรี,เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

^{๑๗} สัมภาษณ์นาย น.,ผู้พิการจังหวัดอุบลราชธานี,เมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

^{๑๘} สัมภาษณ์นาง ด.,ผู้พิการจังหวัดนครราชสีมา,เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

^{๑๙} สัมภาษณ์นาย ต.,ผู้พิการจังหวัดชลบุรี,เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

^{๒๐} สัมภาษณ์นาย ถ.,ผู้บริหารองค์กรคนพิการแห่งหนึ่ง,เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

๑. ส่งเสริมผู้พิการให้เข้าถึงสิทธิสวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างเท่าเทียม

๒. เสริมสร้างความเข้มแข็ง และความร่วมมือกับองค์กรด้านผู้พิการและเครือข่าย

๓. บูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายด้านผู้พิการสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

๔. พัฒนาศักยภาพและสร้างเจตคติที่สร้างสรรค์ต่อผู้พิการและความพิการ

๕. สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ แก่ผู้พิการ

ดั่งบทสัมภาษณ์ นาย ท.^{๒๑} (นามสมมติ) กล่าวว่า “การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการควรเริ่มจากการส่งเสริมพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตของคนพิการตั้งแต่วัยเด็กให้มีความเหมาะสมตามช่วงวัย รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนพิการ ครอบครัว ชุมชน และสถานศึกษา โดยให้คนพิการมีส่วนร่วมทุกกิจกรรมอย่างใกล้ชิดเคียงกับคนทั่วไปการตระหนักในตนเองจึงมีความสำคัญในการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองของคนพิการเพื่อการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน คนพิการที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง มีความหวังและมีความกล้าหาญ จะทำให้เป็นคนที่เหมาะสมผลสำเร็จ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ตนปรารถนา”

นางสาว ธ.^{๒๒} (นามสมมติ) กล่าวว่า “อยากมีโอกาสและความเท่าเทียมในสังคม ได้รับความเข้าใจและการทำงานร่วมกับผู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพตามหลักอารยสถาปัตย์อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งสร้างเจตคติที่เอื้อให้คนพิการเข้าร่วมในกิจกรรมสังคม”

นางสาว น.^{๒๓} (นามสมมติ) กล่าวว่า “ในการเสริมสร้างการสร้างการเรียนรู้ให้ผู้พิการ ควรสื่อสารผ่านช่องทางสาธารณะ เช่น รายการทีวี รายการวิทยุ รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ ในเรื่องราวที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองของคนพิการเพื่อการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน เพื่อเป็นการเปิดพื้นที่การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของคนพิการอย่างเป็นรูปธรรมรวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อสร้างกระบวนการจัดการความรู้ด้านความพิการในประเด็นต่างๆ”

^{๒๑} สัมภาษณ์นาย ท., ผู้บริหารองค์กรคนพิการแห่งหนึ่ง, เมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

^{๒๒} สัมภาษณ์นางสาว ธ., ผู้พิการจังหวัดนครราชสีมา, เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

^{๒๓} สัมภาษณ์นางสาว น., ผู้พิการจังหวัดชลบุรี, เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑.

นาย บ.^{๒๔} (นามสมมติ) กล่าวว่า “ผู้พิการควรเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิทธิ สวัสดิการต่างๆ และไม่ควรถูกการเลือกปฏิบัติกับผู้พิการโดยไม่เป็นธรรม เช่น การรับเข้าเรียน การรับเข้าทำงาน เป็นต้น”

นาย ป.^{๒๕} (นามสมมติ) กล่าวว่า “ประเทศไทยยังไม่มีกำหนดนโยบายสาธารณะที่ชัดเจน จึงอยากให้ผู้มีอำนาจงานที่มีผู้พิสูจน์และพัฒนาว่าเป็นประโยชน์กับผู้พิการมากำหนดนโยบายสาธารณะด้านผู้พิการ โดยประโยชน์สูงสุด และอย่างเป็นรูปธรรม”

นาย ผ.^{๒๖} (นามสมมติ) กล่าวว่า “อยากให้มีการถ่ายทอดประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัวและชุมชนให้มีความรู้และความเข้าใจต่อผู้พิการมากขึ้น”

นาง ฝ.^{๒๗} (นามสมมติ) กล่าวว่า “อยากให้ผู้พิการสามารถเข้าถึงสื่อการเผยแพร่ธรรมที่ทันสมัยได้โดยไม่จำกัดด้วยเรื่องความบกพร่องทางร่างกาย เพราะศรัทธาในหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาแต่มีอุปสรรคทางด้านร่างกายจึงขาดโอกาสอันดีไป”

นาย พ.^{๒๘} (นามสมมติ) กล่าวว่า “พระพุทธศาสนามีแนวทางในการฝึกฝนพัฒนาจิตตามสภาพความสามารถและประเภทของความพิการอย่างเหมาะสม โดยใช้หลักธรรมต่างๆ เป็นเครื่องมือการฟื้นฟู เช่น การรักษาศีล และการฝึกสมาธิภาวนา เป็นต้น เพื่อจิตใจเบิกบาน มีความสุขแจ่มใสอยู่เสมอ”

บทสรุปองค์ความรู้

สำหรับการวิจัยเรื่องการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย มีเป้าหมายเพื่อสร้างองค์ความรู้สำหรับสังคมไทยในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทั้งทางกายและใจสำหรับผู้พิการ เพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ทรงคุณค่าในสังคมไทย

โดยออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ สอบถามเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย และระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย และการสัมภาษณ์ คำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย

^{๒๔} สัมภาษณ์ บ.,ผู้พิการจังหวัดเชียงใหม่,เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

^{๒๕} สัมภาษณ์นาย ป.,ผู้พิการจังหวัดเชียงใหม่,เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

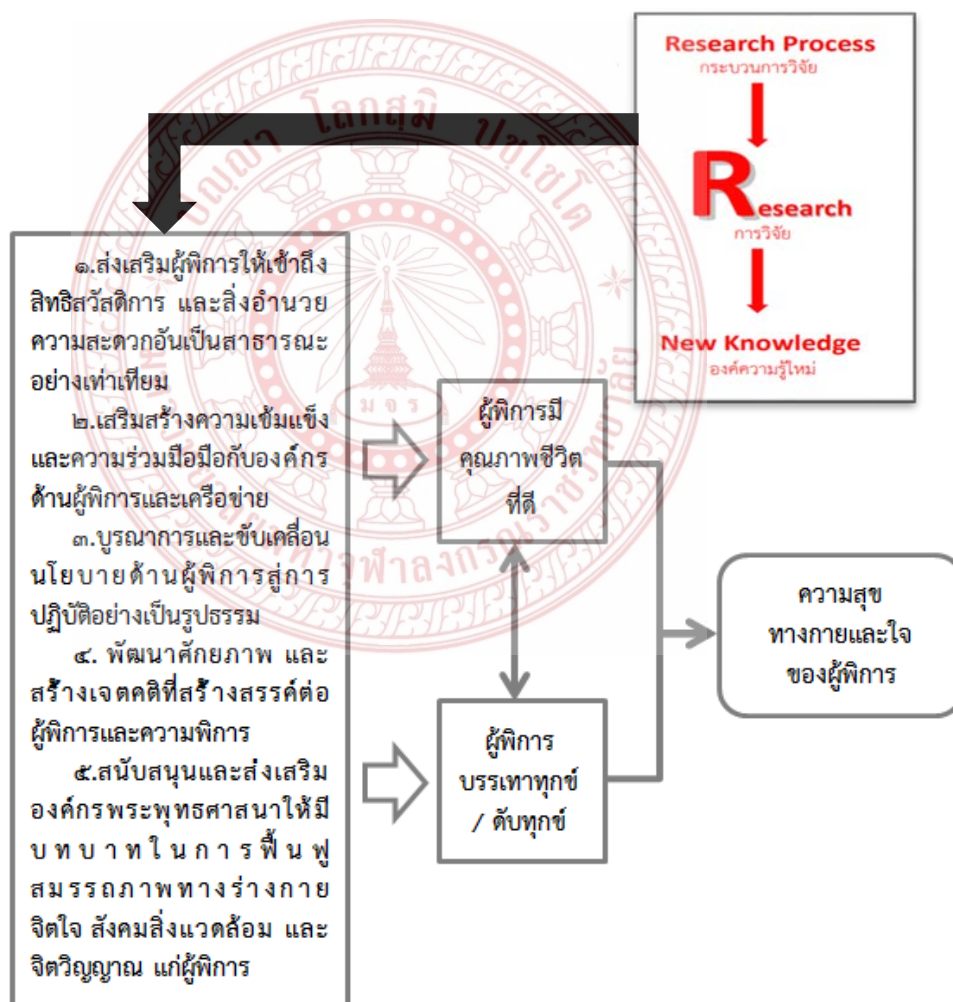
^{๒๖} สัมภาษณ์นาย ผ.,ผู้พิการจังหวัดอุบลราชธานี,เมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

^{๒๗} สัมภาษณ์นาย ฝ.,ผู้พิการจังหวัดอุบลราชธานี,เมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

^{๒๘} สัมภาษณ์นาย พ.,ผู้พิการจังหวัดอุบลราชธานี,เมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑.

ผลการวิจัยรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ในครั้งนี้สรุปเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญ ๕ ประการ ดังนี้

๑. ส่งเสริมผู้พิการให้เข้าถึงสิทธิสวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ อย่างเท่าเทียม
๒. เสริมสร้างความเข้มแข็ง และความร่วมมือกับองค์กรด้านผู้พิการและเครือข่าย
๓. บูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายด้านผู้พิการสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
๔. พัฒนาศักยภาพและสร้างเจตคติที่สร้างสรรค์ต่อผู้พิการและความพิการ
๕. สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ แก่ผู้พิการ



ภาพที่ ๑๐ องค์ความรู้จากการวิจัย

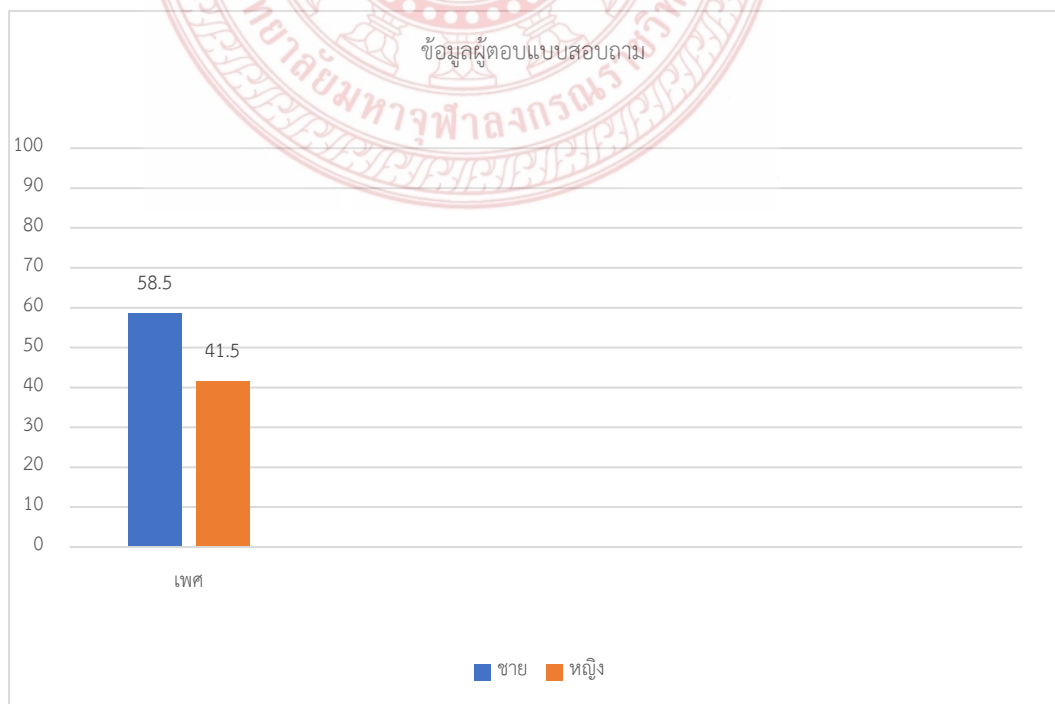
บทที่ ๕

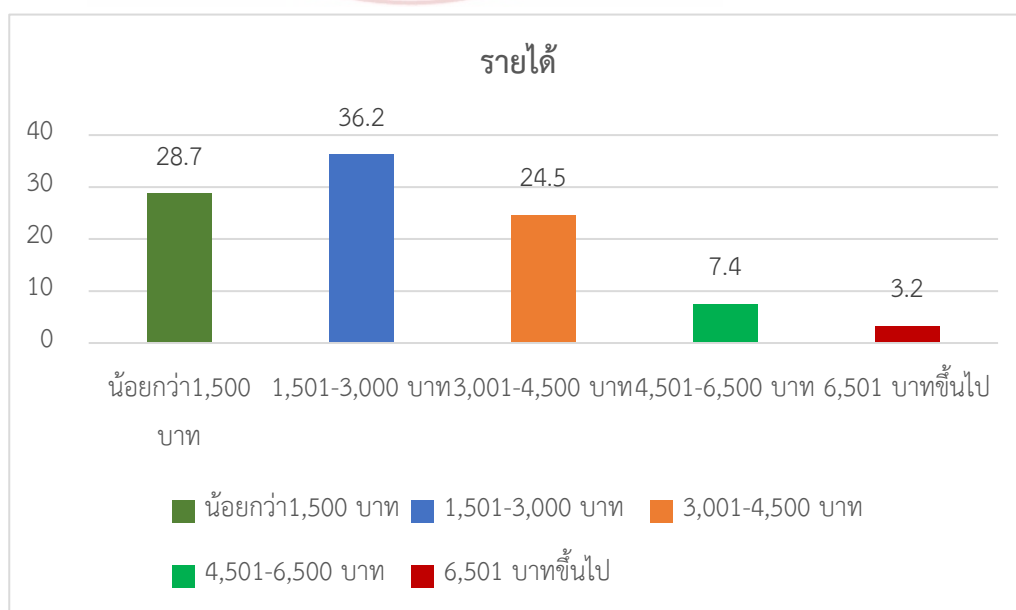
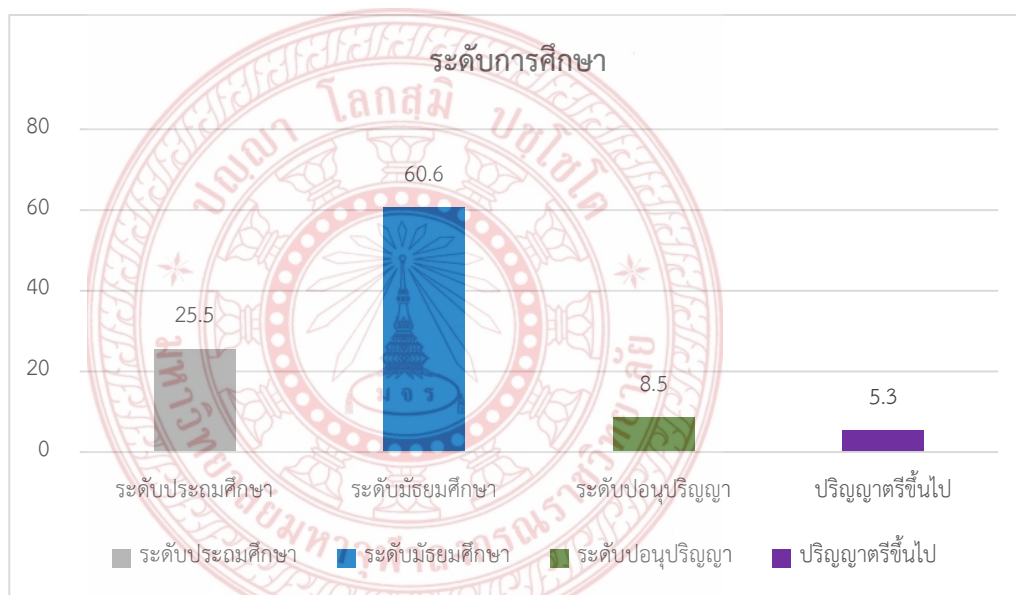
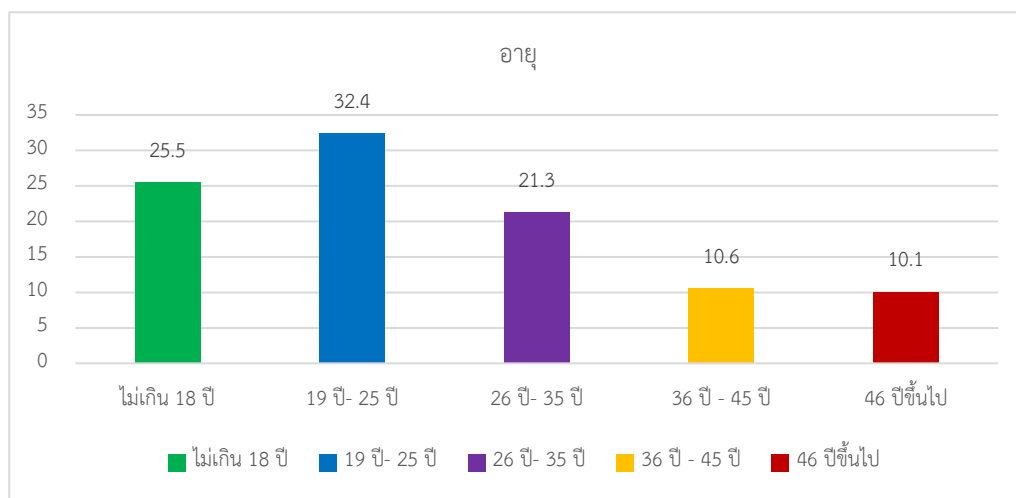
สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

๕.๑ สรุปผลการวิจัย

การศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ๒) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ๓) เพื่อสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย จำนวน ๑๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๕ อายุ ๑๙-๒๕ ปี จำนวน ๖๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๔ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน ๑๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๖ มีรายได้ ๑,๕๐๑-๓,๐๐๐ บาท จำนวน ๖๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๒





๑. คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับมาก ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้พิการที่มีเพศ อายุ และรายได้ แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ผู้พิการที่มีระดับการศึกษา แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้าน ไม่แตกต่างกัน

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ มีความคิดเห็นว่าคุณภาพชีวิตผู้พิการ สูงที่สุด คือด้านสัมพันธภาพทางสังคม รองลงมา คือ ด้านสุขภาพกาย การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว และการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ โดยส่วนมากแล้วผู้พิการมองว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการในสังคม ที่ถูกต้องนั้นควรมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ สำหรับผู้พิการมีความจำเป็นอันดับแรกในการแก้ไขหรือปรับปรุงสภาพความเป็นสิ่งที่ผู้พิการทุกคนควรได้รับ และผู้พิการทุกคนต้องการที่จะมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี จึงส่งผลให้มีความต้องการพัฒนาในด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ควรได้รับการใส่ใจและให้ความสำคัญในเบื้องต้น

๒. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการในสังคมไทยผ่านการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ และด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง อยู่ในระดับมาก ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้พิการที่มีเพศ อายุ และรายได้ แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลือ คือ ผู้พิการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ไม่แตกต่างกัน

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการ มากที่สุดคือการเห็นคุณค่าในตนเอง รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว การบริการที่ได้รับจากภาครัฐ เพศ อายุ และรายได้ ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้วผู้พิการในสังคมไทยมีความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมเพราะคนพิการส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้ส่งผลทำให้คนพิการไม่มีเงินเพียงพอที่จะนำมาซ่อมแซมหรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ของตนให้มีความมั่นคง ปลอดภัยและเหมาะสมกับสภาพความพิการของตน จึงส่งผลให้ความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

อย่างไรก็ตามผู้พิการในสังคมไทยมีความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เพราะผู้พิการมองว่าสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ไม่ว่าจะเป็นรถโยกกรรเชียงทางลาด ราวจับทั้งสองข้าง ห้องน้ำสำหรับผู้พิการ ที่จอดรถสำหรับผู้พิการ ป้ายสัญลักษณ์ต่างๆ ที่บอกประเภทผู้พิการเพื่อให้ผู้พิการเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็วขึ้น สิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านี้ จะช่วยทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของคนพิการดีขึ้นมีความเสมอภาค และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป

ผู้พิการยังมีความต้องการให้มีการส่งเสริมอาชีพตามความสามารถของคนพิการ เช่น การขายสลากกินแบ่งรัฐบาล ขายผ้า ขายของชำ นวดแผนโบราณ ทำดอกไม้จันทน์ ดอกไม้ประดิษฐ์ เพื่อช่วยเหลือให้คนพิการมีงานทำ และต้องการเงินทุนในการประกอบอาชีพด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม คนพิการต้องการให้มีการจัดหาและดูแลที่อยู่อาศัยของคนพิการให้มีความมั่นคงแข็งแรง ต้องการให้มีการช่วยเหลือคนพิการหรือครอบครัวคนพิการในการปรับปรุงซ่อมแซมห้องน้ำของคนพิการ และต้องการให้ปรับปรุงซ่อมแซม สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับคนพิการด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมคนพิการ

นอกจากนี้แล้วผู้พิการยังมีความต้องการโอกาสในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมและต้องการให้จัดตั้งชมรมคนพิการ เพื่อจะได้เป็นที่ปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ดังนั้นในส่วนนี้จึงควรมีการดำเนินการจัดกิจกรรมให้ผู้พิการได้มีส่วนร่วมมากขึ้น และจัดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกด้านอย่างมีความต่อเนื่อง โดยให้มีความเหมาะสมกับลักษณะความพิการของแต่ละบุคคล และควรดำเนินการจัดตั้งชมรมคนพิการ เพื่อให้คนพิการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และทำให้เกิดความเข้มแข็งสามารถพึ่งพาตนเองได้ตลอดจนการอยู่ร่วมกับบุคคลทั่วไปในทางสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีต่อไป

๓. การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยต้องอาศัยองค์ประกอบ ๕ ด้าน ดังนี้

๑. ส่งเสริมผู้พิการให้เข้าถึงสิทธิสวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างเท่าเทียม
๒. เสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือกับองค์กรด้านผู้พิการและเครือข่าย
๓. บูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายด้านผู้พิการสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
๔. พัฒนาศักยภาพและสร้างเจตคติที่สร้างสรรค์ต่อผู้พิการและความพิการ

๕. สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ แก่ผู้พิการในสังคมไทย

จากหลักการข้างต้นจะเห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการในสังคมไทยควรพัฒนาในด้านต่างๆโดยมีการพัฒนาด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมต่างเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาผู้พิการ เพราะโดยความเป็นจริงแล้วการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยควรมีการพัฒนาให้ครอบคลุมตัวอย่างรอบด้านโดยมีด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งในแต่ละด้านต่างเป็นองค์ประกอบและปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพที่พึงประสงค์ต่อไป โดยเฉพาะความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมทางสังคมต่างเป็นปัจจัยที่มีทำให้ผู้พิการดำรงและดำเนินชีวิตได้ด้วยความสามารถมีความมั่นใจในความเป็นผู้พิการทั้งในระดับครอบครัวและระดับสังคม หากผู้พิการมีสุขภาพจิตที่เบิกบานมีความสุขและความสดชื่นแจ่มใส ผู้พิการจะไม่มีจิตใจที่ท้อแท้ ห่อเหี่ยว และสิ้นหวัง การดูแลสุขภาพจิตของผู้พิการจึงเป็นสิ่งจำเป็นในเบื้องต้นที่ควรเริ่มต้นง่าย ๆ จากผู้พิการโดยผู้พิการรู้จักวิธีคิดด้วยพลังบวกในการดำเนินชีวิต ทำให้กล้าคิดและกล้าทำเป็นการพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสและใช้เป็นเกาะป้องกันความผิดพลาดในการดำเนินชีวิตที่ดีสำหรับผู้พิการในโอกาสต่อไป

๕.๒ อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย จำนวน ๑๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๕ อายุ ๑๙-๒๕ ปี จำนวน ๖๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๔ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน ๑๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๖ มีรายได้ ๑,๕๐๑-๓,๐๐๐ บาท จำนวน ๖๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๒ ซึ่งสอดคล้องกับ สถิติข้อมูลคนพิการ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๓๗ ถึง ๓๑ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๑ ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยรวมทั้งประเทศ^๑ เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๓.๙๖ อายุ ๑๙-๒๕ ปี ร้อยละ ๓๔.๐ แต่ไม่สอดคล้องกับ สถิติข้อมูลรายงานสถานการณ์ทางสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี ๒๕๖๑ (มกราคม - มีนาคม) คนพิการส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) ร้อยละ ๕๔.๒๙ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ ๖๑.๙ มีรายได้ ๑,๕๐๑-๓,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๓๕.๑ คนพิการส่วนใหญ่อยู่ในวัยเด็กและวัยศึกษา (แรกเกิด - ๒๑ ปี) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะการสำรวจข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ เป็นการลงพื้นที่เฉพาะศูนย์พัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูคนพิการ ๔ แห่ง อาจจะได้ข้อมูลที่ไม่

^๑ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (ออนไลน์). <https://www.m-society.go.th.> (๑ กันยายน ๒๕๖๑)

เพียงพอในด้านปริมาณ และผู้พิการส่วนใหญ่เป็นผู้พิการอยู่ในวัยเรียนที่สนใจสมัครใจเข้ามาศึกษาวิชาชีพเพื่อการประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองในอนาคต และมีเฉพาะผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จึงทำให้ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับสถิติโดยรวมของประเทศซึ่งมีผู้พิการทุกประเภท และโดยรวมทุกจังหวัด

๑. คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับมาก ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้พิการที่มีเพศ และรายได้ แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ผู้พิการที่มีอายุ และระดับการศึกษา แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้าน ๓ ด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลือ คือ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ มีความคิดเห็นว่าคุณภาพชีวิตผู้พิการ สูงที่สุด คือด้านสัมพันธภาพทางสังคม รองลงมา คือ ด้านสุขภาพกาย การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว และการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ ตามลำดับ นอกจากนั้นพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ

จากสรุปผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะการมีความสัมพันธ์ และการทำหน้าที่ในสังคมตามความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ มีความสัมพันธ์ที่ดีในสังคม ซึ่งเริ่มต้นจากความสัมพันธ์ในครอบครัว จะส่งผลให้ระดับความสุขของคนพิการเพิ่มมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีบุคคลย่อมจะรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ดังนั้น การเห็นคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวบ่งชี้หนึ่ง ของคุณภาพชีวิต เนื่องจากคนพิการเป็นบุคคลที่ต้องเผชิญกับ การเปลี่ยนแปลงภายใต้ข้อจำกัดความสามารถด้านต่าง ๆ ซึ่ง อาจทำให้เกิดความรู้สึกด้อยหรือสูญเสีย หากมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความสามารถเผชิญอุปสรรคในชีวิตและมี ความมั่นใจ ไม่รู้สึกไร้คุณค่า มีความพึงพอใจในตนเองและปรับตัวได้คนพิการที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงประกอบกับมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีก็จะส่งผลให้สามารถควบคุมตนเองและแก้ปัญหา รวมทั้งปรับตัวได้ดีส่งผลต่อการมี คุณภาพชีวิตที่ดีด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับ ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ^๒ ที่ได้ศึกษาวิจัย คุณภาพชีวิต ปัญหา และความต้องการ ของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการ พบว่าผู้พิการทางการมองเห็น ทาง

^๒ ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, คุณภาพชีวิต ปัญหา และความต้องการ ของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี, (วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, ปีที่ ๒๘ ฉบับที่ ๒, ๒๕๕๔), หน้า ๑๐๒.

กายและการ เคลื่อนไหว ในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การ บริหารส่วนตำบลท่าช้าง โดยส่วนใหญ่มีระดับ คุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ ๙๕.๓ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้าน สิ่งแวดล้อม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพ โดยรวมในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับ **นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา**^๓ ได้ทำการศึกษาวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตเมือง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ ปานกลางและพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ที่สุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและ การสนับสนุนทางสังคมให้กับคนพิการในชุมชนเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

๒. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ และด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง อยู่ในระดับมาก ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้พิการที่มีเพศ อายุ และรายได้ แตกต่างกัน มีความความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลือ คือ ผู้พิการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ไม่แตกต่างกัน

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการ มากที่สุดคือการเห็นคุณค่าในตนเอง รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว การบริการที่ได้รับจากภาครัฐ เพศ อายุ และรายได้ ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ

จากสรุปผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าการที่ผู้พิการรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองมีคุณค่านั้น เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยให้ผู้พิการมีกำลังใจกำลังใจ มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองซึ่งสามารถทำให้เกิดพัฒนาการแห่งการปรับตัวไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ และสามารถช่วยเหลือตนเองรวมทั้งบุคคลรอบข้างได้อีกด้วยสำหรับสัมพันธภาพในครอบครัวและบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมที่ดีนั้น เป็นเสมือนแรงเสริม

^๓ นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา, การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตเมือง, (วารสารพยาบาลทหารบก,ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๓, ๒๕๕๘),หน้า ๒๐-๒๑.

(Reinforcement) ที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้พิการและช่วยป้องกันผลร้ายที่เกิดจากสภาพปัญหาทางอารมณ์ต่าง ๆ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้พิการสามารถประเมินภาวะที่คุกคามอยู่ให้มีความรุนแรงน้อยลง การกระตุ้นให้มีความสำคัญ และใช้ศักยภาพของครอบครัวในชุมชนช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้พิการ (Community Base Rehabilitation) สอดคล้องกับ **วรรณิ ศิริวิสัย และคณะ**^๔ ได้ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตกรณีศึกษาตำบลคูบัว ตำบลดอนตะโก ตำบลดอนแร่ และตำบลอ่างทอง อ.เมือง จ.ราชบุรี พบว่าปัจจัยความสำเร็จในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ ประกอบด้วย ๔ ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านชุมชน และปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย การหาวิธีช่วยเหลือตนเองและประดิษฐ์อุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ ระยะเวลาที่เกิดความพิการ การยอมรับ การปรับตัว ความเชื่อในอำนาจภายในของตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และมีงานทำมีรายได้ ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย การมีสมาชิกของครอบครัวเป็นผู้ดูแล และดำรงชีวิตในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในครอบครัว ปัจจัยด้านชุมชน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ในชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและสมาชิกชุมชน ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย นโยบายการช่วยเหลือคนพิการ การสร้างอาชีพให้กับคนพิการ และวัฒนธรรมการดูแล อย่างไรก็ตามปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คือ ปัจจัยด้านบุคคลนั่นเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยอมรับความพิการจะทำให้บุคคลพลังอำนาจภายใน ตัวเองที่จะเป็นอิสระต่อความพิการของตนเอง เกิดศักยภาพในการเรียนรู้ การปรับวิถีชีวิตของตนเองให้เข้ากับพิการ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว จะทำให้คนพิการเกิดความมั่นคงทางอารมณ์พร้อมที่จะอยู่กับความพิการอย่างมีความสุข นอกจากนี้ปัจจัยด้านชุมชนและปัจจัยด้านสังคมมีส่วนช่วยให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น เบี้ยยังชีพ การสร้างอาชีพ การปรับภูมิทัศน์ให้คนพิการสามารถใช้พื้นที่ร่วมได้เช่นคนปกติ เป็นต้น ประเด็นสำคัญคือสังคมต้องแสดงให้เห็นว่าสามารถอยู่ร่วมกับคนพิการเช่นคนปกติ เคารพในศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชนและสิทธิคนพิการ และสอดคล้องกับ **ศมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์ และคณะ**^๕ ได้ศึกษาวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว เกิดจากการที่บุคคลสำคัญในชีวิตของเขา เช่น พ่อ แม่ ญาติ และเพื่อนปฏิบัติต่อเขาในลักษณะที่เป็นการยอมรับ เคารพและ

^๔ วรรณิ ศิริวิสัย และคณะ, ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตกรณีศึกษาตำบลคูบัว ตำบลดอนตะโก ตำบลดอนแร่ และตำบลอ่างทอง อ.เมือง จ.ราชบุรี, รายงานการวิจัย (ราชบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี, ๒๕๕๔), บทคัดย่อ.

^๕ ศมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์ และคณะ, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี. (ชลบุรี: วารสารการพยาบาลและการศึกษา, ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๓, ๒๕๕๕), หน้า ๓๐-๓๖.

ให้เกียรติ รวมทั้งการมีประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จที่ได้กระทำสิ่งต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมายทำให้เขาได้รับการยอมรับ ดังนั้นจึงส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จนเกิดเป็นพลังในการจัดการกับชีวิต ส่งเสริมให้เกิดกำลังใจ ในการเผชิญกับปัญหา พร้อมทั้งแก้ไขปัญหานำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งต่างจาก บุคคลที่ไม่ได้รับการยอมรับ จะเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่พร้อมเผชิญปัญหา ทำให้เกิดความซึมเศร้า ความกังวล ท้อแท้และเบื่อหน่ายชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ ๕๕.๒๐) และพบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ อาจเป็นเพราะผู้พิการส่วนใหญ่อาจเคยได้รับความรู้ และได้รับคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือมีผู้คอยกระตุ้นเตือนให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดประสบการณ์ในการปฏิบัติตน เพื่อดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย หรือช่วยตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่

๓. การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยต้องอาศัยองค์ประกอบ ๕ ด้าน ดังนี้

๑. ส่งเสริมผู้พิการให้เข้าถึงสิทธิสวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างเท่าเทียม
๒. เสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือกับองค์กรด้านผู้พิการและเครือข่าย
๓. บูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายด้านผู้พิการสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
๔. พัฒนาศักยภาพและสร้างเจตคติที่สร้างสรรค์ต่อผู้พิการและความพิการ
๕. สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรพระพุทธศาสนาให้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ แก่ผู้พิการ

องค์ประกอบ ๕ ด้านนี้ มีความสอดคล้องกับ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๖๐ ในสาระสำคัญของร่างรัฐธรรมนูญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการนั้น^๖ ได้กำหนดไว้ใน มาตรา ๒๗ กำหนดไว้ว่า บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิ และเสรีภาพและได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยสาเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะกระทำไม่ได้และมาตรการรัฐ ที่กำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือ

^๖ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๖๐ มาตรา ๒๗

เสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือ เพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ คนด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม และมาตรา ๗๑ กำหนดไว้ว่ารัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบัน ครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนาการกีฬาไปสู่ความเป็นเลิศและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน รัฐพึงส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดีและมีคุณภาพและความสามารถสูงขึ้น รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรีผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าว ถูกใช้ความรุนแรงหรือเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัดฟื้นฟูเยียวยาผู้ถูกกระทำดังกล่าว ในการจัดสรรงบประมาณ รัฐพึงคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างกันของเพศวัย ทั้งนี้เพื่อความเป็นธรรม และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งความเท่าเทียม^๗ = EQUAL ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ที่กำหนดแนวทางไว้ว่า๑) เสริมพลังคนพิการและองค์กรด้านคนพิการให้มีศักยภาพและความเข้มแข็ง (Empowerment) ๒) พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ขจัดการเลือกปฏิบัติเพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง (Quality Management) ๓) เสริมสร้างความเข้าใจและเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการและความพิการ (Understanding) ๔) สร้างสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะที่ทุกคน เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (Accessibility) ๕) ส่งเสริมการบูรณาการเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างยั่งยืน (Linkage)

ในข้อการสนับสนุนและส่งเสริมองค์กรพระพุทธรูปศาสนาให้มีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ แก่ผู้พิการ สอดคล้องกับ พระมหาอุดม สารเมธี และคณะ^๘ ทำการศึกษาเรื่อง “การวิเคราะห์ความพิการของมนุษย์ทางพระพุทธศาสนา” ผลการวิจัยพบว่า สังคมควรมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้ผู้พิการแสดงความสามารถของตนในเชิงสร้างสรรค์ องค์กรศาสนามีเครื่องมือหรือสื่อการเรียนรู้ธรรมะสำหรับผู้พิการให้สะดวกมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ควรคำนึงถึงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการที่จะเข้าถึงการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติธรรม

ผลการวิจัยภาคสนามพบว่า ผู้พิการที่ประสบความสำเร็จในชีวิตส่วนใหญ่ มีหลักปรัชญาชีวิตและวิธีดำเนินตนที่สอดคล้องกับหลักคำสอนทางศาสนา การใช้ชีวิตภายใต้ความพิการของร่างกายมิได้เป็นอุปสรรคต่อกำลังใจในการมีชีวิตอยู่มากนัก แต่กลับเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้พิการมีศักยภาพในการ

^๗ คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔, (กรุงเทพฯ :กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, ๒๕๖๐), หน้า ๒๑.

^๘ พระมหาอุดม สารเมธี และคณะ, การวิเคราะห์ความพิการของมนุษย์ทางพระพุทธศาสนา, รายงานการวิจัย (อยุธยา:สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑) หน้า ๖๘-๗๑.

พัฒนาตนเองทั้งทางด้านการศึกษา ศิลปะ การเป็นผู้นำทางสังคม ความกล้าคิดกล้าทำในสิ่งสร้างสรรค์ จนสังคมเห็นประจักษ์ได้ สังคมจึงควรสร้างโอกาสแก่ผู้พิการและปฏิบัติต่อผู้พิการด้วยความเป็นมิตร ตามหลักพรหมวิหาร ๔ เกื้อหนุนตามหลักสังคหวัตถุ ๔ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการสร้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้เท่าเทียมกันในสังคม

๕.๒ ข้อเสนอแนะ

๕.๒.๑ ข้อเสนอแนะทั่วไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ผู้วิจัยได้เสนอข้อแนะทั่วไปตามลำดับดังนี้

๑) ด้านการแพทย์ : ควรหาแนวทางหรือพัฒนาระบบบริการให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครบวงจรเพื่อเป้าหมายคือมีสุขภาพะองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพะทางกายจิตสังคมและจิตวิญญาณ

๒) ด้านการศึกษา : ควรให้คนพิการได้รับสิทธิและเข้าถึงระบบทางการศึกษาให้มากขึ้น โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ได้รับเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกตามความต้องการจำเป็นพิเศษของคนพิการแต่ละประเภทและแต่ละบุคคล

๓) ด้านสังคม : สนับสนุนคนพิการให้มีโอกาสร่วมกิจกรรมทางสังคมและส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวชุมชนและสังคมสร้างการรวมกลุ่ม/เครือข่ายคนพิการ/ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อแก้ปัญหาการบัญญัติกฎหมายและนโยบายสังคมที่ขาดความตระหนักในการมีส่วนร่วมของคนพิการในสังคม

๔) ด้านอื่นๆ : สนับสนุนให้พระพุทธศาสนามีบทบาทให้ผู้พิการได้ยึดเหนี่ยวจิตใจให้สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้อย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป และมีความสุขสงบ และส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาให้เป็นกระบวนการหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทุกประเภท โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ สติปัญญา พฤติกรรม คุณธรรม และการดำรงชีวิตในทางที่ถูกที่ควร อย่างเป็นรูปธรรมและเป็นที่ยอมรับของสังคม

๕.๒.๒ ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ครั้งนี้เป็น การวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งผู้วิจัยยังคงมีประเด็นปัญหาที่ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษา ผู้วิจัยเสนอประเด็นปัญหาในการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

๑) การนำผลการวิจัยในครั้งนี้โดยเฉพาะผลการถอดบทเรียนไปเป็นข้อมูลในการจัดทำ แผน
รูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ในระยะยาวได้

๒) สามารถนำข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ไปต่อยอดการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานได้

๓) การนำผลการวิจัยในครั้งนี้โดยเฉพาะผลการถอดบทเรียนไปเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนการสร้างรูปแบบ กำหนดมาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการในสังคมไทย ในระยะยาวได้

บรรณานุกรม

๑. ภาษาบาลี - ไทย:

๑.๑ ข้อมูลปฐมภูมิ:

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พระไตรปิฎกภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ๒๕๐๐. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๕.

_____. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๕.

_____. อรรถกถาภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, โรงพิมพ์วิญญูญาณ, ๒๕๓๒-๒๕๓๔.

๑.๒ ข้อมูลทุติยภูมิ:

๑.๒.๑ หนังสือ:

กระทรวงยุติธรรม. แผนปฏิบัติการ ด้านสิทธิมนุษยชน กระทรวงยุติธรรม พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑. กรุงเทพฯ : กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๕๘.

กรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม. แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๑). กรุงเทพฯ : กรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๕๖.

_____. บทวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์และเชื่อมโยงเพื่อวางทิศทางแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๑). กรุงเทพฯ : กรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๕๖.

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. แผนปฏิบัติราชการ. กรุงเทพมหานคร : กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวง, ๒๕๖๐.

กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, ๒๕๖๐.

คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔. กรุงเทพฯ : กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.

คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน.รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย
จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน .ฉบับที่ ๒๕๖๐. กรุงเทพฯ : หจก. โรงพิมพ์อุดมศึกษา,
๒๕๖๐.

จรรยา คุณมี, การวิจัยทางการศึกษาและการเขียนบทนิพนธ์. อุบลราชธานี : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชธานี, ๒๕๕๑.

ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, ๒๕๕๓.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). พุทธวิธีแก้ปัญหาในศตวรรษที่ ๒๑. พิมพ์ครั้งที่ ๒๐. กรุงเทพฯ:
บริษัทสหธรรมิก จำกัด, ๒๕๓๓.

_____ . สุขภาวะองค์กรรวมแนวพุทธ. พิมพ์ครั้งที่ ๓๔.กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗.

_____ . สุขภาวะองค์กรรวมแนวพุทธ. นครปฐม: วิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๕๗.

พระไพศาล วิสาโล. แลขอบฟ้าเขียวทางเลือกสำคัญสำหรับอนาคตที่กำลังปรากฏเป็นจริง
,กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โกมลคีมทอง, ๒๕๔๙.

พระราชบัญญัติ, พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.๒๕๓๔ มาตรา ๔, ๒๕๓๔

_____ . พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐, ๒๕๕๐

ไพศาล วรคำ. การวิจัยทางการศึกษา, พิมพ์ครั้งที่ ๘. มหาสารคาม: ตักสิลาการพิมพ์, ๒๕๕๙.

ภูษิต ประครองสาย. การสาธารณสุขไทย ๒๕๕๔-๒๕๕๘. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก, ๒๕๕๙.

มยุรี ผิวสุวรรณและคณะ. CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย Community
Based Rehabilitation. กรุงเทพฯ : พรีเมียม เอ็กซ์เพรส, ๒๕๕๖.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๖๐

วลัยลักษณ์, มหาวิทยาลัย. ประมวลพระบรมราโชวาทพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช
ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตร ตั้งแต่พุทธศักราช ๒๔๙๓-๒๕๓๗. นครศรีธรรมราช :
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, ๒๕๓๙

วิไลลักษณ์ ตั้งเจริญ. วิทยาศาสตร์พัฒนาชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ ๖. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยีแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๔.

ศุภลักษณ์ วัฒนวิวัฒน์. วิทยาศาสตร์เพื่อคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ : สถาบันราชภัฏสวนดุสิต, ๒๕๔๒

ศิริ ฮามสุโพธิ์. ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, ๒๕๕๑

ศรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข, กรุงเทพฯ: บริษัท อัทพธู
ครีเอทีฟ จำกัด, ๒๕๕๗.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การจัดการความรู้ และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล

ส่งเสริม สุขภาพตำบล:ประสบการณ์การทำงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ. นนทบุรี :

บริษัท สหมิตร พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, ๒๕๕๓.

สุชาติ โสมประยูร. สุขภาพเพื่อชีวิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๔๑.

สุภาพ วาดเขียน. วิธีวิจัยและสถิติทางการวิจัยในศึกษาศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนา

พานิช, ๒๕๒๓.

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง

ของมนุษย์. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ Convention on the Rights of Persons

with Disabilities. กรุงเทพฯ : หจก.ไอเดีย สแควร์. ๒๕๕๒.

หทัย ชิดานนท์. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๖. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด, ๒๕๕๑.

๑.๒.๒ งานวิจัย

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ. การติดตามการเข้าถึงสิทธิของผู้พิการและการพัฒนา

รูปแบบ ระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของผู้พิการ. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบาย

และวิชาการ กลุ่มวิจัยและวิชาการ, ๒๕๕๗.

บุญสืบ โสโสม และคณะ. เรื่องกระบวนการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพสำหรับ

บุคคลที่มีความพิการ: พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง สาธารณสุข.

กรณีศึกษาจากเครือข่ายภาคีสุภาพ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัย, สระบุรี: วิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท, ๒๕๕๕.

พระมหาอุดม สารเมธี. สัตตัต จันทรทาทอง และชำนาญ เกิดขอ. การวิเคราะห์ความพิการของมนุษย์

ทางพระพุทธศาสนา. รายงานการวิจัย, อยุธยา : สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหา

จุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

ยิ่งยง รุ่งฟ้า และคณะ. เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของบุคคลทุพพลภาพด้วยอุปกรณ์ออกกำลังกาย

ภายในน้ำ. รายงานการวิจัย, ชลบุรี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก. คณะ

วิศวกรรมศาสตร์และสถาปัตยกรรมศาสตร์. สาขา วิชาออกแบบอุตสาหกรรม, ๒๕๕๕.

วรรณิ ศรีวิสัย และคณะ. ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลคนพิการทางกายและการ เคลื่อนไหวที่ส่งผล

ต่อคุณภาพชีวิตกรณีศึกษาตำบลคูบัว ตำบลดอนตะโก ตำบลดอนแร่ และตำบลอ่างทอง

อ.เมือง จ.ราชบุรี. รายงานการวิจัย ราชบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี,

๒๕๕๔.

วิภารัตน์ ยมดิษฐ์ และคณะ. ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลคนพิการทางกายและการ เคลื่อนไหว ที่ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต กรณีศึกษาตำบลเจดีย์หัก ตำบลหินกอง ตำบลน้ำพุ ตำบลห้วยไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. รายงานการวิจัย ราชบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, ๒๕๕๔.

หยาดชล ทวีธนาวิชย์. ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะ ซึมเศร้าของคนพิการ. รายงานการวิจัย, ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, ๒๕๕๔.

อรุณวรรณ เจษฎาเมธาชจร และคณะ. ความแตกต่างของหญิงชายเกี่ยวกับความ รุนแรง และวิธีการ ป้องกันความรุนแรง : เสียงจากผู้พิการและผู้ดูแล. รายงานการวิจัย, สระบุรี: วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท, ๒๕๕๒.

๑.๒.๓ วารสาร

นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าใน ตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตเมือง.วารสารพยาบาล ทหารบก. ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๓. ๒๕๕๘.

บังอร วิลาวลัย และ ประณต นันทิยะกุล. การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของ องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง. ปทุมธานี : วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ๒๕๖๐.

ประเวศ วะสี. สุขภาวะของวัยรุ่น, กรอบมโนทัศน์และเครื่องมือประเมินทางจิตวิทยา, กรุงเทพฯ : วารสารพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๒, ๒๕๕๖.

ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ. คุณภาพชีวิต ปัญหาและความต้องการของผู้พิการ ในเขตพื้นที่ รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษา แพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. ปีที่ ๒๘ ฉบับที่ ๒, ๒๕๕๔.

รัชนี สรรเสริฐ และคณะ. การบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถาน บริการปฐมภูมิ: บทเรียนรู้จากประเทศไทย. ชลบุรี : วารสารการพยาบาลและการศึกษา. ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม-สิงหาคม, ๒๕๕๓.

ศมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์ และคณะ . ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการ เคลื่อนไหวใน จังหวัดปทุมธานี. ชลบุรี: วารสารการพยาบาลและการศึกษา. ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๓. ๒๕๕๙.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ. สวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับคนพิการระดับรุนแรง ในประเทศไทย. รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์, ๒๕๔๙.

เหียงน แวน วาย พันธุ์ทิพย์ รามสูต และบุญยง เกียวการค้า. การปฏิบัติงานของผู้ดูแล เด็กพิการใน
โครงการฟื้นฟูสภาพคนพิการในชุมชนอำเภออินทร์ จังหวัดฮัวไก ประเทศเวียดนาม.
รายงานการวิจัย, กรุงเทพฯ : วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒, ๒๕๕๑.

๑.๒.๔ สื่อออนไลน์

กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF). ค้นเมื่อ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๑, จาก
<https://www.dmh.go.th/test/whoqol>

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคน
พิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๑
จาก <https://www.m-society.go.th>.

ธเนศ ถวิลหวัง. การพัฒนาคุณภาพชีวิตและองค์กร. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ จาก
<http://pvlo-kop.dld.go.th/mypictures/2556/idp/ppt/2.pdf>.

พวงแก้ว กิจธรรม. ประเภทของคนพิการ. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ จาก <http://sichon.wu.ac.th/file/pt-shh-20110120-171550-LGxcP.pdf>.

รัฐบาลไทย-ข่าวทำเนียบรัฐบาล-คำปราศรัยพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา . สืบค้นเมื่อวันที่ ๒
ธันวาคม ๒๕๖๐ จาก <https://www.thaigov.go.th/news>

รายงานสถานการณ์ด้านความพิการในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ จาก
dep.go.th

สาเหตุของความพิการ - สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ ๑๖. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์
๒๕๖๑
จาก <http://kanchanapisek.or.th>

Leonard. M. Definition of Disability: the contribution of EU-MHADIE project to the
international debate. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ จาก <http://www.mhadie.it/getDocument.aspx?FileID=158>.

๑.๒.๕ สัมภาษณ์

๑. นางสาวณิรัตน์ ตันทวรรณะ นายกสมาคมคนพิการจังหวัดนครราชสีมา

๒. นายพงษ์เทพ พานขุนทด ประธานสัมพันธ์/พี่เลี้ยงผู้พิการสมาคมคนพิการจังหวัด
นครราชสีมา

๓. น.ส.ฉะอ้อน แซ่เล่า ผู้พิการจังหวัดนครราชสีมา

๔. น.ส.นพเก้า มอญกลาง	ผู้พิการจังหวัดนครราชสีมา
๕.นางสังวาล สายประสาท	ผู้พิการจังหวัดนครราชสีมา
๖.นายกิตติศักดิ์ พยุงกลาง	ผู้พิการจังหวัดนครราชสีมา
๗.น.ส.โสภา นงงาม	ผู้พิการจังหวัดนครราชสีมา
๘.นายณรงค์ รัตนโสภา	หัวหน้าฝ่ายวิชาการ มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อพัฒนาคนพิการ
จังหวัดชลบุรี	
๙.นายคำพันธุ์ ราชดา	หัวหน้าฝ่ายฝ่ายปกครอง มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อพัฒนาคน
พิการ จังหวัดชลบุรี	
๑๐.นายกิตติ วงศ์งาม	ผู้พิการจังหวัดชลบุรี
๑๑.นายพุทธิชัย จันทรมโน	ผู้พิการจังหวัดชลบุรี
๑๒.นางสาวศิริรัตน์ พันแสนทอง	ผู้พิการจังหวัดชลบุรี
๑๓.นายเกษมพล หุ่นดี	ผู้พิการจังหวัดชลบุรี
๑๔.นางสาวรุ่งมณี ศีลาคำ	ผู้พิการจังหวัดชลบุรี
๑๕.นายธนภัฏโชติ บุญพงศ์ปริตร	ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ
หายาดฝน จังหวัดเชียงใหม่	
๑๖.นางรัตนภรณ์ บุญเพิ่มพูน	ครูฝึกอาชีพสงเคราะห์ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคน
พิการหายาดฝน จังหวัดเชียงใหม่	
๑๗. นายสรวิชัย ทาวิ	ผู้พิการจังหวัดเชียงใหม่
๑๘. นายอิศรานูวัฒน์ กลัดแก้ว	ผู้พิการจังหวัดเชียงใหม่
๑๙. นายกิตติรัฐ ต๊ะสาร	ผู้พิการจังหวัดเชียงใหม่
๒๐. นายจักรวาล บุญपाल	ผู้พิการจังหวัดเชียงใหม่
๒๑. นางสาวอ้อมรัก วิชชัยยา	ผู้พิการจังหวัดเชียงใหม่
๒๒. ว่าที่ร้อยตรีบุญเลิศ ธงสะอาด	ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพบ้านศรี
นาไล จังหวัดอุบลราชธานี	
๒๓.นายสมิงพลาย ธานี	พี่เลี้ยงผู้พิการ ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพบ้าน
ศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี	
๒๔.นางสาวประนอม กาฬเนตร	ผู้พิการจังหวัดอุบลราชธานี
๒๕.นายชัยยุทธ ยุทธตระกูล	ผู้พิการจังหวัดอุบลราชธานี
๒๖.นายสมนึก จิตสิงห์	ผู้พิการจังหวัดอุบลราชธานี
๒๗.นางสุวิบูล บัวลอย	ผู้พิการจังหวัดอุบลราชธานี
๒๘.นายเสงี่ยม มุสิกสาร	ผู้พิการจังหวัดอุบลราชธานี

๒. ภาษาอังกฤษ

๒.๑ PRIMARY SOURCES:

- Adams, T., Bezner, J., & Steinhardt, M.(1997). The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. **American Journal of Health Promotion**, 11(3), 208-18.
- Anspaugh, D. J. Hamrick, M.H. & Rosato, F.D.(1997). **Wellness : Concepts and Applications**. 3 rd ed. Boston : McGraw-Hill.
- Berkman, L.F. and Breslow, L. (1983) Health and Ways of Living: The Alameda Country Study. Oxford University Press, New York.
- Charlsworth, Rosaling. (2000). Understanding Child Development : For Adults Who **Work with Young Children**. 5 th ed. New York : Delmar Thomson Learning.
- Edlin, G., Golanty, E&Brown, K. Mc. C.(2000). **Essentials for Health and Wellness**. 2 nd ed. Sudbury : Uones and Bartlett.
- Haas, B.K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. **Western Journal of Nursing Research**, 21: 728-742.
- Hahn, D.B.&Payne, W.A.(2001). **Focus on Health**. 5 th ed. New York : McGraw-Hill.
- Myers J. E., Sweeney, T. J., & Witmer, J. M. (2000). The wheel of wellness for counseling: A holistic model for treatment planning. **Journal of Counseling and development**, 78(3), 251-266.
- Mader, S.S. (1998). **Human Biology**. 5 th ed. Boston : McGraw-Hill.
- Seiger, L.&Richter, J. (1997). Your Health Your Style : Strategies for Wellness. Dubuque : Times Mirror Higher Education.
- Snustad, D.P.&Simmons, M.J.(2000). **Principles of Genetics**. 2 nd ed. New York :John Willey & Son.
- The WHOQOL GROUP. 1995. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Sciences Medicine**, 41 (10):1403-1409.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
บทความการวิจัย



ภาคผนวก ก
บทความการวิจัย
การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย

นายพลศักดิ์ หอมสมบัติ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ ๑) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ๒) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ๓) เพื่อสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ใช้รูปแบบงานวิจัยเชิงผสมผสาน โดยใช้แบบสอบถาม กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๘๘ คน และการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒๘ คน

ผลการวิจัยพบว่า

๑. คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับมาก ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้พิการที่มีเพศ และรายได้ แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและเป็นรายด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ผู้พิการที่มีอายุ และระดับการศึกษา แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและเป็นรายด้าน ๓ ด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลือ คือ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้พิการ สูงที่สุด คือด้านสัมพันธภาพทางสังคม รองลงมา คือ ด้านสุขภาพกาย การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว และการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ

๒. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ และด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง อยู่ในระดับมาก ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้พิการที่มีเพศ อายุ และรายได้ แตกต่างกัน มีความความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลือ คือ ผู้พิการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ไม่แตกต่างกัน

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการ มากที่สุดคือการเห็นคุณค่าในตนเอง รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว การบริการที่

ได้รับจากภาครัฐ เพศ อายุ และรายได้ ตามลำดับ นอกจากนั้นพบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ

๓.การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยต้องอาศัยองค์ประกอบ ๕ ด้าน คือ ๑) ส่งเสริมผู้พิการให้เข้าถึงสิทธิ สวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น

เป็นสาธารณะอย่างเท่าเทียม ๒) เสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือกับองค์กรด้านผู้พิการและเครือข่าย ๓) บูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายด้านผู้พิการสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ๔) พัฒนาศักยภาพและสร้างเจตคติที่สร้างสรรค์ต่อผู้พิการและความพิการ ๕) สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ แก่ผู้พิการ

คำสำคัญ : ผู้พิการ,รูปแบบ,มาตรการ,วิธีการ,ทุกข์

Abstract

The objectives of this research are: 1) To study the quality of life of the handicapped in Thai society; 2) To study factors affecting the quality of life of the handicapped in Thai society; 3) To create model, measures and methods for developing quality of life among the handicapped in Thai society. Mixed research method was used by providing questionnaires among sampling group of 188 persons and interviewing target group of 28 persons.

The results of this research are as the followings:

1. Quality of life of the handicapped in Thai society

The quality of life of the handicapped in Thai society in total is at moderate level. Social relationship and physical health aspects are at high level. Environment and mental health aspects are at moderate level.

The handicapped with different sex and income have different quality of life in total and by aspect with significant statistics at the level of 0.05.

The handicapped with different age and level of education have different quality of life in total and in 3 aspects with significant statistics at the level of .05 and the difference has not been found for the rest in environment aspect.

In qualitative research, it has been found that the quality of life of the handicapped is at the highest level in social relationship aspect. The lower levels can be

chronologically put as the followings: physical health; participation in the network of the handicapped; relationship within families; and the services received from the government sector. Furthermore, it has been found that sex, age, level of education and income has affected the quality of life of the handicapped.

2. Factors affecting quality of life of the handicapped

Factors affecting quality of life of the handicapped in Thai society in total is at the moderate level. The aspects of participation in the network and self-value of the handicapped is at high levels. The aspects of relationship within families and the services received from the government sector are at moderate level.

The handicapped with different sex, age and income have different opinion on factors affecting quality of life of the handicapped in Thai society in total and by aspects with significant statistics at .05 levels. The rest has been found that the handicapped with different level of education do not have different opinion on quality of life of the handicapped in Thai society in total and by aspects.

In qualitative research, it has been found that the highest factor affecting the quality of life of the handicapped is self-value. The lower levels can be chronologically put as the followings: participation in the network of the handicapped, relationships within families; services received from the government sector, sex, age and income. Furthermore, it has been found that level of education has not affected quality of life of the handicapped.

3. Creating model, measures and methods for developing quality of life of the handicapped in Thai society

From the result of quantitative and qualitative data analysis, it has been found that the results of both research methods are in the same direction including model, measures and methods for developing quality of life of the handicapped in Thai society that necessarily relies on the following five factors: 1) Promoting the handicapped to equally get access to their rights in public welfare and facilities 2) Enhancing strength and cooperation among organizations of the handicapped and their networks 3) Integrating and driving the policies for the handicapped into a concrete practice 4) Developing potentials and creating constructive attitude towards the handicapped and their disability 5) Supporting and promoting Buddhist organizations to have their roles in

rehabilitating the handicapped in physical, mental, social, environmental and spiritual aspects

Key word : disable people, Model, measure, the way, suffering

บทนำ

๑. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามมาตรา ๒๗ แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ได้ระบุว่า บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครอง ตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะกระทำมิได้ มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพ ได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ กำหนดวิสัยทัศน์ “คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง ดำรงชีวิตอิสระ ในสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันอย่างยั่งยืน” ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งความเท่าเทียม (EQUAL) ได้แก่ เสริมพลังคนพิการและองค์กรด้านคนพิการให้มีศักยภาพและความเข้มแข็ง (Empowerment) พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ จัดการเลือกปฏิบัติเพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง (Quality Management) เสริมสร้างความเข้าใจและเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการและความพิการ (Understanding) สร้างสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะที่ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (Accessibility) ส่งเสริมการบูรณาการเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างยั่งยืน (Linkage)

คนพิการถือว่าเป็นบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ด้วยเหตุที่ว่าสภาพความพิการของผู้พิการให้ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการของภาครัฐเอกชนที่ให้ความช่วยเหลือได้สะดวก ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาล การศึกษา การสนับสนุนด้านอาชีพ และอุปสรรคข้อใหญ่อีกข้อหนึ่ง คือ ทัศนคติ รวมถึงข้อรังเกียจของคนในชุมชน และสังคมที่มีต่อผู้พิการ ถูกดูถูกและกีดกันคนพิการจากสังคมทั่วไป ผู้พิการต้อง

เผชิญกับความกดดันหลากหลายรูปแบบ เช่น ปัญหาที่สัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ คนพิการที่มีรูปลักษณะผิดปกติ จะรู้สึกอับอาย ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สะสมมากขึ้นจนเกิดเป็นความทุกข์ทั้งกายและใจ

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกรายงานขณะนี้ประชากรโลกพิการประมาณ ๖๕๐ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๑๐ ของประชากรโลกทั้งหมด ในส่วนของประเทศไทย รายงานของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ล่าสุดในเดือน สิงหาคม ๒๖๐ มีคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว ๑.๘ ล้านกว่าคน เกือบร้อยละ ๕๐ หรือจำนวน ๘๗๕,๗๑๗ คน พิกัดทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นกลุ่มคนพิการที่พบมากอันดับ ๑ ของประเทศประชากรของโลกอย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ เป็นคนพิการคนพิการ โดยส่วนมากอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งตกอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความยากจนคนพิการคนพิการจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีศักยภาพน้อยที่สุดและตกอยู่ในความเสี่ยงสูงสุดกลุ่มหนึ่งของโลกและคนพิการมักรู้สึกตัวว่าตนเองมีมลทินและมักจะประสบกับปัญหาเรื่องการกีดกัน ทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ การศึกษาและโอกาสในการมีความเป็นอยู่ที่ดีในระดับที่จำกัด

องค์การสหประชาชาติได้ประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิคนพิการ ค.ศ. ๑๙๗๕ (Declaration on the Rights of Disabled Persons, 1975) และประกาศให้ พ.ศ. ๒๕๒๔ เป็นปีคนพิการสากล (United Nations International Year of Disabled Persons, 1981 หรือ IYDP) เพื่อให้รัฐสมาชิกทั่วโลกได้ตระหนักถึงสิทธิของคนพิการ โดยได้เน้นเรื่องความเสมอภาค แห่งสิทธิและโอกาส หมายถึง การที่คนพิการจะต้องสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป และเป็นหน้าที่ของสังคมหรือรัฐที่จะต้องจัดหมายที่จำกัดสิทธิหรืออุปสรรคต่าง ๆ เพื่อที่จะทำให้คนพิการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่นับตั้งแต่บัดนั้นมาคนพิการเริ่มต้นตัวมากขึ้นเนื่องจากสภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป คนพิการต้องต่อสู้เพื่อสิทธิของตนเองมากขึ้น จึงมีผลให้องค์กรของคนพิการเกิดขึ้นอีกหลายองค์กร

ในปัจจุบันประเทศไทยจึงได้มีหน่วยงานทั้งภาครัฐภาคเอกชนที่ดำเนินการช่วยเหลือพัฒนาคนพิการ ทั้งในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ และตำบล ในแง่กฎหมาย ได้มีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. ๒๕๖๐ รวมถึงกฎกระทรวงต่างๆ ซึ่งกำหนดไว้ชัดเจนถึงการแบ่งประเภทคนพิการ การคุ้มครอง สงเคราะห์ พื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ และการพัฒนาคนพิการในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยยึดหลักการสิทธิมนุษยชน (Human Rights) เน้นและเชื่อในเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งหมายถึงมนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีและความเสมอภาคเท่าเทียมกัน คนพิการถือเป็นมนุษย์คนหนึ่ง ก็มีสิทธิศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับบุคคลอื่นด้วยเช่นกันสิทธินี้รวมถึงการตัดสินใจ การได้รับบริการด้านต่างๆ ด้านการแพทย์การศึกษา อาชีพ และการอยู่ร่วมอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมของตนเอง สอดคล้องกับคำปราชัย ของพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีเนื่องในโอกาส “ วันคนพิการสากล ” วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๐ ว่ารัฐบาลได้กำหนดประเด็นหลัก (Theme) คือ “การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมที่ยั่งยืนสำหรับทุกคน (Transformation towards

sustainable and resilient society for all) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง ตามเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน ในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ ภายใต้แนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” (Leave no one behind) รัฐบาลมีนโยบายมุ่งมั่นขับเคลื่อนการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ตั้งแต่ระดับฐานราก เพื่อพัฒนาประเทศสู่สังคม “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนคนไทยให้มีความอยู่ดี กินดี มีความสุข ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Leave no one behind) จึงได้ให้ความสำคัญในการเร่งแก้ไขปัญหาคอขวดทางสังคม และสร้างโอกาสให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการของภาครัฐ และสวัสดิการทางสังคมให้ทั่วถึงทุกพื้นที่ทั่วประเทศอย่างเท่าเทียม และเป็นธรรม โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในทุกๆ ด้าน ภายใต้การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคมตามนโยบายประชารัฐเพื่อสังคม โดยร่วมมือกันส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสำหรับคนพิการ และมุ่งเสริมสร้างสังคมที่ปราศจากอุปสรรค และการจัดสวัสดิการให้ความช่วยเหลือคนพิการในด้านต่างๆ ที่เหมาะสม เช่น การให้สวัสดิการเบี้ยยังชีพคนพิการ สวัสดิการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา และด้านการกีดกันอย่างเสมอภาค เท่าเทียม ทั่วถึง และเป็นธรรม ตลอดจนการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐาน การเข้าถึงสวัสดิการและบริการสาธารณะอย่างทั่วถึงโดยไม่เลือกปฏิบัติ รวมถึงส่งเสริมให้มีการสร้างอาชีพและสนับสนุนให้คนพิการมีงานทำในสถานประกอบการ เพื่อหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว และสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและในปีรัฐบาลร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน จัดงานมหกรรมอารยสถาปัตย์และนวัตกรรมสุขภาพเพื่อคนทั้งมวล ครั้งที่ ๒ ขึ้น เพื่อบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในรูปแบบประชารัฐ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ลดความเหลื่อมล้ำ เสริมสร้างสังคม การให้เกียรติ โอกาส และกำลังใจ เพื่อให้คนพิการได้รับการพัฒนาศักยภาพการคุ้มครอง การส่งเสริมสิทธิ และการจัดสวัสดิการอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทยเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทั้งทางกายและใจสำหรับผู้พิการเพื่อช่วยให้มีความเข้มแข็ง สามารถช่วยให้สังคมไทยได้พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ทรงคุณค่าต่อไป

๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ๒.๑ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย
- ๒.๒ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย
- ๒.๓ เพื่อสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๓. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ผู้วิจัยได้นำเสนอขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้

๓.๑ รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้ทั้ง การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มเป้าหมาย ประชากรในการวิจัย คือ ผู้พิการ ผู้บริหาร องค์กรคนพิการ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๓๕๓ คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้พิการ ผู้บริหารองค์กรคนพิการ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑๘๘ คน

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย คือ ผู้พิการ ผู้บริหารองค์กรคนพิการ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลคน พิการ จำนวน ๒๘ คน

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่มีลักษณะ คำถามแบบปลายปิด (Close-Ended Questions), คำถามปลายเปิด (Open-ended questions) สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ และแบบสัมภาษณ์เป็นทางการ (Formal Interview) สำหรับการวิจัยเชิง คุณภาพ

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๘๘ คน และทำการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) จำนวน ๔๘ คน เพื่อจะได้นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาต่อไป

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลภูมิหลังของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงค่าร้อยละ (Percentage) นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน ไปวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลเป็นรายด้าน และโดยรวม โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบความ เรียงและวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ในตอน ที่ ๓ และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ในตอนที่ ๔ จำแนกตามเพศ วิเคราะห์ ด้วย t-test แบบ Independent และจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ วิเคราะห์ด้วย F-test (One Way ANOVA)

การวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ในแบบสอบถามตอนที่ ๔ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำเสนอ แบบบรรยายเรียงความ

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากกลุ่มเป้าหมาย นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาต่อไป

๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยในเชิงปริมาณ ใช้สถิติเพื่อ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติพื้นฐาน, สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

๔. ผลการวิจัย

การศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ๒) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ๓) เพื่อสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๖.๗ อายุ ๑๙-๒๕ ปี ร้อยละ ๓๔.๐ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ ๖๑.๙ มีรายได้ ๑,๕๐๑-๓,๐๐๐ บาท จำนวน ร้อยละ ๓๕.๑

๑. คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับมาก ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้พิการที่มีเพศ และรายได้ แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ผู้พิการที่มีอายุ และระดับการศึกษา แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้าน ๓ ด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลือ คือ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ มีความคิดเห็นว่าคุณภาพชีวิตผู้พิการ สูงที่สุด คือด้านสัมพันธภาพทางสังคม รองลงมา คือ ด้านสุขภาพกาย การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว และการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ ตามลำดับ นอกจากนั้นพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ

๒. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ และด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง อยู่ในระดับมาก ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้พิการที่มีเพศ อายุ และรายได้ แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลือ คือ ผู้พิการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ไม่แตกต่างกัน

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการ มากที่สุดคือการเห็นคุณค่าในตนเอง รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว การบริการที่ได้รับจากภาครัฐ เพศ อายุ และรายได้ ตามลำดับ นอกจากนั้นพบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ

๓.การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยต้องอาศัยองค์ประกอบ ๕ ด้าน ดังนี้

๑. ส่งเสริมผู้พิการให้เข้าถึงสิทธิสวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างเท่าเทียม
๒. เสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือกับองค์กรด้านผู้พิการและเครือข่าย
๓. บูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายด้านผู้พิการสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
๔. พัฒนาศักยภาพและสร้างเจตคติที่สร้างสรรค์ต่อผู้พิการและความพิการ
๕. สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ แก่ผู้พิการ

๕. ข้อเสนอแนะ

๕.๑ ข้อเสนอแนะทั่วไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ผู้วิจัยได้เสนอข้อแนะทั่วไปตามลำดับดังนี้

๑) ด้านการแพทย์ : ควรหาแนวทางหรือพัฒนาระบบบริการให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครบวงจรเพื่อเป้าหมายคือมีสุขภาวะองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งสุขภาวะทางกายจิตสังคมและจิตวิญญาณ

๒) ด้านการศึกษา : ควรให้คนพิการได้รับสิทธิและเข้าถึงระบบทางการศึกษาให้มากขึ้น โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ได้รับเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกตามความต้องการจำเป็นพิเศษของคนพิการแต่ละประเภทและแต่ละบุคคล

๓) ด้านสังคม : สนับสนุนคนพิการให้มีโอกาสร่วมกิจกรรมทางสังคมและส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวชุมชนและสังคมสร้างการรวมกลุ่ม/เครือข่ายคนพิการ/ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อแก้ปัญหาการบัญญัติกฎหมายและนโยบายสังคมที่ขาดความตระหนักในการมีส่วนร่วมของคนพิการในสังคม

๔) ด้านอื่นๆ : สนับสนุนให้พระพุทธศาสนามีบทบาทให้ผู้พิการได้ยึดเหนี่ยวจิตใจให้สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้อย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป และมีความสุขสงบ และส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาให้เป็นกระบวนการหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทุกประเภท โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ สติปัญญา พฤติกรรม คุณธรรม และการดำรงชีวิตในทางที่ถูกที่ควรอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นที่ยอมรับของสังคม

๕.๒. ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ครั้งนี้เป็น การวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งผู้วิจัยยังคงมีประเด็นปัญหาที่ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษา ผู้วิจัยเสนอประเด็นปัญหาใน การวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

๑) การนำผลการวิจัยในครั้งนี้โดยเฉพาะผลการถอดบทเรียนไปเป็นข้อมูลในการจัดทำแผน รูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ในระยะยาวได้

๒) สามารถนำข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ ไปต่อยอดการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อส่งเสริม ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานได้

๓) การนำผลการวิจัยในครั้งนี้โดยเฉพาะผลการถอดบทเรียนไปเป็นข้อมูลในการจัดทำ แผนการสร้างรูปแบบ กำหนดมาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการในสังคมไทย ในระยะยาว ได้

บรรณานุกรม

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. แผนปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร :กรมส่งเสริม และ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ,๒๕๖๐.

คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔. กรุงเทพมหานคร :กรมส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ, ๒๕๖๐.

คำปราชัย พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา (ออนไลน์) : [https:// www.thaigov.go.th/news/](https://www.thaigov.go.th/news/) (๒ ธันวาคม ๒๕๖๐).

มยุรี ผิวสุวรรณ และคณะ.CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community Based Rehabilitation). กรุงเทพมหานคร : พรีเมียม เอ็กซ์เพรส, ๒๕๕๖.

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐. กรุงเทพมหานคร :สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ,๒๕๖๐.

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). กรุงเทพมหานคร : ไอเดีย สแควร์, ๒๕๕๒.

ภาคผนวก ข
กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำผลจากโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์



ภาคผนวก ข

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำผลจากโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์

๑. กิจกรรมด้านการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษา

- สามารถนำกระบวนการศึกษาวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนในรายวิชา เช่น รายวิชา ประชากรศึกษา รายวิชาทรัพยากรธรรมชาติกับการพัฒนาประชากร, รายวิชามนุษย์กับสังคม, รายวิชา มนุษย์กับสิ่งแวดล้อม และรายวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาเบื้องต้น เป็นต้น ทั้งในระดับปริญญาตรี และปริญญาโท ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

- สามารถนำผลการศึกษาไปสะท้อนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตผู้พิการ เช่น กรมพัฒนาชุมชน, หน่วยงานในท้องถิ่น เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ตำบล และหมู่บ้าน เพื่อกำหนดรูปแบบ มาตรการ และ วิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการใน สังคมไทย

- สามารถนำผลการศึกษาไปคิดวิเคราะห์ร่วมกับพระสงฆ์, นักวิชาการด้านการพัฒนาใน ท้องถิ่น โดยความร่วมมือของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี องค์การชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี

๒. กิจกรรมด้านส่งเสริมการสร้างรูปแบบ มาตรการ และ วิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ พิการในสังคมไทย

- สามารถพัฒนาการร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ เพื่อสร้างสรรค์รูปแบบ มาตรการ และ วิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

- สามารถนำผลการศึกษาไปช่วยเสริมกิจกรรมเพื่อพัฒนาจิตใจผู้พิการกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง

- สามารถนำข้อมูลที่พบไปเผยแพร่ให้กับองค์กรชุมชนในจังหวัดอื่น ๆ ที่สนใจ เป็นแนวทาง การสร้างรูปแบบ มาตรการ และ วิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๓. กิจกรรมด้านวิชาการ

- ได้มีการพัฒนาทักษะในใช้กระบวนการวิจัยให้กับทีมวิจัย และนิสิตปริญญาตรี –โท ของ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อการ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

- มีการศึกษาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์แนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และ วิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยไม่ว่าจะเป็น วัด สถานศึกษา หน่วยงานท้องถิ่น และหน่วยงานราชการ

ภาคผนวก ค

ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่วางแผนไว้
และกิจกรรมที่ดำเนินการมาและผลที่ได้รับของโครงการวิจัย



ภาคผนวก ค

ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่วางแผนไว้
และกิจกรรมที่ดำเนินการมาและผลที่ได้รับของโครงการวิจัย

ผลที่ได้รับ	บรรลุ	วัตถุประสงค์	โดยทำให้
๑. ศึกษาข้อมูลปฐมภูมิ/ทุติยภูมิจากกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเป้าหมาย	การเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ เข้าด้วยกัน ทำให้การใช้ประโยชน์จากรายงานการวิจัยการสร้างรูปแบบมาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทยให้สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างกันได้	ข้อที่ ๑ – ๒	วิเคราะห์ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย
๒. การสำรวจพื้นที่เป้าหมาย	ทราบถึงข้อมูลศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย	ข้อที่ ๑ – ๒	วิเคราะห์ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย และการพัฒนาความพร้อมในการดำเนินการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย
๓. การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง	ทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย	ข้อที่ ๑ – ๓	วิเคราะห์ศึกษาแนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย
๔. การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย	ทราบถึงข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย และแนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย	ข้อที่ ๑ – ๓	ทำให้วิเคราะห์ความคิด เห็น ของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งประกอบไปด้วยผู้บริหารองค์กรคนพิการ ผู้พิการ และผู้ดูแลผู้พิการเกี่ยวกับแนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย

ผลที่ได้รับ	บรรลุ	วัตถุประสงค์	โดยทำให้
๕. รายงานฉบับสมบูรณ์	ได้รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยทั้ง ๓ ข้อ คือ ๑. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ๒. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ๓. เพื่อสร้างรูปแบบมาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย	ข้อที่ ๑ – ๓	ได้รายงานที่มีคุณค่าสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อให้องค์กรชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย



ภาคผนวก ง
แบบสอบถามเพื่อการวิจัย



ภาคผนวก ง
แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น ๔ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ ๒ ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

ตอนที่ ๓ ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

ตอนที่ ๔ แนวทางในการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการ
ในสังคมไทย

การตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ขอความกรุณาให้ท่านตอบตรงตามความเป็นจริง และตอบ
ให้ครบทุกข้อ ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีผลเสียแก่ผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงในการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นายพลศักดิ์ หอมสมบัติ

อาจารย์ประจำหลักสูตรครุศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศึกษา
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ

☐ ไม่เกิน ๑๘ ปี

☐ ๑๙-๒๕ ปี

☐ ๒๖-๓๕ ปี

☐ ๓๖-๔๕ ปี

☐ ๔๖ ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา

☐ อนุปริญญา

☐ ปริญญาตรีขึ้นไป

4. รายได้

☐ น้อยกว่า ๑,๕๐๐ บาท

☐ ๑,๕๐๑-๓,๐๐๐ บาท

☐ ๓,๐๐๑-๔,๕๐๐ บาท

☐ ๔,๕๐๑-๖,๕๐๐ บาท

☐ ๖,๕๐๑ บาท ขึ้นไป

ตอนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามดังต่อไปนี้ โดยการทำเครื่องหมาย **✓** ลงในช่องระดับความคิดเห็นตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง
2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุด

ข้อที่	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	ด้านสุขภาพกาย					
๑	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ					
๒	การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน					
๓	การพอใจในการนอนหลับ					
๔	ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
๕	ความพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา					
๖	ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
๗	ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้					
	ด้านจิตใจ					
๘	ความพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้					
๙	ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต					
๑๐	การมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ					
๑๑	ความรู้สึกพอใจในตนเอง					
๑๒	การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง					
๑๓	การมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวังวิตกกังวล					
๑๔	ความรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย					
๑๕	ระดับคุณภาพชีวิต					
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม					
๑๖	ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา					
๑๗	ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ					

ข้อที่	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	ด้านสิ่งแวดล้อม					
๑๘	ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุข ได้ตามความจำเป็น					
๑๙	ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้					
๒๐	การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น					
๒๑	ความรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน					
๒๒	การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน					
๒๓	การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด					
๒๔	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน					
๒๕	ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน(หมายถึงการคมนาคม)					
๒๖	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต(ชีวิตความเป็นอยู่)อยู่ในระดับ					

ตอนที่ ๓ แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามดังต่อไปนี้ โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับปัจจัยตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง
2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุด

ข้อที่	คำถาม	ระดับปัจจัย				
		5	4	3	2	1
	ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง					
๑	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองมีค่า					
๒	บุคคลรอบข้างภูมิใจในตัวท่านที่ท่านสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข					
๓	บุคคลรอบข้างมักจะบอกท่านเสมอว่าท่านเป็นคนมีประโยชน์					
๔	ท่านสามารถพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้					
๕	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่าในการดำเนินชีวิตตามปกติเหมือนคนอื่น					
๖	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าของบุคคลรอบข้างให้การยอมรับและมองเห็นคุณค่าในตัวท่าน					
	ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ					
๗	ท่านเป็นสมาชิกและมีบทบาทในการขับเคลื่อนในกลุ่มหรือองค์กรเพื่อผู้พิการ					
๘	ท่านมีความมั่นใจที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม ประเภทต่างๆ					
๙	ท่านชักชวนผู้พิการท่านอื่นๆให้มาร่วมพัฒนาและจัดทำกิจกรรมของกลุ่มหรือองค์กรเพื่อผู้พิการหากทำได้					
๑๐	ท่านร่วมกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเครือข่ายผู้พิการ					
๑๑	ท่านสนับสนุนและประชาสัมพันธ์กลุ่มหรือองค์กรเพื่อผู้พิการให้เข้าถึงผู้พิการในวงกว้างยิ่งขึ้น					

ข้อที่	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว					
๑๓	ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อคู่สมรส หรือคนรัก					
๑๔	ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อบิดา มารดา					
๑๕	ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อบุตรหลาน					
๑๖	ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อญาติพี่น้อง					
๑๗	ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากบุคคลในครอบครัว					
๑๘	ความพอใจต่อการผูกพันหรือเข้ากับบุคคลในครอบครัวอย่างที่ผ่านมา					
	ด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ					
๑๙	บริการทางการแพทย์					
๒๐	บริการทางอาชีพ					
๒๑	บริการทางการศึกษา					
๒๒	บริการทางสังคม					

ตอนที่ ๔ เป็นคำถามปลายเปิด

แนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย

๑. ชื่อ-สกุล ผู้ให้สัมภาษณ์..... อายุ.....

๒. ที่อยู่..... ตำแหน่งงาน.....

๓. ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๑) ด้านสุขภาพกาย.....

๒) ด้านจิตใจ.....

๓) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม.....

๔) ด้านสิ่งแวดล้อม.....

๔. ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๑) ด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง.....

๒) ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ.....

๓) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว.....

๔) ด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ.....

๕. แนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

.....
.....

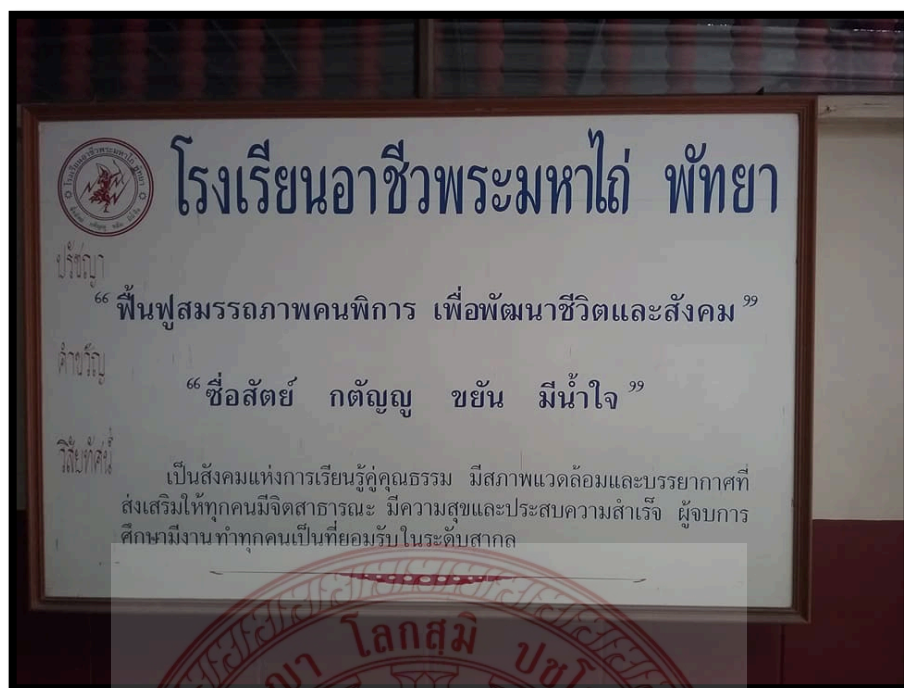
ภาคผนวก ฉ
ภาพการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล



ภาคผนวก ฉ
ภาพการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล















แบบสรุปโครงการ

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

สัญญาเลขที่ ว.๐๘๙/๒๕๖๑

ชื่อโครงการ การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย

หัวหน้าโครงการ นายพูลศักดิ์ หอมสมบัติ

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี

๑. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามมาตรา ๒๗ แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ได้ระบุว่า บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครอง ตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะกระทำมิได้ มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพ ได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ กำหนดวิสัยทัศน์ “คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง ดำรงชีวิตอิสระ ในสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันอย่างยั่งยืน” ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งความเท่าเทียม(EQUAL) ได้แก่ เสริมพลังคนพิการและองค์กรด้านคนพิการให้มีศักยภาพและความเข้มแข็ง (Empowerment) พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ จัดการเลือกปฏิบัติเพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง (Quality Management) เสริมสร้างความเข้าใจและเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการและความพิการ (Understanding) สร้างสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะที่ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (Accessibility) ส่งเสริมการบูรณาการเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างยั่งยืน (Linkage)

คนพิการถือว่าเป็นบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

ด้วยเหตุที่ว่าสภาพความพิการของผู้พิการให้ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการของภาครัฐเอกชนที่ให้ความช่วยเหลือได้สะดวก ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาล การศึกษา การสนับสนุนด้านอาชีพ และอุปสรรคข้อใหญ่อีกข้อหนึ่ง คือ ทักษะคน รวมถึงข้อรังเกียจของคนในชุมชน และสังคมที่มีต่อผู้พิการ ถูกและกีดกันคนพิการจากสังคมทั่วไป ผู้พิการต้องเผชิญกับความกดดันหลากหลายรูปแบบ เช่น ปัญหาที่สัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ คนพิการที่มีรูปลักษณ์ผิดปกติ จะรู้สึกอับอาย ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สะสมมากขึ้นจนเกิดเป็นความทุกข์ทั้งกายและใจ

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกรายงานขณะนี้ประชากรโลกพิการประมาณ ๖๕๐ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๑๐ ของประชากรโลกทั้งหมด ในส่วนของประเทศไทย รายงานของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ล่าสุดในเดือนสิงหาคม ๒๖๐ มีคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว ๑.๘ ล้านกว่าคน เกือบร้อยละ ๕๐ หรือจำนวน ๘๗๕,๗๑๗ คน พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นกลุ่มคนพิการที่พบมากอันดับ ๑ ของประเทศ

ประชากรของโลกอย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ เป็นคนพิการคนพิการ โดยส่วนมากอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งตกอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความยากจนคนพิการคนพิการจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีศักยภาพน้อยที่สุดและตกอยู่ในความเสี่ยงสูงสุดกลุ่มหนึ่งของโลกและคนพิการมักรู้สึกตัวว่าตนเองมีมลทินและมักจะประสบกับปัญหาเรื่องการกีดกัน ทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ การศึกษาและโอกาสในการมีความเป็นอยู่ที่ดีในระดับที่จำกัด

องค์การสหประชาชาติได้ประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิคนพิการ ค.ศ. ๑๙๗๕ (Declaration on the Rights of Disabled Persons, 1975) และประกาศให้ พ.ศ. ๒๕๒๔ เป็นปีคนพิการสากล (United Nations International Year of Disabled Persons, 1981 หรือ IYDP) เพื่อให้รัฐสมาชิกทั่วโลกได้ตระหนักถึงสิทธิของคนพิการ โดยได้เน้นเรื่องความเสมอภาค แห่งสิทธิและโอกาส หมายถึง การที่คนพิการจะต้องสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป และเป็นหน้าที่ของสังคมหรือรัฐที่จะต้องขจัดหมายที่จำกัดสิทธิหรืออุปสรรคต่าง ๆ เพื่อที่จะทำให้คนพิการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่ นับตั้งแต่นั้นมาคนพิการเริ่มต้นตัวมากขึ้นเนื่องจากสภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป คนพิการต้องต่อสู้เพื่อสิทธิของตนเองมากขึ้น จึงมีผลให้องค์กรของคนพิการเกิดขึ้นอีกหลายองค์กร

ในปัจจุบันประเทศไทยจึงได้มีหน่วยงานทั้งภาครัฐภาคเอกชนที่ดำเนินการช่วยเหลือพัฒนาคนพิการ ทั้งในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ และตำบล ในแงกฎหมาย ได้มีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. ๒๕๖๐ รวมถึงกฎกระทรวงต่างๆ ซึ่งกำหนดไว้ชัดเจนถึงการแบ่งประเภทคนพิการ การคุ้มครอง สงเคราะห์ พื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ และการพัฒนาคนพิการในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยยึดหลักการสิทธิมนุษยชน (Human Rights) เน้นและเชื่อในเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งหมายถึงมนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีและความเสมอภาคเท่าเทียมกัน คนพิการถือเป็นมนุษย์คนหนึ่ง ก็มีสิทธิศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับบุคคลอื่นด้วยเช่นกันสิทธินั้น รวมถึงการตัดสินใจ การได้รับบริการด้านต่างๆ ด้านการแพทย์การศึกษา อาชีพ และการอยู่ร่วมอยู่ใน

ครอบครัว ชุมชน และสังคมของตนเอง สอดคล้องกับคำปราศรัย ของพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีเนื่องในโอกาส “วันคนพิการสากล” วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๐ ว่ารัฐบาลได้กำหนด ประเด็นหลัก (Theme) คือ “การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมที่ยั่งยืนสำหรับทุกคน (Transformation towards sustainable and resilient society for all) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง ตาม เป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน ในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ ภายใต้แนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” (Leave no one behind) รัฐบาลมีนโยบายมุ่งมั่นขับเคลื่อนการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ตั้งแต่ระดับฐานราก เพื่อพัฒนาประเทศสู่สังคม “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” และยกระดับคุณภาพชีวิตของ ประชาชนคนไทยให้มีความอยู่ดี กินดี มีความสุข ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Leave no one behind) จึงได้ให้ ความสำคัญในการเร่งแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม และสร้างโอกาสให้ประชาชนทุกคนสามารถ เข้าถึงการบริการของภาครัฐ และสวัสดิการทางสังคมให้ทั่วถึงทุกพื้นที่ทั่วประเทศอย่างเท่าเทียมและเป็น ธรรม โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในทุกๆ ด้าน ภายใต้ การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคมตามนโยบายประชารัฐเพื่อสังคม โดยร่วมมือกัน ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสำหรับคนพิการและมุ่ง เสริมสร้างสังคมที่ปราศจากอุปสรรค และการจัดสวัสดิการให้ความช่วยเหลือคนพิการในด้านต่าง ๆ ที่ เหมาะสม เช่น การให้สวัสดิการเบี้ยยังชีพคนพิการ สวัสดิการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา และด้านการกีฬาอย่างเสมอภาค เท่าเทียม ทั่วถึง และเป็นธรรม ตลอดจนการได้รับสิ่ง อำนาจความสะดวกขั้นพื้นฐาน การเข้าถึงสวัสดิการและบริการสาธารณะอย่างทั่วถึงโดยไม่เลือกปฏิบัติ รวมถึงส่งเสริมให้มีการสร้างอาชีพและสนับสนุนให้คนพิการมีงานทำในสถานประกอบการ เพื่อหารายได้ เลี้ยงตนเองและครอบครัว และสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ ดีขึ้นและในปีรัฐบาลร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน จัดงานมหกรรมอารยสถาปัตย์และ นวัตกรรมสุขภาพเพื่อคนทั้งมวล ครั้งที่ ๒ ขึ้น เพื่อบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในรูปแบบ ประชารัฐ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ลดความ เหลื่อมล้ำ เสริมสร้างสังคม การให้เกียรติ โอกาส และกำลังใจ เพื่อให้คนพิการได้รับการพัฒนาศักยภาพ การคุ้มครอง การส่งเสริมสิทธิ และการจัดสวัสดิการอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการ ดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทยเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทั้ง ทางกายและใจสำหรับผู้พิการเพื่อช่วยให้มีความเข้มแข็ง สามารถช่วยให้สังคมไทยได้พัฒนาทรัพยากร มนุษย์ที่ทรงคุณค่าต่อไป

๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๒.๑ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๒.๒ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๒.๓ เพื่อสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

๓. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ผู้วิจัยได้นำเสนอขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้

๓.๑ รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มเป้าหมายประชากรในการวิจัย คือ ผู้พิการ ผู้บริหารองค์กรคนพิการ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลคน จำนวน ๓๕๓ คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้พิการ ผู้บริหารองค์กรคนพิการ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลคน จำนวน ๑๘๘ คน

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย คือ ผู้พิการ ผู้บริหารองค์กรคนพิการ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลคนจำนวน ๒๘ คน

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่มีลักษณะคำถามแบบปลายปิด (Close-Ended Questions), คำถามปลายเปิด (Open-ended questions) สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ และแบบสัมภาษณ์เป็นทางการ แบบเป็นทางการ (Formal Interview) สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๘๘ คน และทำการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Information) จำนวน ๔๘ คน เพื่อจะได้นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาต่อไป

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลภูมิหลังของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงค่าร้อยละ (Percentage) นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน ไปวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลเป็นรายด้านและโดยรวม โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียงและวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ในตอนที่ ๓ และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ในตอนที่ ๔ จำแนกตามเพศ วิเคราะห์ด้วย t-test แบบ Independent และจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ วิเคราะห์ด้วย F-test (One Way ANOVA)

การวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ในแบบสอบถามตอนที่ ๔ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำเสนอแบบบรรยายความเรียง

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากกลุ่มเป้าหมาย นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาต่อไป

๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยในเชิงปริมาณ ใช้สถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติพื้นฐาน, สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

๔. ผลการวิจัย

การศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ๒) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย ๓) เพื่อสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๖.๗ อายุ ๑๙-๒๕ ปี ร้อยละ ๓๔.๐ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ ๖๑.๙ มีรายได้ ๑,๕๐๑-๓,๐๐๐ บาท จำนวน ร้อยละ ๓๕.๑

๑. คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

คุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับมาก ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้พิการที่มีเพศ และรายได้ แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ผู้พิการที่มีอายุ และระดับการศึกษา แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้าน ๓ ด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลือ คือ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ มีความคิดเห็นว่าคุณภาพชีวิตผู้พิการ สูงที่สุด คือด้านสัมพันธภาพทางสังคม รองลงมา คือ ด้านสุขภาพกาย การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว และการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ

๒. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ และด้านเห็นคุณค่าในตัวเอง อยู่ในระดับมาก ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการบริการที่ได้รับจากภาครัฐ อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้พิการที่มีเพศ อายุ และรายได้ แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนที่เหลือ คือ ผู้พิการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย โดยรวมและเป็นรายด้าน ไม่แตกต่างกัน

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ มากที่สุดคือการเห็นคุณค่าในตนเอง รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในเครือข่ายผู้พิการ สัมพันธภาพในครอบครัว การบริการที่ได้รับจากภาครัฐ เพศ อายุ และรายได้ ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้พิการ

๓.การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในสังคมไทยต้องอาศัยองค์ประกอบ ๕ ด้าน ดังนี้

๑. ส่งเสริมผู้พิการให้เข้าถึงสิทธิสวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ อย่างเท่าเทียม

๒. เสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือกับองค์กรด้านผู้พิการและเครือข่าย

๓. บูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายด้านผู้พิการสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

๔. พัฒนาศักยภาพและสร้างเจตคติที่สร้างสรรค์ต่อผู้พิการและความพิการ

๕. สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ แก่ผู้พิการ

๕. ข้อเสนอแนะ

๕.๑ ข้อเสนอแนะทั่วไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ผู้วิจัยได้เสนอข้อแนะทั่วไปตามลำดับดังนี้

๑) ด้านการแพทย์ : ควรหาแนวทางหรือพัฒนาระบบบริการให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครบวงจรเพื่อเป้าหมายคือมีสุขภาพะองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพะทางกายจิตสังคมและจิตวิญญาณ

๒) ด้านการศึกษา : ควรให้คนพิการได้รับสิทธิและเข้าถึงระบบทางการศึกษาให้มากขึ้น โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ได้รับเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกตามความต้องการจำเป็นพิเศษของคนพิการแต่ละประเภทและแต่ละบุคคล

๓) ด้านสังคม : สนับสนุนคนพิการให้มีโอกาสร่วมกิจกรรมทางสังคมและส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวชุมชนและสังคมสร้างการรวมกลุ่ม/เครือข่ายคนพิการ/ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อแก้ปัญหาการบัญญัติกฎหมายและนโยบายสังคมที่ขาดความตระหนักในการมีส่วนร่วมของคนพิการในสังคม

๔) ด้านอื่น ๆ : สนับสนุนให้พระพุทธศาสนามีบทบาทให้ผู้พิการได้ยึดเหนี่ยวจิตใจให้สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้อย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป และมีความสุขสงบ และส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาให้เป็นกระบวนการหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทุกประเภท โดยเฉพาะการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ สติปัญญา พฤติกรรม คุณธรรม และการดำรงชีวิตในทางที่ถูกที่ควร อย่างเป็นรูปธรรมและเป็นที่ยอมรับของสังคม

๕.๒. ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาการสร้างรูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ครั้งนี้เป็น การวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งผู้วิจัยยังคงมีประเด็นปัญหาที่ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษา ผู้วิจัยเสนอประเด็นปัญหาในการ วิจัยครั้งต่อไปดังนี้

๑) การนำผลการวิจัยในครั้งนี้โดยเฉพาะผลการถอดบทเรียนไปเป็นข้อมูลในการจัดทำ แผน รูปแบบ มาตรการ และวิธีการดับทุกข์ของผู้พิการในสังคมไทย ในระยะยาวได้

๒) สามารถนำข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ ไปต่อยอดการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อส่งเสริม ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานได้

๓) การนำผลการวิจัยในครั้งนี้โดยเฉพาะผลการถอดบทเรียนไปเป็นข้อมูลในการจัดทำ แผนการสร้างรูปแบบ กำหนดมาตรการ และวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการในสังคมไทย ในระยะยาวได้



ประวัติผู้วิจัย



ประวัติผู้วิจัย

๑. ชื่อ (ภาษาไทย) นายพูลศักดิ์ หอมสมบัติ
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr.Poolsak Homsombat
๒. หน่วยงานที่ติดต่อได้ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี
ตำบลกระโสม อำเภอมือเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐
มือถือ ๐๘๑-๒๖๔-๒๔๔๓ (E-mail) sak_mcu@hotmail.com
๓. ประวัติการศึกษา
 - ๑) สำเร็จการศึกษา (วุฒิต่างศาสนา) น.ธ.เอก
 - ๒) สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา
ปริญญาตรี พธ.บ. (ศาสนา) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ปริญญาโท ศษ.ม. (การบริหารการศึกษา) มหาวิทยาลัยราชธานี
ปริญญาโท ศษ.ม. (หลักสูตรและการสอน) มหาวิทยาลัยราชธานี
๔. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
Word, Excel, Power Point, โปรแกรม SPSS.
๕. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ - ไม่มี
๖. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน

๒๕๕๔-๒๕๕๖	อาจารย์พิเศษมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานีบรรยายพิเศษในรายวิชาการบริหารการศึกษาคณะสงฆ์ไทย,สัมมนาการบริหารกิจการคณะสงฆ์,การบริหารสาธารณูปการ
๒๕๕๖-ปัจจุบัน	อาจารย์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานีอาจารย์ประจำหลักสูตรพุทธศาสตบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศึกษา

ประวัติผู้วิจัย

๑. ชื่อ นายพูลศักดิ์ นามสกุล หอมสมบัติ

๒. ข้อมูลการศึกษา

จบการศึกษาระดับปริญญาตรีปี ๒๕๕๒ สถานที่ : ภายในประเทศ

สถานศึกษา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

วุฒิการศึกษา : พุทธศาสตรบัณฑิต คณะพุทธศาสตร์ สาขาศาสนา

จบการศึกษาระดับปริญญาโทปี ๒๕๕๓ สถานที่ : ภายในประเทศ

สถานศึกษา : มหาวิทยาลัยราชธานี

วุฒิการศึกษา : ศีลศาสตรมหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ สาขาการบริหารการศึกษา

จบการศึกษาระดับปริญญาโทปี ๒๕๕๕ สถานที่ : ภายในประเทศ

สถานศึกษา : มหาวิทยาลัยราชธานี

วุฒิการศึกษา : ศีลศาสตรมหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ สาขาหลักสูตรและการสอน

๓. ช่วงปีที่ทำงาน ตำแหน่ง หน่วยงาน ลักษณะงานที่ได้รับผิดชอบ

๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ เป็นอาจารย์พิเศษที่วิทยาลัยสงฆ์อุบลราชธานี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี บรรยายพิเศษในรายวิชาการบริหารการศึกษาคณะสงฆ์ไทย, สัมมนาการบริหารกิจการคณะสงฆ์, การบริหารสาธารณูปการ

๒๕๕๖ - ๒๕๖๐ เป็นอาจารย์สอนที่วิทยาลัยสงฆ์อุบลราชธานี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี ประจำหลักสูตรพุทธศาสตบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศึกษา

๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ เป็นอาจารย์สอนที่วิทยาลัยสงฆ์อุบลราชธานี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี ประจำหลักสูตรครุศาสตบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศึกษา

๔. ชื่อการอบรม/ประชุม วันที่ สถานที่ สมัครในนามหน่วยงาน ผลการเข้าร่วมอบรม/ประชุม

อบรม “สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่” (ลูกไก่) ปี ๒๕๖๐ มหาวิทยาลัยศิลปากร รุ่นที่ ๒ ๑๗ - ๒๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ วิทยาลัยสงฆ์ จ.ชัยภูมิมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

๕. งานวิจัย ทุนงบประมาณแผ่นดินประจำปี ๒๕๕๙ (เป้าหมาย ๒) (เงินงบประมาณแผ่นดิน)

หัวหน้าโครงการ งานวิจัย “ครอบครัวยุคใหม่ ๕ : รูปแบบและการเสริมสร้างวัฒนธรรมการดำรงชีวิตของครอบครัวไทยในจังหวัดอุบลราชธานี”

ประวัติผู้วิจัยร่วม ๑

๑. ชื่อ พระใบฎีกาสุพจน์ ฉายา ตปสีโล นามสกุล เกษนคร

๒. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมศึกษา วิทยาเขตอุบลราชธานี

๓. หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตอุบลราชธานี, โทรสาร ๐-๔๕๔๐-๕๓๓๖ มือถือ ๐๘-๐๔๘๕-๔๔๖๒
E-Mail bob2529@gmail.com

๔. ประวัติการศึกษา

น.ธ. เอก , พธ.บ.(สังคมศึกษา), ศษ.ม.(สังคมศึกษา) , ศษ.ด.(บริหารการศึกษา)

๖. ผลงานด้านวิชาการ

ร่วมเขียนตำราเรียนรายวิชา พระวินัยปิฎก

ร่วมเขียนตำราเรียนรายวิชา คณิตศาสตร์

เอกสารประกอบการสอนรายวิชา เศรษฐกิจพอเพียงกับการศึกษา

เอกสารประกอบการสอนรายวิชา สมานิติศึกษา

๖. ผลงานด้านการวิจัย

- ๒๕๕๐ ความพึงพอใจของนิสิตที่มีต่อสิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี (สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ สนับสนุนทุนวิจัย)

- ๒๕๕๑ บทบาทการเผยแผ่พระพุทธศาสนาของอุบาสิกบางกข สิทธิพล (สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ สนับสนุนทุนวิจัย)

- ๒๕๕๒ ขบวนการพุทธใหม่ในประเทศไทย (สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ สนับสนุนทุนวิจัย)

- ๒๕๕๓ ศึกษาวิธีการเผยแผ่แนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียงของพระสงฆ์ในจังหวัดอุบลราชธานี ยโสธรและนครพนม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย)

- ๒๕๕๖ ศึกษากระบวนการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและวัฒนธรรมขององค์กรชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี

- ๒๕๕๘ บทบาทการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียงของพระสงฆ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ)

- ๒๕๕๙ ประวัติศาสตร์ การเผยแผ่พระพุทธศาสนาและหลักพุทธธรรม สมัยลพบุรี (สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ สนับสนุนทุนวิจัย)

ประวัติผู้วิจัยร่วม ๒

ชื่อ (ภาษาไทย) : ดร.นคร จันทราช
(ภาษาอังกฤษ) : Dr.Nakhon Jantharach



ตำแหน่งปัจจุบัน

: อาจารย์อัคราจารย์ สาขาวิชาศาสนา คณะพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี

หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี
ตำบลกระโสม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐
โทรศัพท์มือถือ ๐๘๔-๖๐๖๑๑๓๙

ประวัติการศึกษา

: พ.ศ. ๒๕๔๘ สอบไล่ได้นักธรรมชั้นเอก สำนักเรียนวัดมหาวนาราม (วัดป่าใหญ่) ตำบลในเมือง
อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

: พ.ศ. ๒๕๕๐ สอบไล่ได้เปรียญธรรม ๖ ประโยค สำนักเรียนวัดชนะสงคราม
กรุงเทพมหานคร

: พ.ศ. ๒๕๕๐ ปริญญาพุทธศาสตรบัณฑิต พธ.บ. (การสอนสังคมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหา
จุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (เกียรตินิยมอันดับ ๒)

: พ.ศ. ๒๕๕๓ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ศศ.ม. (ปรัชญาและศาสนา)
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

: พ.ศ. ๒๕๖๐ ปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต พธ.ด. (สาขาวิชาปรัชญา) มหาวิทยาลัยมหา
จุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วังน้อย พระนครศรีอยุธยา

ผลงานทางวิชาการ

: บทความวิชาการเรื่องโลกแห่งสามัญวิสัยมุมมองจากพระพุทธศาสนาเถรวาท

: พ.ศ. ๒๕๕๖ งานวิจัยเรื่อง “การจัดการที่ดินของวัดในพระพุทธศาสนา” ได้รับทุน
สนับสนุนจากสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (ผู้ร่วมวิจัย)

: พ.ศ. ๒๕๕๗ งานวิจัยเรื่อง “การศึกษาเชิงประยุกต์หลักพุทธธรรมกับการแก้ปัญหาบริโภคนิยมของวัยรุ่นจังหวัดอุบลราชธานี” ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย(หัวหน้าโครงการ)

: พ.ศ. ๒๕๖๐ บทความวิจัยเรื่อง “การศึกษาเชิงประยุกต์หลักพุทธธรรมกับการแก้ปัญหาบริโภคนิยมของวัยรุ่นจังหวัดอุบลราชธานี” ตีพิมพ์ในวารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. ปีที่ ๕ ฉบับพิเศษ เนื่องในโอกาสเฉลิมฉลองวันวิสาขบูชาโลก ๒๕๖๐ (พฤษภาคม ๒๕๖๐) จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่ ๑: วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และจะถูกคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACT) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

: พ.ศ. ๒๕๖๐ บทความวิชาการเรื่อง “โลกแห่งสามัญญวิสัยมุมมองจากพระพุทธศาสนาเถรวาท” บทความวิชาการ ในการประชุมสัมมนาวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ ๒ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี ในวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๐

: พ.ศ. ๒๕๖๑ วิจัยเรื่อง “รูปแบบการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณเพื่อการดับทุกข์ของผู้พิการตามแนวพระพุทธศาสนาในสังคมไทย” ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (หัวหน้าโครงการวิจัย)

ประวัติการทำงาน

: พ.ศ. ๒๕๔๔ -๒๕๕๐ ได้รับแต่งตั้งเป็นครูสอนพระปริยัติธรรมแผนกธรรม - บาลี ประจำสำนักศาสนศึกษาวัดมหายานาราม จังหวัดอุบลราชธานี

: พ.ศ. ๒๕๕๐- ๒๕๕๓ ได้รับแต่งตั้งเป็นครูสอนพระปริยัติธรรมแผนกธรรม - บาลี ประจำสำนักศาสนศึกษาวัดเสมียนนารี กรุงเทพมหานคร

: พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการตรวจข้อสอบสนามหลวงแผนกธรรม กรุงเทพมหานคร

: พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นอาจารย์พิเศษ คณะพุทธศาสตร์ สาขาวิชาศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี

: พ.ศ. ๒๕๕๖ – ปัจจุบัน ตำแหน่งอาจารย์อัตราจ้าง สังกัดวิทยาลัยสงฆ์อุบลราชธานี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี

ประวัติผู้ร่วมวิจัย ๓

ชื่อ นายกวีพล นามสกุล ศรีหะมมงคล

เกิดเมื่อ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๓๑ อายุ ๒๗ ปี

วิทยฐานะ นักธรรมชั้นเอก ป.ธ. ๗ พธ.บ. ภาษาอังกฤษ พธ.ม. ภาษาศาสตร์

สถานะเดิมภูมิลำเนา

บ้านเลขที่ ๑๑๙/๒ บ้านแก้วปัดโป่ง หมู่ ๙ ตำบลไชยบุรี

อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ๔๘๑๒๐

ประวัติการศึกษา

๑. พ.ศ. ๒๕๔๖ สอบไล่ได้นักธรรมชั้นเอก สำนักเรียนวัดศรีชมชื่น ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย
๒. พ.ศ. ๒๕๕๐ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๖ จากโรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดจุณเอน ตำบลจุณเอน อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ๔๓๐๐๐
๓. พ.ศ. ๒๕๕๔ สอบไล่ได้เปรียญธรรม ๗ ประโยค สำนักเรียนเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร
๔. พ.ศ. ๒๕๕๕ จบปริญญาตรี พุทธศาสตรบัณฑิต (สาขาวิชาภาษาอังกฤษ) คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๕. พ.ศ. ๒๕๕๖ จบปริญญาโท พุทธศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาภาษาศาสตร์) คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ประวัติการทำงาน

๑. พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๖ เป็นครูพระสอนศีลธรรมในโรงเรียน ๓ แห่ง ได้แก่
 - ๑) โรงเรียนภาษานุสรณ์บางแค
 - ๒) โรงเรียนวัดนิมมานรดี
 - ๓) โรงเรียนวัดอินทาราม
๒. พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นวิทยากรประจำกองตรวจชั้นประโยค ป.ธ. ๓ โครงการอบรมบาลีก่อนสอบ วัดสร้อยทองเขตบางซื่อกรุงเทพมหานคร
๓. พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นกรรมการจัดการแข่งขันการโต้วาทีภาษาอังกฤษ เรื่อง “Life in the Urban Area Is Better Than Life in the Rural Area” ณ ห้องเจียร์เตอร์โซน A อาคารเรียนรวมมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อำเภอวังน้อย จังหวัด พระนครศรีอยุธยา
๔. พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นวิทยากรประจำกองตรวจชั้นประโยค ป.ธ. ๔ โครงการอบรมบาลีก่อนสอบ ภาค ๒ ปีที่ ๑๔ ณ วัดต้นสน จังหวัดอ่างทอง
๕. พ.ศ. ๒๕๕๗ - ปัจจุบัน เป็นอาจารย์อัตราจ้างที่ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี

ประวัติการฝึกอบรม

๑. พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ปฏิบัติดีเยี่ยมในโครงการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานของ นิสิต ประจำปีการศึกษา 2550 ณ วัดถ้ำสิงโตทอง ตำบลปากช่อง อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี
๒. พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้รับรางวัลชมเชยในการกล่าวสุนทรพจน์ภาคภาษาอังกฤษ เรื่อง “His Majesty The King Bhumibol Adulyadej as a Venerable of the world ณ ห้องเจียร์เตอร์ โซน A อาคารเรียนรวมมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ ราชวิทยาลัย อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ที่อยู่ปัจจุบัน

๑๙๑ บ้านค้อ หมู่ ๑๒ ตำบลกุดลาด อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

ตำแหน่งปัจจุบัน

อาจารย์อัคราจ้าง มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี

