

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ในจังหวัดสมุทรปราการในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมแนวคิด ทฤษฎี กฎหมายและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาทำความเข้าใจ ดังนี้

#### 1. สถานการณ์คนพิการ

##### 1.1 อุบัติการณ์ของคนพิการ

##### 1.2 ผลกระทบต่อคนพิการ

#### 2. แนวทางการดูแลคนพิการในประเทศไทย

##### 2.1 ความหมายและประเภทของคนพิการ

##### 2.2 กฎหมาย นโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

##### 2.3 การดำเนินงานด้านคนพิการ

#### 3. คุณภาพชีวิต

##### 3.1 แนวคิดของคุณภาพชีวิต

##### 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตคนพิการ

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

##### 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับความพิการ และความเข้มแข็งในการมองโลก

##### 4.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัว

##### 4.3 ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

### สถานการณ์คนพิการ

#### 1. อุบัติการณ์ของคนพิการ

มนุษย์ในโลกปัจจุบันนี้จำนวนไม่น้อย ที่ต้องมีชีวิตอยู่กับภาวะทางสุขภาพที่เรื้อรัง เช่น การเจ็บป่วยจากโรค หรืออาการที่รักษาไม่หาย และ/หรือความพิการ (วัชรารวี ไพบูลย์, ม.ป.ป.) สำหรับประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์หรือการพัฒนาคน มาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ อันได้แก่ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ และคนพิการ มีการพัฒนาในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งที่ดำเนินการโดย

ภาครัฐบาล เอกชน และองค์กรต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสพัฒนาเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ (พิทักษ์ ทองสุข, 2548) ซึ่งมนุษย์ทุกคนเกิดมาต้องการมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีอวัยวะของร่างกายครบถ้วนเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิต

ในปี ค.ศ. 1981 ได้มีการสำรวจในประเทศอินเดียเกี่ยวกับความพิการทางการเคลื่อนไหว การพูด การมองเห็น และการได้ยิน พบว่า อุบัติการณ์เกิดขึ้น 6% ของประชากร มีอัตราสูงในพื้นที่ชุมชนชนบท และมีอัตราต่ำในพื้นที่ชุมชนเมือง สำหรับการสำรวจของประเทศจีนระบุว่าประเทศชาติมีจำนวนคนพิการทั้งสิ้น 51.6 ล้านคน ซึ่ง 70% เป็นผลจากการเกิดอุบัติเหตุ การเกิดโรคตั้งแต่วัยเด็ก การเป็นโรคเรื้อรัง และ 30% มีความพิการมาแต่กำเนิด ส่วนการประมาณการในประเทศฟิลิปปินส์ในปี ค.ศ.1989 มีจำนวนคนพิการ 251,000 คน ซึ่ง 80% ในจำนวนนี้มีความพิการที่เกี่ยวข้องกับการมีอายุที่มากขึ้น และ 10% เป็นความพิการทางกาย ส่วนในประเทศเนปาลมีการรายงานคนพิการทั้งหมดว่ามี 4% ของประชากร ซึ่ง 33% ในจำนวนนี้เป็นคนพิการทางกาย และยังคงกล่าวได้ว่าภัยจากธรรมชาติเป็นสาเหตุของความพิการนี้ และในประเทศเวียดนามได้รายงานอัตราความพิการว่ามี 6.6% ของประชากร และเป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดสงคราม (United Nations, 1995)

เดิมทีเดียว ประเทศที่ยังไม่มีการศึกษาจำนวนคนพิการ รวมทั้งประเทศไทย มักอ้างอิงจำนวนคนพิการในแต่ละประเทศ โดยใช้ผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2519) เป็นหลัก กล่าวคือ ร้อยละ 8-10 ของประชากรโลกเป็นคนพิการ โดยเหตุผลทางการแพทย์ ในปี พ.ศ. 2533 องค์การอนามัยโลกได้วิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น และรายงานเพิ่มเติมว่า จำนวนคนพิการที่มีระดับความพิการปานกลางจนถึงรุนแรง มีประมาณร้อยละ 5.21 ของประชากรโลกแต่สำหรับในประเทศที่กำลังพัฒนามีคนพิการประมาณร้อยละ 4.5 (พวงแก้ว กิจธรรม, 2549)

การศึกษาจำนวนคนพิการในประเทศไทยที่ใช้อ้างอิงกันเป็นครั้งแรก คือ การศึกษาโดย นพ.บรรลุ ศิริพานิชและคณะ เมื่อปี พ.ศ. 2525 ซึ่งพบว่า มีคนพิการซึ่งนิยามตามร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (พ.ศ. 2519) ร้อยละ 1.25 ของประชากรทั่วประเทศ และในปี พ.ศ. 2534-2535 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้วิจัยเชิงสำรวจ พบว่ามี คนพิการร้อยละ 8.1 ของประชากร ทั่วประเทศ หรือประมาณ 4,614,650 คน แต่ถ้าประมาณการจากฐานว่าประชากรไทยมีประมาณ 60 ล้านคน จะพบว่า ประเทศไทยมีคนพิการประมาณ 4,860,000 คน ทั้งนี้ยังไม่รวมจำนวนคนพิการที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี (พวงแก้ว กิจธรรม, 2549)

ในปี พ.ศ. 2529 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี ได้ทำการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการในประเทศไทยโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างครัวเรือนทั่วประเทศ พบว่าประเทศไทยมีจำนวน คนพิการประมาณ 385,560 คน หรือ ร้อยละ 0.7 ของประชากรทั่วประเทศ ในจำนวนนี้

มีอัตราคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด คือ อัตรา 1.94 ต่อประชากรพันคน รองลงมาคือ คนพิการทางจิตใจและสติปัญญา อัตรา 1.60 ต่อประชากรพันคน คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายมีอัตรา 1.45 ต่อประชากรพันคน และคนพิการทางการมองเห็นมีอัตรา 0.85 ต่อประชากรพันคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542) ต่อมาใน พ.ศ. 2534 ได้มีการสำรวจเช่นเดิมอีกครั้ง พบว่ามีจำนวนคนพิการประมาณ 1,057,000 คน หรือ ร้อยละ 1.8 ของประชากรทั่วประเทศ โดยมีอัตราคนพิการทางกายมากที่สุดคือ อัตรา 7.9 ต่อประชากรพันคน รองลงมาคือคนพิการทางการได้ยินคิดเป็นอัตรา 3.65 ต่อประชากรพันคน จะสังเกตเห็นว่าจำนวนคนพิการที่ศึกษาโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติมากกว่าการศึกษาของ นพ.บรรลุ ศิริพาณิชย์ และคณะ 0.55 เท่า และการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งที่ 2 พบจำนวนคนพิการมากกว่าครั้งแรก ประมาณ 2.7 เท่า (พวงแก้ว กิจธรรม, 2549)

ต่อมาสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้มีการสำรวจความพิการและทุพพลภาพอีกครั้งใน พ.ศ. 2545 จากครัวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้น 49,997 ครัวเรือนทั่วประเทศ พบว่า จากประชากรทั้งสิ้นประมาณ 63,303,000 คน เป็นคนพิการประมาณ 1,098,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.7 (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2550, 2550) และมีการสำรวจอีกครั้งในปี พ.ศ. 2550 พบว่า จากประชากรทั้งสิ้นประมาณ 65,500,000 คน มีคนพิการประมาณ 1,899,500 คน (ร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งหมด) และปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละกว่า 1 แสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ในปัจจุบันคนพิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละกว่า 1 แสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ส่วนในการดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 ของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ พบว่า ในกรุงเทพมหานครและภูมิภาคของประเทศ มีจำนวนคนพิการที่มาจดทะเบียนคนพิการทั้งสิ้น 660,251 คน (ดังแสดงในตารางที่ 2-1) ในจำนวนนี้เป็นคนพิการทางกายมากที่สุด จำนวน 319,021 คน และรองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยิน และความพิการทางสติปัญญา จำนวน 90,743 คน และ 85,476 คน ตามลำดับ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2550) (ดังแสดงในตารางที่ 2-2) จะเห็นได้ว่าคนพิการในประเทศไทยนั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของประชากร และยังมี คนพิการที่ยังไม่ได้จดทะเบียนคนพิการอีกเป็นจำนวนมาก

จากการจดทะเบียนคนพิการของพื้นที่ในเขตพื้นที่ปริมณฑล พบว่าในจังหวัดสมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่มีจำนวนคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุด จำนวน 5,274 คน ซึ่งถือได้ว่ามีจำนวนคนพิการค่อนข้างมาก (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2550) (ดังแสดงในตารางที่ 2-3) เนื่องจาก จังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดที่คนในจังหวัดมีวิถีชีวิตที่เป็นชุมชนเมืองเป็นส่วนใหญ่ และเป็น

แหล่งของโรงงานอุตสาหกรรม มีความเจริญในด้านต่าง ๆ วิธีชีวิตความเป็นอยู่ส่วนใหญ่เป็นแบบครอบครัวเดี่ยว จึงมีความน่าสนใจในการศึกษาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตของคนพิการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนี้ สิ่งแวดล้อมรอบตัวหรือปัจจัยส่วนบุคคลเองที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพวกเขาได้

ตารางที่ 2-1 ผลการดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 จำแนกตามภูมิภาคและจำนวนคนพิการ

ภูมิภาค	จำนวนคนพิการ (คน)
ภาคเหนือ	150,711
ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	183,590
กรุงเทพมหานคร	248,470
ภาคใต้	77,480
ยอดรวม (คน)	660,251

ตารางที่ 2-2 สถิติจดทะเบียนคนพิการจำแนกตามประเภทความพิการ และภูมิภาค ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 - พฤษภาคม พ.ศ. 2550

ภูมิภาค	ประเภทความพิการ							ยอดรวม (คน)
	การมองเห็น	การได้ยิน	กายและเคลื่อนไหว	จิตใจ	สติปัญญา	พิการซ้ำซ้อน	ไม่ระบุความพิการ	
1. ภาคเหนือ	15,054	21,259	73,822	5,871	19,015	14,505	1,185	150,711
2. ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	11,254	17,754	78,952	6,286	18,687	16,633	606	150,174
3. ภาคกรุงเทพมหานคร	33,369	32,673	116,053	12,392	32,124	19,103	2,756	248,470
4. ภาคใต้	6,291	12,549	35,435	2,899	11,010	8,843	453	77,480
5. กรุงเทพมหานคร	2,842	6,508	14,759	1,173	4,640	3,429	65	33,416
ยอดรวม (คน)	68,810	90,743	319,021	28,621	85,476	62,513	5,065	660,251
ร้อยละ	10.42	13.75	48.31	4.33	12.95	9.47	0.77	100.00

ตารางที่ 2-3 สถิติจดทะเบียนคนพิการจำแนกตามประเภทความพิการ ของจังหวัดสมุทรปราการ  
ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 - พฤษภาคม พ.ศ. 2550

จังหวัด	ประเภทความพิการ							ยอด รวม (คน)
	การ มองเห็น	การ ได้ยิน	กายและ การ เคลื่อนไหว	จิตใจ	สติ ปัญญา	พิการ ซ้ำซ้อน	ไม่ระบุ ความ พิการ	
สมุทรปราการ	465	753	5,274	310	768	758	4	8,332

จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ของคนพิการมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี และกำลังเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามการเพิ่มขึ้นของประชากร ทั้งที่ทราบตัวตนที่แท้จริงจากการมาจดทะเบียนคนพิการ หรือจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ส่วนคนพิการอื่นๆ ที่ไม่ได้มาจดทะเบียนคนพิการหรือไม่ได้ถูกสำรวจอีกเป็นจำนวนมากเช่นกัน อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มประชากรไทยทั้งที่เป็นคนปกติและคนพิการเพิ่มขึ้นตามกัน และอาจก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพวกเขาอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดในเขตปริมณฑล และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของประชากร เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งถือได้ว่าการเพิ่มจำนวนคนพิการประเภทนี้มีความสำคัญ และการเกิดความพิการขึ้นไม่ว่าจะเป็นลักษณะใดหรือสาเหตุใดก็ตาม ย่อมมีผลกระทบต่อคนพิการทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

## 2. ผลกระทบต่อคนพิการ

ผลกระทบต่อคนพิการปรากฏในหลายด้าน โดยทางด้านร่างกาย พบว่า คนพิการจำนวนประมาณ 1.9 ล้านคน เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) ของคนพิการมีปัญหาสุขภาพ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ สูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 10 เท่าตัว เนื่องจากข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จึงต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550 อ้างถึงใน รัชนี สรรเสริญ และคณะ, 2551) ส่วนด้านจิตใจ คนพิการจำนวนไม่น้อยที่อยู่บนโลกใบนี้ด้วยความท้อแท้ใจ ท้อถอย ไม่ยอมรับกับโชคชะตาที่เกิดขึ้น ปิดตัวเองจากสังคม จากโลกภายนอก

(อรสรวง บุนนาค, 2545) รวมทั้งรู้สึกอับอายในการปรากฏตัวต่อสาธารณชน สูญเสียความเชื่อมั่น (อัฐมา โภคาพานิชวงษ์, 2549) อีกทั้งผลกระทบทางด้านโอกาสในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ ปัญหาการเข้าถึงโอกาสต่าง ๆ ของผู้พิการ ไม่ว่าจะเป็นโอกาสทางการศึกษา โอกาสในการทำงาน หรือกระทั่งโอกาสการฟื้นฟูรักษาสภาพร่างกายที่ผิดปกติ ยังคงมีไม่มากนัก หลายฝ่ายหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พยายามให้ความช่วยเหลือผู้พิการเหล่านี้ โดยเฉพาะหน่วยงานอันเนื่องมาจากพระมหากรุณาธิคุณในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2551) รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กล่าวถึงผลสำรวจปัญหาที่คนพิการประสบอยู่ 5 อันดับแรก คือ 1) ไม่ได้รับการรักษาพยาบาล 2) ไม่มีเครื่องอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น 3) ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีฐานะยากจน 4) ยากลำบากเมื่อต้องเดินทางออกไปนอกบ้าน 5) ขาดโอกาสทางการศึกษาและการรับรู้ข่าวสาร (สำนักงานเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ จังหวัดสงขลา, 2550)

จะเห็นได้ว่า ผลกระทบต่อคนพิการมีหลายด้าน ซึ่งล้วนแล้วแต่มีความสำคัญ และอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอยู่อย่างเป็นปกติสุข หรือความผาสุก รวมไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดีทัดเทียมกับคนปกติ สำหรับการศึกษารั้งนี้ ศึกษาในคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีจำนวนมากกว่าคนพิการประเภทอื่น ๆ ซึ่งผลกระทบต่อคนพิการที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว ก็อาจส่งผลกระทบต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ โอกาสการเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ หรือผลกระทบด้านอื่น ๆ เป็นผลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในงานด้านคนพิการมีความตื่นตัวมากขึ้น และได้หาแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือคนพิการเหล่านี้

## แนวทางการดูแลคนพิการในประเทศไทย

### 1. ความหมายและประเภทของคนพิการ

#### ความหมายของคนพิการ

คำนิยามของคำว่า คนพิการ ได้รับการเปลี่ยนแปลงในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ตามการตราพระราชบัญญัติฉบับใหม่ ๆ คำนิยาม 3 ข้อหลัก ๆ ซึ่งใช้ในทางกฎหมาย มีดังนี้

กฎหมายแห่งชาติ (The National Law) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่าคนพิการไว้ว่า “บุคคลผู้ต้องทนทุกข์ทรมานจากข้อจำกัดในศักยภาพด้านต่าง ๆ ในการกระทำกิจกรรมทั่วไป หรือกิจกรรมซึ่งถือเป็นเรื่องปกติสำหรับคนทั่วไป อันเป็นผลมาจากความบกพร่องทางจิตใจ ร่างกาย หรือทางประสาท”

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้ให้ความหมายของคนพิการว่า คนพิการ หมายถึง ข้อจำกัดหรือการขาดซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ โดยวิธีการ หรือโดยวิธีของบุคคลทั่วไป เนื่องจากความบกพร่องอย่างหนึ่งอย่างใด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

องค์การสหประชาชาติ (Declaration on the Rights of Disabled Persons) ได้ให้ความหมายของคนพิการว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งไม่สามารถสร้างหลักประกันให้แก่ตนเองไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน ในด้านสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตในบั้นปลายแก่บุคคลหรือในฐานะส่วนหนึ่งของสังคมทั่วไป เนื่องจากความสามารถทางร่างกายและจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ ไม่ว่าจะมาเป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization หรือ ILO) ได้ให้ความหมายของคนพิการว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลที่มีหนทางในการสร้างความมั่นคง หรือรักษาไว้ หรือการแสวงหาความก้าวหน้าในอาชีพการงานที่เหมาะสมของตนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจที่ปรากฏอย่างชัดเจน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 ได้ให้ความหมายของคนพิการ ว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งความสามารถถูกจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคมได้โดยวิธีการทั่วไป เนื่องจากมีความบกพร่องของการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา หรือการเรียนรู้ และมีความต้องการจำเป็นพิเศษ ด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 4 ได้ให้ความหมายของคนพิการ ว่า คนพิการ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง แต่พระราชบัญญัติฉบับนี้ได้ถูกยกเลิกและเปลี่ยนเป็น พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 4 ได้ให้ความหมายของคนพิการ ไว้ว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและ

ความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550, 2550)

ชนาสูตร ชนชิตี (2549) ได้ให้ความหมายของคนพิการไว้ว่า คนพิการ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางร่างกาย ทางสังคม ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นมีข้อจำกัดในการแสดงบทบาท หรือกระทำการกิจวัตรต่าง ๆ ได้ลดน้อยลงกว่าคนปกติ

ไพบุตย์ วงษ์ใหญ่ และคณะ (2546) ได้ให้ความหมายของคนพิการไว้ว่า คนพิการ หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่อง หรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายหรือจิตใจ จากภาวะการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ ซึ่งทำให้สูญเสียอวัยวะของร่างกาย และส่งผลให้ไม่สามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เช่นคนปกติ

ปรกรณ์ วชิรกุล (2541) ได้ให้ความหมายของคนพิการว่า คนพิการ หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนบุคคลปกติ เกิดจากการเสียเปรียบบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ในการกระทำบทบาทต่าง ๆ ที่เนื่องมาจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจเป็นชั่วคราวหรือถาวรก็ได้

นอกจากความหมายของคำว่า “คนพิการ” แล้ว องค์การอนามัยโลก (WHO, 1980) กล่าวว่า ความพิการ คือ ความจำกัดของความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นความเสียเปรียบของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่เกิดจากความชำรุด หรือความบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญาหรือจิตใจ เป็นผลทำให้บุคคลนั้นไม่อาจแสดงบทบาทหรือทำอะไรที่สอดคล้องตามวัย เพศ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม และองค์การอนามัยโลก ยังได้กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้องกับความพิการไว้อีก ดังนี้

ภาวะบกพร่อง (Impairment) หมายถึง ความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ทั้งในด้านจิตใจหรือกายภาพของอวัยวะ เช่น การสูญเสียหรือการขาดหายของแขน ขา มือ นิ้ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น

ภาวะทุพพลภาพ (Disability) หมายถึง ความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งคนทั่วไปกระทำได้เป็นปกติ โดยเป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพ หรือความบกพร่องของอวัยวะ เช่น การสูญเสียแขน ขา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้มีข้อจำกัดในการเดินทาง ทำงาน เป็นต้น

ภาวะด้อยโอกาส (Handicap) หมายถึง ความเสียเปรียบที่เกิดขึ้น กับบุคคลที่มีความบกพร่องของอวัยวะหรือมีภาวะทุพพลภาพ ที่ทำให้เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตเยี่ยงบุคคลทั่วไป อุปสรรคต่าง ๆ มักเป็นอุปสรรคภายนอก เช่น สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเดินทางของคนที่มีความผิดปกติของร่างกาย เป็นต้น



จากความหมายของ “คนพิการ” ที่ได้กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า คนพิการ หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา เป็นผลต่อการจำกัด การทำหน้าที่ หรือการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนคนปกติทั่วไป

### ประเภทของคนพิการ

ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ได้แบ่งความพิการเป็น 6 ประเภท (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) ดังต่อไปนี้

#### 1. คนพิการทางการเห็น ได้แก่ กลุ่มตาบอด และตาเหลือนสายตา

ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาสายที่ต่ำกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับต่ำกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

ตาเหลือนสายตา หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาสายที่ต่ำกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ไปจนถึงต่ำกว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

#### 2. คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย คนพิการทางการได้ยิน ได้แก่ กลุ่มหูหนวกและหูตึง

หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางทางการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

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

เนื่องจากเกณฑ์การประเมินให้ใช้หูข้างที่ได้ยินดีกว่า เป็นตัวตัดสินในทางกฎหมายจึงไม่ครอบคลุม หูหนวก หรือ หูตึงข้างเดียว

### 3. คนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย

คนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขน ขาอ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงาน มือเท้า แขน ขา

คนพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของ ศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และสภาพลักษณะภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

### 4. คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก

คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

คนพิการออทิสติก หมายถึง บุคคลที่มีความบกพร่องการพัฒนาด้านสังคม ภาษา และการสื่อความหมาย พฤติกรรม และอารมณ์ โดยมรสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง และความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุ 2 ปี ครึ่ง ทั้งนี้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติก สเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอเจอร์ (Asperger)

5. คนพิการทางสติปัญญา หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเขาว์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุ 18 ปี

6. คนพิการทางการเรียนรู้ หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนพื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

จะเห็นได้ว่าคนพิการสามารถแบ่งได้เป็น 6 ประเภท ซึ่งนิยามต่างกันออกไปตามลักษณะของคนพิการหรือตามความพิการที่เกิดขึ้น สำหรับการศึกษารุ่นนี้ มุ่งศึกษาเฉพาะคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และยึดนิยามของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวดังกล่าวข้างต้น

## 2. กฎหมาย นโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

สำหรับกฎหมาย นโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการมีหลายฉบับ ที่เป็นเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้องค์กร หน่วยงานต่าง ๆ หรือชุมชน สามารถดำเนินตามแนวทางที่กฎหมายได้วางไว้ ทั้งนี้เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายสูงสุดตามกฎหมาย นโยบาย และแผนที่เกี่ยวข้องดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงได้หยิบยกกฎหมายที่มีความสำคัญในปัจจุบันมาเป็นแนวทางในการคิด ดังนี้

### รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 เป็นกฎหมายสูงสุด ว่าด้วยการจัดระเบียบการปกครองราชอาณาจักรไทยที่เป็นลายลักษณ์อักษร ฉบับที่ 18 รัฐธรรมนูญฉบับนี้ร่างโดยสภาร่างรัฐธรรมนูญซึ่งได้รับการแต่งตั้งโดยคณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติ (คมช.) กลุ่มนายทหารที่ทำรัฐประหารเพื่อยึดอำนาจการปกครองได้สำเร็จเมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2549 และได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 สิ้นสุดลง แล้วประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พ.ศ. 2549 แทนร่างรัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้ผ่านการแปรญัตติ (การเสนอความคิดเห็นและขอแก้ไขเพิ่มเติม) จากนั้นจึงแจกจ่ายเผยแพร่ไปยังประชาชนทั่วประเทศ เพื่อจัดให้มีการออกเสียงประชามติในวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2550 การจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับนี้เป็นไปตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พ.ศ. 2549 (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2550)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ได้รับการยกย่องว่าเป็นกฎหมายรัฐธรรมนูญที่คำนึงถึง สักดิ์ศรี สิทธิ เสรีภาพ ของประชาชน มากที่สุดฉบับหนึ่ง โดยอาศัยความตามมาตราที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ดังนี้ (ทิพวรรณ เดชพิทักษ์, 2551)

#### 1. มาตราที่รับรองสิทธิในความเป็นพลเมือง

มาตรา 4 สักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับการคุ้มครอง

มาตรา 28 บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้

เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์กับรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน

มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติ

แห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม

มาตรา 60 บุคคลย่อมมีสิทธิที่จะฟ้องหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นของรัฐที่เป็นนิติบุคคล ให้รับผิดชอบเนื่องจากการกระทำหรือการละเว้นการกระทำของข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้างของหน่วยงานนั้น ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

## 2. มาตราที่รับรองสิทธิในด้านการศึกษา

มาตรา 49 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับการศึกษาไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐจะต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยไม่เก็บค่าเล่าเรียน ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ หรือผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ต้องได้รับสิทธิตามวรรคหนึ่งและการสนับสนุนจากรัฐเพื่อให้ได้รับการศึกษาโดยทัดเทียมกับบุคคลอื่น

## 3. มาตราที่รับรองสิทธิในด้านการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ

มาตรา 54 บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จาก สวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

## 4. มาตราที่รับรองสิทธิในด้านสังคมสงเคราะห์เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและการพึ่งตนเอง

มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแผนนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษา ปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

## มาตราที่รับรองสิทธิในด้านการสาธารณสุข

มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

กล่าวคือ ในรัฐธรรมนูญปี 2550 รัฐได้รับรองศักดิ์ศรี สิทธิ เสรีภาพของประชาชนของรัฐ และสำหรับคนพิการหรือทุพพลภาพ รัฐต้องจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพให้โดยไม่เก็บ

ค่าใช้จ่าย รวมทั้งต้องสิ่งอำนวยความสะดวก ความช่วยเหลืออื่น ๆ การสังคมสงเคราะห์การ  
สาธารณสุขที่มีมาตรฐาน เพื่อให้คนพิการได้รับการพัฒนาที่ดี และพึ่งตนเองได้ โดยรัฐ หน่วยงาน  
หรือเจ้าหน้าที่ ต้องไม่เลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม หากข้าราชการหรือหน่วยงานรัฐกระทำหรือ  
ละเว้นการพึงต้องกระทำ บุคคลผู้รับผลของการกระทำนั้น หรือละเว้นการพึงต้องกระทำนั้น มีสิทธิ  
ฟ้องให้รับผิดชอบได้

### **แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2550-2554**

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2550-2554 (คณะกรรมการฟื้นฟู  
สมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550) เป็นแผนที่เกิดขึ้น  
ต่อจากแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2549 ได้รับการกำหนดขึ้นเพื่อ  
เป็นกรอบ ทิศทาง แนวทางในการดำเนินงานด้านคนพิการ ให้ภาคีภาครัฐและองค์กรเอกชนด้าน  
คนพิการ ใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการ การดำเนินงานตามภารกิจขององค์กรให้สอดคล้องกับ  
ยุทธศาสตร์ และพันธกิจ ส่ววิสัยทัศน์ของแผนที่กำหนดไว้ และเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็น  
กรอบและแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ  
สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิ  
มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ มีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่และเสมอภาค ภายใต้สภาพแวดล้อม  
ที่ปราศจากอุปสรรค อันเป็นแนวทางที่เคารพในคุณค่า สิทธิ ความเสมอภาค และศักดิ์ศรีความเป็น  
มนุษย์

การจัดทำแผนนี้ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพในการยกร่าง  
แผน โดยได้ร่วมกันทบทวนสถานการณ์แนวโน้มด้านคนพิการ ระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
แนวคิดและนโยบายทั้งในบริบทภายในประเทศและระหว่างประเทศ รวมทั้งการประเมินศักยภาพทาง  
ยุทธศาสตร์จากสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก แล้วประมวลเป็นกรอบแนวคิด วิสัยทัศน์  
เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการ และการนำแผนสู่ภาคปฏิบัติ นอกจากนี้ยังได้จัดให้มี  
การประชุมระดมความคิดเห็นต่อร่างแผน เพื่อปรับปรุงให้แผนมีความสมบูรณ์ที่สุด

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2550-2554 ได้รับความเห็นชอบ  
จากคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เมื่อวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2549 และคณะรัฐมนตรีมีมติ  
อนุมัติในหลักการ เมื่อวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2550 ซึ่งนอกจากจะเป็นแนวทางให้หน่วยงานภาครัฐและ  
ภาคเอกชนนำไปจัดทำแผนปฏิบัติงานด้านคนพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลแล้ว ยังจะ  
เป็นแนวทางในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ บรรลุตามวิสัยทัศน์ ที่กำหนด  
เพื่อให้คนพิการได้รับการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิ และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

จากการประเมินความต้องการทางยุทธศาสตร์ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มด้านคนพิการ ทบทวนผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 ทบทวนแนวคิดและนโยบาย รวมทั้งการประเมินศักยภาพทางยุทธศาสตร์จากสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของการดำเนินงานด้านคนพิการที่ผ่านมา สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554 เพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน คือ คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิ การมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่ด้วยความเสมอภาค และสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค ด้วยการปฏิรูประบบบริหารจัดการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การสร้างความเข้มแข็งให้คนพิการ ในบริบทที่คนพิการ ครอบครัวคนพิการ ชุมชน สังคม ได้ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากแนวทางเจตนานิยม ที่เมตตาสงสารให้คนพิการเป็นผู้รับการสงเคราะห์ สู่มิติที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิคนพิการ

#### **พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550**

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เป็นพระราชบัญญัติที่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้ โดยคำแนะนำและยินยอมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยมาตรา 3 ให้ยกเลิกพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งใช้บังคับมาเป็นเวลานาน สาระสำคัญและรายละเอียดเกี่ยวกับการสงเคราะห์และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการไม่เหมาะสมกับสภาพสังคมปัจจุบัน สมควรทำแนวทางและปรับปรุงวิธีการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ เพื่อมิให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุสภาพทางกายหรือสุขภาพ รวมทั้งให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก อันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ตลอดจนให้รัฐต้องสงเคราะห์คนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550, 2550)

จุดเด่นของ พ.ร.บ.ฉบับใหม่ คือ พ.ร.บ.ฉบับนี้กำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ เพื่อมิให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม เพราะเหตุสภาพทางกายหรือสุขภาพของคนพิการ และที่สำคัญคือ การเปิดโอกาสให้คนพิการสามารถเข้าทำงานในหน่วยงานของรัฐได้ นับได้ว่าเป็นก้าวที่สำคัญของการแสดงถึงความเสมอภาค ที่ภาครัฐมอบให้กับประชาชน และเป็นความเท่าเทียมของภาครัฐและเอกชน ที่จะมีส่วนรับผิดชอบต่อสังคมร่วมกัน มิใช่เป็นการผลักภาระให้เอกชนฝ่ายเดียวเช่นในอดีตที่ผ่านมา (สร้อย ธิติลักษณ์, 2551)

สำหรับ นายแพทย์ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม, 2551) ยังได้กล่าวอีกว่า พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 เป็นกฎหมายฉบับแรกที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ คนพิการ ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานาน สำคัญและรายละเอียดเกี่ยวกับการสงเคราะห์และการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ ไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบัน รัฐบาลจึงได้ประกาศ พระราชบัญญัติ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งถือเป็นกฎหมายฉบับที่ 2 ที่เกี่ยวข้องกับคน พิการ มีการกำหนดแนวทางและปรับปรุงวิธีการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้มี ความเหมาะสมมากขึ้น อีกทั้งยังกำหนดให้มีสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติ ขึ้นเป็นหน่วยงานใหม่ระดับกรมในกระทรวง ฯ เพื่อเป็นหน่วยประสานการดำเนินงานพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการระดับชาติ ซึ่งถือเป็นมิติใหม่ของการทำงานด้านคนพิการที่มีความก้าวหน้าอย่าง ก้าวกระโดดอีกระดับหนึ่ง

ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้น กฎหมาย นโยบาย และแผนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ใช้อยู่ใน ปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่คำนึงถึงสิทธิ เสรีภาพ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ส่วนพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งได้กำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ เพื่อมิให้มีการเลือก ปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้ และแผนพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550-2554 ที่เป็นกรอบ ทิศทาง หรือแนวทางในการดำเนินงานด้านคนพิการ เพื่อ พัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ซึ่งกฎหมาย นโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องนี้จะเอื้อประโยชน์ การให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ แก่คนพิการ ทั้งนี้เพื่อความเสมอภาค ทัดเทียมกับคนปกติ และ เพื่อให้คนพิการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ได้ใช้กฎหมาย นโยบาย และแผนที่เกี่ยวข้องดังกล่าว เป็นแนวคิดใน การศึกษาสิทธิต่าง ๆ ที่คนพิการควรจะได้รับ เพื่อความยุติธรรมและความทัดเทียมเช่นเดียวกับคนปกติ

### 3. การดำเนินงานด้านคนพิการ

องค์การสหประชาชาติได้ให้ความสำคัญเรื่องสิทธิ โอกาส และความเสมอภาคของ คนพิการ โดยในปี พ.ศ. 2514 ได้ประกาศปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการทางสติปัญญาและ การเรียนรู้ พ.ศ. 2518 ประกาศปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ พ.ศ. 2524 ประกาศให้เป็นปีคนพิการ สากล และประกาศให้ช่วงปี พ.ศ. 2526-2535 เป็นทศวรรษของคนพิการ พร้อมกำหนดแผนปฏิบัติการ ระดับโลก (ปรัชญาว่าด้วยสิทธิคนพิการไทย, 2547, หน้า 1) ว่าด้วยคนพิการขึ้นมาเป็นผลสำเร็จ ซึ่ง สมัชชาสหประชาชาติก็ได้ให้การรับรองแผนนี้ตามมติที่ 37/52 เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2525 แล้ว

ซึ่งทั้งปีคนพิการสากลและแผน ปฏิบัติการระดับ โลกว่าด้วยเรื่องคนพิการ ได้เป็นเสมือนพลังอัน  
แข็งแกร่งที่ทำให้เกิดความก้าวหน้า ด้านนี้ขึ้น เพราะนอกจากจะได้เน้นถึงสิทธิของคนพิการที่จะมี  
โอกาสทัดเทียมกับพลเมืองอื่น ๆ ในสังคม และได้รับส่วนแบ่งที่เท่าเทียมจากสังคมในการปรับปรุง  
สภาพความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น อันเป็นผลพวงของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2546, หน้า 105)

เมื่อสิ้นสุดทศวรรษคนพิการแล้ว คณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและ  
แปซิฟิก องค์การสหประชาชาติ ต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมและรณรงค์เรื่องสิทธิและ โอกาสของ  
คนพิการของคนพิการอย่างต่อเนื่อง จึงได้ประกาศในปี พ.ศ. 2536-2545 เป็นทศวรรษคนพิการ  
ของภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก (ปรัชญาว่าด้วยสิทธิคนพิการไทย, 2547, หน้า 1)

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา นโยบายด้านความพิการเริ่มพัฒนาขึ้นมาจากการดูแลช่วยเหลือ  
เบื้องต้นให้แก่คนพิการในสถาบันต่าง ๆ ก่อนจะก้าวไปสู่การให้การศึกษาแก่เด็กพิการ และการฟื้นฟู  
สมรรถภาพให้แก่ผู้ใหญ่ที่ประสบความพิการในภายหลัง และจากการให้การศึกษา รวมทั้งการฟื้นฟู  
สมรรถภาพนี้เองก็ทำให้คนพิการมีความกระตือรือร้นมากขึ้น จนกลายมาเป็นพลังผลักดันให้เกิดการ  
พัฒนานโยบายด้านความพิการในเวลาต่อมา องค์การของคนพิการ ครอบครัวและผู้พิทักษ์สิทธิ  
ประโยชน์ให้แก่คนพิการ ได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่เรียกร้องสภาพการณ์ที่ดีกว่าเดิมให้แก่คน  
พิการ ต่อมาภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 การเผยแพร่ความคิดพื้นฐานที่จะรวมคนพิการให้เป็นส่วน  
หนึ่งที่เป็น เนื้อเดียวกันของสังคม และให้บุคคลเหล่านี้มีชีวิตที่ปกติสุขอยู่ในสังคม ก็ได้สะท้อนให้เห็น  
ว่า ความตระหนักในศักยภาพของคนพิการ ได้เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะนี้ ในช่วงปลาย ค.ศ. 1960  
องค์กรของคนพิการในบางประเทศได้เริ่มจุดประกายความคิดพื้นฐานใหม่เกี่ยวกับความพิการขึ้นมา  
ความคิดพื้นฐานนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า ข้อจำกัดที่คนพิการประสบอยู่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงอย่างใกล้ชิด  
กับการออกแบบและ โครงสร้างของสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวคนพิการเอง และเจตคติของคนทั่วไป  
มีต่อคนพิการ ในขณะที่เดียวกันปัญหาความพิการในประเทศที่กำลังพัฒนาก็กำลังเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น  
ทุกที โดยในบางประเทศอัตราส่วนของคนพิการต่อประชากร 100 คน จะค่อนข้างสูงมาก และ  
ส่วนใหญ่แล้วคนพิการเหล่านี้ก็ยากจนเป็นอย่างยิ่ง (จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2546, หน้า 107)

สำหรับประเทศไทย รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญเรื่องสิทธิและ โอกาสของคนพิการ  
เช่นกัน โดยหน่วยงานต่าง ๆ ร่วมกับคนพิการได้ยกย่องพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ  
คนพิการตั้งแต่ พ.ศ. 2520 และเมื่อปีคนพิการสากล พ.ศ. 2524 ได้จัดกิจกรรมต่าง ๆ พร้อม  
ทั้งประกาศใช้แผนการสงเคราะห์และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติระยะยาว (พ.ศ. 2525-  
2534) ในปี พ.ศ. 2534 ได้มีการตราพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และต่อมาได้  
ประกาศกระทรวง ระเบียบต่าง ๆ รวมทั้งกำหนดนโยบายของรัฐเพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิ โอกาส



และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเท่าเทียมกับสมาชิกอื่นในสังคม เมื่อ พ.ศ. 2536 ผู้นำรัฐบาลไทย ได้ร่วมลงนามพร้อมกับผู้นำของประเทศในภูมิภาคนี้ ในประกาศการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และความเสมอภาคของคนพิการในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก เพื่อเป็นคำมั่นสัญญาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และขจัดเจตคติที่ไม่ถูกต้องของสังคมที่มีต่อคนพิการ (ปรัชญาว่าด้วยสิทธิคนพิการไทย, 2547, หน้า 1)

ในปี พ.ศ. 2550 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบการจัดสรรงบประมาณจากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 4 บาทต่อหัวประชากร ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จำนวน 46.06 ล้านคน) คิดเป็นจำนวนเงินประมาณ 184 ล้านบาท และงบประมาณที่สมทบมาจากปีงบประมาณ 2549 จำนวน 64 ล้านบาท รวมเป็นเงิน 248 ล้านบาท เพื่อดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ อย่างต่อเนื่องรวม 4 ด้าน ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

1. การสนับสนุนงบประมาณด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
  2. โครงการตรวจประเมินและจดทะเบียนคนพิการรายใหม่
  3. การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหน่วยบริการ
  4. การพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการและผู้ที่เกี่ยวข้อง
- คนพิการหรือทุพพลภาพ ถือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่า สมควรที่จะได้สิทธิและโอกาสในการพัฒนาให้เต็มศักยภาพ ประกอบกับการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมเหมือนกับบุคคลธรรมดาทั่วไป ขณะเดียวกันควรได้รับการปกป้องคุ้มครองจากการถูกเอารัดเอาเปรียบ ภายใต้การยอมรับในศักดิ์แห่งความเป็นมนุษย์ (ปรัชญาว่าด้วยสิทธิคนพิการไทย, 2542) แต่ประตูสู่การพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพในทุก ๆ ด้านของคนพิการนั้น จะเปิดให้ก็ต่อเมื่อ คนพิการรายนั้นได้ผ่านการจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 โดยจะต้องผ่านการประเมินความพิการจากแพทย์ในสถานพยาบาลของทางราชการเป็นเบื้องต้น จากนั้นสิทธิและโอกาสที่จะได้รับการสงเคราะห์ ฟื้นฟู และพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะตามมา แต่หากเราทำงานร่วมกับกับคนพิการได้ในเชิงมิตรสหาย ร่วมมือกันแบบ Partnership แบบเพื่อนกัน ก็จะเป็นสิ่งดี เพราะศักยภาพของผู้พิการนั้นไม่แตกต่างจากคนปกติ จะอ่อนค้อยกว่าก็เฉพาะในส่วนที่พิการเท่านั้น สำคัญว่าเราทุกคนได้ปรับเปลี่ยนมุมมอง และทัศนคติต่อคนพิการและความพิการมาน้อยเพียงไร ในเมื่อสิ่งที่เชื่อมโยงและผลักดันให้คนพิการมีสิทธิและศักดิ์ศรีเท่าเทียมคนปกติ นั้น หาใช่ความสงสารแต่เพียงอย่างเดียว (อรสรวง บุนนาค, 2545)

การสร้างความรู้หรือการวิจัยเกี่ยวกับคนพิการ ที่จะมีพลังขับเคลื่อนเปลี่ยนแปลงสังคม โดยรวม จะต้องเป็นการวิจัยแบบใหม่ การวิจัยที่ให้กลุ่มคนพิการและองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการที่แท้จริงมีส่วนร่วมในฐานะนักวิจัยโดยตรง มิใช่เพียง “ผู้ถูกวิจัย” เท่านั้น และการสร้างความรู้ใหม่นี้จะต้องสร้างจากกลุ่มคนพิการและผู้เกี่ยวข้องจากระดับฐานรากและชายขอบ ช่วยกันก่อความรู้จากชุมชนขึ้นมาใหม่ แล้วเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายนักวิจัยคนพิการในระดับจังหวัด ภูมิภาค จนถึงระดับประเทศ เน้นการสำรวจสถานการณ์ของคนพิการในชุมชน ศึกษาวิเคราะห์โอกาสและศักยภาพ การช่วยตัวเองหรือการร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งการสร้างโอกาสให้คนพิการเป็นเจ้าของกิจการตามศักยภาพของแต่ละคน จากนั้นมีการรวบรวมสังเคราะห์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติเข้าสู่เวทีนโยบายสาธารณะ เป็นการสร้างนโยบายที่มาจากฐานความรู้ที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มคนพิการ ร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรที่ทำงานร่วมกัน (โอกาส ปัญญา, 2546) เมื่อคนพิการได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพเร็วและดีเท่าไร ยิ่งพาดตนเองได้มากเท่าไร คนพิการ ก็ยิ่งมีศักยภาพเพิ่มมากขึ้น ประเทศไทย ครอบครัวยุคนพิการ ชุมชน สังคม และรัฐยังไม่เห็น และยังไม่เชื่อในศักยภาพของคนพิการ จึงไม่มีพัฒนาการช่วยเหลือคนพิการที่เป็นรูปธรรมอย่างจริงจังเท่าที่ควร (ประเด็นการสัมมนางานนวัตกรรมเพื่อคนพิการ, 2544)

ถ้าวิเคราะห์การช่วยเหลือคนพิการระหว่างไทยกับเทศจากยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเข็ญญูของอาจารย์ประเวศ วะสี ดูเหมือนว่า ในต่างประเทศที่เจริญแล้ว งานช่วยคนพิการที่เปรียบเสมือนขุนเขาใหญ่ที่มีอยู่ทั้งในเมืองและนอกเมืองนั้น ได้ถูกเขี่ยทิ้งลูกไปวางอยู่ในที่ควรจะอยู่แล้ว ทั้งในยุทธศาสตร์ด้านสร้างองค์ความรู้ กระบวนการขับเคลื่อนทางสังคม และกระบวนการภาคการเมือง แต่สำหรับไทย ประเทศเพื่อนบ้านรวมทั้งประเทศในแถบอื่น ๆ ทั่วโลกที่ยังยากลำบากพอ ๆ กัน คงมีเพียงการขยับบ้างแล้ว มากบ้าง น้อยบ้าง ต่างกันไปในแต่ละด้าน การรวมพลังกันส่งเสริมกระบวนการขับเคลื่อนทางสังคม โดยการรวมพลังของทุกประชาคมคนพิการมีส่วนร่วมช่วยกันปกป้องสิทธิใน การรับบริการช่วยเหลือทั้งด้านการรักษา การประกอบอาชีพ การใช้เทคโนโลยี และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมได้อย่างกว้างขวาง ทั้งถึง เสมอภาค เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง (ประเด็นการสัมมนางานนวัตกรรมเพื่อคนพิการ, 2544)

การที่รัฐให้บริการช่วยเหลือคนพิการในประเทศไทย และประเทศที่กำลังพัฒนาไม่ทั่วถึง เป็นแรงผลักดันให้เกิดการใช้กระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมในเชิงยุทธศาสตร์การช่วยเหลือคนพิการแบบ “ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน” นั่นคือ จัดให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมช่วยเหลือคนพิการและครอบครัว (ประเด็นการสัมมนางานนวัตกรรมเพื่อคนพิการ, 2544) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้ถูกวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยนำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

พ.ศ. 2545-2549 มาเป็นแนวทางกำหนดกิจกรรม ให้สอดคล้องกับบทบัญญัติในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแผนและพันธะสัญญาที่ตกลงร่วมกันนานาประเทศ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 กฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน แผนปฏิบัติการระดับโลกด้านคนพิการ วาระเพื่อปฏิบัติ และกฎหมายเกี่ยวกับคนพิการ (รัชนี สรเสริญ และคณะ, 2550) การดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้ปรับเปลี่ยนแนวทาง กำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับกฎหมายที่ปรับปรุงขึ้นใหม่ที่มีผลบังคับใช้ในปัจจุบันด้วย ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน (CBR) ส่งเสริมการประสานความร่วมมือระหว่างผู้นำชุมชน คนที่มีความพิการ ครอบครัวของคนที่มีความพิการ และประชาชนอื่น ๆ ที่ได้ตระหนักและให้โอกาสที่เท่าเทียมแก่คนที่มีความพิการในชุมชน ยุทธศาสตร์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (CBR) ได้เริ่มดำเนินการมาเป็นระยะเวลา 2 ทศวรรษครึ่งแล้ว มีการส่งเสริมเรื่องสิทธิและการมีส่วนร่วมของคนที่มีความพิการอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมความเข้มแข็งในบทบาทขององค์กรของพวกเขา (DPOs) ในประเทศทั่วโลก

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้น ถือเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคนพิการอย่างยั่งยืน อันจะทำให้คนพิการอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับคนทั่วไป ดังนั้นรัฐบาลไทยจึงได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้คนพิการได้รับสิทธิและโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม โดยคนพิการที่จะได้รับสิทธิและโอกาสดังกล่าวให้ขึ้นจดทะเบียนคนพิการ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ, 2550)

หากต้องการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรเริ่มจากภายใน กล่าวคือเริ่มจากคนพิการและผู้เกี่ยวข้องภายในชุมชนก่อน รวมตัวเป็นทีมงานในการศึกษา และแก้ปัญหาของตนเองอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานอย่างครอบคลุมรอบด้านเกี่ยวกับกลุ่มคนพิการในด้านต่าง ๆ จากครอบครัวคนพิการ รวมทั้งข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประสานงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบายทั้งนี้เพื่อนำไปสู่ การวางแผนการทำงานแก้ปัญหาที่ตรงจุดเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ วิถีชีวิต และวัฒนธรรม โดยมีแนวทางให้กลุ่มคนพิการได้รับการฝึกฝนการทำงานเพื่อรักษาประโยชน์ของตนเอง ในลักษณะจากล่างขึ้นบน (Bottom Up) ยกฐานะจากความเป็นผู้รับบริการ (Client) มาเป็นผู้บริโภค (Consumer) การทำงานอย่างมีระบบ มีทักษะที่จะทำงานด้วยตัวเอง การตระหนักและเห็นคุณค่าใน

ตนเอง (Self - worth) การเป็นตัวอย่าง การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมแก่คนรอบข้างและชุมชน ให้มีความตระหนักต่อความเป็นส่วนรวม และการมีจิตสำนึกสาธารณะ (Collectivism or Public Consciousness) การติดตามและการประเมินผลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยมีนักวิชาการ นักวิชาชีพ หรือบุคคลภายนอกชุมชน มีฐานะเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) ผู้หนุนเสริมในด้านองค์ความรู้ หรือทรัพยากร ในบางมิติกับชุมชนเท่านั้น (ทวี เชื้อสุวรรณทวี, 2545)

การดำเนินงานที่ผ่านมา และการดำเนินงานในอนาคตของประเทศไทยเกี่ยวกับคนพิการที่จะส่งเสริม สนับสนุน ให้การช่วยเหลือให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ยังประสบปัญหาความไม่ครอบคลุม ทั่วทุกพื้นที่ที่มีคนพิการอาศัยอยู่ ทำให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความยากลำบากพอสมควร ยังคงต้องอาศัยระยะเวลาในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนมากขึ้น และต้องใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผลักดันให้เกิดผล รวมถึงความร่วมมือจากครอบครัวหรือผู้ดูแลคนพิการ และตัวคนพิการเองมีส่วนช่วยในการผลักดันให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นไปตามที่คาดหวังไว้

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลในการดำเนินงานด้านคนพิการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาการดำเนินงานของรัฐและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านคนพิการที่แสดงให้เห็นถึงความตระหนัก และการให้การช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ กัน

## คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต จะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่และการรับรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณีวัฒนธรรมแตกต่างกันจึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นนามธรรมได้อย่างชัดเจนแน่นอน อย่างไรก็ตาม ได้มีหลายท่านได้พยายามอธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตซึ่งมีความแตกต่างตามทัศนะของแต่ละบุคคล ดังนี้

### 1. แนวคิดของคุณภาพชีวิต

#### ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (The WHOQoL Group, 1994, p. 43) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะชีวิตของพวกเขา ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และค่านิยมในการดำรงชีวิตของพวกเขา และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวความคิดที่กว้าง เต็มไปด้วยความสลับซับซ้อนครอบคลุมในแง่ของสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับความเป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม

เบรสลิน (Breslin, 1991) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งรวมระดับการรับรู้ของบุคคลของความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นปรากฏการณ์ที่ได้รับอิทธิพลจากความรู้สึกส่วนตัวอย่างมาก (Highly Subjective Phenomenon) เป็นสื่อกลางโดยค่านิยมวัฒนธรรม และความเชื่อของบุคคลหนึ่ง แนวคิดของตนเอง เป้าหมายและประสบการณ์ชีวิต

ซ่าน (Zhan, 1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งขึ้นอยู่กับการดำรงชีวิตและประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

อีเมอร์สัน (Emerson, 1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตสามารถนิยามได้ว่าเป็นความพึงพอใจในค่านิยม เป้าประสงค์ และความต้องการของบุคคล ที่จะบรรลุตามความสามารถหรือวิถีทางของพวกเขา การที่จะเข้าถึงการประเมินคุณภาพชีวิต มีจุดเน้นที่ 2 ตัวแปรหลัก คือ

1. ตัวบ่งชี้ทางสังคม (Social Indicators)
2. ความพึงพอใจของบุคคล (Personal Satisfaction) และความสุหรือความผาสุก

(Happiness or Well-being)

พั้งนี่, เกอร์เบอร์ และลาเฟบ (Pinkney, Gerber, & Lafave, 1991) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่ดีของชีวิตที่วัดจากอัตวิสัย และภาวะวิสัย โดยตัวชี้วัดโดยตรงของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย สุขภาพ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คุณภาพของที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ในปัจจุบันส่วนมากได้มีการนิยามที่กว้างมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วยสถานการณ์ในการดำเนินชีวิต การใช้เวลา การบูรณาการชุมชน สถานะทางเศรษฐกิจ และความปลอดภัย และการวัดความพึงพอใจในชีวิต

นีมี และคณะ (Niemi et al., 1998 cited in Mayers, 1995) ได้นิยาม คุณภาพชีวิต ว่าหมายถึง ความผาสุกตามอัตวิสัยของบุคคลและความพึงพอใจในชีวิต และรวมถึงสุขภาพจิตและสุขภาพกาย องค์ประกอบความผาสุก สัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในและภายนอกครอบครัว การทำงาน และกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน

ดีน (Dean, 1985, p. 98) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพที่ดี การปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ความสุขสบายทางกายและใจ ชีวิตที่มีความหมายและมีคุณค่า และภาระหน้าที่ของบุคคล

แคมป์เบล (Campbell, 1976, p. 399) ได้สรุปว่า คุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ โดยเน้นที่ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่ต้องการให้เป็นหรือที่คาดหวัง ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุขซึ่งเป็นการตัดสินของแต่ละบุคคล

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2538 (อ้างถึงใน ไพบูลย์ วงษ์ใหญ่ และคณะ, 2546) ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต ว่าประกอบด้วย 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำตัวบุคคล ส่วน ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

ไพบูลย์ วงษ์ใหญ่ และคณะ (2546) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีความรู้สึกเป็นสุข และพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคล ในองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยแต่ละบุคคล จะรับรู้แตกต่างกันตามประสบการณ์การเรียนรู้และสภาพแวดล้อม

จิราภรณ์ ชูวงศ์ (2545) ได้สรุปความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต ว่า เป็นความรู้สึก พึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลในแต่ละด้านที่มีความสำคัญของบุคคล โดยมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ด้านใหญ่ ๆ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

สุกัญญา เตชะไชยวัฒน์ (2544) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขใจ พึงพอใจกับความเป็นอยู่ในชีวิต ซึ่งขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลต่อภาวะสุขภาพ ความสามารถ และหน้าที่และประสบการณ์ชีวิต

ปกรณ์ วัชรกุล (2541) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตความเป็นอยู่ที่สมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม อันเกิดจากการที่ผู้พิภกรสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และค่านิยมสังคม

จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปความหมายของคุณภาพชีวิต ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่มีความสมดุลและสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคลในการให้ความหมายของความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน

#### องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan, 1982) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็น ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ จำแนกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก
2. มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน และบุคคลอื่น การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร
3. การมีกิจกรรมในสังคม และชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น
4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามระยะพัฒนาการ

เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง คุกกี้ หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และการมีส่วนร่วมในสังคม

ซาน (Zhan, 1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตควรมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครอบงำอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ
2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง
3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากจะประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมด้วย
4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพ การศึกษา และรายได้ ซึ่งถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคม

แนวคิดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลก (The WHOQoL Group, 1994, p. 43)

ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เริ่มมีการศึกษาภาคสนาม ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (Physical) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวันเช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลก่้างในการดำรงชีวิต การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน รวมถึงการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. ด้านจิตใจ (Psychological) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล เป็นต้น
3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of Independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของคนกับบุคคลอื่น ๆ การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality Region/ Personal Beliefs) คือ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่าง ๆ ของคนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้รวมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้เป็น 4 ด้าน โดยรวมองค์ประกอบที่ 1 กับ 3 เข้าไว้ในองค์ประกอบที่ 1 และรวมองค์ประกอบ 2 กับ 6 เข้าไว้ในองค์ประกอบที่ 2 (McDowell, 2006) ทำให้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีดังนี้ (Power et al., 2002)

1. ด้านร่างกาย (Physical) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของคนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น



3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

#### การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างออกไปตามแนวคิดและวิธีการต่าง ๆ กล่าวโดยสรุปการประเมินคุณภาพชีวิต มีดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980, p. 312) ได้ใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้

2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย วัดได้โดยอาศัยข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นรูปธรรมสามารถมองเห็นได้ นับได้ วัดค่าได้ เช่น ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ฯ
2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับชีวิต การรับรู้สภาพต่อการเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต

ซ่าน (Zhan, 1992) ได้กำหนดเกณฑ์ในการการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ตัวบ่งชี้

2 ประเภท ดังนี้

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective Indicators) เป็นข้อมูลด้านรูปธรรมที่สามารถมองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ อัตราการเป็นโรค ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรม หรือลักษณะของแต่ละบุคคล

2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective Indicators) เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยาที่บ่งบอกถึงความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ภาวะสุขภาพ ความสุข คุณค่าในตนเอง เป็นต้น

ลึบคิน (Lubkin, 1995 อ้างถึงใน อโนชา ทัศนารนชัย, 2551) ได้เสนอว่า การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถจับกลุ่มแนวคิดได้ 2 กลุ่ม คือ

1. คุณภาพชีวิตแบบองค์รวม แนวคิดนี้เชื่อว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลจะต้องประเมินด้วยตนเองและการรับรู้คุณภาพชีวิตจะสะท้อนออกมาโดยภาพรวม ทั้งด้านการรับรู้เป้าหมาย การให้คุณค่า การรับรู้ของบุคคลในเรื่องความพึงพอใจในชีวิต ไม่สามารถแบ่งเป็นส่วน ๆ ได้ ดังนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตจึงออกมาในภาพรวม

2. คุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ แนวคิดนี้เชื่อว่า การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่นั้น บุคคลควรประเมินด้วยตนเองจากหลาย ๆ องค์ประกอบ เพราะจะทำให้เห็นภาพชัดเจน และถูกต้อง มากกว่าการมองภาพรวมเพียงอย่างเดียว

การประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1995) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้สร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการทำความเข้าใจแนวคิดต่างๆ ตั้งแต่การกำหนดความหมายของคุณภาพชีวิต โครงสร้างของเครื่องมือ ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสำรวจหาโครงสร้างที่แท้จริง โดยจัดกลุ่มอภิปรายอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มของผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วย คนปกติ จาก 15 ศูนย์ภาคสนามที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันทั่วโลก และขั้นที่ 3 เป็นการจัดคำถามของทุกศูนย์ นำมารวมกันตามความหมายของแต่ละกลุ่ม และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ใน 15 ศูนย์ภาคสนาม ใน 9 อาณาจักรทั่วโลก คัดเลือกคำถามเหลือเพียง 100 ข้อ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 100 ข้อ โดยโครงสร้างของเครื่องมือจะสะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญๆ ต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามในรูปของความเข้มข้น (Intensity) ซึ่งหมายถึงความรุนแรงของความรู้สึกนั้น ความจุ (Capacity) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้สถานการณ์ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด ความถี่ (Frequency) หมายถึง ช่วงหรือระยะเวลาห่างของพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่เป็นประสบการณ์ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต และคำถามที่ต้องการให้ตอบตามการรับรู้ของผู้ที่ถูกวัด จะเป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินปัญหาที่ผู้ถูกวัดกำลังเผชิญอยู่ เพื่อประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างไร

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้รวมข้อคำถามบางส่วนเข้าด้วยกันเหลือข้อคำถามเพียง 26 ข้อ ซึ่งได้มีการแปลและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยในประเทศไทย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้นำเครื่องมือมาแปลเป็นภาษาไทย โดยใช้ชื่อว่า เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี มีค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือ เท่ากับ .84 ต่อมา มีผู้ใช้เครื่องมือนี้กันอย่างแพร่หลายใน

กลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันออกไป (กันยาลักษณ์ เตชะพงศักรชัย, 2545; จารุณี บันลือ, 2542; เฉลิมขวัญ สิงห์วี, 2547; พิทักษ์ ทองสุข, 2548; เพ็ญศรี รัศมีวงศ์ และคณะ, 2550; สายใจ ไทยสิทธิเวช, บุญเลิศ โฉมจังหวัด และสุพรรณิ วชิกุล, 2548; สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, วันดี สุทธิรังสี และพัชรียา ไชยลังกา, 2544; ยูดี ชีระศิลป์, 2547; อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2545)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากแนวคิดนี้มี ความครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทาง สังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อีกทั้งเป็นแนวคิดที่กว้าง สามารถใช้ได้กับบุคคลทุกประเภท และผู้วิจัยได้ ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของ สุวัฒน์ นันทินันดรกุล และคณะ (2540) จำนวน 26 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามไม่มากเกินไป และสอดคล้องกับวิถีชีวิตคนไทย โดยคนพิการก็สามารถใช้ได้ และใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายกลุ่มบุคคล

## 2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตคนพิการยังมีการศึกษาน้อย และยังไม่ครอบคลุม คนพิการทุกประเภทในทุกพื้นที่ของประเทศ ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มคนพิการทางกายและการ เคลื่อนไหว โดยในการศึกษาของ ปกรณ์ วชิรกุล (2541) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้พิการทางการมองเห็นและผู้พิการทางกายหรือ การเคลื่อนไหว ที่ได้รับการจดทะเบียนกับสำนักงานประชาสงเคราะห์จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 348 คน ส่วนการศึกษาของ ไพบุลย์ วงษ์ใหญ่ และคณะ (2546) ซึ่งได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ญาติ หรือผู้ดูแล และพยาบาล: กรณีศึกษาของศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้พิการที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ญาติหรือผู้ดูแล และพยาบาลที่ ปฏิบัติงานของศูนย์ จำนวน 193 ราย สำหรับการศึกษานี้ของ เฉลิมขวัญ สิงห์วี (2547) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัย ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการในเขตกรุงเทพมหานครและ ปริมณฑล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการทางกายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 220 คน ส่วนการศึกษาของ พิทักษ์ ทองสุข (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/ หรือขา โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างที่สูญเสียแขนและ/ หรือขาที่เกิดจากการประสบอุบัติเหตุจำนวน 187 คน ที่ได้เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ โรงเรียน อาชีวพระมหาไถ่พิทยา จังหวัดชลบุรี ศูนย์บริการสวัสดิการทางสังคมเฉลิมพระชนมพรรษา 5 รอบ จังหวัดลพบุรี ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานบางพูน จังหวัดปทุมธานี ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน ประจำภาคตะวันออก จังหวัดระยอง ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จังหวัดนนทบุรี และองค์การทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ การศึกษาของ เพ็ญศรี รัศมีวงศ์ และคณะ (2550) ศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้หญิงพิการวัยกลางคนชาวอีสาน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น:

มุมมองจากแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก และการศึกษาของ อโนชา ทัศนารนชัย (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของคนพิการ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 61 ราย ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่า คุณภาพชีวิตคนพิการอยู่ในระดับปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่า ความไม่สุขสบาย ความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจที่เกิดในลักษณะเรื้อรังหรือเป็นภาวะที่ถูกความต่อการดำเนินชีวิตของคนพิการ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพวกเขา ซึ่งหากไม่สามารถปรับตัวหรือหาแหล่งช่วยเหลือที่จำเป็นและเหมาะสมได้แล้ว ก็จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำได้

ส่วนในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆที่เป็นกลุ่มปกติและกลุ่มผู้ป่วย พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ลิวมิง, วันเพ็ญ เข็มข้อย และทิพาพร ดั่งอำนาจ, 2542; กฤษณา จันทร์ตรี และคณะ, 2543; จิราภรณ์ ชวงศ์, 2545; อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2545) และระดับสูง (รสสุคนธ์ วาณิชสกุล, 2544)

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาในระดับคุณภาพชีวิตคนพิการยังอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตในปัจจุบันจำเป็นที่หลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้ดียิ่งขึ้นในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมช่วยเหลือสิ่งจำเป็นพื้นฐาน กายอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกทางสาธารณะต่างๆ ทำให้คุณภาพชีวิตของพวกเขาทัดเทียมกับคนปกติ

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

#### 1.1 ระดับความพิการ

คนพิการแต่ละประเภทมีรายละเอียดความพิการในกฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้กำหนดลักษณะความพิการไว้ สำหรับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คือ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายเห็นชัดเจน และคนที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ระดับความผิดปกติ 3 ถึง 5 จึงถือว่าเป็นคนพิการ โดยระดับความพิการ ตั้งแต่ระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 5 มีดังนี้

ความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ระดับที่ 1 คือ มีความผิดปกติทางกาย แต่ยังสามารถประกอบกิจกรรมประจำวันหลักได้

ความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ระดับที่ 2 คือ มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ระดับที่ 3 คือ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือ แขนขา น้อยกว่า 2 ข้าง

ความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ระดับที่ 4 คือ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัว หรือ แขน ขา เพียง 2 ข้าง

ความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ระดับที่ 5 คือ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือ แขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

ระดับความพิการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งระดับความพิการมีหลายระดับ มีตั้งแต่ระดับที่เป็นแล้วยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไปจนถึงระดับที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอาศัยญาติผู้ดูแล หากมีระดับความพิการมากขึ้นไป ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือสามารถดูแลตนเองได้ โดยการศึกษาของ อภิรักษ์ วิศุทธิ์อภรณ์ และคณะ (2550) พบว่า คนพิการที่มีระดับความพิการรุนแรงมากส่วนใหญ่ต้องอาศัยความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและการเลี้ยงดูจากบุคคลในครอบครัว ไม่มีส่วนร่วมในสังคม ถูกมองว่าเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม สำหรับงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับระดับความพิการกับคุณภาพชีวิตมีน้อยมาก แต่พบว่า ระดับความพิการมีผลต่อเงื่อนไขทางด้านจิตใจที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต โดยทำให้เกิดความเครียดขึ้น หากบุคคลมีระดับความพิการรุนแรงมาก (Verbunt et al., 2008)

จะเห็นได้ว่าคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีความพิการตั้งแต่ระดับน้อย ไปจนถึงระดับที่มาก ซึ่งระดับความพิการที่รุนแรงมาก เป็นผลให้สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว การประกอบกิจวัตรประจำวันหลักอย่างมาก เกิดภาวะพึ่งพิง และต้องการผู้ดูแลที่จำเป็นในการช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเหล่านี้ได้

สำหรับการศึกษานี้ มุ่งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระดับความพิการ ตามรายละเอียดความพิการในกฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (2537) โดยศึกษาเฉพาะคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหว ที่มีระดับความพิการตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไป

## 1.2 ความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแนวคิดที่สำคัญในการศึกษารูปแบบจำลองทางสุขภาพ ซาลูโทเจนิค (The Salutogenic Model of Health) ที่เป็นสาเหตุและผลลัพธ์ของความเป็นสุขไม่เป็นสุข (Health Ease/ Dis-Ease) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีความผาสุกในชีวิต เสนอโดย แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1979, 1987) นักสังคมวิทยาการแพทย์ชาวอิสราเอล โดยเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงภาวะสุขภาพของบุคคล และมีความเกี่ยวข้องกับความเครียด และการเผชิญปัญหา โดยมุ่งค้นหาคำตอบเกี่ยวกับปัจจัยที่บุคคลใช้ในการจัดการกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด โดยบุคคลนั้นสามารถดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและมีความผาสุกในชีวิต โดยสามารถมองเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างมีระบบ ด้วยความเข้าใจมีเหตุมีผล สามารถทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ สามารถนำแหล่งประโยชน์หรือแหล่งต้านทานความเครียดทั่วไป (Generalized Resistance Resources) ที่มีมาใช้ในการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมองว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำทนาย มีคุณค่า มีความหมาย คุ่มค่าที่จะเผชิญและจัดการให้สำเร็จลุล่วงได้ ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคล และสามารถเสริมสร้างปรับเปลี่ยนได้ตลอดชีวิต สิ่งเหล่านั้นช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Antonovsky, 1987)

คุณลักษณะความเข้มแข็งในการมองโลกนั้น แอนโทนอฟสกี ได้ศึกษาและวิจัยจากการตั้งข้อสังเกตว่าเชลยสงครามที่ถูกกักขังในค่าย และต้องประสบกับเหตุการณ์มากมายที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด แต่มีเชลยบางคนยังมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ จึงศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชลยสงครามที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงทั้งหมด 51 คน (Antonovsky, 1982, 1987) ผลการวิเคราะห์ทำให้สัมภาษณ์พบว่าเชลยสงครามกลุ่มที่มีสุขภาพดีนั้นเป็นบุคคลที่มองโลกในลักษณะดังต่อไปนี้ (Antonovsky, 1982, 1987) อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, สุวรรณิ มหากายนันท์ และนุจรินทร์ ลักษณ์กุล, 2543)

1. เหตุการณ์ที่เป็นสิ่งแวดล้อมภายในตนและสิ่งแวดล้อมภายนอกตน เป็นสิ่งที่มีโครงสร้างสามารถทำนายได้
2. บุคคลมีความคาดหวังอย่างสมเหตุสมผลว่าจะสามารถจัดการให้เหตุการณ์ต่าง ๆ ผ่านไปด้วยดี พร้อมกับมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอที่จะใช้ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาในชีวิต
3. สถานการณ์ที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยเป็นสิ่งที่ทำทนายและมีคุณค่า

แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987) เรียกคุณลักษณะเช่นนี้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่เชื่อมั่นว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกก็สามารถจะทำนายได้และทุกสิ่งทุกอย่างจะคลี่คลายลงตามที่ได้คาดหวังได้ และความรู้สึกนี้ที่เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการ หรือหลีกเลี่ยงกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสามารถ

ปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่าง ๆ ในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและความผาสุกในชีวิตอยู่ได้

แอนโทนอนอฟสกี (Antonovsky, 1979) ยังกล่าวว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้ทั้งด้านความคิด เจตคติ และเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางบุคลิกภาพของบุคคลที่ทำความเข้าใจได้ แม้จะเป็นสิ่งที่ทรงทนในตัวบุคคล แต่มีลักษณะเป็นพลวัต สามารถเสริมสร้างและปรับเปลี่ยนได้ตลอดชีวิตของบุคคล อีกทั้งยังบทบาทในการกระตุ้นให้มีการนำแหล่งประโยชน์ทั่วไปมาใช้ในการเผชิญกับปัญหา ช่วยส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดและแก้ไขภาวะเครียดให้บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพดี

### องค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก

บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีการรับรู้และประเมินโลกใน 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (Antonovsky, 1987)

1. องค์ประกอบด้านความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility) เป็นการมองสิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งที่สามารถเข้าใจได้ รับรู้ว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งที่ทำให้เกิดเครียด ซึ่งมาจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของบุคคลนั้นมีความชัดเจน มีโครงสร้างที่เป็นระบบ มีขั้นตอน มีระเบียบ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และอธิบายได้ บุคคลที่มีความสามารถในการเข้าใจสูงจะเชื่อว่าสิ่งเร้าหรือความเครียดที่จะเผชิญต่อไปในอนาคต สามารถอธิบายเหตุผลและสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ แม้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะรุนแรง หรือไม่คาดคิดมาก่อน เช่น สงคราม ความล้มเหลว หรือความตาย แต่ยังสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้

2. องค์ประกอบด้านความสามารถบริหารจัดการ (Manageability) เป็นการมองสิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถจัดการได้ เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้ หรือมีแนวทางในการจัดการ ซึ่งแหล่งประโยชน์อาจมาจากตนเอง หรือผู้อื่นที่อยู่รอบข้างและไว้วางใจ เช่น คู่สมรส เพื่อน ผู้ร่วมงาน ผู้นำชุมชน แพทย์ พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ เป็นต้น เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ใดก็ตาม จะสามารถแก้ไขปัญหาและปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมั่นใจ และมีประสิทธิภาพ

3. องค์ประกอบด้านความสามารถให้ความหมาย (Meaningfulness) เป็นการมองเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นกับตนว่า มีความหมาย เป็นสิ่งที่ท้าทาย ค้ำค่าที่จะทุ่มเทกำลังกายและสติปัญญาที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้ โดยไม่รู้สึกรว่าเป็นภาระที่ย่างยาก บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีองค์ประกอบใน 3 ลักษณะนี้สูง ซึ่งเป็นการรับรู้และประเมินด้วยความเชื่อมั่นนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับภาวะการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าจะคุกคามตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวน

ต่าง ๆ ในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและความผาสุกในชีวิตอยู่ได้ (พัชรีย์ โชติคพงศ์, 2547)

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลก

แอน โทนอนอฟสกี (Antonovsky, 1979) ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ไว้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological Source) ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิตและพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็ก การเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ในครอบครัว การที่เด็กได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเพียงพอ ได้รับการเลี้ยงดูที่ทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี ยืดหยุ่นและมีเหตุผลประสบการณ์ชีวิตนี้จะเป็นสิ่งเสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น แต่เด็กที่รู้สึกว่าเขาขาดความรักความอบอุ่น ถูกทอดทิ้ง มีความรู้สึกหมกหมวง จะส่งผลให้การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกลดลงด้วย

2. ปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคม (Social-structure Source) ได้แก่ บทบาททางสังคม ระดับชนชั้นในสังคม กฎระเบียบ หน้าที่การงาน ค่านิยมที่สืบทอดจากบิดามารดา แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือของบุคคลในสังคม การมีข้อผูกพันต่อกันในสังคม สิ่งเหล่านี้ ล้วนช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหา ส่งเสริมให้ความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลสูงขึ้น

3. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและเหตุการณ์ในอดีต (Culture-historical Source) ได้แก่ ความมั่นคงของวัฒนธรรม ศาสนา ปรัชญา ศิลปะ ความเชื่อเรื่องอำนาจวิเศษ เวทมนต์คาถา การเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตอย่างคาดไม่ถึง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อโครงสร้างทางบุคลิกภาพพื้นฐานของแต่ละบุคคล ซึ่งโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานที่ถูกสร้างขึ้นมานั้นส่วนหนึ่งก็คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นผลมาจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลที่ได้รับมาในแต่ละช่วงชีวิต นอกจากนี้ยังมีแหล่งด้านทานความเครียดทั่วไป

1. ด้านกายภาพและชีวเคมี (Physical-biochemical) ได้แก่ สภาพร่างกายและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

2. ด้านวัตถุและสิ่งของที่กระทำโดยมนุษย์ (Artifactual-material) ได้แก่ รายได้ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย บทบาทหน้าที่ในสังคม พลังอำนาจ และการจัดการหรือแหล่งบริการที่เพียงพอ

3. ด้านสติปัญญาและอารมณ์ (Cognitive-emotional) ได้แก่ ความฉลาดรอบรู้ ทักษะในการค้นคว้าหาข้อมูล ความรู้และสติปัญญาที่เกิดจากการศึกษา รวมไปถึงการรู้จักตนเอง รู้จักยืดหยุ่นและผ่อนปรน

4. ด้านค่านิยมและทัศนคติ (Valuative-attitudinal) เป็นรูปแบบการเผชิญความเครียดของบุคคล ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น การเผชิญหน้าหรือต่อสู้กับปัญหา การหลีกเลี่ยงปัญหา การเพิกเฉยต่อปัญหา การปฏิเสธ การใช้เหตุผล การพึ่งพาผู้อื่น การพึ่งพาแหล่งสนับสนุน เป็นต้น



5. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relational) เป็นการให้การสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เพื่อน คู่สมรส คนใกล้ชิด หรือการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมรวมทั้งลักษณะการให้บริการด้านต่าง ๆ ของสังคมต่อบุคคล ซึ่งจะช่วยให้บุคคลปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. ด้านสังคมวัฒนธรรมระดับใหญ่หรือมหภาค (Macrosociocultural) ได้แก่ ศาสนา พิธีกรรมทางศาสนา วัฒนธรรมประเพณีต่าง ๆ ความเชื่อในอำนาจลึกลับ หรือสิ่งที่อยู่นอกระบบชาติ ความศรัทธาของบุคคล เป็นต้น ซึ่งเป็นแหล่งด้านทานความเครียดที่มาจากสังคม และวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ ความศรัทธา และแนวคิดทางด้านปรัชญาของบุคคล

### ประโยชน์ของความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลต่อการเผชิญหรือรับมือกับสิ่งเร้า (สุดากรณ์ วงศ์ใหญ่, 2545) ดังนี้

1. บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะประเมินสิ่งเร้าว่าไม่ใช่เป็นสิ่งที่คุกคามตนเอง แต่เป็นสิ่งที่ท้าทาย ได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ และถ้าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงประเมินสิ่งเร้าเหล่านั้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม ก็จะประเมินในลักษณะที่มีความสำคัญกับตนเองในระดับที่เป็นจริง หรือประเมินว่าเป็นสิ่งเร้าที่น่าจะส่งผลในทางที่ติดต่อกับตนเอง ทั้งนี้ เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าปัญหาต่าง ๆ จะคลี่คลายลงได้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นว่าจะกลายเป็นปัญหาที่มีหนทางในการแก้ไขและแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล

2. เมื่อสิ่งเร้าถึงเดิยวกันมากระทบบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง เขาจะรู้สึกท้าทาย มีความหวัง ตื่นเต้น ในขณะที่ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำจะรู้สึกสิ้นหวังและเฉื่อยชา

3. บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะประเมินสิ่งเร้าอย่างมีระบบ มองปัญหาได้ตรงกับความจริง อีกทั้งยังมองเห็นว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการปรับตัว จึงมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยสามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญ หรือรับมือกับภาวะการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าจะคุกคามตนเองได้ค่อนข้างดี และยังสามารถเลือกกลยุทธ์ที่จะใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำนั้น จะมีความสับสน มักจะหลีกเลี่ยงการแก้ปัญหาและมีแนวโน้มที่จะละทิ้งปัญหาดังแต่ต้น

ดังนั้น บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกย่อมเชื่อมั่นว่าสภาพการณ์ที่เลวร้ายหรือปัญหามีทางออก และมีความกระตือรือร้นที่จะแก้ไขปัญหา โดยสามารถใช้แหล่งประโยชน์รอบตัวได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์ และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

### การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

แนวคิดมโนทัศน์ความเข้มแข็งในการมองโลก และมโนทัศน์สุขภาพเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญ และมีความน่าสนใจในการวิจัยเพื่อทดสอบและขยายองค์ความรู้ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล และคณะ, 2543) ซึ่งแอน โทนอนอฟสกีได้พัฒนาแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก (The Sense of Coherence Questionnaire) ขึ้นในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งได้จากการวิจัยเชิงสำรวจ โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่อยู่ในภาวะปกติ และกลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้นในชีวิต เช่น ได้รับความเจ็บรุนแรง มีความพิการ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือผู้อพยพ โดยได้ผ่านการหาความตรงของเครื่องมือในประเทศต่าง ๆ จากงานวิจัย 26 เรื่อง และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง .82 - .95 ซึ่งแสดงว่าแบบวัดมีความสอดคล้องภายในสูงในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ทั้งต่างภาษา และต่างวัฒนธรรม และประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อที่มีทั้งทางบวกและทางลบ ได้แก่ ข้อคำถามที่วัดความสามารถในการทำความเข้าใจ 11 ข้อ วัดความสามารถในการบริหารจัดการ 10 ข้อ และวัดความสามารถในการให้ความหมาย 8 ข้อ และมีระดับการวัด 7 ระดับ นอกจากนี้แอน โทนอนอฟสกีได้สร้างแบบวัดที่ลดเวลาในการสัมภาษณ์ โดยลดข้อคำถามจากจำนวน 29 ข้อ เหลือเพียง 13 ข้อ และมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย นำมาแปลเป็นภาษาต่างถึง 14 ภาษา มีการใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมทุกเพศทุกวัย ต่างชนชั้น ศาสนา และวัฒนธรรม ศึกษาตั้งแต่ผู้ที่มีอายุ 10 ปีขึ้นไป จนถึงวัยสูงอายุ มีการปรับระดับการวัดเหลือ 5 ระดับ ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย (Antonovsky, 1987)

สำหรับประเทศไทย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ได้นำแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของแอน โทนอนอฟสกี (Antonovsky, 1987) มาแปลเป็นภาษาไทย แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 30 คน และในกลุ่มอาจารย์พยาบาล จำนวน 230 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .85 และ .90 ตามลำดับ ต่อมาก็มีผู้สนใจแนวคิดนี้ และนำแบบวัดของ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วไปวัดในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น พยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (กังสดาล สุทรวีร์สรณ์, 2535) นักศึกษาพยาบาล (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2538) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) เป็นต้น งานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตยังมีน้อยมาก และยังไม่มีการศึกษาในคนพิการมาก่อน ซึ่งการศึกษาของ วอล์ฟ และราฟเนอร์ (Wolff & Ratner, 1999) ศึกษาความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งในการมองโลก ของประชากรชาวแคนาดา พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อีกทั้งผลการวิจัยเรื่องอื่น ๆ ที่มีความสอดคล้องกันว่าความเข้มแข็งในการมองโลกทำใหบุคคลมีวิธีการเผชิญกับปัญหาที่เหมาะสม มีการปรับตัวที่ดี มีสุขภาพดี มีความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (พัชรินทร์ นินทจันทร์,

รัชนี นามจันทรา และสมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Gallagher, Wagenfeld, Baro, & Haepers, 1994; Horsburgh, Rice, & Matuk, 1998; Jawor, Szproch, Dimter, Kuleta, & Dudek, 2002) โดยบุคคลที่มีองค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก 3 ประการสูง ได้แก่ ด้านความสามารถทำความเข้าใจ ด้านความสามารถในการจัดการ และด้านความสามารถการให้ความหมาย จะทำให้บุคคลมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ถ้าหากมีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมทางลบได้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการจัดการ ดังการศึกษาของ เมลัม (Mehlum, 1998) ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก และความคิดอยากฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นชายในประเทศนอร์เวย์ จำนวน 633 คน พบว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ เมื่อเกิดปัญหาหรือมีสถานการณ์ตึงเครียดเกิดขึ้นในชีวิต มักจะหลบหนีปัญหาด้วยการคิดฆ่าตัวตาย และมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมากกว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทากายามา, อาซาโน, ยามาซากิ, โยชิ, มาซาซากะ และฟูคาดา (Takayama, Asano, Yanazaki, Yoshi, Macasaka, & Fukada, 1999) ที่ได้ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก สถานการณ์เครียดในชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ใหญ่ จำนวน 200 คน พบว่าในช่วงเวลาผ่านไป 1 ปี บุคคลที่ประสบกับสถานการณ์เครียดในชีวิตที่มาจากบุคคล ครอบครัว การทำงาน และสิ่งแวดล้อม ทำให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกลดลง และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของไซเกลน และคณะ (Siglen, 2007) ที่พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า อีกทั้งการศึกษาของ แอนโทนอฟสกี และซาจี (Antonovsky & Sagy, 1996) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก และความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับความวิตกกังวล โดยศึกษาในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นชาวอิสราเอล จำนวน 418 คน กลุ่มผู้อพยพในไซไน 78 คน และวัยรุ่นกลุ่มสังคมต่าง ๆ อีก 340 คน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก ได้แก่ อายุ เพศ ความมั่นคงของชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ ความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถเสริมสร้างและพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้มากในช่วงวัยรุ่น และจะมีการพัฒนาไปสู่ระดับที่ค่อนข้างคงที่ในอายุประมาณ 30 ปี โดยความเข้มแข็งในการมองโลกที่ค่อนข้างคงที่นี้ อาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นจากประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ในช่วงเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งบุคคลไม่มีเวลาเตรียมตัวที่จะหาแนวทางในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ได้ เช่น สงคราม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียงาน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด เป็นต้น ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้ทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกลดลงได้ และยังคงพบว่าเพศชายจะมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าเพศหญิง อีกทั้งปัญหาที่อยู่อาศัยในชุมชนที่ไม่มั่นคงหรือผู้อพยพจะมีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำกว่าบุคคลที่อาศัยในชุมชนที่มั่นคง

ส่วนองค์ประกอบด้านความสามารถในการให้ความหมาย ซึ่งถ้ามีในระดับต่ำอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพทรี และบรูค (Petrie & Brook, 1992) ได้ศึกษา ระดับความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 150 คน ในประเทศนิวซีแลนด์ และติดตามหลังจำหน่าย 6 เดือน พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการให้ความหมายอยู่ในระดับต่ำ และมีอิทธิพลต่อความคิดอยากฆ่าตัวตาย ส่วนองค์ประกอบด้านความสามารถในการทำความเข้าใจ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ง่าย และเห็นว่าไม่ยากเกินกว่าที่จะรับรู้และเข้าใจได้ บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะรับรู้และประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีคุณค่า มีความหมาย สามารถทำความเข้าใจและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ภาวะสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งในการมองโลก โดยการศึกษาของ อีริกสัน และลินด์สตรอม (Erikson. & Lindstrom, 2006) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยที่ดูเหมือนว่าจะสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญ แต่ไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำนายได้ทั้งหมด ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดการฟื้นตัวจากความเจ็บป่วย และมีการพัฒนาไปในทางบวก เป็นประโยชน์ต่อการเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพ และแอนโทนอฟสกี (Sullivan, 1993) ยังกล่าวอีกว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียด หากไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ก็จะส่งผลต่อภาวะจิตใจ (Pathogenic Stress) แต่ถ้าเกิดความตึงเครียดขึ้นแล้ว บุคคลมีแหล่งช่วยเหลือที่มีคุณค่าและเพียงพอ ก็จะทำให้มีวิธีการที่สามารถจัดการกับความเครียดได้สำเร็จ มีแนวโน้มนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี และมีความสุขในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) เรื่อง สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความมีความสุขในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาล และผู้ตรวจการพยาบาลในภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และอาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รวม 230 คน พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิต และความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถทำนายการรับรู้ความสุขในชีวิตได้

แหล่งช่วยเหลือให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูงขึ้น เป็นแหล่งประโยชน์ทางจิตสังคม ที่ช่วยบริหารจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และมีส่วนช่วยในการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งแอนโทนอฟสกีได้กำหนดไว้ในแผนจำลองภาวะสุขภาพ (Salutogenic Tension Management) ได้แก่ แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ ความรู้ความสามารถ การมีเอกลักษณ์เฉพาะตน วิธีการปรับตัวที่ยืดหยุ่น มีเหตุผลและมองการณ์ไกล การสนับสนุนทางสังคม ข้อผูกพันในกลุ่มสังคม ความมั่นคงทาง

วัฒนธรรม ความเชื่อในอำนาจลึกลับ ศาสนา ปรัชญา การประเมินภาวะสุขภาพและพันธุกรรม แหล่งประโยชน์ดังกล่าว จะช่วยให้ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วอล์ฟและราทเนอร์ (Wolf & Ratner, 1999) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลก และการศึกษาของ กังสตาล สุททวิริสรค์ (2535) เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมในวัยสูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอจะช่วยให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง และเผชิญความเครียดได้เป็นอย่างดี อีกทั้งสถาบันครอบครัวก็มีความสำคัญอย่างมาก เพราะเป็นสถาบันที่มีความใกล้ชิดและผูกพันกับผู้สูงอายุเป็นอย่างดี

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งจะมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามามีผลในทางบวกและทางลบ ซึ่งคาดว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงหรือต่ำ จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นคนปกติ หรือคนพิการ

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มุ่งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลอีก 1 ปัจจัย คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก โดยใช้แนวคิดของแอนโทโนฟสกี และใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ที่ได้แปลเป็นภาษาไทยแล้วจากแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1987) ที่นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย

## 2. ปัจจัยด้านครอบครัว

### สัมพันธภาพในครอบครัว

ครอบครัวเป็นกลุ่มของบุคคลที่สมาชิกมีความสัมพันธ์กันโดยสายโลหิตหรือทางกฎหมาย สมาชิกอยู่ร่วมบริเวณเดียวกันมีความสัมพันธ์กันตามบทบาทและหน้าที่ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีกรอบวัฒนธรรมความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีของครอบครัวร่วมกัน (Friedman, 1986) ครอบครัวจึงเป็นหน่วยของสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันที่มีความสำคัญยิ่ง สถาบันหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันและใกล้ชิดกัน และระบบครอบครัวนับเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นระบบพึงพาระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้น จะมีผลกระทบต่อครอบครัว และครอบครัวก็มีผลต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกด้วย (Wright, 1996)

การได้อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพอบอุ่น เป็นความสุขอย่างหนึ่งที่คนทุกเพศทุกวัย ทุกฐานะปรารถนา และเป็นกุญแจสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดี (Duvall, 1977) ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ ที่มีองค์ประกอบของการแสดงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ทั้งบทบาทเป็นผู้สั่งสอน ผู้เลี้ยงดู และผู้ดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การสื่อสารของสมาชิกและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างกว้างขวางและอิสระ และการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิก เพื่อให้เกิดความรักความเข้าใจ สื่อออกถึงความ โกรธหรือความขัดแย้ง ตลอดจนการถ่ายทอด

ความรู้สึก ของสมาชิกที่แสดงออกให้เห็นถึงความผูกพัน (Crandall, 1980) ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพ ไม่นั้น ไม่มีใครอยากอยู่บ้าน ไม่มีใครอยากทำกิจกรรมร่วมกับใคร จะนำมาซึ่งสภาพครอบครัวที่ แดกแยก หย่าร้าง ถูกทอดทิ้ง ขากจน หรือเกิดปัญหาอื่น ๆ ซึ่งมีผลต่อสมาชิกในครอบครัวทุกคน (Friedman, 1986)

สำหรับความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว มีผู้ให้ความหมายไว้หลาย ๆ ความหมายที่ คล้ายคลึงกัน ดังนี้

จารวี ชัยยืน (2549) ได้กล่าวถึงสัมพันธภาพในครอบครัวว่า หมายถึง การแสดงออกทาง ด้านพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในเรื่องการแสดงบทบาท ความผูกพันและ การสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว รวมถึงลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดา มารดาและผู้ปกครอง

รัฐพร บุญญนิรันดร์ (2547) ได้กล่าวถึงสัมพันธภาพในครอบครัวว่า หมายถึง การ แสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในเรื่องการแสดงบทบาท ความผูกพัน และการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัวและลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดา มารดา และผู้ปกครอง บทบาทของตนกับบุคคลในครอบครัว หมายถึง การแสดงออกของนักเรียนกับบุคคล ในครอบครัว เรื่องการร่วมรับผิดชอบกิจกรรมในครอบครัว การอยู่ในโอวาทของบิดา มารดา ผู้ปกครอง การช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวดูแลผู้ที่อ่อนแอกว่า

อรนุช ไล่อุ่นลม (2546) ได้กล่าวถึงสัมพันธภาพในครอบครัวว่า หมายถึง การที่สมาชิกใน ครอบครัวมีความผูกพันที่ดีต่อกัน มีความรัก ความอบอุ่น ห่วงใยซึ่งกันและกัน

กุหลาบ รัตนสังขธรรม, วิไล สติตเสถียร, ถิรพงษ์ ถิรมนัส และพัชนี สุวรรณศรี. (2540) ได้ รวบรวมแนวความคิดของนักจิตวิทยาชาวต่างประเทศ ในเรื่องสัมพันธภาพ และความรักในครอบครัว ไว้ว่า คนเราจะต้องมีความรัก และความอบอุ่นระหว่างกันและกัน ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีจะต้อง มีพฤติกรรมที่แสดงความรัก และความผูกพันกันในลักษณะ ต่อไปนี้

1. ต้องเอาใจใส่ดูแลเอื้ออาทรต่อกัน การเอาใจใส่ในที่นี้ หมายถึง การดูแลสุขภาพของกัน และกัน อาหารการกิน การเล่าเรียนของบุตร ความสะอาด การใช้จ่ายเงินทอง การเดินทาง ได้ทำงาน หรือไปโรงเรียน ความทุกข์และความสุขที่ต้องการระบาย เป็นต้น

2. ต้องรู้จักคนที่เรารัก สามิ ภรรยาต้องรู้จักและเข้าใจกันให้ดี สำหรับบุตร บิดา มารดา ก็ต้องเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับบุตร อุปีนัยบุตร รู้ว่าบุตรชอบหรือไม่ชอบอะไร จุดเด่น จุดด้อย เป็นอย่างไร ทุกคนในครอบครัวจะต้องปรับความรู้จักซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยให้มีการตอบสนองที่ดี ต่อกันและกัน

3. ต้องเคารพซึ่งกันและกัน การเคารพในที่นี้ หมายถึง การเคารพที่มาจากใจการเคารพใน ลักษณะนี้มีพฤติกรรมแสดงออกได้หลายอย่าง เช่น การฟังกัน การเคารพในความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

การเกรงใจกัน เช่น บุตรเกรงใจบิดามารดา บิดามารดาก็ต้องรู้จักเกรงใจบุตร ความเกรงใจนี้รู้สึกว่ามีคุณค่าและจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น

4. ต้องมีความรับผิดชอบ การมีความรับผิดชอบ หมายถึง การยอมรับความผิดหรือความชอบ การไม่รับผิดชอบของบิดามารดาและความไม่ถูกต้อง การเป็นต้นแบบที่ไม่ดีก็เป็นการแสดงความไม่รับผิดชอบ การทะเลาะหรือละเมิดสิทธิของเด็ก สิทธิของบิดา มารดา สิทธิของผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ ก็เป็นการไม่รับผิดชอบ มีบุตรแล้วไม่เลี้ยง มีบิดามารดาสูงอายุแล้วไม่เลี้ยง เป็นต้น

5. ต้องมีความไว้วางใจกัน ความไว้วางใจเป็นรากฐานที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว ความไว้วางใจควรมีต่อกันทั้งทางกายและทางใจ จะช่วยให้คนในครอบครัวมีความสบายไร้กังวล หรือความกลัว เป็นที่พึ่งพาได้ ครอบครัวใดที่ไม่ได้สร้างรากฐานที่ดีในเรื่องของความไว้วางใจบุคลิกภาพของผู้เยาว์ในครอบครัวอยู่ในสภาพของการขาดความไว้วางใจ อาจนำไปสู่ภาวะของการเป็นคนก้าวร้าว เก็บกดหรือมีปมค้อย

6. ต้องให้กำลังใจกันและกัน การให้กำลังใจก็คือ การให้พลังแก่สมาชิกในครอบครัวให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความสุข การให้กำลังใจอาจเป็นคำพูดและท่าทางที่ทำให้การสนับสนุนชมเชยเมื่อทำสิ่งที่ถูกต้อง แนะนำแนวทางในการหาทางออกเมื่อมีปัญหา ไม่คว่ำหรือกล่าวโทษว่าเป็นความผิด

7. ต้องให้อภัยกันและกัน สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันหลายคน ต้องมีการกระทบกระทั่งกันบ้างไม่มากก็น้อย ถ้ามีความรักอยู่ก็อภัยกันได้ยกโทษให้ในครอบครัวที่บุตรประพฤติผิด บิดามารดาก็ไม่ควรจดจำความผิดนั้นแล้วนำไปต่อว่าบุตรในโอกาสต่อ ๆ ไป เพราะเมื่อบุตรได้รับฟังความผิดของตนอยู่เสมอก็จะเกิดความโกรธ ความไม่สบายใจและอาจนำไปว่าบิดามารดาไม่รักตน

8. ต้องรู้จักสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว ควรจะใช้ปิยะวาจาระหว่างสามี ภรรยา บิดามารดา กับบุตร การสื่อสารอาจจะมีทั้งรูปแบบที่ใช้ภาษาและภาษาท่าทาง ภาษาพูด การเขียน ฯลฯ การดำเนินกันก็ทำได้แต่ควรเป็นคำดำเนินที่ใช้ถ้อยคำที่น่าฟัง

9. ต้องใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณค่าและคุณภาพ สมาชิกในครอบครัวควรหาเวลาอยู่ด้วยกัน ถามไถ่สารทุกข์สุกดิบระหว่างกัน ช่วยกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่มี มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น ไปเที่ยวทางไกลไปเที่ยวสวนสาธารณะ รับประทานอาหารพิเศษร่วมกัน ไปเยี่ยมญาติ เป็นต้น

10. ต้องมีการปรับตัวตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัว สภาพของครอบครัว และสภาพของสมาชิกมิได้อันหนึ่ง มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น บุตรที่เกิดใหม่เป็นทารกก็จะเติบโตและมีพัฒนาการตามวัยอันเหมาะสม บิดามารดาจะต้องปรับตัวตาม ความเปลี่ยนแปลงของบุตร ตัวของบิดามารดาเองก็มีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวจะต้องตระหนักใน

เรื่องความเปลี่ยนแปลงนี้ และปรับตามความเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ในฐานะที่ตัวเองเปลี่ยนแปลงไปและปรับตัวในฐานะที่จะต้องสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงของคนอื่น

11. ต้องรู้จักภาระหน้าที่ในครอบครัว และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วมกันในครอบครัวต่างคนต่างมีบทบาทและหน้าที่ ทั้งบทบาทหน้าที่ต่อตนเองและต่อสมาชิกในครอบครัวซึ่งบทบาทและหน้าที่เหล่านี้เกิดจากความคาดหวังของตนเองและความคาดหวังของแต่ละคนในครอบครัว ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจะต้องตกลงกันให้ได้ว่าเรื่องต่าง ๆ ที่จะบริหารครอบครัวให้เป็นปกติสุขนั้นเป็นเรื่องของใครในสัดส่วนอย่างไร ร่วมกันอย่างไร

12. มีความใกล้ชิดทางสัมผัส การสัมผัส เช่น การกอดกัน โอบกั้นบ้าง เกี้ยวแขนหรือหอมแก้มกันในครอบครัว เป็นการแสดงความรักความอบอุ่นตามธรรมชาติของคน แต่การแสดงออกควรกระทำกันในครอบครัวระหว่างคนใกล้ชิดและแสดงความใกล้ชิดจริง ๆ เช่น เมื่อบุตรเล็ก ๆ เป็นทารกบิดามารดาควรเอามาอกค มาจูบ เพื่อแสดงความรับและให้ความอบอุ่นและเพิ่มความมั่นใจให้แก่บุตร แต่เมื่อบุตรโตขึ้นก็อาจจะห่างไป

สรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความห่วงใย ความผูกพัน ประองคองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์และปฏิบัติสิ่งที่ดีต่อกัน โดยเกิดขึ้นจากความรู้สึกในส่วนลึกของจิตใจ

#### องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

วิสส์ (Weiss, 1974) ได้กล่าวถึงแนวความคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวไว้ว่าประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

1. ความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลมีความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ซึ่งบุคคลในครอบครัวมีให้แก่กัน
2. การมีส่วนร่วม เพื่อแสดงถึงการมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลอื่น ๆ มีส่วนร่วมในความเป็นครอบครัวเดียวกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข่าวสาร ความคิด ความชื่นชมซึ่งกันและกัน
3. พฤติกรรมในการดูแลรับผิดชอบ เช่น บิดามารดาดูแลบุตรที่เจ็บป่วย บุตรผู้ใหญ่ดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยหรือสูงอายุ
4. การยอมรับ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสามารถทำการต่าง ๆ ตามความเหมาะสม การยอมรับจะทำให้ผู้ได้รับเกิดความมั่นใจ

แครนเดล (Crandall, 1980) ได้กล่าวว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ (Primary Relationship) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้



1. จำนวนบทบาท (Number of Role) บทบาทของความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น เป็นบิดามารดา ผู้ตั้งสอน ผู้เลี้ยงดู ผู้ช่วยเหลือ สมาชิกในครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์ต่อกันในหลายด้าน ทำให้เกิดเป็นค่านิยม ความเชื่อถือ และบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล

2. การสื่อสาร (Communication) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิ เป็นการสื่อสารแบบเปิด มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิก

3. อารมณ์ (Emotion) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิจะก่อรูปขึ้นจากอารมณ์ต่าง ๆ ระหว่างสมาชิก ก่อให้เกิดความรัก ความเข้าใจ ความผูกพันรักใคร่ ความคิดถึง หรือความโกรธ

4. ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึก (Transferability) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ซึ่งจะมีความรู้สึผูกพันเฉพาะเจาะจงยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้

อัมเบอร์สัน (Umberson, 1992) ให้ความเห็นว่า สัมพันธภาพในครอบครัวจะมั่นคงได้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้

1. สัมพันธภาพในครอบครัวจะต้องยั่งยืนและขยายใหญ่
2. บุตรควรมีความสัมพันธ์ต่อบิดามารดา
3. สังคมจะยกย่องครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี
4. ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี สมาชิกในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าและเจตคติที่ดีต่อสังคม

5. ความผูกพันระหว่างบิดามารดาและบุตร ต้องมีความเกี่ยวข้องกันตลอดเวลา การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตมีน้อยมาก ส่วนใหญ่จะศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวกับปัจจัยอื่น และในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่คนพิการ แต่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตคนพิการ (ปกรณ วชิรกุล, 2541) หากสัมพันธภาพภายในครอบครัวดี จะเป็นพื้นฐานขั้นสูงของครอบครัวที่จะส่งผลต่อสังคม โดยสมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความผูกพันซึ่งกันและกันมีการช่วยเหลือ ห่วงใยอาทรต่อกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความสุขภายในครอบครัว และเป็นพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดีแก่สมาชิก โดยเฉพาะบุตรจะมีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมตามวัย และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ด้วย การที่สมาชิกแสดงบทบาทออกทางอารมณ์ และถ่ายทอดความรู้สึกอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจึงได้รับความรัก การสนับสนุน การดูแลที่ดีจากญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ศิริวาสัย (2539) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีการพักผ่อนหย่อนใจ มีการทำกิจกรรมร่วมกัน ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มองโลกในแง่ดี นึกถึงเรื่องแห่งความสุข จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ วอดก้า (Wodka, 2006) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมี

การปรับตัวได้ดี ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และการศึกษาของ เรินฮาร์ด (Reinhardt, 1996 อ้างถึงใน อ โนชา ทศนาชนชัย, 2551) ยังพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญกว่าการสนับสนุนจากเพื่อน เนื่องจากเป็นสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดและผูกพันมากกว่า โดยส่งผลต่อความพอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย อีกทั้งสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ (Landolt, Grubenmann & Mculi, 2002) และพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของคนพิการ ในทางที่ดี (กชกร ศรีสัมพันธ์, 2539) อีกด้วย

จากข้างต้น ครอบครัวจึงเป็นสถาบันหลักที่มีความสำคัญในการดูแล ช่วยเหลือคนพิการ โดยครอบครัวจะต้องมีการปรับตัว มีความมั่นใจ มีการหาแนวทางการแก้ไขปัญหา หรือหาวิธีที่เหมาะสมในการดูแล อันจะทำให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลที่เหมาะสม และคนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว โดยเฉพาะสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยด้านครอบครัวภายใน โดยใช้แนวคิดของ แครนแดล (Crandall, 1980) ที่ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านดังกล่าวข้างต้น และคาดว่าสัมพันธภาพในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ทั้งนี้สัมพันธภาพในครอบครัวถือเป็นปัจจัยด้านครอบครัวภายในที่ต้องมีความเข้มแข็ง และต้องอาศัยการสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัวเพิ่ม ซึ่งเป็นปัจจัยด้านครอบครัวภายนอกเข้ามามีส่วนช่วยให้สถาบันครอบครัวมีความแข็งแกร่งมากยิ่งขึ้น ก่อให้เกิดความผาสุกในชีวิตและคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### การสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง อีกทั้งยังส่งผลให้บุคคลดูแลตนเอง อีกทั้งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ประภาศรี ท่งมีผล, 2548) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีผู้ให้ความหมายและแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย ดังนี้

วิสส์ (Weiss, 1974) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกอึดใจหรือพึ่งพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ ผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนม การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คอปป์ (Cobb, 1976) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลได้รับความสนใจ ความรัก การยกย่อง เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

เฮาส์ (House, 1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

แบรน และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลในด้านต่างๆ ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่นมั่นคง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในสังคม ได้ช่วยเหลือหรือเป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่นได้ บุคคลสามารถแสดงบทบาทของตนได้อย่างเหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม การได้รับคำแนะนำให้กำลังใจในการแก้ปัญหาต่างๆ

เชฟเฟอร์ คอน และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1987) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อใช้จัดการกับความเครียด (Coping Reassurance) และเป็นส่วนให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้การช่วยเหลือ ส่งเสริมในด้านต่างๆ ที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ ยกย่อง มีส่วนร่วมในสังคม เห็นคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสังคมทั่วไป

#### การแบ่งการสนับสนุนทางสังคม

วิสส์ (Weiss, 1974) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิด ความใกล้ชิดส่งผลให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่น ไม่เกิดความรู้สึกว่าเหว ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้จะพบในกลุ่มสมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมายมีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยกย่องว่าคุณค่าต่อกลุ่ม
3. การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยกย่อง การที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโต และความสบายของผู้เยาว์ แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกได้รับการยกย่องเป็นที่ต้องการและเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้

4. การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับบทบาท การได้รับการยอมรับบทบาทในสถาบันครอบครัวหรือสังคม จะทำให้มีความเชื่อมั่นและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

5. การสนับสนุนทางสังคมด้านการยกย่องช่วยเหลือ เป็นการได้รับคำแนะนำชี้แนะ หรือได้รับกำลังใจเพื่อสามารถในการนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

คอปปี (Cobb, 1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความผูกพันและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า และบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

นอร์เบ็ค (Norbeck, 1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection Support) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและการรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นโดยการให้สิ่งของ หรือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือนั้นอาจจะเป็นวัตถุเงินทอง ข้อมูลข่าวสารหรือเวลา ลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือการให้ความรัก

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่องการให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การเห็นพ้องรับรองและการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึง การให้คำแนะนำและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การช่วยเหลือด้านเครื่องมือสิ่งของ (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน เวลา แรงงาน และการปรับสภาพแวดล้อม

วิลส์ (Wills, 1985) ได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. การช่วยให้เกิดความภูมิใจ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ สามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเปิดเผยและได้รับความสนใจ ความเข้าใจและกำลังใจ แสดงถึงการยอมรับและให้คุณค่าจากบุคคลอื่น ทำให้บุคคลดำรงรักษาความภูมิใจไว้ได้

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล หมายถึง คำแนะนำ การแนะแนว และข้อมูลในการประเมินสาเหตุหรือประเด็นสำคัญของปัญหา ทางเลือกในการปฏิบัติ และแหล่งความช่วยเหลือในชุมชน

3. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ หรือการสนับสนุนด้านรูปธรรม หรือการสนับสนุนด้านวัตถุ ได้แก่ การช่วยงานบ้าน ช่วยดูแลเด็ก ให้อุ้มหรือให้เงิน ให้วัสดุเครื่องมือ ใช้ ช่วยทำธุระ ช่วยรับส่ง ช่วยงานปฏิบัติ เช่น งานไม้ งานประปา

4. การมีเพื่อนซึ่งนำไปสู่กิจกรรมทางสังคมที่มีความสุข และเกิดอารมณ์ในทางบวก ความพึงพอใจและความอยู่ดี

5. การได้รับคำชี้แนะ หมายถึง การได้รับความจริงใจ การช่วยเหลือทางอารมณ์ ชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธา และคำพูดที่เชื่อถือได้ เมื่อเกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤติ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ผิดหวัง

แบรน และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด คือ

1. การได้รับความรัก ความผูกพัน และใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจ เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย

2. การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Spelling Check) เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนในด้านความคิด กำลังใจ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร เกิดความห่วงใยและเข้าใจกัน ถ้าขาดความสัมพันธ์กันนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดผู้เห็นอกเห็นใจ ขาดที่ปรึกษา และเป็นผลให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ ขาดกำลังใจและสิ้นหวัง

3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดู หรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurture) หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกพันกับบุคคลอื่นที่ด้อยกว่า ซึ่งบุคคลมีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโต หรือความสุขสบาย ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้

4. การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of Worth) เป็นการได้รับการยอมรับเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถ และเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขามีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ

5. ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ (Assistance) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา และเผชิญภาวะเครียดของชีวิต

เซฟเฟอร์ คอน และลาซาร์ส (Schaefer et al., 1987) ได้แบ่งองค์ประกอบในการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่น ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทองและบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำ ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหา และการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนออกเป็นกลุ่ม 5 ประเภท คือ

1. กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีสำคัญมากที่สุดในการให้ความช่วยเหลือ เพราะครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม มีความไวและเห็นความต้องการของสมาชิกแต่ละคน และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2. กลุ่มสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลที่ทำหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการ มีประสบการณ์ มีความชำนาญในการตอบสนองความต้องการทั่วไป และความต้องการเฉพาะเจาะจงแก่สมาชิก เป็นเหตุให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตได้

3. กลุ่มสนับสนุนจากองค์กรทางศาสนา (Religious Organization) เป็นสถาบันสนับสนุนที่เก่าแก่ในสังคม ช่วยให้บุคคลได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระนักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มปฏิบัติธรรม ฯลฯ

4. กลุ่มสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support) เป็นแหล่งช่วยเหลือให้การดูแลและให้บริการผู้ป่วย ซึ่งจะมีความสำคัญต่อเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. กลุ่มสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านอื่น ๆ (Organized Support System not Directed by Health Professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัครในการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคล บางกลุ่มในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้บุคคลนั้นสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ไม่ว่าจะ เป็นบุคคลที่ปกติ หรือบุคคลที่มีความเจ็บป่วยหรือความพิการ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในขณะที่เจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น สามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี มีความผาสุกทางด้านจิตใจ มีความสุข สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Phillip, 1991) การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมีอยู่หลายลักษณะ แต่การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคนพิการมีอยู่น้อย ดังเช่น เมลิมขวัญ สิงห์วี (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายได้ สอดคล้องกับ พิทักษ์ ทองสุข (2548) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/หรือขา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษาทั้ง 2 เรื่องนี้ การสนับสนุนทางสังคมไม่ได้เป็นปัจจัยเพียงตัวเดียวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยจะมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน

ส่วนการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างอื่น พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตเช่นกัน (ลิวมิง และคณะ, 2542; อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2545)

การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ ความเครียดต่าง ๆ ซึ่ง การศึกษาของ ประภาศรี ทุ่งมีผล (2548) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก พบว่า เมื่อมารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี ประกอบกับมีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรที่เป็นออทิสติก จะมีความเครียดลดลง ถ้าหากคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็มีส่วนช่วยให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุข และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

การสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัวเป็นปัจจัยภายในครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งในการให้การช่วยเหลือ เกื้อหนุนให้คนพิการได้รับบริการต่างๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ พัฒนาความรู้

ความสามารถ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การใช้กายอุปกรณ์ การมีส่วนร่วมในสังคม เกิดภาวะพึ่งพิงน้อยลง อีกทั้งยังส่งเสริมให้มีสุขภาพทางจิตใจที่ดีขึ้น อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่พัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นด้วย

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำปัจจัยด้านครอบครัวมาศึกษา คือ การสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัว โดยใช้แนวคิดของแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) โดยจะมีความครอบคลุมการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัวของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมากขึ้น ที่คาดว่า การสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

### 3. ปัจจัยด้านสังคม

#### การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

##### การเข้าถึง

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ทำการศึกษาเรื่องการเข้าถึงและให้ความหมายไว้แตกต่างกัน โดยใช้รากศัพท์ภาษาอังกฤษ คือ Access หรือ Accessibility ได้แก่

จอร์จตัน ผ่องแผ้ว (2533, หน้า 86-87 อ้างถึงใน วารี ปัญจะผลินกุล, 2543) ได้ให้ความหมายของการเข้าถึง ไว้ว่า การเข้าถึง หมายถึง วิถีทาง หนทางหรือวิธีการในการเข้าหา การได้มาหรือ การใช้หรือสิทธิในการใช้ หนทางในการใช้ประโยชน์ ความสะดวกในการใช้อาคารสถานที่ต่าง ๆ หรือความสามารถที่จะเข้าไปถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ขนิษฐา เทวินทรภักดี (2540) ได้ให้ความหมายของการเข้าถึง ไว้ว่า คือ สิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง วิถีทางหรือวิธีการในการที่จะได้รับความสะดวก เพื่อเข้าถึงการใช้ประโยชน์และสิทธิในการได้ใช้บริการในด้านสาธารณูปโภค สาธารณูปการ บริการสาธารณะ อาคารสถานที่ต่าง ๆ และการปรับปรุงข้อมูลข่าวสาร โดยต้องอาศัยสิ่งอำนวยความสะดวกที่เป็นสิ่งเฉพาะสำหรับคนหูหนวก ดาบอด เป็นต้น ดังนั้น สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ “Access หรือ Accessibility” หมายถึง สภาวะแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ บริการสังคม ความเอื้ออาทรต่อกันของคนในสังคม ที่จะช่วยส่งเสริม พัฒนาโอกาสในการดำรงชีวิตสู่การพึ่งตนเองได้ของคนพิการ และสิทธิในส่วนของสังคมที่จะเข้าถึงการใช้สิทธิเท่าเทียมกัน

วารี ปัญจะผลินกุล (2543) ได้ให้ความหมาย การเข้าถึง ไว้ว่า การเข้าถึง หมายถึง การเข้าใช้ การใช้ประโยชน์สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อที่จะลดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การสนับสนุน ส่งเสริมในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้สามารถเข้าใช้บริการได้อย่างเท่าเทียม ทั้งถึงและเป็นธรรม นอกจากนี้ ยังรวมถึงสิทธิในการเข้าใช้สิ่งต่าง ๆ และบริการต่าง ๆ ที่รัฐจัดให้ต้องรวมถึงคนพิการด้วย

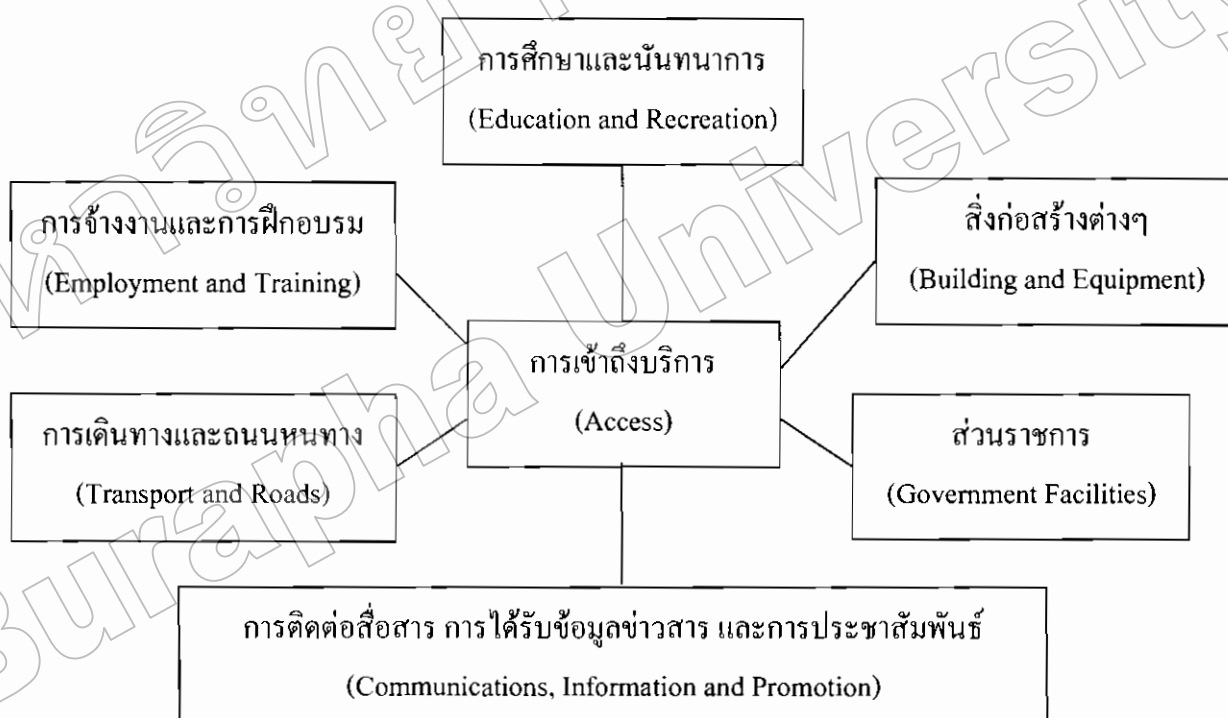


พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster, 1998, p. 7 อ้างถึงใน วารี ปัญจะพลินกุล, 2543) ให้  
ความหมายของ การเข้าถึง ไว้ว่า หมายถึง

1. การกระทำที่นำไปสู่จุดมุ่งหมาย
2. วิถีทางที่นำไปสู่จุดมุ่งหมาย
3. สิทธิการเข้าถึง (The Right to Enter, Approach, or Use: Admittance)

สรุปได้ว่า การเข้าถึง หมายถึง วิธีการหรือวิถีทางในการเข้า หรือได้รับความสะดวกในด้าน  
ต่าง ๆ เพื่อใช้ประโยชน์ในสิ่งนั้น ๆ ที่จะมีส่วนช่วยให้ได้รับ โอกาส สิทธิ และการพัฒนาให้สามารถ  
ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เป็นปกติสุข พึ่งตนเองได้ และมีส่วนร่วมทางสังคม

ความสัมพันธ์ของการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ของคนพิการแสดงให้เห็นเครือข่ายต่าง ๆ ที่มี  
ความเชื่อมโยงกัน ซึ่งจะขอเสนอความเชื่อมโยงดังกล่าวให้เข้าใจได้ดีขึ้น ดังนี้



ภาพที่ 2-1 เครือข่ายของการเข้าถึงบริการต่าง ๆ (Access Linkages)

จากภาพที่ 2-1 แสดงให้เห็นเครือข่ายการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ของคนพิการ ซึ่งคนพิการ  
ก็ต้องเข้าถึง หรือได้รับบริการด้านต่าง ๆ อย่างเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ ทั่วไป ดังนั้น การเข้าถึงบริการ

ของคนพิการนั้นไม่แตกต่างจากคนทั่วไปในสังคม ไม่ว่าจะเป็นในด้านการศึกษาและนันทนาการ สิ่งก่อสร้างต่าง ๆ การใช้บริการส่วนราชการ การติดต่อสื่อสาร การได้รับข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ การเดินทางและถนนหนทาง รวมทั้งการจ้างงานและการฝึกอบรมหรือฝึกอาชีพ

ดังนั้น การที่ประเทศไทยมีการประกาศใช้กฎกระทรวงต่าง ๆ ที่กำหนดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการทั้งภายในอาคารและภายนอกอาคาร รวมทั้งบริการสาธารณะ และข้อบัญญัติเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อวิถีชีวิตของคนพิการ นำไปสู่การพึ่งพาตนเองได้อย่างแท้จริง ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น มีโอกาสในการได้รับบริการเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป

สำหรับการศึกษารั้งนี้ การเข้าถึงจะครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ และด้านสังคม ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ คนพิการ ช่วยให้คนพิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม มีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน

#### **สิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ**

ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 ในมาตรา 4 ซึ่งปัจจุบันได้ยกเลิกแล้วนั้น หมายความว่า การสร้างเสริมสมรรถภาพ หรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสมรรถภาพดีขึ้น โดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา ทางสังคมและการฝึกอาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงาน หรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนทั่วไป

ส่วนพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ได้ให้ความหมาย “การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” ไว้ว่า “การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” หมายถึง การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ ถ้าคนพิการมีการจดทะเบียนคนพิการ ก็จะสามารถรับบริการสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ด้าน ตามมาตรา 19 กล่าวว่า เพื่อประโยชน์ในการได้รับสิทธิตามมาตรา 20 คนพิการอาจยื่นคำขอ มีบัตรประจำตัวคนพิการต่อนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด ณ สำนักงานทะเบียนกลาง สำนักงานทะเบียนจังหวัด หรือสถานที่อื่นตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถหรือในกรณีที่คนพิการมีสภาพ ความพิการถึงขั้นไม่สามารถไปยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาลหรือผู้ดูแล คนพิการ แล้วแต่กรณี จะยื่นคำขอแทนก็ได้ แต่ต้องนำหลักฐานว่าเป็นคนพิการไปแสดงต่อนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด แล้วแต่กรณีด้วย

จากความหมายของ “การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” ดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า “การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” หมายถึง การพัฒนา ส่งเสริมศักยภาพ และความสามารถของคนพิการ ให้ดีขึ้น รวมถึงการคงความสามารถที่เหลืออยู่ไว้ และสนับสนุนให้สามารถกลับคืนสู่ภาวะสมบูรณ์ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อการดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุขทัดเทียมกับคนทั่วไป

สำหรับ มาตรา 20 ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต พ.ศ. 2550 ได้กล่าวถึงสิทธิประโยชน์ไว้ คือ คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ดังต่อไปนี้

1. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมพฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด
2. การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติหรือแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสมในสถานศึกษาเฉพาะหรือในสถานศึกษาทั่วไป หรือการศึกษาทางเลือก หรือการศึกษานอกระบบ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การให้บริการที่มีมาตรฐาน การคุ้มครองแรงงาน มาตรการเพื่อการมีงานทำ ตลอดจนได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ และบริการสื่อสิ่งอำนวยความสะดวก เทคโนโลยีหรือความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อการทำงานและประกอบอาชีพของคนพิการ ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานประกาศกำหนด
4. การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ตลอดจนได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ
5. การช่วยเหลือให้เข้าถึงนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม การพัฒนาและบริการอันเป็นสาธารณะ ผลิตภัณฑ์ที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิต การช่วยเหลือทางกฎหมายและการจัดหาทุนความว่าต่างแก่ต่างคดี ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
6. ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการ โทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสารสำหรับคนพิการทุกประเภท ตลอดจนบริการสื่อสารสาธารณะจากหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ ตามหลักเกณฑ์

วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกำหนดใน  
กระทรวง

7. บริการล่ามภาษามือตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

8. สิทธิที่จะนำสัตว์นำทาง เครื่องมือหรืออุปกรณ์นำทางหรือเครื่องช่วยความพิการใด ๆ  
ติดตัวไปในยานพาหนะหรือสถานที่ใด ๆ เพื่อประโยชน์ในการเดินทาง และการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก  
สะดวกอันเป็นสาธารณะ โดยได้รับการยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียม และค่าเช่าเพิ่มเติมสำหรับสัตว์  
เครื่องมือ อุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยความพิการดังกล่าว

9. การจัดสวัสดิการเบี่ยงความพิการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดใน  
ระเบียบ

10. การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคนพิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่น  
ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

คนพิการที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการ มีสิทธิได้รับการจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและการเลี้ยงดู  
จากหน่วยงานของรัฐ ในกรณีที่มีสถานสงเคราะห์เอกชนที่จัดอยู่อาศัยและสวัสดิการให้แล้ว รัฐต้องจัด  
เงินอุดหนุนให้แก่สถานสงเคราะห์เอกชนนั้น ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดใน  
ระเบียบ

สำหรับบริการสวัสดิการสังคมที่จัดให้แก่คนพิการตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ  
คนพิการ พ.ศ. 2534 นั้น ซึ่งในปัจจุบันยังมีส่วนที่คล้ายคลึงกับพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา  
คุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และยังคงปฏิบัติอยู่ ประกอบด้วย (จรรยา เทวรินทร์กิติ, 2540,  
หน้า 62-79)

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์

จัดบริการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์แก่คนพิการ ตามกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพความพิการให้ดีขึ้นด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่  
การตรวจวินิจฉัย การให้คำแนะนำปรึกษา การบำบัดรักษาโดยการให้ยาหรือศัลยกรรม อรรถบำบัด  
กิจกรรมบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยิน พฤติกรรมบำบัด จิตบำบัด การให้ความช่วยเหลือ  
กายอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการ และบริการสังคม  
สงเคราะห์ คนพิการขอรับบริการดังกล่าวโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้จากสถานพยาบาลของรัฐ หรือ  
สถานพยาบาลตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลใน  
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือมหาวิทยาลัยของรัฐทั่วราชอาณาจักร และที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู  
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการศึกษา

จัดบริการทางการศึกษาแก่คนพิการในวัยเรียน ในระบบการศึกษาในโรงเรียนตั้งแต่ การศึกษาภาคบังคับ การศึกษาสายสามัญ หรืออุดมศึกษา ตามแผนการศึกษาแห่งชาติ การศึกษาใน โรงเรียนพิเศษเฉพาะทาง การเรียนร่วม การศึกษานอกระบบ โรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยอย่าง ต่อเนื่องตลอดชีวิตตามความเหมาะสมและความสามารถของคนพิการ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เพื่อ เสริมสร้างสติปัญญาและพัฒนาให้คนพิการมีจริยธรรม สามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ในการดำเนิน ชีวิตในสังคมและพัฒนาตนเองได้ในรูปแบบของการศึกษาต่อไปนี้

2.1 จัดการศึกษาในระบบโรงเรียนร่วมกับเด็กปกติ ทั้งในการศึกษาภาคบังคับและสาย สามัญ และอุดมศึกษาในสถานศึกษาทั่วไปของกระทรวงศึกษาธิการและทบวงมหาวิทยาลัย

2.2 จัดการศึกษาในโรงเรียนเฉพาะทางทั้ง 4 ด้าน คือ สำหรับเด็กพิการทางการมองเห็น การได้ยิน ทางร่างกาย และทางสติปัญญา ซึ่งยังไม่มีความพร้อมที่จะเข้าเรียนร่วมใน โรงเรียนปกติได้

2.3 จัดการศึกษาร่วมกับโรงพยาบาลสำหรับเด็กพิการที่เข้ารับการศึกษานอกระบบใน โรงพยาบาล เป็นเวลานาน

2.4 จัดการศึกษานอกโรงเรียนสายสามัญในหลักสูตรการศึกษาผู้ใหญ่แบบเบ็ดเสร็จ พื้นฐาน ระดับประถมศึกษาจนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและสายอาชีพให้แก่คนพิการทุก ประเภทความพิการในสถานสงเคราะห์ ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ ศูนย์พัฒนาอาชีพคนพิการและคน พิการทั่วไปที่ประสงค์จะขอรับบริการศึกษานอกระบบโรงเรียน เช่น คนพิการในสถานประกอบการที่ไม่มี พื้นความรู้หรือวุฒิทางการศึกษาสายสามัญหรือสายอาชีพ เป็นต้น รวมทั้งคนพิการที่เสมือนผู้ที่ตกขอบ ทางการศึกษาหรือไม่ได้รับ โอกาสทางการศึกษาที่อยู่ในชุมชนหมู่บ้าน ทั้งในเมืองและชนบททั่ว ประเทศให้ได้รับสิทธิและ โอกาสในบริการทางการศึกษาดังกล่าว

### 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านอาชีพ

3.1 จัดบริการฝึกอาชีพให้แก่คนพิการในวัยทำงาน ในลักษณะของการฝึกอบรมในงาน วิชาชีพและการเตรียมความพร้อมในงานอาชีพ ในรูปแบบของการศึกษาวิชาชีพในโรงเรียนหรือ สถาบันการฝึกอาชีพของกรมอาชีพศึกษารวมกับคนทั่วไป และสถานฝึกอาชีพเฉพาะสำหรับคนพิการ หรือศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการของหน่วยงานในภาครัฐและภาคเอกชน โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เพื่อ เสริมสร้างความรู้และทักษะในการประกอบอาชีพตามแนวคิดและความสามารถที่เหมาะสมกับ สภาพความพิการ ตลอดจนเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่คนพิการก่อนออกไปประกอบอาชีพในสถาน ประกอบการภายนอก หรือประกอบอาชีพอิสระที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ เพื่อให้สามารถพึ่งพา ตนเอง มีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างภาคภูมิใจ

3.2 สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานของกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ให้บริการฝึกอาชีพแก่

คนพิการร่วมกับคนทั่วไป เพื่อเป็นการยกระดับความรู้ความสามารถในงานอาชีพ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย คนพิการสามารถติดต่อได้ในสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานของกรมพัฒนาฝีมือแรงงานทั่วประเทศ

3.3 การจ้างงานคนพิการ คือ จัดหางานให้คนพิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านอาชีพ และคนพิการที่สามารถทำงานได้ในตำแหน่งที่สถานประกอบการกำหนดเข้าทำงาน ตามความรู้ความสามารถกระทำได้ในตลาดแรงงานหรือสถานประกอบการภาคเอกชน ตามกฎกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่องการจ้างงานคนพิการที่กำหนดให้สถานประกอบการเอกชนที่มีลูกจ้างตั้งแต่สองร้อยคนขึ้นไป ต้องรับคนพิการที่มีความสามารถทำงานได้เข้าทำงานในอัตราลูกจ้างทุกสองร้อยคนต่อคนพิการหนึ่งคน ยกเว้นแต่สถานประกอบการนั้นไม่มีตำแหน่งงานที่มีลักษณะที่คนพิการสามารถทำได้ และแจ้งให้กรมประชาสงเคราะห์ทราบแล้ว ให้สถานประกอบการนั้นส่งเงินเข้ากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นรายปี ปีละครึ่งหนึ่งของอัตรากำลังขั้นต่ำที่ใช้อยู่ในท้องที่ที่สถานประกอบการนั้นตั้งอยู่ คูณด้วยสามร้อยหกสิบห้า และจำนวนคนพิการที่ไม่พึงประสงค์รับเข้าทำงาน ทั้งนี้ นายจ้างที่รับคนพิการเข้าทำงานมีสิทธินำเงินค่าจ้างที่จ่ายให้คนพิการมาหักเป็นค่าใช้จ่ายตามประมวลรัษฎากรได้เป็นสองเท่าของจำนวนที่จ่ายจริง รวมทั้งสามารถนำเองค่าใช้จ่ายในการก่อสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการมาใช้ลดหย่อนภาษีของนายจ้างหรือสถานประกอบการได้ด้วย นอกจากนี้ ยังให้บริการแนะแนวให้คำปรึกษาหรือในงานอาชีพและการจัดหางานแก่คนพิการ รวมทั้งให้มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างนายจ้าง คนพิการ และสถานประกอบการ และหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอาชีพแก่คนพิการ เพื่อสนับสนุนงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านอาชีพ และส่งเสริม โอกาสมีงานทำของคนพิการเพิ่มมากขึ้น

3.4 กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สำหรับให้ความช่วยเหลือเงินทุนประกอบอาชีพอิสระแก่คนพิการ ตามมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งในปัจจุบันตามมาตรา 23 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นหนึ่งในกองทุนของสำนักงาน เรียกว่า “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” เพื่อเป็นทุนสำหรับการใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การส่งเสริมและการดำเนินงานด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การศึกษาและการประกอบอาชีพของคนพิการ รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ โดยจัดสรรให้อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550, 2550) สำหรับการให้คนพิการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การสนับสนุนเงินทุนประกอบอาชีพ เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ และอื่น ๆ แก่คนพิการ

ที่ประสงค์จะประกอบอาชีพอิสระ ให้สามารถพึ่งพาตนเองและมีความสามารถประกอบอาชีพอิสระได้ ทั้งนี้ คนพิการที่ขอกู้เงินเพื่อเป็นทุนเริ่มต้นในการประกอบอาชีพ หรือในการขยายกิจการที่ได้ดำเนินการมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้ในวงเงินรายละไม่เกิน 20,000 บาท ผ่อนชำระคืนเป็นรายเดือน หรือตามกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมกับสภาวะอาชีพ ภายในระยะเวลา 5 ปี โดยไม่เสียดอกเบี้ย คนพิการติดต่อขอกู้เงินได้ที่สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กรมประชาสงเคราะห์ และที่สำนักงานประชาสงเคราะห์จังหวัดที่คนพิการมีภูมิลำเนาอยู่ หน่วยงานภาคเอกชนที่ให้บริการ กู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพสำหรับคนพิการ โดยใช้เงินงบประมาณของหน่วยงาน ได้แก่ องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก ให้บริการเฉพาะทหารผ่านศึกพิการ มูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดแห่งประเทศไทย ฯ และคณะภคินีธิดาเมตตาธรรมให้บริการแก่คนตาบอด และสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ฯ ให้บริการแก่คนพิการทุกประเภทความพิการ เป็นต้น

#### 4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

จัดบริการให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการตามมาตรา 20 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ให้ได้รับการปรับวิถีชีวิตให้ดีขึ้น ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต สามารถพึ่งพาตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และเป็นกำลังทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้ด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมยังกำหนดในกฎกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่องจัดตั้งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานในการจัดตั้งอำนวยความสะดวกทั้งในอาคารสถานที่และบริการสาธารณะสำหรับคนพิการ เพื่อส่งเสริมให้คนพิการสามารถพึ่งพาตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยสะดวกปลอดภัย เท่ากับสมาชิกอื่นในสังคม

สำหรับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการยังมีอยู่น้อย แต่ได้ศึกษาในคนพิการทุกประเภท และเป็นการศึกษาสำหรับพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 โดยในการศึกษาของ วารี ปัญจะผลินกุล (2543) ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ : ศึกษาเฉพาะกรณีสำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการกรมประชาสงเคราะห์ พบว่า คนพิการมีการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และปัญหาการใช้บริการทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญภัค ยาหิ (2548) ที่ศึกษาการพัฒนาการเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 พบว่า ความรู้ของคนพิการในเรื่องสิทธิประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรู้ด้านสิทธิทางการแพทย์มากที่สุด มีปัญหาการเข้าถึงบริการทางการประกอบอาชีพในระดับมาก ด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

จะเห็นได้ว่าการที่คนพิการและครอบครัวตระหนักในการเข้าถึงสิทธินี้ จะทำให้คนพิการได้รับสิทธิทั้ง 4 ด้านที่กล่าวข้างต้นครบถ้วน แต่ทั้งนี้รัฐควรให้การสนับสนุนในการจัดตั้งของอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ในการที่จะเข้าถึงสิทธิได้มากขึ้น ลดขั้นตอนในการบริการต่าง ๆ เพื่อให้คนพิการเข้ามาใช้บริการได้สะดวกขึ้น รวมทั้งควรมีการประชาสัมพันธ์การจดทะเบียนคนพิการตามกฎหมาย เพื่อให้คนพิการมีสิทธิในสิทธิประโยชน์ในทุก ๆ ด้าน

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ มุ่งศึกษาปัจจัยด้านสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก คือ การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้แนวคิดตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ที่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ประการ ได้แก่ ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ และด้านสังคม เพื่อทราบถึงการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอย่างแท้จริง และคาดว่า การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่า อุบัติการณ์ของคนพิการมีเพิ่มมากขึ้น และมีคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุดในกลุ่มคนพิการทั้ง 5 ประเภท ส่งผลกระทบต่อคนพิการมีหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านโอกาสในการเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีความสำคัญ และอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอยู่อย่างเป็นปกติสุข หรือความผาสุก รวมไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำเนินงานด้านคนพิการที่ผ่านมายังประสบปัญหาความไม่ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ที่มีคนพิการอาศัยอยู่ การดำเนินงานเป็นไปด้วยความยากลำบากพอสมควร ยังคงต้องอาศัยระยะเวลา และต้องให้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมถึงสถาบันครอบครัวที่มีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือคนพิการ แต่ในปัจจุบันกฎหมาย นโยบาย และแผนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับคนพิการที่จะทำให้คนพิการเข้าถึงสิทธิ อีกทั้งยังมีส่วนช่วยให้เกิดความเป็นรูปธรรมในการดำเนินงานด้านคนพิการมากขึ้น ตอบสนองวัตถุประสงค์หลัก คือ คุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการ แต่ทั้งนี้การที่คนพิการจะมีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยบางที่คาดว่าจะมีความเกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระดับความพิการ และความเข้มแข็งในการมองโลก ปัจจัยด้านครอบครัว คือ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัว และปัจจัยด้านสังคมที่สำคัญ คือ และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ